

Förtroendeläkarnas arbetsuppgifter, arbetsmetoder och utbildning

Tord Gülich

Nedanstående artikel bygger på ett inledningsanförande till en diskussion vid sammanträde i Svensk socialmedicinsk förening i Göteborg 74.11.10. Utöver en redogörelse enligt rubriken framlägges en del önskemål, som skulle kunna förbättra verksamheten.

Tord Gülich är privatpraktiserande allmänläkare i Lund och verkar sedan 1954 som förtroendeläkare vid Malmöhus allmänna försäkringskassa.

Arbetsuppgifter

Arbetsuppgifterna för försäkringskassornas förtroendeläkare är fastställda i Riksförsäkringsverkets cirkulär nr 18/1967 angående anställnings- och arbetsvillkor för förtroendeläkare hos allmän försäkringskassa. Enligt detta åligger det förtroendeläkare (FL)

att medverka till hindrande av missbruk av försäkringen,

att ge handledning åt försäkringskassans (FK) personal,

att inhämta uppgifter från behandlande läkare,

att föreslå åtgärder, som kan förbättra hälsotillståndet eller minska följderna av invaliditet hos de försäkrade,

att lämna råd och upplysningar i försäkringsärenden,

att medverka till angivande av diagnos enligt fastställd nomenklatur,

att lämna information till läkare inom kassans område,

att på begäran bevista sammanträden med kassans styrelse och pensionsdelegationer,

att enligt styrelsens beslut besöka kassans lokalkontor och

att följa direktiv utfärdade av Riksförsäkringsverket (Rfv).

Då man granskar FL arbetsuppgifter måste man först av allt fastslå, att FL uppgift endast är att vara medicinsk rådgivare utan beslutsfunktioner. FL är icke någon tjänsteman vid FK utan alla beslut måste fattas av en tjänsteman — allt arbete blir sålunda ett team-work.

Ytterligare anvisningar om FL arbetsuppgifter får man genom det formulär för årsberättelse av FL, vilket fastställts av Rfv. Enligt detta skall även antalet handlagda ärenden av olika slag uppgivas, nämligen:

Granskning av läkarvårdskvitton: Detta innebär uppföljning av läkarvårdsräkningar från privatläkare anslutna till försäkringen och bedömning om dessa mera markant avviker från genomsnittet. Om så är fallet har FL att försöka få ändring till stånd och är skyldig regelbundet lämna rapport till FK ledning och styrelse över vidtagna åtgärder.

Diagnosutredning: Denna är mestadels orsakad av att läkarintygen är slarvigt skrivna med dålig picture. Dessutom kan diagnoserna vara ofullständiga eller inaktuella, vilket föranleder extra utredning.

Sjukvård utom riket: Här gäller det bedöma rätten till ersättning för sjukvård utomlands. Detta

.....
Förtroendeläkarens uppgift är att vara medicinsk rådgivare utan beslutsfunktion.
.....

ger som regel föga bekymmer, men det kan ibland vara svårt fastställa, om vårdbehovet uppkommit under utlandsvistelsen, vilket är villkor för ersättning. Försök att skriva till en utländsk kollega för att få kompletterande upplysningar medför sällan något svar. Dessutom kan det vara svårt klarlägga, om inlämnade kvitton verkligen avser läkarvård eller sjukhusvård. Text utfärdas i Spanien kvitton av någon "Ayudante" och i Nord-Afrika av någon "Infirmier", vilket torde vara jämförbart med sköterskavård. Ibland göres försök få badanstaltsvård ersatt som sjukhusvård.

Sjukpenning under utlandsvistelse: Då det gäller beslut att under pågående sjukfall medge utrikesvistelse går det som regel bra få tillfredsställande uppgifter för bedömningen från behandlande svenska läkare, även om det många gånger kan vara svårt avgöra om sjukdom verkligen föreligger eller om sjukskrivningen huvudsakligen föranledes av en önskan förbättra semesterkassan. Svårare är problemet vid sjukanmälan från utlandet. Då gäller det i flertalet fall gästarbetare i Sverige, som i anslutning till semestervistelse i egentliga hemlandet sjukanmäles. Man har ej sällan intryck av försäkringsmissbruk. Antalet svenska medborgare, som sjukanmäles från utlandet, är litet i förhållande till svenska folkets flitiga utlandssestrande. Som ett exempel kan omtalas, att vid en industri inom min kassas område arbetade 1974 104 personer från samma sydeuropeiska land. Av dessa sjukanmäldes 72 under semestern 1974. Därutöver uppbar 4 föräldrapenning. Efterkontroll hos företagsläkaren gav i flertalet fall ej underlag för sjukskrivning. Ingen av de anställda begärde få ut semester senare — samtliga skulle samtidigt ha sjukpenning och semesterersättning.

