

Försäkringsmedicinska utredningar
på Previa i Växjö, 2005-2007
- hur överensstämmer bedömning och utfall efter 1 år?

Jan Fornander
företagsläkare
AB PREVIA
Honnörsgatan 16
35236 Växjö
tel. 0470-726730
e-post jan.fornander@previa.se

Handledare
Med dr, dl Christer Petersson, FoU-centrum Kronoberg.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning	sid 2
Sammanfattning	sid 3
Inledning	sid 4
Undersökt grupp	sid 4
Metod	sid 5
Resultat	sid 6
Diskussion	sid 8
Konklusion	sid 9
Litteraturreferenser	sid 10

SAMMANFATTNING

Försäkringsmedicinska utredningar på Previa i Växjö, 2005-2007

- hur överensstämmer bedömning och utfall efter 1 år?

Jan Fornander, företagsläkare, Previa, Växjö.

Handledare: Med dr, dl Christer Petersson, FoU Kronoberg.

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2008/2009.

Bakgrund

Försäkringskassan (Fk) tar hjälp av företagshälsovården på Previa i Växjö för försäkringsmedicinska utredningar (FMU). Övergripande kunskap om den undersökta gruppen och resultatet av bedömningarna saknas på Previa och Fk i Växjö.

Syfte

Beskriva målgruppen, granska Previas utlåtanden och de beslut handläggare på Fk gör efter 1 år, med stöd av utredningarna. Kvalitetskontroll av Previas handläggning av FMU.

Metod och undersökt grupp

Journal- och registerstudie. Den undersökta gruppen är hämtad från Previas register över 48 konsekutiva försäkringsmedicinska utredningar 2005-2007.

Viktigaste resultat

Ett år efter försäkringsmedicinsk bedömning erhöll hos de flesta undersökta individerna fortsatt ersättning i sjukförsäkringssystemet och överensstämmelsen mellan Previas bedömning och försäkringskassans beslut var god.

Över hälften av de undersökta individerna hade varit arbetsoförmögna i mer än 2 år och var givna i genomsnitt 2-3 sjukdomsdiagnoser vardera.

Konklusion

En multiprofessionell försäkringsmedicinsk bedömning på företagshälsovård ger god överensstämmelse mellan prognos och försäkringskassans beslut, både på grupp- och individnivå, efter 1 år.

INLEDNING

En stor del av arbetet som företagsläkare ägnas åt förebyggande och rehabiliterande insatser. Granskning av den egna verksamheten gäller rutiner och olika utfallsmått. Kunskapen om de personer som genomgått FMU på Previa är sparsam och inte systematiserad. Det finns behov av att granska FMU-processen och förbättra Previa kunskap om utfall av intygsbedömningar och Fk's beslut.

De flesta sjukfall är kortvariga och leder till arbetsåtergång utan åtgärd från sjuk- eller företagshälsovårdens sida.

Den som blir sjukskriven mer än 2-3 månader har svårare att återvända till sitt arbete eller arbetslivet i stort (11). Personer med sjukersättning vänder åter till arbetslivet i ytterst liten omfattning (14).

Försäkringskassan har haft ett samordnande rehabiliteringsansvar för dessa personer och beställt olika typer av försäkringsmedicinska bedömningar och rehabiliteringsbedömningar av olika aktörer.

På företagshälsovården Previa, i Växjö, arbetar 23 personer i Kronobergsdistriktet, operativa kompetenser är läkare, psykologer, beteendevetare, sjukgymnaster, arbetsmiljöingenjör, företagssköterskor/rehabsamordnare. I enstaka utredningar sker samarbete med Arbetslivsresurs, ALR.

Utredningarna är multiprofessionella, omfattande och kostsamma. De ligger sedan till grund för beslut som kommer att påverka människors liv för lång tid framöver.

Detta vore värdefullt för utformning av utredningarna att få återkopplat de beslut som insatsen leder till, som en del i kvalitetsarbetet, vilka vårdgivaren är skyldiga att utföra (12).

I litteraturen återfinns inga undersökningar som redovisar ettårsresultat av försäkringsmedicinska utredningar. Olika mindre studier görs fortlöpande för utvärdering av värdet av olika instrument såsom **Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAM**ordnad rehabilitering - SASSAM (2,10), **PI**lotinsatser för **L**ångtidssjuka i **A**rbete - **PILA** (1), **S**ärskilt **L**äkar**U**tlåtande - **SLU** (4), m fl.

