

Hur hanteras medicinska underlag på försäkringskassan? Vem bestämmer om ersättning och hur går det till?

Bosse Hellström

I artikeln ges en beskrivning av vilka regler som ligger till grund för försäkringskassans bedömning av patientens rätt till sjukpenning och vad som krävs av de underlag, framför allt läkarintyg och läkarutlåtanden, som huvudsakligen används vid denna bedömning.

Bosse Hellström, är expert och ansvarig för bl a tillämpningen av bestämmelserna rörande sjukpenning, förtidspension m fl ersättningar vid Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa. Han har också medverkat vid framtagande av nuvarande och tidigare gällande läkarintyg och läkarutlåtanden för sjukpenning.

Försäkringskassorna är att betrakta som myndighet, även om de varken är statliga eller kommunala. Varje försäkringskassa är en enskild juridisk person, men har i allt väsentligt att följa de regler som riksdag, regering respektive Riksförsäkringsverket beslutar om. Det innebär att försäkringskassorna har skyldighet att följa lagar som gäller för varje typ av ärende, t ex sjukpenning, föräldrapenning, förtidspension. Men försäkringskassorna måste också följa Förvaltningslagens (1986:223) krav vad gäller den enskildes rätt till insyn i ärende och på dokumentation, kommunikering av beslutsunderlag, motivering av

beslut etc. Här följer därför en kortfattad redogörelse för de i det här sammanhanget viktigaste reglerna i Förvaltningslagen (FL).

Förvaltningslagen

Skyldighet att dokumentera

Får försäkringskassan uppgifter muntligen ska dessa antecknas om de avser "myndighetsutövning mot något enskild". Myndighetsutövning innebär här att försäkringskassan ensidigt fattar beslut rörande enskilds rätt till ersättning. Alltså har försäkringskassan skyldighet att anteckna alla uppgifter som lämnas muntligen, och som har betydelse för ett ärende, i patientens akt. Det gäller också uppgifter som t ex behandlande läkare lämnar vid samtal med försäkringskassans försäkringsläkare.

Patientens rätt till insyn

Patienten har alltid rätt att när som helst ta del av det som har tillförts ärendet. Det gäller såväl muntligt lämnade, och noterade uppgifter, som inkomna handlingar som berör ärendet. Det gäller förstås också inkomna

Försäkringsläkare och andra tjänstemän har skyldighet att i patientens akt notera uppgifter som behandlande läkare lämnar vid samtal

Patienten har alltid rätt att när som helst ta del av det som har tillförts ärendet

medicinska underlag och läkarutlåtanden. Sekretess kan dock, enligt 7 kap 3 § Sekretesslagen (1980:100), gälla i förhållande till patienten själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom. Det är dock numera ytterst sällsynt att försäkringskassan har skäl att vägra patient att få del av medicinska underlag.

Försäkringskassans kommunikationsskyldighet

Försäkringskassan får inte avgöra ett ärende utan att den enskilde underrättas (kommuniceras) om uppgift (skriftlig eller muntlig) som tillförts ärendet genom någon annan än honom själv och han har fått tillfälle att yttra sig över den. Undantag gäller om avgörandet inte går emot patienten, eller om uppgiften saknar betydelse för utgången av ärendet eller om det är uppenbart obehövt. I t ex löpande sjukpenningärenden där varje utbetalning är ett beslut, sker som regel ingen kommunikering. I de fåtal ärenden där en indragning av sjukpenning blir aktuell sker regelmässigt kommunikering av de underlag som ska ligga till grund för beslutet. Det kan handla om utlåtande från behandlande läkare, försäkringsläkare etc. Patienten har då normalt 14 dagar på sig att inkomma med synpunkter innan försäkringskassan fattar beslut. Ofta lämnar patienten förutom synpunkter in nya medicinska underlag. Dessa kan i sin tur leda till ett nytt yttrande från försäkringsläkare, ny kommunikering osv innan försäkringskassan kan fatta beslut.

Motivering av beslut

Härefter ska försäkringskassan fatta beslut i ärendet och patienten ska underrättas om beslutet. Går beslutet patienten emot ska försäkringskassan alltid ange vilka bestämmelser som tillämpats och skälen för beslutet. Det är framför allt viktigt för att patienten ska kunna ta ställning till en begäran om omprövning och även senare eventuellt överklagande.

