

Experten i beslutsprocessen

Jonas Arenius & Erik Wesser

"It's hard living with the law."
Chris Whitley

Inledning

Vårt arbete behandlar den medicinske expertens roll i arbetsskadeförsäkringens beslutsprocess.

Det första avsnittet innefattar teori, frågeställning samt metod. Därefter följer en presentation av lagen om arbetsskadeförsäkring och de tillämpande myndigheternas organisation samt en förklaring av begreppet arbetsskada. Avsnitten 5, 6 och 7 behandlar förhållandet mellan beslutsfattaren och expertisen, samt svårigheterna i bedömningen av arbetsskadeärenden. Vi avslutar arbetet med en sammanfattning, samt de slutsatser vi dragit utifrån undersökningsresultaten.

1. Teori

Vår teoretiska utgångspunkt att elementen som utgör samhällets strukturer utvecklas genom konsensus har som basis Talcott Parsons teori om samhället som ett socialt system.

Samhället måste uppfylla dels rent instrumentella krav, och dels expressiva krav. Begreppet instrumentella krav har i vår uppsats betydelsen krav och villkor uppkomna genom yttre påverkan på det sociala systemet. Kravens förekomst beror på nödvändigheten för samhället att tillfredsställa elementära behov, såsom anpassning till omgivningen och uppnående av överenskomna mål. Begreppet expressiva krav har betydelsen krav och villkor uppkomna på grund av den samhälleliga interaktionen i sig. Dessa krav förstås bäst i termer av känslokontroll och bevarande av sociala värden.

De uppkomna kraven och villkoren uppfylls av i samhället integrerade grundelement, institutionella ordningar. Det expressiva kravet på integration, nödvändig för samhällets existensbevarande, uppfylls av samhälleliga och kulturella institutioner genom kontroll och koordination av det sociala systemets olika element. Rättsväsendet är ett exempel på de institutioner som ska skapa, visa fram och stärka de sociala värderingarna, uppkomna på grund av samhällets primära karaktär av en moralisk entitet. Det medicinska väsendet uppfyller vid en snäv tolkning grundläggande, instrumentella krav (t ex överlevnad), men är också en specialiserad institution som fyller indirekta funktioner inom samhällets samtliga institutionella ordningar.

Samhällets integrerade delsystem är differentierade i fråga om arbetsuppgifter och står i ett beroendeförhållande till varandra eftersom de alla tillgodoser olika för samhället livsnödvändiga behov. Detta är grundförutsättningen för det moderna samhällets organiska solidaritet. På ett mikroplan tar sig beroendeförhållandet ett annat uttryck. För att en institution ska kunna leva upp till förväntningarna och kraven från det övriga samhället krävs ofta medverkan och hjälp från institutioner i andra institutionella ordningar. Detta kan exempelvis vara en speciell industriell institution (instrumentell funktion) som är beroende av att utbildningsväsendet (expressiv funktion) utbildar personal med kunskap inom ett speciellt ämnesområde. Rättsväsendet, som inom många rättsliga områden tar hjälp av ämnesspecifik sakkunskap, är ett annat exempel. På så sätt är samhällets olika institutioner inte isolerade i sin verksamhet. Samtidigt krävs ändå en hög grad av autonomi för att institutionen ska vara stabil och fungera utifrån sina uppbyggda premisser. Detta förhållande gör att det kan uppstå svårigheter när en institution måste söka medverkan från en annan institution. För rättsväsendet i exemplet ovan innebär medverkan i det här fallet vägledning av sakkunniga.

Samhällets utveckling kan beskrivas som en förändring mot en alltmer komplex struktur såväl mellan som inom det sociala systemets in-

tegrerade institutioner, beroende av såväl externa som interna faktorer. För att bevara samhällets konsensus under utvecklingen krävs av de integrerade institutionerna, såsom rättsligt och medicinskt väsende, ett uppfyllande av det övriga samhällets förväntningar. Dessa är i sin karaktär föränderliga, en funktion av det sociala systemets utveckling mot en ökad komplexitet.

2. Frågeställning

En person som har fått en skada eller sjukdom som är orsakad av arbetet har enligt svensk lag rätt till ekonomisk ersättning för inkomstförlusten som skadan orsakat. Bedömningen av om personen uppfyller kriterierna för ersättning, och bedömningen av ersättningsbeloppet, ska göras efter det som stadgas i lagen om arbetsskadeförsäkring. Den högsta instansen till vilken den försäkrade kan överklaga är Försäkringsöverdomstolen, där ett antal domare och nämndemän har att ta ställning om ändring av lägre instansers beslut. Det är viktigt att poängtera att det hela således gäller en *juridisk* process, även om skador och sjukdomar närmast förknippas med ett annat verksamhetsområde, det medicinska. För att intentionerna med lagen på bästa sätt ska kunna efterlevas, har också beslutsfattarna på alla nivåer antingen möjlighet eller skyldighet att som hjälp tillkalla en eller flera läkare för utlåtande. Det ska betonas att läkarens utlåtande endast ska vara ett hjälpmedel, *vägledande* för den försäkringsrättsliga bedömning som beslutsfattarna gör.

Med denna särskiljning av *juridisk process* och *medicinsk vägledning* som bakgrund har vi formulerat två allmänna frågeställningar:

1. Angående den juridiska processen: Är den juridiska processen och den medicinska vägledningen åtskilda i tillämpningen av lagen om arbetsskadeförsäkring?
2. Angående den medicinska bedömningen: Vilka kunskaper om arbetsskador ligger till grund för läkarens utlåtande?