Det är välkänt att sjukskrivningens (SS) och sjukersättningens (SE) längd är avgörande för förmågan till återgång i arbete. En av de viktigaste faktorerna är individens egen tilltro på sitt eget värde och sin egen förmåga (5,6,7). Patienten och rehabiliteringsteamet har ibland motstridiga uppfattningar om arbetsförmågan.

UNDERSÖKT GRUPP

Den undersökta populationen består av personer som genomgått försäkringsmedicinsk utredning på Previa i Växjö. Urvalet har gjorts i form av 48 konsekutiva bedömningar från maj 2005 till april 2007 och är hämtade ur Previas register.

Den undersökta gruppen hade en övervikt av kvinnor, 35/48 (73 %) (1), medelåldern för män och kvinnor är ungefär lika, kring 50 år. Kön- och åldersfördelning ses i tabell 1.

Tabell 1. Kön- och åldersfördelning

Kön	Ålder		
	Medel	Median	Spridning
Man n=13	51	51	39-63
Kvinna n=35	48	47	34-60

Av tabell 2 framgår att 13/37 (35 %) var ensamstående. För 11 personer fanns inga aktuella uppgifter.

Tabell 2. Sociala förhållanden

Kön	Familjeförhållanden		
	Ensamstående	Sambo/gift	Ingen uppgift
Man n=13	5	3	5
Kvinna n=35	8	21	6

Utbildningsnivån var överlag låg, endast en mindre del, 6/43 (14 %) hade postgymnasial utbildning, alla var kvinnor, se tabell 3.

Tabell 3. Utbildning

Kön	Utbildningsnivå				
	Folk/grundskola	Gymnasium	Yrkesskola	Högskola	Ingen uppgift
Man n=13	4	4	5	0	0
Kvinna n=35	5	8	11	6	5

En mindre del av de undersökta var utlandsfödda, 3/39 (8 %), se tabell 4.

Tabell 4. Etnicitet

Kön	Ursprung			
	Svensk	Europé	Utomeuropé	Ingen uppgift
Man n=13	8	0	0	5
Kvinna n=35	28	2	1	4

METOD

Undersökning har gjorts som en retrospektiv journal/registerstudie. En förstudie har gjorts för att formulera ett basprotokoll.

Previas journalhandlingar har studerats för att kartlägga gruppen, se tabell 1-4, och sedan har motsvarande handlingar på Fk i Växjö granskats, för att se vilket beslut som tagits av handläggaren med stöd av uppgifterna i utredningen.

Tidpunkten för studiens datainsamling, våren/sommaren 2008, var inte optimal eftersom den sammanföll med införandet av ny försäkringslagstiftning och omorganisation på Försäkringskassan. Det formella beslutet att få tillträde till kassans handlingar dröjde därför många månader. Försäkringskassan har delvis datoriserat sina rutiner och handlingar. Beslut som rör klienterna under senare år finns nu i det datoriserade ärendehanteringssystemet, ÄHS. En del äldre handlingar är pappersdokument. Previas handlingar är datoriserade. Kopia på utredningarna finns samlade i journalarkivet.