Läkarintyg från första sjukpenningdagen: Denna granskning av försäkrade med upprepade kortfall är ganska omfattande och ganska olustbetonad. Ett beslut om krav på läkarintyg från första sjukpenningdagen uppfattas av de flesta som en rent fiskal åtgärd, endast undantagsvis accepteras, att åtgärden vidtages för att framtvinga tillgodoseendet av ett latent läkarvårdsbehov. De försäkrade

klagar över svårigheten få konsultationstid hos läkare och läkarna klagar över onödiga konsultationer.

Granskning anl AFL 4: 2, dvs den sk 90-dagarsgranskningen. Underlaget för denna är lagens bestämmelse om uppföljning av de långvarigare sjukfallen för att tidigt uppspåra rehabiliteringsfall, samt bedöma om och när pensionsutredning kan vara aktuell. Detta är en verkligt tung del av FL arbete. Det innebär en genomgång av en mängd ofta svårbedömda ärenden i samarbete med en FK tjänsteman och därav följande utredning, i vilken ofta ingår kontakt med bl a behandlande läkare. Visserligen sker f n en successiv decentralisering av handläggningen med överflyttande av denna granskning till FK lokalkontor, men detta innebär icke en minskning av behovet av FL-insats utan i stället ett ökat behov av FL å lokalkontoren. På större lokalkontor behöver man inrätta lokala FL-tjänster. Detta arbete kan vara ett mera rutinbetonat än stimulerande arbete, men avbrytes av synnerligen svåra men intressanta och intrikata problemställningar. Sekundärt till denna handläggning kommer samarbete främst med Länsarbetsnämndens arbetsvårdsavdelning och med andra sociala instanser. Här kommer även in ställningstagande till rätten till sjukpenning under arbetsvård, vilket många gånger innebär synnerligen svåra och ej sällan nästan motbjudande avgöranden. Det är visserligen tjänstemannen, som har att fatta beslutet, men FL yttrande är ofta i dessa fall avgörande.

Granskning enl AFL 3: 7 och 20: 3 — dvs frågor om indragning eller reduktion av sjukpenning. Här förekommer utredningar om ev försäkringsmissbruk, men även frågor om rätt till sjukpenning efter avslag på pensionsansökan o dyl samt avgöranden om sjukdom föreligger i lagens mening. Det kan ofta röra sig om mycket intrikata medicinska bedömningar. I dessa fall kommer man ofta i kontakt med förvaltningslagen och i följd därav avgöranden om delgivande av läkarintyg till den försäkrade. Förvaltningslagen har

även en fördröjande effekt på verkställandet av beslut, enär delgivning först måste ske.

Frivillig försäkring: FL har att göra bedömningar huruvida den sökande har "god hälsa", vilket är villkor för erhållande av frivillig försäkring. Centralt utfärdade direktiv är relativt allmänt hållna och bedömningen är oftast helt beroende av FL omdöme. Försäkringstjänstemannen har ofta svårt dela FL uppfattning, särskilt i fall där den försäkrade har otaliga korta sjukfall men ingen sjukdom, som kan utgöra en försäkringsrisk. Därutöver kommer bedömanden av rätt till ersättning enligt denna frivilliga försäkring. Det kräves god kännedom om tidigare lagstiftning, enär tolkningen delvis baseras på bestämmelser från den erkända sjukkassans tid. Det gäller frågor om medicinskt samband med sjukdomar, som inträffat före försäkringens ikraftträdande — ofta svårbedömda fall, där behandlande läkare kan ha svårt följa FL bedömning.

Ändrad karenstid — dvs ansökan om kortare karenstid beträffande egna företagare. Detta innebär i huvudsak samma problemställningar som vid frivillig försäkring.

Utredning i pensionsärenden o dyl innebär i huvudsak samma problematik som förekommer vid ärenden enl 4: 2 (se ovan).

Bland ärenden, som ej finnas medtagna i listan å årsberättelseformuläret, kan särskilt nämnas:

Utredningar betr avtal med arbetsgivare enl AFL § 7, dvs fast ersättning till arbetsgivare, som ordnar sjukvård åt sina anställda. Det gäller fastställandet vilken del av meddelad vård, som är att hänföra till sjukvård eller till hälsovård samt vilka medicinska åtgärder som bör hänföras till produktionskostnader. Jag har intrycket att i många av dessa fall skulle FL kunna göra god nytta om han anlätades oftare.

