

Försäkringskassans roll inom hälso- och sjukvård

Eva-Karin Unell

I denna artikel diskuteras försäkringskassans medverkan främst i rehabiliteringssammanhang. Effekterna av bristande utredningsresurser framhålls men också hur resultaten på längre sikt kan förbättras genom samarbete i kassornas rehagrupper.

Eva-Karin Unell är nu sektorchef hos Stockholms läns allmänna försäkringskassa och har som socialarbetare tidigare under många år sysslat med rehabiliterings- och utbildningsverksamhet.

Bör försäkringskassan vara med i ett temanummer som detta? Javisst. Det är dock angeläget att först klara ut i vilken mening försäkringskassan skulle kunna vara "social expert".

När man talar om hälso- och sjukvård, associerar man lätt till vård och behandling. Det är vi inte experter på. Däremot utgör det material försäkringskassorna förvaltar om arbets- och inkomstförhållanden, om sjukskrivningstidens längd, byte av sjukskrivande läkare eller diagnos, om arbetsmarknadsutbildning eller bidragsförskott och annan information som flyter samman hos oss ett viktigt underlag, som kan ge impulser till att sätta in vårdande eller behandlande åtgärder.

Vi är inte heller experter på sociala frågor i den meningen att vi skulle kunna ersätta socialvården. Vi skall därför inte konkurrera i personalhänseende med socialvården om behandlingsinriktade socialarbetare.

RESURSER

Det är i dag vanligt att man betonar helhetssynen. Ingen enskild verksamhetsgren i samhället kan längre behärska även de övrigas områden. Vi måste samarbeta. Försäkringskassan förfogar över viktiga kunskapsbitar som måste på plats för att helhetsbilden skall framträda.

Försäkringskassan förfogar dessutom över viktiga resurser. Icke minst detta att vi är med och finansierar stora delar av rehabiliteringsverksamheten gör att vi bör vara med och påverka hur den bedrivs. Ungefär 25 kronor av varje konsumtionshundralapp kommer på ett eller annat sätt från socialförsäkringen. De förmåner som försäkringskassan administrerar täcker således väsentliga delar av människors behov. Detta spelar roll på två sätt. Det fundamentala är tryggheten i att försäkringen finns. Det andra är att man snabbt och enkelt får ersättning för inkomstbortfallet el. dyl. så att man inte råkar i knipa.

INFORMATION

Att socialförsäkringssystemet verkligen kan fungera trygghetsskapande förutsätter dock att människor känner till sin rätt. Det är ogörligt även för en enskild kassatjänsteman att i detalj svara korrekt och uttömmande på alla försäkringsfrågor. Informa-

Att socialförsäkringssystemet verkligen kan fungera trygghetsskapande förutsätter att människor känner till sin rätt.

tionen har alltid varit ett viktigt inslag i kassornas verksamhet och blir allt viktigare. Broschyrer och annat informationsmaterial underlättar. Men många människor har behov av att personligen få tala med en annan människa om sina problem. Det känns i dag förtänksamt att kassorna inte sögs med i centraliseringsivern för ett antal år sedan utan behöll sitt vittförgrenade nät av lokalkontor. Det finns nära 600 lokalkontor i landets 277 kommuner. Det är lätt för de flesta att nå oss och sociologiska undersökningar visar att allmänheten har en positiv uppfattning om försäkringskassan.

Vi är också intresserade av att medverka i olika utbildningar, studiecirklar och arbetsplatsgrupper för att öka kunskaperna i stort i samhället. Men vi engageras också ofta för riktad information till exempelvis fackklubbar, handikapporganisationer eller andra som vill förmedla kunskaper till sina medlemmar. Blir vi inte ombedda, erbjuder vi oss gärna själva. Vi kan alltså sägas vara experter på att informera om socialförsäkring.

REHABILITERING

Försäkringskassan är för sin verksamhet beroende av samverkan med andra samhällsorgan. Avsiktligt begränsar jag mig här till sjukpenningförsäkringen och pensionsförmånerna som är de vanligaste frågorna i rehabiliteringssammanhang, där försäkringskassan enligt Lagen om allmän försäkring har skyldighet att ta initiativ.

