

4 Läkarna som grindvakter i praktiken – fem patientfall

4.1 Undersökningsmetod

Den undersökning, som genomförts av hur läkarna i praktiken hanterar sin uppgift som grindvakt bygger på konkreta fallbeskrivningar. Utifrån svensk försäkringsmedicinsk erfarenhet har fem patienthistorier konstruerats (beskrivs i avsnitt 4.2). De representerar sammantaget en stor del av de svårbedömda sjukfall som svenska läkare ställs inför. Ett frågeformulär med sjukförsäkringsrelaterade frågor för dessa patientfall har skickats till två försäkringsmedicinska experter i vart och ett av de studerade länderna (se bilaga 2). I Sverige, som är det land vi av naturliga skäl i först hand vill kontrastera mot övriga länder, har enkäten sänts ut till ytterligare två försäkringsläkare utspridda över landet.

En fråga har även ställts om ”hur vanligt förekommande” denna typ av ärenden är i landet, d.v.s. den mängd sjukskrivningsfall de medicinska rådgivarna konfronteras med. De medicinska rådgivarna konfronteras i allmänhet endast med de svårbedömda fallen. Kortare sjukfall, som inte hinner bli föremål för hans/hennes bedömning, och inte annars väcker en medicinsk rådgivares intresse, beaktas därför *inte* i denna bedömning. Genom att ställa denna kontrollfråga till alla länders försäkringsläkare har vi kunnat försäkra oss om att dessa patientfall inte enbart är vanligt förekommande i Sverige.

Urvalet

Fjorton läkare (3 kvinnor och 11 män) i sju länder utanför Sverige har valts ut strategiskt. De tillhör alla det ledande skiktet av försäkringsmedicinska sakkunniga i sina respektive länder och har lång försäkringsmedicinsk erfarenhet, i genomsnitt drygt 17 år med en spännvidd på 10–25 år. Flertalet har tidigare arbetat inom allmänmedicin i primärvården. Några har andra medicinska specialiteter, t.ex. invärtesmedicin, klinisk fysiologi, ortopedi, psykiatri eller socialmedicin. Någon har kompletterande utbildning i juridik, flera är vetenskapligt skolade eller aktiva på minst akademisk doktorsgrad d.v.s. motsvarande docent eller professor. En del av dem är även i dagsläget kliniskt verksamma vid sidan av sitt försäkringsmedicinska uppdrag. Läkarnas medelålder är cirka 55 år.

De fyra svenska läkare som svarat på enkäten har ungefär samma kompetens och erfarenhet som läkarna från de övriga länderna. Den försäkringsmedicinska erfarenheten är mellan 8–20 år med ett medelvärde på 16 år, och deras medelålder är cirka 54 år. De svenska deltagarna är strategiskt valda utifrån syftet att spegla bedömningar som görs i läkarkåren i de delar av landet som har såväl hög som låg sjukfrånvaro. Två norrlandslän finns representerade, Norrbotten och Jämtland med relativt hög sjukfrånvaro och två sydsvenska, Kronobergs län, med historiskt låg frånvaro, samt Blekinge län. Dessa län har valts bl.a. för att skapa jämförbarhet med tidigare studier, där skillnaden i bedömningen av enskilda fall bland läkare från olika delar av landet, studerats (se Edlund m.fl. 2003).

Metodproblem, generaliserbarhet av resultaten

Två av de totalt 18 tillfrågade läkarna tackade nej till att delta. I stället tillfrågades två andra läkare i de berörda länderna. Båda accepterade att delta. Samtliga 18 läkare har svarat på enkäten. På några enstaka frågor fanns ett visst partiellt bortfall.

De svarande har inte enbart tillåtits, utan även rekommenderats, att samråda med andra kolleger och experter för att deras svar, i så hög utsträckning som möjligt, ska återspegla den ”allmänna bedömningspraxisen” hos de aktörer, som gör bedömningar om sjukskrivning.

4.2 Patientfallen

Patientfallen representerar fem olika vanligt förekommande mänskliga livssituationer i Sverige. De medicinska besvären för människor i dessa medicinska och sociala situationer är oftast svårvärderade och bristen på objektiva sjukdomsfynd är stor. De uppgivna symtomen stämmer ofta dåligt överens med de sjukdomstillstånd, som läkaren tillägnat sig medicinsk kunskap om under sin utbildning och sin yrkesverksamhet. Ibland finns dessutom en okunnighet om arbetsplatsens ”krav” på patienten. Okunskap om patientens arbetsplats och bristande kunskaper i själva ”sjukskrivningskonsten” och regelverket kan vara bidragande orsaker till att läkaren inte kan göra en kritisk värdering av de upplevda symtomens betydelse för arbetsförmågan i det enskilda fallet (Mikaelsson o.a., 2001).

Arbetsförmåga *oavsett närvaro eller icke närvaro av objektiva medicinska symtom/sjukdom* är avgörande för om sjukskrivning kan accepteras enligt regelverket. Läkarens ”dubbla” roller med lojalitet såväl mot patientens önskemål, som mot lagstiftningen (i Sverige AFL) och tillsynsmyndighetens krav på läkaren i hans eller hennes egenskap som samhällets medicinska expert i intygssammanhanget är ett känt och ett ofta frustrationsskapande problem. I de fem ”typfallen” kommer den motsägelsefulla läkarrollen i tydlig belysning.

4.2.1 Fall 1

Kvinna, 35 år gammal. Har arbetat heltid i varierande kontorsjobb. Skilsmässa för ett år sedan. Har ett barn, tre år gammalt.

Har varit sjukskriven heltid, intygat av läkare sedan fem veckor för en epicondylit ("tennisarmbåge") i höger armbåge. Är högerhänt. Fram till idag ännu inte smärtfri vid rörelser i armbågen, trots injektioner av steroider, och sjukgymnastisk behandling.

Kvinnan uppger sig inte ha några fritidsaktiviteter, som påverkar armbågen, förutom det vanliga hushållsarbetet.

Patienten insisterar efter fem veckor ytterligare om sjukskrivning. Fysikalisk status oförändrad.

4.2.2 Fall 2

Man, 58 år gammal. Har arbetat hela sitt liv som svetsare. Har rykte om sig att vara skicklig i yrket. Sedan ett år tillbaka utan arbete. Är sjukskriven sedan tre månader för ryggvärk. Icke-rökare. Fysiskt status: normalt i förhållande till ålder och led-/rygg rörlighet, ingen palpationssmärta. Normalt neurologstatus. BMI (kroppsviktsindex) väsentligen normalt. Inga symtom eller sjukdomsfynd från hjärta, kärl och lungor.

Vid nästa besök hos läkaren insisterar pat. på förtidspension.

4.2.3 Fall 3

Kvinna 28 år gammal. Ingen särskild yrkesutbildning. Under några år jobbat med olika korttidsarbeten, heltid blandat med perioder av icke-avlönat hemmaarbete. För närvarande ingen anställning. Hon är gift, har inga barn. Bor på landet, intresserad av hästridning. Hennes man är frisk och arbetar mer än heltid i sitt jordbruk. Kvinnan föll från hästen fyra månader sedan. Hon hade inga symtom under två månader därefter. Nu klagar hon över smärta och stelhet i nacken, och har sömnproblem. Hon tycker att det är svårt att utföra sina dagliga sysslor. Hennes läkare finner vid undersökning normalt neurologstatus, föreslår tre veckors sjukskrivning, och remitterar henne till tomografi av nacke och hjärna.

Efter tre veckor kommer patienten tillbaka till sin läkare. Tomografiundersökningen är normal. Neurologisk undersökning fortfarande normal. Hon begär nu fortsatt sjukskrivning, eftersom hennes symtom är oförändrade.

4.2.4 Fall 4

Man, 32 år gammal. Arbetade tidigare som byggnadssnickare i åtta år, därefter som IT-konsult. Delägare i bolaget, långa arbetsdagar. Under de tre senaste månaderna går företaget allt sämre. Han konsulterar nu en läkare för trötthet, sömnbesvär, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter. Läkaren finner att det inte är korrekt att ställa diagnosen depression enl. de medicinska kriterierna (DSM 4, ICD-10).

4.2.5 Fall 5

Kvinna, 56 år gammal. Hennes make har helt nyligen fått ålderspension. Kvinnan har arbetat som förskollärare sedan 25 år tillbaka. Hon har hela tiden arbetat heltid. Hon har senaste tiden fått allt svårare att hålla oförändrat tempo i arbetet, med ett ökande antal barn i hennes grupp, och allt färre personal. Hon har värk i axlar och nacke. Hon sover dåligt på natten. Minskad stresstolerans. Ökad bullerkänslighet. Hon vill ta ”en break”. Hon påbörjar en sjukskrivning, och föreslår läkaren efter en veckas sjukskrivning, att han förlänger hennes sjukskrivning för en tid framåt. Enl. DSM 4/ICD-10 föreligger inte diagnosen depression, enl. läkaren. Fysiskt och psykiskt status indikerar inte någon tydlig sjukdom i medicinsk mening.