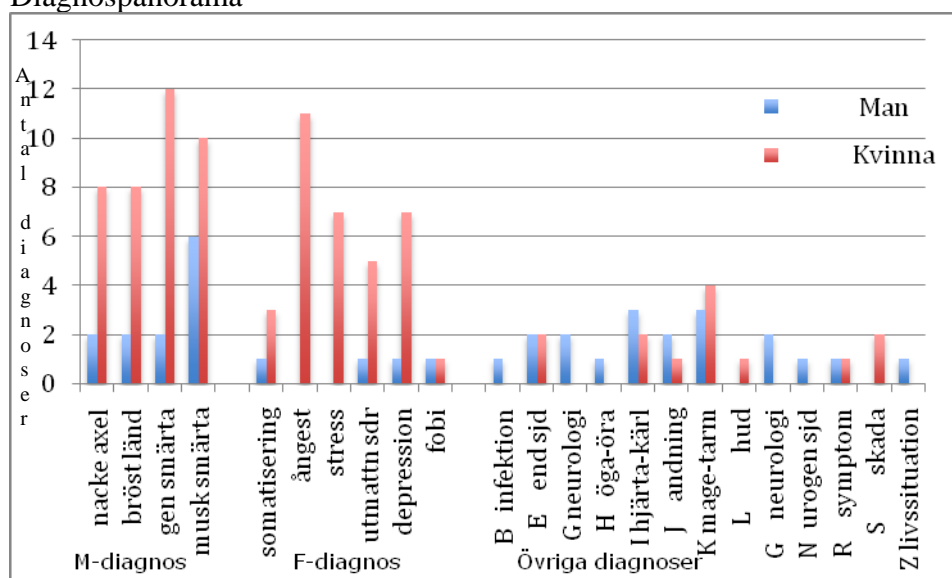
Bortfall har skett genom att en del personer flyttat till annat län och för dessa har beslut som endast registrerats i pappershandlingar på Fk inte varit tillgängliga för vår bedömning. För en del personer har inte försäkringskassans beslut kunnat utläsas ur akterna. Orsaken är i vissa fall fördröjda beslut, i andra fall att handlingarna inte är kompletta eller tillgängliga.

Speciell databehandling o/e statistisk analys har inte genomförts. Endast enklare deskriptiv analys har gjorts.

Ansökan till etisk kommitté är inte gjord eftersom arbetet är en kvalitetskontroll.

RESULTAT

Diagnospanorama



Figur 1. Diagnospanorama. M-, F-, respektive övriga diagnosgrupper.

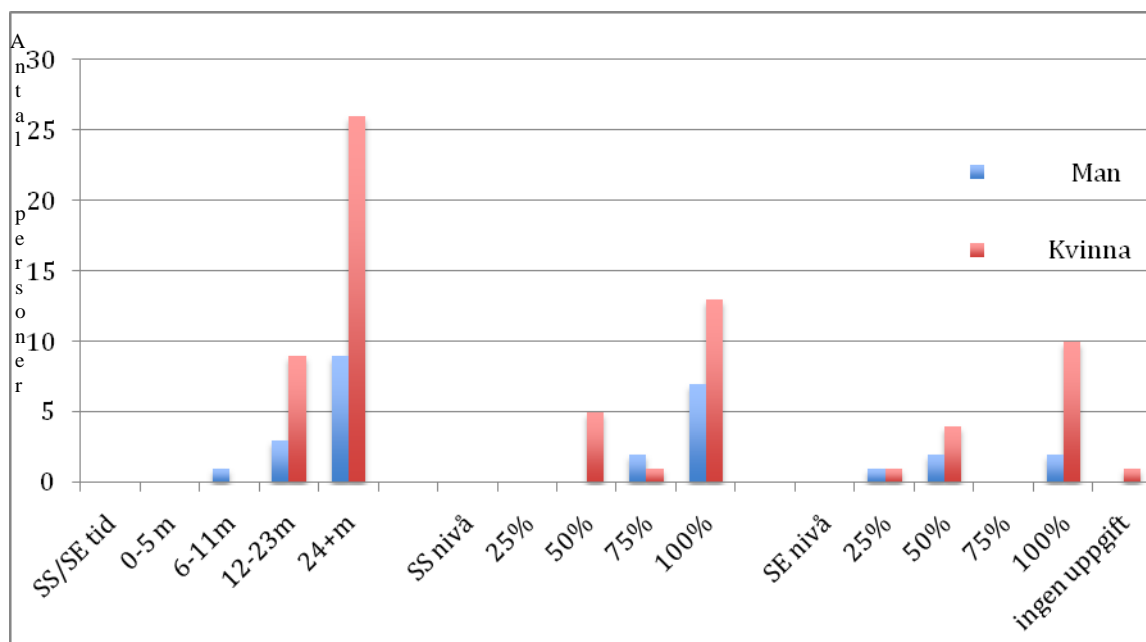
Huvuddiagnoserna registrerade vid bedömningen på företagshälsovården kategoriserades som muskuloskelettala diagnoser "M", psykiatriska diagnoser "F" samt "övriga" relevanta diagnoser "B-Z"(8). Se figur 1.

