

Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen

– ett policyprogram från Sveriges läkarförbund

# Innehållsförteckning

Förord .....	5
<b>1 Inledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrund och syfte .....	6
1.2 Avgränsningar .....	7
1.3 Disposition .....	7
<b>2 Läkaren i sjukskrivningsprocessen .....</b>	<b>8</b>
2.1 Inledning .....	8
2.2 Problem vid bedömning av arbetsförmåga .....	11
2.3 Vem skall bedöma arbetsförmåga? .....	13
2.4 Stöd till läkare vid bedömning av arbetsförmåga .....	15
Ledningsansvar .....	15
Rutiner och riktlinjer .....	15
Avstämningsmöte .....	17
Utbildning inom försäkringsmedicin .....	20
Forskning .....	21
Aktuella rapporter .....	22
2.5 Tillgängligheten i primärvården och övriga hälso- och sjukvården ...	23
2.6 Företagshälsövårdens roll .....	24
<b>3 Ekonomiska drivkrafter .....</b>	<b>26</b>
3.1 Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården .....	26
Sektoriserad välfärd .....	26
Bristande samordning hälso- och sjukvård – socialförsäkringssystem .....	27
Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation .....	28
Näraliggande verksamheter bör tillhöra samma resultatenheter .....	29
Betydande vinstpotential .....	30
Försöksprojekt för bättre samordning .....	30
Samordnad finansiering – två tänkbara modeller .....	31
3.2 Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren .....	35
3.3 Ekonomiska drivkrafter för individen .....	36
<b>4 Övriga frågor .....</b>	<b>37</b>
4.1 Arbetslösa sjukskrivna och en mer flexibel arbetsmarknad .....	37
4.2 Rehabiliteringskoordinator/Case manager .....	39
<b>5 Läkarförbundets 30 punkter för en högre kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen .....</b>	<b>42</b>
Litteraturlista .....	46

## Förord

För läkarprofessionen är den ökade sjukfrånvaron en angelägen fråga, av flera skäl. Det är viktigt för de patienter som är oförmögna att arbeta på grund av sjukdom att det finns en försäkring som är värd namnet. Sjukskrivning kan vara ett positivt inslag i en rehabiliteringsprocess, men det finns även forskning som tyder på motsatsen.<sup>1</sup> Den kraftiga ökningen av antalet konsultationer som rör sjukskrivning – i kombination med bristande förutsättningar och resurser – har inneburit en ökad arbetsbelastning och en känsla av frustration för många läkare. Ett obehag som förstärks av att läkarnas sjukskrivningspraxis sätts i fråga i den allmänna debatten. Utöver den rena arbetsmiljöaspekten är sjukfrånvaron en väsentlig orsak till att hälso- och sjukvården inte kan tilldelas en ökad andel av samhällets resurser.

Läkarförbundets politik inom området har framförallt formats i samband med remissyttranden, varav flertalet föregåtts av omfattande interna remissbehandlingar och varit föremål för beslut i förbundets centralstyrelse (CS). Därtill har förbundet tagit fram programmet Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre? som innehåller förslaget att ge sjukvården ett medfinansieringsansvar för sjukpenningen mot en kraftig höjning av statsbidraget.

Under hösten 2004 beslutade Läkarförbundets centralstyrelse att en arbetsgrupp skulle få i uppdrag att se över och analysera förbundets många uttalanden i sjukskrivningsfrågan samt att samordna, förtydliga och komplettera dem till en sammanhållen politik på sjukförsäkringsområdet. I arbetsgruppen har ingått Karin Malmqvist, distriktsläkare, ordförande, Sven-Axel Andersson, distriktsläkare, Anders Ekbom, professor epidemiologi, Tommy Hansson, professor ortopedi, Lars Nevander, barnpsykiater, Christer Olofsson, distriktsläkare, försäkringsläkare, Anna-Maria af Sandeberg, psykiater, Kjersti Sleman, företagsläkare, Marie-Louise Östenson, specialist i rehabiliteringsmedicin. Från kansliet har ingått Susann Asplund Johansson, utredare, sekreterare, Per Johansson, utredare och Ragnar Kristensson, ombudsman.

<sup>1</sup> Se bl a artikel av Nachemson, A. i Läkartidningen nr 7 2002.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund och syfte

Under perioden 2000–2004 motsvarade antalet ersatta dagar med sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension), omräknat i årsarbeten, en frånvaro på omkring *14 procent* av befolkningen i åldrarna 20–64 år. Förutom att det ligger ett stort individuellt lidande bakom sjukfrånvaron innebär det stora kostnader för samhället. Sedan år 1998 har den årliga statliga kostnaden för ersättningssystem vid arbetsförmåga ökat med cirka 40 miljarder kronor. Kostnaden för inkomst- och produktionsbortfall är ännu större och drabbar i hög grad landstingen i form av minskade skatteintäkter.

Läkarförbundets politik kring sjukskrivningsfrågan kan beskrivas bestå av två delar, varav den ena går ut på att stärka den behandlande läkaren som den centrala aktören i sjukskrivningsprocessen, den andra på att skapa incitament för alla inblandade att medverka till att processen blir så bra som möjligt. Den andra delen skulle i förlängningen ge ett statsfinansiellt utrymme för betydande resursförstärkningar till vården.

Men det finns problem med att nå ut med argumenten för ökade resurser. Bland makthavare och allmänhet finns en oförståelse för läkares arbetssituation med bristande förutsättningar för att hantera sjukskrivningarna. Trots en uppenbar kapacitetsbrist inom vården, har det ofta varit svårt att pedagogiskt förklara för makthavare varför mer resurser kombinerat med ökade ekonomiska drivkrafter skulle leda till mer kvalitativa arbetsförmågebedömningar. Även bland våra medlemmar möter vi ibland en tveksamhet till att förbundet vill stärka den behandlande läkares roll. Många distriktsläkare uppger att de vill avhända sig arbetsuppgiften.

Syftet med rapporten är att ge en bild av läkares arbetssituation och under vilka förutsättningar läkare förväntas göra arbetsförmågebedömningar av hög kvalitet. Syftet är vidare att peka på ett antal åtgärder som skulle stödja läkarna i arbetet och förutsättningar för att åstadkomma dessa.

## 1.2 Avgränsningar

Innehållet behandlar huvudsakligen läkares roll i sjukskrivningsprocessen. Alla frågor rör självklart även läkarna som anställda och medarbetare i vården d v s läkares egen sjukfrånvaro, tillgång till företagshälsovård o s v, men det perspektivet har inte närmare berörts här.

Sjukvårdens drivkrafter behandlas i denna skrift, däremot berörs de andra aktörernas drivkrafter endast översiktligt.

## 1.3 Disposition

I kapitel 2 beskrivs förutsättningarna för läkaren i sjukskrivningsarbetet, bl a redogörs för den svåra arbetsförmågebedömningen och behovet av stöd till behandlande läkare. I kapitel 3 diskuteras behovet av ekonomiska drivkrafter för de centrala aktörerna med tyngdpunkt på hälso- och sjukvården. I kapitel 4 tas vissa övriga frågor upp och i det avslutande kapitlet 5 presenteras Läkarförbundets punkter för en högre kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## 2 Läkaren i sjukskrivningsprocessen

### 2.1 Inledning

Sjukfrånvaron har ökat kraftigt under de senaste åren. Det sk ohälsotalet<sup>2</sup> har ökat från 33,6 dagar år 1998 till 42,5 dagar år 2004. I januari år 2005 betalades sjukpenning ut till 274 300 personer och 541 700 personer uppbar sjuk- och aktivitetsersättning. Det är framför allt antalet långa sjukfall som har ökat. År 1997 var antalet sjukskrivna längre än ett år 71 000 och år 2004 var antalet 113 400.<sup>3</sup>

Den vanligaste orsaken till sjukskrivning är sjukdomar i rörelseorganen (33 %). Den näst vanligaste orsaken är de psykiska diagnoserna. Andelen sjukskrivna med diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar ökade från 18 % år 1998 till 30 % år 2003.<sup>4</sup> Den vanligaste orsaken till sjukskrivning bland kvinnor är diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar.

Kvinnor är sjukskrivna mer och längre än män. År 2003 utgjorde kvinnor 48 procent av arbetskraften men stod för 63 procent av antalet sjukpenningdagar. Det är oklart vilka förklaringsfaktorerna är. Riksförsäkringsverket framhåller i en rapport från år 2004 att forskningen om könsskillnader i sjukskrivningsmönster är begränsad och att fler longitudinella studier samt könsteoretisk forskning med direkt fokus på sjukskrivning skulle behövas. Riksförsäkringsverket lyfter dock fram några förklaringar i rapporten bl a generellt sämre arbetsförhållanden för kvinnor än för män, graviditetsrelaterad sjukskrivning och skillnader i vilka möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering sjukskrivna kvinnor och män får. Riksförsäkringsverket framhåller att det är oklart hur svårigheter att kombinera förvärvsarbete och familjeliv påverkar könsskillnader i sjukskrivningsmönster, detsamma gäller skillnader i ekonomiska drivkrafter och hur de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen (bl a läkare) påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Ohälsotalet omfattar antalet utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning.

<sup>3</sup> Statistiken är hämtad från Försäkringskassans månadsstatistik, ohälsostatistik och statistik från olika år.

<sup>4</sup> Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003, Riksförsäkringsverket (RFV redovisar 2004:8).

<sup>5</sup> Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt, Riksförsäkringsverket (RFV analyserar 2004:16).

Det är inte rimligt att tro att utvecklingen för sjukförsäkringen de senaste åren motsvarar en reell ökning av sjukligheten. Men det är omdiskuterat huruvida det är andra faktorer än sjukdom och arbetsoförmåga som har tillåtit styra utvecklingen de senaste åren t ex förändrade attityder och förändrade villkor i arbetslivet. Även läkares sjukskrivningspraxis brukar nämnas i debatten.

Kunskaperna är dock bristfälliga bland de flesta aktörer om faktorer som genererar sjukfrånvaro. Det finns ett visst samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. Förändrade villkor i arbetslivet har för många lett till oro, stress och utslagning och kan vara en bidragande orsak till ökande sjukfrånvaro av psykosociala orsaker.<sup>6</sup> Vidare brukar demografi och regelsystemen nämnas. Vad gäller regelsystemen så avses såväl socialförsäkringarna som arbetslöshetsförsäkringen och det handlar förutom regelverket om tillämpningen av detsamma och samordningen eller bristen på samordning, mellan myndigheter. Det är också visat att ekonomiska incitament påverkar sjukfrånvarons omfattning.<sup>7</sup> Även hälso- och sjukvården påverkar sjukfrånvaron, dels genom läkares beslut om sjukskrivning, dels genom tillgänglighet och väntetider.

Försäkringskassan har nyligen presenterat en andra undersökning kring attityder till sjukskrivning. Attitydundersökningarna visar t ex att trötthet av många anses vara ett godtagbart skäl till sjukskrivning. Även stress på jobbet, osämja med chefen och dålig arbetsmiljö anses vara skäl som är godtagbara för sjukskrivning. Attityderna till hur man kan använda sjukförsäkringen har dock blivit mer restriktiva mellan de två mätningarna.

Värderingsförskjutningar och attityder till arbete och sjukskrivning påverkar vilka som söker sjukvård och därmed vilka som kommer att bli sjukskrivna.

