

Kunskap och bedömningar i sjukskrivning: En vetenskapsteoretisk studie av det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Lena Eriksson¹ Morten Sager² Carin Staland-Nyman³
Gunnel Hensing⁴

¹PhD, Forskare vid Institutionen för Filosofi, Lingvistik och Vetenskapsteori. E-post: lena.eriksson@gu.se. ²PhD, Lektor vid Institutionen för Filosofi, Lingvistik och Vetenskapsteori, Göteborgs Universitet. E-post: morten.sager@gu.se. ³Forskare, Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet; lektor, Sektionen för Hälsa och Samhälle, Halmstad Högskola. E-post: carin.staland_nyman@hh.se. ⁴Professor vid Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. E-post: gunnel.hensing@socmed.gu.se.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet utformades för en mer enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess men det finns kvarvarande problem i sjukskrivningspraktiken [1]. Kan en del av de problemen hänföras till beslutsstödet utformning? Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka hur beslutsstödet arbetades fram och på vilket sätt sakkunnigas kunskap användes vid dess utformning. Av intervjuerna framkom att en mall med ett färdigt format togs fram vid Socialstyrelsen. Formatet styrde på vilket sätt de sakkunniga kunde bidra med sin kunskap. Mallens format och krav på innehåll "skavde" mot de sakkunnigas beskrivningar av hur läkare gör sina bedömningar vid sjukskrivning och mycket av den kunskap som läkare använder i bedömning fann inget utrymme i mallen.

We examined the process of developing of a medical insurance decision-making support tool intended to ensure uniform assessment of sick leave. Interviewees were medical experts engaged by The National Board of Health and Welfare, and civil servants involved in the production of the decision-making tool. The tool was developed with a strict template for its format that circumscribed the sort of knowledge the experts could contribute. The template's format and content requirements were partly at odds with the medical experts' descriptions of how doctors make assessments regarding sick leave and the experts stressed that the tool must only be used in a consultative capacity, as part of doctors' assessments hinge on experience-based and cannot be included in such general recommendations for sick-leave.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet utformades för en mer kvalitets-säkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess [1, 2]. Mot bakgrund av flera kritiska rapporter kring kvaliteten i sjukintygen och därmed sammanhängande sjukskrivningspraktik bland läkare initierades denna tvärvetenskapliga studie [3, 4, 5, 6]. Standardiseringsstudier är ett livligt forskningsområde inom vetenskapsteori och fokuserar på själva de infrastrukturer som byggs upp när en verksamhet eller praktik ska göras mer enhetlig, och hur dessa strukturer villkorar den praktik man vill påverka [7, 8]. Ett sådant perspektiv kan bidra till att belysa en del av den problematik som läkare kan möta i relation till bedömningar om arbetsförmåga och de verktyg som tillhandahållits för att underlätta denna uppgift [9, 10]. Det specifika syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka hur och på vilka grunder det försäkringsmedicinska beslutsstödet arbetades fram och på vilket sätt sakkunnigas kunskap användes vid utformningen av beslutsstödet.

Metod

Studien baseras på systematisk dokumentanalys och på djupintervjuer med sakkunniga som deltagit i framtagandeprocessen. Det sammantagna intervju- och dokumentmaterialet utgjorde grunden för en kunskapsteoretisk analys [11]. Relevanta dokument såsom utredningar, PM, rapporter och protokoll identifierades. Intervjuer genomfördes med sakkunniga som deltagit i referens- eller expertgrupper och med tjänstemän inom Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Intervjupersoner

identifierades initialt genom Socialstyrelsens förteckning över experter som varit aktiva i framtagandet av beslutsstöden, vilka har sedan hänvisat till andra personer som på liknande sätt varit delaktiga i arbetet. Totalt har 15 personer djupintervjuats varav 9 läkare. Läkarna ingick samtliga i någon av expertgrupperna som var delaktiga i framtagandet av beslutsstödet. Intervjuerna, som bandades, varade i 1.5 till 2 timmar och intervjupersonerna styrde i hög grad vad de ville ta upp. Fördjupande följdfrågor ställdes under intervjuerna. Det anonymiserade intervjumaterialet transkriberades och systematiserades med hjälp av Atlas.ti, som är ett program för bearbetning av kvalitativa data [12]. Text- och intervjumaterialet bearbetades genom upprepade genomläsningar och jämförelser [13, 14]. Teman som identifierats i intervjumaterialet länkades till den övergripande dokumentanalysen. Återkommande teman kodades och analyserades i renodlad form.

Resultat

De sakkunniga som intervjuades var positiva till beslutsstödet övergripande principer [2] och ville bidra till att sjukskrivningspraktiken stramades upp, men poängterade att beslutsstödet endast bör användas som en rådgivande resurs eftersom mycket av det som utgör grunden för läkares bedömningar vid sjukskrivning inte går att fånga i mallen.