4.3 Resultatsammanställning

Mot bakgrund av de ovan beskrivna patientfallen ställs i enkäten fyra olika typer av frågor (se bilaga 2). Först en serie frågor där

försäkringsläkarna fått i uppgift att bedöma om de behandlande läkarna enligt gällande praxis skulle sjukskriva patienten eller tillstyrka varaktig sjukersättning. Därefter ett antal frågor där försäkringsläkarna i stället för att svara *ja* eller *nej* uppmanats att bedöma *sannolikheten* för att läkarna sjukskriver alternativt tillstyrker varaktig sjukersättning. Den tredje kategorin frågor handlar om den sannolika längden på en eventuell sjukskrivningsperiod och den fjärde om de behandlande läkarnas benägenhet att fatta ett annat beslut om vissa bakgrundsfaktorer, som inte är kopplade till sjukdomen i sig, sett annorlunda ut. I nedanstående avsnitt sammanfattas svaren på var och en av dessa fyra kategorier av frågor.

4.3.1 Benägenheten att sjukskriva

Benägenheten att sjukskriva eller bevilja varaktig sjukersättning (tidigare kallad förtidspension) till de fyra patienter för vilka den frågan ställts – fall 1, 3, 4 och 5 – bedömdes genomgående vara stor i samtliga länder (tabell 4.1). I tre av de åtta länderna (Norge, Frankrike och Storbritannien, nederst i tabellen) gjorde båda försäkringsläkarna bedömningen att samtliga av de fyra patienter, för vilka denna fråga ställts, skulle ha blivit sjukskriven eller fått varaktig sjukersättning. I två länder (Danmark och Tyskland) gjorde en av försäkringsläkarna samma bedömning medan den andre läkaren gjorde bedömningen att tre av de fyra patienterna skulle ha blivit sjukskrivna eller blivit beviljad varaktig sjukersättning. I Sverige gjorde en av de fyra tillfrågade läkarna bedömningen att samtliga patienter skulle ha blivit sjukskrivna eller beviljats varaktig sjukersättning. De övriga tre läkarna gjorde samma bedömning för tre av fyra patientfall. Även en av de finska läkarna gjorde bedömningen att samtliga patienter skulle ha blivit sjukskrivna eller beviljats varaktig sjukersättning medan den andra finska läkaren trodde att endast en av patienterna skulle ha blivit bedömd på detta sätt. De sammantaget mest restriktiva bedömningarna gjordes emellertid av de nederländska försäkringsläkarna. En av dem trodde att

visserligen att tre av de fyra patienterna skulle ha blivit sjukskriven eller fått varaktig sjukersättning men den andra nederländska läkaren trodde att endast en av patienterna skulle ha blivit sjukskriven eller fått varaktig sjukersättning.

Tabell 4.1 Antal som bedömdes bli sjukskrivna bland de fyra utvalda patientfallen

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2	Genomsnittlig andel för respektive land
Nederländerna	3	1	50 %
Finland	4	1	62,5 %
Sverige	4	3	81 %
Danmark	4	3	87,5 %
Tyskland	4	3	87,5 %
Norge	4	4	100 %
Frankrike	4	4	100 %
Storbritannien	4	4	100 %

En liknande bild, som den som erhöles från den första kategorin frågor, framträdde i svaren på de frågor där försäkringsläkarna i stället uppmanades att ange sannolikheten för att patienten skulle bli sjukskriven, få en redan påbörjad sjukskrivning förlängd eller tillstyrka varaktig sjukersättning. Spridningen i svaren var i detta fall större men rangordningen av länderna utifrån graden av restriktivitet var ungefär den samman (jfr tabell 4.2). Den genomsnittliga sannolikheten för sjukskrivning respektive varaktig sjukersättning bedömdes vara lägst i Nederländerna. Därefter kom Finland, där sannolikheten också i genomsnitt var mycket låg. Sannolikheterna bedömdes i genomsnitt vara något högre i Danmark och Sverige. Där låg de sammanlagt sex olika försäkringsläkarnas bedömningar, med ett undantag, nära varandra. Sannolikhetsbedömningarna i Norge, Frankrike och Storbritannien låg strax över den svenska och danska nivån.

Tabell 4.2 Genomsnittlig bedömning av sannolikhet för sjuk-skrivning eller varaktig sjukersättning, procent

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2	Genomsnitt för resp. land
Nederländerna	20	33	26,5
Finland	33	24	28,5
Sverige	74	39	
	64	55	58
Danmark	66	56	60
Tyskland	22	100	61
Norge	58	70	64
Frankrike	58	76	67
Storbritannien	54	90	72

Sannolikhetsbedömningarna från de båda tyska läkarna skilde sig kraftigt från varandra. Det är därför svårt att bedöma hur praxis i detta avseende ser ut i Tyskland. En viss skillnad i bedömningarna fanns också hos de båda brittiska läkarna. Försäkringsläkarna från övriga länder skiljde sig inbördes inte lika mycket åt i sina bedömningar. Mest enhetliga var läkarna i Nederländerna, Finland, Danmark och Norge.

Svaren från de olika försäkringsläkarna på vart och ett av dessa fall redovisas i bilaga 1. Där presenteras också mer utförliga kommentarer till och analyser av de svar som inkommit.

4.3.2 Samma mönster för längden på sjukskrivningarna

Ungefär samma mönster återkommer i försäkringsläkarnas bedömningar av sjukskrivningsperiodens sannolika längd (jfr tabell 4.3). Mest restriktiva i sina bedömningar var de finska och de nederländska försäkringsläkarna.

Tabell 4.3 Bedömning av sjukskrivningsperiodernas genomsnittliga längd, veckor

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2	Viktat genomsnitt ¹
Finland	2,2	2,8	2,5
Nederländerna	3,0	4,0	3,85
Norge	4,0	4,0	4,0
Tyskland	3,5	7,0	4,0
Frankrike	3,75	4,5	4,2
Danmark	4,0	5,4	4,8
Sverige	9,4	5,9	
	2,6	3,5	5,6
Storbritannien	4,7	7,5	5,8

¹ Viktat utifrån hur många frågor var och en av de båda försäkringsläkarna svarat på

4.3.3 Benägenheten att ta hänsyn till patientens bakgrund

En av de danska försäkringsläkarna gjorde i betydligt högre utsträckning än övriga försäkringsläkare bedömningen att tidigare arbetslöshet, personliga problem och patientens ålder, kan påverka läkarnas benägenhet att sjukskriva alternativt tillstryka varaktig sjukersättning (tabell 4.4). På åtta av de femton frågorna (53 %) som handlade om detta svarade den danska läkaren att dessa omständigheter troligen skulle ha påverkat den behandlande läkarens beslut. Den andra danske läkaren gav samma svar på fem av de femton frågorna (33 %). Hans bedömning överensstämde väl med svaren från flertalet övriga läkare. De bedömningar dessa gjorde, om i hur många fall läkarnas beslut skulle ha sett annorlunda ut, varierade mellan tre och sex (20–40 %). I Finlands, Nederländerna och Tyskland gjorde dock en av de båda försäkringsläkarna bedömningen att de behandlande läkarna beslut inte i något fall skulle ha sett annorlunda ut. I Nederländernas och Tysklands fall var det dock stor skillnad mellan de båda försäkringsläkarnas bedömningar.

**Tabell 4.4 Andelen bedömningar, som förändrades när uppgifter om tidigare arbetslöshet, ålder och personliga problem ändrades.
Procent**

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2	Genomsnitt FL 1 och 2
Finland	33	0	17
Nederländerna	40	0	20
Tyskland	40	0	20
Storbritannien	20	20	20
Norge	27	20	23
Frankrike	33	27	30
Sverige	33	27	30
	33	33	32
Danmark	33	53	43

5 Sammanfattande diskussion

5.1 Svårt att förklara olikheten i sjukfrånvaro

Att kartlägga ersättningsystemens och grindvaktssystemernas betydelse för de stora variationerna i sjukfrånvaron som iakttagits är ingen lätt uppgift. *För det första* är det mycket svårt att få en överblick över hur de offentliga systemen i sin helhet är uppbyggda och hur de fungerar, särskilt om man vill anlägga ett jämförande, internationellt perspektiv. *För det andra* kommer avtalsförsäkringar in och förändrar systemen på ett svåröverskådligt sätt. *För det tredje* är tillämpningen inom respektive land mycket varierande, vilket ger utrymme för väsentligt olika utfall. Systemen är dessutom på ett svåröversägbart sätt öppna för inverkan från andra aktörer och samhällskrafter.

I den begränsade kartläggning som vi haft möjlighet att genomföra har vi inte kunnat hitta några entydiga samband mellan å ena sidan sjukfrånvarons nivå och variation, å andra sidan grindvakt- och ersättningsystemens uppbyggnad. I vissa länder, t.ex. Frankrike och Finland, tycks en väl utformad grindvaktssystem och måttligt generösa ersättningsystem ger upphov till låg sjukfrånvaro. Detta mönster stämmer väl överens med slutsatserna i de tidigare analyser som gjorts av regelverkets betydelse för benägenheten att sjukskriva sig (se t.ex. Henreksson och Persson, 2003 eller Börsch-Supan, 2000, Barmby et. al. 2003). På motsvarande sätt förefaller ett generöst ersättningsystem i kombination med en ordinarie fungerande grindvakt, i likhet med de förhållanden, som tycks föreligga i t.ex. Norge, resultera i hög sjukfrånvaro.

I andra länder är sambanden inte alls lika tydliga. Det gäller t.ex. Nederländerna, som likt Frankrike och Finland tycks ha en relativt väl utformad grindvaktssystem och måttligt generösa ersättningsystem. Trots det har Nederländerna hög sjukfrånvaro.