Genom åren har statsmakterna eftersträvat en renodling av systemen – sjuka skall ha sjukpenning, arbetslösa skall ha ersättning från arbetslöshetsförsäkringen och de som inte passar in i något system skall i slutändan fångas upp av socialbidrag – för att inte legitimiteten skall urholkas. Baksidan av renodlingen är att den som inte helt och fullt passar in i ettdera av systemen riskerar ”falla mellan stolarna” eftersom inte någon tar

<sup>6</sup> Utveckling av god företagshälsövård – ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113).

<sup>7</sup> Jönsson, Arvidsson, Levin, Rehnberg, Hälsa, vård och tillväxt, Välfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag

ett helhetsansvar med individen i centrum. Då man inte har någon annanstans att vända sig vänder man sig till sjukvården eftersom sjukdom är en av få socialt accepterade former för avvikelse som finns i samhället. Även situationen på arbetsmarknaden påverkar vilka som kommer att bli sjukskrivna. Det finns en mycket begränsad arbetsmarknad för människor som inte är fullpresterande. Detta i kombination med att inte någon myndighet tar ett helhetsansvar för människor som inte helt och fullt passar in i systemen försvårar och förlänger rehabiliteringsprocessen. Läkaren får ett ansvar och tar ibland på sig arbetsuppgifter som går utöver det egentliga ansvaret. I det läget ifrågasätts också läkarens sjukskrivningar och läkaren anses medikalisera.

Begreppet medikalisering har sedan länge diskuterats i försäkringsmedicinska sammanhang. Det finns inte någon säker definition av begreppet. Vanligen har det med medikalisering menats att individer sjukskrivs för problem som egentligen inte är medicinska eller för medicinska problem som normalt inte medför arbetsoförmåga. Medikalisering är även en följd av att sjukdomsbegreppet är svagt avgränsat i sjukförsäkringen. Genom att sjukdomsbegreppet förändras över tid kommer fenomen som tidigare inte betraktades som sjukdom efterhand att klassas som sjukdom i försäkrings-sammanhang.

Trots ett stort antal utredningar de senaste åren kan det konstateras att kunskaperna om sambandet mellan sjukdom och sjukfrånvaro samt effekter av sjukskrivning som behandlingsmetod är bristfälliga.<sup>8</sup> Då det finns lite vetenskapligt belagd kunskap blir läkarens professionella förhållnings-sätt och attityder extra betydelsefulla för den praxis som tillämpas.<sup>9</sup>

Det är självklart viktigt att även läkarkåren rannsakar sig; har vi själva ändrat attityder till sjukskrivning? Läkare är en del av samhället och påverkas naturligtvis av de värderingar som finns. Men läkaren är bara en av flera aktörer i sjukskrivningsprocessen. Läkaren är bäst på att bedöma hur sjukdom påverkar funktionsförmågan och hur nedsatt funktionsförmåga påverkar arbetsförmågan. Läkarförbundet menar inte att en sjukskrivningsprocess av högre kvalitet innebär att läkaren skall ta på sig ytterligare arbetsuppgifter. Det är förutsättningarna för att göra det man i dag har

ansvar för som måste bli bättre. Läkarförbundet menar inte heller att en sjukskrivningsprocess av högre kvalitet innebär att läkare skall väga in annat än strikt medicinska faktorer i bedömningen av arbetsförmåga. Alla aktörer måste ta sin del av ansvaret för en tidig och snabb rehabilitering och för att förhindra att individer faller mellan stolarna måste samverkan underlättas. Alla inblandade aktörer måste känna ett större ansvar för att människor som inte är fullpresterande tas tillvara i meningsfulla arbetsuppgifter. Men enbart bättre samverkan och en effektivare sjukskrivningsprocess räcker inte för att vi skall få bukt med den höga sjukfrånvaron. Den centrala arenan, där de reella möjligheterna finns att påverka, åtgärda eller förebygga sjukfrånvaro, är ofta arbetsplatsen. I detta sammanhang bör även ledarskapets betydelse nämnas.

## 2.2 Problem vid bedömning av arbetsförmåga

Många läkare upplever att ett problem är att det saknas ett fungerande samarbete kring de långtidssjukskrivna. Huvudproblemet är dock den pressade arbetssituationen och att förutsättningar för att göra ett kvalitativt arbete i sjukskrivningsfrågan saknas, läkare hinner inte lägga ner den tid som en sjukskrivningsprocess av hög kvalitet kräver.

I debatten om sjukskrivningar och särskilt läkarens roll i sjukskrivningsprocessen, har Läkarförbundet ofta efterlyst en mer nyanserad beskrivning av läkarens arbetssituation och att åtgärder vidtas för att förbättra arbetssituationen. Läkare, särskilt allmänläkare och öppenvårdsspecialister inom vissa områden, anser att sjukskrivningsärendena är bland de svåraste att hantera.

Läkare upplever att de har flera, ibland motstridiga, roller i sjukskrivningsprocessen. Läkaren är patientens företrädare och drivs av att göra gott för denne. Läkaren skall också, som medicinsk sakkunnig, förse försäkringskassan med intyg om patientens medicinska tillstånd och utlåtanden om dennes arbetsoförmåga. Dessutom upplever många läkare att de felaktigt av försäkringskassan och samhället tilldelats rollen som grindvakt i sjukförsäkringen. Patienten tror också ofta att det är läkaren som beslutar om sjukskrivning, i meningen sjukfrånvaro med ersättning. Då uppstår det problem om försäkringskassan gör en annan bedömning av arbetsförmågan

<sup>8</sup> Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt, Statens beredning för medicinsk utvärdering, (2003).

<sup>9</sup> Alexandersson, Brommels, Ekenwall, Karlsryd, Löfgren, Sundberg, Österberg. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Sektionen för personska-deprevention, Karolinska institutet, (2005).

än läkaren. Läkarförbundet menar att det, trots informationskampanjer, behövs ytterligare förtydliganden gentemot befolkningen att läkarens utlåtande om arbetsförmåga är en rekommendation och att det är försäkringskassan som beslutar.

Läkarförbundet anser att läkare måste få mer tid och resurser för att göra svåra och omfattande arbetsförmågebedömningar. Det svåra är att göra en bedömning av patientens funktionsförmåga i relation till dennes arbete eller arbete som anpassats av arbetsgivaren. Än svårare är det att göra bedömningar i förhållande till hela arbetsmarknaden och i de situationer där patienten är arbetslös. Läkare har god kompetens att ställa diagnos och bedöma sjukdom, men de komplexa förhållanden och samverkande faktorer som leder till arbetsförmåga är mycket svårare att bedöma.

Läkarna behöver mer tid, förutom för patientmötet, för samverkan. Det handlar om kontakter med andra inom professionen men även med andra yrkesgrupper, som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer för att tillföra de kunskaper som krävs för bästa möjliga bedömning av arbetsförmågan. Det handlar också om kontakter med andra aktörer, som försäkringskassa, arbetsgivare och företagshälsovård. Det är t ex viktigt att kontakten mellan intygsskrivande läkare och försäkringskassan förbättras. Läkare framhåller ofta att det är svårt att få kontakt med försäkringskassan och att sjukskrivningar ibland blir onödigt långa av den anledningen.

Det behövs också tid för att skriva intygen/utlåtandena. Det är tidskrävande att skriva bra utlåtanden. Arbetet skulle dock kunna förenklas och underlättas av en funktionell utformning av blanketterna. Läkarförbundet menar att det är viktigt att intygen/utlåtandena utformas på ett sätt som stämmer överens med journalföringen, d v s på det mer vetenskapliga sätt som läkare är vana vid att uttrycka sig på. Det är också rent administrativt en lättnad om det enkelt går att överföra journalanteckningar till intyg/utlåtanden. Professionen måste involveras på ett tidigt stadium vid framtagandet av intygsblanketterna.

Vidare behövs det tid för kunskapsinhämtning och kvalitetsarbete. I en nyligen presenterad rapport från Karolinska institutet *Problem inom hälso-*

*och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning* konstateras bl a att kunskaperna brister i flera avseenden. Enligt rapporten saknas ofta vetenskapligt baserad kunskap om de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning (rörelseorganens sjukdomar och psykiska besvär), både vad gäller diagnossättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder.<sup>10</sup> Det saknas också kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och om konsekvenser av sjukfrånvaro. I rapporten konstateras att dessa är mer generella problem som handlar om det vetenskapliga kunskapsläget. Men det finns även brister i försäkringsmedicinsk kunskap (bl a regelverk, samverkan, arbetsförmågebedömning) och kunskap kring handläggning av patienter med psykosocial problematik, vilket enligt rapporten innebär att sådan problematik inte hanteras alls alternativt medikaliseras. Även Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Sjukskrivning inom primärvården Återföring av tillsynsbesök 2004* att det finns ett antal områden som måste förbättras i syfte att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen bl a nämns vårdcentralernas interna kvalitetsarbete.

En hög arbetsbelastning, tidsbrist och brister på kunskap påverkar naturligtvis sjukskrivningshanteringen. Av ovan nämnda rapport från Karolinska institutet framgår att flera läkare beskriver hur de p g a sin arbetssituation direkt bidrar till att patienters sjukskrivningar riskerar att permanentas eller bli längre än nödvändigt. I rapporten konstateras också att landstingen saknar en helhetsstrategi för detta arbete. Gällande styrsystem motverkar ofta en optimal handläggning. Strategier för kvalitetssäkring av arbetet med dessa frågor saknas, liksom ofta strategier för kompetensutveckling och kunskapsgenerering inom området.

Bristande förutsättningar i kombination med uppfattningen att sjukskrivningsfrågan inte ägs – eller ansvaras för – på någon övergripande nivå inom landstinget leder till en frustration över arbetsuppgiften.

### 2.3 Vem skall bedöma arbetsförmåga?

Från myndighets håll och även från läkare själva, särskilt distriktsläkare, brukar ibland framföras att behandlande läkare borde slippa uttala sig om arbetsförmåga eller i varje fall slippa det för längre sjukfall (över tre månader).

<sup>10</sup> Rapporten i sin tur hämtade uppgifterna från SBU Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapssammanställning (2000), Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt (2004) och från Socialstyrelsen Utmattningsyndrom (2003).

Företagshälsovården borde kunna ta över de längre sjukfallen eller så borde försäkringskassan göra bedömningen helt självständigt. Anledningen är, som ovan beskrivits, att läkare anser att det är svårt att göra omfattande arbetsförmågebedömningar och att det framför allt beror på att rätta förutsättningar i arbetet saknas.

Läkarförbundet anser att det är bekymmersamt att arbetsgivaren hittills inte har visat någon större förståelse för läkarnas situation i sjukskrivningsarbetet och hur den påverkar hanteringen av sjukskrivningsärendena. I dag prioriteras inte ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet som tar tid. Tvärtom så premierar de interna ersättningssystemen antal patientbesök, dvs en ”effektivare” läkare är den som tar fler patienter och eventuellt sjukskriver något för mycket än den läkare som lägger ner tid på arbetsförmågebedömning. Hälso- och sjukvården känner heller inte av kostnaden av att läkaren sjukskriver då det inte lastar den egna budgeten. Satsningar på kunskapsinhämtning/fortbildning och kvalitetsarbete är vidare blygsamma.