Efter en preliminär analys av ett material bestående av i Försäkringsöverdomstolen avgjorda ärenden har vi sedan ur de allmänna fråge-

ställningarna formulerat dessa två mer specificerade frågeställningar som vi bygger vårt arbete på:

1. Har den medicinske experten övertagit den avgörande rollen som beslutsfattare i arbetsskadeärenden, d v s styr de av rätten konsulterade läkarna beslutsprocessens utfall i en vidare mån än lagens intention avser?
2. Finns möjligheten för en läkare att på ett tillfredsställande sätt bedöma om en skada är orsakad av faktorer sammankopplade med arbetet, eller blir den medicinska bedömningen grundad på annat än faktisk kunskap om arbetsskador?

3. Metod

Grundmaterialet för detta arbete är de 2351 arbetsskadeärenden (olycksfall borträknade) som under perioden augusti 1987 – oktober 1991 avgjordes i Försäkringsöverdomstolen. Dessa ärenden har kodats till ett statistiskt hanterbart material. Utifrån en preliminär analys av materialet har vi formulerat de frågeställningar som har presenterats i avsnitt 2. Vi har sedan fördjupat oss i problemområdet genom att inhämta material från lagens förarbeten, utredningar, aktuell debatt, intervjuer samt tidigare undersökningar om arbetsskadeförsäkringen. Efter att ha sammanställt allt material har vi analyserat det och dragit de slutsatser som redovisas i slutet av arbetet.

Intervjun med fil dr Inge Tell, yrkesmedicinska kliniken i Lund, gjordes av författarna i december 1991, och var av öppen karaktär.

Intervjun med Lars Lindmark, domare i Försäkringsöverdomstolen, gjordes av Antoinette Hetzler 1984.

4. Lagen om arbetsskadeförsäkring

Lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF) trädde i kraft den 1 juli 1977. Lagen är utarbetad och tillkommen för att inkomstförlust på grund av skada i arbetet ska ersättas. Den som skadats i eller på väg till sitt arbete skall i princip inte hamna i ett sämre ekonomiskt läge än det man befann sig i före skadetillfället. Försäkringen är allmän och obligatorisk och bekostas genom en särskild arbetsgivaravgift.

Vanligtvis utgår inte någon ersättning förrän efter den s k samordningstiden under de första 90 dagarna. Under denna period erhåller den skadade ersättning genom sjukförsäkringen. Till skillnad från sjukförsäkringen och förtidspensionen ersätter LAF i princip hela det belopp som förlorats genom skadan, utöver utgifter för resor, mediciner, hjälpmedel och läkarkostnader.

4.1 *Lagens villkor*

För att försäkringen skall komma en person som skadats i arbetet till nytta måste sambandet mellan besvären och arbetets inverkan bedömas av en läkare. Läkarens uppgift blir att granska fallet och därefter, om så är möjligt, ge en bedömning om åkomsten uppkommit genom skadlig inverkan i arbetet. I ärenden där ett olycksfall ligger till grund för skadan kan en tjänsteman på försäkringskassan fatta beslut i ärendet medan beslut i sjukdomsärenden sker i socialförsäkringsnämnd. Dessa fattar även beslut i frågor angående livränta, d v s om arbetsskadan har givit bestående arbetsförmåga och inkomstförlust och den försäkrade därför är berättigad till ytterligare ersättning.

I de fall där den försäkrade inte får sin skada erkänd som orsakad av arbetet finns möjlighet att överklaga försäkringskassans beslut till nästa instans, försäkringsrätten, och en eventuell ytterligare klagan sker till Försäkringsöverdomstolen. Samtliga instanser har möjlighet att konsultera medicinsk expertis, och har dessutom speciellt utvalda förtroendeläkare till sin hjälp vid bedömningen.

4.2 Definition av arbetsskada

LAF avses omfatta alla skador som kan kopplas till arbetet eller arbetsförhållandena. I lagens 2 kap 1 § definieras arbetsskada såsom "skada till följd av olycka eller annan skadlig inverkan i arbetet". Lagen omfattar även skador till följd av olycksfall vid färd till eller från arbetet och skada framkallad av smitta. Vidare säger LAF i 2 kap 2 §: "Har försäkrad varit utsatt för olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, skall skada som han ådragit sig anses vara orsakad av den skadliga inverkan, om ej betydligt starkare skäl talar emot det."

Som den sista bisatsen i lagtexten visar, krävs det för avslag att betydligt starkare skäl talar mot ett samband mellan den skadliga inverkan och de aktuella besvären. Intentionerna med denna passus belyses i arbetsskadeutredningens betänkande (SOU 1985:54), där det anges att "bevisregeln innefattar en presumtion för samband, och några särskilda skäl som talar för ett orsakssamband måste inte åberopas. För att – sedan skadlig inverkan konstaterats – kunna avslå ett arbetsskadeärende i sambandsledet krävs starka skäl som talar *mot* samband."

I lagen är dessutom implicerat att man inträder i det skick man befinner sig, utan förbehåll för eventuella sjukdomar, sjukdomsanlag eller lyten (SOU 1975:84), allt för att en person som är lättare mottaglig för skadligt inverkan i arbetet inte skall förfördelas. Detta har också använts när man velat påvisa att två skilda fall inte kan jämföras med varandra, lika lite som två individer är identiska eller på ett liknande sätt kan jämföras med varandra.

4.3 Organisation

Inom många skilda områden vid olika domstolar är det nödvändigt att anlita sakkunskap utanför domstolen. I de allmänna domstolarna kan rätten eller någon av målets parter inkalla en sakkunnig. Även regeringen kan i vissa fall på en allmän förvaltningsdomstols begäran förordna särskilda sakkunniga under en viss tidsperiod, som i sin tur skall tillhandahålla domstolen sina utlåtanden.

I specialdomstolar som försäkringsrätterna och Försäkringsöverdomstolen är behovet av sakkunskap än mer utmärkande. I vissa fall kan de sakkunniga vara anställda inom domstolen, men oftast utses dessa inför varje enskilt mål. I t ex fastighetsdomstolarna finns heltidsanställda tekniska ledamöter, fastighetsråd, som deltar i beslutsprocessen.

