

Förtidspension på grund av väntetider

Bengt Andersson

Ole Marqvardsen

Sjukvården och försäkringskassan har var för sig omfattande vetande om de försäkrade men det är system som endast i undantagsfall tar kontakt med varandra och utväxlar information. Bägge systemen arbetar utan plan och såväl sjukvård som försäkringskassa tappar ganska tidigt greppen om de långtidssjukskrivnas problematik.

Det är slutsatsen av en undersökning av tio slumpvis valda långtidssjukskrivna från Skönsbergs försäkringskassa i Västernorrland konstaterar Bengt Andersson, föreståndare för försäkringskassans lokalkontor i Skönsberg-Sundsvall och Ole Marqvardsen, förtröendeläkare vid lokalkontoret.

Det bristfälliga samarbetet medför onödigt lidande, onödig inaktivitet och onödig samhällskostnad.

Författarna diskuterar i artikeln tänkbara reformer och förbättringar.

Har vi det bra ... känner vi trygghet ... kan vi få den vård vi är i behov av? Frågorna är många och svaren ännu fler. Fungerar hela det komplex som vi i alldagligt tal benämner "SOCIALSVERIGE"? Får alla samma rätt till trygghet och omtanke praktiskt och teoretiskt?

För människor som inte har direkt insikt i hela komplexet kan det verka naturligt att alla har denna självklara rättighet och möjlighet. För andra som dagligen konfronteras med dessa frågor är det många stora och svårösta spörsmål som kräver radikala ändringar. Först när dessa frågor är lösta kan vi slå fast att vi lever i ett land där omtanke för

människan står i centrum.

Vi som ansvarar för det framlagda materialet har lång erfarenhet från den medicinska behandlingen och försäkringskassans verksamhet.

Med utgångspunkt från ovanstående har vi under en längre period utfört vissa studier av personer som varit sjukskrivna under lång tid. Detta är icke någon direkt vetenskaplig undersökning men en belysning av något som måste ut till behandling över alla politiska gränser.

Syftet med vår undersökning har varit att med ett debattinlägg visa vad som händer omkring en människa dels medicinskt dels försäkringsmässigt när hon gått sjukskriven en längre tid. Vi har funnit att det finns två omfattande informationssystem, nämligen sjukvårdens och försäkringskassans, som var för sig men utan samordning lagrar ett enormt vetande om de enskilda långtidssjukskrivna.

Vad vi gjort

Slumpvis utvaldes inom Skönsbergs försäkringskassas område 10 personer som varit sjukskrivna under hela 1978, 5 män och 5 kvinnor, genomsnittsalder 52 år med en spridning från 44–58 år. Sju hade diagnosen ryggbesvär. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden fram till sista december 1978 var något över 17 månader.

Härefter utfördes en noggrann genomgång av försäkringskassans handläggning under 1978 samt så långt möjligt en genomgång av alla medicinska åtgärder dessa personer varit föremål för.

Härefter sammanfördes vetandet i de två systemen (*tabell 1*). En schablonmässig beräkning av årskostnaden per långt sjukdomsfall utfördes samt också produktionsbortfallet som beräknas motsvara

Tabell 1. Försäkringskassans handläggning sammanförd med de medicinska åtgärderna. Man född 1927.

Försäkringskassans åtgärder													Datum	Sjukvårdande åtgärder																	
Sjukanmälan:	Besök beh. läkare:	Erhållen sjukpenning	Utredningsunderlag	Upplägn. av U-akt:	Utredning FKF 6640	Infördran LU II – III	Lu II – III inkom lk	Anpassningsgrupp:	LAN Åtgärd:	Special remiss:	Ansökan pension:	16:1 åtgärd:	16:1 – P sänd ok:	Öppen vård – anamnes	Status:	Rutin lab.:	Spec. lab.	Röntgen:	Remiss:	Övrig åtgärd:	Sluten vård:	Sjukskrivning:	Recept:	Sjukgymnastik:	Annan konsult:	Läkare – P-tanke:	Patienten – P-tanke:	ANP/LAN:	FK II – FK III	P-bedömning:	Arb. prövning/ omplac.
1		x												780104																	
2	x	x												0109	x							x	x								
3		x												0113																	
4		x	x							x				0118	x	x			x	x		x	x								
5														0120	x	x			x												
6						x								0123																	
7			x											0127																	
8														0130	x								x	x						x	
9							x							0131																	
10			x											0203																	
11			x											0207																	
12			x											0210																	
13			x											0216																	
14		x	x											0220	x	x			x												
15			x											0224																	
16			x											0228																	
17			x											0303																	
18			x											0310																	
19			x											0313																	
20			x											0317																	
21			x											0320																	
22		x	x											0321	x																
23		x												0322	x				x		x						x				
24			x											0328																	
25														0329	x																
26	x	x		x										0330																	