Arbetsoförmåga och sjukskrivning

Rätten till sjukpenning förutsätter att individen är sjuk och till följd därav arbetsoförmögen. Detta skall efter åtta dagar intygas av en läkare, som då förväntas ha tagit ställning till om den försäkrade bör avhålla sig från arbete, det vill säga läkaren bör veta vad patientens arbete ställer för krav. Bedömningen skall också avse att arbetsoförmågan är minst 50 % och att detta tillstånd kommer att bestå en viss tid. Vad är för övrigt en 100 % arbetsförmåga? I själva verket är det naturligt att läkaren då intygat vad patienten själv anser om detta.

När sjukskrivningen varat någon månad och högst 90 dagar i följd, skall kassan undersöka vad

som kan göras för att förkorta sjukskrivningstiden och om möjligt få den försäkrade i arbete igen. Det är då vi vill ha en mera övertygande dokumentation av skälen till sjukskrivningen.

Det är lätt att inse att det kan uppstå irritation i umgänget mellan försäkringskassan och läkaren. Vi uppfattar hans intyg som "magert" eller ofullständigt. Läkaren upplever att vi "jagar" honom – han kan inte skriva utförligare, därför att det medicinskt sett inte finns mera att säga. Och ändå kommer patienten inte igång och jobbar. Ofta är ju orsaken en annan än rent medicinskt.

Det har sagts tidigare men förtjänar att upprepas här, därför att förhållandet återspeglar sig också i försäkringskassans arbete: socialvården och hälso- och sjukvården har olika kunskapsteoretiska bakgrunder. Detta präglar de inblandade parternas sätt att beskriva och analysera människors problem (1). Det är egentligen inte rimligt att läkarintygen skall spela den dominerande roll de gör och att så mycket av psykologiska orsakssammanhang, sociala problem, relationsstörningar etc måste pressas in i ett sjukdomsbegrepp. Det är naturligt och värdefullt att detta begrepp på senare tid har ifrågasatts. Det borde gå att acceptera även annan dokumentation än läkarintyg.

Det vore också angeläget att byta ut ersättningsformen sjukpenning mot någon form av "rehabiliteringspenning" i en fas, där arbetsförsök mera aktivt borde sättas in så att man kastar loss från bindningen till sjukbegreppet. Frågan är om bland annat sjukpenning vid arbetsvård har uppmärksammats av den socialpolitiska samordningsutredningen.

Att rehabiliteringsförsök misslyckats beror ofta på bristfällig utredning om vad som ligger bakom den försäkrades svårigheter och detta att han går sjukskriven för länge och ibland under flera olika diagnoser.

Troligen missar man ofta att bedöma och ta hänsyn till den försäkrades intellektuella förmåga. Nedfattad kapacitet kan vara medfödd eller betingad av åldersförändringar. Men hans intellektuella resurser kan liksom den psykiska orken vara helt upptagna av att grubbla över problem.

Ännu mera sannolikt är det att man inte ens utreder den försäkrades emotionella kapacitet, d v s för-

=====

Bristande kännedom om arbetsmarknadens krav och om patientens faktiska resurser kan ha lett till felaktiga förväntningar på den försäkrade.

=====

måga till kontakt med och relationer till andra människor. Ändå fäster man i arbetslivet allt större ykt vid samarbetsförmågan.

Försäkringskassans utredningsresurser inklusive kunskaper har varit och är otillräckliga. Frånvaron av fungerande samarbete kan i sin tur ha lett till att man inte heller utnyttjat de utredningar som gjorts på annat håll, t ex hos socialvården eller arbetsvården. Bristande kännedom om arbetsmarknadens krav och om patientens faktiska resurser kan ha lett till felaktiga förväntningar på den försäkrade från såväl sjukvårdens sida som från försäkringskassan.

Det är lika olyckligt att ha för låga som att ha för höga förväntningar. För låga leder kanske till att den försäkrade tycker att man inte räknar med honom, inte tror honom om någonting. För höga förväntningar kan verka förlamande – "jag klarar det aldrig, det är ingen idé att försöka".

