

Utbildning i försäkringsmedicin – en kostnadseffektiv satsning

AT- och ST-läkarna är sannolikt de grupper av läkare som möter flest patienter i vården. Försäkringsmedicinsk utbildning under den grundläggande läkarutbildningen har enligt min bedömning inte fått ett utrymme som återspeglar den samhällsmedicinska betydelsen av goda kunskaper i ämnet under den kliniska verksamheten senare i livet. AT-läkarna kommer således väsentligen försäkringsmedicinskt »nakna» ut i kliniskt arbete [J Ekholm, P Netz, pers medd, Stockholm, 2000]. Samhällets kostnader för patientersättningar enligt sjukförsäringen ligger i dagsläget cirka tre gånger högre än statens kostnader för läkemedel förskrivna av läkare. Den årliga genomsnittliga »attesten» av sjukpenning och sjukbidrag/förtidspension i Sverige uppgår för närvarande till ca 2,5 miljoner kronor per kliniskt verksam läkare och är fortfarande starkt ökande sedan början av 1998. Varje kliniskt verksam läkare måste överväga försäkringsmedicinska interventioner i nästan varje patientärende.

I motsats till exempelvis Norge och Finland har vi ingen akademisk lärdomsstol med inriktning på försäkringsmedicin. Vi har inte ens en behörighet i ämnet. Finland t ex har i dagsläget ca 120 läkare med kompetens i ämnet [Matti Klockars, Helsingfors, pers medd, 1999].

Krav på utbildning i försäkringsmedicin

Regeringspropositionen 1996/97:63 (Samverkansproppen) [1] betonar tydligt dels kravet på sjukvårdshuvudmännen att ta ansvar för läkarnas fortbildning, att samverka inom vård och rehabilitering, dels att samhället på olika sätt måste förbättra utbildningen i försäkringsmedicin för läkarna. Socialstyrelsens ansvar att se över läkarnas utbildning i försäkringsmedicin utifrån specialitetsbegreppet omnämns, och tanken uttrycks att varje kliniskt verk-

samtal läkare skall genomgå både grundutbildning i försäkringsmedicin och senare upprepade repetitionsutbildningar i ämnet för att bibehålla sin specialitetsstatus. Inga nya direktiv eller rekommendationer har dock ännu synts ute på fältet i detta avseende.

Varje medicinsk arbetsmetod i bruk måste för att vara meningsfull och kostnadseffektiv föregås av utbildning och träning i metoden. Ingen ifrågasätter detta påstående beträffande kirurgiska och farmakologiska behandlingsmetoder, och det måste självklart gälla även försäkringsmedicinska arbetsmetoder och ställningstaganden.

Att skapa en kliniskt förankrad individualiserad utbildning i försäkringsmedicin för AT- och ST-läkare är nödvändigt. Det gäller att så tidigt som möjligt efter läkarnas debut som kliniskt verkssamma »forma» deras försäkringsmedicinska problemlösningsförmåga, så att denna överensstämmer med god läkar etik men också med de rådande regelverken. Att sträva efter optimal precision i användandet av de försäkringsmedicinska instrument som politikerna satt i läkarnas händer synes angeläget. Därmed kan rättssäkerheten i systemen öka.

Andra syften kan vara att ingjuta läkarnas eget ansvar i rehabiliteringsärenden för att få en lyckosam och snabb rehabilitering. Uppkomsten av ärenden med »felaktiga» ersättningsgrunder kan förväntas minska, vilket är positivt både för drabbade individer och för samhället. Gråzonen av kontroversiella ärenden kan förhoppningsvis bli mindre än vad den är idag.

