

Försäkringsmedicin – ett försök till innehållsanalys

Sven Larsson

Försäkringsmedicin är ett begrepp som man på senare tid kommit att använda allt flitigare. Begreppet har använts för den medicinska expertisens medverkan vid prövning av sjukförsäkringen. Innehållet i begreppet är dock oklart.

I denna artikel diskuteras några frågor, som uppstår i mötet mellan den medicinska vetenskapen och sjukförsäkringens regelsystem. För att ett fruktbart samarbete mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen skall kunna utvecklas, måste utbildningen i försäkringsmedicin förbättras, och det måste klargöras, att systemen fungerar efter skilda fördelningsprinciper, förvaltningspolitiska doktriner och med delvis skilda målsättningar.

Sven Larsson är överläkare i socialmedicin vid Bohuslandstinget och har erfarenhet av försäkringsmedicinska frågor från arbete som förtroendeläkare och i pensionsdelegation.

Hälso- och sjukvårdens kostnader beräknas i HS 90-arbetet till cirka 60–70 miljarder kronor årligen i Sverige. Kostnaderna inom den allmänna försäkringen att ersätta inkomstbortfall i samband med sjukdom eller skada uppgår till ungefär 30 miljarder kronor årligen. Därav faller cirka hälften på sjukpenningförsäkringen, nästan lika mycket på sjukbidrag och förtidspensioner medan arbetsskadeförsäkring, handikappersättning och vårdbidrag tar en ganska liten andel. Läkarkåren är engagerad att utfärda läkarutlåtanden som underlag för beslut i ersättningsfrågor. Sjukvårdens resurser tas i anspråk för att utreda försäkringsfrågor. Ett antal läkare är mer direkt inblandade i administrationen av sjukförsäkringen genom tjänst som förtroendeläkare.

Det finns skäl att skärskåda mötet mellan hälso- och sjukvården och försäkringsfrågorna och att för-

söka analysera vilka moment och problem som finns där.

Sjukförsäkringen har inte fått särskilt stor plats i den pågående hälsopolitiska diskussionen om sjukvården inför framtiden. Inte heller uppmärksammas försäkringskassorna när kraven framförs om bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsorgan.

Försäkringsmedicin är ett begrepp som funnits sedan socialförsäkringssystemen växte fram i Europa under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet. Det har i princip använts för den medicinska expertisens medverkan vid prövning av sjuk- och olycksfallsförsäkringar (1). Diderichsen och Janlert använder försäkringsmedicin i något vidare mening för att beskriva den inriktning av socialmedicinen som kom att syssla med studier av hur det sociala skyddsnätet nådde eller inte nådde fram till utsatta grupper (2). Termen försäkringsmedicin har under senare år använts flitigare än tidigare. Riksförsäkringsverket har tagit initiativ till en bok i försäkringsmedicin och kurser och konferenser anordnas. Här har man med försäkringsmedicin avsett det område, där kunskaperna från medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet om sjukdomars uppkomstmekanismer och följer möter de socialförsäkringsrättsliga begreppen som de fastställs i regelsystem, förarbeten och domstolspraxis (3, 4, 5).

Detta möte ger emellertid upphov till en rad frågor.

Sjukdomsbegrepp

Sjukdomsbegreppet har alltid varit en central fråga inom försäkringsmedicinen.

WHO har försökt lansera ett klassifikationssystem för sjukdom, där man inte enbart tar hänsyn till sjukdomens art (diagnos) utan också till vilken

svårighetsgrad sjukdomen har och till vilka följder den får. En sjukdomsprocess kan således beskriva i form av den skada eller försvagning som det rör sig om, motsvarande diagnos, (*impairment*) den funktionsnedsättning som följer av sjukdomen (*disability*) och slutligen de sociala konsekvenser som följer (*handicap*) (6).

Med utgångspunkt från diskussioner av den danske vetenskapsteoretikern Uffe Juul Jensen (7) kan man försöka härleda tre skilda sjukdomsuppfattningar som har sitt ursprung i skilda handlingsmönster och som vilar på var sin värderingsgrund.

Den *sjukdomsorienterade modellen* bygger på en uppfattning, att vi har att göra med avgränsbara sjukdomar med igenkännbara symptombilder med bestämda orsaker (även om vi inte lyckats klarlägga alla ännu), med ett förutsägbart förlopp och med en känd bästa behandling. Huvudlinjen i den praktiska handlingen bygger på att behandla sjukdomar, i bästa fall bota, annars hejda sjukdomsförlopp och förlänga liv.

