

Primärvårdens och försäkringskassans samverkan kring rehabilitering

Gertrud Wesley, Elizabeth Wiklund-Johansson, Kerstin Öhrling

Syftet med denna kvalitativa studie var att kartlägga handläggning och samarbete kring rehabiliteringsärenden mellan handläggare vid Försäkringskassan, läkare inom primärvården samt privatpraktiserande läkare.

Rapporten bygger på fjorton semi-strukturerade intervjuer med fem rehabiliteringshandläggare vid Försäkringskassan, sju distriktsläkare inom Primärvården och två privatpraktiserande läkare, alla verksamma inom kustområde i Norrbotten. Intervjuerna har analyserats med kvalitativ metod utifrån hur de intervjuade beskriver handläggning kring rehabilitering och samarbetet mellan dessa två rehabiliteringsaktörer. Handläggare och läkare önskar ett personligt och utökat samarbete dem emellan.

Gertrud Wesley är samhällsvetare och har fungerat som projektledare för detta samverkansprojekt. Elizabeth Wiklund Johansson är utvecklingssekreterare inom Bodens primärvård och har varit projektansvarig. Kerstin Öhrling är Fil dr och arbetar som lektor vid Institutionen för hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet.

gått ned efter försämringar i sjukförmånerna (Edebalk, 1998). Före lagändringen i oktober 1995, ifrågasattes sällan en persons sjukintyg eller rätt till sjukpenning. Denna lagändring innebar stora förändringar i arbetet på försäkringskassorna och en irritation hos intygsskrivande läkare. I januari 1997 genomfördes ytterligare förändringar av lagstiftningen och den lagändringen har kallats "Den stora skärpningen" av försäkringskassans handläggare (Augustsson, 1999). Försäkringsläkaren Anita Kemi har intervjuat handläggare och läkare för att se hur de nya reglerna kring sjukskrivning har påverkat dessa två yrkesgrupper. De förändringar av lagstiftning och de dubbla roller handläggare och läkare har i sitt människo-vårdande yrke har inneburit att dessa yrkesgrupper fått en förändrad psykosocial arbetsmiljö. I enstaka situationer kan de nya reglerna "sätta stopp" för "besvärliga" klienter/patienter (Kemi, 1999). Under de senaste åren av 1990-talet har, trots betydligt striktare regler om rätt till sjukpenning, en markant ökning av sjukskrivningar skett. Kvinnor är klart överrepresenterade med 61 procent av sjukskriv-

BAKGRUND

Perioden 1955-1991 har det varit en trendmässig ökning i sjuktalet där varje reform som gjort försäkringen mer förmånlig har medfört en ökning av sjuktalet. Under första delen av 1990-talet har sjukfrånvaron

En trendmässig ökning i sjuktalet där varje reform som gjort försäkringen mer förmånlig har medfört en ökning av sjuktalet

Under de senaste åren av 1990-talet har, trots betydligt striktare regler om rätt till sjukpenning, en markant ökning av sjukskrivningar skett

ningsfallen (RFV, 1999). Hälsa varierar mellan olika regioner. Dessa hälsovariationer ska främst ställas i relation till de strukturella olikheter för olika regioner, exempelvis demografisk struktur och lokal arbetsmarknad. I Norrbottens län arbetar en betydligt högre andel inom hälso- och sjukvård, civila myndigheter och försvar, i jämförelse med riket. De flesta kvinnor arbetar inom hälso- och sjukvård och de flesta män inom gruvindustri och tillverkning vilket gör att arbetsmarknaden är starkt könssegregerad (Reinholdt & Hörte, 1998). Även om flera branscher rationaliserat bort det slitsamma kropparbetet finns tunga arbetsuppgifter kvar inom vård och omsorg där kvinnor arbetar i stor majoritet. En följd av så kallade "magra" organisationer kan vara en av flera förklaringar till att sjukskrivningarna har ökat. Trots en ökad medvetenhet om att goda psykosociala arbetsmiljöförhållanden på sikt är en förutsättning för såväl hälsa som produktivitet, har betingelserna för negativ stress ökat. Att arbetstakten ökat för såväl kvinnor som män, dock något mer för kvinnor, är en av de mest påtagliga arbetsmiljöförändringarna de senaste fem åren (Baneryd, 1999).