Samma förhållande råder i mål som behandlar permissioner och utskrivning av patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk vård (LPV) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Rätten ska i dessa frågor då det anses nödvändigt höra en lämplig sakkunnig. I propositionen sägs bland annat att det endast i extrema undantagsfall kan komma i fråga att domstolen frångår entydiga medicinska bedömningar vid avgörandet av ett ärende (prop 1990/91:58). I likhet med LAF har även den medicinske expertens roll i dessa lagars beslutsprocess under senare tid blivit föremål för livlig debatt.

Socialförsäkringsadministrationen ställer höga krav på medverkan av medicinsk och odontologisk sakkunskap. Sådan kommer de olika instanserna tillhanda i olika former. I varje försäkringskassa ska minst en förtroendeläkare vara anställd. De skall vara tillgängliga för konsultation i frågor som kräver medicinskt specialkunnande och samtidigt verka för ett väl fungerande samarbete mellan försäkringskassa och de olika verksamma läkare som ingår i samarbetet.

Riksförsäkringsverkets organisation inrymmer läkare som är anställda under ett visst antal veckotimmar för verkets räkning. Högst upp i organisationen finns en överläkare och två sakkunnigläkare. De sistnämnda har bland annat till uppgift att medverka i arbetsskademål i FÖD där Rfv fungerar som motpart.

Försäkringsöverdomstolen har särskilda sakkunniga knutna till sig, vanligtvis specialister inom olika medicinska områden. FÖD har för övrigt möjlighet att, förutom dessa, konsultera andra läkare i varje enskilt mål.

De sakkunniga är i sammanhanget ovan endast rådgivare och deltar inte i beslutsfattandet i domstolen. Förslag har framkommit där man ger den sakkunnige en plats som meddomare i domstolen, och då företrädesvis i de fall där utlåtanden från experten i ämnet är särskilt svår-förståeliga för utomstående, i det här fallet domstolens övriga ledamöter. Detta kan ofta vara fallet vid handläggningen av medicinska frågor och läkarutlåtanden. Förslagen har inte fått någon genomslagskraft i dagens organisation.

4.4 *LAF – en ramlag*

LAF är en ramlag och har därför vissa egenskaper som den delar med andra lagar av samma karaktär.

Tillämparen av lagen besitter en relativt stor frihet när denne ska om-
sätta lagen i praktiken. Med denna fria tolkning av lagen i fråga följer
högre ställda krav på kunskaper, ansvarstänkande och omdömesgillhet
hos tillämparen. I det konkreta beslutsförfarandet hos den instans, el-
ler i själva verket den tjänsteman, som handlägger ett ärende och skall
praktisera lagstiftarens intentioner, är riskerna betydande att den bak-
omliggande grundmeningen åsidosätts eller kanske helt går förlorad.

En viktig beståndsdel i rättssystemet är utvecklandet av en konse-
kvent rättslig praxis för att uppfylla krav på rättssäkerhet och andra
formkrav rättsförfarandet ställer. För en tillfredsställande rättssäkerhet
krävs förutsägbarhet ifråga om både process och utfall. Lagen om ar-
betskadeförsäkring utgår från mycket individuella förutsättningar till
skillnad från en lag med en mer exakt lydelse, och härigenom blir det
svårt att uppfylla kriteriet förutsägbarhet. Eftersom denna svårighet lig-
ger i själva lagkaraktären kan inte heller rättssäkerhet i det här fallet
bygga på förutsägbarhet. Detta komplicerar frågan om utveckling av
praxis, som är en viktig beståndsdel i den rättsliga verksamheten.

Inom en del rättsliga områden, exempelvis vissa delar av sociallag-
stiftningen, bedöms ärenden under primärfasen i instanser utan någon
utpräglad rättslig tradition. En möjlig verkan av detta är att vikten av lik-
formighet i bedömningen inte betonas i samma utsträckning som görs
i instanser med en tradition av juridiskt tänkande och rättsligt förfaran-
de. Liknande förhållanden kan antas råda när det gäller för tillämpare
att hörsamma direktiv och prejudicerande domar.

Det gäller dock att komma ihåg att det, som vi tidigare berört, i och
med ramlagskaraktären inte går att bedöma dessa lagars tillämpning på
samma grundvalar som "traditionella" lagar bedöms.

5. Den medicinska expertisen

Med tanke på LAFs utformning förutsätts självfallet kunskap om hur
olika faktorer i arbetet påverkar uppkomsten av skador och sjukdomar.
Här kommer den medicinska sakkunskapen in i bilden. Denna kompe-
tens är av betydelse – generellt – för att skaffa kunskaper om olika fak-
torers skadlighet i förhållande till uppkomsten av olika sjukdomar och
– i det individuella fallet – för att bedöma om arbetsförhållandena är så-

dana att de sannolikt kan framkalla sjukdomsbesvär av det slag som prövningen avser. Vidare ställs det krav på den medicinska kompetensen i frågan om det föreligger orsakssamband mellan vad som bedöms som skadlig inverkan i arbetet och de sjukdomsbesvär som en person uppvisar (Rfv 1986). I detta avseende har LAF ett inbyggt behov av medicinsk expertis som vägledning vad det gäller tillämpningen av lagen. Vi har i frågeställningen tagit upp denna vägledande funktion, och det intressanta i sammanhanget blir frågan angående hur stort inflytande den medicinska expertisen i *realiteten* har i processen.

För att få en bild av detta har vi ur det statistiska materialet som är redovisat i metodkapitlet studerat de variabler som beskriver läkarnas bedömning och FÖDs beslut. När det gäller variablerna "FÖDs läkare" och "Rfv:s läkare" är variabelvärdena "Gör försäkringsrättslig bedömning till df:s fördel" respektive "...nackdel" av stor betydelse. Läkarutlåtanden har givits dessa värden om läkaren gör överväganden av försäkringsrättslig karaktär med formuleringar som helt eller delvis överensstämmer med lagtexten i LAF 2:1-2, rörande förekomsten av skadligt inverkan i den klagandes arbetsförhållanden, samt huruvida övervägande skäl kan sägas föreligga som talar mot ett samband mellan en skadligt inverkan och den uppgivna skadan. Genom att studera ärenden där sådana bedömningar förekommer och relatera läkarutlåtandena till domstolsutslaget ser vi i vilken utsträckning beslutsfattarna följer den medicinska expertisens bedömning av ärendet.