Redan sjukskrivningen i sig är passiviserande och leder så småningom till att den försäkrade identifierar sig som en sjuk, som varken kan eller får arbeta. Många är för övrigt så rädda för försäkringskassans sjukkontroll att man inte vågar göra någonting, t. ex. promenera eller klippa gräsmattan, även om denna aktivitet vore aldrig så nyttig. Det är möjligt att man med ett annorlunda utformat läkarintyg skulle kunna påverka läkarna att pröva aktiverande behandlingsinslag t ex gymnastik, motion (gärna i grupp som dessutom bryter isoleringen), träning i reell miljö, halv sjukskrivning.

Det är också för många så skuldbelastat att inte arbeta och "göra rätt för sig" att man överbetonar sin sjukdomsroll. Den hyggliga compensation som sjukpenningen utgör för den uteblivna lönen innebär en trygghet, som också kan vara passiviserande. Man vet vad man har men inte vad man får. Det är osäkert om man kan klara ett nytt jobb och om man kan komma upp i samma inkomst som tidigare.

När försäkringskassan efter någon eller några månader börjar utreda och ifrågasätta om den försäkrade inte kan återgå i arbete, upplevs detta dels som ett hot mot denna relativa trygghet, dels som att inte bli "trodd". Den försäkrade måste "trappa upp", d v s ytterligare bevisa sig vara "sjuk" för att legalisera sin arbetsfrånvaro. Då varken försäkringstjänstemannen eller sjukskrivande läkaren förstår mekanismerna bakom den försäkrades beteende, kan sjukskrivningen komma att pågå mycket länge och patienten passiviseras alltmer. Det ligger nära till hands att kalla det sjukt eller avvikande, som man inte känner igen eller förstår (2).

En vacker dag blir kassatjänstemannen tvungen att enligt Lagen om allmän försäkring 16: 1 ta upp frågan för prövning i pensionsdelegation om sjukpenningen skall bytas ut mot förtidspension. Det är då man finner det medicinska underlaget för klent och föranstaltar om t. ex. specialistremiss. Med "specialist" förstås då nästan alltid ännu en läkare, som man hoppas kan finna på någon dittills inte prövad behandling eller i varje fall en godtagbar förklaring till sjukskrivningen.

Samarbete med arbetsvården

Det är också vid denna tidpunkt – om inte tidigare – man remitterar den försäkrade till arbetsvården. Ibland gör försäkringskassan det, ibland den behandlande läkaren. Litet uppgivet tycker man att "något borde patienten ju ändå kunna utföra", i varje fall ett "lättare arbete". Har uppgivenheten gått ännu längre, kanske kassatjänstemannen remitterar *inte* för att längre få arbetsvårdens hjälp att skaffa jobb till den försäkrade utan för att få en bekräftelse på att det inte går att få honom i jobb. Besvikelsen över en arbetsmarknad som inte är beredd att ta emot den försäkrade går ofta ut över arbetsvården, som anses göra svårigheter i sina krav på att den försäkrade skall vara medicinskt och socialt färdigrehabiliterad och dessutom motiverad att

=====

Det ligger nära till hands att kalla det sjukt eller avvikande, som man inte känner igen eller förstår.

=====

ta ett arbete. Arbetsvården borde ha bättre resurser, säger vi. Men det är inte klart vem som fram till denna tidpunkt skall ha tagit ansvaret för att den försäkrades motivation hållits vid liv med krav och stöd i lagom doser.

Samarbete med socialvården

På vad vis socialvården kan medverka är – tror jag – mera diffust för bland annat försäkringskassans tjänstemän. Att man där betalar ut socialhjälp och därför ibland ringer för att kolla vad en person fått från sjukförsäkringen, det känner vi till. Men vad man för övrigt kan använda socialvårdens resurser till och om de har några, tror jag är mera oklart, trots att socialvården också har en lagstadgad skyldighet att även genom uppsökande verksamhet tillgodose människors behov.

Socialutredningen säger i sitt principbetänkande: "Att någon är aktuell hos försäkringskassan kan i vissa fall vara en indikation på svårigheter vilka bör bearbetas genom socialkurativa eller terapeutiska insatser från socialvårdens sida". (3). Vi har säkerligen *hänvisat* människor till socialvården men jag är tveksam till om vi någonsin skickat en regelrätt *remiss* dit. Bland de uppgifter som enligt riksförsäkringsverket åvilar en utredare ingår att utfärda remiss till arbetsvårdsorgan. Remiss till socialvården har man däremot inte tänkt sig.