Utformningen av den mall som skulle användas för utvecklingen av beslutsstödet gjordes av tjänstemän på Socialstyrelsen innan expertgrupperna kom

in i arbetet. De medicinskt sakkunnigas uppgift bestod i att fylla mallen (eller modellen som är den term som används i citatet nedan) med rekommendationer kring sjukskrivning från sina respektive medicinska specialiteter.

Tjänsteman A, Socialstyrelsen: ”Allting skulle ske väldigt snabbt [med] det här projektet. Det var snabba puckar med regering och departement (...) vi hade ju den här modellen för hur rekommendationerna skulle se ut, den hade ju [tjänsteman F] börjat ta fram. Och han hade börjat ha kontakt med olika specialitetsföreningar för att fylla modellen med alla rekommendationer för olika diagnoser (...) Modellen är själva sjukskrivningsrekommendationen, men den består av olika delar, det är inte bara en rekommendation om tider för hur länge man ska vara sjukskriven utan det finns först en beskrivning av diagnosen med symtom och prognos och behandling och så (...) Andra delen består av en beskrivning av funktion, hur den här sjukdomen påverkar funktionen för personen. Nästa moment är hur sjukdomen... eller hur lång tid det tar för det här sjukdomstillståndet att läka och att man återfår normal funktion, läkningstid. Det i sig utmynnar i en rekommendation av sjukskrivningstider. Alltså hur funktionen påverkas, hur lång tid det tar för den att läka, och utifrån det kan man säga att så här och så här länge borde du vara sjukskriven på heltid eller deltid eller så, vad det kan vara. Så det är likosom modellen när vi pratar om mo-

dellen för rekommendationerna.”

I mallen, som de sakkunniga anmodades att fylla i, ska en linjär koppling mellan diagnos och arbetsförmåga göras via begreppet funktionsnedsättning. Medan de sakkunniga ställde sig positiva till själva grundtanken att strama upp sjukskrivningspraktiken så uppfattades den direkta länken från diagnos till arbetsförmåga som i praktiken svårimplementerad eftersom ett givet sjukdomstillstånd kan påverka förmågan till arbete på varierande sätt. Ett tema som återkom var att den bedömning av arbetsförmåga som en läkare gör är en sammanvägning av anamnestiska uppgifter, intryck och resultat från tidigare patientmöten tillsammans med insikt i patientens omständigheter. Denna typ av sammanvägd kunskap var svår att passa in i den nya mallen. Det var särskilt svårt att bedöma *graden* av arbetsförmåga enligt intervjuerna:

Sakkunnig J: ”Man kan inte förutsäga vilken individ alltid som är arbetsförmögen och vem som är arbetsoförmögen (...) Det är lite så här allmän kunskap (...) Den här diskussionen har ju framförts hela tiden [inom expertgruppen] att sjukskrivning är en bedömning av arbetsförmåga på individuell basis och riktlinjerna är ju en generell beskrivning av olika tillstånd.”

Sakkunnig H: ”Det var jättebesvärligt ... det var mycket fram och tillbaks alltså. Ja därför att... alltså [sådana] sjukdomar är ju väldigt varierande va. En diagnos säger rätt lite om omfattningen och säger rätt

lite om personers förmågor.”

Sakkunnig J: ”Det står ju ofta då om det avviker från beslutsunderlaget, sjukskrivningen. Då ska man ju ange det och varför (...) sjukskrivning är ju visserligen grundad på en diagnos och objektiva fynd i utredningen och status och funktionsbedömning och så men det är ju väldigt mycket utifrån hur den enskilda individen själv upplever sin situation och sin förmåga... så att det är ju väldigt mycket en dialog mellan patient och läkare när man kommer fram till vad som är en rimlig sjukskrivning.”

Sakkunnig E: ”Sedan blev ju inte [Socialstyrelsen] sådär jätteglad i oss därför att vi var ganska besvärliga på det sättet att vi inte ville formulera oss lika kategoriskt som man tyckte att vi skulle göra. Så vi var lite inopportuna eller lite besvärliga kan jag säga. Och det är vi väldigt glada för nu att vi stod fast vid det. Att vi inte gick in med en typ en skrivelse att har man [X diagnos] så kan man vara sjukskriven i två månader därför att verkligheten ser inte ut så, så vår formulering blev ganska gummibandsartad, att det beror på när men... med hänsyn till olika variabfaktorer och sådant. Så att det blev ganska mycket upp till den enskilde doktorn att tolka hur dålig eller hur sjuk ens patient var (...) Sen kan jag faktiskt säga att vi fick lite grann rätt i efterhand, för det blev jättemycket kritik mot en del av de där skrivelserna där det var väldigt kategoriskt. Min tolk-

ning så här efteråt är att det som vi formulerade och uttryckte här var mycket närmre det som ligger i professionen och i verkligheten och som då kan bli användbart. Och det var ju litegrann vår uppgift också att det här skulle ju vara ett dokument som vi kände skulle kunna användas och som hade en trovärdighet i professionen.”

