

# Hur kan problemen med den ökande sjukfrånvaron minskas?

**I en tidigare artikel i Läkartidningen 1999 har vi pekat på problem inom sjukvårdens och socialförsäkringens hantering av sjukskrivningar. Vi efterlyste en öppen och saklig debatt för att den negativa utvecklingen skulle kunna bromsas upp. I denna artikel diskuterar vi hur problemen skulle kunna lindras, och vilka aktörer som kan påverka skeendet.**

I en tidigare artikel påtalade vi att sjukfrånvaron i Sverige har ökat sedan första kvartalet 1998 och fortsätter stiga på ett oroväckande sätt [1]. Försäkringskassorna har under de senaste tre åren minskat sin personal med cirka 20 procent. Vårdköerna har blivit längre. Ökningen av sjukfrånvaron hos offentligt anställda är särskilt iögonfallande. Även sjukvårdspersonalens sjukfrånvaro ökar. Läkarna, som tidigare hade en låg sjukfrånvaro, börjar nu uppvisa långtidssjukskrivning.

Försäkringskassornas målbeskrivning anger en ambition att successivt minska antalet pågående sjukfall, vilket dock förefaller svårt att uppnå mot bak-

grund av de stora personalindragningarna. Försäkringskassornas reella möjligheter att kartlägga och påverka storleken av inflödet till sjukförsäkringen eller att förändra hanteringen av ärendena har snarast minskat.

## Vem har bollen?

Då kan man fråga sig vilka aktörer som har möjlighet att påverka situationen positivt. Enligt vår uppfattning är sju parter aktuella, nämligen politikererna, Riksförsäkringsverkets, försäkringskassornas och sjukvårdens ledningsorgan, läkarkåren, arbetsgivarna, företagshälsovården, försäkringsläkarna samt allmänheten/arbetstagarna/patienterna.

## Politikerna

Politikernas uppgift är att ge ekonomiska ramar för socialförsäkringarna och att fördela resurserna så rättvist som möjligt. Om kostnadsramen överskrids, och inget budgetutrymme ytterligare beviljas, återstår endast möjligheten att omfördela inom systemet, dvs minska »inläppet» till försäkringarna eller sänka ersättningsnivån. Politikerna är systemets högsta grindvakschefer.

Den i september 1999 avgångna bi-

*”Riksförsäkringsverket gjorde 1988 ett försök i två län med utvidgad egen sjukskrivning. Läkarintyg infordrades först från 15:e dagen. Sjukskrivningsbeteendet ändrades så att de årliga kostnaderna för sjukskrivning i landet beräknades öka med minst en miljard kronor.”*

trädande socialministern Maj-Inger Klingvall har enligt tidningsreferat i sitt 1 maj-tal 1999 aviserat förslaget att de arbetslösa sjukpenning skall beräknas retrospektivt, inte prospektivt, vilket troligen kommer att leda till lägre sjukpenning för dessa.

Vilka fler besparingsförslag kommer att genomföras? En lägre sjukersättning än dagens 80 procent upp till inkomstnivån 7,5 basbelopp – ett beloppstak som man överväger att höja? I sammanhanget kan nämnas, att de flesta EU-länder har en sjukersättning på cirka 60 procent av inkomsten. Skall en andra karensdag införas? De flesta EU-länder har endast en eller ingen karensdag alls i sjukförsäkringen.

De flesta andra EU-länder har krav på läkarintyg redan från tredje eller fjärde sjukdagen. Detta vore en möjlig väg att »filtrera» bort onödig sjukskrivning, men dagens brist på läkare försvårar en sådan lösning. Dessutom är frågan om det skulle leda till en besparing.

Försäkringsmedicinsk forskning talar mot att så blir fallet. Nyligen publicerade studier visar att patienten har ett avgörande inflytande på sin egen sjukskrivning [2, 3]. Den behandlande läkaren effektuerar i stor utsträckning patientens önskan om dos och varaktighet av sjukskrivningen.