En helt annan kontakt kommer att krävas om och när socialutredningens förslag om socialförsäkringstillägg (SOFT) går igenom.

Utredningen framhåller att ett ekonomiskt hjälpbehov ofta ingår som en del i ett mera komplicerat och sammansatt hjälpbehov som inte bör få bli förbisett. Det är därför "nödvändigt att i samförstånd med klienten förmedla kontakt med den kommunala socialtjänsten". (4).

Centrala och lokala rehabiliteringsgrupper

Trevande försök till samarbete har tidigare genom åren förekommit på olika håll och med växlande framgång. Huruvida man upplevt samarbetet som fruktbart, har ofta berott på inblandade personers engagemang. En samsarbetsgrupp (samsarbetslag, FAS-grupp etc.) kan ha förtvinat och dött, när en pådrivande person slutat. Det kan också vara så att

man diskuterat fel ärenden, d v s ärendena har inte berört alla inblandade och någon part har därför dragit sig ur.

Riksförsäkringsverket har i cirkulär 5/1975 föreskrivit att om ett rehabiliteringsärende berör andra samhällsorgan, skall det handläggas i samråd med dessa. För sådant samråd bör hos försäkringskassan finnas dels en central rehabiliteringsgrupp (rehagrupp), knuten till centralkontoret, dels lokala rehagrunder, knutna till lokalkontoren.

Den centrala rehagruppen skall behandla såväl enskilda ärenden som frågor av gemensam och övergripande natur. Bland annat bör den verka för att lokala rehagrunder bildas på orter där lokalkontor finns. I lokal rehagrupp bör utöver försäkringskassans personal ingå i första hand distriktsläkare och – i förekommande fall – distriktsköterska samt företrädare för socialvården och arbetsförmedlingen/arbetsvården.

Behandlingsplanering

Riksförsäkringsverket har under november 1977 sänt ut en ny blankett "Behandlingsplan i försäkringsärende". Den skall användas i samarbetet i de lokala rehagrunderna. Behandlingsplanen kan sägas vara en modifierad variant på den som redovisas från Falun, Ljusdal och Linköping (5).

Vad som är särskilt viktigt är att det nu sägs ut, att behandlingsplanen skall göras upp i samråd med den försäkrade. Hittills har bristerna härvidlag – med orealistiska planer som (naturligtvis) misslyckats – gått ut över den svagaste parten, d v s den sjukskrivne, som har kommit att betraktas som omöjlig, arbetsovillig etc. Också i denna sin utsatta situation har emellertid den försäkrade egna resurser som kan frigöras och han kan ha egna synpunkter på vilka lösningar som vore lämpliga och praktiskt möjliga för hans del. Om sjukvård, socialvård, arbetsvård och försäkringskassa var och en gör upp

Vad som är särskilt viktigt är att det nu sägs ut, att behandlingsplanen skall göras upp i samråd med den försäkrade.

Det är först när man funderat en del kring sitt arbete och kritiskt granskat sina insatser eller missade åtgärder som man kan ställa intressanta eller angelägna frågor. Och dessförinnan får man heller inte några intressanta svar.

sin plan, är risken stor att man drar åt olika håll. Samarbetar man kan man däremot lämna den enskilde effektivare hjälp.

I Social samverkan (5) framhålls att "Försäkringskassornas nya reha-grupper har förutsättningar att bli sådana samrådsorgan. Genom dem kan man sannolikt tämligen snabbt i ett stort antal ärenden t ex få klarhet i möjligheterna för vederbörande att antingen återgå till arbete i öppna marknaden eller i skyddad form eller också att få förtidspension."

Personligen upplever jag att riksförsäkringsverket tagit för lätt på punkten "avslutningsanledning", d v s uppföljning av resultaten. Det finns inga anvisningar på vad kassan skall notera här mer än datum då en åtgärd avslutas eller avbryts. Och det är lättförståeligt. En riktig analys av varför någonting inte blev som planerat, var i ärendet man gjorde en felbedömning och varför, allt detta ställer mycket stora krav på både kunskaper, öppenhet och ärlighet. Men när man så småningom nått en bit på väg med dessa uppföljande bedömningar, bör man också ha fått uppslag om vilka data som bör registreras och sammanställas som statistik.