Det är Läkarförbundets bedömning att det inte finns någon annan yrkeskår som skulle ha bättre förutsättningar eller kunskap och kompetens att göra bedömningen. Läkaren bedömer hur sjukdom påverkar funktionsförmågan och hur nedsatt funktionsförmåga påverkar arbetsförmågan. Det tre stegen; diagnos – funktionsnedsättning – arbetsförmågebedömning hänger tätt ihop. Den behandlande läkaren är den aktör i sjukskrivningsprocessen som normalt har bäst kännedom om patienten. Relationen bygger ofta på kontinuitet och kännedom om patientens sociala situation vilket har betydelse inte minst då det handlar om patienter med diffusa symptom.

Det är dock viktigt att poängtera att läkaren inte ensam skall göra svåra bedömningar, annan kompetens behövs för bästa möjliga bedömning och behandling. Detta gäller särskilt vid sk symptomdiagnoser och långtids-sjukskrivningar. För att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skall fungera väl måste alla ta ett större ansvar för att samverka kring patienten. Det gäller inte enbart mellan de olika aktörerna utan även internt i sjukvården. Det måste finnas möjlighet att arbeta tillsammans med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer i högre utsträckning än i dag.

Läkarförbundet menar också att företagshälsovården måste få en mer aktiv roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Många läkare upplever att det är svårt att göra bedömning av patientens funktionsförmåga i relation till dennes arbete eller arbete som anpassats av arbetsgivaren. Företagshälsovården har en unik kunskap om arbetsplatsen och därmed helt andra förutsättningar för att göra arbetsförmågebedömningar. Företagshälsovården är också länken till arbetsgivaren och arbetsplatsen. Det borde därför finnas större möjligheter för behandlande läkare att vid behov kunna remittera till företagshälsovården.

## 2.4 Stöd till läkare vid bedömning av arbetsförmåga

Det är Läkarförbundets uppfattning att om läkare skall fortsätta ta ansvar för bedömning av arbetsförmåga så måste förutsättningarna för att göra ett bra arbete väsentligen förbättras.

### Ledningsansvar

För att läkare skall få bättre förutsättningar för att göra ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet krävs ett engagemang från våra arbetsgivare. Ledningsansvaret handlar bl a om prioritering, incitament, styrsystem och frågor som rör arbetssituation och arbetsmiljö inom hälso- och sjukvården. Landstingsledningen, i de flesta fall, måste uttala huruvida arbetet med sjukskrivningar är prioriterat vilket innebär sanktion för den tid läkaren lägger ner på patientmötet. Tid måste avsättas för intern och extern samverkan för en optimal process samt för intygsskrivning. Ledningen måste ge uttryck och resurs för kvalitetsarbete likaväl som för fortbildning. Det är också ledningens ansvar att ersättningssystemen ses över så att de inte motverkar kvalitet i hanteringen av sjukskrivningsärendena.

### Rutiner och riktlinjer

Läkare behöver stöd i form av rutiner och riktlinjer för hantering av sjukskrivningsärenden. Det kan vara rutiner som beskriver former för samverkan, teamarbete, hantering av remisser och uppföljning men även handledning för läkare i sjukskrivningsfrågan. Riktlinjerna kan innehålla stöd till läkaren att kunna säga ”nej” till sjukskrivning om man inte kan bedöma arbetsförmågan och ge stöd att på läkarens eget initiativ remittera

vidare t ex till företagshälsovård eller annan specialist, s k second opinion, för att få hjälp med arbetsförmågebedömningen, vilket idag sker i begränsad omfattning. I riktlinjerna bör ges uttryck för att feedback/diskussion kring handläggning av sjukskrivningsärenden skall kunna ske med kollegor som ett led i förbättrad praxis och kvalitet i processen. Det är viktigt att underläkare får handledning för uppgiften. Det är också viktigt att behandla ämnet försäkringsmedicin under placeringar på kliniker där intyg om arbetsoförmåga ofta utfärdas. Sjukskrivningskommittéer som ett samarbete mellan landsting och Försäkringskassan är ett annat sätt att ge stöd och sprida kunskap i sjukskrivningsfrågor och ytterligare ett forum för läkare att diskutera sjukskrivningar i. Andra exempel är s k Balint-grupper. I sjukskrivningskommittéerna, som nu bildats i flera landsting, borde även företagsläkare ingå.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport Sjukskrivning inom primärvården Återföring av tillsynsbesök 2004 att flertalet vårdcentraler saknar dokumenterade rutiner för hur sjukskrivningar skall hanteras. Endast 20 procent av vårdcentralerna gör någon form av uppföljning av gruppen långtidssjukskrivna patienter. Socialstyrelsen anser i rapporten att vårdcentralerna bör som ett led i sitt kvalitetsarbete upprätta och tillämpa lokala rutiner eller riktlinjer för hantering av sjukskrivning som även omfattar intern samverkan. Avsaknaden av evidens gör det enligt Socialstyrelsen särskilt viktigt att utveckla en enhetlig praxis och ett systematiskt arbetssätt för att öka kvaliteten i patientomhändertagandet.

Bristen på kunskap, dels om bedömning av arbetsförmåga, dels om sjukskrivningens effekter, lägger hinder för en tidig och snabb rehabilitering. Kunskapen är också bristfällig om de sjukdomstillstånd som till stora delar utgör diagnoser vid sjukskrivning. Det har diskuterats inom Socialdepartementet, Försäkringskassan och Socialstyrelsen om sk guidelines för sjukskrivning skulle kunna utgöra ett beslutsstöd för den enskilde läkaren i mötet med patienten och vid bedömning av arbetsförmåga. Läkarförbundet menar att de kan fungera som vägledning men med tydlig angivelse om att de inte måste följas för den enskilde patienten. Arbetsförmågan kan variera, trots samma diagnos, från patient till patient för att vi har olika förutsättningar att trots sjukdom och funktionsnedsättning arbeta. Framtagandet

av sådana riktlinjer/guidelines skulle troligen också stimulera till viktiga diskussioner och lyfta fram behovet av klinisk forskning och vetenskapligt baserad kunskap.

#### Avstämningsmöte

Ett sk avstämningsmöte mellan patienten, försäkringskassan och andra aktörer för att göra en bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmåga och behov av rehabilitering infördes i lagstiftningen den 1 juli 2003.

I ett tidigare förslag ansåg regeringen att sjukskrivning av en patient efter en viss tid skulle prövas av en annan läkare. Läkarförbundet menade emellertid att i stället för en ytterligare prövning av sjukskrivningen behöver alla aktörer samarbeta för att tillföra kunskaper i bedömningen. Ett avstämningsmöte är mer konstruktivt än sk fördjupade underlag (särskilda läkarutlåtanden). Det är i allmänhet inte ett intyg till som förändrar situationen för patienten, utan att just han/hon får möjlighet att sitta ner med alla involverade aktörer samtidigt. Som tidigare nämnt uppfattar många läkare att möjligheten att samla alla in-blandade aktörer är något som har saknats.

Det är dock ett problem att antalet avstämningsmöten fortfarande är förhållandevis lågt. En kritisk synpunkt som brukar framföras är att syftet med och innehållet i mötet är oklart. Vidare upplever aktörerna att det är oklart vem som ansvarar för att mötet kommer till stånd.

Tidpunkten för när ett avstämningsmöte skall hållas liksom om mötet skall vara obligatoriskt för alla sjukfall över en viss tidslängd har diskuterats i förbundet. Båda frågorna är beroende av vilka resurser som avsätts. Någon fast tidpunkt för när mötet skall äga rum anges inte i lagstiftningen. Försäkringskassan skall upprätta en rehabiliteringsplan eller kalla till avstämningsmöte senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning har kommit in till försäkringskassan. Arbetsgivaren är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning och lämna den till försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor. En svaghet i lagstiftningen är att det inte finns några sanktioner om arbetsgivaren och/eller försäkringskassan inte följer bestämmelserna. Det medfinansieringsansvar som gäller för arbetsgivaren sedan den 1 januari 2005 torde dock öka intresset för att

göra rehabiliteringsutredningen. Detta kan i viss mån ersätta bristen på sanktioner i lagen.

Förbundet känner en viss oro för att förarbeten och lagstiftning kommer försena rehabiliteringsarbetet, att rehabiliteringsarbetet inte kommer att komma igång förrän efter avstämningsmötet d v s tidigast efter ca 10 veckor. I normalfallet anses det vara alltför sent för att påbörja rehabiliteringsaktiviteter efter två månader.

I själva verket kommer troligen rehabiliteringsaktiviteterna inte att komma igång ens efter 10 veckor då uppfattningen är att Försäkringskassan inte tar sitt samordningsansvar, delvis beroende på att man inte hinner ta det. Rehabiliteringsärendena har långa handläggningstider eftersom Försäkringskassan har fullt upp med att betala ut sjukpenningen inom acceptabel tid. Läkarförbundet vill framhålla vikten av att väntetider i alla led undviks. Detta gäller såväl för den medicinska rehabiliteringen, som för den arbetslivsinriktade. Läkarförbundet menar att en bestämmelse om att avstämningsmötet måste hållas inom fyra till åtta veckor bör införas. Försäkringskassans bristande resurser får inte bli ett hinder i rehabiliteringsprocessen.

Läkarförbundet menar att företagshälsovården måste bli en samrådspart vid avstämningsmötet. Företagshälsovården är länken till arbetsgivaren och arbetsplatsen och har bättre förutsättningar för att bedöma arbetsförhållanden i förhållande till arbetsplatsen och arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetet. Läkarförbundet anser också att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skall innehålla ett yttrande från företagshälsovården. Det är viktigt att ett sådant yttrande även kommer behandlande läkare till del, inte minst inför ett avstämningsmöte. För arbetslösa sjukskrivna menar Läkarförbundet att det bör vara arbetsförmedlingen som ansvarar för rehabiliteringsutredningen och för att företagshälsovård eller rehabiliteringsmedicinsk klinik medverkar i utredningen.

En förutsättning för att återfå patienten i arbete är att arbetsgivaren är positiv till att rehabilitera den anställde. Läkarförbundet menar att oavsett hur sjukdomen har orsakats är arbetsplatsen sannolikt den viktigaste arenan för effektiva, förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Men trots vissa förtydliganden i rehabiliterings-

processen är ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna otydlig. Det gäller främst arbetsgivarens rehabiliterings- och kostnadsansvar. Men det uppstår också svåra gränsdragningar mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är dock för närvarande under statlig utredning. I detta sammanhang kan också uppmärksammas att läkaren skall anmäla till Arbetsmiljöverket sjukdomar som kan ha samband med arbetet och är av intresse från arbetsmiljösynpunkt.

Läkarförbundet anser att även försäkringsläkarna borde medverka i avstämningsmötena som konsult/stöd till kassans tjänsteman. Försäkringsläkarna måste bli den länk de har till uppgift att vara mellan kassan och behandlande läkare, så fungerar det inte riktigt i dag. Ett annat förslag är att försäkringsläkarna skulle kunna ha konsulttider, dvs tid för att konsulteras av behandlande läkare. Försäkringskassan har fått ökade resurser för att anställa fler försäkringsläkare. Enligt vad Läkarförbundet erfar är tjänsterna inte tillsatta. Det är angeläget att försäkringsläkartjänsterna tillsätts snarast.