Partiell sjukskrivning sägs innebära att kontakten med arbetslivet finns kvar och anses då underlätta återgång till arbetslivet (Reinholdt & Hörte, 1998). Reinholdt och Hörte noterar att Norrbottens län har den lägsta andelen partiellt sjukskrivna i jämfö-

relse med riket. Ett forskningsprojekt genomfört i Västerbotten och Norrbotten, visar att personer som är eller varit partiellt sjukskrivna, anser att den största bidragande orsaken (48%) till att de blivit sjuka, är den höga arbetsbelastningen. Belastningen kan innehålla både fysiska och psykosociala aspekter (Annerblom & Sjöström, 2001).

Eftersom antalet sjukskrivningar visar en ökning från år till år (Lundvik, 2000) ville försäkringskassan och primärvården genomföra ett gemensamt projekt, för framtida effektivisering av handläggning kring rehabilitering.

Syfte med samverkansprojektet var

- att kartlägga handläggning och samverkan kring rehabiliteringsärenden mellan försäkringskassan och sjukskrivande läkare inom primärvården samt privatpraktiker.

- att beskriva handläggare och läkares bedömning vid sjukskrivning eller försäkrades sjukpenningrätt.

Metod Verksamhetschefer inom primärvården och försäkringskassan har gett skriftligt tillstånd till att genomföra intervjuer med anställda. Intervjupersonerna har garanterats konfidentiell behandling. Urvalet av intervjupersoner har skett genom slumpvis lottning där geografisk tillhörighet och rehabiliteringsaktör bildat urvalsgrupper. Antalet genomförda intervjuer har styrts av mättnad i svaren. De skrevs ut ordagrant och kodades med bokstäverna A till N. Intervjuerna har analyserats med användning av de fyra första stegen i den kvalitativa metod Kvale (1997) beskriver. Analysen har utgått från hur de intervjuade beskriver handläggning kring rehabilitering och samarbetet mellan dessa två rehabiliteringsaktörer.

För att bevara karaktären på hur informanterna betonat sina uttalanden, har ord som sägs med eftertryck markerats med kursiv stil vid citat. För enkelhetens skull benämns distriktsläkare inom primärvården och privatpraktiserande läkare enbart med läkare i texten. Försäkringskassans handläggare be-nämns handläggare.

RESULTAT OCH DISKUSSION

Samarbetet idag

Handläggare och läkare säger att samarbetet varierar mellan att det fungerar bra till att någon påstår med ett leende att, ”enkelt kan man säga att det inte finns något samarbete”.

När det dröjer innan respektive aktör får kontakt med den andra aktören, finns en tro på att det inte beror på ointresse, utan snarare resursbrist och stor arbetsbörda. Handläggare hävdar att kontakten med den försäkrades arbetsgivare varierar mycket. En del arbetsgivare har inte egna resurser eller kunskaper för att vara aktiva i rehabiliteringsprocessen medan andra har goda resurser och kunskaper. Några beskriver hur samarbetet mellan försäkringskassans handläggare och sjukskrivande läkare varierat under deras tid inom yrket. Samarbetet och övriga kontakter sker genom att läkare signalerar på intygen om tankar på lämpliga rehabiliteringsåtgärder eller att kontakt önskas, ringer eller skickar mail och om det behövs brukar det gå bra att ordna rehabiliteringsmöten. Några läkare säger att de känner sig utanför många gånger i rehabiliteringsprocessen, för att de inte får någon återkoppling eller information om sina eventuella förslag till åtgärder på intyget. Några intervjupersoner betonar att kontinuitet underlättar handläggningen, som i nedanstående exempel.

Så att mycket utav effektivitet i systemet byggs ju på ..att ..doktorn är den samma och att man har personlig kontakt med dom som handlägger./../Spar pengar, tid, kraft och lidande för *patienten*. (D)

Genom långvarig kontakt med patienten, byggs en relation upp mellan patient och läkare. En del anser att kontakten med den sjukskrivne är en förutsättning för att göra en rättvisande bedömning. Några understryker att ibland kan det vara en fördel om någon annan läkare eller andra aktörer kommer in i rehabiliteringsprocessen för att med ett annat perspektiv ge alternativa förslag till vad som kan göras fortsättningsvis. Från båda sidor betonas att för att nå varandra snabbare behövs personkännedom och ett namn att vända sig till i det enskilda ärendet, vilket framhålls på följande sätt.

