

Undanber mig påhoppet på försäkringskassans personal

I Läkartidningen 35/99 har Bengt H Johansson skrivit om försäkringskassan och oss försäkringsläkare. Alla vi som hört Bengt tala om ortoped medicinens förträfflighet på olika läkarmöten känner igen budskapet.

Det som dock får mig att reagera är påhoppet på försäkringskassans personal, mina arbetskamrater, och oss försäkringsläkare. Kassan har alltid kritiserats, oavsett vad vi har gjort, så det är ingenting nytt. Man kommer alltid att diskutera försäkringskassans handläggande – särskilt så som reglerna, och därmed bedömningarna, hela tiden ändras.

Det som är nytt sedan mitten av 1990-talet är att kassan har ökat sin medicinska kompetens i och med tillkomsten av försäkringsläkare. Förr hette det förtroendeläkare och med den nya ordningen försäkringsläkare utökades tiden och kompetensen, särskilt genom att allt fler allmänmedicinare kom in i försäkringskassan. På 1980-talet kunde en människa få förtidspension för en dålig rygg utan att egentligen någon med medicinsk profession hade varit med i beslutet. Det systemet vill vi inte ha tillbaka.

Utifrån läkarens utlåtande

Det ingår i bestämmelserna att försäkringsläkaren inte personligen ska träffa den försäkrade, utan vi ska göra värderingen av dennes funktions-/arbetsförmåga utifrån den behandlande läkarens utlåtande. Eftersom dessa ofta är mycket jämmerliga, för att uttrycka det mildt, blir naturligtvis bedömningarna av den försäkrade därefter.

Jag som försäkringsläkare, visserligen före detta, undanber mig gliringar om att vi skulle gå i något slags ledband från »överordnad myndighets direktiv». Regeringsformen, Förvaltningslagen och Lagen om allmän försäkring gäller precis lika mycket för behandlande och intygsskrivande läkare som det gör för oss som verkar inom försäkringskassan.

Vi är så objektiva och sakliga som det går, men somliga LoH (= läkarutlåtande om hälsotillstånd, som skrivs av behandlande läkare) är inte ens läsbara när vi väl får in dem efter månaders och års vädjande. En del är uppenbara öns-

ketänkande om man jämför dem med journalkopior över samma patient.

Bengt J anklagar oss försäkringsläkare för utlåtande av »synnerligen bristfällig kvalitet», men det beror oftast på att underlaget från intygsskrivande läkare inte är bättre. Skjut inte på pianisten, Bengt J!

Efter sex år som verksam företagsläkare, inom både privat och offentlig tjänst blir man närmast full i skratt när man läser i artikeln att »generalister finner man främst hos företagsläkare».

Om inte »läkarprofessionen» engagerar sig i »arbetsförmåga vid sjukdom», vem skulle då göra det? Det blir inte bättre om någon politiker eller administratör gör det. Det handlar om att vi doktorer tar vårt ansvar vad det gäller sjukskrivning och talar klarspråk med patienten. Svårare är det inte.

Påhoppet på kassans personal om »låg utbildningsnivå» och avsaknad av »högskolekompetens» säger mer om artikelförfattaren än om verkligheten.

Replik:

Angeläget att i rättsstat värdera och granska myndighets arbete

I min artikel har jag avsiktligt begränsat mig till försäkringskassans verksamhet och ej behandlande läkares. Motivet härför är att det i en rättsstat alltid är mycket angeläget att värdera och granska myndighets arbete. Att försäkringsläkaren därvid, som myndighetsperson, måste bli föremål för uttalad granskning får vederbörande i sin roll av offentlig person finna sig i. Att Lindkvist därvid känner sig illa berörd och försvarar bestående förhållande får inte hindra sådan granskning och kritik.

Mitt påstående om kompetensen på kassornas personal är inte ett eget påhitt, utan det har jag fått från Riksförsäkringsverkets nyligen utkomna »Rättviseboken», där man uttalar bekymmer över flera rådande förhållanden.