En förutsättning för att sjukvården skall prioritera avstämningsmöten är att det tillförs mer resurser. Förbundet menar att ersättningen till läkare för att delta i avstämningsmöten måste bli bättre. Detta gäller inte minst för de privatpraktiserande läkarna. Resurser skulle kunna tas från de medel som Försäkringskassan förfogar över för köp av rehabiliteringstjänster. Dessa medel får endast användas till köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster samt rehabiliterings- och försäkringsmedicinska utredningar. Andra eventuella åtgärder, t ex medicinsk behandling eller arbetsmarknadsutbildning skall bekostas av ansvarig huvudman. Det är dock mycket oklart hur dessa pengar används och det varierar dessutom över landet. Avstämningsmötena kommer att minska behovet av Försäkringskassans köp av försäkringsmedicinska utredningar. Därför bör en del av de medel som försäkringskassan förfogar över för köp av rehabiliteringstjänster i stället kunna användas för avstämningsmötena. En sådan resursförstärkning skulle göra det möjligt för fler deltagare och det skulle även ge utrymme för att kalla till fler och tidiga avstämningsmöten. Även de interna ersättningsystemen måste anpassas så att det blir möjligt att ägna tid åt de tidskrävande avstämningsmötena.

### Utbildning inom försäkringsmedicin

För ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet krävs också utbildning i försäkringsmedicin. Läkare har ofta otillräckliga kunskaper om försäkrings-systemet och dess regler. Under grundutbildningen är försäkringsmedicin (motsv) ett litet ämne och omfattningen av utbildningen varierar stort mellan fakulteterna. Under vidareutbildningen får AT- och ST-läkare utbildning i försäkringsmedicin främst via Försäkringskassan. Utbudet är varierande och beroende av resurser hos den lokala försäkringskassan. Fram till nyligen har det i stort sett inte funnits möjligheter till fortbildning då det knappt funnits något utbud.

Läkarförbundet anser och har under flera år framfört att målbeskrivningarna för såväl allmäntjänstgöringen (AT) som specialiseringstjänstgöringen (ST) bör ta upp kunskaper i försäkringsmedicin. Regeringen har berört frågan i ett antal propositioner men har inte närmare reglerat frågan.

Under det senaste året har möjligheterna till fortbildningen i försäkringsmedicin betydligt förstärkts. Statsmakterna har avsatt resurser för utbildning i försäkringsmedicin riktad till alla läkare som sjukskriver samt för en fördjupad utbildning för vissa läkare. Försäkringskassan (Riksförsäkringsverket) har haft regeringens uppdrag att utarbeta utbildningsmaterial och ansvara för utbildningssatsningarna.

Under år 2004 har Försäkringskassan utbildat cirka 5 600 läkare i försäkringsmedicin. I första hand har kassan vänt sig till distriktsläkare. Framöver kommer man att vända sig till sjukhusläkare, privatläkare och företagsläkare. Försäkringskassans utbildningar kommer att pågå fram till år 2008. Den fördjupade utbildningen i försäkringsmedicin vänder sig i första hand till företagsläkare och vissa distriktsläkare. Läkarförbundet har medverkat i utbildningen genom ett samarbete mellan Försäkringskassan, Distriktsläkarföreningen och Företagsläkarföreningen.

Det är Läkarförbundets uppfattning att det även framöver, efter år 2008, måste vara möjligt att få en kontinuerlig fortbildning på området. Läkarförbundet menar att professionen måste delta i utformningen av utbildningarna för att den skall få en mer klinisk inriktning. Förbundet anser vidare att de resurser som läggs på fördjupad utbildning i stället kunde

användas för försäkringsmedicinsk utbildning som vänder sig till alla läkare som sjukskriver. S k fördjupade underlag (särskilda läkarutlåtanden) förekommer i liten omfattning och förbundet menar, som tidigare nämnts, att det inte finns något större behov av ytterligare ett intyg från en annan läkare. Det bör vara bättre att ge alla som sjukskriver bra försäkringsmedicinsk utbildning och för övrigt satsa resurser på avstämningsmöten.

### Forskning

Det kan konstateras att den vetenskapligt belagda kunskapen på området är mycket bristfällig. Kunskapsbristen är stor bland de flesta aktörer bl a om faktorer som genererat den ökade sjukfrånvaron. Läkarförbundet anser att mer resurser måste anslås för forskning och då särskilt den kliniska forskningen. Mot bakgrund av att den höga sjukfrånvaron är ett stort problem såväl socialt som ekonomiskt är det anmärkningsvärt att forskningen är så begränsad. Det finns få studier om sambanden mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen, t ex kring vårdköer och vilken betydelse de har för kostnaderna i sjukförsäkringen, trots att det är en fråga som ständigt kommer upp i debatten.

Bristen på forskning framgår tydligt av den litteraturöversikt som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gav ut förra året. SBU konstaterar i rapporten *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt (nov 2003)* att den begränsade forskningen gäller såväl orsaker till sjukfrånvaron, vad som påverkar hur snabbt en sjukskriven återgår i arbete, konsekvenser av att vara sjukskriven respektive läkares arbete med sådana frågor. SBU konstaterar att det finns ett stort antal undersökningar men att det vetenskapliga värdet varierar och att det inte finns någon undersökning som uppfyller de högsta kraven på vetenskaplig kvalitet.

Bristen på vetenskapligt belagd kunskap framkommer också i Karolinska institutets rapport *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Där konstateras att det saknas kunskaper om konsekvenser av sjukfrånvaro men även, vilket är anmärkningsvärt, om diagnosättning, behandling och rehabilitering för de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning. Vidare konstateras att begreppet

arbetsförmåga inte är klart definierat och att instrument för bedömning av arbetsförmåga saknas.

Regeringen uppdrog under våren 2003 Riksförsäkringsverket (RFV) att, i samband med ovan nämnda utbildningsåtgärkning inom försäkringsmedicin, i samverkan med Socialstyrelsen verka för att forskning och utveckling inom området försäkringsmedicin förstärks. Läkarförbundet har ingått i den arbetsgrupp på RFV som arbetat fram ett förslag till regeringen om hur forskningen kan förstärkas.

Både RFV och SBU framhåller att de som skall fatta beslut inom området till stor del saknar vetenskapligt kunskapsunderlag för besluten. RFV menar vidare att vetenskapligt kunskapsunderlag saknas för den utbildning som ges personer som skall arbeta inom området, t ex till läkare, men även till handläggare och andra på försäkringskassan.

#### Aktuella rapporter

I det föregående har hänvisats till två rapporter som nyligen presenterats. Båda dessa bekräftar med all önskvärd tydlighet den bild Läkarförbundet har fört fram de senaste åren om förutsättningarna för läkare att utföra ett sjukskrivningsarbete av hög kvalitet. De kommer förhoppningsvis att bidra till en större förståelse för våra argument och krav på vad som behöver göras.

Karolinska institutets rapport *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*<sup>11</sup> relaterar problemen kring sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden till tre övergripande aspekter - ledning, kunskap och samverkan och menar att problemen och konsekvenserna framstår som extra stora i primärvården. *Ledningsproblemet* handlar om att landstingen sällan har uttalat att arbetet med sjukskrivningar är prioriterat. Det saknas en helhetsstrategi för arbetet och dessutom motverkar styrsystemen en optimal handläggning. Strategier för kvalitets-säkring och kompetensutveckling saknas. *Kunskapen* brister enligt rapporten i flera avseenden. Vetenskapligt baserad kunskap saknas ofta om de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning, både vad gäller diagnosättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder. Vidare saknas kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och om konsekvenser av

sjukfrånvaro. Dessa är mer generella problem som handlar om det vetenskapliga kunskapsläget. Men det finns även brister i försäkringsmedicinsk kunskap (bl a regelverk, samverkan, arbetsförmågebedömning) och kunskap kring handläggning av patienter med psykosocial problematik, vilket enligt rapporten innebär att sådan problematik inte hanteras alls alternativt medikaliseras. *Samverkansproblem* finns både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra aktörer. Dessa problem leder till att hanteringen av patienter för vilka sjukfrånvaro är aktuell inte blir optimal, bl a i form av onödigt långa sjukskrivningar, långa och ofta passiva väntetider, ojämlig behandling, utrednings- och behandlingsprocesser av vikt för återgång i arbete sker inte parallellt. Dessutom beskrivs läkarens arbetssituation i rapporten. Den höga arbetsbelastningen försämrar möjligheterna att göra ett bra jobb. Flera aspekter på tidsbrist tas upp och ett antal copingstrategier beskrivs.

Socialstyrelsen har under år 2004 genomfört en verksamhetstillsyn av sjukskrivningsprocessen i primärvården och identifierar i rapporten *Sjukskrivningsprocessen i primärvården Återrapportering av tillsynsbesök 2004* ett antal områden där det finns utrymme för förbättringar och vidare åtgärder. Det som lyfts fram är kvalitetsarbete, samverkansfrågor och vetenskap. Socialstyrelsen menar att vårdcentralerna i sitt interna kvalitetsarbete bör upprätta och tillämpa lokala rutiner eller riktlinjer för hantering av sjukskrivning som även omfattar intern samverkan. De bör också i sitt kvalitetsarbete utveckla egenkontrollen för att kunna utvärdera insatser för gruppen långtidssjukskrivna patienter. Socialstyrelsen anser vidare att samverkan mellan aktörerna i rehabiliteringsprocessen bör utvecklas och ansvarstagandet för samverkan måste tydliggöras bl a i all relevant lagstiftning. Socialstyrelsen konstaterar också att det krävs mer forskning kring långtidssjukskrivningar.

2.5 Tillgängligheten i primärvården och övriga hälso- och sjukvården  
Det är viktigt att en sjukskrivningsprocess med högre kvalitet inte sker på bekostnad av tillgängligheten till hälso- och sjukvården, det gäller såväl till primärvården som till den övriga specialistvården.

<sup>11</sup> Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, (2005).

En stor andel av sjukskrivningarna sker inom primärvården. Andelen läkarbesök som rör sjukskrivning har sedan några år fördubblats. Detta har skett samtidigt som den bristande tillgängligheten till primärvården är en av de viktigaste frågorna att lösa i sjukvården. Alla invånare skall ha rätt till en egen familjeläkare och Riksdagen har beslutat att antalet allmänläkare måste öka så att det år 2008 finns 6 000 allmänläkare, dvs en familjeläkare på 1 500 invånare.

Det kan dock konstateras att det saknas ungefär 1 000 allmänläkare för att uppnå målet en läkare på 1 500 patienter. Endast 40 procent av landets vårdcentraler har full bemanning med fast anställda läkare på alla läkartjänster. Även de öppenvårdsspecialister som ofta har sjukskrivningsärenden t ex ortopedier, psykiater och internmedicinska specialister, har på många håll långa väntetider för såväl bedömning som behandling. Förutom tillgänglighetsproblem har den bristande kapaciteten negativ påverkan på hanteringen av sjukskrivningsärendena. Utbyggnaden av den öppna specialistvården har gått för långsamt.

Läkarförbundet anser att det är viktigt att den svenska hälso- och sjukvården byggs ut. Förutom god tillgänglighet till primärvård och företagshälsovård är det viktigt att specialistenheter inom den offentligt bedrivna sjukvården har tillräckliga resurser för att möjliggöra korta väntetider och utredningar av hög kvalitet. Läkarförbundet tror dessutom att en mångfald av vårdproducenter i konkurrens skulle öka tillgängligheten.

## 2.6 Företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården är ett stöd för arbetsgivare och arbetstagare i arbetet med att uppnå en god arbetsmiljö. Företagshälsovården är också ett stöd för behandlande läkare i sjukskrivningsprocessen men som i dag inte används i någon större utsträckning. I det följande utvecklas synen på hur företagshälsovården skulle kunna utvecklas som stöd i sjukskrivningsprocessen. Företagshälsovårdens uppdrag är naturligtvis betydligt vidare än vad som behandlas här.