Så *egentligen* handlar det om att.. rehabiliteringen är väldigt tidskrävande, och då är resurserna i primärvården.. för svaga för det. *Har* man tidboken inbokad fjorton dagar.. framöver, så är det väldigt svårt att..sköta det där. Och så är folk inte tillgängliga, per telefon. Då är e-posten väldigt utmärkt. Men det *kräver* ju att man har ett *namn*.. och vända sig till! Och *det* är ju inte så ofta man *har* det...(A)

Såväl handläggare som läkare uttalar att de anser att patienten styr om de blir sjukskrivna eller inte. Detta bekräftas av Englund (2000) som i sina studier sett att patienter som vill bli sjukskrivna, sjukskrivs i en större omfattning än de som är neutrala eller motvilligt inställda till sjukskrivning. Vid tecken på psykisk ohälsa, kan handläg-

”Så egentligen handlar det om att ... rehabiliteringen är väldigt tidskrävande, och då är resurserna i primärvården... för svaga för det”

Vid tecken på psykisk ohälsa kan handläggaren uppleva rädsla för att göra skada om de frågar den försäkrade om känsliga ämnen

gare uppleva rädsla för att göra skada om de frågar den försäkrade om känsliga ämnen, eftersom det kan sätta igång en process som de inte har kunskap om hur de ska avsluta. Samtidigt kan det vara viktig information för att göra en noggrann och rättvisande bedömning. Handläggare kan rådfråga sjukskrivande läkare eller försäkringsläkare när de inte vet hur de ska gå vidare eller kontakta sjukskrivande läkare för att höra om de har mer information i ärendet. Handläggare kan föreslå att läkaren tittar extra på någon försäkrad som gett signaler om att vara mycket ledsen eller att handläggaren beskriver vad de sett så läkaren får kännedom om det.

Handläggning

De rutiner som följs i rehabiliteringsprocessen varierar från handläggarnas sida, beroende på om den försäkrade har arbete eller inte, hur stor eller liten arbetsgivare de har när de är anställda och om det finns företagshälsovård kopplad till företaget eller inte. Från båda aktörernas sida beror rutinerna även på vilken kompetens finns i ärendet. Handläggare och läkare säger att de använder någon sorts schema som de följer kring handläggning. Ett schema som de själva tycks vara bärare av som baseras på egna erfarenheter. Läkare anser att tidstillgången kan styra kvalitén på läkarintygen och om tiden är knapp är risken ett undermåligt intyg. Uppgifterna

som ska lämnas anses dock relevanta, men också summariska. Läkare poängterar vikten av att skriva noggrant och att försöka återge en ordentlig beskrivning av sjukhistoria och vad som hittats, för att på så sätt hjälpa patienten till rättvisande underlag för försäkringskassans bedömning.

Handläggare säger att om intygen innehöll de uppgifter som behövs för ett beslut, skulle många kompletteringar i form av fördjupat sjukintyg, så kallat FKF 3200, undvikas. På så sätt skulle både resurser och tid sparas. Liknande resultat visar en undersökning från Östergötland där det vanligaste problemet av avgränsad karaktär kring handläggning av rehabiliteringsärenden som Försäkringskassans handläggare rapporterade, var ofullständigt eller felaktigt ifyllda läkarintyg (Hensing, 1998). För patienter som visar tecken på psykisk ohälsa kan läkare föreslå mediciner och stöd-samtal, men ofta är de egna tidsresurserna för små för att träffa patienten kontinuerligt under en längre tid, vilket ofta behövs vid psykisk ohälsa. De kan även ge remiss vidare, men de understryker att även psykiatriska öppenvården har begränsade resurser att ta emot patienterna och privatpraktiserande psykoterapeuter har inte alla råd att söka hjälp hos. När företagshälsovård finns kopplad till patientens arbetsplats, kan både handläggare och läkare hänvisa personer dit för samtalskontakt.