Det är först när man funderat en del kring sitt arbete och kritiskt granskat sina insatser eller missade åtgärder som man kan ställa intressanta eller angelägna frågor. Och dessförinnan får man heller inte några intressanta svar. Kassornas statistik i dag svarar inte emot detta krav.

ANDRA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN

Av "Social samverkan" (5) framgår också att det är många andra frågor som måste beaktas, innan man

kan få ett samarbete att fungera. Gemensamma områdesgränser är en faktor. Kassorna har som tidigare nämnts ett tämligen vitt förgrenat nät av lokalkontor, i princip minst ett i varje kommun. Kanske kan kontaktytorna ytterligare förbättras genom att kassorna vid nyetablering eller byte av lokal försöker förlägga lokalkontoret i anslutning till vårdcentral/social servicecentral i det primärvårdsområde som socialstyrelsen talar om i Hälso- och sjukvård inför 80-talet. I Stockholms-kassan är vi nu i färd med att omorganisera vår verksamhet inom Stockholms kommun och låta våra lokalkontor få samma geografiska upptagningsområde som socialförvaltningens socialdistrikt. För att nå detta mål etablerar vi sex nya lokalkontor.

Ökade kunskaper är ett annat angeläget behov. Kraven på kunskaper skärps i en samverkanssituation. Personalen bör inte bara ha goda kunskaper inom det egna yrkesområdet och kunna förmedla sina kunskaper till de andra i samarbetsgruppen. Man måste också känna till de andras arbetssätt och resurser (7). Försäkringskassan har en omfattande intern utbildning. Visserligen brottas vi just nu med ett uppdämt fortbildningsbehov, då våra resurser nästan helt tagits i anspråk för nyhetsutbildning i anslutning till alla reformer i socialförsäkringssystemet de senaste åren. (Jag behöver bara erinra om beskattad sjukpenning, utbildningsbidrag och studiepenning, barnbidrag, tandvårdsförsäkring, bidragsförskott, ny arbetsskadeförsäkring.) Men kassornas intresse för att ge personalen erforderlig utbildning är stort och personalens gensvar utomordentligt.

TILL SLUT

Försäkringskassan har måhända hittills kunnat föra ett i dessa stycken förhållandevis avgränsat liv, fullt upptagen med egna mångskiftande problem. Det samma kan sägas om andra organ som är engagerade i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Om man emellertid lägger effektivitetssynpunkter på exempelvis försäkringskassornas verksamhet, så bör effektiviteten mätas inte hos oss utan

man bör studera vilken effekt vår insats har hos den enskilde individen som vi försöker bistå. Den som bör få förtidspension skall få den utan onödigt remitterande. Den som kan arbeta bör få ett jobb och inte pension. Däri bör vår effektivitet mätas.

Vi måste samverka med andra organ för att nå den effekten och för att få ut det bästa av våra gemensamma resurser.

LITTERATURHÄNVISNINGAR

1. Socialstyrelsen. Några försök med samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård. En utredningsrapport 1976.
2. Psykolog *Margareta Garai* har utmärkt beskrivit dessa företeelser i en undersökning "Målsättningen och resultaten vid en rehabiliteringsavdelning" (Riksförsäkringsverkets sjukhus Nynäshamn 1976).
3. Socialvården. Mål och medel. SOU 1974: 39 sid 434.
4. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. SOU 1977: 40 sid 619.
5. Socialstyrelsen redovisar 1977: 10. Social samverkan.
6. Socialstyrelsen redovisar 1977: 10 sid 90.
7. Socialstyrelsen. Samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård. Utvecklingslinjer, erfarenheter. En utredningsrapport 1977.

Intresserad ?

1. Kurser

Gruppsykologi (Sjölund)
Samtalsteknik

2. Samtalet

Samtal utan misstag
Samtalssituationer
Öppet samtal

3. Aktiverande vägledning

4. Utvärdering av utbildning

5. Avslappningsövningar

Om detta och mycket annat kan du läsa i vår nya katalog. Rekvirera den under adress Psykologiförlaget, Box 461, 126 04 Hägersten. Tel. 08-97 03 95.

Psykologiförlaget ab

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Med. Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningar. Tel 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOAS.