

# Låg kvalitet på bedömningar av arbetsförmåga vid KOL

Såväl Försäkringskassan som läkare gör fel, visar pilotstudie från Umeå



JAN WEIBRING, försäkringsmedicinsk koordinator vid Försäkringskassan, Umeå  
Jan.weibring@forsakringskassan.se

BENGT JÄRVHOLM, professor, överläkare, yrkes- och miljömedicin, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, Umeå

Vid bedömning av rätten till sjukpenning tar lagen om allmän sjukförsäkring (AFL) sin utgångspunkt i att individen har en sjukdom som sätter ned förmågan att arbeta. Hur bedömning av arbetsförmågan ska ske har nyligen utretts av en statlig utredning (SOU 2009:89). Många gånger kan det vara svårt att bedöma graden av nedsättning vid en sjukdom och gradera om det finns hel eller halv arbetsförmåga, till exempel vid psykiska sjukdomar och skador i rörelseorganen. Vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) finns alltid en nedsättning av lungfunktionen, och det har föreslagits att man via just lungfunktionen ska kunna skatta arbetsförmågan vid KOL.

Vår avsikt var att studera hur arbetsförmågan vid KOL bedömts. En pilotstudie av fall i Västerbotten där varaktig sjukersättning beviljats och där KOL var huvuddiagnos genomfördes. Vi ville se hur kraftigt lungfunktionen var nedsatt och i vilken grad arbetets tyngd haft betydelse. Hypotesen var att personer med tungt fysiskt arbete hade beviljats sjukersättning vid lägre grad av nedsättning än de med fysiskt lättare arbete.

## METOD

Inom Försäkringskassan i Västerbotten valdes alla fall ut där varaktig sjukersättning med huvuddiagnos kroniskt obstruktiv lungsjukdom perioden 1 januari 2003 till 31 december 2007 beviljats. Kriterierna för att beviljas varaktig sjukersättning har varierat genom åren. Under den aktuella tidsperioden bedömdes arbetsförmåga sett mot hela den »normala arbetsmarknaden«. Sociala skäl och arbetslöshet var enligt huvudregeln inte skäl för sjukersättning.

Vi använde en internationell definition av KOL, hämtad från Global initiative for obstructive lung diseases (GOLD) riktlinjer från 2006 [1] (Fakta 1). Symtomen vid de olika grader kan variera mellan olika personer. Hos många patienter med grad 3 föreligger ringa symtom vid sittande arbete. Vår utgångspunkt vid studiestarten var att grad 1 och 2 inte skulle utgöra något hinder för »normalt« arbete men att förmågan till tungt arbete skulle kunna vara påverkad vid grad 3.

Akterna från samtliga fall av KOL (J 44 enligt ICD-10) hämtades från Försäkringskassan. Totalt uppfyllde 28 individer urvalskriterierna. Från akterna hämtades uppgifter om kön, ålder, yrke, arbetslöshet, utförd lungfunktionsundersökning (spirometri), förekomst av annan sjukdom, rökvanor och angivna alkoholproblem. Graderingen av arbetets fysiska tyngd gjordes av en av undersökarna (JW) baserat på yrkestitel och eventuella ytterligare uppgifter i akten om arbetets tyngd. Däremot togs ingen hänsyn till uppgifter om lungfunktion. Fallen klassificerades av oss enligt GOLD.

## ■ fakta 1

Klassifikation av kroniskt obstruktiv lungsjukdom enligt Global initiative for obstructive lung diseases (GOLD) riktlinjer från 2006. Klassifikationen baseras på lungfunktion efter bronkdilatation

GOLD 1 (lindrig)	FEV1/FVC <0,70 och FEV1 ≥ 80 % av förväntat
GOLD 2 (moderat)	FEV1/FVC <0,70 och 80 % > FEV1 ≥ 50 % av förväntat
GOLD 3 (grav)	FEV1/FVC <0,70 och 50 % > FEV1 ≥ 30 % av förväntat
GOLD 4 (mycket grav)	FEV1/FVC <0,70 och FEV1 < 30 % av förväntat eller FEV1 < 50 % av förväntat plus kronisk respiratorisk insufficiens

## RESULTAT

Totalt hade 12 kvinnor och 16 män beviljats varaktig sjukersättning under den studerade perioden. Medelåldern var 59 år och medianåldern 56 år vid beviljandet av sjukersättning. Spirometriverden fanns redovisade i akterna i 20 av de 28 fallen (71 procent) (Figur 1). Fyra män och fyra kvinnor uppvisade GOLD grad 3, två kvinnor GOLD grad 4. I de övriga 18 fallen hade 8 individer GOLD grad 1–2, en individ normal spirometri, en individ en icke graderbar spirometri, medan spirometri saknades i 8 fall. Behandlande läkare hade i några fall ställt diagnosen KOL enbart utifrån PEF-undersökning (peak expiratory flow) och anamnes, vilket hade accepterats av Försäkringskassan.