Rätt till sjukpenning och förtidspension

I 3 kap 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) sägs bl a: "Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört."

Om sjukdomsbegreppet

Först och främst kan vi konstatera att det i AFL inte finns någon definition av begreppet sjukdom. Det sjukdomsbegrepp som ligger till grund för försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning gäller sedan mitten av 1940-talet. I äldre förarbeten från denna tid finns vissa uttalanden om begreppets innebörd vilka fortfarande är vägledande. Enligt dessa uttalanden bör man vid bedömning av om

Det sjukdomsbegrepp som ligger till grund för försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning gäller sedan mitten av 1940-talet

sjukdom föreligger hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning anses vara sjukdom. Med denna utgångspunkt kan varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen betecknas som sjukdom. Störningar och fysiologiska förändringar som beror på det naturliga åldrandet, havandeskap eller barnsbörd betraktas därmed inte som sjukdom, eftersom de hör ihop med den normala livsprocessen.

Principiella utvidgningar av sjukförsäkringens ersättningsområde kan ske genom att domstolarna skapar eller ändrar praxis, eller genom att riksdagen fattar beslut om det genom att ändra lagreglerna.

Sjukdomsbegreppet har succesivt utvidgats. Exempel på detta är den utveckling som skett beträffande synen på störningar under graviditeten, operativa ingrepp samt sorg- och trötthetstillstånd. Tillstånd under graviditet, som enligt nuvarande rättspraxis kan ge rätt till sjukpenning är bl a hotande förtidsbörd, hotande missfall, otillräcklig fostertillväxt, tvillinggraviditet och RH-immunicering. Exempel på operativa ingrepp som ger rätt till sjukpenning är t ex kejsarsnitt, abort, sterilisering, skönhetsoperation och organ- eller vävnadsdonation. Sorg- och trötthetstillstånd, t ex vid nära anhörigs död, kan ge rätt till sjukpenning. Ett förtydligande av det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet har skett i lagstiftningen

Regeringen hade i proposition 1994/95:147 uppmärksammat den glidning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet som skett hos patienter, läkare och inom socialförsäkringsadministrationen. Den innebar i praktiken att såväl sjukpenningförsäkring som förtidspensioneringen riskerade att vara på väg mot en allmän inkomstbortfallsförsäkring. Det var

Såväl sjukpenningförsäkring som förtidspensioneringen riskerade att vara på väg mot en allmän inkomstbortfallsförsäkring

därför, enligt regeringens uppfattning, viktigt för att tilltron till socialförsäkringssystemet och dess legitimitet skulle bibehållas att det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet tillämpas så att det förbehålls de personer som uppfyller vissa uppställda kriterier. Det var därför också angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkring utges för sociala och generella livsproblem utan att en utvidgning av det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet har skett genom domstolspraxis eller lagändring. Av denna anledning ansåg regeringen att ett förtydligande skulle ske i lagstiftningen. Efter viss justering gäller därför sedan januari 1997 följande lagtext: "Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden." Som framhölls i propositionen ska givetvis sjukdomstillstånd som utlösts av något av dessa förhållanden kunna ge rätt till sjukpenning. Avsikten med förändringen var inte att vare sig inskränka eller att utvidga det gällande sjukdomsbegreppet, utan förändringen ska i stället ses som ett förtydligande av att det är en sjukförsäkring som regleras i lagen om allmän försäkring.

Det man kan konstatera är att förtydligandet inte minst har betydelse när behandlande läkare ska ta ställning till om att utfärda medicinskt underlag för patientens rätt till sjukpenning. Än viktigare för försäkringskassans bedömning är dock konsekvenserna av sjukdomen vad gäller arbetsförmågan.

Arbetsförmåga i förhållande till vad?

För att patienten ska ha rätt till sjukpenning krävs alltså att sjukdomen även förorsakar arbetsoförmåga. Bedömningen ska, enligt förarbetena (proposition 1996/97:28), göras stegvis. Syftet med steg-för-stegmodellen är att beskriva hur försäkringskassans handläggare bör göra bedömningen av arbetsförmågan med olika arbeten som grund och de ställningstaganden som handläggaren bör göra när rätten till ersättning ska avgöras. Om svaret i t ex steg 1 är "ja" behöver ytterligare prövning inte göras. Om svaret är "nej" går tillämparen vidare till nästa steg, osv.

Innan jag går in närmare på bedömningen är det viktigt att framhålla att behandlande läkaren i sin dagliga gärning och vid utfärdande av medicinska underlag (läkarintyg) i huvudsak har att utgå ifrån antingen hur en anställd med sin sjukdom klarar av sitt vanliga arbete (steg 1) eller hur en arbetslös klarar ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete (steg 5). Övriga steg är mindre intressanta utifrån läkarens perspektiv, men de har istället betydelse för hur försäkringskassan, med bl a läkarintyg som grund, ska besluta om rätt till sjukpenning, eventuella rehabiliteringsåtgärder etc.

Bedömningen sker i 7 steg, varav steg 1-4 sker mot den arbetsplats den anställda har och steg 5-6 sker mot arbetsmarknaden i stort. Steg 7 handlar om bedömningen av förtidspension. För den som är arbetslös inleds alltså bedöm-

Behandlande läkaren har i huvudsak att utgå ifrån antingen hur en anställd med sin sjukdom klarar av sitt vanliga arbete eller hur en arbetslös klarar ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete

ningen i steg 5. För föräldralediga och studerande gäller särskilda regler som inte tas upp här.

Steg 1 *Kan patienten utföra sitt vanliga arbete?*

Arbetsförmågan bedöms i förhållande till i vilken utsträckning patienten har förmåga att utföra sitt vanliga, eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Om den försäkrade inte kan utföra sitt vanliga arbete men bedöms kunna göra det efter behandling och konvalescens utges sjukpenning. Så snart behandling och konvalescens är avslutad föreligger ingen rätt till sjukpenning.

Skulle den försäkrade erbjudas annat tillfälligt arbete och bedöms klara det, föreligger ingen rätt till sjukpenning. Arbetsgivare har dock ingen skyldighet att erbjuda patienten annat arbete.

Försäkringskassan ska också bedöma om patienten kan återgå i arbete genom att resa till och från arbetet på annat sätt än han vanligen gör.

Steg 2 *Kan patienten klara sina nuvarande uppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?*

Här bedömer försäkringskassan om patienten kan återgå i sitt vanliga arbete och i så fall vilka åtgärder som krävs och hur omfattande dessa är. Det kan röra sig om anpassning av arbetsplatsen, inköp av arbetshjälpmiddel eller viss rehabilitering. Under tiden som åtgärder vidtas kan ersättning utges. Riksförsäkringsverket har rekommenderat att rehabiliteringsersättning beviljas under högst tre månader i de fall patienten behöver rehabilitering, t ex arbetsträning, för att kunna återgå i sitt tidigare arbete. Endast i undantagsfall bör

ersättning utges för längre tid.

I sammanhanget är också viktigt att påpeka att om t ex en patient bedöms att han efter åtgärd endast skulle kunna klara sitt tidigare heltidsarbete på halvtid, ska försäkringskassan i i stället gå vidare till nästa steg. Det kan också hända att steg 3 kommer före i bedömningen, dvs om patienten direkt kan omploceras till ett annat arbete hos arbetsgivaren utan några som helst extra insatser.

Steg 3 Kan patienten klara och få andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?

När det är klarlagt att patienten inte kan återgå i sitt vanliga arbete bör arbetsförmågan bedömas i förhållande till om patienten kan få och klara av ett annat arbete hos arbetsgivaren. Sjukpenning kan då endast betalas under nödvändig behandling och konvalescens men inte i avvaktan på att arbetet blir tillgängligt. Det har i sammanhanget ingen betydelse om det arbete som arbetsgivaren erbjuder finns på en annan ort. Patienten har då inte längre någon rätt till sjukpenning.

Steg 4 Kan patienten få andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?