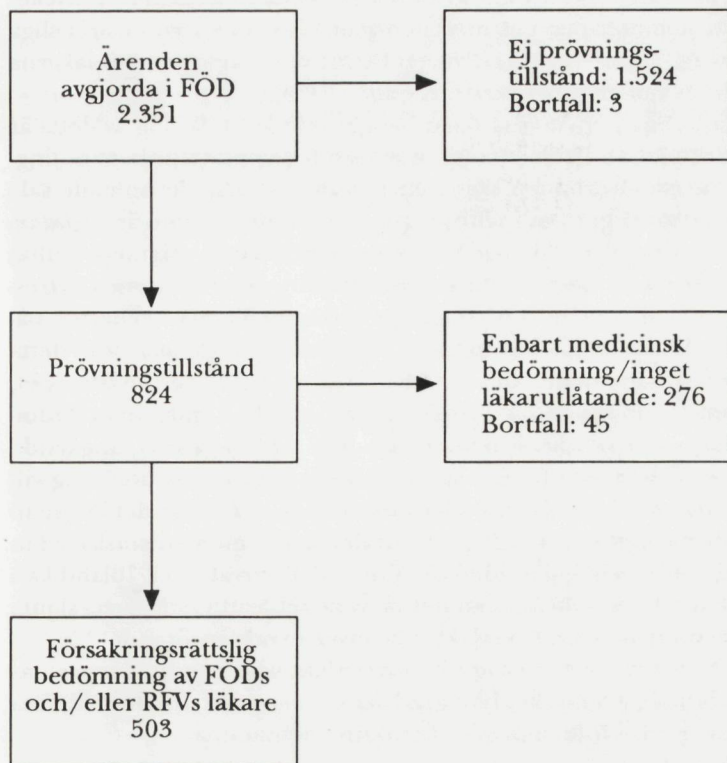
I figur 1 illustreras urvalet av de ärenden som i det följande blir föremål för analys. I 503 ärenden har en eller flera läkarutlåtanden kodats för försäkringsrättslig bedömning. De redovisas i tabell 1 i förhållande till utfallet i FÖD.

Tabell 1 Ärenden som beviljats prövningstillstånd och avgjorts i FÖD augusti 1988-oktober 1991. Relation mellan försäkringsrättslig bedömning av FÖDs och/eller Rfv:s läkare och beslut i FÖD ur den försäkrades synvinkel.

	Försäkringsrättslig bedömning till df:s fördel		nackdel		Skilda försäkringsrättsliga bedömningar		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ej ändring/ ändring till nackdel	13	2.6%	75	4.9%	8	1.6%	96	19.1%
Ändring till fördel	370	73.6%	19	3.8%	18	3.6%	407	80.9%
Totalt	383	76.1%	94	18.7%	26	5.2%	503	100%

Bortfall: 45

Figur 1 Undersökningspopulationen



Syftet med jämförelsen av variablerna är, som vi tidigare sagt, att se i vilken utsträckning besluten som fattas i FÖD stämmer överens med läkarnas vägledande bedömning av ärendet. För att kunna komma fram till detta bortser vi från de ärenden då Rfv:s läkare och FÖDs läkare gör skilda försäkringsrättsliga bedömningar. För att få den önskade jämförelsen åskådliggjord får vi addera värdena i fetstil i kolumnen *försäkringsrättslig bedömning till fördel/nackdel* diagonalt, och relatera dem med antalet undersökta ärenden, 503. Vi kan då göra följande iakttagelser:

- I 88% (445) av dessa 503 ärenden stämmer FÖDs beslut överens med läkarnas försäkringsrättsliga bedömning.
- I 6% (32) av dessa 503 ärenden går FÖDs beslut emot läkarnas försäkringsrättsliga bedömning.

Statistiken visar att FÖDs rättsliga bedömning, som utmynnar i ett beslut om ändring/ ej ändring av den lägre instansens beslut, i mycket hög grad stämmer överens med den medicinska expertisens rättsliga bedömning. Domarna tar sällan ett beslut som går emot vad läkarna tycker ifråga om ett arbetsskadeärende.

För att kunna göra en i sammanhanget relevant tolkning av detta är det nödvändigt att belysa utgångspunkten för uppsatsen. Behandlingen av arbetsskadeärenden sker i en *juridisk* process, där anlitate sakkunniga enbart figurerar i syfte att göra bedömningar som är *vägledande* för beslutsfattarna. Analysen av ovanstående undersökningsresultat gör vi därför med beslutsfattarens roll som utgångspunkt, och intressant i sammanhanget blir då frågan hur den medicinske experten påverkar beslutsfattandet. Vår tolkning blir med utgångspunkt från detta att det redovisade materialet visar en förskjutning av beslutsfattandet, från domarna mot den medicinska expertisen. I en intervju av Antoinette Hetzler säger Lars Lindmark, domare i FÖD (1984), angående domarnas förhållande till den medicinska bedömningen att "...jag vill alltså mena att i den mån vi sysslar med medicin här så är det i princip nödvändigt enligt min mening för att det är ju den medicinska sidan som ofta måste klargöras. Men det finns två reservationer. Ibland kan det gå slentrian och ibland kan det väl vara detta att vi vill gärna skjuta en läkare framför oss, låta en läkare ta ansvaret och avgörandet."

Med expertens bedömning i händerna kan alltså beslutsprocessens utgång förutsägas i mycket hög grad. Vi ska i avsnitt 6 fokusera denna bedömning och problemområdet omkring densamma.