UTBILDNINGSPROGRAM

I nordvästra sjukvårdsområdet i Sörmland (Eskilstuna) försiggår sedan 1997 utbildning i försäkringsmedicin enligt följande [2]:

Under två hela arbetsdagar, på av sjukvårdshuvudmannen betald arbetstid och som en obligatorisk utbildning enligt landstingets beslut, följer AT-läkarna försäkringsläkaren och vissa nyckelhandläggare vid Försäkringskassan i deras arbete i praktiskt försäkringsmedicinskt och försäkringstekniskt arbete, en sorts »aktiv praktik». Utbildningen

Sammanfattat

- Ett praktikorienterat, problembaserat och individualiserat utbildningsprogram i försäkringsmedicin för läkare redovisas.
- Intygsskrivning, rehabiliteringstänkande och arbetsplatskunskap betonas med siktet inställt på ökad precision i hanteringen av sjukskrivningsinstrumentet.
- Effekterna av utbildningen ger ett starkt genomslag i utvecklingen av sjuktal och ohälsotal inom kommunen jämfört med rikstalen under samma tid.
- Överklagandefrekvensen av försäkringskassans beslut om sjukpenning respektive förtidspension minskade.
- Kostnad för handledartid och läkarelevernas arbetstid på totalt ca 0,6 miljoner kronor skall under år 1999 ses mot en minskad sjukpenningkostnad på ca 30 miljoner kronor för kommunen jämfört med rikstalets nivå på sjuktalet.

bedrivs problembaserat, med utgångspunkt i autentiska försäkringsärenden. Alla delar av socialförsäkringarna där läkare i klinisk praxis kan tänkas delta med intyg eller dylikt tas upp.

Följande moment betonas huvudsakligen:

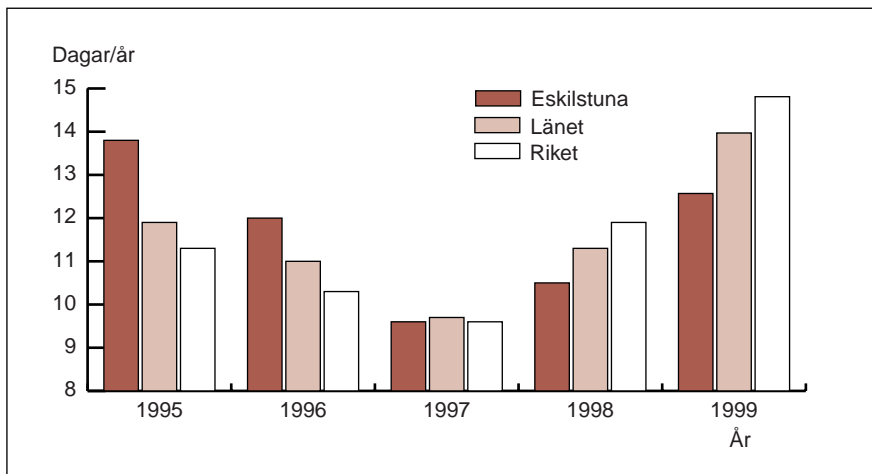
- Genomgång av faktiska försäkringsfall med medicinsk relevans, granskning och kritik av skrivna läkarutlåtanden. Praktisk intygsskrivning. Relevant lagstiftning tas upp i samband med de enskilda ärendena.
- Arbetsplatskunskap via tre besök till olika typarbetsplatser.
- Flerpartssamtal i rehabiliteringsärenden och samverkan med andra aktörer.

ST-läkarna genomför utbildning under totalt fem dagar (varav eventuellt två dagar som AT-läkare), på samma