Inriktningen är, enligt proposition 1996/97:28, att patienten i första hand ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren och att andra alternativ ska prövas först när dessa möjligheter är uttömda. Kopplingen till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör bibehållas och den som har en anställning bör ges möjlighet att behålla denna, även om han skulle kunna klara ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

Om målet med rehabiliteringen är att pa-

tienten ska återgå i andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare, bör det vara klarlagt att patienten efter rehabiliteringsinsatsen i princip erbjuds ett arbete hos arbetsgivaren. Det är visserligen inte möjligt att garantera vad som sker i framtiden, men rehabiliteringsinsatserna bör ha ett klart mål och det bör vara troligt att detta mål uppnås. Rehabilitering som syftar till en önskad men inte klarlagd möjlighet till annat arbete bör inte ge rätt till ersättning från försäkringen. I dessa fall går bedömningen över i nästa steg.

Viktigt att framhålla är också att arbetsförmågan ska relateras till arbete i samma omfattning som patienten tidigare haft, dock högst till ett heltidsarbete. Det innebär att om en heltidsanställd patient, efter rehabiliteringsåtgärd endast kan få ett arbete på halvtid, ska bedömningen övergå till steg 5, dvs till om patienten klarar ett på arbetsmarknaden normalt förekommande heltidsarbete.

Inriktningen av rehabiliteringsarbetet är enligt förarbetena att patienten ska ha återfått sin arbetsförmåga efter ett år och i vart fall bör en eventuell utbildning vara avslutad inom denna tid. Riksförsäkringsverket rekommenderar att rehabiliteringsersättning under utbildning betalas under högst ett år. Om det finns särskilda skäl, t ex om patienten har ett handikapp, kan ersättning betalas ut under längre tid.

Steg 5 Kan patienten klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan extra insatser?

Om patienten, trots den sjukdom han har, kan klara ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, har han inte rätt till sjukpenning. Han betraktas då som arbetsför, även om arbetet inte finns direkt tillgängligt för honom. Han är då att anse som arbetslös.

Vad är då ett "på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete"? Enligt proposition 1996/97:28 måste den krets av arbeten som patientens arbetsförmåga ska bedömas i relation till, "ges en praktisk och rationell avgränsning". Bedömningen av vad som avses med begreppet bör göras i förhållande till den nationella arbetsmarknaden och inte begränsas till att omfatta arbetsmarknaden på lokal eller regional nivå. Yrken eller arbetsuppgifter som är på väg att försvinna från arbetsmarknaden är undantagna.

Om sjukdomen medför att patienten enbart kan klara av ett speciellt arbete som endast förekommer i mycket begränsad utsträckning (t ex inom Samhall) är det inte rimligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till detta med mindre än att han faktiskt erbjuds detta. I dessa fall utges sjukpenning under tiden som patienten väntar på erbjudandet.

Arbetslösa ska redan från första sjukdagen bedömas i steg 5. Det gäller även partiellt arbetslösa. Arbetsförmågan bedöms i förhållande till hur sjukdomen begränsar den arbetslöses förmåga att vara aktivt sökande och stå till arbetsmarknadens förfogande och kunna ta lämpligt arbete. Arbetsförmågan bedöms alltså i ett bredare perspektiv och begränsas inte till att avse arbetsförmågan i förhållande till t ex en eventuell yrkesutbildning eller tidigare yrkeserfarenhet.

Steg 6 Kan patienten klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser t ex utbildning eller omskolning?

Arbetslösa ska redan från första sjukdagen bedömas i steg 5

Förutsättningen är att patienten inte klarar ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan en rehabiliteringsinsats. Rehabiliteringsinsatsen får i princip inte ta mer än ca ett år i anspråk.

Steg 7 Är patientens arbetsförmåga nedsatt varaktigt eller för avsevärd tid?

Samtliga möjligheter, enligt steg 1-6, är uttömda och vad som återstår är att pröva patientens rätt till förtidspension eller sjukbidrag, alltså pröva att byta ut sjukpenning mot pension. För de som inte omfattas av någon sjukpenning och som ansökt om förtidspension eller sjukbidrag ska försäkringskassan i princip göra motsvarande steg-för-steg-bedömning.

Särskilda skäl

Om det finns särskilda skäl för det får försäkringskassan vid bedömningen av arbetsförmågas nedsättning, beakta patientens ålder samt patientens bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. I lagstiftningen eller i förarbetena till denna finns inte angivet vad som avses med särskilda skäl. Det är närmast att betrakta som en säkerhetsventil i de fall den strikt medicinska arbetsförmågebedömningen leder till orimliga resultat. Det kan röra sig om personer som har nära till den allmänna pensionsåldern och som dessutom befinner sig i en socialt och arbetsmarknads-mässigt utsatt situation.