I vissa länder förefaller det räcka att en av de båda komponenterna, grindvakten respektive ersättningsystemet, är utformat på ett lämpligt sätt för att sjukfrånvaron ska bli låg. Tyskland är ett exempel på det första. Där tycks en väl fungerande grindvakt kunna hålla tillbaka sjukfrånvaron trots att landet har ett av det mest generösa ersättningsystemet av alla de länder som ingår i studien. Storbritannien är ett exempel på det omvända, där behovet av en väl fungerande grindvakt tycks vara lågt som en följd av att ersättningsystemet inte är speciellt generöst (om effekten av avtalsförsäkringarna räknas bort). Andra länder t.ex. Danmark lyckas hålla kvar sjukfrånvaron på en låg nivå trots att ersättningsystemen är relativt generösa samtidigt som grindvaktssystemen förefaller vara bristfälliga.

Utifrån de fem konkreta sjukfallen, finns det heller inget som tyder på att systematiska variationer i läkarnas allmänna benägenhet att sjukskriva eller tillstyrka varaktig sjukersättning skulle vara en betydelsefull bakomliggande orsak till att andelen sjukskrivna i vissa länder är mer än dubbelt så hög som i andra länder. Läkarna i de länder som i genomsnitt haft hög sjukfrånvaro under de senaste 15–20 åren (Sverige, Norge och Nederländerna), förefaller inte vara mer benägna att sjukskriva alternativt tillstyrka varaktig sjukersättning än läkarna i de övriga fem länderna (Danmark, Finland, Tyskland, Frankrike och Storbritannien). I stället visade det sig vara försäkringsläkarna i Nederländerna tillsammans med försäkringsläkarna i Finland, som gjorde de mest restriktiva bedömningarna. Skillnaderna mellan, å ena sidan de svenska och norska läkarnas bedömningar och å andra sidan huvuddelen av bedömningarna från de övriga ländernas läkare, var i allmänhet små. De svenska läkarna förefaller dock tillsammans med de brittiska läkarna vara något mer benägna att sjukskriva sina patienter för längre perioder.

Genomsnittligt antal veckor i de fall som bedömts uppgick till nästan sex i Sverige och Storbritannien, jämfört med runt fyra veckor i de övriga länderna.

Det allmänna intrycket är att skillnaderna i de bedömningar, som kommit från försäkringsläkarna i de åtta olika länderna i allmänhet är små. Läkarna förefaller göra ungefär likartade bedömningar av när sjukskrivningsbehov anses föreligga, hur lång sjukskrivningen skall vara och i den beslutssituation som uppkommer då varaktig sjukersättning aktualiseras¹. Med tanke på att de konkreta fall som försäkringsläkarna ställts inför, konstruerats för att spegla vanligt förekommande försäkringsmedicinska gränsfall, skulle man kunna förvänta sig en större variation i svaren. Den lilla variation som registrerades i det begränsade urvalet, var dessutom nästan lika stor och i vissa fall till och med större, mellan försäkringsläkare från ett och samma land som mellan försäkringsläkare från olika länder.

Dessa förhållanden är motsägelsefulla. Resultatet på landsnivå, där de nederländska läkarna, jämte sina finska kollegor, förefaller vara mest restriktiva i sina bedömningar, förvånar. Nederländerna, å ena sidan, kan en nästan lika hög sjukfrånvaro som Sverige och Finland, å andra sidan, har en sjukfrånvaro som endast är drygt hälften så stor. Är de finska läkarna effektivare som grindvakter än de nederländska, trots högre krav på utbildning och kvalifikationer i Nederländerna? Finns brister i Nederländernas försäkringsadministration med anhopning av ärenden, väntetider etc., ungefär som i Sverige, samtidigt som dessa problem saknas i Finland? Vilken roll spelar avsaknad av bortre parentes i den svenska offentliga sjukförsäkringen, vilken man har i övriga länderna, även i Norge. Vilken roll spelar det omvända förhållandet betr. arbetslöshetsförsäkringen, som i Sverige begränsas till 360 dagar, men kan medge ersättning under flera år i övriga studerade länderna? Övergår långtidssjukskrivna

¹ Indikationer för sjukskrivning resp. varaktig sjukersättning är i alla länderna medicinska skäl till arbetsoförmåga, på kort resp. lång sikt. "Kärnan" av medicinska indikationer utgör inget försäkringsmedicinskt problem i allmänhet. Det är tillstånd med få eller inga objektiva kliniska fynd kombinerade med diffusa (eller migrerande) symtom på ohälsa, som skapar bedömningsproblematiken.

till förtidspensionsstadiet mycket tidigare i andra länder, medan de i Sverige höjer sjuktalet under flera år? Eller är attityderna till sjukfrånvaro olika i de studerade länderna? Vilken roll spelar avtalsförsäkringarna för incitamenten i de olika länderna? För att dessa frågor ska kunna besvaras, krävs ytterligare studier.

5.2 Intuitiva slutsatser

Även om det inte går att urskilja några entydiga samband kan orsakerna till sjukfrånvarons nivå i de enskilda länderna till viss del antagligen spåras i någon av följande faktorer:

- *incitament för de försäkrade*, dvs. ersättningsnivå vid sjuk-skrivning, vilken är låg i Storbritannien och Frankrike, och hög i Nederländerna, Tyskland, Danmark, Norge och Sverige.
- *formella krav på de behandlande läkarna och kontroll av dessa*; Störst krav på och kontroll av läkarna sker i Frankrike, både genom lagstiftningens krav på läkarna, och på försäkringsläkarnas starka ställning. Använder man möjligen sjukförsäkringen enligt regelverkets avsikter i större omfattning än i de övriga länderna? I Tyskland är kraven på de behandlande läkarnas hantering av sjukförsäkringen² mycket låga, men kontrollen från myndighetens medicinska experter är mer rigorös (Se kap. 3 och 4). MDK-experten (motsvarande Försäkringskassans försäkringsläkare) påverkar naturligtvis själva ”golvet” i sjukförsäkringen i sin samverkan med de behandlande läkarna.
- I länder med hög sjukersättningsnivå och förhållandevis låg sjukfrånvaro synes *kontrollen* vara hög; exempel är framför allt Tyskland. MDK-experten gör enligt de uppgifter vi fått från en försäkringsläkare i Hessen, indragning av sjukersättningen i cirka 40 procent av de påbörjade sjukfallen! Man strävar efter att regelverket i sjukförsäkringen följs. Även i Frankrike, med något lägre sjukpenning synes grind-

² Läkarnas övriga verksamhet (diagnos, behandling) är oftast mycket regelstyrt, precis som i andra länder med välutvecklat hälso- och sjukvårdssystem

vaktsfunktionen, i stadiet efter de behandlande läkarna, vara kraftfull. De franska försäkringsläkarna har en särskild, lagfäst anställningstrygghet, och beslutar själva om sjukpenning ska utbetalas. De franska, tyska och nederländska försäkringsläkarna har rätt att själva undersöka den sjukskrivne för att personligen värdera sjukskrivningsindikationen.

Danmark avviker från det förväntade mönstret. Sjukfrånvaron är förvånansvärt låg med tanke på den förhållandevis höga sjukersättningen, att inga särskilda krav ställs på de behandlande läkarna att sjukförsäkringens precision upprätthålls och att tillsyn från försäkringsläkarhåll framstår som obetydlig. Det kan dock till viss del sammanhålla med den förhållandevis svaga arbetsrätten som bl.a. innebär att de anställda kan sägas upp om sjukfrånvaron överstiger 120 dagar på ett år (Bergendorff & Johansson, 2000). Sjukförsäkringen administreras dessutom av kommunen, som ibland, är återförsäkrad via privata försäkringsbolag. Kontrollen sker utan större krav- eller kontrollmöjligheter från medicinska rådgivare, men administreras framgångsrikt i nära samverkan med kommunen.

De bästa förutsättningarna för en effektivt fungerande grindvakt i första ledet – de behandlande läkarna – förefaller finnas i Frankrike och Nederländerna. Där får alla läkare viss utbildning för ändamålet. De franska läkarna har dessutom avkrävts skriftligen att verka för god hälsa och rehabilitering vid arbetsoförmåga hos patienten och ta hänsyn till den samhällsekonomiska nyttan. I nästa led – de medicinska rådgivarna inom försäkringsadministrationen – finns rimligen de bästa förutsättningarna i de länder, som har höga kvalitetskrav på dessa personer, en stark beslutsposition, och en oberoende ställning. Även i detta led bör Frankrike, Nederländerna, men även Tyskland och Finland ha goda förutsättningar att fungera väl som grindvakter. Att Nederländerna trots dessa goda förutsättningar ändå har en sjukfrånvaro på nästan svensk nivå förvånar. De nederländska försäkringsläkarna visar ju i flera av patientfallen en mer restrikt-

tiv sjukskrivningsattityd, jämfört med kollegerna från de övriga länderna, Finland i viss mån undantaget. Har den nederländska allmänheten andra attityder till välbefinnande, ohälsa och arbete än grannlandet Tyskland och näraliggande Frankrike? Eftersom långvarig sjukfrånvaro är en förutsättning för förtidspensionering kan avsaknaden i Nederländerna av arbetsgivaransvar för förebyggande arbete och rehabilitering spela en roll för att sjukfrånvaron där är hög. Det förstärks av att man ofta försäkrat bort risken för sjukfrånvaro hos försäkringsbolag. I Finland bekostar enligt lag arbetsgivarna rehabiliteringen, och har således ekonomiska incitament för att avsluta sjukfallet. I Tyskland erbjuds arbetsgivarna ekonomisk kompensation för att anställa partiellt arbetsföra, samt för rehabiliteringsinsatser. I Frankrike har läkarna en lagstadgad skyldighet att förkorta sjukfallet med korrekt behandling och rehabiliteringsförslag. Kvaliteten på grindvaktfunktionen i Finland har i vår studie inte riktigt klargjorts; men även där har alla läkare utbildats i försäkringsmedicin och erhållit relativt klara direktiv att följa i sjukskrivningsförloppet, och kontrollen av övervägandena i de följande stegen synes vara effektiv.