SAMHÄLLSKOSTNADER PR

År: 133 555:–

Dag: 365:–

1,6×bruttoinkomsten/jfr tabell 2.

I denna kalkyl ser vi alltså helt bort från det mänskliga lidandet och den svåra psykiska belastningen det är att gå sjukskriven under lång tid. I tabell 3 presenteras fall, diagnos, antalet besök och åtgärder hos läkare och försäkringskassa.

Efter dessa sammanställningar erbjöds alla 10 ett samtal med en av oss (OM), ett erbjudande som hörsammades av alla utom en. Dessa samtal hade

en varaktighet av ca 1 timme och hur olika dessa möten än var rörde de sig över samma stomme av frågeställningar utgående från hur nöjd/missnöjd man var med sjukvårdssystemet, försäkringskassan, informationen samt framför allt när patienten själv hade fått ett intryck av att han eller hon hade blivit ett långt sjukdomsfall eller att pension var i antågande.

Alla 9 ansåg att sjukvården tekniskt sett var god

Tabell 2. Schablonmässig beräkning av årskostnaden samt produktionsbortfallet per långt sjukdomsfall. Man född 1927.

PRODUKTIONSKOSTNADER – FÖRSÄKRINGSKASSA	
15 timmar à kronor 79:–	1 185:–
PRODUKTIONSKOSTNADER (Enligt Umeå universitet 1,6 × bruttolön)	
1,6 × bruttolön 56 600:–	90 560:–
SJUKPENNING – NETTO	
365 dagar netto sjukpenning 95:–	34 675:–
PRODUKTIONSKOSTNADER PR LÅKARBESÖK	
10 besök vid läkarstationer à kronor 198:–	1 980:–
4 besök vid ortopederna à kronor 92:–	3 708:–
LÅKEMEDEL (Enligt apoteket – Sundsvalls sjukhus – c:a 1 recept pr läkarbesök med i genomsnitt 1,5 recipe pr recept 1,5 × 14 läkarbesök = 21 × genomsnittskost. pr recipe 59:38 =	1 247:–
SJUKHUSVÅRD	
0 dagar vid klin. à pr vård dag	–
LÅKARUTLÅTANDE (Infordrade av Fk)	
1 utlåtande (antagande kost. 200:–)	200:–
ÖVRIGA KOSTNADER	
Kostnad pr år (1978)	
Kostnad pr dag	133 555:–
	365:–

Tabell 3. Fall, diagnos, antal besök och åtgärder hos läkare och försäkringskassa.

diagnos	läkarbesök	vård-åtgärder	sjukskr. tillf.	recept	besök förs.kassa	åtgärder förs.kassa
1 ryggbesvär	12	21	9	7	23	4
2 ryggbesvär	6	8	7	2	21	10
3 ryggbesvär	20	14	14	7	63	4
4 ryggbesvär	15	16	10	4	22	6
5 ryggbesvär	12	17	8	2	26	1
6 collagenos	12	50	6	1	19	8
7 ryggbesvär	11	12	8	5	17	5
8 ryggbesvär	7	12	7	4	11	8
9 huvudvärk	1	1	10	1	36	5
10 infarkt	3	8	3	2	13	4
Summa	99	164	82	35	251	55
Genomsnitt	10	16	8	3,5	25	5,5

eller mycket god, 7 av 9 att de blivit väl bemötta medan 2 klagade över bemötandet (för bråttom eller ringa intresse). Hälften klagar över dålig informa-

.....
Beträffande försäkringskassans service är huvudparten nöjd med den service man fått.
.....

tion samt att inga eller endast otillräckliga rehabiliteringsåtgärder har satts in. Beträffande försäkringskassans service är huvudparten nöjd med den service man fått där. Alla uppger att de har fått korrekt information och 7 av 9 karakteriserar försäkringskassans service som mycket god.