Den *situationsorienterade modellen* bygger på en uppfattning att sjukdomsyttringar beror på en bristande anpassning mellan den enskilda människan och hennes omgivning och praktiken styrs av en strävan att åstadkomma anpassning mellan människa och hennes livsomständigheter.

Den *samhällsorienterade modellen* studerar sjukdomar, inte hos enskilda individer, utan hos befolkningen som helhet eller grupper av den och handlingsmönstret styrs av en värdering att försöka avgränsa och gripa in mot villkor på samhällsnivån som tycks leda till sjukdom och vårdbehov.

Invaliditetsbegrepp

I de situationer, då läkare genom intyg skall medverka i bedömning av försäkringsersättning figurerar två skilda typer av invaliditetsbegrepp, I vissa olycksfallsförsäkringar och i skadeståndsrättsliga sammanhang bygger man ofta på en *medicinsk invaliditet*. Ersättningsnivån grundar sig på den funktionsnedsättning som en sjukdom eller skada ger upphov till. Generella normer finns fastslagna om hur stor ersättning en viss typ av funktionsförlust skall ge (t ex förlust av syn på ett öga). Det är viktigt att komma fram till en så preciserad diagnos som

möjligt. Skadeståndsbedömningar gör det också önskvärt att så noga som möjligt fastställa sambandet mellan sjukdomen eller skadan och skadlig inverkan från ett olycksfall eller från en arbetsmiljö. De sociala konsekvenserna av funktionsnedsättningen är inte viktiga för beslutet om ett strikt medicinskt invaliditetsbegrepp tillämpas.

Sambandsbedömningar och fastställande av medicinsk invaliditet kräver en sjukdomsorienterad uppfattning. Komplicerade situationer kräver en hög grad av professionalisering och specialisering. I arbetsskadeförsäkringen finns tydliga inslag av denna typ av skadeståndstänkande, där en preciserad diagnos och en sannolik orsak till sjukdomen skall fastställas.

Inom sjukpenningförsäkring och förtidspensioneringen har ett *ekonomiskt invaliditetsbegrepp* tagit över. Inte enbart den medicinska funktionsnedsättningen är av betydelse för ersättningsmöjligheterna. Ålder, utbildning och arbetserfarenhet, tillgång till arbete på orten, familjesituationen och liknande omständigheter vägs in, när kraven på medverkan i rehabilitering formuleras och när varaktigheten av ersättning från sjukförsäkring bestäms.

Lagtexten och förarbetena bygger visserligen på en sjukdomsinriktad uppfattning (nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom, där man med sjukdom avser vad som inom gängse läkarvetenskap betraktas som sjukdom). Handläggningen kräver däremot klart en situationsorienterad uppfattning, där kunskaper utöver de medicinska kommer att spela stor roll.

Konsekvenser av skilda sjukdomsbegrepp och invaliditetsbegrepp

Intygsskrivande läkare har till uppgift att i första hand beskriva funktionsnedsättningen, att sedan med så precis diagnos som möjligt ange vilken sjukdom det rör sig om och slutligen att försöka beskriva funktionsnedsättningens prognos. I den försäkringsmedicinska bedömningen kommer underlaget sedan att ibland användas för att försöka fastställa sambandet mellan funktionsnedsättningen och vissa riskfaktorer i arbetsmiljön. Vid andra tillfällen skall det framför allt användas för att bedöma möjligheterna till rehabilitering. De båda bedömningarna ställer helt olika krav på utredningen utöver den

Skadeståndsmomentet i arbetsskadeförsäkringen kan ge konsekvenser som för patienten ter sig svårförståeliga, godtyckliga och orättvisa.

rent medicinska. I den första typen kan man behöva en mycket noggrann arbetsmiljöutredning, i det senare fallet kunskaper om patientens personliga och sociala förhållanden och om arbetsmarknaden på orten.

Skadeståndsmomentet i arbetsskadeförsäkringen kan ge konsekvenser som för patienterna ter sig svårförståeliga, godtyckliga och orättvisa.