Dessa förhållanden diskuterades vid en försäkringsmedicinsk temakonferens på Svenska Läkaresällskapet i i mars 1999. Där framhölls att det är stor risk att alla sådana inbesparingar drabbar orättvist, med de verkligt sjuka, som

## Författare

### BO MIKAELSSON

docent i socialmedicin, försäkringsläkare i Sörmland Norr, Eskilstuna

### LEIF ANDERSSON

chef Utvecklingsgrupp försäkring, Försäkringskassan, Uppsala län

### BRITT ARRELÖW

fd försäkringsöverläkare, avdelningschef, enheten för vårdförnyelse, Nordöstra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting, doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

### HANS MELANDER

kontorschef, Försäkringskassan, Uppsala

### GUNILLA NORRMÉN

distriktsläkare, Askersund, doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala

### BJÖRN OLSSON

enhetschef, Försäkringskassan, Enköping/Bålsta

### INGER SJÖBERG

överläkare rehab, neurocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala, tidigare försäkringsläkare

### ANDERS UDDGÅRD

legitimerad naprapat och legitimerad sjuksköterska, Enköping

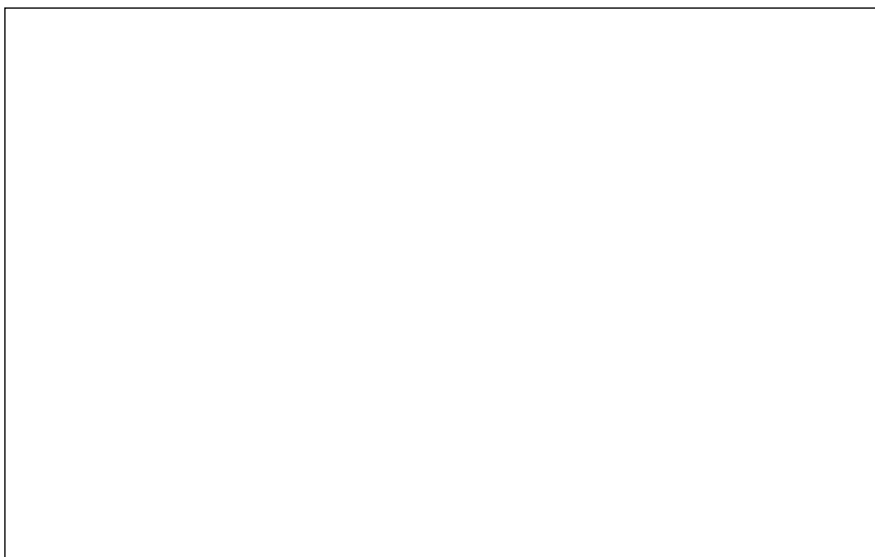
### THORNE WALLMAN

privatpraktiserande allmänläkare, Eskilstuna, doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala

### KURT SVÄRDSUDD

professor i allmänmedicin och prefekt för institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

FOTO: BOSSE CARSSING



**Dagens sågverksarbetare** i arbete. För att upprathalla precisionen i sjukskrivningsinstrumentet r det viktigt att läkare ständigt uppdaterar sin kunskap att identifiera arbetslivets fysiska och psykiska krav. (Personen på bilden har inget särskilt samband med artikeln.)

har obestridlig medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan, som de stora förlorarna.

Det primära behovet i socialförsäkringarna r framför allt att öka precisionen i hanteringen av regelverket i varje enskilt fall så att god rättssäkerhet uppnås. Med precision i hanteringen menar vi att den person som enligt regelverket omfattas, skall accepteras fullt ut, medan den som inte kvalificerar sig, inte heller skall släppas in. Med ökad precision kan stora kostnader för samhälle och individer undvikas.