Läkare som har erfarenheter från andra delar av landet hävdar att det kan finnas skillnader i förväntningar från samhällets sida, beroende på vad som är acceptabelt inom den region patienten bor. I norra delarna av landet finns inget att rehabilitera till hävdar några, eftersom det är en begränsad arbetsmarknad. Läkare uttrycker att de ofta "kän-

ner på sig” om ett ärende kommer att bli långvarigt. Såväl flertalet handläggare som läkare anser att det främst är patienten /den försäkrades vilja som styr såväl rehabiliteringslängden som resultatet av densamma, vilket följande citat ger exempel på.

Vill en person ..så lyckas man väl oftast, även om det tar lång tid. Men vill dom inte, då kan ju jag hålla på hur länge som helst. (I)

Om orsaker till sjukskrivning söks på individnivå, hävdar Berglind och Gerner (1999) att det finns flera undersökningar som gör en problembeskrivning av de personer som sjukskrivs. De anses vara alltifrån omotiverade till att de har bristande vilja, svag impulskontroll eller till och med direkt motstånd mot att rehabiliteras och att detta i sin tur leder till ett avgörande hinder för om en insats ska lyckas. Om en person anses motiverad eller inte, bör det alltid anges i relation till vad. För att en person ska kunna övertygas om att hon klarar mer än hon tror, måste man först veta vad hon faktiskt tror (Berglind & Gerner, 1999). Även den försäkrades/patientens inställning, attityd, motivation, trivsel på arbetet, personlighet, ekonomiska överväganden, ålder, utbildning, önskan om pension, tidigare eller pågående missbruk och sjukdomen i sig påverkar processen. Englund (2000) visar att den faktor som har störst effekt på om en person blir sjukskriven eller inte, är dennes attityd till sjukskrivning.

Läkare anser att det även måste göras en bedömning av hur realistisk en rehabilitering är. Om handläggaren och den försäk-

Den faktor som har störst effekt på om en person blir sjukskriven eller inte, är dennes attityd till sjukskrivningen

Gränsen mellan social, existentiell och medicinsk nedsättning av arbetsförmågan kan vara godtycklig ur individens synpunkt, fram till dess att de behöver ta emot ekonomisk ersättning

rade är på väg mot samma mål, är det oftast resursbrist i form av pengar till insatser och de långa väntetiderna till behandlingar som påverkar rehabiliteringens längd. Både läkare och handläggare beskriver hur patient/försäkrad spelar olika ”roller” beroende på vilken av aktörerna de träffar. En förklaring till detta kan tolkas i det Hensing (1998) säger om att gränsen mellan social, existentiell och medicinsk nedsättning av arbetsförmågan kan vara godtycklig ur individens synpunkt, fram till dess att de behöver ta emot ekonomisk ersättning. Handläggare säger sig upptäcka försäkrade som ger förslag eller accepterar rehabiliteringsåtgärder som de själva tror att handläggaren vill att de genomför. Om åtgärder sker på denna grund har rehabiliteringen svårt att bli lyckad. Det gäller att fatta beslut om åtgärder först efter ett ordentligt underlag, anser handläggaren, så att inte rehabiliteringsåtgärder används för att personen vill vara kvar i systemet. I ”Rehabilitering till arbete” (SOU 2000:78) beskrivs att för att komma vidare i rehabilitering till egen försörjning kan många behöva hjälp att hitta nya vägar där personens egna resurser tas tillvara.

Vid förlängd sjukskrivning finns det oftast en aktiv medicinsk åtgärd planerad, från läkarnas sida. Om det inte finns det, kan det bero på att det inte finns någon åtgärd att föreslå för det sjukdomstillstånd som patienten befinner sig i eller att allt redan är

Handläggare och läkare uttrycker att det är svårt att beskriva vad begreppet arbetsförmåga innebär

uttömt. En vanlig så kallad aktiv medicinsk åtgärd är remiss till sjukgymnastik. Läkare vet inte alltid om det i sig medför att patientens tillstånd förbättras. Några läkare ställer sig frågande till vad som menas med aktiv medicinsk åtgärd och vad de egentligen har att erbjuda.