Endast de diagnoser som uppfattades ha betydelse för sjukskrivning respektive sjukersättningen registrerades vid bedömningen på Previa.

För muskuloskelettala diagnoser fann jag ingen större skillnad mellan könen, männen hade 0,9 M-diagnoser/person och kvinnorna 1,1. Däremot sågs tydlig skillnad i fördelning av psykiatriska och "övriga", huvudsakligen somatiska, diagnoser där männen hade 0,3 F-diagnoser/person medan kvinnorna hade 1,0. Männen hade 1,5 övrig diagnos/person och kvinnorna 0,4.

Sammanlagt hade de undersökta individerna erhållit mellan 2-3 relevanta sjukskrivningsdiagnoser; männen 2,7 diagnoser/person och kvinnorna 2,5 diagnoser/person.

I den undersökta gruppen var sjukfrånvaron genomgående långvarig vid tidpunkten för bedömningen på Previa, se figur 2.



Figur 2. Tid, art och grad av SS/SE före bedömning på Fhv.

För 35/47 individer (74 %) var den 2 år eller längre. Sjukskrivningstider på 3-4 år var vanligt förekommande. Sjukskrivningstiderna oftast fleråriga, den längsta 13 år, på deltid.

32/47 personer (68 %) hade heltidsersättning från Fk. Av dessa var 20/47 (43 %) helt SS och 12/47 (26 %) hade hel SE. Övriga hade deltid ersättning i någon form.

För en person, som var arbetslös (2 %) saknas säker uppgift om sjukskrivningsstatus.

Tabell 5. Prognos vid försäkringsmedicinsk utredning jämfört med utfall efter 1 år, enligt Försäkringskassans handlingar.

Nedsättning av arbetsförmåga, SS + SE	Prognos efter bedömning på Previa			Fk beslut efter 1 år		
	Man	Kvinna	Alla	Man	Kvinna	Alla
100 %	8	17	25	8	13	21
75 %	0	0	0	0	1	1
50 %	0	9	9	2	8	10
25 %	1	2	3	0	0	0
0 %	0	4	4	1	5	6
Kommer i arbete senare	1	2	3			
Ingen uppgift	3	1	4	2	8	10
Totalt antal personer			48			48

Totalt erhöll efter 1 år minst 32 individer (67 %) ersättning från sjukförsäkringssystemet. Kassans beslut visar att 4/38 personer (11 %) var sjukskrivna efter 1 år medan 28/38 personer (74 %) hade erhållit SE. Av dessa bedömdes 39 % som varaktiga och 61 % med tidsbegränsning. 6/38 individer, (16 %), hade efter 1 år inte längre ersättning från Fk.

På gruppnivå bedömde Previa att 25/48 (52 %) personer var helt och 12/48 (25 %) delvis arbetsförmögna efter 1 år. I 7/48 fall, (15 %), gav bedömningarna på företagshälsan inte någon prognos om SS/SE -graden efter 1 år. För 3 personer (6 %) beskrevs behov av kompletterande utredning och i 4 ärenden (8 %) kunde inte svaret utläsas. Bortfallet på Fk i form av bristande uppgifter om beslut var efter 1 år 10/48 (21 %).

På individnivå överensstämde Previas och försäkringskassans beslut till fullo för 27/47 personer (57 %). Helt motsatt uppfattning fanns för 3 individer där 2 av dem bedömdes ha full arbetsförmåga men ändå erhöll full ersättning från Fk medan en individ ej bedömdes arbetsför och ändå inte tillerkändes någon ersättning.

Av övriga 18 personer bedömdes 4 individer inte ha arbetsförmåga men tillerkändes partiell ersättning. För övriga 14 personer saknades uppgifter i Previas bedömning eller på Fk.

DISKUSSION

Detta är en enkel journal- och registerstudie med det dubbla syftet att granska innehåll och kvalitet på utlåtandet för personer som genomgått försäkringsmedicinsk utredning på Previa i Växjö och jämföra med försäkringskassans beslut i ärendena.

En försäkringsmedicinsk utredning är en allsidig funktionsutredning beträffande både medicinska, sociala och psykologiska förmågor/begränsningar och funktioner/funktionsnedsättningar. Både förmågor och funktionshinder beskrivs i utlåtandet.