En kombination av rimliga och rätt utformade formalia, som skapar tillräckligt starka incitament för alla parter, kombinerad med en god utbildning i regelverket till hela kedjan av grindvakter, samt en effektiv kontroll av att reglerna efterlevs, synes skapa de bästa förutsättningarna för att hålla sjukfrånvaron på en rimlig nivå. Nedsatt arbetsförmåga är oftast ett upplevt tillstånd, som ibland kan vara svårt att objektivt verifiera. Beslut om ersättning måste därför ofta grundas på subjektiva bedömningar. Eftersom även grindvakterna och tillsynsmyndigheten inom sjukförsäkringen påverkas av samhällsutvecklingen, och eventuella värderingsförskjutningar av det som kan bedömas var medicinskt betingade tillstånd, är det en grannlaga uppgift för alla involverade att på ett konsekvent sätt upprätthålla grindvaktfunktionen.

5.3 Sverige jämfört med övriga studerade länder

Trots att försäkringsläkarnas bedömningar inte skiljer sig så mycket åt i varje enskild fråga går det att urskilja ett mönster när Sverige jämförs med genomsnittet av de andra länderna. Läger man samman dessa skillnader eller multiplicerar dem med varandra, om man tror att effekterna är multiplikativa snarare än additiva, blir den sammanlagda skillnaden påtaglig. I Sverige bedöms benägenheten att fortsätta en inledd sjukskrivning inte vara högst, men högre än genomsnittet och den sjukskrivning som följer är den näst längsta (tabell 4.3). Vidare är benägenheten att ta hänsyn till andra omständigheter som arbetslöshet, personliga problem etc. bland de högsta (tabell 4.4). De fem fallen bedömdes dessutom vara vanligast i Sverige, vilket dock givetvis kan bero på att dessa fall valts ut utifrån svenska försäkringsmedicinska erfarenheter. Det är inte svårt att tänka sig att om man multipliceras dessa utfall med varandra den sammanlagda effekten blir en högre sjukfrånvaro, speciellt eftersom läkarnas bedömningar i Sverige mycket sällan ifrågasätts av utbetalande myndighet, och dennas medicinska rådgivare. Motsvarande räkneoperation med liknande resultat kan dock å andra sidan även göras för t.ex. Storbritannien och i viss mån även för Frankrike och Danmark som alla tre tvärtom har stabilt låg sjukfrånvaro.

I väsentliga stycken hanteras de fem olika typfallen på likartat sätt i de olika ländernas sjukvård. Skillnader mellan länderna beträffande läkarintygfri period ger troligen skillnader endast i den korta sjukfrånvaron; de spelar ingen roll för den långa sjukfrånvaron. Den läkarintygfria perioden, på 7 dagar i Sverige, verkar dock vara unik. Att det är mycket lätt att vara borta i en vecka då och då kan dock säkerligen i vissa fall bli inledningen på en längre sjukskrivning. Samtidigt kan det i vissa andra fall ge en välbehövlig vila som minskar risken för långtidssjukfrånvaro. Vi har dock inte undersökt någon av dessa båda hypoteser närmare. Även partiell sjukskrivning, något som Danmark använder flitigt, och Sverige i ökande omfattning, kan på motsvarande sätt tänkas ha effekter som drar åt olika håll.

En väsentlig skillnad mellan Sverige å ena sidan och övriga länder å andra sidan kan urskiljas i några avseenden:

- a) förekomsten av en *bortre parentes i sjukförsäkringen* i övriga länder, men inte i Sverige. I Tyskland kan sjukskrivningen vara under längst 8 månader, I Frankrike kan en patient som lider av visa sjukdomar vara sjukskriven upp till 3 år. För alla andra sjukdomar går dock gränsen vid 1 år, i likhet med de regler som normalt gäller i de övriga länder som undersökts. I Sverige infördes dock den 1 juli 2003 en utredningsskyldighet som för vissa patienter i praktiken kan komma att fungera som en *bortre parentes*.
- b) avsaknad av en *bortre parentes* i övriga länders *arbetslöshetsförsäkring*, men inte i Sverige. I Sverige upphör arbetslöshetsförsäkringens utbetalning efter 360 dagar, men den kan förlängas efter deltagande i arbetsmarknadsåtgärd etc. (se bl.a. utförliga tabeller i kap. 3).

I Sverige, liksom i flera andra länder, finns det för vissa personer en betydande skillnad mellan det belopp som utbetalas från sjukförsäkringssystemet jämfört med det belopp som vid samma inkomstläge utbetalas från arbetslöshetsförsäkringen. Att dessa förhållanden kan ge upphov till problem bekräftas i en nyligen färdigställd studie från sex europeiska länder, bl.a. Sverige, Finland, Danmark, Storbritannien, Nederländerna,. Där dras slutsatsen att ett sjukförsäkringssystem med högre ekonomisk ersättning än i arbetslöshetsförsäkringen kan motverka vägen tillbaka till yrkesverksamhet (Desczka m.fl. 2003). Det faktum att ersättningen vid sjukfrånvaro för de på den svenska arbetsmarknaden som har inkomster över taket i arbetslöshetsförsäkringen är högre än arbetslöshetsersättningen, har givit upphov till ett överflöde av arbetslösa till sjukförsäkringen. För att begränsa detta flöde har riksdagen nyligen beslutat om att sjukersättningen för den som är arbetslös aldrig skall kunna vara högre än den ersättning som utbetalats från arbetslöshetsförsäkringen³. En intressant fråga, som inte undersökts i denna studie är om

³ Begränsning av sjukpenningnivån för de som är arbetslösa gäller från 1 juli 2003

motsvarande flöden mellan systemen också observerats i de övriga studerade länderna. Det kan dels ha med ersättningsnivåerna att göra men även förorsakas av andra skillnader i regelverken t.ex. bortre parenteser.

Den enskildes vilja att återgå i arbete efter en tids sjukfrånvaro påverkas troligen även av de kollektivavtalsbaserade ersättningar som i många fall utbetalas vid såväl sjukdom som vid arbetslöshet⁴ (Svenskt Näringsliv, febr 2003). Dessa ersättningar läggs ovanpå de offentliga systemens ersättningar i dessa situationer, och kan minska inkomstbortfallet i betydande grad. Hur utbred förekomsten av avtalsförsäkringar som tillskott till den offentliga försäkringen är har inte granskats i denna studie.

5.4 Tre huvudmodeller för sjukförsäkringen

I de studerade länderna finns tre olika modeller av offentlig sjukförsäkring representerade. I Nederländerna ligger ansvaret för försäkringarna på arbetsgivarna. Frankrike och Tyskland har i stället en avtalsbaserad modell och de övriga studerade länderna har mer renodlade offentliga modeller. Alla länderna har dock olika stora inslag av avtalsbaserade tilläggsförsäkringar. Som framgår i kap. 4 finns det exempel på offentliga modeller, som ger en sjukfrånvaro på låg nivå, t.ex. Storbritannien och Finland. Dessa länder skiljer sig dock åt i fråga om kontroll och ersättningsnivå; Storbritannien har låg ersättning — s.k. flat rate — och ingen kontroll. Finland däremot ger rimligt hög ersättning och har en relativt restriktiv kontroll. Frankrike och Tyskland, med i huvudsak avtalsbaserad modell ger rimligt hög respektive hög ersättningsnivå. Kontrollen är dock restriktiv vilket tycks ha resulterat i låg sjukfrånvaro. Modellen i Nederländerna, och den offentliga modellen, såsom den ser ut att fungera i Sverige och Norge, tycks dock resultera i en oförklarligt hög sjukfrånvaro. Danmark, med en i huvudsak offentlig modell, har, förvånansvärt nog, fortfarande en rimligt ”låg” sjukfrånvaro, möjligen be-

⁴ Begränsningsregler förekommer vid arbetslöshet: minst fem års arbete hos samma arbetsgivare, samt levnadsåldern 40 år krävs för ersättning

roende på att närsamhället (kommunen) betalar för sjukfrånvaron. Det synes inte vara en lyckad lösning att beslut om ersättningar tas på ett ställe, och betalning sker från ett annat, vilket kan vara en svaghet i den offentliga sjukförsäkringsmodellen.