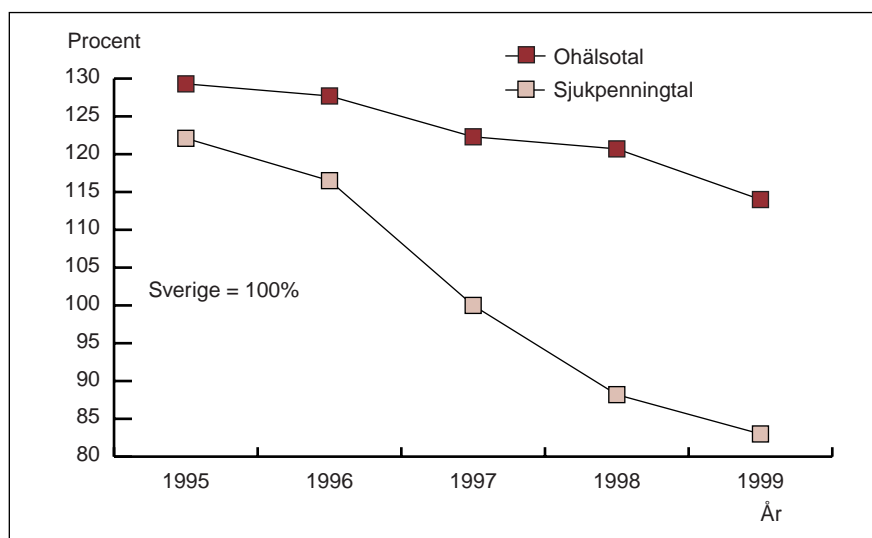
Författare

BO MIKAELSSON

försäkringsläkare, docent, Försäkringskassan Sörmland Norr, Eskilstuna.



Figur 1. Sjukpenningtal.



Figur 2. Ohälsotal/sjukpenningtal Eskilstuna, procent av Sverige.

villkor vis-à-vis sjukvårdshuvudmannen, och förutom ovanstående tillkommer följande moment:

- Ett eget fördjupningsarbete med litteraturstudium och skriftlig dokumentation i ett försäkringsmedicinskt tema, helst efter eget förslag.
- Hänsyn till val av specialitet tas vid utformningen av utbildningsmomenten.

Av pedagogiska skäl deltar både AT- och ST-läkare samtidigt de första dagarna och två till tre läkare simultant. Undervisningen sker en dag i taget, oftast med en veckas mellanrum (de första två dagarna) inom några månader efter det att AT-läkaren börjat sitt »block». ST-läkarna fullgör sina dagar över en tidsperiod på några månader.

Både AT- och ST-läkarna diplomas/certifieras efter kunskapskontroll. ST-läkarna får efter kunskapskontroll och fördjupningsuppgift diplom utgivet gemensamt från Uppsala universitet/institutionen för folkhälsovetenskap och från försäkringskassan (FK).

Denna utbildning kan utgöra två olika steg i en tänkbar framtida behörighetssteg i försäkringsmedicin för läkare som ingående moment i AT- och ST-läkarprogrammen, vilket föreslagits av Försäkringsmedicinska Sällskapet [3].

Uppläggning av utbildningen har ägt rum i nära samverkan med studierektorerna för AT-/ST-läkarna i regionen, sjukvårdsledningen samt representanter för läkarna själva. Kontinuerlig revision och uppdatering av undervisningsmoment sker tillsammans med dessa med stöd av den fortlöpande kurskritiken.

UTVÄRDERING

Efter drygt tre år har sammanlagt 73 läkare genomgått utbildning enligt följande:

- 69 AT-/ST-läkare har fullgjort två dagar enligt AT-läkarprogrammet;
- Åtta av dessa har senare fullgjort totalt fem dagar enligt ST-läkarprogrammet. Dessa åtta ST-läkare finns nu i följande specialiteter: allmän-

medicin, invärtesmedicin, ortopedi och psykiatri, ögon och neurologi;

- 2 specialister som önskat gå tvådagarsutbildningen enligt AT-läkarprogrammet (i specialiteterna företagshälsovård respektive allmänmedicin), samt 2 utländska långtidsvikarier (vid sidan av AT/ST-systemet).

Två ST-läkare bedömdes inte ha nytta av den försäkringsmedicinska utbildningen på grund av val av specialitet (röntgendiagnostik respektive klinisk kemi) och deltog inte i utbildningen.