Lindkvists upplysning att de läkarutlåtanden som kommer till kassorna ofta är »jämmerliga, för att uttrycka det

Jag kan försäkra Bengt J att jag träffat betydligt fler högkompetenta, inkännande, förstående, professionella, sakliga och verklighetskännande handläggare inom försäkringskassan under mina fem år som läkare på olika lokalkontor inom Stockholms läns försäkringskassa än jag gjort under mina år som företagsläkare.

Diskussionen om rättshjälp och ekonomisk ersättning för den är naturligtvis viktig, men kanske är det bättre att satsa de pengarna på att höja »sjuktaket» så att även sjuka med något högre lön får full betalning vid sjukdom. Jag har, med framgång, överklagat min sjuke brors situation i både länsrätt och kammarrätt och det har inte kostat oss någonting. I vilket annat land är det möjligt?

Lars Lindkvist

specialist i allmänmedicin och företagshälsovård, distriktsläkare, Djurö vårdcentral, f d försäkringsläkare

milt» och att bedömningarna av den försäkrade »naturligtvis blir därefter», är uppseendeväckande. Lindkvist erkänner därmed att kassorna accepterar att på »jämmerligt» underlag fatta beslut, som enligt Lindkvist blir därefter, dvs jämmerliga. Hans erkännande att försäkringsläkarens utlåtande ofta är av synnerligen bristfällig kvalitet till följd av dåliga intyg vittnar om att han själv deltagit i och accepterat detta högst klandervärda sätt att hantera försäkringsfrågor. Om Lindkvists påstående är sant är det både upprörande och häpnadsväckande! Det är i ett rättssamhälle oerhört stötande att sådana förhållanden får förekomma i en myndighets verksamhet, och påfordrar skyndsamt åtgärd från ansvarig ledning.

Lindkvist för till torgs att läkare är bättre skickade att fördela skattemedel vid sjukförsäkring än politiker eller administratörer. I en demokrati är det de

Kan läkaren bedöma arbetsförmågan?

Tack för debattartikeln av Bengt Johansson i Läkartidningen 35/99 om brister i bedömningen av arbetsförmåga vid sjukdom. Som allmänläkare har jag flerårig erfarenhet av problematiken med patienter som önskar sjukskrivning men där objektiva fynd saknas. Jag utgår som läkare också ifrån att inte ifrågasätta de symtom som min patient beskriver.

För mig är det en klar negativ stressfaktor att agera i rollen som professionell värnare av skattebetalarnas pengar, som anges som målsättning för den behandlande läkaren i den kommentar som Bo Mikaelsson och Christer Olofs-son skrev i samma nummer.

Det är en mycket stor skillnad i vad man idag i allmänhet menar är fullgoda skäl för att bli sjukskriven och den renodlade arbetsförmåga som lagen kräver sedan 1 januari 1997. Vi läkare kan här välja olika förhållningssätt: Endera neka intyg som saknar objektivet under-

lag eller som de flesta förefaller göra, se sig själv i första hand som patientens hjälpare och sjukskriva patienten. För mig är det självklart att vid varje frågeställning om förlängning ställa frågan har sjukskrivningen gjort nytta? Vad gör patienten för att bli bättre under sjukskrivningstiden?

Andelen patienter som mår dålig (illness) utan att ha en tydlig sjukdom (disease) ökar. Det rör sig om t ex värk, nedstämdhet och trötthet. Det kan vara mycket svårt att avgöra om patienten är arbetsoförmögen eller inte. Hur stor del av arbetstiden är vi läkare sysselsatta med denna fråga?

Jag delar Bengt Johanssons uppfattning att det bästa vore att avskaffa nuva-

rande sjukskrivning och begära utlåtan- de av läkare enbart om kända fakta som påverkar arbetsförmågan. Beslutet om tillräcklig grund för att erhålla sjukpen- ning får sedan fattas av en kompetent tjänsteman på försäkringskassan. Var- för inte låta patienten själv bestämma om sjukskrivning till 14:e dagen, därefter tillämpa nuvarande regler, nämligen att försäkringskassans tjänsteman snabbt och ingående utreder om sjuk- skrivningen kan få fortsätta.