5.5 Patientfallens sammanlagda "vanlighet"

De patientfall som valts ut representerar fem vanligt förekommande livssituationer i Sverige. Den kontrollfråga som ställts tyder på att de även är vanligt förekommande i flertalet av de övriga sju länderna, dock är typfallens sammanlagda förekomst enligt informanterna mycket olika; summan av genomsnittet av de svenska läkarnas uppgifter på de fem fallen är 78% av vanligt förekommande försäkringsmedicinska fall, 76% i Tyskland och Frankrike, 63% i Storbritannien, 52% i Nederländerna, 43% i Danmark, samt 25% i Norge. Finlands svar kan inte värderas p.g.a. stort internt bortfall på frågan om fallens förekomst. Man frågar sig hur dessa typfall, vanliga i Sverige, Frankrike, Tyskland och Storbritannien, betraktas förekomma i Norge endast i en fjärdedel av gränsfallen. Vilka typer av patientärenden utgör resten? Denna kunskap har inte kommit fram.

5.6 Sammanställning av läkarnas kommentarer

Enkäten ger, förutom styrda svarsalternativ, även möjligheter till svar i fri text. Det har givit upphov till en stor mängd kommentarer från informanterna. Kommentarererna finns summariskt redovisade i bilaga 5.

Det generella intrycket av svaren från informanterna är:

- att den behandlande läkarens brist på initiativ, incitament och förmåga till rehabilitering av patienten är problematisk för de flesta av de studerade ländernas sjukförsäkring, trots att läkarens skyldighet att vidmakthålla hälsa och arbets-

- förmåga hos patienten är kontrakterad i avtal med staten – tydligast i Frankrike.
- att agerandet för att få ett avslut på sjukfallet till stor del vilar på sjukförsäkringsadministrationen. Avslut sker i flera länder genom att den bortre parenteserna för sjukfallet uppnås, vanligen efter ett (Finland, Storbritannien) eller tre år (Tyskland, Frankrike).

I väsentliga stycken är Sveriges problematik likartad med de övriga ländernas när det gäller patientstyrning av sjukskrivningen, och att grindvaktssystemet inom sjukförsäkringen inte är tillfredsställande. Dessa förhållanden har redovisats i vetenskapliga studier, exempelvis i Englunds avhandling 2000, FAMMI:s studie febr. 2003, och en lång ström av debatter i media de senaste åren.

Flertalet intervjuade läkare uttrycker problem, ja, rent av maktlöshet i de behandlande läkarnas roll som grindvakter till sjukförsäkringen. De länder, som förefaller ha den bästa kontrollen, dvs. där grindvaktfunktionen någorlunda upprätthålls, är Frankrike och Tyskland.

I Frankrike, Tyskland och Nederländerna har administrationsmedicinska rådgivare ensam beslutanderätten för indragning av sjukpenning, och ger förslag om att bevilja varaktig sjukersättning, i undantagsfall även om ytterligare förlängning av sjukskrivning.

I Frankrike och Tyskland är sjukfrånvaron inte ett stort samhällsproblem. Tysklands politiska ledning har ändå beslutat om minskningar av bl.a. sjukförsäkringens förmåner p.g.a. den dåliga samhällsekonomin. Budskapet från de tyska försäkringsläkarna uttrycker också frustration över, att de behandlande läkarna saknar incitament att avsluta sjukfallen. Den problembeskrivningen sammanfaller också helt med kommentarerna från de svenska läkarna. Denna situation har också ofta beskrivits i den svenska debatten.

I den studie som presenterats i denna rapport har vi endast kunnat skönja en del av de förklaringar som finns till att sjuk-

frånvaron varierar så kraftigt mellan olika länder. Många frågor förblir dock obesvarade. En studie, som vänder sig till en större grupp av olika befattningshavare inom sjukförsäkringsadministrationen, d.v.s. hela kedjan från behandlande läkare till omprövningsinstanser, behövs för att skapa större kunskaper om skillnader och likheter mellan sjukförsäkringen i regelverk och praxis i de olika länderna. Med tanke på att de studerade länderna har väsentligen likartade offentliga sjukförsäkringar, och de socioekonomiska faktorerna i övrigt har mer likheter än olikheter (sammansättning, ekonomiska villkor, sjuklighet, dödlighet, livslängd etc.) är de grundläggande förutsättningarna för att genomföra en sådan studie goda. Föreliggande studie kan i det fallet användas som en förstudie, som blottlagt en del av den väv av samverkande orsaksfaktorer, som tillsammans kan förklara skillnader i sjukfrånvaron mellan länder.

Bedömningarna av de olika fallen

Anvisningar för hur tabellerna nedan skall läsas

För att ge en lättläsbar struktur av svaren från de olika länderna anges i ett begränsat antal tabeller nedan upplevd sannolikhet för att läkarkåren gör vissa bedömningar.

Fall 1

Kvinna, 35 år gammal. Har arbetat heltid i varierande kontorsjobb. Skilsmässa för ett år sedan. Har ett barn, tre år gammalt. Har varit sjukskriven heltid, intygat av läkare sedan fem veckor för en epicondylit ("tennisarmbåge") i höger armbåge. Är högerhänt. Fram till idag ännu inte smärtfri vid rörelser i armbågen, trots injektioner av steroider, och sjukgymnastisk behandling.

Kvinnan uppger sig inte ha några fritidsaktiviteter, som påverkar armbågen, förutom det vanliga hushållsarbetet.

Patienten insisterar efter fem veckor ytterligare om sjukskrivning. Fysikaliskt status oförändrat.

Bedömning

Den uppgivna sannolikheten för fortsatt sjukskrivning av fall 1 framgår av tabell 1. Alla utom en svarande anger, att patienten förväntas bli fortsatt sjukskriven av behandlande läkaren.

Konsistensen i svaren är skiftande. Från de flesta länderna är sannolikheten för fortsatt sjukskrivning tydligt mer än 50%, utom en läkare från Tyskland, som anger 30%. Den troliga sjukskrivningstiden efter den inledande fem-veckorsjukskrivningen anges till 2–12 veckor, med längsta tiden angiven från Nederländerna och Norge.

Tabell 1 Uppgiven sannolikhet (%) för fortsatt sjukskrivning efter inledande fem veckor

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2
NL	50	100
GB	60	95
DE	30	100
NO	70	100
FR	50	90
FI	90	100
DK*	50	
SE	50	50
	75	90

*En uppgift

Frågorna om huruvida handläggningen/bedömningen skulle vara annorlunda om patienten: a) vore 55 år gammal b) tidigare haft mycket sjukfrånvaro c) hade problem på arbetet ”av personlig” natur d) tidigare hade lång arbetslöshet ger stor spridning på svaren. Ett aktivt, individualiserat agerande från sjukförsäkringens medicinska rådgivare för patienten kan mest skönjas i en del av svaren från Nederländerna, Frankrike, Danmark och Norge, samt Sverige. I både Nederländerna, Frankrike och Norge finns medicinska rådgivare i organisationen, med beslutanderätt över både kontroll av behandlande läkarens förslag, och över rätten att neka fortsatt sjukpenning. I Nederländerna, Tyskland och Frankrike sker ofta detta efter medicinska rådgivarens egen undersökning av patienten. Sverige har härvidlag en ”mellanställning” för den medicinska rådgivaren; FK-handlägg-

ren beslutar, oftast efter hörande av försäkringsläkaren, som kanske oftare är liberal, än restriktiv, och sjukfallen tenderar att bli långa.

Kommentar

Sverige, möjligen tätt följt av Nederländerna, ser ut att ha en hög frekvens av denna typ av patientärenden.

De genomgående höga sannolikheterna för fortsatt sjukskrivning, efter inledande fem veckors sjukskrivning, är högre än förväntat, med tanke på patientens låga ålder, och i många fall med denna diagnos, och framför allt ensidiga, besvär. I många patientfall torde en partiell sjukskrivning vara önskvärd och rimlig, särskilt i flertalet arbeten av övervakningskaraktär och fysiskt lätta kontorsarbeten. Grindvaktfunktionen, åtminstone avseende behandlande läkare, tycks överlag fungera på så sätt, att läkarna ser ut att acceptera patientens besvär som arbetshindrande. I gengäld torde de flesta sjukskrivningar med denna diagnos vara kortvariga; även i Sverige är de flesta avslutade inom 3–4 månader, vilket medicinskt trots allt är en lång tid av vila och passivering, under vilken tid mycken atrofi¹ kan utvecklas.

Fall 2

Man, 58 år gammal. Har arbetat hela sitt liv som svetsare. Har rykte om sig att vara skicklig i yrket. Sedan ett år tillbaka utan arbete. Är sjukskriven sedan tre månader för ryggvärk. Ickerökare. Fysiskt status: normalt i förhållande till ålder och led-/ryggrörlighet, ingen palpationssmärta. Normalt neurologstatus. BMI (kroppsviktsindex) väsentligen normalt. Inga symtom eller sjukdomsfynd från hjärta, kärl och lungor.

Vid nästa besök hos läkaren insisterar pat. på förtidspension.

¹ atrofi=förtvining

Bedömning

Den uppgivna sannolikheten för att behandlande läkaren accepterar patientens önskan om förtidspension framgår av tabell 2.

Tabell 2. Uppgiven sannolikhet (%) för att behandlande läkaren accepterar önskan om förtidspension, efter 3 månaders sjukskrivning

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2
NL	0	15
GB	80	100
DE	0	100
NO	0	1
FR	90	90
FI	0	30
DK	<5	50
SE	20	20
	30	50

Högsta konsistensen, och på en hög nivå av sannolikhet för förtidspension, rapporteras från Frankrike och Storbritannien. Nederländerna och Norge rapporterar bra konsistens, och på låg nivå, och Finland anger en hyfsad konsistens på en rel. restriktiv nivå. Bilden från Tyskland och Danmark är splittrad.