Yrkesskadeärenden, vilket för FL är en ny uppgift med tidigare ej upplevda frågeställningar beträf-

fande samband mellan skadans art och olycksfallet. Någon utbildning på detta område har ej ordnats för FL, vilket får anses vara en allvarlig brist.

Utbildning av kassans personal i medicinska frågor är en viktig och ofta mycket tacksam uppgift. Flera personalkategorier inom kassan, behöver utbildning i medicinsk nomenklatur och medicinskt tänkande. I första hand är det de assistenter, som handlägger 90-dagarsgranskningen och verkställer pensionsutredningar. Efter decentralisering av granskningen av långtidsfallen gäller behovet i lika hög grad utredarna på lokalkontoren men detta utbildningsbehov är svårare tillgodose, då dessa tjänstemän är spridda över större geografiskt område. All personal, som har att göra hembesök hos de försäkrade, behöver även ha information om modernt rehabiliteringstänkande — tyvärr lever på många håll kvar synpunkten att sjukskrivna skall vara inaktiva i hemmet.

Information till läkare och övrig medicinalpersonal är en väsentlig uppgift, då annan utbildning i försäkringsmässigt tänkande i stort sett saknas. Medicine kandidater får i bästa fall ett par timmars undervisning under hela sin studietid i trots av att det gäller problem, som i det fortsatta arbetet möter dem dagligen. Undervisning i konsten att skriva intyg är dessutom så gott som obefintlig och ändå är tillfredsställande läkarintyg ett väsentligt underlag för hela vår socialförsäkring. FL arbete baseras på intyg av andra läkare. Ständiga förändringar i gällande lagar nödvändiggör en fortlöpande information. Man bör därvid ej glömma bort övrig medicinalpersonal, främst kuratorer.

En annan, ofta tacksam uppgift, är att hjälpa kolleger, som i forskningssyfte behöver uppgifter, som endast FK kan lämna. FL har här en möjlig-

.....
Tillfredsställande läkarintyg är ett väsentligt underlag för hela vår socialförsäkring.
.....

het att ge handledning genom sina kunskaper om det möjliga eller omöjliga att få fram uppgifter inom detta område.

Arbetsmetoder

Att som enskild FL tala om olika FL arbetsmetoder är svårt. Vi är alla individualister och var och en angriper problemen på sitt sätt. Man frågar sig ofta vad kollegerna utför på FK och hur. Att skillnaden måste vara stor framgår bl a av det synnerligen varierande antalet FL vid olika kassor. Jag har med ledning av FL årsberättelser för 1973 försökt räkna fram antalet FL-timmar pr vecka och 100 000 inskrivna försäkrade. Siffrorna är visserligen icke aktuella och givetvis ej helt tillförlitliga men ger dock en viss bild av situationen. Kassan i Göteborg har enl dessa till relativa tal omräknade uppgifter 21,5 FL-veckotimmar, närmast följd av Malmö- och Värmlandskassorna med drygt 14 veckotimmar. Men det finns kassor med endast 5 FL-timmar/vecka och riksgenomsnittet var 9,4 veckotimmar/100 000 inskrivna försäkrade. Läkarbedömningen av försäkringsärendena måste följaktligen vara väsentligt varierande. Kontakten mellan FL vid olika kassor är bristfällig och diskussioner över vårt sätt att arbeta är sällsynta, då gemensamma konferenser endast förekommer mycket sporadiskt.

Hur angriper man problemen? Givetvis går det fortast, om man sitter ensam med en packe akter och granskar dem, men detta fordrar, att FL har en god kännedom om lag och lagtillämpning. Detta system ger ej heller tillfredsställelse åt försäkringstjänstemannen, som trots allt är den beslutsfattande. Föredragning av ärendena ger vidare aspekter, men sätter rel stora krav på den föredragande. För ett gott resultat fordras att FL och tjänstemannen är samtränade och därför är det olyckligt med täta personalbyten. Givetvis underlättas arbetet, om man disponerar en väl inarbetad sekreterare, som även kan klara telefonbesked till FL.

Hur mycket skall en FL granska? Detta beror ju i hög grad på kvaliteten hos hans medhjälpare.