6. Medicinsk bedömning

En stor skillnad mellan LAF och den tidigare YFL var införandet av det generella skadebegreppet. I och med detta kunde i princip alla sjukdomar bli klassade som arbetsskador, förutsatt att de uppfyllde de kriterier som tidigare nämnts. Den utredning som föregick den nya lagen (SOU 1975:84) förutsåg att förändringen skulle medföra problem beträffande bedömningen av vissa sjukdomar. Det gällde reumatologisk sjukdom (d vs sjukdom i lederna), smärttillstånd i nacke och rygg samt psykiska sjukdomar, och enligt yrkesskadekommitténs förslag skulle

dessa sjukdomskategorier bedömas efter en särskild och strängare bevisregel. Man befarade nämligen att tillämpningen av den förhållandevis gynnsamma bevisregeln (enligt LAF 2 kap 2 §) kunde medföra att alltför många sjukdomsfall som inte var arbetsbetingade skulle komma att bedömas som arbetsskada (SOU 1975:84). Utformningen av lagtexten kom emellertid att gälla likadant för alla typer av arbetsskador, men departementschefen påpekade: "Jag vill särskilt framhålla att kraven på en noggrann utredning måste anses särskilt stora när det gäller prövningen av de sjukdomar som kommittén har velat undanta från den vanliga bevisregeln." (prop. 1975/76:197).

Om yrkesskadekommitténs farhågor angående kvantiteten ej arbetsrelaterade skador som blivit godkända enligt LAF besannats eller ej är en fråga som inte kan besvaras objektivt utan ingående studier i medicinsk forskning, arbetsförhållanden och praxisutveckling. Däremot är det inte förhastat att konstatera att deras åsikter om svårigheterna med bedömningen av de tidigare nämnda sjukdomskategorierna stämmer väl överens med verkligheten, vilket kommer att visas längre fram i arbetet.

6.1 *Belastningsskador*

Mot bakgrund av utformningen av LAF 2 kap 2 § ska beslutsprocessen ske i två steg (se avsnitt 4.2). Först ska det göras en bedömning av skadlig inverkan, då man utröner om det finns en skadlig faktor i arbetet som sannolikt kan förorsaka, försämra eller utlösa symtom från den typ av sjukdom som bedömningen avser. Om det kan konstateras att skadlig inverkan i arbetet inte finns avslås ärendet redan på detta stadium. Om det istället kan anses att skadlig inverkan föreligger, bedöms i nästa steg vilka skäl som talar för respektive mot att den konstaterade skadliga inverkan givit upphov till de besvär som den försäkrade har (Rfv 1986).

Vi har i vårt arbete rörande den medicinska bedömningen studerat problemområdena angående belastningsskador. Det finns främst tre anledningar till denna avgränsande fokusering. För det första är belastningsskador till skillnad från exempelvis toxiska skador något som tillkom i och med införandet av LAF och därför är problemområdet också specifikt för LAF.

För det andra utgör belastningsskadorna en stor del av ärendena inom LAF. Vi har i tabell 2 delat upp det statistiska grundmaterialet (se avsnitt 3) i tre variabler som visar olika sjukdomskategorier.

Tabell 2 Ärenden avgjorda i FÖD augusti 1988–oktober 1991, efter sjukdomskategori.

	Samtliga		Beviljade prövningstillstånd	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Muskuloskeletala	1164	74,5%	619	79,5%
Psykiska	110	4,9%	26	3,3%
Övriga	460	20,6%	134	17,2%
Totalt	2234	100%	779	100%
Bortfall	117		45	

Av de ärenden (ej olycksfall) som avgjordes i FÖD under perioden augusti 1987 till oktober 1991 gällde tre av fyra muskuloskeletala besvär, alltså sjukdomar i rörelseorganen, vilket framgår av tabell 2. Av de ärenden som beviljades prövningstillstånd i FÖD behandlade fyra av fem samma besvärskategori, vilket också framgår i tabell 2. Dessa ärenden är naturligtvis inte representativa för samtliga arbetsskadeärenden i samtliga instanser under samma tid, men är ändå ett mått på hur omfattande, rent kvantitativt, sjukdomskategorin är.

För det tredje är FÖDs ändringsbenägenhet för muskuloskeletala sjukdomar betydligt större än ändringsbenägenheten för andra sjukdomar. Vi har i tabell 3 jämfört ändringsbenägenheten för tre olika sjukdomskategorier. Materialet bygger på de 779 kodbara fall som i tabell 2 beviljades prövningstillstånd.

Tabell 3 Ärenden som beviljats prövningstillstånd och avgjorts augusti 1988 – oktober 1991. Relation mellan sjukdomskategori och beslut i FÖD (%).

	Muskulo- skeletala	Psykiska	Övriga	N =
Ej ändring	14,7	38,5	29,9	141
Ändring	85,5	61,5	70,1	638
N=	619	26	134	779

Bortfall: 45

Tabell 3 visar att ändringsfrekvensen för muskuloskeletala sjukdomar var 15 procentenheter högre än för övriga sjukdomar, psykiska besvär borträknade. I förhållande till den senare kategorin var ändringsfrekvensen för muskuloskeletala sjukdomar 24 procentenheter högre. I och med denna tendens betonas svårigheterna med bedömningen av sjukdomar i rörelseorganen, eftersom ändringen i FÖD markerar att en felaktig bedömning de facto har skett i de lägre instanserna. Vi kommer härnäst att ta upp vad dessa svårigheter beror på.

6.2 *Bedömning av belastningsskador*

Vi har redan belyst det faktum att den medicinske expertens utlåtande har en avgörande betydelse för utgången av ett arbetsskadeärende, och vill nu visa på svårigheterna som experten ställs inför i bedömningssituationen.