Arbetsförmåga

Handläggare och läkare uttrycker att det är svårt att beskriva vad begreppet arbetsförmåga innebär. Hensing (1998) påstår att begreppet arbetsförmåga i forskningssammanhang i mycket liten utsträckning har problematiserats till skillnad från sjukdomsbegreppet. Läkare och handläggare säger att arbetsförmåga innebär den förmåga en person har att arbeta trots sina besvär, sin sjukdom och sitt handikapp. Att personer har arbetsförmåga, innebär att de ska fungera tillsammans med arbetskamrater och kunna bidra med en insats i produktion eller underhåll. Läkare hävdar dessutom att det är ett subjektivt begrepp och som i högsta grad är förhandlingsbart och inte heller någon exakt vetenskap. Det finns inget objektivt sätt att verifiera hur mycket en annan människa orkar arbeta. Liknande resultat har Hensing (1998) kommit fram till när det gäller frågeställning om problem i samband med handläggning av sjukskrivnings- eller rehabiliteringsärenden. Där framkom att läkare ansåg att till försäkringsrelaterade problem hörde bedömning av graden av arbetsförmåga, bestämning av sjukskrivningens längd och regeltolkning. Läkare

poängterar att de inte är utbildade på vad folk gör på sina jobb, så det är få som kan säga emot det en patient säger om sin arbetsförmåga. Detsamma visar Englund, Hensing och Lindqvist (2000, 1998, 1998) som hävdar att läkare ofta inte har någon stor kunskap om sambandet mellan hur stor graden av medicinsk försvagning har i förhållande till graden av arbetsförmåga. Enligt läkare innebär det inte det försäkringslagen säger, att överhuvud taget kunna göra något jobb, för då har alla någon arbetsförmåga och det blir orealistiskt.

Utveckling av samverkan

Både handläggare och läkare betonar att för att nå varandra snabbare behövs personkännedom och ett namn att vända sig till i det enskilda ärendet. En sådan personkännedom skulle spara mycket tid säger de. Läkare förordar regelbundna rehabiliteringsmöten där handläggare kommer till vårdcentralen med aktuella ärenden som diskuteras tillsammans med läkarna. De tror att dagens resurser är för små för att detta ska gå att införa igen på de vårdcentraler som inte redan har det. Någon läkare anser att det skulle vara bättre om handläggaren tog personlig kontakt för att på så sätt kanske kunna begränsa tid och skrivande.

Handläggare anser att det skulle vara en fördel om läkare i större utsträckning skrev vad de tänker och tror om den fortsatta rehabiliteringen och även hur realistiskt det är. Läkare i sin tur efterfrågar bättre återkoppling på de förslag de ger via intygen till Försäkringskassan. De vill få kännedom om vad som händer i ärendet. Förslag ges på att läkare och handläggare skulle kunna göra handlingsplanen tillsammans. Läkare uttrycker att det ibland kan vara en fördel

om någon annan läkare eller andra aktörer kommer in i rehabiliteringsprocessen för att med ett annat perspektiv ge alternativa förslag till vad som kan göras fortsättningsvis.

När det gäller försäkrade som saknar arbetsgivare och arbetsplats att rehabiliteras till, anses det vara av ännu större vikt att det sker en samverkan mellan olika myndigheter och organisationer. Aktörerna föreslås ha samverkans träffar, ibland tillsammans med personen det gäller, för att på så sätt komma vidare i rehabiliteringsprocessen. Handläggare uttrycker att det gäller att knyta ihop aktörer på något sätt. Det ses som en fördel om det var en huvudman för rehabiliteringen för att slippa prata om "dina" och "mina" pengar, som är fallet idag.

Om det förekommer en "rundgång" av läkarintygen mellan försäkringskassan och primärvården, finns det risk att detta medför merkostnader och frågan uppstår hur en kvalitetsförbättring i sjukintygen nås? Intervjuade handläggare föreslår att läkare ska skriva vad de tänker om diagnosen eller patientens möjligheter till förbättring som hjälp till handläggarens beslutsunderlag för tänkbara åtgärder.