Vad gäller känslan av att ha blivit ett långt sjukdomsfall har 3 redan under de första 3 månaderna av sjukskrivningsperioden haft tankegångar i den riktningen, medan 5 först efter 18 månaders sjukskrivning erkänner sig ha blivit ett långt sjukdomsfall. Flera anger spontant att de inte trodde på den information de fått angående sjukdomens prognos. 5 har inom den första 3-månadersperioden haft tankegångar på rehabilitering som dock ej tillräckligt tydligt framförts till sjukvården eller försäkringskassan och hela 6 har under den första 3-månadersperioden haft på känn att pension kunde komma på tal.

Kontakt med andra myndigheter (arbetsförmedling, länsarbetsnämnd, rehab-grupp) har endast 3 av 9 haft och alla redovisar negativa erfarenheter härav.

Ingen hade något att erinra mot ett utökat samarbete mellan försäkringskassan och sjukvård i syfte att sätta in rehabiliterande åtgärder innan det ödesdigra tillståndet "långt sjukdomsfall" har inträtt.

Vad fann vi?

Vi fann i vår undersökning 2 system med ett omfattande vetande om den försäkrade såväl medicinskt som socialt men att dessa två system endast i undantagsfall tagit kontakt med varann och utväxlat information.

Bägge systemen visar sig snart arbeta utan plan och såväl sjukvård som försäkringskassa tappar ganska tidigt greppet om den långtidssjukskrivnas totala problematik. (jfr tabell 3).

Denna avsaknad av kommunikation mellan systemen bör innebära förhöjda kostnader, ökad väntetid vid olika mottagningar, ökad risk för att hamna i

flerläkarsjuka. Desto längre tid det går, ju högre kommer rehabiliteringströskeln att vara.

De personer som finns i materialet är övervägande lågavlönade och lågutbildade. Bland de 10 fallen finns endast två klara medicinska diagnoser medan de övriga 8 är symtomdiagnoser där den behandlande läkaren i hög grad har att förlita sig på patientens subjektiva beskrivning av besvären.

Rehabiliteringspunkten.

Vi tror oss också ha hittat den punkt efter vilken man ser att rehabiliteringsförsök har små möjligheter att lyckas. Denna visar sig i att det medicinska handlingsmönstret förändras så att sjukskrivningsperioderna, som till en början var korta och av något olika längd blir längre och av mera regelbunden varaktighet. Medan man i början tar mycket prover och utför mycket röntgenundersökningar slutar man härmed efter någon månad. På försäkringssidan finner man att patienterna i början har ett oregelbundet besöksmönster på kassan för uttag av sjukersättning men efter ungefär samma period börjar få ett regelbundet mönster för uttag av sjukpenning, vilket tolkas som att den försäkrade har vant sig vid tillvaron som långtidssjukskriven.

Lagen om allmän försäkring 2 kap. 11 paragraf talar om att när någon är sjuk, skall försäkringskassan vidta åtgärder för att förkorta sjukdomstiden.

Skall ett ärende remitteras till länsarbetsnämnden är väntetiden åtskilliga månader. Samma förhållande gäller för andra, anpassningsgrupper, specialistundersökningar m fl.

Det är dessa långa väntetider som till sist ledsagar många med en längre sjukskrivning till pensionering.

I detta skede bör alla stanna upp och ställa sig frågan – vad skulle det kosta samhället om någon i 30–40 års ålder på grund av att "rehabiliteringspunkten" av skilda skäl passerats tvingas till pensionering? Svaret i siffror är miljonbelopp.

Såväl sjukvård som försäkringskassa tappar ganska tidigt greppen om den långtidssjukskrivnas totala problematik.

Vi tror oss ha hittat den punkt efter vilken man ser att rehabiliteringsförsök har små möjligheter att lyckas.

Vad skulle det innebära för den som drabbas? Ja rent ekonomiskt skulle vederbörande reda sig gott – men hur ser denne person på samhället om det en vacker dag skulle framskynta att samhället icke ställt upp till 100%?