Exempel: Ett vårdbiträde på en långvårdsavdelning har av och till ryggbesvär och degenerativa förändringar i kotpelaren har konstaterats. I samband med en särskild arbetsam period med många patienter att lyfta blir hon försämrad. Hennes besvär kan komma att räknas som ett försämringstillstånd av en i grunden icke arbetsrelaterad skada, där samband mellan skadlig inverkan och sjukdomstillstånd accepteras för viss tid. När denna tid har gått till ända upphör arbetsskadelagen att gälla, trots att patientens tillstånd kanske inte alls har förändrats. Ersättningen från sjukförsäkringen försämras.

Skadeståndsmomenten i arbetsskadeförsäkringen kan också verka rehabiliteringshämmande.

Exempel: För en patient med långtidssjukskrivning bedöms att han helst inte bör återvända till sitt tidigare arbete. Man planerar en utbildning, som kan leda fram till ett arbete som han klarar av, men som ger en lägre inkomst än det tidigare. Patienten är naturligt nog tveksam att satsa på planen förrän han vet att han får sin arbetsskada godkänd och på så sätt kan räkna med livränta om inkomsten sjunker. I annat fall vill han försöka gå tillbaka till det tidigare bättre betalda arbetet.

Vad är egentligen arbetsrelaterad sjukdom? Den allmänna skillnaden i sjuklighet och skillnader i sjukfrånvaro som finns mellan olika sociala klasser och mellan olika yrkeskategorier pekar på, att arbetsförhållandena i vid mening och de levnadsbetingelser som dessa i sin tur ger, är av stor betydelse för sjukdom och invaliditet. Det kan finnas skäl att överväga, om skillnaden mellan arbetsskadeförsäk-

ringen och den allmänna sjukförsäkringen är rimlig. Vissa sjukdomsyftningar, där man kan påvisa samband mellan sjukdom och specifika mätbara faktorer i arbetsmiljön ger en högre ekonomisk kompensation än andra fall, där det mer allmänna sociala villkor som arbetsförhållandena ger kan spela stor roll.

Den större betydelse som det ekonomiska invaliditetsbegreppet fått inom sjukförsäkringen gör, att det inte alltid är självklart att sjukförsäkringen är den del av det ekonomiska trygghetssystemet som skall träda in. Situationen kan medföra att andra delar, tex ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, arbetslöshetsförsäkring eller någon form av utbildningsbidrag från arbetsmarknadsmyndigheterna kan bli aktuella och vara mer lämpade. Ett sådant praktiskt konsekvensresonemang blir svårt att tillämpa eftersom en ekonomisk invaliditet, baserad på en medicinsk invaliditet ofta ger bättre och enklare ekonomisk kompensation än vid andra orsaker.

Fördelningsfrågor

Behovet att utnyttja sjukförsäkringen varierar mellan olika yrkesgrupper, åldersgrupper, geografiska orter etc. Uppgifter från sjukförsäkringen kan ses som en typ av indikator på ohälsans och vårdbehovs fördelning i befolkningen. Uppgifterna skulle kunna användas i planering av prevention eller behandling. Detta kräver i så fall att man tillämpar en samhällsorienterad sjukdomsuppfattning inom försäkringsmedicinen. De epidemiologiska måtten behöver förfinas. Gemensamma områdesindelningar mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassan blir nödvändiga.

Det är inte givet att den rådande fördelningen av resurser mellan hälso- och sjukvård och försäkring är optimal. Kanske skulle en överföring av resurser från sjukförsäkringen till förebyggande eller till vård och behandling vara gynnsamt både samhällsekonomiskt och för den enskilde. Även denna typ av frågor kräver en samhällsorienterad analys.

Rehabiliteringsmål

Att stödja människor att trots sjukdom eller handikapp nå fram till ett så värdigt liv som möjligt är ett rehabiliteringsmål som de flesta inom sjukvården

sannolikt kan ansluta sig till. Ett medel att nå fram till detta kan ibland vara att hjälpa patienten till aktivering i arbete så snart som möjligt. I andra fall kan en förtidspension vara en väg att nå fram till självständighet och integritet. Ur sjukförsäkrings-synpunkt är givetvis återgång till arbetet det övergripande rehabiliteringsmålet, och om en förtidspensionering måste tillgripas ses detta gärna som ett misslyckande.

Företrädare för hälso- och sjukvården och för sjukförsäkringen har troligen skilda rehabiliteringsmål.