Från såväl handläggare som läkare ges förslag på att man vid rehabiliteringsprocessen ska ta reda på lite mer vad personens inställning till arbete är och vad personen själv vill. Ibland kanske det finns en önskan om förtidspension, men då bör handläggare eller läkare fundera över vad som ligger bakom det? Några intervju-personer anser att kontakten som byggs upp med den försäkrade/patienten möjliggör att nå kärnan till vilka faktorer som påverkar personens förutsättningar till en lyckad rehabilitering. En handläggare säger

En av de faktorer som påverkar rehabiliteringens resultat kan vara rehabiliterarens motivation

också att "när man vet det den sjukskrivne vet", det vill säga när handläggaren vet vad som är kärnan till att rehabiliteringen tidigare inte lyckats, "då först kan man börja rehabilitera mot rätt håll". Om det förhåller sig så, är det av vikt att ta reda på vad försäkrad/ patient har för hopp om att på sikt återgå i någon form av egen försörjning liksom vilka hinder som de sätter upp.

Handläggare och läkare säger att de ibland "känner på sig" om ett ärende kommer att bli långvarigt eller inte. Detta kanske i sin tur påverkar rehabiliterarens motivation och förhållningssätt gentemot försäkrad/ patient. Om så är fallet, kan det i sin tur vara en av flera faktorer som kan påverka rehabiliteringens resultat. Det vore intressant att få kunskaper om vad som vägs in i den bedömningen och även hur ofta handläggare/ läkare får "rätt". Enligt Marklund (1998) kan en av de faktorer som påverkar rehabiliteringens resultat vara rehabiliterarens motivation.

Sammanfattande diskussion

Vi står idag inför en accelererande omfattning av sjukskrivningar med färre personer som ska försörja en allt mer åldrande befolkning. Ekvationen tycks inte gå ihop. Frågan hur länge vi kan avstå från att rehabilitera så många som det går, till en egen försörjning, tycks kvarstå.

Denna studie har lyckats besvara en del frågor om handläggning och samarbete mellan handläggare och läkare samtidigt som

nya frågor uppstått. Sammantaget kan sägas att handläggare och läkare har en vilja att förbättra samarbetet dem emellan. Ett sätt att nå ökad personkännedom, som i sig kan underlätta kontakten mellan läkare och handläggare, är att ordna gemensamma utbildningar kring frågor som rör båda aktörerna kring rehabilitering. Vidare skulle diskussioner kunna föras kring vad som kan skrivas som komplement på intygen för att läkare på så sätt kan ge mer information till handläggarnas underlag för beslut om sjukpenningrätt eller fortsatta rehabiliteringsinsatser. I strävan efter effektivare handläggning kanske andra yrkesgrupper skulle kunna komma till tals kring enskilda försäkrade/patienter, som exempel sjukgymnaster, arbetsterapeuter, hälsovägledare, samhälls- eller beteendevetare. Tillsammans med den försäkrade/patienten hittar de kanske kärnan till personens inställning, tro och vilja om återgång/inträde i någon form av egen försörjning. Även om möten i sig inte kan ersätta skrivna intyg, skulle de olika yrkesgrupperna ge sina perspektiv på fortsatta insatser. "Vinsten" med tvärprofessionella grupper kan vara att alla får samma informa-

tion samtidigt och på så sätt skulle rehabiliteringsprocessen kunna göras mer effektiv i det ledet.

REFERENSER

- Berglind, H., Gerner, U. (1999) Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna, *Socialmedicinsk tidskrift*, 1999:5.
- Englund, L. (2000) *Sick-Listing - Attitudes and Doctors Practice*. Avhandling. Uppsala universitet, Uppsala.
- Hensing, G. (1998) Bedömning av arbetsförmåga - ett dilemma för rehabiliteringsaktörerna. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1998:5.
- Kemi, A. (1999) *Motstridiga roller i människovårdande arbete*. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.
- Lindqvist, R. (red) (1998) *Organsiation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Marklund, S. (1998) Samhällsvetenskaplig forskning kring arbetslivsriktad rehabilitering - möjligheter och begränsningar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1998:5.
- Reinholdt, S., Hörte S. Å. (1998) *Ett könsperspektiv på ohälsa och yrke*. Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS). Luleå: Luleå tekniska universitet.
- SOU 2000:78 *Rehabilitering till arbete* Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet.
- Fullständig referenslista kan fås av författaren