Vi anser

- att handläggningen av de långa sjukfallen vid försäkringskassans lokalkontor måste påbörjas betydligt tidigare från sjukanmälningsdagen än i dag.
- att väntetiderna hos samtliga instanser som berörs av det rehabiliterande arbetet måste förkortas
- att så långt som möjligt en och samma läkare bör behandla den sjukskrivne
- att anpassningsgruppernas arbetsformer och arbetsmöjligheter bör ses över

Vi är motståndare till att stora grupper diskuterar rehabilitering.

Den viktigaste gruppen består av patient – behandlande läkare – försäkringskassa – förtroendeläkare. När denna grupp kommit fram till en klar målsättning skall andra grupper i samhället ta över. I den bör ingå arbetsförmedling – länsarbetsnämnd – arbetsgivare – AMI – m fl.

AMI (Arbetsmarknadsinstitutionerna) bör få betydligt bättre resurser för att reellt kunna fungera.

Hur skall basgruppen fungera?

På 70–80:e dagen efter sjukanmälan har den tjänsteman vid försäkringskassan som handlägger fallet ett samtal med den sjukskrivne. Försäkringskassan infordrar eventuellt intyg om hälsotillstånd från den behandlande läkaren eller – om man har möjlighet – besöker denne och diskuterar de medicinska möjligheterna för rehabilitering.

Härefter träffas förtroendeläkare och handläggare vid försäkringskassan som sammanställer de

uppgifter som inkommit. Då sker också en viss fördelning av ärendetyper i enlighet med nedanstående uppställning.

1. Ärenden med dålig prognos: ej fortsatt rehabiliterande arbete – bevakning.
2. Ärenden där man kan förutsäga återgång i arbete inom en snar framtid: ej fortsatt rehabiliterande arbete – bevakning.
3. Socialt och medicinskt klara pensionsfall: ej fortsatt rehabiliterande arbete – bevakning om inte den sjuke själv önskar pension.
4. Ärenden för fortsatt rehabiliterande arbete.

Om vi ser till ett av försäkringskassans medelstora lokalkontor, har varje handläggare mellan 50–100 ärenden av typ långa sjukdomsfall. Vederbörande kan inte fördjupa sig i varje enskilt fall.

Omkring 110:e dagen efter sjukskrivningsdagen tas sjukfallet upp i den andra gruppen. I denna grupp behandlas alla som tidigare bedömts som klara rehabiliteringsärenden och här bör även den sjuke själv ingå och ha möjlighet att framlägga sina synpunkter på det fortsatta rehabiliteringsarbetet.

På 150–170:e dagen efter sjukanmälningsdagen samlas förtroendeläkaren och försäkringskassans tjänsteman. Vid detta tillfälle förs ett samtal om de ärenden som finns i "pensionsgruppen" och i "rehabiliteringsgruppen". Det kan finnas skäl till att diskutera de ärenden som tidigare bedömts.

Vad innebär detta nu?

1. Den som drabbats av ett långt sjukdomsfall får på ett mera aktivt sätt komma in i handläggningen.

.....
Vi föreslår att de med kort sjukskrivningsperiod bidrar genom att avstå från sjukpenning första/andra dagen för sjukberättigade dagar.
.....

2. Handläggningen av ett ärende påbörjas innan den så kallade "rehabiliteringspunkten" passerats.
3. Ett mindre antal egentliga rehabiliteringsärenden kan behandlas mera aktivt.
4. Betydligt utökad tid krävs för förtroendeläkaren vid försäkringskassan.

Många anser att det sistnämnda idag är helt orealistiskt. Vi menar att det icke enbart är försäkringskassan som skall bekosta denna verksamhet. Även sjukvårdshuvudmannen skall bistå, eftersom en sådan ordning på sikt innebär lägre sjukvårdskostnader.

Går rehabiliteringsarbetet att genomföra ekonomiskt?

I vårt samhälle talas det ofta och brett om solidaritet mellan människor och grupper. Vad vore mera naturligt än att detta också skulle gälla för dem som drabbats av sjukskrivning.

Vi föreslår därför att de med en kort sjukskrivningsperiod bidrar genom att avstå från sjukpenning 1–2 dagar för nu sjukpenningberättigade dagar.

Till sist vill vi bara kort omtala att av de personer som ingått i denna studie har fyra beviljats hel förtidspension, fem helt sjukbidrag och en återgått i arbete på halvtid . . .