Fördelningsprinciper och doktriner

Ibland hör man tesen, att en viktig princip vid bedömning av sjukpenningrätt är att se till att var och en får sin rätt, men icke mer. Efter vilka principer kan man då fastställa vad som är rätt? Om hälso- och sjukvården och försäkringssystemet skall samarbeta, har man då ungefär likartade uppfattningar om vad som är en riktig och rättvis fördelning av resurserna? Hur förhåller det sig mellan sjukförsäkringen och alternativa försörjningsmöjligheter?

Miller (8) har hävdad att ett välfärdssamhälle har tre principer efter vilka sociala nyttigheter kan fördelas. Det är efter *rättigheter* (rights) där man genom lagstiftning eller genom någon överenskommen praxis fastslår vilka rättigheter som medborgarna har, *förtjänst* (deserts) där medborgarna genom någon typ av insats för samhället eller kollektivet eller genom att helt enkelt betala för det gjort sig förtjänt att få nyttja vissa resurser; eller *behov* (needs) där medborgarnas faktiska behov att få hjälp och stöd avgör i vilken omfattning de också får det.

Sjukförsäkringen är dels en rättighet för alla som fyller vissa kvalifikationskrav (vara sjukpenningplacerad, vara arbetsoförmögen p g a sjukdom), dels en förmån som utgår efter förtjänst (sjukpenningens eller tilläggs pensionens storlek bestäms av arbetsinkomsten). Den styrs endast i liten omfattning av behoven (även om vissa smärre delar tex vårdbidrag, vissa typer av familjepensioner m m är behovsbaserade). Ett alternativt trygghetssystem som socialtjänsten erbjuder däremot en rättighet som i princip baseras på behov, och där behoven också

måste utredas noggrant innan rättigheten faller ut. Hälso- och sjukvården är en rättighet för medborgarna, som i varje fall i princip skall tillhandahållas utifrån behoven, oavsett ekonomisk ställning, samhällsställning, samhällsinsatser m m.

Exempel: En invandrare med familj att försörja har svårt att klara sig i det svenska arbetslivet. Han har dålig skolunderbyggnad, begränsade språkkunskaper och erfarenhet endast från enkelt jordbruksarbete i hemlandet. Socialtjänsten hjälper honom och familjen ekonomiskt. Han har diverse symptom, framför allt värk och smärtor i rörelseapparaten. Söker olika läkare som inte kan fastställa vare sig någon diagnos eller någon egentlig objektiv funktionsnedsättning. Så småningom anser socialtjänsten att han borde få hjälp från sjukförsäkringen med ett sjukbidrag. Behandlande läkare är övertygad att hans patient för lång tid framåt inte klarar av något som helst arbete och patienten uppvisar en rad symptom som i varje fall han själv alldeles klart uppfattar som tecken på sjukdom. Läkaren kan emellertid inte fastställa en medicinsk invaliditet i strikt mening.

Trots att behovet är uppenbart kan sjukförsäkringen inte träda in, eftersom han inte fyller de grundläggande kvalifikationskraven för rätt till sjukpenning.

Risk finns att det hela utvecklas i en inflammerad diskussion mellan de olika aktörerna där läkare och socialtjänst tillsammans har det svårt att förstå varför försäkringskassan fungerar efter en stelbent rättighetsprincip.

Skillnaden mellan synsätt inom försäkringen och inom hälso- och sjukvården blir än tydligare om man försöker analysera vilka förvaltningspolitiska principer som styr det ena och det andra systemet.

Söderlind och Petersson (9) har diskuterat en modell med tre olika förvaltningspolitiska principer, som lätt kan anslutas till fördelningsprinciperna ovan. En *offentligrättslig princip* (myndighetsutövning) bygger på system med tämligen preciserade författningar och regler, objektivitet, lika behandling av alla. Den doktrin som hävdas är framför allt rättssäkerheten. System för överklagning skall finnas utarbetade och tydliga och medborgarna får framför allt rollen av undersåte i systemet. Principen är tillämplig när resurser ska fördelas efter Millers rättighetsprincip.

En *demokratiseringsprincip* bygger istället på en parlamentarisk kedja av medbestämmande, intresseorganisationer kan spela ganska stor roll, brukar-medverkan hävdas ofta. Doktrinen är folkviljans

förverkligande och medborgarna ses som brukare, väljare, intressegruppsmedlemmar eller liknande. Systemet kan antas ge möjligheter att fördela resurserna efter behov.