Under senare år har det diskuterats huruvida anslutning till företagshälsovården skall vara obligatorisk eller inte för arbetsgivarna<sup>12</sup>. Läkarförbundet

<sup>12</sup> Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) och Utveckling av god företagshälsovård (SOU 2004:113).

anser att anslutning till företagshälsovård bör vara obligatorisk för arbetsgivare. Men för att en obligatorisk företagshälsovård skall vara värd namnet måste arbetsgivarens avtal innehålla mer än enbart avtal om hälsoundersökning och akuta insatser, d v s det krävs en närmare specificering av vad som menas med en obligatorisk företagshälsovård för att det inte skall bli "paketlösningar av minimal standard". Förbundet anser att upphandling av före-tagshälsovård skall ske i samverkan mellan den lokala arbetsgivaren och den lokala arbetstagarorganisationen. Det medfinansieringsansvar för sjukpenning som arbetsgivaren har ansvar för sedan den 1 januari 2005 torde ge incitament för arbetsgivaren att köpa företagshälsovård av god kvalitet och rätt omfattning.

Läkarförbundet menar att företagshälsovården måste få en mer aktiv roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. För att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skall fungera väl måste alla aktörer ta ett större ansvar för att samverka kring patienten. I detta borde företagshälsovården vara självklara partner.

Läkarförbundet anser att ett obligatorium skall förenas med att arbetsgivaren vid upprättande av rehabiliteringsutredning alltid bifogar ett utlåtande från företagshälsovården om behov av rehabiliterande åtgärder o s v. Det behövs också förtydligas vilka kraven på en rehabiliteringsutredning är, d v s vad den skall innehålla. För arbetslösa sjukskrivna bör det vara arbetsförmedlingen som ansvarar för rehabiliteringsutredningen och för att företags-hälsovård medverkar i utredningen. Företagshälsovården bör också vara en resurs för Försäkringskassan i det fortsatta arbetet. Försäkringskassan bör vid behov kunna inhämta yttrande från företagshälsovården i de fall detta inte finns sedan tidigare eller då nya omständigheter tillkommit. Det är dock viktigt med begränsningen "vid behov" för att undvika onödiga intyg/utlåtanden och därmed belastning på företagshälsovården.

En förutsättning för att företagshälsovården skall kunna få en mer aktiv roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en utbyggnad och att företags-hälsovården får möjligheter och rättigheter att på lika villkor (avseende t ex medicinsk service) som övriga sjukvården att utföra en viss sjukvård. Detta krävs även för att kunna fullfölja uppdraget som en rehabiliterande partner.

Läkarförbundet anser att samverkan mellan landstingen och företagshälsovården måste utökas genom upprättande av vårdavtal. För att det skall vara möjligt att arbeta på likartade villkor bör det tas fram ett ”riksvårdsavtal” där spelregler fastställs, det gäller t ex medicinsk service, viss sjukvård och remisshantering.

För att företagshälsovården skall få kapacitet att leva upp till ovanstående är det väsentligt att resurser avsätts för en utökad utbildning. Antalet personer som är verksamma inom företagshälsovården har minskat betydligt under de senaste tio åren. Enligt Läkarförbundets egna beräkningar är antalet företagsläkare i dag endast ca 400 omräknat i årsarbeten. Härtill kommer de stora pensionsavgångar de närmaste åren.

Realistiskt sett kommer det dock att ta tid innan företagshälsovården har kvalitet och volym att klara ett obligatorium, därför skulle vissa övergångsbestämmelser krävas. För en aktivare roll i sjukskrivningsprocessen krävs däremot, enligt Läkarförbundets bedömning, betydligt mindre resurser och det bör kunna genomföras betydligt snabbare.

### 3 Ekonomiska drivkrafter

År 2003 presenterade Läkarförbundet programmet *Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?* som belyser bristen på tydliga ekonomiska samband mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen.<sup>13</sup> I det här kapitlet tar Läkarförbundet analysen ett steg längre. Det gäller framför allt behovet av ekonomiska drivkrafter för att öka hälso- och sjukvården engagemang inom sjukskrivningsområdet och få till stånd organisatoriska förändringar. Även ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare och individen berörs i viss mån.

#### 3.1 Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården

##### Sektoriserad välfärd

Det svenska välfärdsystemet präglas av en internationellt sett hög grad av sektorisering, där varje sektor har sin huvudman med eget områdes- och

budgetansvar. Mest framträdande är landstingen (hälso- och sjukvård), kommunerna (socialtjänst), Försäkringskassan (socialförsäkringar) och arbetsmarknadsmyndigheten (arbetsmarknadsstöd). Inom varje välfärdssektor skiljer sig arbetssätt, språkbruk, målsättning och prioriteringsordning etcetera. Den egna verksamheten står i centrum och övriga sektorer betraktas i bästa fall som stödsystem. Trots att ansvarsgränserna ofta är flytande saknas en direkt samordning huvudmännen emellan. Man kan säga att varje sektor utgör ett eget ekonomiskt styrsystem som inte tar hänsyn till samtliga av samhällets välfärdskostnader.

Av detta följer minst tre problem:

1. Ett fullkomligt rationellt agerande av varje huvudman – d v s agerande i syfte att hålla den egna budgeten, sänka kostnaderna, hålla nere skatterna, öka vinsterna, uppnå interna mål och prioriteringar etc – kan leda till att kostnadsöverväldningar och minskad total välfärd i samhället.
2. Individperspektivet försvinner och enskilda med diffusa och sammanfattade problem riskerar att få sämre service eller stå utan hjälp.
3. Samhällskontrollen blir bristfällig då varje huvudman har egna uppföljningssystem/register som svårligen kan samköras av tekniska och/eller integritetsmässiga skäl.

##### Bristande samordning hälso- och sjukvård – socialförsäkringssystem

Denna problembeskrivning gäller inte minst sektorerna landstingen/hälso- och sjukvården och Försäkringskassan/socialförsäkringssystemet. För den enskilde utgör dessa system två sidor av samma mynt, d v s försäkringar mot vårdkostnader och inkomstbortfall vid händelse av sjukdom. Ur ett samhällsperspektiv finns det en tydlig koppling i meningen att hälso- och sjukvårdens agerande påverkar utvecklingen i socialförsäkringen. Hälso- och sjukvården ansvarar dels för de intyg som Försäkringskassan behöver som underlag för bedömning av rätten till sjukpenning och sjukersättning, dels för eventuell medicinsk vård och rehabilitering som en individ som är sjukskriven kan vara i behov av.

<sup>13</sup> I programmet föreslår Läkarförbundet bland annat att Landstingen ska medfinansiera sjukpenningen med 10 procent, se not 14.

Trots dessa uppenbara samband har hälso- och sjukvården och socialförsäkringen i Sverige vuxit fram som två separata system utan närmare samordning. Systemen har bland annat

- *skilda huvudmän och budgetar*: sjukförsäkringen ingår som kostnads-post i statsbudgeten och administreras av Försäkringskassan; hälso- och sjukvården finansieras och förestås av landstingen som har egen beskattningsrätt
- *skilda regelverk*: sjukförsäkringen är en rättighetslagstiftning, d v s ersättningen måste alltid betalas ut oavsett om riksdagen anslagit tillräckligt med medel eller inte; hälso- och sjukvården styrs av en skyldighetslagstiftning i meningen att landstingen, inom ramen för tillgängliga resurser, är skyldiga att erbjuda vård till befolkningen
- *skilda målgrupper och prioriteringar*: sjukförsäkringen omfattar endast de i yrkesverksam ålder och målsättningen är att ha så få i ersättning som möjligt (arbetslinjen); hälso- och sjukvården ska erbjuda god vård på lika villkor till hela befolkningen och prioritera svåra sjukdomar framför lindriga.

Skillnaderna i systemen leder till samordningsproblem, där kärnan är följande: Hälso- och sjukvården fattar dagligen beslut (sjukintyg, behandlingar och prioriteringar etc) som får direkta ekonomiska konsekvenser för socialförsäkringen. Något skäl att ta hänsyn till dessa konsekvenser finns emellertid inte då budgetansvaret ligger hos staten. Tvärtom har landstingen ekonomiska motiv att begränsa den egna resursinsatsen på detta område.

#### Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation

Många exempel visar att hälso- och sjukvården är känslig för utformningen av de finansiella styrsystemen i organisationen. Omläggningar av interna ersättningssystem etc kan över en natt förändra ett sedan länge inövat beteende. En ökad andel rörlig ersättning till en verksamhet ger i regel snabbt resultatet att produktionen (t ex patientbesöken) ökar, medan en ökad andel kapitation i sin tur stimulerar mer långsiktiga investeringar som forskning och fortbildning.

Det faktum att beslut och åtgärder som berör socialförsäkringen inte följs av något finansiellt ansvar har lett till att denna verksamhet kraftigt nedprioriterats av landstingen. Organisationen är helt enkelt inte anpassad för att läkarna systematiskt skall kunna göra kvalitativa arbetsförmågebedömningar; likaså lyser rehabiliteringsverksamheten liksom verksamhet med förebyggande insatser på många håll med sin frånvaro. Detta har antagligen bidragit till varför den svenska primärvården – som har en stor mängd konsultationer rörande sjukskrivning och rehabilitering – är så lite utbyggd i jämförelse med de flesta andra länder.

Konsekvenserna ser vi bland annat tydligt i de tidigare nämnda rapporterna från Karolinska institutet och Socialstyrelsen. Dessa lyfter fram flertalet aspekter i hälso- och sjukvårdens organisation som främjar att sjukfrånvarofallen blir onödigt många och långa. Det handlar bland annat om avsaknaden av helhetsstrategier och tydliga riktlinjer från ledningen liksom vetenskaplig evidens då området är väsentligen utforskat. Brister i både intern och extern samverkan leder vidare till att patienter där sjukfrånvaro är aktuell inte får optimal behandling, med onödigt långa och passiva väntetider m m. Listan på liknande omständigheter kan göras lång. Även om bristen på finansiell samordning knappast förklarar hela den höga sjukfrånvaron de senaste åren har alla dess indirekta konsekvenser varit av stor betydelse.<sup>14</sup>

#### Närallgande verksamheter bör tillhöra samma resultatenheter

Att de samlade resurserna för sjukvård och socialförsäkringar inte används på ett för enskilda eller samhället optimalt sätt är helt uppenbart. En tämligen universell regel säger att kostnader för verksamheter som är intimt förknippade bör tillhöra samma resultatenheter om felsatsningar ska undvikas och hög effektivitet uppnås. Omvänt, ett ekonomiskt styrsystem måste ta hänsyn till alla välfärds-kostnader för att fungera rationellt ur ett samhällsperspektiv. I mindre abstrakta termer innebär detta att satsningar på en förbättrad sjukskrivningsprocess liksom rehabilitering av långtids-sjukskrivna, på allvar kommer att prioriteras först när detta inte längre blir en ren belastning i landstingens budgetar. I dagens system leder sådana satsningar med nödvändighet till att andra verksamheter drabbas eller att skatterna måste höjas.

<sup>14</sup> Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet, (2005) och Socialstyrelsen, (2005).