Orutinerade assistenter måste fråga om allt men å andra sidan har jag intryck att en del assistenter tror sig om för mycket, då de blivit litet varma i kläderna. Därför är det säkert nyttigt att FL ej enbart granskar det, som förelägges honom, utan att han även emellanåt gör en djupdykning i primärmaterialet, för att kontrollera, att ej för många fall försummas. Besök på lokalkontoren kan här ibland ge en ledtråd.

90-dagars fall. Enligt gällande lag föreligger skyldighet granska alla längre sjukfall för att uppspåra ev rehabiliteringsfall ävensom skyldighet för FK att vidtaga åtgärd, som kan finnas erforderlig. Det primärmaterial FL har är ganska magert. Det föreligger ett sjukintyg från behandlande läkare, vilket som regel endast uppger en diagnos och denna är ofta svävande eller missvisande.

Hittills har FL dessutom kunnat studera det s k F-kortet, som innehåller en förteckning över den försäkrades samtliga sjukskrivningsperioder med diagnoser. Tyvärr försvinner F-korten nu successivt allteftersom registret lägges över på ADB. Därvid förenklas uppgifterna att endast omfatta antal sjukfall och sammanlagda antalet sjukdagar för varje år. Landets FL har enhälligt försökt värna om de gamla F-korten och en FK-tjänsteman har i riksdagen motionerat om deras bibehållande utan någon effekt.

Följden blir att FL i fortsättningen blir i högre grad beroende av uppgifter, som kan erhållas genom behandlande läkare. Därutöver har han de uppgifter, som kan erhållas genom utredningar, verkställda av kassans tjänstemän, antingen i anslutning till de försäkrades besök å FK eller vid hembesök. Vid dessa utredningar lägges huvudvikten på att få fram sociala faktorer och den försäkrades egen syn på sin situation.

Ej sällan får man genom sådan utredning fram väsentliga uppgifter, som patientens behandlande läkare icke får fram. Man får alltså väga samman uppgifter från olika håll, vilket kan ge FL en

Det finnes alltså god möjlighet icke blott att begära information från den behandlande läkaren, utan även att lämna sådan till honom.

bild av läget, som avviker från den behandlande läkarens uppfattning. Det finnes alltså god möjlighet icke blott att begära information från den behandlande läkaren utan även att lämna sådan till honom.

Specialistbedömning. Granskningen kan även ge till resultat önskan om bedömning av läkare inom annan specialitet än den, som behandlande läkare företräder. I sådant fall måste det anses föreligga skyldighet att ordna sådan undersökning. Givetvis bör detta i möjligaste mån ske i samförstånd med den behandlande kollegan. Ej sällan får man uppgift från behandlande läkare, att specialistundersökning är önskvärd, men att pat. ej vill medverka och alltså en bön om hjälp med specialistremiss.

Hur bör denna *kommunikation med behandlande läkare* ske? Givetvis får man det bästa utbyte genom en personlig diskussion tex i telefon. Av praktiska skäl är detta genomförbart endast i ringa utsträckning. Det är svårt nå en kollega i telefon, denne är, då man når honom, upptagen av annat och har ej journal tillgänglig etc. Därutöver kan det ofta med hänsyn till den fortsatta handläggningen — bl a med hänsyn till förvaltningslagen — vara av stort värde ha ett skriftligt svar. Näst bäst är skriftlig förfrågan med för varje fall individuella frågeställningar. Antalet ärenden förbjuder detta i större utsträckning. Man måste som förstahandsalternativ förfalla till den sämre metoden med brev med standardfrågor. En nackdel med skriftlig kommunikation är givetvis svårigheten snabbt få svar. Ännu mera besvärande är svårigheten att utan alltför stort dröjsmål få tid för specialistutredningar.

Specialistutredning ej enbart pensionsbedömning. För FL är det deprimerande uppleva, att en bön om specialistutredning i alltför hög grad av

kollegerna uppfattas som en remiss "för pensionsbedömning". Själv upplever jag flertalet av dessa remisser som ett försök att få ett underlag för en rehabilitering av patienten — alltså i första hand att få ett behandlingsförslag som kan vidarebefordras till den sjukskrivande läkaren. Här gör de långa väntetiderna dock att sjukdomstillståndet invetereras och behandlingsmöjligheterna försvåras.