Uppgiften från en tysk läkare, som anger 0%, och den andra 100%, tarvar en kommentar. Båda anger, att den behandlande läkaren inte alls involveras i beslutet om förtidspension, och bör således inte ta ställning till patientens önskan; det är administrationens² medicinska rådgivare, som beslutar om förtidspension. De båda lägre siffrorna från Sverige rapporteras från södra Sverige.

Frågorna om huruvida handläggningen/ bedömningen skulle vara annorlunda om patienten: a) vore 45 år gammal b) tidigare haft mycket sjukfrånvaro c) hade problem på arbetet ”av person-

² MDK=Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

lig” natur d) tidigare hade lång arbetslöshet ger mindre spridning på svaren än i fall 1.

Intrycket är, att man tar mindre hänsyn till dessa variabler än i fall 1. Ett aktivt, individualiserat agerande från sjukförsäkringens medicinska rådgivare för patienten kan mest skönjas, som i fall 1, i svaren från Nederländerna, Frankrike, Danmark, men också Sverige.

Kommentar

Denna typ av patientärenden uppges vara vanligt förekommande i flera av länderna; Tyskland, Frankrike, och Storbritannien, och möjligen Sverige. I åtminstone några av dem kanske den något lägre ordinarie pensionsåldern i manuella yrken kan ha en påverkan (Tyskland, Frankrike).

I Storbritannien, Frankrike och möjligen Tyskland förefaller behandlande läkaren i högre grad acceptera patientens önskemål om förtidspension än vad som sker i de övriga undersökta länderna.

I alla tre länderna kan det möjligen förklaras med, att den behandlande läkaren inte påverkar beslutet om förtidspension; I Storbritannien ansvarar en tjänsteman vid Department of Work & Pension (DWP) för detta beslut. I Frankrike tas beslutet av administrationens medicinska rådgivare och i Tyskland av administrationen, efter att medicinska rådgivaren yttrat sig.

Grindvaktsfunktionen fungerar ungefär på samma ”nivå” i alla studerade länderna. I gengäld torde de flesta av sjukskrivningarna med denna diagnos vara relativt kortvariga; även i Sverige förväntas de flesta vara avslutade inom 3–4 månader, enligt de svarandes bedömning.

Ersättningsnivån och förekomst av ”bortre parentes” vid de olika försäkringsformerna (arbetslöshetsförsäkringen resp. sjukförsäkringen) utgör olika incitament i de olika länderna. Sverige är unikt genom att sjukförsäkringen fram till 1 juli 2003 hade en bortre parentes, medan alla andra studerade länderna har det, efter ett-tre år (Frankrike tre år, övriga länder vanligen ett

år). Sjukersättningens tak ligger också på högre nivå i Sverige (7,5 basbelopp) jämfört med arbetslöshetsförsäkringen, vilket kan vara en bidragande orsak till att frekvensen arbetslösa sjukskrivna i Sverige är 3–4 gånger högre än frekvensen arbetslösa i arbetskraften (åldern 20–64 år). Hur detta förhåller sig i de övriga länderna är inte bekantgjort, men bör studeras.³

Den lägre ekonomiska ersättningen vid förtidspension i Storbritannien och Frankrike kan vara en anledning till att man ”släpper” de långa sjukfallen i denna åldersgrupp; övergången till förtidspension blir ett ”självreglerande” flöde ut från aktivt arbete. Individens självbestämmande/brist på självbestämmande avgör. Förslag på rehabilitering i denna ålder förekommer troligen sällan.

Fall 3

Kvinna 28 år gammal. Ingen särskild yrkesutbildning. Under några år jobbat med olika korttidsarbeten, heltid blandat med perioder av icke-avlönat hemmaarbete. För närvarande ingen anställning. Hon är gift, har inga barn. Bor på landet, intresserad av hästridning. Hennes man är frisk och arbetar mer än heltid i sitt jordbruk. Kvinnan föll från hästen fyra månader sedan. Hon hade inga symtom under två månader därefter. Nu klagar hon över smärta och stelhet i nacken, och har sömnproblem. Hon tycker att det är svårt att utföra sina dagliga sysslor. Hennes läkare finner vid undersökning normalt neurologstatus, föreslår tre veckors sjukskrivning, och remitterar henne till tomografi av nacke och hjärna.

Efter tre veckor kommer patienten tillbaka till sin läkare. Tomografiundersökningen är normal. Neurologisk undersökning fortfarande normal. Hon begär nu fortsatt sjukskrivning, eftersom hennes symtom är oförändrade.

³ Riksdagen beslöt från 1 juli 2003 om särskild utredningsskyldighet efter ett års sjukskrivning. Vidare beslöts, att en arbetslös, sjukskriven person inte skall få högre sjukersättning än motsvarande arbetslöshetskassan från sjukförsäkringen

Bedömning

Den uppgivna sannolikheten för fortsatt sjukskrivning framgår av tabell 3.

Tabell 3. Uppgiven sannolikhet (%) för fortsatt sjukskrivning efter inledande tre veckor

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2
NL	0	30
GB	50	75
DE	5	100
NO	80	100
FR	50	50
FI	0	10
DK	50	70/80
SE	20	50
	75	100

Högst konsistens i svaren lämnas från Frankrike, 50% av båda svarande, Norge 80–100%, Storbritannien 50–75% och Danmark 50–70/80%. Den troliga sjukskrivningstiden efter den inledande tre-veckorssjukskrivningen anges till 2–9 veckor, med längsta tiden angiven från Danmark, men majoriteten 2–4 veckor. Mest liberala synes återigen vara Storbritannien, Norge, Frankrike, Danmark, och mest restriktiv möjligen Nederländerna och Finland. Spridningen i bedömning är stor i flera länder, bland dem Sverige.

Frågorna om huruvida handläggningen/bedömningen skulle vara annorlunda om patienten: a) vore 55 år gammal b) tidigare haft mycket sjukfrånvaro c) hade problem på arbetet ”av personlig” natur d) tidigare hade lång arbetslöshet ger också en splittrad bild. Ett aktivt, individualiserat agerande från sjukförsäkringens medicinska rådgivare för patienten kan återigen mest skönjas i svaren från Norge, Frankrike, Danmark och Sverige. I både Nederländerna, Frankrike, Tyskland och Norge finns medi-

cinska rådgivare i organisationen, med beslutanderätt över både kontroll av behandlande läkarens förslag, och över rätten att neka fortsatt sjukpenning. I Nederländerna, Tyskland och Frankrike sker ofta detta efter medicinska rådgivarens egen undersökning av patienten.

Kommentar

Det vanligaste förhållandet med denna typ av patientfall, ung/medelålders kvinna som efter trauma upplever symtom från nacken, är att fysiska symtom kommer i nära anslutning till olycksfallet. Patientens egen vilja att bestämma, och behandlande läkarens avsaknad av incitament och ansvar för att förhindra eller förkorta ett sjukfall är omvittnat i svaren. Endast i Frankrike sker en obligatorisk utbildning i försäkringsmedicin till alla läkare, och endast Frankrike, Nederländerna och Finland har kvalifikationskrav föreskrivna för de medicinska rådgivarna att ha behörighet eller specialistkompetens i försäkringsmedicin (se ovan, kapitel 3). Endast i Frankrike föreligger en skriftlig förpliktelse för läkaren gentemot staten, att läkaren skall arbeta för god hälsa och arbetsförmåga för patienterna, samt med samhällsekonomiska hänsyn.

Ärendetypen skapar bedömningsproblem, därför att läkarna i allmänhet saknar riktlinjer för handläggning och den vetenskapliga kunskapen är bristfällig om denna typ av besvär, särskilt med typfallets sjukhistoria. De läkare, som var mest restriktiva i frågan om sjukskrivning är ortopedspecialister. Bilden grumlats betydligt av ev. konkurrerande orsaksfaktorer till patientens besvär och arbetsoförmåga. I Sverige anges i stort sett att 5–10% av de svårbedömda försäkringsfallen utgöres av dessa patientfall. Incitamentsstrukturen i olika länder kan möjligen skapa olika förutsättningar för hur vanliga och långvariga dessa sjukfall blir.

Fall 4

Man, 32 år gammal. Arbetade tidigare som byggnadssnickare i åtta år, därefter som IT-konsult. Delägare i bolaget, långa arbetsdagar. Under de tre senaste månaderna går företaget allt sämre. Han konsulterar nu en läkare för trötthet, sömnbesvär, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter. Läkaren finner att det inte är korrekt att ställa diagnosen depression enl. de medicinska kriterierna (DSM 4, ICD-10).

Bedömning

Den uppgivna sannolikheten för fortsatt sjukskrivning framgår av tabell 4.

Tabell 4. Uppgiven sannolikhet (%) för sjukskrivning

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2
NL	0	50
GB	40	90
DE	70	100
NO	50	50
FR	50	60
FI	10	30
DK	80	90/95
SE	20	60
	75	90

Högst konsistens i svaren lämnas från Finland, Norge, Frankrike, Tyskland och från Danmark. De tre sistnämnda länderna har också högst uppgiven sannolikhet för sjukskrivning, tätt följda av Tyskland och Sverige. En nederländsk svarande ligger lågt i sin uppfattning (0%) jämfört med övriga. Den klart lägsta svenska siffran kommer från Norrland. Sverige visar också stor spridning i svaren.

Den troliga sjukskrivningstiden efter den inledande treveckorssjukskrivningen anges av de svarande till 2–8 veckor, med majoriteten svar på 2–4 veckor.

Frågorna om huruvida handläggningen/bedömningen skulle vara annorlunda om patienten: a) vore 55 år gammal b) tidigare haft mycket sjukfrånvaro c) hade problem på arbetet ”av personlig” natur d) tidigare hade lång arbetslöshet ger fortsatt en splittad bild. Ett aktivt, individualiserat agerande från sjukförsäkringens medicinska rådgivare för patienten kan återigen mest skönjas i svaren från Norge, Frankrike, Danmark och Sverige. I både Nederländerna, Frankrike och Norge finns medicinska rådgivare i organisationen, med beslutanderätt över både kontroll av behandlande läkarens förslag, och över rätten att neka fortsatt sjukpenning. I Nederländerna, Tyskland och Frankrike sker ofta detta efter medicinska rådgivarens egen undersökning av patienten.

Kommentar

Enigheten bland svarande läkare om hög sannolikhet för att patienten blir sjukskriven är således stor i flera av länderna. Skillnaden mellan Sverige–Danmark å ena sidan, och Finland å andra sidan är slående. Används andra diagnoser eller beskrivande orsaker på ett annat sätt i Finland, samt i Norrland, jämfört med övriga länder/regioner? Återspeglar de andra ländernas/i Sverige övriga regioners svar en svårare situation i kölvattnet efter IT-branschens sammanbrott? Har IT-branschen i dessa länder/regioner drabbat fler människor här än i nordiska länderna? Vi vet, att Finlands IT-sektor har klarat sig bra i förhållande till samma sektor i Sverige, Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Från Finland rapporteras också, att diagnosen ”utbrändhet” inte ensamt bedöms som en sjukskrivningsorsak.

Fall 5

Kvinna, 56 år gammal. Hennes make har helt nyligen fått ålderspension. Kvinnan har arbetat som förskollärare sedan 25 år tillbaka. Hon har hela tiden arbetat heltid. Hon har senaste tiden fått allt svårare att hålla oförändrat tempo i arbetet, med ett ökande antal barn i hennes grupp, och allt färre personal. Hon har värk i axlar och nacke. Hon sover dåligt på natten. Minskad stresstolerans. Ökad bullerkänslighet. Hon vill ta ”en break”. Hon påbörjar en sjukskrivning, och föreslår läkaren efter en veckas sjukskrivning, att han förlänger hennes sjukskrivning för en tid framåt. Enl. DSM 4/ICD-10 föreligger inte diagnosen depression, enl. läkaren. Fysiskt och psykiskt status indikerar inte någon tydlig sjukdom i medicinsk mening.

Bedömning

På frågan om att patienten troligen skulle bli sjukskriven vid första läkarbesöket, efter en veckas egensjukskrivning, svarar tre personer (Nederländerna, Finland och Kronobergs län) nej, alla övriga svarar ja.

Den uppgivna sannolikheten för att behandlande läkaren accepterar patientens önskan om förtidspension, alternativt fortsatt sjukskrivning, framgår av tabell 5.

Tabell 5. Uppgiven sannolikhet (%) för att behandlande läkaren accepterar önskan om förtidspension, alt. fortsatt sjukskrivning

Land	Försäkringsläkare 1	Försäkringsläkare 2
NL	0	20
GB	40	90
DE	5	100
NO	90	100
FR	50	90
FI	5	10
DK	50	90
SE	75	80
	90	90

Det synes ganska klart, att i alla länderna utom Nederländerna och Finland är läkarna inställda på fortsatt sjukskrivning under flera månader, eventuellt som en väg mot förtidspension. Nederländerna och Finland är återigen klart "restriktiva" i jämförelse med de övriga länderna. Uppgiften från en tysk läkare, som anger 5%, och den andra 100%, tarvar samma kommentar som tidigare, nämligen att de svarande, enl. egna uppgifter, har en begränsad överblick av hela flödet av sjukskrivningar. Båda anger, att den behandlande läkaren inte alls involveras i beslutet om förtidspension, och "värderar" inte patientens önskan utan förlänger denna. Det är administrationens⁴ medicinska rådgivare, som beslutar om förtidspension. Samstämmigheten i övrigt är tydlig. Uppgifterna från Sverige är förvånansvärt konsistenta, på en "liberal" nivå.

Frågorna om huruvida handläggningen/bedömningen skulle vara annorlunda om patienten: a) vore 40 år gammal b) tidigare haft mycket sjukfrånvaro c) hade problem på arbetet "av personlig" natur d) tidigare hade lång arbetslöshet ger mindre spridning på svaren än i de övriga typfallen.

Intrycket är, att man tar mindre hänsyn till dessa variabler än i exempelvis fall 1. Ett aktivt, individualiserat agerande från sjuk-

⁴ MDK=Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

försäkringens medicinska rådgivare för patienten kan mest skönjas, som i fall 1, i svaren från Norge, Frankrike, Danmark, men också från Sverige.

Kommentar

Den höga frekvensen av denna typ av patientärenden i flera av länderna är uppenbar; Tyskland, Frankrike, och Storbritannien, och, kanske tydligast, Sverige. I åtminstone några av länderna kan kanske den något lägre ordinarie pensionsåldern ha en påverkan till att man bedömer som man gör.

I Storbritannien, Frankrike, Sverige och möjligen Tyskland förefaller behandlande läkaren i högre grad acceptera patientens önskemål om förtidspension än vad som sker i de övriga undersökta länderna.

I alla tre nämnda länderna, utom Sverige, kan det möjligen förklaras med, att den behandlande läkaren inte påverkar beslutet om förtidspension; I Storbritannien ansvarar en tjänsteman vid Department of Work & Pension (DWP) för detta beslut. I Frankrike tas beslutet av administrationens medicinska rådgivare och i Tyskland av administrationen, efter att medicinska rådgivaren yttrat sig. I Nederländerna tar myndigheten UWV beslutet om förtidspension. I Sverige är praxis av sjukförsäkringen sådan, att dessa patientärenden förefaller att nästan alltid sluta i förtidspension, efter något eller några år av sjukskrivning; den behandlande läkarens och försäkringsläkarnas förmåga till andra lösningar är liten. Försäkringsadministrationen i Sverige prioriterar andra ärenden för rehabilitering till arbete av något slag.

Grindvaktsfunktionen fungerar ungefär på samma sätt i de studerade länderna. I gengäld torde de flesta av sjukskrivningarna med denna diagnos vara relativt kortvariga; i Sverige uppges de av de svarande vara avslutade inom 3–4 månader, men flertalet pågår under längre tid, troligen på grund av förhållanden inom försäkringsadministrationen.

Enkätens utformning – gällande praxis

Patient cases for Audit Handling of insurance medicine in European clinical practice

See e-mail message for fill-in instructions!

(If returned by ordinary postal service, please write with block letters!)

We ask you to answer the following questions regarding the common practice in your country concerning health insurance. Your answers should reflect the predominant views and practice of the medical society and of the participating staff in the decision-making process in your country.

Name

E-mail address

Telephone office/residence

Postal address

Professional experience and present position

Experience of insurance medicine

Patient 1. Woman of 35 years age. Is working fulltime with varying office duties. Divorce one year ago. Has one child, 3 years old. Has been on sick-leave fulltime, certified by a physician since five weeks for a lateral epicondylitis of right elbow. Right-handed. Up till today not yet free of pain at movements of elbow, in spite of injections of steroids and treatment by a

physiotherapist. The woman does not have any leisure time activities with physical stress on elbow, apart from ordinary household work.

Question 1. Is it likely that the woman would be on sick-leave in your country, as described above?

Yes

No (If no, continue to question 3!)

Question 2. If yes:

full-time?

part-time?

For how long (number of weeks from first day of sick-leave)?

The patient insists after five weeks on a prolongation of, or decision on sick-leave, alternatively. Physical status is unchanged.

Question 3. In your opinion, what is the probability that the consulted physician will certify a prolongation of the patient's sick-leave further? Write down estimated probability (percent) (If zero, continue to question 6!)

Question 4. For how many additional number of weeks?

Question 5. If continued sick-leave is probable, will the doctor

propose

full-time?

part-time?

Question 6. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–5 above be different if the woman would be 55 years old?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 7. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–5 on the issue of sick-leave be different if the woman in earlier days often had been on sick-leave?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 8. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–5 on the issue of sick-leave be different if it will be evident that the woman has problems of a personal nature at her workplace?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 9. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–5 on the issue of sick-leave be different if the patient in earlier days had experienced a long or repeated unemployment?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 10. Are patient cases of a similar kind as this one quite frequent in your country?

Yes No

How frequent? (rough estimate in percent of sick-leave population)

Patient 2. Male, 58 years old. Worked his whole adult life as a welder. Reputation as very skilful. Since one year out of work. Is on sick-leave since three months for lumbar pain. Non-smoker. Physical status: normal according to age in joint mobility, no palpatory pain. Normal neurological status. Body Mass Index 25.5. No cardiovascular symptoms or clinical findings.

Question 1. Is it likely that the patient would be on sick-leave in your country, as described above?

Yes

No (If NO, continue to question 3!)

Question 2. If yes, full-time
part-time

For how long (number of weeks from first day of sick-leave)?

At his next visit to his physician the patient insists on disability pension. Physical and mental status: status quo.