### Betydande vinstpotential

Socialförsäkringskostnaderna som poster i landstingens budgetar är således av avgörande betydelse för att få till stånd förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation. Men det är inte här de stora pengarna finns att hämta. Socialförsäkringskostnaderna innebär i sig ingen kostnad för samhället utan är en fråga om omfördelning mellan olika individer. Det som kostar är framför allt produktionsbortfallet som uppstår när individer får ersättning i stället för att arbeta. Viktigast ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är således att få folk åter i arbete. Beräkningar som Läkarförbundet gjort visar att om sysselsättningen stiger med ungefär 40 000 årsarbetare stiger BNP med 1 procent eller 25 miljarder kronor.<sup>15</sup> När nationalinkomsten stiger förbättras även de offentliga finanserna genom främst ökade inkomst- och konsumtionsskatter. Tumregeln säger att de offentliga finanserna förändras med 70 procent av varje förändring i BNP – vilket med ovanstående exempel skulle innebära 17,5 miljarder kronor. En stor del av dessa pengar tillfaller naturligtvis landstingen och hälso- och sjukvårdssektorn. Därtill förbättras näringslivets konkurrenskraft genom minskade störningar i produktionen och lägre kostnader för både sjuklön och sociala avgifter (minskade skatteklar).

### Försöksprojekt för bättre samordning

Sedan slutet av 1980-talet har statsmakterna initierat en rad olika försöksprojekt där resurser har överförts från socialförsäkringssystemet till hälso- och sjukvården, i syfte att stärka de finansiella sambanden och få hälso- och sjukvården att agera för låga kostnader i socialförsäkringen. Mest kända exempel är kanske Dagmar, Finsam och Socsam. Inom ramen för dessa projekt har det vuxit fram olika delprojekt och arbetsmetoder – exempelvis att med socialförsäkringsmedel finansiera ortopedkonsulter på vårdcentraler – som visat sig mycket lyckade. Dessvärre har dessa ofta lags ner när projektmedlen tagit slut, vilket visar att samordningen måste vara permanent om ett mer bestående resultat ska uppnås.

En särskild aspekt av samordning som ofta diskuteras är att Försäkringskassan ska tillåtas använda socialförsäkringsmedel för köp av medicinska tjänster som normalt är hälso- och sjukvårdens ansvar. Om en sjukskriven

<sup>15</sup> Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?, Sveriges läkarförbund, (2003).

på så vis kan få snabbare behandling och därmed återgång i arbete, leder detta naturligtvis till lägre samhällskostnader. Det grundläggande problemet, dvs att hälso- och sjukvården är dåligt organiserad för att hantera sjuk-skrivningsaktuella patienter, kommer man dock inte åt. Vidare ställer den här typen av samordning krav på medicinsk kompetens hos beställaren (Försäkringskassan) vilket saknas i dag. Därutöver uppstår ett tydligt etiskt dilemma som måste hanteras, när en extern finansiär med skattemedel köper tjänster (och därmed skapar en ”gräddfil”) för yrkesverksamma i den offentliga hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvården uppstår också en möjlighet att övervältra kostnader för vård av personer i yrkesverksam ålder till Försäkringskassan.

Slutsatsen är att en permanent samordning som långsiktigt stärker sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom sjukvården är att föredra. Detta innebär inte att man måste avvisa ett temporärt användande av socialförsäkringsmedel inom sjukvården i olika projekt eller för köp av medicinska tjänster. Pengarna bör dock av etiska skäl helst riktas till ett kollektiv av patienter (diagnosgrupper etc.).

### Samordnad finansiering – två tänkbara modeller

Läkarförbundet har under de senaste åren bidragit med två modeller för samordnad finansiering mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Den ena – *modell för delat kostnadsansvar* – på egen hand och den andra – *vinstdelningsmodell* – tillsammans med dåvarande Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet.

Modellen för delat kostnadsansvar går ut på att varje givet landstingen ska ta över en del av budgeten och kostnadsansvaret för sjukpenningen i sitt län. Genom ett betalningsansvar får hälso- och sjukvården ett tydligt incitament att prioritera sjukskrivningsprocessen liksom en effektiv medicinsk rehabilitering av långtidssjukskrivna. För att landstinget inte ska ledas att göra avsteg från gällande prioriteringsordning, bör kostnadsansvaret dock vara begränsat – en lämplig nivå rör sig kanske kring 10 procent. Av samma skäl bör kostnadsansvaret inte föras ner på enskilda kliniker eller avdelningar, utan förläggas på områdesnivå.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Sveriges läkarförbund, (2003).

Vinstdelningsmodellen innebär i sin tur att en viss andel av minskningen av sjukpenningkostnaderna i ett givet län tillförs hälso- och sjukvården i länet. Kostnaden för sjukpenning året innan ska utgöra bas för beräkningen. Andelen måste vara tillräckligt hög för att i praktiken utgöra en drivkraft men, precis som ovan, inte så hög att finansiella överväganden riskerar att skymma de etiska föresatserna. Genom att knyta tillskottet till utvecklingen av kostnaderna för sjukpenningen skapas budgetmässigt utrymme för reformens finansiering.<sup>17</sup>

Båda modellerna har sina för- och nackdelar. Delat kostnadsansvar behåller incitamenten även i tider av låga eller stigande sjukförsäkringskostnader men är samtidigt en mer radikal förändring. Vinstdelningsmodellen är främst en drivkraft under förhållanden med hög sjukfrånvaro, men kan i princip införas direkt och är förankrad hos den viktigaste parten i sammanhanget, nuvarande Sveriges kommuner och landsting.

Ett naturligt steg vore att pröva vinstdelningsmodellen i samtliga landsting under de närmaste tre åren, för att se om den ger verklig effekt på hälso- och sjukvårdens organisation för arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden liksom utvecklingen av sjukfrånvaron. Om man bedömer utfallet som positivt och vill inordna vinstdelningen i den ordinarie verksamheten, kan man i nästa led överväga om den bör kompletteras med ett kostnadsansvar så att incitamenten finns kvar även om sjukfrånvaron blir låg.

Oavsett vilken modell man föredrar bör vissa omständigheter föreligga om utfallet ska bli optimalt. Eftersom arbetet med sjukskrivningar och rehabiliteringar har nedprioriterats i organisationen behöver man *initialt göra vissa investeringar*. Det handlar exempelvis om att bygga ut primärvården och den öppna specialistvården i full skala, vidta åtgärder för en ökad mångfald av vårdgivare, utveckla ett ordentligt samarbete med företagshälsovården (via framför allt vårdavtal) och i betydligt högre utsträckning än i dag satsa resurser på forskningen och utbildningen inom området m m. För att investeringarna ska komma till stånd och ge någon påtaglig effekt bör nivån på statsbidraget till landstingen höjas med åtminstone fem miljarder kronor.

<sup>17</sup> Modellen presenteras i en särskild skrivelse till Närings- och Socialdepartementen den 4 mars 2004 som skrivits under gemensamt av Läkarförbundets ordförande, Riksförsäkringsverkets generaldirektör och Landstingsförbundets verkställande direktör.

En annan faktor som kan stärka förutsättningarna är *vårdgarantin*. En välkonstruerad vårdgaranti kan leda till kortare köer och förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. För sjukskrivna i behov av medicinska insatser innebär det snabbare hjälp och en möjlighet till tidigare återgång i arbete. Vårdgarantin kan också motverka en slentrianmässig vidareremittering av sjukskrivna som egentligen inte är i behov av sjukvård.

För närvarande gäller en vårdgaranti inom hälso- och sjukvården enligt principen 0–7–90, d v s en patient ska få komma i kontakt med primärvården direkt, få träffa en allmänläkare inom 7 dagar och vid behov få träffa en specialistläkare för bedömning inom 90 dagar efter det att remissen överlämnats. Enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting ska en utvidgning av vårdgarantin införas från den 1 november 2005. Innebörden i denna är att beslutad behandling inom specialistvården ska starta inom 90 dagar efter bedömningen. Kan inte behandlingen erbjudas inom denna tidsgräns har patienten rätt att söka sig till ett annat landsting utan extra kostnad.<sup>18</sup>

Trots denna utvidgning har vårdgarantin stora brister. Den som är i behov av specialistvård garanteras vård inom sex månader – en lång tid för många, framför allt sjukskrivna som ofta löper stora risker att stigmatiseras efter bara några månader. Skall en vårdgaranti få någon verklig effekt när det gäller sjukskrivningsproblematiken borde den garanterade tiden för både bedömning och behandling inom specialistvården kortas betydligt. Särskilt orimligt skulle det vara att behöva vänta tre månader på röntgen.

Viktigt ur ett tillgänglighetsperspektiv är också mångfald och konkurrens. Läkarförbundet har länge arbetat för att vårdens beställare och utförare ska separeras i skilda juridiska personer liksom ökat inslag av upphandlingskonkurrens och kundvalssystem i lämpliga delar av vården. Genom sund konkurrens om vårdavtal och patienter stimulerar man vårdgivare till att utveckla verksamheten och göra ständiga kvalitetsförbättringar. Resultatet är bland annat en god tillgänglighet, eftersom vårdgivare med långa köer knappast kommer att få sina kontrakt förlängda och behålla sina patienter.

<sup>18</sup> Informationen är hämtad från hemsidan för Sveriges kommuner och landsting, [www.skl.se](http://www.skl.se) (länk: artiklar), (05-03-16).

En tredje omständighet gäller sysselsättningen. Andelen personer i yrkesverksam ålder som får någon form av ersättning (sjukpenning, a-kassa, socialbidrag etc) eller på annat sätt står utanför arbetsmarknaden uppgår i dag till över 20 procent – en siffra som i stort sett varit konstant sedan början 1990-talet.<sup>19</sup> I detta avspeglas en omfattande och kontinuerlig utslagning av personer med svag förankring på arbetsmarknaden.

Med en låg efterfrågan på personer som inte är fullpresterande riskerar en effektivare sjukskrivningsprocess att leda till ett ökat flöde mellan systemen, att individer förs från sjukskrivning till arbetslöshet eller socialbidrag. Därmed är inte mycket vunnit. Det är fler människor i arbete som ger de verkliga vinsterna. Som visats tidigare skulle en ganska måttlig återföring av sjukskrivna till arbetslivet ge betydande effekter på de offentliga finanserna, främst eftersom produktionen ökar och skattebasen breddas. Här ligger också en av nycklarna till hur vi – med en allt mer åldrande befolkning och stigande förväntningar – skall klara att finansiera hälso- och sjukvården och välfärden i övrigt i framtiden. Strävan för alla goda samhällskrafter måste därför främst vara att öka sysselsättningen (där minskad sjukfrånvaro kan ses som ett viktigt delmål).

En annan aspekt är den framtida tillgången på arbetskraft. Inom några år kommer det sannolikt att uppstå brist på personal i takt med att populationen 15–64 år krymper, inte minst inom hälso- och sjukvården. Det är därför utomordentligt viktigt att se till att så många som möjligt av dem som i dag är sjukskrivna eller arbetslösa inte helt tappar kontakten med yrkeslivet – att all förmåga som finns tas till vara. Här skulle sjukvården kunna vara ett föredöme. Denna sektor skulle mycket väl kunna ta emot ett stort antal personer som i dag av olika skäl står utanför arbetsmarknaden, med exempelvis lönebidrag eller annan form av lönesubvention. Vinsten skulle bli flerfaldig. Inom vården finns en mängd viktiga arbetsuppgifter (ofta av administrativ art) som pressar nuvarande medarbetare intill orimlighet alternativt inte blir utförda alls, på grund av att det saknas tillräckliga personalresurser.