Försäkringsmedicinsk utredning görs oftast på uppdrag av Försäkringskassan för ge tillgång till bredare beslutsunderlag vid bedömning av rätten till sjukersättning/sjukpenning och behov av rehabilitering.

Den initiala frågeställningen gällde om resultatet av en noggrann multiprofessionell bedömning på Previa därefter överensstämmer med besluten på Fk. Det är både en processuppföljning och kvalitetskontroll. Svarar uppdragstagaren med sådan kvalitet att beställaren är nöjd och får adekvat underlag för sina beslut?

God kvalitet anser jag finnas när intygen ger preciserad bedömning eller prognos på kortare eller längre sikt av arbetsförmågan samt att försäkringskassans bedömning har genomförts eller påbörjats inom ett år efter intygsskrivandet.

Eftersom beslut om fortsatt handläggning inte kommuniceras till intygsskrivaren kan inte frågan besvaras ifall inte resultatuppföljning liknande denna studie genomförs.

Högre ålder och kvinnligt kön innebär ökad risk för långa sjukfall och förtidspensionering (11). I den undersökta gruppen var 13/37 (35 %) ensamstående. Det finns en högre sjuklighet hos ensamstående och kunskap om att sjuklighet är starkt kopplad till social bakgrund (3).

Den undersökta gruppen hade en övervikt av kvinnor, 35/48, (73 %)(1). Liknande könsfördelning framträder i många sjukskrivningsundersökningar.

Till kvinnornas problematik hör att de genomgående haft längre sjukskrivningsfrånvaro och sjukersättningstider än männen före vår bedömning, samt att de kännetecknades av tredubbelt fler F-diagnoser än männen men av ungefär samma antal M-diagnoser. Männen har tredubbelt fler av övriga, huvudsakligen somatiska, diagnoser. Man kan undra om det avspeglar skillnader i könsroll och livsvillkor eller möjligen att kvinnors sjuklighet lättare ikläds psykiatrisk än somatisk klädedräkt.

Endast en mindre del av populationen, 13 %, hade universitets- och högskoleutbildning. Alla dessa högutbildade var kvinnor. Skillnaderna i sjuklighet för människor med olika

utbildningsbakgrund är stor, enligt folkhälsorapporten, 2005 (3). Grundläggande forskning har gjorts av Marmot i Whitehallstudierna (10).

En mindre andel av den undersökta populationen är utlandsfödd, 3/48, (6 %).

2008 var andelen utlandsfödda i Sverige 11 %. För vissa sjukdomar, som diabetes mellitus har utomeuropeiskt ursprung stor betydelse för översjuklighet på grund av ärftliga faktorer. Invandrarsituationen i sig medför besvärligare livsvillkor med ökad psykosociala påkänningar. Karin Johannisson har beskrivit att umbäranden, könsroll och olika kulturella mönster avspeglar sig i sjuklighet (7). Var tid har sina (kultur)sjukdomar.

På grund av lång SS- och SE-tid kan man redan obesett resultaten förmoda att antalet personer som återgår i arbete inom 1 år skulle vara få. Så var också fallet.

Ofta kan dessa långa sjukskrivningar ha förorsakat mentala problem och livsstilsanpassningar som kräver flera år av åtgärder innan återgång i arbete kan bli en möjlighet.

Några få sjukärenden avslutades eftersom en del individer inte ansågs kvalificerade för vare sig SS eller SE.

Försäkringskassans beslut tyder på en likartad eller något striktare bedömning än vad utlåtandet från Previa prognostiserar.

I bedömningen av hel arbetsförmåga är samstämmigheten relativt god; 25 individer jämfört med 21 individer vid försäkringskassans beslut, efter 1 år. När det gäller halv arbetsförmåga, 9 individer jämfört med 10 individer i kassans beslut.

Också när det gäller avslutad SS och SE syns även där en överensstämmelse mellan prognos och beslut, 4 individer jämfört med 6 individer. Detta avspeglade både indragna förmåner och återgång i arbete.