### Åtgärder för ökad precision

Politikerna kan öka precisionen inom socialförsäkringarna genom att:

- ge medel till kvalificerad försäkringsmedicinsk utbildning och kunskapsgenererande forskning på universitetsnivå,

- se över regelverket och minska det okontrollerade inflödet i systemet. Sju dagars sjukfrånvaro per tillfälle utan krav på läkarintyg med ett icke enhetligt preciserat maximalt antal tillfällen eller dagar per år r liberalt jämfört med t ex Norge, där maximalt 20 sjukdagar per år tillats utan läkarintyg, oavsett antal tillfällen; det kontrollerade insluppet (via läkarintyg) kan stramas upp genom att läkarna ges battare försäkringsmedicinsk utbildning,

- ändra de administrativa rutinerna så att försäkringskassan tidigare, och med mindre byråkrati, kan avbryta en

felaktig användning av sjukskrivning som behandlingsmetod. Dessa ändringar förutsätter en revision av förvaltningslagen och datalagen.

Väl inne i systemet kan en person idag »felaktigt» uppbära sjukpenning uppemot 60 dagar innan avslut kan ske, eftersom indragning av sjukpenning inte kan ske retroaktivt och kommunikeringstiden r minst två veckor från den tidpunkt då försäkringskassan meddelar sitt beslut att dra in sjukpenningen.

Sjukskrivning kan i dag föreslås av den behandlande läkaren, även om orsaken enligt försäkringskassan inte är tillräckligt medicinskt dokumenterad och trots att det medicinska underlaget inte förbättrats efter samråd med läkaren.

Erfarenhet från ett typiskt »1-procentskontor» i Eskilstuna, dvs ett kontor med 1 procent av Sveriges befolkning inom sitt område, inom försäkringskassan visar, att minst fem »felaktiga» sjukskrivningar uppmärksammas per månad.

Antag, att dessa fem personers sjukskrivning pågår genomsnittligt 60 dagar, att deras genomsnittliga sjukpenning r 400 kr/dag (underliggande månadslön 15 000 kr), och att detta forsakringskassakontor r representativt i detta avseende för övriga Sverige.

Det skulle för riket på årsbasis innebära att 6 000 personer »felaktigt» ersatts av sjukförsäkringen med minst 144 miljoner kronor i utbetald sjukpenning. Därtill kommer utredningskostnader i sjukvården och vid försäkringskassan.

### Ledningsorganens ansvar

Riksförsäkringsverkets, försäkringskassornas och sjukvårdens lednings-

organ bör tillsammans och var för sig finslipa sina strategier för att möjliggöra goda arbetsvillkor för de anställda. Lednings- och ansvarsstrukturer måste ses över så att s k utbrändhet och liknande symptom undviks. Nyrekrytering av personal r nödvändig, och har redan påbörjats inom försäkringskassorna.

Mesta möjliga resurser måste ägnas åt det operativa arbetet. Det r framför allt insluppet i systemet, såväl det kontrollerade som det okontrollerade, som måste »kvalitetskontrolleras», inte endast utsluppet! Däri ligger innebörden i begreppet precision i systemet.

Det r även betydelsefullt att värdera vilka åtgärder som vidtas i pagande sjukfall. Rehabiliteringskunniga handläggare och försäkringsläkare bör tidigare än nu komma in i ärenden, och tidigt få kännedom om sjukskrivande läkares önskan att få kontakt med försäkringskassan (skrivs på sjukskrivningsintyget av läkaren).

I dagsläget sker ofta den s k 28-dagarsprovningen av försäkringsläkare först efter sjukfallets 50–60:e dag [4], dvs ungefär som tidigare, trots att regeländringen i oktober 1995 avsåg att tidigare lägga forsakringslakarnas bedömning av de medicinska underlagen. En av flera orsaker till detta r arbetsgivar-nas/arbetstagar-nas sent inlämnade anmälan/försäkran.

Försäkringskassornas personal måste tillåtas att arbeta med vad de r bäst på, nämligen kontroll och samordning av behandling och rehabilitering i de fall där inte endast rena sjukvårdande åtgärder r nödvändiga. Det allmänna statistikraseriet inom försäkringskassorna, den s k proforma kvalitetskontrollen, utgör ytlig, tidsödande verksamhet, som tar tid från de nödvändiga arbetsinsatserna.

ppenhet i dialogen mellan arbetsgivarer och arbetstagarer måste uppmuntras på arbetsplatserna, mot bakgrund av de täta rapporterna om att »arbetsplatserna tystnar alltmer».