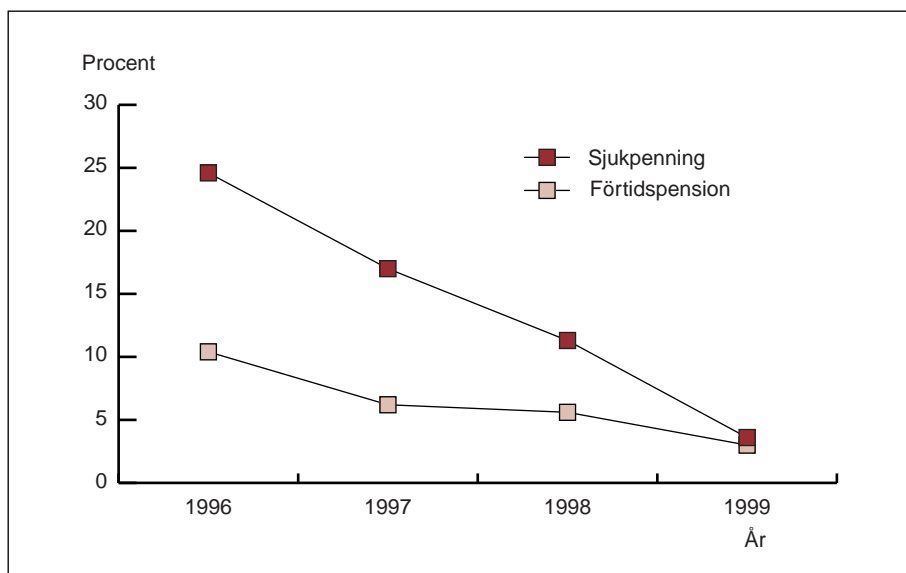
Kurskritik lämnas anonymt efter varje avslutad utbildning, och omdömena har hittills över lag varit mycket positiva. Kurskritiken består av strukturerade frågor för varje delmoment av flervalsskarakter med möjlighet till egna tilläggskommentarer. De moment som vi betonat i utbildningsplanen är de områden som läkarna vill ha mer av, dvs genomgång av faktiska ärendens handläggning och itygsöverväganden, arbetsplatskunskap och träning i tidig identifiering av försäkringsmedicinska problemfall samt rehabiliteringskunskap.

Positiva spin off-effekter

Följande positiva spin off-effekter har hittills märkts av utbildningen, och dessa effekter kommer från första dagen efter genomgången utbildning:

- ökad frekvens av informella kontakter från läkarna med handläggarna vid FK, andra kolleger i vården (företagsläkare, husläkare etc) och med försäkringsläkarna i enstaka patientärenden, och att dessa kontakter tagits tidigare i sjukfallet;
- en förbättrad kvalitet på de medicinska underlagen;
- en ökad lyhördhet för läkarens eget ansvar från starten i sjukskrivningsprocessen;
- en spridningseffekt av ökat försäkringsmedicinskt tänkande till andra kolleger, även specialister, som inte fått någon försäkringsmedicinsk utbildning (ännu);
- handläggarna vid FK får en nyttig uppgradering av sitt eget förhållnings- och tänkesätt i mötet med läkarnas kritiska frågor. En »ömsesidig utvecklingsprocess» startas;
- minskat sjukpenningtal och ohälsotal (i relation till samtida rikssiffror);
- minskad frekvens av överklaganden av FK-beslut.

I Figur 1 visas utvecklingen av sjukpenningtalet i Eskilstuna i jämförelse med länet (Sörmland) och riket. Från en nivå 23 procent över rikssjukpenningtalet 1995 minskade Eskilstunas sjukpenningtal till 17 procent under detsamma till slutet av 1999. Man kan också dra slutsatsen att sjukskrivningarna inte i



Figur 3. Andel omprövningar/besvär av alla ärendeslag.

någon ökad omfattning övergått till förtidspension/sjukbidrag, vilket framgår av Figur 2; även ohälsotalet visar en minskning i relation till Sveriges utveckling.

Underlaget för Figur 1 och 2 är hämtat från Riksförsäkringsverkets statistik, SOFIA [4] och har omräknats av åskådlighetsskäl.

Sjukpenningtalet definieras som genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning eller rehabiliteringspenning per år och i försäkringskassan inskriven person (alla mellan 16 och 65 år). Ohälsotalet innebär summan av sjukpenningtal och antalet dagar för förtidspension/sjukbidrag per år i förhållande till befolkningen 16–65 år.

Av Figur 3 framgår att i de beslut som Försäkringskassan i Eskilstuna tar i ärenden om sjukpenning, förtidspension/sjukbidrag (då det medicinska underlaget har den största betydelsen) minskar under tidsperioden 1996–1999 antalet besvär och begäran om omprövningar från de berörda individerna. Totalantalet besvär och omprövningar av alla ärendeslag är ungefär konstant under hela denna tid, ca 300 per år.