Om det konstateras att särskilda skäl föreligger får den försäkrades ålder samt bosättningsförhållanden, etc beaktas. En sammanvägning av dessa faktorer, där åldersfaktorn väger tyngst, bör enligt proposition 1996/97:28 i det enskilda fallet, i begränsad omfattning kunna påverka bedömningen av

patientens förmåga att försörja sig själv genom arbete. Det innebär inte att det i varje ersättningsfall ska vägas in andra faktorer än de medicinska. Möjligheten att begränsad omfattning väga in andra förhållanden bör alltså ses som en möjlighet till ett mer balanserat synsätt i ärenden där en bedömning på grundval av enbart medicinska kriterier skulle ge ett icke acceptabelt resultat.

Riksförsäkringsverket har i Allmänt råd 1998:2 rörande sjukpenning gett ett exempel. En 63-årig patient kan p g a sjukdom inte fortsätta sitt vanliga arbete, men han skulle klara ett annat arbete. Det kan emellertid inte beredas honom på bostadsorten eller inom rimligt pendlingsavstånd. Med hänsyn till att en flyttning skulle leda till avsevärt negativa sociala konsekvenser för patienten anser försäkringskassan att det föreligger särskilda skäl att beakta även andra omständigheter än rent medicinska. Den omständigheten som beaktas är patientens ålder och hans bindning till bostadsorten. Hans arbetsförmåga bedöms vara helt nedsatt och han beviljas fortsatt hel sjukpenning. Här kan naturligtvis också frågan om utbyte av sjukpenning mot förtidspension bli aktuell.

Partiell sjukskrivning

Jag har valt att i ett särskilt avsnitt ta upp frågan om partiell sjukskrivning. Anledningen här till är att denna möjlighet i alltför liten utsträckning används, trots att all erfarenhet talar för ett snabbare tillfrisknande om kontakten med arbetsplatsen bibehålls. Generellt sett

Det är det bara ca 25 procent av alla sjukpenningdagar som utbetalas som avser partiell sjukskrivning

Läkaren ska inte ta ställning till vilken ersättning patienten eventuellt är berättigad till, utan hur många timmar per dag patienten skulle kunna arbeta

ligger uttaget av partiell sjukpenning i riket, i förhållande till samtliga utbetalade sjukpenningdagar, runt ca 25 procent. Och vad gäller arbetslösa är partiell sjukskrivning praktiskt taget obefintlig! Trots att det för var och en är i det närmaste självklart att de allra flesta, oavsett vilken sjukdom man har, skulle kunna arbeta två timmar per dag av en åttatimmarsdag. Det gäller naturligtvis inte de som är ineliggande på sjukhus, har hög feber osv.

Vid diskussioner med patienter eller läkare får försäkringskassan ofta invändningar om att arbetet inte går att organisera efter en partiell sjukskrivning, att arbetskamrater inte ställer upp på det, för arbetslösa att ersättning från arbetslöshetskassa inte täcker upp förlorad sjukpenning etc. Men vad har detta med bedömningen av sjukdomen och dess konsekvenser för arbetsförmågan att göra? Läkaren ska göra sin bedömning utifrån vad han/hon anser att patienten, trots sin sjukdom, kan klara av, på intyget uttryckt som "Om partiellt, hur mycket kan patienten arbeta?". Läkaren ska inte ta ställning till vilken ersättning patienten eventuellt är berättigad till, utan hur många timmar per dag patienten skulle kunna arbeta. Sedan är det försäkringskassan som ska ta ställning till vilken ersättning patienten kan vara berättigad till.

Huvudsakligen görs bedömningen av arbetsförmågan dag för dag, men ibland kan det av olika skäl vara lämpligt att se arbetsförmågan över en längre period. Har en halv sjukskriven lång färdväg till sin arbetsplats,

kan försäkringskassan godta att patienten i stället för att arbeta halvtid varje dag, i stället arbetar heltid varannan dag. Det förutsätter förstås också att det ur medicinsk synpunkt är lämpligt med en sådan förläggning.