<sup>19</sup> Jönsson, Arvidsson, Levin, Rehnberg, Hälsa, vård och tillväxt, Välfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag

### 3.2 Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren

Förhållandena på arbetsplatsen är tveklöst av stor betydelse för uppkomsten av sjukfrånvaro och möjligheterna till återgång i arbete. Läkarförbundets principiella hållning är att varje arbetsgivare bör ha starka ekonomiska drivkrafter att vidta åtgärder för en friskare arbetsplats. En arbetsgivare som tidigt sätter in åtgärder som ger resultat i form av minskad sjukfrånvaro, ska tydligt premieras för detta.

Enligt Läkarförbundet är den enklaste att arbetsgivaren medfinansierar sjukpenningen i utbyte mot sänkta arbetsgivarekostnader. På så vis synliggörs en del av den riktiga kostnaden för personalens sjukfrånvaro i det ekonomiska bokslutet. En bra arbetsmiljö med låg sjukfrånvaro ger ekonomiskt utrymme för vinst, högre löner, nyanställningar m m, medan en dålig arbetsmiljö med hög sjukfrånvaro tar motsvarande utrymme i anspråk.

Ett ökat arbetsgivareansvar kan utformas på olika sätt. Läkarförbundet har ställt sig bakom de tidigare tankarna om en arbetsgivarperiod på 60 dagar liksom förslaget att arbetsgivaren ska medfinansiera sjukpenningen under hela sjukperioden som nyligen genomförts. I remissyttrandet över det senare var förbundet dock tveksamt till nivån på 15 procent (ger kanske inte tillräckliga incitament) liksom att medfinansieringen slopas om den anställde deltar i rehabilitering eller återgår i arbete på deltid (risken är stor att många arbetstagare fastnar i deltidssjukskrivning eller blir föremål för mer eller mindre krystade åtgärder).

Det viktigaste är inte vilken modell man väljer utan att incitamentet blir tillräckligt starkt med så låga bieffekter som möjligt. Oviljan att anställa individer som inte är fullt presterande är en negativ faktor som ofta brukar nämnas, den ekonomiska utsattheten för småföretag är en annan. Inom Regeringskansliet har under våren en arbetsgrupp tillsatts som skall utvärdera medfinansieringsansvaret. Arbetsgruppen kommer bl a att belysa reformens följder för småföretagen och sjukvården. Läkarförbundet menar att en viktig fråga att följa borde vara om o viljan att anställa individer som inte är fullt presterande har ökat.

### 3.3 Ekonomiska drivkrafter för individen

I den offentliga debatten brukar man ofta framhålla att generösa ersättningsystem leder till överutnyttjande. För att fungera effektivt måste systemen antingen ha en grindvakt som sällar ut riktigt behövande eller så låga ersättningsnivåer att det kännbart kostar att vara frånvarande från arbete.

Läkarförbundet kan konstatera att detta är en sanning med modifikation. Studier som gjorts pekar visserligen på att individers beteende i viss mån ändras i takt med förändringar av ersättningsnivåer inom sjukförsäkringen.<sup>20</sup> Samtidigt visar internationella utblickar att en låg sjukfrånvaro kan kombineras med ersättningsnivåer på 100 procent av inkomsten och en förhållandevis svag grindvaktsfunktion. Danmark är ett exempel på detta.<sup>21</sup> Där har man å andra sidan en arbetsmarknad som i betydande grad skiljer sig från den svenska, med betydligt svagare regelverk kring anställningstrygghet m m. Detta visar att även andra faktorer, som exempelvis risken att bli uppsagd, kan vara en lika betydande drivkraft när det gäller att undvika sjukfrånvaro.

Läkarförbundet anser att ersättningsnivån inom sjukförsäkringen måste vara rimlig. Är man sjuk och av det skälet inte klarar att arbeta är det viktigt att man åtminstone känner en ekonomisk trygghet – att man har en ersättning som går att leva på. Däremot bör det enligt Läkarförbundet finnas en gräns för hur länge ersättningen betalas ut.

Det som skiljer ut Sverige från i stort alla jämförbara länder i utformningen av sjukförsäkringssystemen är att den svenska sjukförsäkringen saknar en absolut bortre parantes. I Sverige kan man i princip gå med sjukpenning hur länge som helst; exempel finns på dem som fått sjukpenning i sammanhängande perioder över 15 år. Detta är naturligtvis inte bra. I allra flesta fall gäller att sjukfrånvaron blir mer stigmatiserande ju längre den pågår. Efter ett års sjukfrånvaro är få sjukskrivna i behov av rent medicinska åtgärder för återgång i arbete. Finns en rehabiliteringspotential handlar det i regel om arbetsträning eller omskolning till annat yrke, vilket främst är och skall vara en fråga för arbetsmarknadsmyndigheten.

<sup>20</sup> Jönsson, Arvidsson, Levin, Rehnberg, Hälsa, vård och tillväxt, Välfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag.

<sup>21</sup> Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv, (DS 2003:63).

I den svenska sjukförsäkringen bör det således införas en bortre gräns. Läkarförbundet tror att en sådan gräns bör läggas vid ett års sjukfrånvaro. En bortre parentes bör dock inte gälla rätten till sjukpenning utan endast själva ersättningsnivån, som automatiskt bör anpassas efter 365 dagars sammanhängande sjukfrånvaro till nivån för sjuk- och aktivitetsersättningen. På så vis minimerar man det administrativa merarbetet liksom de risker som alltid uppstår med undantagsregler (diagnosglidningar m m). Det är dock viktigt att påpeka att förslaget förutsätter betydligt snabbare handläggning av rehabiliteringsärendena hos Försäkringskassan. Administrativa tillkortakommanden och resursbrist hos den ansvariga myndigheten får inte innebära att sjuk- och rehabiliteringsprocessen förlängs i onödan och att ersättningen därmed påverkas mitt under pågående rehabilitering. Det samma gäller hälso- och sjukvården som måste få tillräckliga resurser för att kunna fullfölja det medicinska åtagandet.

## 4 Övriga frågor

### 4.1 Arbetslösa sjukskrivna och en mer flexibel arbetsmarknad

Det är ett problem att en stor andel av de sjukskrivna är arbetslösa. Om alternativet till sjukskrivning med stor säkerhet blir arbetslöshet och socialbidrag känner läkare många gånger en vanmakt inför patienter som saknar motivation att rehabiliteras. Det är också svårt att pröva arbetsförmågan då patienten är arbetslös eftersom den direkt skall prövas mot alla normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, vilket i teorin betyder att få arbetslösa skulle behöva sjukskrivas – de flesta skulle antagligen ha en liten restarbetsförmåga att ta tillvara i något arbete. Men arbetsmarknaden är dåligt anpassad till personer som har en begränsad arbetsförmåga och dessutom en historik med sjukskrivningar och arbetslöshet. I dessa sammanhang blir det också uppenbart att ansvar fördelningen mellan de olika huvudmännen och aktörerna i rehabiliteringsprocessen upplevs som oklar.

Ett annat problem är att systemen för arbetslöshetsersättning och sjukpenning harmonierar dåligt, även om vissa förändringar har gjorts. Det gäller främst vid beräkning av den inkomst som skall vara grund för ersättningen. Vid beräkning av den sjukpenninggrundande inkomsten bortses från

inkomster som överstiger 7,5 basbelopp, det s k taket. Arbetslöshetsersättningen utges som dagpenning i form av grundbelopp eller inkomstrelaterad ersättning. Vid beräkning av ett motsvarande tak i arbetslöshetsersättning blir det betydligt lägre än för sjukpenningen. Sedan 1 juli 2003 gäller dock att arbetslösa som blir sjukskrivna uppbär sjukpenning på samma nivå som arbetslöshetsersättningen. Arbetslöshetsersättning betalas ut i högst 300 dagar (en ersättningsperiod). Det har också visat sig att sjukskrivningarna ökar mot slutet av en sådan period då perioden kommer att förlängas om man inte kan söka arbete på grund av sjukdom.

Motivation att rehabiliteras kan också saknas hos den som har en anställning. Framgången i rehabiliteringen tillbaka till det arbete man har haft kan vara växlande. Det finns ett behov av möjligheter att få prova på annat arbete eller ett annat arbetstempo. I en nyligen presenterad studie från Försäkringskassan uppger närmare 60 procent av de sjukskrivna att de skulle kunna arbeta åtminstone en del av sin normala arbetstid om de själva kunde bestämma över sin situation på arbetsplatsen. Att bestämma över sin arbetssituation kan exempelvis innebära att kunna påverka antalet arbetade timmar per dag eller vecka, arbeta i ett lägre tempo eller få förändrade och anpassade arbetsuppgifter.<sup>22</sup> Tryggheten borde vara mobil så att den som har nedsatt arbetsförmåga kunde få pröva olika arbetsformer hos arbetsgivaren eller hos någon annan arbetsgivare, t ex i arbetsgivar-ringar eller dyl. Men som ovan nämndes är det svårt för en person som har varit långtidssjukskriven att få ett annat arbete. Arbetsmarknadsmyndigheterna känner inte ansvar för dessa personer eftersom de ännu inte har blivit arbetslösa.

Läkarförbundet menar att det i detta sammanhang borde vara intressant med någon form av rehabiliteringsbidrag (jmf lönebidrag). Reglerna för lönebidrag borde vara generösare och mer flexibla. Det borde t ex med lönebidrag vara möjligt att återgå i sitt tidigare arbete men då ges tillåtelse att arbeta i ett reducerat tempo. Det skulle ge fler personer en möjlighet att stanna kvar i arbetslivet. Vidare delar Läkarförbundet den uppfattning som har framförts i flera utredningar<sup>23</sup> och från såväl arbetsmarknadsmyndigheterna som nyligen Försäkringskassan, nämligen att det finns ett

behov av en kompletterande arbetsmarknad. Arbetsmarknaden och arbetslivet rymmer i dag inte dem som inte är fullpresterande. Den som saknar förmåga att klara arbete hos sin arbetsgivare eller annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, men som trots det har en viss restarbetsförmåga tas inte tillvara. Läkarförbundet menar att det borde ingå i arbetsmarknadsmyndigheternas uppdrag att anpassa arbetsmarknaden till dem som har nedsatt arbetsförmåga så att dessa kan ta del av arbetslivet i stället för att vara passivt sjukskrivna eller mer långsiktigt ställas utanför arbetsmarknaden genom sjukersättning. Det tidigare Samhall borde åter-skapas. Läkarförbundet anser också, som tidigare nämnts, att fler personer skulle kunna arbeta i anpassade arbeten inom sjukvården.

I detta sammanhang bör även påpekas att det nuvarande regelverket (lagen om allmän försäkring) tillåter sjukpenning för nedsatt arbetsförmåga i fjärdedelar, vilket t ex innebär att det inte går att sjukskriva från en viss arbetsuppgift eller enbart någon timme. Systemet blir stelbent och känns otidsenligt. Det måste finnas en mer flexibel möjlighet att sjukskriva, dels från 0-100 procent, dels från vissa arbetsuppgifter. Det är viktigt att få kunna arbeta med reducerad hastighet, inte enbart reducerad tid. Arbets-givarna måste vara beredda att anpassa arbetsplatserna så att deltidssjukskrivna kan utföra meningsfulla arbetsuppgifter. Här kan Företagshälsovården vara till stor hjälp. Vanligtvis är det lätt för en väl fungerande Företagshälsovård att göra denna bedömning i samverkan med behandlande läkare, patient, arbetsgivare och fackliga representanter.