En slutsats som kan dras av detta förhållande är att patienten numera kanske får en nöjaktig förklaring av den behandlande läkaren eller försäkringskassans handläggare, varför man avstår från att överklaga. Bra information skapar en bättre situation av förståelse, och konfrontation undviks.

Kostnadseffektiv utbildningssatsning

Kostnaden för försäkringsläkar- och handläggartid för utbildning av 10 AT- och 20 ST-läkare/per år enligt denna modell uppgår till ca 200 000 kronor. Löne-

kostnaden för sjukvården för de deltagande läkarnas frånvaro från arbetet uppskattas till 300 000–400 000 kronor (120 läkararbetsdagar, eventuellt 80 dagar om alla ST-läkarna genomgått utbildningen som AT-läkare).

Den lägre nivån i sjukpenningtal, jämfört med riksnivåns tal, innebär en inbesparing i Eskilstuna på ca 30 miljoner kronor/år (48 000 personer i befolkningen 16–65 år \times två dagar \times medelsjukpenning 300 kronor/dag).

Varje krona i kostnader har således genererat minst 50 kronor i minskad sjukpenningutbetalning.

Eskilstuna utgör en tredjedel av länets och ca 1 procent av landets befolkning.

En utbildningssatsning enligt denna modell för hela landet skulle alltså kunna ge en besparing för de offentliga socialförsäkringarna på 3 000 miljoner kronor per år i dagsläget, för en satsad summa av 40–60 miljoner kronor per år, varav 30–40 miljoner kronor är läkarlöner. Till denna besparing skall läggas övriga inbesparingar för arbetsgivarna för maskinstillestånd, vikariatsutbildning etc på kanske fem gånger så stort belopp.

DISKUSSION

Två inslag av gripbar och tydlig intervention har introducerats: 1) försäkringsmedicinsk utbildning för behandlande läkare; 2) ett förändrat arbetssätt mellan de behandlande läkarna, försäkringskassans handläggare och försäkringsläkare har genomförts samtidigt och har skett integrerat med själva utbildningen. Den samtidiga mätbara utvecklingen är en påtaglig minskning av såväl sjukpenningtal som ohälsotal i området samt en snabbt minskande överklagandefrekvens av beslut där de medicinska underlagen är av största be-

tydelse. Det ligger mycket nära till hands att tro på ett orsakssamband mellan utbildningen/arbetssättet och det starkt minskade (relativt sett) sjukpenning- och ohälsotalet. Är denna intervention den enda orsaken till att vi sett en så drastisk förändring i sjukpenningtal och ohälsotal?

Den drastiska förändringen bör analyseras vetenskapligt

En vetenskaplig analys av orsaker till och konsekvenser av det lägre sjukpenningtalet i Eskilstuna och den samtidiga minskningen av ohälsotalet vore nödvändig.

Det vore önskvärt att belysa de relevanta socioekonomiska förhållandena (köns- och åldersfördelning, invandrarfrekvens, arbetslöshet, utbildningsstatus, förvärvsfrekvens, inkomstlägen, näringslivsstruktur i kommunen, befolkningens upplevda hälsotillstånd, sjukvårds- och läkemedelskonsumtion, sjuknärvaro etc) som präglar kommunen longitudinellt och jämföra med andra kommuner med ungefär likvärdiga socioekonomiska förhållanden under samma tidsperiod.

En vidareutveckling av tidigare arbetssätt

Försäkringskassan i Eskilstuna har de senaste åren arbetat utåtriktat i sina kontakter med sjukvården, med täta möten mellan försäkringsläkare och behandlande läkarna klinikvis/vårdcentralvis, i flerpartssamtal. FKs handläggare har delvis varit stationerade på kliniker/vårdcentraler. Det sistnämnda inslaget infördes ursprungligen som ett s k FINSAM-projekt [5, 6]. Den individualiserade praktikutbildningen ses som en naturlig vidareutveckling av detta sammanlagda arbetssätt, som förhoppningsvis kan fortsättas.

Tyvärr har personalindragningar vid Försäkringskassan de senaste tre åren inneburit att handläggartiden ute i vården nu reducerats till cirka en tredjedel jämfört med för fyra år sedan.