Vilka underlag behöver försäkringskassan? Hur hanteras de?

De allra flesta sjukfall är korta, och då finns som regel en försäkras, eller en försäkras och ett läkarintyg som underlag för försäkringskassans bedömning. I försäkras ska patienten själv lämna uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av sina arbetsuppgifter och sin egen bedömning av arbetsförmågan. Patienten ska också senast på sjunde dagen efter sjukanknänningsdagen lämna ett medicinskt underlag, ett läkarintyg.

Behandlande läkaren ska med beaktande av Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 1981:25, lämna de uppgifter som intygen kräver. Det är princip ingen skillnad på noggrannheten vad gäller innehållet i intyg/utlåtanden till försäkringskassan än andra utlåtanden, t ex rättsintyg. Gentemot försäkringskassan fungerar behandlande läkaren i det här sammanhanget som ett av flera kontrollinstrument, dvs det ställer krav på läkarens objektiva medicinska bedömning. Intygen förutsätter också att det är läkaren själv som gör den undersökning som ligger till grund för vad som intygas. I den mån läkarens bedömning grundas på annat än av honom/henne själv utförd personlig undersökning, ska det, enligt föreskrifterna, framgå av intyget.

Är något oklart i intygen kan handläggaren rådfråga försäkringsläkaren. I annat fall gör försäkringskassans tjänsteman bedömningen utifrån befintliga underlag och beslutar om sjukpenning ska utges.

Efter den 28:e dagen i sjukperioden ska pa-

tienten lämna in en särskild försäkras som ska innehålla en utförligare beskrivning, dels av arbetsuppgifterna och dels en egen bedömning av arbetsförmågan. Dessutom ska patienten lämna ett fördjupat läkarutlåtande, som enligt 3 kap 8 § AFL, ska innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga p g a sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan.

Senast efter det att det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkras kommit in till försäkringskassan, ska kassan enligt 3 kap 8 a § AFL, efter hörande med försäkringsläkare göra en fördjupad bedömning. Det gäller alltså i princip alla sjukfall som är längre än 28 dagar. Försäkringskassan ska bedöma i vad mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt p g a sjukdom samt om rehabiliterings- eller ytterligare utredningsåtgärder krävs. Ofta sker den fördjupade bedömningen i ett team bestående av olika kompetenser, såsom en specialist med försäkringsjuridisk kompetens, en specialist i rehabiliteringsfrågor samt en försäkringsläkare. Försäkringskassorna har olika namn för dessa team, t ex bedömningsgrupper, sittrond. Teamet bestämmer vad som ska ske i fortsättningen och vem eller vilka som har ansvaret. För att diskussionen i teamet ska vara meningsfull och utbetalning av sjukpenning till patienten inte ska fördröjas är det viktigt att underlagen, inte minst utlåtandet från läkaren, är korrekt ifyllt. I annat fall kan försäkringskassan tvingas att via patienten lämna tillbaka utlåtandet för komplettering alternativt tillskriva läkaren för ytterligare uppgifter eller förtydliganden. Det kan också leda till att försäkringskassan begär att patienten ska genomgå undersökning hos an-

nan läkare. Ett utlåtande som är komplett och fylligt underlättar och sparar alltså resurser för alla parter.

Efter den första fördjupade bedömningen sker bedömningen på motsvarande sätt löpande allteftersom nya underlag kommer in till försäkringskassan. Och de underlag som avses är fördjupat läkarutlåtande, eller senare Läkarutlåtande - hälsotillstånd.

Försäkringsläkarens bedömning i ärendet görs enligt ett framtaget bedömningsinstrument som framgår av FKF Debatt nr 3:1998 "Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning

och dokumentation" utgiven av Försäkringskassaförbundet (kan rekvireras via förbundet Box 1224, 111 82 Stockholm, tel 08-723 22 00 eller fax 08-723 22 29). Jag kan varmt rekommendera intresserade läkare att rekvirera skriften eftersom den ger en beskrivning av hur försäkringsläkare gör sin bedömning i olika ärendeslag. Den kan ge behandlande läkare upplysningar om vad som är viktigt att uttrycka i olika utlåtanden vilket också underlättar samarbetet. Bedömningsinstrumenten är väl förankrade och används av försäkringskassor över hela landet.