Släpp in medicinsk expertis i planeringsorgan och kvalitetskontrollrutiner! Betona vetenskapliga instrument och arbetsmetoder för att ta till vara generaliserbar kritisk kunskap!

Man borde även studera hur de allmänna försäkringarna förvaltas i övriga Europa. I bl a Tyskland och Belgien finns konkurrerande, relativt självständiga socialförsäkringsorgan, ofta anknutna till fackföreningar, men under en central statlig tillsynsmyndighet. Konkurrencen kan öka effektiviteten i systemen och öka inslagen av de opera-

tiva verksamheterna och de perifera arbetsplatsernas egna initiativ.

De lokala försäkringskassorna skulle kunna ta hand om eventuella över-skott att använda för att integrera sjukvård och försäkringsfinansierad verksamhet, såsom framgångsrikt skett i FINSAM-projektet. Nya initiativ behöver uppmuntras på alla fronter. »Jäm-förande forskning» har nyligen efterlysts [5].

## Läkarkåren

Även de kliniskt verksamma läkarna har ett ansvar för den uppkomna situationen. Läkarna har under lång tid, utan större protester, ställt upp på den allmänna uppfattningen, såsom den framkommer i sjukförsäkringens regelverk, att den behandlande läkaren är väl insatt i vilka krav som patienten utsätts för i sitt arbete och av livsbetingelser i övrigt, och är bäst skickad att värdera medicinskt betingad arbetsförmåga vis-à-vis dessa krav.

Läkarna har även ställt upp på den kraftiga bantningen av sjukvårdens resurser, åtminstone fram till de senaste åren. Nu tycks man »rösta med fötterna», dvs genom sjukfrånvaro och avhopp markera sitt missnöje. Är det inte dags att läkarna gemensamt deltar i debatten? Den svenska läkarkårens ökade engagemang i samhällsdebatten har också senast påtalats av fackliga företrädare [6].

De kliniskt verksamma läkarna måste ställa krav på att få utbildning i försäkringsmedicin, om samhället fortsättningsvis vill utnyttja deras medicinska kompetens. Inom ämnesområdet klinisk försäkringsmedicin måste ingå ett stort mått av arbetsplatskunskap så att korrekt värdering av »belastningen» på patienten kan göras, på ett sätt som möjliggör att graden av nedsatt funktionsförmåga kan ställas i relation till arbetskrav.

Kravet på återkommande vidareutbildning för att vidmakthålla en sådan kunskap i försäkringsmedicin är en viktig del av samhällets kvalitetskontroll av de behandlande läkarna. Om inte dessa krav kan tillgodoseas, måste samhället överväga att – även officiellt – låta patienterna själva bedöma om arbetsförmågan är nedsatt av »medicinska skäl».

Riksförsäkringsverket gjorde 1988 ett försök i två län med utvidgad egen sjukskrivning. Läkarintyg införades först från 15:e dagen [7]. Sjukskrivningsbeteendet ändrades så att de årliga kostnaderna för sjukskrivning i landet

beräknades öka med minst en miljard kronor.

## Arbetsgivarna och företagshälsovården

Arbetsgivarna har ett huvudansvar för att förebygga skador av alla slag i arbetet, även psykosociala, och har ett rehabiliteringsansvar. De har kravet på sig att anpassa arbetssituationen efter de anställdas förutsättningar, med hänsyn tagen till skador, handikapp och ökande ålder.

Företagshälsovårdens roll diskuteras åter. Dess expertkunskap är särskilt viktig vid bedömningen av grad och varaktighet av arbetsförmåga vid olika medicinska tillstånd, eftersom man där har kunskap om just »belastningen» av arbetet i olika avseenden. Folkhälsokommittén framförde nyligen krav på att företagshälsovård skall vara obligatorisk. Det är uppenbart att företagshälsovårdens innehåll och omfattning förändrats sedan statsbidraget avskaffades 1993.