Från medicinsk sakkunskap framhävs framförallt problemen angående belastningsskador, alltså sjukdomstillstånd i rörelseorganen. 1987 tillsatte Stockholms läns allmänna försäkringskassa en grupp bestående av medicinska experter och tjänstemän från försäkringskassan med syfte att bland annat analysera tillämpningen av kunskaper om de faktorer som anses ge upphov till belastningsskador. Ett annat primärt syfte med expertgruppen var att ta fram riktlinjer för en förbättrad och mer enhetlig bedömning av belastningsskadorna.

Panelen granskade ett antal anmälda och outredda arbetsskadeärenden och konstaterade, inte helt oväntat, att med den medicinska bedömningen av denna sjukdomskategori följer många typer av problem.

Vad det gäller ställandet av diagnos menar gruppen att den medicinska praxisen kring diagnoser i muskler och ledapparat inte är enhetlig (SLAF 1987). Olika läkare ställer alltså olika diagnoser på samma besvär, vilket kan ha flera olika orsaker. I en promemoria från Riksförsäkringsverket angående SOU 1985:54 framhålls att "det är svårt för läkare som har att uttala sig i de enskilda fallen att hålla sig a jour med vad som kommit fram genom medicinsk forskning och att värdera detta material." (Rfv 1986). Vidare betonar man att läkare har olika klinisk erfarenhet, vilket gör att "utgången av ett ärende blir därför ofta beroende av vilken läkare som avger det medicinska utlåtandet." (Rfv 1986). Vid betänkande av dessa båda faktorer är det naturligt att, liksom expertpanelen, anse att den medicinske experten/ specialisten ofta har anledning att ifrågasätta ickespecialistens diagnos. Resultatet kan för betraktaren,

och då i synnerhet för den enskilde försäkrade, ge ett godtyckligt och slumpmässigt intryck.

I samband med frågan om olika kliniska erfarenheter uppkommer en annan faktor av relevans, nämligen frågan om olika medicinska skolor som har olika synsätt vad det gäller bedömning av skador och fastställande av diagnos. Vid en intervju med fil dr Inge Tell, yrkesmedicinska kliniken Lund, framgick att synsätt och praxis skiljer sig markant beroende på vilken klinik man anlitar för specialistutlåtande. Tell, som också är konsultläkare åt försäkringskassan, menade att den konsulterande instansen kan utnyttja kunskapen härom och genom valet av expert styra beslutsprocessen i en viss riktning. Detta kan sedan få allvarliga konsekvenser för utvecklingen av praxis, vilket i en intervju gjord av Antoinette Hetzler medges av Lars Lindmark, domare i FÖD (1984). Lindmark säger angående frågan om valet av experter att "har vi då fått en sakkunnig i t ex ortopedi en docent X, som företräder en mycket speciell syn på ortopediska sjukdomar, då blir det domstolens syn under en lång form av år." Detta, att praxisutvecklingen i FÖD ändras med vilken sakkunnig som är anlita, stämmer illa överens med det faktum att tillämpningen av LAF är en juridisk process.

Vad det gäller belastningar menar expertgruppen att det är svårt att klassificera och kategorisera dessa. I det första steget i beslutsprocessen, om skadlig inverkan föreligger eller ej (se 4.2), förutsätts att en kvalitativ bedömning av faktorns eventuella farlighet har gjorts. I ärenden angående belastningsskador betyder detta följaktligen att en kunskap om belastningens eventuella skadlighet, d.v.s. kunskap om sambandet mellan belastningar och skador, måste finnas. Detta kunskapsområde, menar expertgruppen, är betydligt eftersatt (SLAF 1987). Bilaga 1 visar en uppdelning av belastningar med kända och/eller antagna besvär. Svårigheterna ligger dock i att i *kvantitativt* avseende definiera gränsen mellan skadlig och icke skadlig inverkan.

Ett tredje problemområde som expertgruppen behandlar och menar är kunskapsmässigt eftersatt är läkningstiden för skador i rörelseorganen (SLAF 1987). Läkningstidens längd är en faktor av stor betydelse i det andra ledet av beslutsprocessen, vid bedömningen av eventuellt samband mellan skadlig inverkan och visade besvär (se 4.2). Perioden för vilken samband godkännes bygger alltså helt på bedömningen av hur lång tid skadan behöver för att läka.

Problemen gäller enligt expertgruppen i synnerhet fall där besvären är en försämring av grundsjukdom, bland annat därför att det är svårt att jämföra det aktuella sjukförloppet med ett "teoretiskt" sjukdomsförlopp utan speciell skadlig inverkan. Gruppen skriver: "Det finns få stu-

dier av utläkningstiden för olika belastningsskador men självfallet finns en omfattande klinisk erfarenhet. Denna erfarenhet talar för att de flesta belastningsskador läker ut inom några månader, men beroende på individuella förhållanden och bristande rehabiliteringsinsatser kan läkningstiden bli väsentligt längre." (SLAF 1987). Bristande kunskap kombinerat med stora individuella skillnader gör att läkningstiden/sambandstiden blir mycket svårbedömd.

6.3 *Reflexion*

Utgången av arbetsskadeärenden i FÖD stämmer i mycket hög grad överens med den sakkunniges försäkringsrättsliga bedömning av ärendet. Beslutets utfall beror alltså i hög grad av den sakkunniges bedömning. I kombination med en icke enhetlig medicinsk praxis i arbetskada-processen ger detta förutom ett intryck av godtycklighet på betraktaren, en situation där rättspraxisutvecklingen är styrd av de sakkunniga som ska underlätta domarnas beslut. Både vad det gäller frågan om arbetets skadliga inverkan, och sambandet mellan skadlig inverkan och visade besvär i rörelseorganen, är kunskapsområdet betydligt eftersatt.