Sjuttion (61 procent) individer var 60 år eller äldre. I 25 av de 28 fallen förekom andra sjukdomstillstånd av varierande art och grad. Annan lungsjukdom förelåg i sju fall (25 procent) och hjärt-kärlsjukdom i sex fall (21 procent). Alkoholproblem beskrevs hos sex individer. Fyra av dessa hade GOLD grad 2 eller lägre eller saknade spirometri. Bland dem som enligt akten var arbetslösa (åtta personer) hade tre GOLD grad 3 och en person GOLD grad 2. För fyra av dessa personer saknades spirometri. Fem av individerna hade fysiskt tungt arbete med GOLD grad 3

## ■ sammanfattat

I en pilotstudie hade flera patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, oklar nedsättning av arbetsförmågan trots att de beviljats varaktig sjukersättning. Pilotstudien pekar på att Försäkringskassans underlag

vid bedömning av arbetsförmåga hos personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom har uppenbara brister. Spirometri borde vara en självklar del i underlaget vid försäkringsmedicinska bedömningar av KOL men är inte alltid ensamt avgörande.

(ingen med GOLD 4). I övriga fall hade arbetet klassats som lätt eller inte bedömbart, eller så var individen arbetslös.

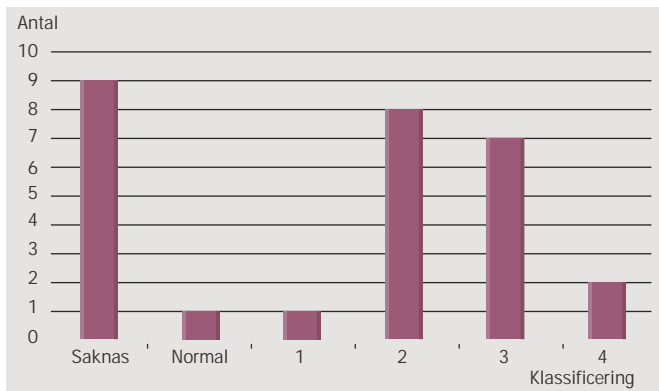
## DISKUSSION

Bedömning av förmåga till aktivitet och arbetsförmåga vid KOL borde ha en öppen utgångspunkt i graden av lungfunktionsnedsättning. Vid KOL är en nedsatt lungfunktion mätbar med spirometri, vilket innebär en tämligen objektiv och verifierbar grund för att sedan analysera hur förmågan till aktivitet och arbete påverkas av sjukdomen. En sådan utgångspunkt är eftersträvansvärd både ur försäkringsmedicinsk synpunkt och ur patientens perspektiv då den underlättar begripligheten i beslutsprocessen. En begriplig beslutsprocess medför i sin tur att sjukförsäkringen har större möjligheter att uppfattas som legitim och rättssäker av allmänheten.

Naturligtvis kan komplicerande sjukdomar och tillstånd göra att även en måttlig nedsättning av lungfunktionen vid KOL skulle kunna leda till påtaglig nedsättning av arbetsförmågan. För att vara begripligt för den försäkrade och för att göra processen rättssäker borde detta i så fall dokumenteras i de underlag som finns. I inget av de fall vi studerat har vi kunnat finna ett sådant resonemang som förklaring till att låg grad av lungfunktionsnedsättning har funnits hos dem som beviljats sjukersättning.

Studien är liten och begränsad till ett län i Sverige. Den kan därför inte utan vidare betraktas som representativ för Sverige. De fall som studerats är dock de fall där KOL varit huvuddiagnos på läkarintyg/medicinska underlag som legat till grund för beslut om varaktig sjukersättning. Även om det föreligger en hög komorbiditet vid KOL, något som studien också visar, har betydelsen av denna inte diskuterats av handläggare eller behandlande läkare vare sig inför beslut om sjukersättning eller i de medicinska underlagen. I två tredjedelar av fallen har varaktig sjukersättning beviljats trots avsaknad av spirometri eller med en enbart måttligt nedsatt lungfunktion. Detta innebär tydliga brister i den försäkringsmässiga utredningen av funktionsnedsättning och arbetsförmåga vid sjukdomen KOL. Studien visar på okunskap hos Försäkringskassan om hur funktionstillstånd och förmåga till aktivitet och till att arbeta är påverkade vid KOL. Den visar samtidigt också på viss okunskap hos behandlande läkare om vad intyg till Försäkringskassan vid diagnosen KOL bör innehålla.