En tredje princip är *serviceprincipen* som bygger på marknad, utbud och efterfrågan, handlingsfrihet hos berörda. Doktrinen är framför allt en strävan efter effektivitet och medborgarna ses i första hand som konsumenter och kunder på marknaden. Systemet lämpar sig för resurser som skall fördelas efter en förtjänstprincip.

Sjukförsäkringen har i hela sin uppbyggnad den offentlighetsrättsliga principen. Sjukvården är kanske något oklarare. Det landstingskommunala självstyret, satsning på primärvårdsnämnder, närvårdsnämnder, samarbete med lokala intressegrupper, patientföreningar och liknande pekar på en ganska tydlig demokratiseringsprincip. Under senare år har också i viss omfattning serviceprincipen lyfts fram, där inte minst diskussionerna om satsning på offentlig eller privat sjukvård har sett sjukvården som en marknad där krav på effektivitet måste ställas.

I diskussionen finns även röster för att sjukvården borde återgå till den tidigare offentlighetsrättsliga principen med starkare central styrning, bl a för att hävda svagare gruppers behov och för att stödja de förebyggande intressena.

Det är ingen överdrift att påstå, att hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen har olika fördelningsprinciper och att de styrs av skilda förvaltningspolitiska principer, både när det gäller planering i stort och när det gäller lokal handläggning av enskilda ärenden. Det kan givetvis vålla svårigheter i samverkan, i synnerhet om man inte är särskilt medveten om de principiella olikheterna.

Slutsatser

Det finns uppenbarligen försäkringsmedicinska frågor på såväl individnivå som befolknings- och samhällsnivå. Vi har flera system som var för sig har till uppgift att hjälpa medborgare, som drabbas av sjukdom och svårigheter att klara sin försörjning. Vi måste ha bättre kunskaper hur systemen är uppbyggda och hur de fungerar för att kunna samarbeta. Utbildningen av läkarkåren i försäkringsmedi-

cinska frågor bör utvecklas. Inget medicinskt specialismråde kan egentligen göra anspråk på att helt täcka försäkringsmedicinen. Individualbedömning om strikt medicinskt invaliditet och om sambandsfrågor mellan sjukdom och skadliga faktorer är i många sammanhang en fråga för specialister. Den situationsorienterade bedömningen av rehabiliteringsmöjligheter i en given praktisk situation ligger förmodligen väl till för generalister av typ allmänläkare och företagsläkare. Försäkringsmedicin på befolknings- och samhällsnivå är en fråga i första hand för samhällsmedicinare.

Försäkringstjänstemän måste naturligtvis vara väl förtrogna med de försäkringsjuridiska frågorna, men dessutom kunna göra goda arbetsmiljöutredningar och vara förtrogna med resurser för arbetsrehabilitering och den lokala arbetsmarknaden. Kan- ske är någon form av specialisering nödvändig.

De olika delarna av sjukförsäkringen måste analyseras mot varandra. Är det rimligt, med dagens sjukdomsuppfattning och kunskaper om bakgrundsfaktorer till sjuklighet att försäkringen är uppbyggd enligt skilda principer och med skilda ersättningsnivåer?

Kan möjligen de totala resurserna att möta ned- satt hälsa användas effektivare med en annan fördelning mellan vård, behandling, prevention och ersättning av inkomstförlust?

REFERENSER

1. *Timmer M, Hansma*: Social medicine in Western Europe 1948–1972. Tijdschrift voor Sociala Geneeskunde 53 (1975) Suppl 1.
2. *Diderichsen F, Janlert U*: Socialmedicin i klassamhället – mellan statsmedicin och försäkringsmedicin. Socialmedicinsk tidskrift 62: 432–435, nr 10, 1985.
3. *Hesselsjö R, Smedmark G*: Förtroendeläkaren – en viktig resurs! Läkartidningen 81: 313–314, nr 5, 1984.
4. *Smedmark G*: Det försäkringsmedicinska rollspelet. Försäkringsmedicin 1984. Konferensreferat från Riksförsäkringsverket.
5. Försäkringsmedicin. Riksförsäkringsverket 1983.
6. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. WHO. Geneva 1980.
7. *Juul Jensen U*: Sjukdomsbegrepp i praktiken. Stockholm 1985.
8. *Miller D*: Social Justice. Oxford 1976.
9. *Söderlind D, Petersson O*: Svensk förvaltningspolitik. Statsvetenskapliga inst. Uppsala. Stencil 1985.