FK — behandlande läkare — arbetsvård. I den fortsatta handläggningen av ärendena följer ofta ett samarbete med arbetsvårdens organ. Samarbetet är som regel mycket gott, men här som överallt annars inverkar tidsfaktorn negativt. Arbetsvården är hårt belastad, varför ärendena som regel ej kan handläggas förrän efter någon tid. Remittering till arbetsvård borde i större utsträckning ske direkt från behandlande läkare — det hade givit tidsvinst jämfört med omvägen över FK. Om arbetsvård dessutom i större utsträckning kunde ske parallellt med medicinsk rehabilitering, tror jag slutresultaten skulle nås snabbare och bli bättre. Diskussion av sådana ärenden sker i samrådsgrupper och s k samarbetslag med representanter för olika myndigheter. I dessa grupper och lag är samarbete med rehabiliteringskliniker en väsentlig faktor.

Viktigt finna form för information. Information till medicinalpersonal kan genomföras på flera olika sätt. Den personliga kontakten är viktig, men möjligheten härtill blir allt sämre, då alla känner sig jäktade och överbelastade. FL bör finnas på FK på fasta tider för att vara anträffbar för kolleger, som önskar information eller vill ge information. Kollektiv information kan ges vid sammanträden i läkarsammanslutningar eller i FK egen regi. Nackdelen är, att man ofta nog denna väg ej når den kategori, man helst vill träffa. Skriftlig information i form av cirkulär eller stenciler etc når givetvis alla, men svårigheten är att finna en form, så att denna information verkligen läses. Jag anser det viktigt, att FL personligen meddelar information och ej lämnar över denna uppgift till en tjänsteman. Vi behöver ej

tvunget tala om fikonspråk, men trots allt har kolleger större möjlighet uttrycka sig på ett språk som båda parter förstår.

Utbildning

Dagens förtroendeläkare autodidakter. Hur skall då en FL vara utbildad för att kunna fullgöra dessa uppgifter? Enligt dagens formella krav fordras endast att FL skall vara leg läkare. Någon ytterligare utbildning för att göra honom mera lämpad finnes f n icke. Dagens FL är autodidakter på det försäkringsmässiga området.

Vilka önskemål och krav skulle man då kunna ställa upp? En förtroendeläkare behöver icke vara en superspecialist utan viktigare är, att han har stor erfarenhet, har ett allmänt sunt omdöme, är allmänt orienterad och följer utvecklingen. Han har ju ej till uppgift att sätta sig till doms över sina kolleger utan att göra en allmän bedömning och se till att patienten får de förmåner, den utredning och den vård, som kan erhållas. Han borde därför vid sitt tillträde ha en utbildning och erfarenhet motsvarande specialist- eller allmänläkarkompetens. Han bör därutöver ha samarbetsförmåga samt äga kollegernas förtroende. Heltidsanställda förtroendeläkare torde ej vara lyckligt, risk föreligger att han då blir en besvärlig byråkrat — dessutom torde det vara värdefullt att han själv har kontakt med levande sjukvård.

Olika kassor torde ha varierande krav på FL utbildning. Små kassor med endast en eller ett par FL behöver allmänorienterade FL, större kassor

har större möjlighet utnyttja specialister och uppdelat ärendena på dessa.

Utbildning efterlyses. Efter anställningen borde varje ny FL erhålla en grundläggande utbildning i försäkringsmässiga frågor. Han bör lära sig behärska gällande lagbestämmelser och deras tillämpning — icke för att fatta beslut utan för att veta hur han skall råda tjänstemännen och för att veta konsekvenserna av de råd han ger. Utöver denna grundutbildning borde finnas en fortlöpande utbildning med information om lagändringar och nya tillämpningsprinciper. Detta skulle i princip kunna ske inom varje FK, men antalet FL i varje kassa är så litet, att en sådan utbildning av förklarliga skäl försummas. Det kan även vara för en tjänsteman svårt avgöra, vad som är matnyttigt för en FL. Dessutom verkar FL över hela kassans verksamhetsgrenar medan den enskilde tjänstemannen som regel endast behärskar ett mindre område av försäkringen. Ingen kassans tjänsteman måste i dag vara så insatt i försäkringsens olika faser som en FL bör vara.

Det vore önskvärt med ofta återkommande repetitionskurser och/eller fortlöpande kompendieinformation till FL. Man kunde tänka sig en överläkartjänst vid Rfv med uppgift att dels ordna och genomföra konferenser och liknande information, dels samla och sprida information om väsentliga lagändringar och tillämpningsföreskrifter (prejudikatsfall etc), samt dels att genom besök å FK och liknande åtgärder befordra en enhetligare bedömning av försäkringsfallen.