Det kan nämnas i sammanhanget att Eskilstunaområdet är ensamt i länet om denna form av läkarutbildning i försäkringsmedicin.

Jämförelser med andra kommuner

Det är också önskvärt att studera hur andra s k FINSAM (Finansiell samordning)-kommuner utvecklats beträffande sjukpenning- och ohälsotal under tiden 1993–1997 samt tiden därefter.

Här kan konstateras att andra FINSAM-kommuner hade nästan lika god utveckling därvidlag under FINSAM-perioden, men därefter fått ungefär samma utveckling som rikstalen [4].

Socioekonomiskt skiljer sig Eskilstuna från övriga länet i flera avseenden

[7]. Dessa uppgifter bygger på en postenkät till allmänheten 1996 (svarsfrekvens 74 procent), och flera av dessa variabler talar erfarenhetsmässigt för ett förhöjt sjukpenningtal, vilket också var fallet i Sörmlands län fram till och med 1996 (kraftig övervikt, upplevt sämre hälsotillstånd, hög arbetslöshet och en stor andel invånare med utländsk bakgrund).

Eskilstuna kommun har i många år jämförts socioekonomiskt med Gävle. Kommunerna är ungefär lika stora i folkmängd, har en likartad ålders- och könsfördelning. Båda har en hög arbetslöshet och ett tidvis sviktande näringsliv. Andelen invånare med utländsk härkomst är sannolikt större i Eskilstuna. Eskilstuna har även i denna jämförelse en betydligt mindre ökning av både sjukpenningtal och ohälsotal än Gävle under tidsperioden 1996–1999 [6]. Olika former av utbildning i försäkringsmedicin har förekommit i Gävle under denna tid [P A Jonsson, Gävle, pers medd, 2000].

Enligt uppgifter från Socialförvaltningen bedöms övervåringskostnaderna till denna vara ringa; statistikjämförelse mellan åren 1996 och 1997 visade att klart mindre än 20 procent av »spårade» sjukpenningkostnader vid Försäkringskassan dök upp som kostnader vid Socialförvaltningen mellan åren 1996 och 1997 [8].

För en fullständig kunskapsbild av konsekvenserna av relativt sett lägre sjukpenningtal och ohälsotal behöver ovannämnda och andra studier utföras.

En annan metod för tidig intervention i sjukskrivningsprocessen vore information till allmänheten om lagstiftarnas syften med socialförsäkringarna och aktörernas praxis innan man blir »konsument» av försäkringarna. Samhället har under en lång tid, under 1970–80-talen, vant sig vid att sjukförsäkringen alltmer kommit att bli en »allmän frånvaroförsäkring» [9]. Denna form av information förekommer dock mycket sällan.

SAMMANFATTNING

Vad beträffar orsaker till att Eskilstuna de senaste åren haft och fortfarande har en relativt gynnsam utveckling av sjukpenningtal och ohälsotal jämfört med övriga Sörmlands län och Sverige är uppfattningen i läkarkretsar i området att utbildningen i försäkringsmedicin av läkarna spelar en stor roll. AT- och ST-läkarnas kursutvärdering har överlag varit mycket positiv. Hittills har 73 läkare genomgått utbildning, av vilka 8 fått diplom från Uppsala universitet.

Det utåtriktade arbetssättet i samarbetet mellan sjukvård och försäkrings-

kassa, där försäkringsläkarnas pedagogiska roll understryks, är en annan anledning till den gynnsamma utvecklingen. Försäkringsläkarens roll som pedagog och »samverkansperson»/diskussionspartner kan inte nog understrykas.

Det är också viktigt att betona att en utbildning ständigt måste förnyas och förbättras.

Utbildning i försäkringsmedicin förekommer troligen i alla försäkringskassors regi i Sverige för både kliniskt verksamma läkare, handläggare vid försäkringskassor och ledamöter i Socialförsäkringsnämnder och via FKF (Försäkringskassaförbundet) för försäkringsläkare. Omfattningen är mycket varierande. Den huvudsakliga undervisningsformen för kliniskt verksamma läkare och försäkringsläkare är katedral med ett deltagarantal på (minst) 20 personer.