7. Rättslig bedömning

En grundläggande fråga är hur rättsliga frågor stämmer överens med läkarens normala yrkessituation. Inom många av de juridiska arbetsområdena måste expertis inkallas då det aktuella problemområdet ligger utanför juristernas kunskapsområde. Inom läkaryrket är situationen något annorlunda, vilket är naturligt eftersom en läkare i sin normala yrkesutövning sysslar med frågor som endast berör medicin. LAFs inneboende krav att läkare ska medverka som sakkunniga i en juridisk process är i stort sett unik, och det är naturligtvis en något främmande arbetssituation för den berörde läkaren. Hur uppfattar då läkaren denna situation?

I en intervju av Jan Lind säger Karl-Erik Olsson, chef för ortopedkliniken vid lasarettet i Karlskrona och ledamot i socialförsäkringsnäm-

den, att "normalt har vi stora möjligheter från läkarsidan att hålla oss inom vår professionalitet och bli bedömda utifrån det. Men arbetsskadelagen tvingar oss ut i ett "allmänt umgänge", där det förekommer olika värderingar som väger lika tungt" (*Läkartidningen* 1990). Detta gör, menar Olsson, att många läkare är missnöjda med att syssla med arbets-skador. Vidare betonar han att många läkare har svårt att acceptera att det är annorlunda att bli skadad inom än utom arbetet och att ersättningen ska vara högre för en arbetsrelaterad skada (*Läkartidningen* 1990).

Det sistnämnda är ett exempel på de värderingsskiljaktigheter som förekommer mellan olika starka grupper i samhället, beroende på exempelvis politiska ideologier, samhällsekonomiska ståndpunkter eller yrkesetiska övertygelser. En jämförelse med vad exempelvis de fackliga organisationerna anser om arbetsskadeförsäkringen visar med all säkerhet helt annorlunda åsikter, byggda på en helt annan basis av värderingar. Oavsett frågan om effekterna av värderingsskiljaktigheterna är övervägande positiva eller negativa, är de hur som helst mycket svåra att överbrygga.

En annan fråga angående värdering är hur läkaren uttrycker sig i sitt utlåtande, alltså hur en medicinsk bedömning utmynnar i en rättsligt laddad formulering. Vi anser det naturligt att det uppstår en begreppskonflikt vid översättningen från medicinskt tänkande till rättslig terminologi, då det inte finns någon naturlig koppling områdena emellan. Omfattningen av problemet med skillnaden mellan juridisk och medicinsk formulering och argumentation är stor. Hetzler & Eriksson skriver: "Lagens krav på medicinsk sakkunskap som en förutsättning för tillämpningen av lagen medför en rad problem, av vilka det mest påtagliga är motsättningen mellan lagens krav på entydiga ställningstaganden rörande en sjukdoms ursprung å den ena sidan, och å den andra läkarvetenskapens obenägenhet att hemfalla åt enkla kausalsambandsresonemang i den typen av frågor." (Hetzler & Eriksson 1982).

Det är vanligt att läkaren i sitt utlåtande gör en rättslig bedömning och formulerar den "i fas" med bevisregeln i LAF 2 kap 2 §, exempelvis "betydligt starkare skäl talar inte mot än för ett samband mellan den skadliga inverkan och visade besvär." En formulering av sådan art ger beslutsfattarna ett klart besked om läkarens ställning i bedömningsfrågan. Inge Tell säger angående detta att han som konsultläkare åt försäkringskassan efter hand har lärt sig hur bedömningarna beslutsfattarna skall ta del av, och döma utifrån, bäst bör vara formulerade. Detta antar vi är genomgående för läkare som har en kontinuerlig kontakt med arbetsskadeärenden. Efter att en längre tid sysslat med dessa ären-

den menar Tell att han i och med sin förvärvade kunskap idag har lättare att i sitt utlåtande bedöma och klargöra om de uppvisade besvärerna är orsakade av arbetet eller inte, istället för att bara göra en medicinsk bedömning.

Vi vill hävda att om detta förfarande blir alltför slentrianmässigt, finns en fara i det att ett komplicerat och svårbedömt besvär kan förnklas till ett enkelt kausalt samband, som inte kan spegla en omfattande medicinsk bedömningsprocess. Även om både läkarens medicinska och försäkringsrättsliga bedömning är tillgänglig för beslutsfattarna, så tillmäts antagligen den senare bedömningen en mycket större betydelse.

Vaga formuleringar som "möjlig" och "kan inte uteslutas" i bedömningen ger en mycket bred tolkningsmarginal då beslutsfattarna ska värdera läkarens utlåtande, vilket leder till att utlåtandet förlorar i betydelse. Karl-Erik Olsson menar att många yttranden i arbetsskadeärenden medvetet formuleras vagt av läkaren, på grund av att han inte vill riskera att få negativa omdömen underkända. Detta, menar Olsson, beror på medicinens karaktär av en prestigefylld verksamhet. I läkarens normala arbetssituation finns inte risken att inte "få rätt" i samma utsträckning (*Läkartidningen* 1990).

8. Sammanfattning och slutsats

Enligt vår teori uppstår lätt svårigheter när en samhällsinstitution i sin utövning är direkt beroende av andra institutioners verksamhet. Vi tillämpar dessa tankebanor på rättsväsendet, som genom lagen om arbetsskadeförsäkring har ett inneboende behov av medicinsk expertis. Vår frågeställning tar upp den medicinska expertens roll i arbetsskadeprocessen och bedömningsfrågan i samma process. (1) Har den medicinske experten övertagit beslutsfattarens roll, och (2) är det möjligt ens för en sakkunnig att med visshet avgöra om en arbetssituation är skadlig och om en skada har samband med arbetet?

Vårt arbete bygger på de 2351 arbetsskadeärenden (ej olycksfall) som avgjordes i Försäkringsöverdomstolen mellan augusti 1987 och oktober 1991. Vi har förutom detta material använt oss av lagens förarbe-

ten, utredningar, aktuell debatt, intervjuer samt tidigare undersökningar om arbetsskadeförsäkringen.

Lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF) togs i bruk den 1 juli 1977. Lagen är utarbetad och tillkommen för att inkomstförlust på grund av skada i arbetet skall ersättas. Överklagan av försäkringskassans beslut sker till försäkringsrätt, och i nästa led till Försäkringsöverdomstolen (FÖD).

Samtliga instanser har möjlighet att konsultera medicinsk expertis, och har dessutom speciellt utvalda förtroendeläkare till sin hjälp vid bedömningen. FÖD har särskilda sakkunniga knutna till sig, vanligtvis specialister inom olika medicinska områden. De sakkunniga är i sammanhanget ovan endast rådgivare och deltar inte i beslutsfattandet i domstolen.

Vi har kommit fram till att utfallet av prövningen i FÖD i 9 av 10 fall stämmer överens med den medicinska expertisens rättsliga bedömning. Praxis vad det gäller denna bedömning är oenhetlig, och kunskapen om den överlägset största kategorin arbetsskadeärenden i FÖD (belastningsskador) är, enligt den medicinska expertisen själv, otillräcklig.

LAF har allt sedan dess tillkomst men främst under senare tid debatterats livligt, och det är då framför allt själva *lagstiftningen* som varit föremålet för debatten. Vi menar att eftersom beslutsfattaren i och med LAFs ramlagskaraktär lämnas en stor frihet och ett stort ansvar, blir själva *tillämpningen* av lagen ett intressant problemområde. Eftersom LAF har ett inneboende behov av medicinsk expertis blir dels frågan om expertisens inflytande, och dels frågan om expertens bedömningsituation relevant i en studie. Vi har kommit till slutsatsen att besluten i de allra flesta ärendena i FÖD helt beror av vad den medicinskt sakkunnige gör för bedömning. Domarna följer i nio fall av tio läkarens linje, och det egentliga beslutsfattandet är på så sätt förskjutet i processen. Vi menar att konsekvensen av detta blir att rättssäkerheten i beslutsprocessen inte är tillräcklig, eftersom domstolens praxis styrs av vilka sakkunniga som under en viss period är anlitade, och medicinsk praxis inom detta område inte är enhetlig. Vad det gäller expertisens bedömning har vi fokuserat belastningsskadorna, eftersom de är den i särklass mest frekventa besvärskategorin i FÖDs arbetsskadeärenden. Ändringsfrekvensen är också markant större vad det gäller denna kategori vid jämförelse med övriga skadekategorier. Enligt medicinsk expertis är kunskapen om belastningsskador otillräcklig för att en tillfredsställande bedömning av ett arbetsskadeärende ska kunna göras. Detta, i kom-

bination med den sakkunniges stora inflytande i processen, gör att LAF enligt vår uppfattning inte fungerar i enlighet med lagens intentioner.

Vi vill avslutningsvis mena att med lagens karaktär och innehåll följer nödvändigtvis många problem av skiftande storlek, men vi är för den skull inte kritiska mot lagstiftningen. Utformningen av lagen om arbetsskadeförsäkring ger individen en god möjlighet att få kompensation för inkomstförlust till följd av skada orsakad av skadlig inverkan i arbetet.

Referenser

- Cuff, E. C. & G.C.F. Payne *Samhällsvetenskapliga perspektiv* Göteborg: Korpen 1989
- Goine, H. & I. Goldie *Arbetskadlagen och bedömning av belastningsskador – domstolspraxis går utanför lagstiftarens intentioner* Stockholm: Läkartidningen nr 35 1987
- Hetzler, A. & K.E. Eriksson *Beslutsprocessen i arbetssjukdomsärenden* Lund: EKNA 1982
- Hetzler, A. & K.E. Eriksson *Arbetskadeförsäkringens tillämpning* Lund: EKNA 1984 (2:a uppl.)
- Lind, J. "Läkarna måste förstå att medicinsk och juridisk argumentering blandas" Stockholm: Läkartidningen nr 25 (1990)
- Riksdagsstrycket, proposition 1975/76:197, proposition 1990/91:58
- Riksförsäkringsverket *Försäkringsmedicin allmän försäkring* Stockholm: Försäkringskassaförbundet 1988
- Riksförsäkringsverket *Allmänna råd – Rfv* Stockholm: Försäkringskassaförbundet 1988
- SLAF *Arbetskadeförsäkringen och bedömning av belastningsskador* Stockholm: Försäkringskassaförbundet 1987
- SOU 1975:84 *Ersättning vid arbetsskada – betänkande av yrkesskadekommittén* Stockholm: Liber Förlag 1975

Appendix: Belastning och belastningsskada

Med begreppet belastning menas en fysisk belastning av rörelseapparaten. En belastning är skadlig om den ger upphov till eller försämrar sjukdom i rörelseapparaten.

Olika typer av skadlig belastning.

1. *Plötslig överbelastning*, exempelvis manuellt lyft med plötslig förskjutning av bördan. Den ofta olycksfallsliknande händelsen kan ge upphov till diskruptur, sen- eller muskelskador m.m.
2. *Repetitiva belastningar*, exempelvis upprepade hand- eller armrörelser, som kan ge upphov till epikondylit, tendinit och tendovaginit m.m.
3. *Lågintensiv statisk belastning*, exempelvis arbete med lyfta armar och/eller framåtböjt huvud.
4. *Tung manuell hantering* såsom i jord- och skogsbruksarbete, lagerarbete och sjukvård. detta kan åstadkomma ländryggs- eller halsryggsmärtor. Sannolikt kan denna belastningstyp försämrat tillståndet vid lumbal och cervikal diskdegeneration genom arbetshindrande smärtor, eller accelerera den degenerativa förändringen.
5. *Repetitiva mikrotraumata* vid exempelvis upprepade hopp. Detta kan kanske accelerera en redan befintlig artros eller annan degenerativ förändring.

(Källa: *Läkartidningen* nr 35 1987)