Vid lång frånvaro från arbetslivet behövs tid för återanpassning vid inträde på arbetsmarknaden. Handläggarnas val att lägga individerna ”på vänt” genom en större del beslut om tidsbegränsad SE än deltids SS är därmed förståelig. (9 respektive 2 individer) Kompetens och professionalism hos handläggarna har stor betydelse för bedömningen av ärendena, vilket påpekas i Hansen Falkdahls, Bennerholms, och Torgéns studier (1,5,13). I min undersökning finns en god överensstämmelse mellan prognos och utfall vilket kan avspegla goda kompetenser i bägge organisationerna och en samsyn i bedömning av rehabiliteringsförlopp och individbehov.

Bortfallet var på Previa 15 % och på Fk 21 %. Det ökar osäkerheten i bedömningen något. Bortfallet av personuppgifter förefaller ej bero på systematiskt bortfall av någon särskild grupp utan var fördelat bland könen och olika ålderskategorier.

Förslag till fördjupning av studien:

Kunskaperna om individernas situation kan kompletteras med en patientenkät där också individen kan beskriva sin upplevelse av kontakten med företagshälsovård och försäkringskassa.

Utförs de behandlingsrekommendationer som utredningen ger? Vill patienterna ha och ta emot sådan behandling?

KONKLUSION

En multiprofessionell försäkringsmedicinsk bedömning på företagshälsovård ger god överensstämmelse mellan prognos och försäkringskassans beslut, både på grupp- och individnivå, efter 1 år.

Den undersökta gruppen som genomgått försäkringsmedicinsk utredning utgörs till största del av personer med långa sjukfrånvarotider, de flesta av dem under flera års tid.

Återgång i aktivt arbete utan socialförsäkringsbidrag är inte vanlig.

Dokumentation och slutsatser i handlingarna på Previa har i vissa delar varit svåröverskådlig och dokumentation och beslut i försäkringskassans handlingar är bristfällig eller saknas, vilket lett till bortfall i studien. En tydligare formulering i Previas intyg samt tidigare och bättre dokumenterad bedömning på försäkringskassan skulle minska bortfallet och förbättra kvaliteten i intyg och ärendehandläggning.

Undersökningarna har ofta bemötts positivt av den försäkringsmedicinskt utredde personen i samband med läkarens återkoppling av utredningsresultatet. Många förmedlar en upplevelse att för första gången "blivit sedda".

Tack till mina medhjälpare på:

Försäkringskassan i Växjö: Peter Burman, Viola Thors, Peter Johansen och Bengt Lonér.

Previas i Växjö: Bengt Lonér och Marianne Björk.

LITTERATURREFERENSER

1. Bennerholm C. *PILA-Projektet tillför det något för bedömning av sjuksättning eller rehabiliteringsbehov?* Göteborg: Projektarbete vid Institutionen för Samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet; 2008.
2. Fahlström M. *Utvärdering av tjänsten multidisciplinär teambedömning*. Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; 2006/2007.
3. Folkhälsorapport 2005. Stockholm. Socialstyrelsen; 2005: 334-356.
4. Försäkringskassan analyserar. Stockholm: *Särskilt läkarutlåtande*. Försäkringskassans metodunderökning 2004; 2005:15
5. Hansen Falkdahl A. *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete – viktiga faktorer för tidig bedömning*. Socialmedicinsk tidskrift 2007; 84; 411-19.
6. Jansson L. Uppfattning om arbetsförmåga – patientens uppfattning i jämförelse med ett multidisciplinärt rehabiliteringsteamets bedömning. Projektarbete i forskningsmetodikkurs 2004-2006, Allmänmedicinskt Centrum, Sörmlands läns landsting.
7. Johannisson K. *Hypokondri - kroppens retorik*. Stockholm: 90TAL; 1996;17.
8. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), svensk version av ICD 10. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
9. Marmot M. *Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
10. Pålsson M. *Vad är det som orsakar hög sjukfrånvaro?* Magisteruppsats Södertörns högskola vt. 2006.
11. SBU-rapport 167, *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.

12. Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 2005:12 (M)
Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
13. Torgén M, Josephson M. *Bedömning av arbetsförmåga vid sjukskrivning*. Rapport nr 3/2008. Arbets- och miljömedicin. Uppsala.
14. Vägen tillbaka. *En beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning*. Försäkringskassan analyserar. Stockholm: Försäkringskassan, Försäkringsdivisionen, Enheten för forskning och utveckling; 2007:12.