För de patienter som ingått i studien kan det finnas data från spirometri i journaler och annat medicinskt underlag som Försäkringskassan inte hade tillgång när man fattade sitt beslut. Avsikten med studien var dock att studera vilket un-



**Figur 1.** Antal personer i olika kategorier enligt GOLD-klassificeringen (N = 28). I åtta fall saknades spirometrin helt, och i ett fall var den av så dålig kvalitet att den inte gick att bedöma (klassificerad som saknad i figuren).

## »Studien visar återigen på ett stort behov av utbildning i försäkringsmedicin bland läkare och inom Försäkringskassan.«

derlag Försäkringskassan hade inför sitt beslut, därför har vi inte tagit med sjukhusjournaler eller liknande i studien.

I takt med att ersättning från sjukförsäkringen alltmer kopplas till krav på medicinska faktorer i lagen om allmän sjukförsäkring ökar betydelsen av att ha en, så långt det är möjligt, verifierbar grund för bedömningen/konstaterandet av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. En sådan verifierbar grund finns vid KOL, och spirometri bör därför finnas med som ett självklart medicinskt underlag vid bedömningen av rätten till sjukpenning och/eller sjukersättning vid KOL.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet vid sjukskrivning pekar på att andningsfunktionen och därmed den fysiska prestationsförmågan försämras vid KOL och att spirometri med FEV<sub>1</sub> kan användas som ett relativt bra mått på funktionen. Vid värden kring 30 procent av förväntat värde anges att många patienter inte kan sköta dagliga sysslor i hemmet [2].

Med dagens skärpta krav på arbetsförmåga för att få ersättning från sjukförsäkringen torde ingen person med grad 2 eller lägre komma ifråga för varaktig sjukersättning. Inte heller flertalet personer med grad 3 torde komma ifråga om de inte har komplicerande sjukdomar eftersom arbetsförmågan ska prövas mot hela den reguljära arbetsmarknaden och det förekommer många arbeten som utförs huvudsakligen sittande med endast måttlig armbelastning. Enbart spirometervärden kan inte direkt överföras till ett mått på nedsättningen. Patienter med kognitiva nedsättningar, systempåverkan och annan samsjuklighet som konsekvens av sin KOL kan ha nedsatt arbetsförmåga trots att arbetet är mycket ringa fysiskt belastande, och arbetsgivare kan ha anpassat ett tungt arbete till ett lättare för personer med svårare KOL så att de kan fortsätta att arbeta. Sådana fall finns inte med i vår studie.

Vid många andra sjukdomstillstånd saknas en så objektiv möjlighet till bedömning av funktionsnedsättning som vid KOL. Även vid dessa tillstånd ska nedsättning av arbetsförmåga bedömas på ett så objektivt sätt som möjligt. Med tanke på resultatet i denna lilla studie kan man befara betydande kvalitetsbrister också vid andra, mer svårbedömda tillstånd. Eftersom arbetsförmåga torde vara ett betydelsefullt begrepp inom sjukförsäkringen också i framtiden behövs forskning och utveckling för att förstå hur arbetsförmågan ska mätas. Dessutom torde en kvalitetskontroll av läkarintyg och handläggning på Försäkringskassan vara önskvärd ur både patientens och samhällets synvinkel.

När vi startade studien var syftet att försöka förstå hur Försäkringskassan och läkare bedömde arbetsförmågan vid KOL och i vilken grad tungt arbete spelade in för bedömningen. Vi kan dessvärre bara konstatera att kvaliteten på utredningar och bedömningar från läkare och Försäkringskassan var så låg att detta inte gick. Studien visar återigen på ett stort behov av utbildning i försäkringsmedicin bland läkare och inom Försäkringskassan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Guidelines. Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention [citerat 3 maj 2009]. <http://www.goldcopd.com/guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=1116>
2. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Andningsorganen/KOL [citerat 4 april 2009]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>