Det är viktigt att vi diskuterar denna fråga ingående, den är enligt min mening en av anledningarna till upplevelsen av utbrändhet bland distriktsläkarna!

Kristian Holmberg
husläkare, Järna

Replik:

Viktigt sträva efter precision

folkvalda politikerna som stiftar lagar och regler för bl a användning av skattemedel. Det är dessa politiker, och inte läkare, som skall bestämma reglerna för hur sjukersättning skall gå till. Jag har i min artikel pekat på de begränsningar som läkarprofessionen har i fråga om förmåga att kunna bedöma arbetsförmåga, samt ifrågasatt om rådande förhållande är lämpliga ur såväl läkarprofessionellt som demokratiskt perspektiv.

Lindkvist avslutar med att han med framgång och utan att ha tagit betalt av sin sjuke broder, hjälpt honom att överklaga ett uppenbart felaktigt beslut av försäkringskassa till kammarrätt. Det är naturligt att en klagande person, som har en broder, väl förfaren inom försäkringskassas verksamhet, har goda förutsättningar att utan kostnad nå framgång. Men hur många har en sådan privilegierad situation? Vanliga människor får betala för motsvarande kompetenta hjälp. Jag har i min artikel särskilt påtalat vikten av att alla, inte bara Lindkvists bror, i ett rättssamhälle skall ha ekonomisk möjlighet till kvalificerad hjälp i sådan situation.

Bengt Johansson
leg läkare,
Stocksund

Det är viktigt, att vi kommer i gång med en seriös debatt – äntligen – om vår egen och regelverkets otillräcklighet inom socialförsäkringsområdet.

Först vill vi betona, att vi i vår kommentar till Bengt Johanssons artikel poängterar den behandlande läkarens svåra balansakt mellan sina båda roller som patientens »advokat» och samhällets medicinska expert. Om läkaren inte lyckas balansera dessa båda roller kommer han/hon förr eller senare i konflikt med antingen patienten eller företrädare för tredje part, samhället. Vi betonar vikten att sträva efter precision i vårt agerande i socialförsäkringarna, inte ett entydigt »värnande om skattebetalarnas pengar».

Kristian Holmberg och vi är överens om en sak, nämligen att vi vill/bör alltid lita på patientens beskrivning av sina besvär, och visa honom/henne tilltro. Vi skall inom det befintliga regelverket, som politikerna satt i våra händer, och i harmoni med vår utbildning, bota, lindra och trösta så långt det går. Men vi måste vara kritiska lyssnare. Vi måste arbeta differentialdiagnostiskt. På samma sätt som akuta buksmärtor kan orsakas av en mångfald bakomliggande diagnoser är orsaker till upplevd arbets-

oförmåga inte alltid medicinska. Innan vi legitimerar en arbetsfrånvaro med sjukskrivning (dvs arbetsoförmåga av medicinska orsaker) måste vi med detta arbetssätt utesluta andra så kallade konkurrerande orsaker till den upplevda arbetsoförmågan. Vi måste också vara uppdaterade om den faktiska »arbetsbelastningen» på patienten i olika fysiska, kemiska och psykosociala avseenden.

Med vår läkarlegitimation följer automatiskt rättigheten att:

- ordinera läkemedel lege artis,
- föreslå sjukskrivning som en del av den behandlingsarsenal som vi ordinerar.

Det finns många fler kontraindikationer till sjukskrivning än absoluta indikationer för densamma.

Läkarkåren ordinerade 1997 läkemedel för 16,5 miljarder kr av statens medel, patientavgifterna tillkom. Som jämförelse kan nämnas att försäkringskassorna samma år beslutade – på läkarförslag – om utbetalningar för sjukpenning, förtidspension/sjukbidrag och livränta enligt arbetsskadeförsäkringen för 50 miljarder kr! Vi är dåligt förberedda för försäkringsmedicinska uppgifter som nyblivna läkare, eftersom utbildning i försäkringsmedicin är en