## Försäkringsläkarna

Försäkringsläkarnas möjligheter att förbättra precisionen inom socialförsäkringarna bedömer vi som stora. Framför allt måste försäkringsläkarna i högre grad identifiera sig som försäkringsläkare, och aktivt arbeta för en kompetenshöjning inom försäkringsmedicinen. Särskilt viktigt är att man arbetar utåtriktat, pedagogiskt och kollegialt gentemot de behandlande läkarna samt gentemot handläggarna inom socialförsäkringarnas olika delar.

Försäkringsläkarna har ofta sin verksamhet som ett uppdrag vid sidan om en ordinarie anställning i sjukvården. Det är viktigt att försäkringsläkarna har en samhällsorienterad och kunnig attityd gentemot arbetslivets villkor i vårt samhälle, och gentemot kolleger och handläggare, och att han/hon kan stå för en försäkringsmedicinsk kompetens, som är grundad på objektivitet, sakkunskap, och god medicinsk etik.

För att klara av åtagandet och för att kunna identifiera sig som försäkringsläkare behöver den del av arbetstiden som ägnas åt försäkringsmedicin vara tillräckligt stor. Det innebär att det antal försäkringsläkare vi har idag kanske bör reduceras, mot att de som blir kvar gör en större del av sin arbetstid inom försäkringsmedicinen.

## Försäkringsmedicin i andra nordiska länder

Vi ska här kort beskriva försäkringsmedicinens organisation i Norge och

Finland, och definiera dess verksamhetsområde.

I Norge har försäkringsmedicinen haft akademisk anknytning sedan cirka 10 år. I Finland har ämnet också akademisk förankring och är en etablerad medicinsk specialitet. I Norge innefattar ämnesområdet [8]:

- klinisk försäkringsmedicin, dvs den verksamhet som varje behandlande läkare som hanterar sjukskrivningsinstrumentet dagligen arbetar med,
- försäkringsmedicinsk rådgivning från försäkringsläkare till behandlande läkare och handläggare inom försäkringssystemen,
- försäkringsepidemiologi och förebyggande verksamhet,
- försäkringsmedicinsk kvalitets-säkring, t ex utbildning,
- akademisk försäkringsmedicin, dvs forskning och undervisning.

## Allmänheten

Slutligen är allmänheten både finansiär (tillsammans med företagen/arbetsgivarna) och avnämare av socialförsäkringarna, vilket kan orsaka en dualistisk inställning.

Man vill själv ha oinskränkt tillgång till försäkringarna då behov enligt reglerna uppstår, samtidigt som man med oblida ögon ser på andra, om dessa »överutnyttjar» systemen.

Parallellen med de ömsesidiga försäkringsbolagen vid sakkörsäkringar är uppenbar. Genom att själv utnyttja förmånerna i restriktiv omfattning kan allmänheten bidra till precision och strängens i socialförsäkringarna.

## Referenser

1. Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Norrmen G, Olsson B, Sjöberg I et al. Varför ökar sjukfrånvaron? Läkartidningen 1999; 39: 4160-2.
2. Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunktion ved sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114: 1442-4.
3. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care [in press].
4. Kaijser PO, Karlsson V. Sjukpenningrättsbedömning vid lokalkontoret i Sundsvall. En pilotstudie. Försäkringskassan, Väster-norrland. Rapport maj 1997.
5. Palme J. Forskning om socialförsäkring – i ett jämförande perspektiv. Social Försäkring nr 4 1999: 23.
6. Grewin B. Framtidens läkare. Läkartidningen 1999; 96: 2305.
7. Riksförsäkringsverket. Utvidgad egen sjukskrivning. Riksförsäkringsverket anser 1989: 11.
8. Tellnes G, red. Trygdmedicinsk håndbok. Rikstrygdeverket og Alment praktiserende laegers forening, Oslo 1994.