Man skulle kunna säga att detsamma gäller för det normala åldrandet, d v s arbetslivet och arbetsmarknaden är inte anpassad till åldrandet. Läkarförbundet menar att arbete, både vad gäller innehåll och tid, borde kunna anpassas till olika faser i karriären eller skeden av livet. Den enskildes förutsättningar för arbetet borde beaktas bl a ålder, fysisk och psykisk hälsa samt sociala situation.

#### 4.2 Rehabiliteringskoordinator/Case manager

Läkarförbundet anser att otydligheten i rehabiliteringsarbetet borde kunna underlättas för den enskilde av en personlig rehabiliteringskoordinator.

<sup>22</sup> Sjukskriven i onödan? Försäkringskassan (Analyserar 2005:5)

<sup>23</sup> Finns bland annat med i betänkandet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, (SOU 2002:5).

Som tidigare nämndes är ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna otydlig det gäller såväl arbetsgivarens kostnads- och åtgärdsansvar som gränsen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering samt mellan olika myndigheter. Det handlar också om att Försäkringskassan inte tar det lagstadgade samordningsansvar man har för rehabiliteringsprocessen.

För den enskilde handlar det om att få hjälp och stöd med att hitta vägar tillbaka till arbetslivet. Det gäller t ex långtidssjukskrivna som inte är fullpresterande men som har en restarbetsförmåga som skulle kunna tas tillvara om rätt arbete, anpassat arbete, hittades.

Det kan också handla om att med stöd och hjälp snabbare komma tillbaka till ett vanligt heltidsarbete, d v s personer som kan få tillbaka hel arbetsförmåga men som p g a av en viss tröghet/brist på samordning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är sjukskrivna onödigt länge.

Läkarförbundet har tidigare tillstyrkt förslaget om en rehabiliteringskoordinator hos Försäkringskassan som föreslogs av regeringens särskilde utredare Jan Rydh i *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5).

I Karolinska institutets tidigare nämnda rapport lyfts s k case managers fram som något positivt när det gäller återgång i arbete. En case manager eller mentor har till uppgift att stötta patienter i deras kontakter med olika aktörer och ha kunskap om hur systemet fungerar och vilka olika möjligheter som finns. En case manager kan driva ärendet och svara för helhet och flöde. Även om väntetider i vården verkar ha mindre betydelse för kostnaderna i sjukförsäkringen kan väntetider vara ett problem för den enskilde patienten. Det handlar t ex om att samtidiga processer sällan initieras inom sjukvården, bristen på samordning mellan huvudmän, o s v. Speciellt för personer med flera sjukdomar eller multiproblematik skulle case managers kunna vara viktiga.

Läkarförbundet konstaterar att det borde finnas möjlighet till stöd och hjälp i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för de patienter som så önskar. Det är svårt att säga om en koordinator skall vara anställd inom Försäkringskassan, sjukvården, arbetsmarknadsverket eller vara helt fristående. Det mest naturliga torde dock vara att Försäkringskassan får

ansvaret. En koordinator måste vara särskilt utbildad för uppgiften och ha kunskaper som täcker in alla sektorer som berörs i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, d v s var kunnig om socialförsäkringarna, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknaden.

I detta sammanhang är det viktigt att även nämna de fackliga organisationerna. De lokala fackliga organisationerna kan ha en roll som stöd för den enskilde i framför allt rehabiliteringsprocessen. Om den enskilde önskar kan en facklig representant t ex delta i avstämningsmötet och även i övrigt samverka med de andra aktörerna. De fackliga organisationerna skulle bl a kunna initiera och bidra till att det på arbetsplatsen finns bra rutiner för rehabiliteringsarbetet, t ex handlingsplaner. Som stöd och hjälp i rehabiliteringsprocessen bör även de fackliga representanterna få mer kunskap om rehabiliteringsprocessen.

## 5 Läkarförbundets 30 punkter för en högre kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Som framgår av rapporten är sjukskrivningsfrågan komplex. Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron sedan slutet av 1990-talet låter sig inte enkelt förklaras. Varje enskild situation är unik med en kombination av orsaker som resulterar i sjukskrivning – många gånger kan den inte ens förstås utifrån medicinska grunder. Därmed saknas på förhand givna patentlösningar att få sjukskrivna åter i arbete.

Enligt Läkarförbundet måste åtgärder för att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron, inriktas på att skapa rätta förutsättningar för ett kvalitativt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – d v s förutsättningar att finna den bästa lösningen i varje enskilt fall av ohälsa. En grundtes genom rapporten är att detta sker genom dels olika former av konkreta stöd i den behandlande läkarens kliniska vardag, dels ekonomiska drivkrafter som på ett naturligt sätt ökar sjukvårdens, individens och arbetsgivarens engagemang och ansvar inom sjukskrivningsområdet.

Nedan presenterar Läkarförbundet ett samlat program om 30 punkter i syfte att stärka läkarens och sjukvårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### Den behandlande läkaren (kap. 2)

1. Stärk rollen för den behandlande läkaren – den aktör som har bäst kunskap och kompetens att göra en helhetsbedömning av patienten.
2. Landstingsledningen och andra arbetsgivare inom hälso- och sjukvården måste tydligt uttala att arbetet med sjukskrivningar är prioriterat.
3. Ge utrymme för samverkan – inom professionen, med andra yrkesgrupper och aktörer.
4. Utveckla bättre sjukskrivningsstöd bl a lokala rutiner och riktlinjer och ge utrymme för kvalitetsarbete.
5. Öka möjligheterna till fortbildning. Ta med kunskaper i försäkringsmedicin i målbeskrivningarna för AT och ST.

6. Ge kontinuerlig information till allmänheten om beslutsordningen inom sjukförsäkringen – läkarens utlåtande om arbetsoförmåga är en rekommendation och det är Försäkringskassan som beslutar.
7. Stärk läkarens arbetssituation/arbetsmiljö, bl a måste läkaren:
  - kunna påverka sin egen arbetssituation,
  - själv kunna bestämma hur lång tid patient/läkarmötet skall ta,
  - ges stöd vid konflikter och vid hot och våld i samband med sjukskrivning samt
  - erbjudas stöd vid psykiska belastningar.

### Avstämningsmöten (kap. 2.4)

8. Lagstifta om att avstämningsmötet skall hållas inom fyra till åtta veckor. Företagshälsovården bör mer regelmässigt delta i avstämningsmötet.
9. Höj ersättningen till den behandlande läkare så att den garanterat täcker inkomstbortfallet. Finansiering kan lämpligen ske via Försäkringskassans särskilda medel för köp av tjänst.

### Primärvården (kap. 2.5)

10. Fullfölj tidigare beslutad utbyggnad av primärvården – inför ett nationellt familjeläkarssystem.

### Den övriga specialistvården (kap. 2.5)

11. Bygg ut och öka tillgängligheten till specialistvård.

### Företagshälsovården (kap. 2.6)

12. Gör företagshälsovården, som skall vara en sammanhållen och oberoende expertresurs, obligatorisk.
13. Inför regelmässigt yttrande av företagshälsovården i rehabiliteringsutredningen.
14. Öka företagsläkarutbildningen.
15. Inför rikstäckande vårdavtal – d v s ett övergripande vårdavtal mellan Sveriges Kommuner och Landsting och branschorganisationen.

#### Forskning (kap. 2.4)

16. Förbättra förutsättningarna för forskning och rikta nuvarande forskningsanslag inom socialförsäkringsområdet i högre utsträckning mot sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

#### Ekonomiska drivkrafter (kap. 3)

17. Pröva en vinstdelningsmodell under de närmaste tre åren.
18. Rehabiliteringen bör vara genomförd inom ett år, anpassa därefter ersättningsnivån i sjukpenningen till nivån för sjuk- och aktivitetsersättning.

#### Vårdgaranti (kap. 3.1)

19. Inför garanti om bedömning inom en månad och behandling inom tre månader.

#### Försäkringskassan (kap. 2.4)

20. Stärk Försäkringskassans samordningsansvar och förbättra/snabba upp kontakten med intygsskrivande läkare och företagshälsovården.
21. Utveckla försäkringsläkarens roll – låt denne bli en länk mellan behandlande läkare och Försäkringskassan.
22. Ge intygsblanketterna en funktionell utformning. Professionen måste involveras på ett tidigt stadium vid framtagandet av intygsblanketterna.

#### Koordinator (kap. 4.2)

23. Utveckla en koördinatorsroll som stöd och hjälp till patienten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

#### Fackliga organisationer (kap. 4.2)

24. Använd de fackliga organisationerna, t ex skyddsombuden, i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – det kan vara att delta i avstämningsmötet och bidra till att det på arbetsplatsen finns bra rutiner för arbetsanpassning och rehabiliteringsarbetet.

#### Arbetsmarknad (kap. 4.1)

25. Se över arbetslöshets- och sjukförsäkringarna i syfte att harmonisera dem bättre än i dag.
26. Anpassa arbetsförhållandena till vars och ens förutsättningar, inte minst vid återgång i arbete. Inför en kompletterande arbetsmarknad – dels en arbetsmarknad för icke fullpresterande (exempelvis ursprungliga Samhall), dels utökade möjligheter för lönebidragsanställning. Här skulle sjukvården kunna föregå med gott exempel.
27. Öka möjligheterna för långtidssjukskrivna som inte är arbetslösa att pröva jobb hos annan arbetsgivare etc med bibehållen anställningstrygghet. Ge arbetsmarknadsmyndigheterna ansvaret.
28. Inför flexibla möjligheter att sjukskriva – dels från 0-100%, dels från vissa arbetsuppgifter. Det är viktigt att få kunna arbeta med reducerad hastighet, inte enbart reducerad tid.

#### Investera i hälsa

29. Öka statsbidraget till landstingen med minst fem miljarder kronor.
30. Avsätt mer resurser även till statliga myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket.

**Läkarförbundets bedömning är att investeringar i hälsa och arbetsmiljö kommer att ge mångfalt tillbaka i form av minskade statliga utgifter för transfereringar och ökade skatteintäkter.**

## Litteraturlista

Alexandersson, Brommels, Ekenwall, Karlsryd, Löfgren, Sundberg, Österberg. *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning* Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet, (2005).

*Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt (2004)*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000).

*Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5).

Jönsson, Arvidsson, Levin, Rehnberg, *Hälsa, vård och tillväxt*, Välfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag.

Nachemson, A. *När inte politikerna vågar eller vill måste vi – för patienternas bästa*, Läkartidningen nr 7 2002.

*Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapsammanställning*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000).

*Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt*, Riksförsäkringsverket, (RFV analyserar 2004:16).

*Psyksiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003*, Riksförsäkringsverket, (RFV redovisar 2004:8).

*Sjukskriven i onödan?* Försäkringskassan (Analyserar 2005:5).

*Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, (2003).

*Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?*, Sveriges läkarförbund, (2003).

Skrivelse till Närings- och Socialdepartementen 2004-03-04 från Sveriges läkarförbund, Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet.

*Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv*, (DS 2003:63).

*Utmattningssyndrom*, Socialstyrelsen (2003).

*Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, (SOU 2004:113).

[www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

[www.skl.se](http://www.skl.se)