Intervjuerna visade att det inom Socialstyrelsen fanns en uttalad ambition att gradvis träna läkare till att skriva intygen på rätt sätt. En detaljerad beskrivning av patientens situation tillsammans med en diagnos ansågs inte vara en tillräcklig grund för att fatta beslut om en sjukskrivning. I såväl dokument- som intervjumaterialet framgick att utlåtanden bedöms som undermåliga om de inte kan understödjas av mätningar eller andra typer av test, alternativt formuleras i termer som exakt beskriver de begränsningar som hindrar patienten från att utföra specifika arbetsuppgifter. I intervjuer med tjänstemän på Socialstyrelsen och Försäkringskassan tydliggjordes vikten av att ”bedömningsfynd” fanns representerade i det medicinska underlaget, i en form som går att förstå separat från läkarens övergripande kunskap om patienten och inblick i dennes situation. Läkarens bedömning måste dokumenteras och valideras med hjälp av ”objektiva” mätresultat eftersom en handläggare måste kunna följa och validera det underlag som läkaren baserat sin bedömning på. Tanken med beslutsstödet var att tillhandahålla en resurs som strukturerar tänkandet och praktiken runt intygsskrivandet och reglerar

interaktionen mellan läkare och Försäkringskassan. I citaten nedan lyfts denna aspekt fram av tjänstemän på Socialstyrelsen och Försäkringskassan:

Tjänsteman F, Socialstyrelsen: ”Hela stödet kan man säga bygger på den här samtidigheten. En av de saker som är unikt med det här är att det riktar sig samtidigt [till läkare och handläggare]. Och det ger en effektfullhet till det här som skulle varit svår att nå annars. Alltså att det finns en aktör som använder det här i sin dialog med en annan aktör, det som tvingar fram ett användande så att säga.”

Tjänsteman F, Socialstyrelsen: ”Hur man ska skriva de här avstegen är förstås inte lätt, det är en evolution på gång där. Läkarkåren lär sig detta och blir bättre på det, samtidigt som Försäkringskassan skruvar upp sina anspråk och sin ambitionsnivå, så på det viset driver de här systemen varandra.”

Tjänsteman G, Försäkringskassan: ”Kan bara doktorn, om doktorn förstår det, det mer medicinska sammanhanget, det vill säga, vad som faktiskt ska beskrivas och förmedlas till försäkringen, då har ju doktorn fortfarande makten (...) Men all den stund doktorn inte har förstått det, utan fortsätter med halvkväden eller ofullständig information eller information som inte är av försäkringsmedicinsk stringens, då har man ju förflyttat makten, för att då har man ju då hjälpmedel i form av beslutsstöd och man har,

eh, ja kanske andra kunskapskällor också som man då kan hänvisa till för att gå emot doktors önskemål om sjukskrivning.”

Diskussion

Det är några teman som står fram som huvudfynd efter analys av dokument och intervjuer och som illustrerats med citaten i resultatdelen. Ett tema är mallen, som utformades på förhand och användes som utgångspunkt för utformningen av beslutsstödet. Relaterat till det är de medicinskt sakkunnigas återkommande beskrivning av att mallen till en del motsvarar det som läkare gör när de bedömer sjukskrivning, men en annan del lämnas helt utanför det försäkringsmedicinska beslutsstödet eftersom mallen saknar plats för denna andra del. Den utlämnade delen handlar om läkarnas kliniska erfarenhet i kombination med deras kunskap om patienters specifika situation. Det tredje temat kan beskrivas som en intressant skärningspunkt mellan mallen och Socialstyrelsens uttalade ambition att forma hur läkarna kommunicerar med Försäkringskassan och de sakkunnigas beskrivning av hur läkare faktiskt gör när de bedömer sjukskrivning. Det finns en inbyggd begränsning av vilka aspekter av läkares bedömningar som kan kommuniceras till Försäkringskassans handläggare via sjukintyget och denna begränsning fanns också representerad i den mall som användes till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Läkares expertis innefattar en helhetssyn och insikt i patientens livsvillkor, vilket möjliggör en individualiserad och nyanserad bedömning av vilka behandlingar som

kan antas ge bäst resultat. Denna förmåga att bilda sig en uppfattning om en patients kontext, koppla den till den ställda diagnosen och omsätta helheten i en behandlingsplan utgör en central del av läkares kliniska kunskap [15]. Det kliniska samtalet kan inte enkelt översättas varken till ett standardiserat sjukintyg [16] eller en mall med generella rekommendationer för sjukskrivningstider [17]. Beslutsstödet baseras på ett linjärt tänkande där en sjukdom leder till en viss funktionsnedsättning, vilket i sin tur är den som begränsar förmågan att arbeta. I vissa fall finns denna linje och bedömningarna kan vara relativt enkla att göra. I de fallen är beslutsstödet bra för att t.ex. motverka regionala skillnader och stödja läkares beslut. I andra fall är denna linje inte evident men läkare måste ändå förhålla sig till den genom att förklara varför ”avsteg” gjorts från det beslutsstöd som endast ska ha en rådgivande funktion och ”avsteget” ska också motiveras i enlighet med samma linjära logik.