Vår erfarenhet är att den individualiserade praktikutbildningsmodellen fungerar väl för läkare under vidareutbildning. Undervisningsmetoden bedöms som ändamålsenlig för sina syften, eftersom den är individualiserad i förhållande till varje läkares arbetsinriktning och undervisningsproblemen tas från den löpande verksamheten med iakttagande av pedagogiskt angreppssätt.

En konsekvens av utbildningen och ett ändrat arbetssätt är att utredningsärenden vid Försäkringskassan efter hand kan ta mindre tid, att handläggare och försäkringsläkare kan ägna sig mer åt samverkan med olika aktörer samt övergripande pedagogiskt arbete och utvecklingsarbete, vilket är nödvändigt om optimal precision i socialförsäkringarna skall kunna upprätthållas.

Att bedriva utbildning/information till de yngsta läkarna är det mest kostnadseffektiva och det etiskt mest attraktiva sättet att tidigt påverka sjukskrivningsprocessen. Då den s k fjurdjupade bedömningen skall äga rum efter 29 dagars sjukskrivning hos försäkringsläkaren har ofta 50–60 dagar i sjukfallet passerat, det senaste året ännu längre tid, och då är ofta ett sjukfall långt rent medicinskt. Värdefull rehabiliteringspotential kan då redan vara förlorad, särskilt i sjukfall som medicinskt är tveksamma i avseendet huruvida sjukskrivning är en optimal medicinsk behandlingsåtgärd eller ej. Det är nämligen ofta så att en »tveksam» sjukskrivning sällan blir mindre tveksam senare i sjukfallet.

Referenser

1. Regeringens proposition 1996/97:63. Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. Stockholm:

Riksdagen, 1996.

2. Mikaelsson B, Lundqvist L. Utbildningsprogram för läkare i försäkringsmedicin. Eskilstuna: Försäkringskassan, 1997.
3. Pineus I. Förslag till nationell satsning på utbildning om sjukintyg. Dagens Medicin 2000; 15.
4. Riksförsäkringsverket. RFV Statistik/SO-FIA/. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1995–1999.
5. FINSAM, en slutrapport. Finansiell samordning 1997:1. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1997.
6. FINSAM, slutrapport 1993–1996. Eskilstuna/Nyköping: Försäkringskassan Sörmlands län, 1996.
7. Hälsan i Sörmland – en kommunbeskrivning. FOU-enheten, Landstinget, Sörmland. Rapport 1999:3.
8. Socialstyrelsen. Socialbidrag under de tre första kvartalen och tredje kvartalet 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, Statistik, Socialtjänst 1997:12.
9. Mikaelsson B. Vårda sjukdomsbegreppet! Läkartidningen 1996; 93: 2562–3.

Summary

Training in insurance medicine – a cost effective initiative

Bo Mikaelsson

Läkartidningen 2000; 97: 5324–7.

A training program in insurance medicine for younger physicians in clinical practice is presented. The program is individualized, problem-based and oriented towards clinical practice. Physicians participate in the program for two or five working days - depending on the level of clinical competence - and the following items are stressed: case reports with clinical insurance medicine aspects, knowledge of ordinary work places among the general population, training in early rehabilitation, and awareness of the process of certification for sick leave. During the past three years 73 physicians at all levels of clinical competence, mostly in the specialties general practice and occupational health, have passed the training program.

There are many positive spin-off effects of the training, as well as substantial reductions in the rate of physician certification for sick leave and for early retirement pensions in the region. In 1999 the average level of sick-leave utilization was two days less than the national average, a reduction in relative terms by about 50% from 1996, when the regional level was 20% higher than the national level.

In addition, during the period 1996–1999 the number of appeals of decisions of the Regional Social Insurance Office has been reduced from 33% to 6% of all decisions in which physician certificates for sick leave played a role.

A nation-wide introduction of such a training program might possibly reduce the state expenditure for sick-leave insurance by 3 billion SEK on a yearly basis (about 10% of the current sick-leave related expenditure).

Correspondence: Bo Mikaelsson, Försäkringskassan Sörmland Norr, Drottninggatan 13, SE-63107 Eskilstuna, Sweden.