Question 3. In your opinion, what is the probability that the consulted physician will accept this? Write down the estimated probability (percent) (If zero continue to question 5!)

Question 4. If disability pension is probable, will the doctor propose
full-time?
part-time?

Question 5. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answers above be different if the patient would be 45 years old?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 6. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 13–4 be different if the patient in earlier days often had been on sick-leave?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 7. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–4 be different if it will be evident that the patient had problems of a personal nature at his last workplace?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 8. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–4 be different if the patient in earlier days in his life had experienced long or repeated unemployment?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 9. Are patient cases of a similar kind quite frequent in your country?

Yes

No

How frequent? (rough estimate in percent of sick-leave population)

Patient 3. Woman, 28 years old. No occupational training. During a couple of years she had different short-time jobs, full-time mixed with periods of staying workless at home. At present no employment. She is married, has no children. Lives in the country-side, interested in horse-riding. Her husband is healthy, works more than full-time on his farm. The woman fell off a horse four months ago. She had no symptoms for two months. Now she is complaining about pain and stiffness in her neck, and sleeping problems. She finds it difficult to perform her daily duties. Her physician finds a normal neurological status, proposes three weeks' of sick-leave, and sends her to tomography of neck and brain.

Question 1. Is it likely that this woman would be on sick-leave with this background in your country, as proposed above?

Yes

No

Question 2. If yes, full-time
part-time

For how long (number of weeks)

The patient now comes back to her physician after three weeks. The tomographical examination is normal. Neurological status continuously normal. She insists on continued sick-leave, because her symptoms have not subsided.

Question 3. In your opinion, what is the probability that the consulted physician will propose/decide in favour of continued sick-leave? Write down estimated probability (percent) (If zero, continue to question 6!)

Question 4. For how long a period of time (number of weeks)?

Question 5. If continued sick-leave is probable, will the doctor propose
full-time?
part-time?

Question 6. Would the doctor's proposals/decisions of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 above be different if the woman would be 55 years old?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 7. Would the doctor's proposals/decisions of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if the woman in earlier days often had been on sick-leave?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 8. Would the doctor's proposals/decisions of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if it will be evident that the woman has problems of a personal nature in her family?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 9. Would the doctor's proposals/decisions of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if the patient in earlier days had experienced a long or repeated involuntary unemployment?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 10. Are patient-cases of a similar kind as this one quite frequent in your country?

Yes

No

How frequent? (rough estimate in percent of sick-leave population)

Patient 4. Male, 32 years old. Worked as a carpenter for eight years, after that consultant in IT (Information technology). Partial owner of the company, long working days. During the last three months less earning power of the company. He is now consulting a physician for tiredness, insomnia, sadness and difficulty to concentrate.

The physician finds, that the diagnosis depression according to DSM 4/ICD-10 is not appropriate.

Question 1. In your opinion, what is the probability that the consulted physician will propose a period of sick-leave for the patient? Write down estimated probability (percent) (If zero, go to question 4!)

Question 2. For how long period of time (number of weeks)?

Question 3. If sick-leave is probable, will the doctor propose
full-time?
part-time?

Question 4. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 1–3 above be different if the patient would be 55 years old?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 5. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 1–3 be different if the patient in earlier days often had been on sick-leave?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 6. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in yours answer to questions 1–3 be different if it will be evident that the patient has problems of a personal nature at his workplace OR in family?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 7. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 1–3 be different if the patient in earlier days had experienced a long or repeated unemployment?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 8. Are patient-cases similar to this kind quite frequent in your country?

Yes

No

How frequent? (rough estimate in percent of sick-leave population)

Patient 5. Woman, age 56 years. Her husband has just about received old age pension (at the age of 65 years). The woman is a kindergarten teacher since 25 years. She works fulltime. She is getting increasing difficulties of keeping up with the pace of work, with an increasing number of children in her group, and less personnel. Her shoulders and neck are aching. She has difficulties to sleep at night. Increased stress tolerance. Increased sensitivity to noise. She wants to "take a break". She starts her sick-leave (a doctor's certification is not necessary for the first seven days in Sweden!) and proposes to her physician--visiting him/her after that week--to continue her sick leave for a period of time. According to DSM 4/ ICD-10 the diagnosis depression is not appropriate. Physical and mental status indicate that no diseases are obvious.

Question 1. Is it likely that the physician would approve to/certify a continued sick-leave for this patient in your country?

Yes

No (If No, continue to question 3!)

Question 2. If yes, full-time
part-time
For how long (number of weeks)?

In three months' time the patient is back and insists on a prolongation of sick-leave. Physical and mental status are unchanged.

Question 3. In your opinion, what is the probability that the consulted physician will prolong/accept sick-leave for the patient? Write down estimated probability (percent) (If zero, continue to question 6!)

Question 4. For how long period of time (number of weeks)?

Question 5. If continued sick-leave is probable, will the doctor propose
full-time?
part-time?

Question 6. Would the doctor's proposals/decisions as described in your answer to questions 3–5 above be different if the woman would be 40 years old?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 7. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if the woman in earlier days often had been on sick-leave?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 8. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if it will be evident that the woman has problems of a personal nature at her workplace?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 9. Would the doctor's proposals/decisions on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 3–5 be different if the patient in earlier days had experienced a long or repeated unemployment?

Yes

No If Yes, in what way?

Question 10. Would the doctor's proposal/decision on the issue of sick-leave as described in your answer to questions 3–9 have been different if the patient at the same time also had asked for the possibility to later on receive disability pension?

Yes

No

If Yes, in what way?

Question 11. Are patient-cases of a similar kind as this one quite frequent in your country?

Yes

No

How frequent? (rough estimate in percent of sick-leave population)

Over-all questions for all the above mentioned patient cases

A) What methods does a **physician in clinical consultancy** have available to get a patient back to work?

B) What methods does a physician working as an expert in insurance medicine have available to get a patient back to work?

C) What methods are usually practiced by physicians in clinical consultancy to get a patient back to work?

D) What methods are usually practiced by physicians working as experts in insurance medicine to get a patient back to work?

E) Who decides on sickness leave in your country? What is the role of the consulted physician? Of physician-experts of insurance medicine?

**General view-points that you want to express in aspects of handling within law and practice of the sickness insurance system in your own country, which seem important to you, and which are not focused in this audit?
Thank you for your participation!**

Bo Mikaelsson
MD, PHD
Ass. Professor
Phone +46 152 150 56, or +46 70 591 39 77
(reachable on telephone after February 11)
Fax +46 152 157 67

Enkätens utformning – det försäkringsmedicinska regelverket

Trans-European network of insurance medicine **Complementary questionnaire on insurance medicine** **The starting process of sick leave**

ITEMS: Training in insurance medicine, some regulations of sickness insurance, decision-making process

This questionnaire aims at getting an overview knowledge of how physicians in clinical practice and specialists in insurance medicine are ruled by legislation in relation to handling sickness insurance issues. We collect knowledge in order to evaluate differences between Sweden and seven other countries in Europe, especially in the starting process of sick leave, and the handling at the end of the sick leave period.

Please, write your name/country, and answer the questions in the same way as the first questionnaire. Press Alt+ F9 key, to receive the book-marks, where you can write your answer. Answers are in free text, so you can answer short or long, in your own words.

Name:

Country:

E-mail:

Telephone no:

Question 1a: Are physicians in clinical work usually trained in insurance medicine?

1b: If yes, how much of training?

1c: If yes, is the training compulsory

1) for all physicians? Yes No

2) for those handling sickness leave? Yes No

3) only for specialists in insurance medicine? Yes No

Question 2a: Does every physician, educated or not in insurance medicine, have the legal right to **certify** sickness absence?

Yes

No

2b: If yes, does this mean that the physician has the legal right to certify sickness leave, no matter the length of period?

Yes

No

2 c: If No to 2a or 2 b, how is the group of physicians, who have the right to certify, limited?

Question 3: Who decides whether sickness benefit should be paid out during the sick leave period **according to legislation** (the clinical physician, the insurance medical consultant, administrator, or ...)? In short: is there any form of control of the physicians certifying sickness leave?

Question 4: From what day of the sicklisting period is a physician's certification needed for further payment of sickness pay?

Question 5a: Is part-time sicklisting possible according to rules in your country?

Yes

No

5b: If yes, what percentage of the sick leavers are on part-time?

5c: If yes, under what circumstances?

Question 6: **When** a sick leave period has been going on for some period, say weeks/months, what is the examining physician's role **according to legislation** in starting rehabilitation, or in some other way reducing sick leave?

Question 7: What is the qualification needed for work as an insurance medical consultant? Describe the type of qualification needed!

Question 8: What organisation are the employers of the insurance medical consultants in your country, dealing with sickness insurance (state insurance administration, private insurance company, insurance company owned by labor organisation)?

Question 9a: What is the role of the insurance medical consultant in your country?

9b. Is he/she entitled to overrule the certification of the examining physician?

Yes

No

9c: If yes, in what way?

Question 10: In case of a disability pension, who/what legal body decides on that matter, and what is the basis for decision?

Question 11: If a medical certification is needed for that decision, what are the specific requirements of such a medical certification in comparison with the regular certification done at sick-listing?

Thank you once again, for your quick response!

Bo Mikaelsson
MD, PHD, ass. professor
phone +46 152 150 56, fax +46 152 157 67
e-mail: miklin@mbox300.swipnet.se