En förklaring till en del av de problem man upplevt i gränssnittet mellan läkare och handläggare kan ligga i dessa skilda sätt att närma sig området arbetsförmåga. En annan förklaring är att bedömningar till sin natur är subjektiva men läkares expertkunskap fungerar inte längre som en implicit garant för ett besluts medicinska validitet utan måste illustreras i form av mätbara resultat (som t ex trapptest för att illustrera orkeslöshet) eller åtminstone beskriva de konkreta arbetsmässiga konsekvenserna av den medicinskt definierade åkomsten. Ett möjligt sätt att förstå saken är att den relevanta sjuk-

skrivningskunskapen alltmer flyttas från läkarkåren till Försäkringskassan. Om det är så kan läkares roll i sjukskrivningsärenden utvecklas mot att fungera mer som en serviceenhet som tillhandahåller underlag för bedömningar av arbetsförmåga snarare än att göra arbetsförmågebedömningen. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU) som är under implementering tyder på detta. Vid AFU kommer man att begära medicinsk och funktionsbedömning utförd av läkare med särskild utbildning som ett underlag i bedömningen. AFU ska användas av handläggare som ett stöd för dem att fatta beslut och här utökas information från beslutsstödet till att också omfatta beskrivningar av olika typer av arbeten, vilka uppgifter de tenderar att inbegripa och de belastningar som dessa kan innebära. Vad beslutsstödet och det nya AFU kommer att innebära för samverkan mellan Försäkringskassans handläggare och läkare som skriver medicinska underlag och bedömningar återstår att se.

Slutsats

Vi fann i denna kvalitativa studie sammanhängande vikten av att strama upp sjukskrivningspraktiken men en tydlig skärningspunkt i vilken typ av kunskap som bör ligga till grund för en bedömning av sjukskrivningsbehov. Den mall som arbetet utgick från hade en linjär logik från diagnos till arbetsförmåga medan läkares bedömningar också baseras på klinisk erfarenhet och kunskap om specifika patienter. Dessa olika perspektiv kan vara bidragande i de återkommande rapporterna om att läkares intyg till Försäkringskassan inte håller måtten. Man kunde vända

på perspektivet och fråga sig om mallar och blanketter håller måttet och ger läkare möjlighet att beskriva komplexiteten i hur sjukdom, funktion och förmåga att arbeta samspelar med individuella förutsättningar, arbetsmiljö och livsvillkor.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. 2011 [accessed 2011-06-24]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
2. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: Övergripande principer för sjukskrivning. 2011 [accessed 2011-06-24]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandeprinciperfor-sjukskrivning>
3. Grees N, Aili K, Odelmark J. Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning. Rapport 2011:8. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF); 2011.
4. Riksrevisionen. Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?: RiR 2009:07. Stockholm; 2009.
5. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Socialförsäkringsrapport 2011:7. Stockholm: Försäkringskassan; 2011
6. Watz Forslund I, Lidwall U. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. En rapport om användandet, motiveringar till överskriden tid samt förändringar i sjukskrivningsmönster. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
7. Timmersmans S and Berg M. The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press; 2003.
8. Bowker G and Leigh Star S. *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press; 1999.
9. Vahlne Westerhäll L, Thorpenberg S, Jonasson M. Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen Styrning, legitimitet och bevisning. Stockholm: Santérus; 2009.
10. Timmermans S and Oh H (2010) The Continued Social Transformation of the Medical Profession. *Journal of Health and Social Behavior*; 2010: 51; 94 – 106.
11. Coffey A, Atkinson P. *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996.
12. ATLAS.ti. Version 5.0. [Computer software] (2nd Edition) Berlin, Scientific Software Development; 2004.
13. Krippendorff, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
14. Denzin K, Lincoln, Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
15. Malterud, K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*; 2001;358, issue 9279; 397-400.
16. Vahlne Westerhäll L, Thorpenberg S, Jonasson M. Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen Styrning, legitimitet och bevisning. Stockholm: Santérus; 2009.
17. Eriksson L, Sager M, Staland-Nyman C, Hensing G. Expertis, sjukskrivning och mötet mellan normal och post-normal vetenskap. *Socialvetenskaplig tidskrift*; 2014: 2.