

”Jag sjukskriver mig”, säger vi

Jag vill kommentera Lars Englunds artikel i 26–27/98 om sjukdom och sjukskrivning samt därpå följande inlägg från Staffan Stålfors och Lars Englund i 50/98.

Det låga eller obefintliga sambandet mellan sjukdom och sjukskrivning torde vara en allmänt känd sanning, som dock sällan öppet erkännes, liksom det faktum att patienten styr sin sjukskrivning. Englunds forskning kan kanske bekräfta eller vederlägga detta.

I vårt språkbruk använder vi uttrycket »jag sjukskriver mig...» Sjukförsäkringen utnyttjas när man »mår dåligt» vid konflikter mellan arbetsgivare och arbetstagare. För övrigt har försäkringskassan tidvis officiellt rekommenderat sjukskrivning som ett instrument i arbetsmarknadspolitiken för vissa åldersgrupper.

Usatt situation

Alltför litet beaktas den kliniskt verksamme läkarens utsatta situation. Jag anser att han/hon borde komma till tals före psykologen i denna fråga. Det förekommer att läkaren i samma ärende från olika håll utsätts för kritik hur han/hon än gör – sjukskriver för kort tid, eller för lång. Samma patient är för övrigt en person hos läkaren och en helt annan hos psykologen – det ligger i sakens natur, och därför framstår Stålfors och Englunds senaste inlägg som något onyanserade.

Låt oss se på de borderlinefall, som Stålfors talar om. Det första, avgörande och mest kritiska besöket görs oftast hos en läkare på mottagningen. Läkaren har – och skall ha – att i första hand ta hänsyn till sin patient i nuläget, i detta fallet en på det ena eller andra sättet nödlidande människa, som han/hon inte har sett förut. Vissa faktiska uppgifter måste fullgöras, nämligen att utesluta allvarliga somatiska eller psykiatriska

sjukdomstillstånd, kanske sällsynta, men lömskt uppträdande och till förväxling lika de symtom patienten klagar över.

Nu återstår i många fall det som inte syns och ej heller kan talas om. Patienten vet att läkaren – inte psykologen – kan utfärda intyget till försäkringskassan. Sjukskrivning kan man behöva ha av många orsaker, förutom faktisk ohälsa. Det kan handla om ekonomiska problem. Man kan ha huvudvärk eller yrsel därför att man ser att man inte klarar sig utan socialvård under den tid som återstår fram till pensioneringen. En sjukskrivning skulle hjälpa en att med väns-ter hand sköta om småbarn, vilket annars kräver höga dagisavgifter. Ett sjukintyg gör att man kan skjuta upp avbetalning på studielånet – eller – man slipper konfronteras med sin chef, med vil-

ken man är osams, och vilket medför ont i magen.

En sjukskrivning legitimerar befrielse från åtskilliga livsproblem. Risken för kronisk förlängning är också uppenbar.

Det behövs i många ärenden, som komplement till det medicinska omhändertagandet, en snabbt insatt socialutredning som siktar på att ta hänsyn till patientens totala situation. En sådan bör göras av en person som känner till vilka utvägar och stödmöjligheter som kan finnas utanför sjukförsäkringen.

Utöver detta kan rätt insatt kvalificerad psykoterapi självfallet vara av avgörande betydelse.

Inger Genberg-Mikaelsson
pensionerad allmänpsykiater,
leg psykoterapeut,
Stockholm

Viktigt även se till färgseendet

Med anledning av Elisabet Agardhs artikel om ögonkomplikationer vid diabetes, Läkartidningen 49/98, ber jag få komma med följande kommentar:

Lika viktigt som det är att oftalmoskopera dessa patienter är det att pröva synfunktionen. En rätt sällan prövad aspekt på denna är färgseendet.

I min verksamhet som ögonkonsult vid Serafimerlasaretet 1972–1980 samt som privatpraktiker i Stockholm sedan 1951 har jag haft tillfälle att se många diabetiker.

Sedan mitten på 1970-talet har jag blivit alltmer intresserad av färgseendets patologi, till en början vid läkemedelsbiverkningar, men sedan också vid diabetes.

En påfallande observation, som redovisats vid symposier [1, 2], var att antalet röd/gröndefekta var mycket större än tidigare statistiska data visat. Man hade väntat sig att omkring 8 procent av männen skulle vara kongenitalt röd/gröndefekta. Överraskande nog visade sig att siffran blev 18 procent för typ 1-diabetiker, men bara 6 procent för typ 2.

Nu efteråt frågar jag mig: Hade några av dessa en synnervsskada och var de

alltså inte medfött »färgblinda»? Jag har nämligen behandlat några patienter med syntrubbel och akut uppkomna färgsinnesdefekter med intramuskulära B12-injektioner och fått påfallande förbättring, men fallen är ej så många och kan förmodligen rubriceras som »anekdotiska».

Sammanfattningsvis: en undersökning av färgsinnet kan vara till hjälp för att hitta tidiga fall av retinopati och/eller synnervspåverkan. Boström-Kugelbergs tavlor, visade för ett öga i sänder, är ett känsligt test, som kan kompletteras med Lanthons Panel D-test.

Proven måste utföras i dagsljus och helst på förmiddagen.

Olof Lagerlöf
leg läkare/ögonspecialist,
Stockholm

Referens

1. Pseudoisochromatic charts in acquired dyschromatopsia. Verriest G, ed Colour vision deficiencies VII. The Hague: Dr W Junk Publishers, 1984: 205-9.
2. Color Vision in Diabetics. In: Drum B, Moreland J, Serra A, eds. Colour vision deficiencies X. Dordrecht: Kluwer academic Publishers, 1991: 515-22.

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.