

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 objektivt 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 läkarpro- fessionellt 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 män- niskor får betala för motsvarande kompetenta hjälp. Jag har i min artikel sär- skilt påtalat vikten av att alla, inte bara Lindkvists bror, i ett rättssamhälle skall ha ekonomisk möjlighet till kvalifice- rad 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 kom- mentar till Bengt Johanssons artikel po- ängterar den behandlande läkarens svå- ra balansakt mellan sina båda roller som patientens »advokat» och samhällets medicinska expert. Om läkaren inte lyckas balansera dessa båda roller kom- mer han/hon förr eller senare i konflikt med antingen patienten eller företräda- re 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, lind- ra och trösta så långt det går. Men vi måste vara kritiska lyssnare. Vi måste arbeta differentialdiagnostiskt. På sama- sätt som akuta buksmärtor kan orsa- kas av en mångfald bakomliggande dia- gnoser 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 kon- kurrerande orsaker till den upplevda ar- betsoförmågan. Vi måste också vara uppdaterade om den faktiska »arbetsbe- lastningen» på patienten i olika fysiska, kemiska och psykosociala avseenden.

Med vår läkarlegitimation följer au- tomatiskt rättigheten att:

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

Det finns många fler kontraindika- tioner till sjukskrivning än absoluta in- dikationer för densamma.

Läkarkåren ordinerade 1997 läke- medel för 16,5 miljarder kr av statens medel, patientavgifterna tillkom. Som jämförelse kan nämnas att försäkrings- kassorna samma år beslutade – på läkar- förslag – om utebetalningar för sjuk- penning, förtidspension/sjukbidrag och livränta enligt arbetsskadeförsäkringen för 50 miljarder kr! Vi är dåligt förber- edda för försäkringsmedicinska upp- gifter som nyblivna läkare, eftersom ut- bildning i försäkringsmedicin är en

ANNONS

bristvara under läkarnas grundutbildning. Vi är ofta hänvisade till äldre kollegers slentrian och egen »trial and error»-metod. Vetenskapliga måttstockar beträffande dos och duration av sjukskrivning lyser med sin frånvaro. Hur stor är placeboeffekten av sjukskrivning? Vilken är sjukskrivningens terapeutiska bredd för att fortsätta i farmakologiska liknelser? Vi vet inte.

Kostnaderna för sjukfrånvaron de senaste 15 månaderna har ökat ungefär 20 procent och i kölvattnet av den uppseglade debatten om orsakerna framförs nu förslag om att begränsa sjukskrivningsrätten för vissa läkare, som inte lever upp till samhällets krav på kritiskt differentialdiagnostiskt arbetssätt i sina försäkringsmedicinska ställningstaganden.

Ett bättre sätt är naturligtvis att snarast starta utbildning i försäkringsmedicin på alla stadier i läkarnas grund- och vidareutbildning. Vi bör sträva efter en lägsta kompetensnivå med examinationsförfarande, en certifiering av läkare i försäkringsmedicin som ett baskrav för att tillåtas upprätthålla en klinisk läkarverksamhet. Det är också ett rimligt krav från samhällets sida att vi utsetts för kvalitetskontroll, eftersom vi fördelar så ofantligt stora penningbe-
lopp.

Politiska beslut för ett målinriktat agerande finns redan. I regeringspropositionerna 1996/97:63 (»samverkansproppen») fick bl a Socialstyrelsen i uppdrag att »se över sina föreskrifter i syfte att förstärka ämnet försäkringsmedicin när det gäller läkarnas allmän-
tjänstgöring och specialistkompetens» (kapitel 7.7, sid 62). Sjukvårdshuvud-

männen har redan ansvaret för läkarnas vidareutbildning från AT och framåt. Universiteten bör öka utbildningen under grundutbildningen.
Regelverket inom sjukförsäkringen måste kanske revideras? Praxis måste förändras? Vad beror det på att sjukfrånvaron är ca 50 procent högre i Sverige än i övriga västeuropeiska länder? Vad beror det på att under dag 7 i sjukfallet avslutas ca 4 gånger fler fall än dag 5,5 gånger före än dag 6 och 12 gånger fler än dag 8–14 var för sig? Är det de sjukas eller läkarnas beslut, eller är det arbetsplatsernas personaladministrativa rutiner som styr? Inte har det med den biologiska läkningskurvan att göra!

Bo Mikaelsson
docent, försäkringsläkare
Christer Olofsson
distriktsläkare, försäkringsläkare

Bo Mikaelsson
docent, försäkringsläkare
Christer Olofsson
distriktsläkare, försäkringsläkare

Skilj på politiska och professionella mål!

Läkarförbundets ordförande Bernhard Grewin uttalar i Läkartidningens ledare 28–29/99 att för sjukvård gäller »det självklara faktum att vården skall vara offentligt och solidariskt finansierad, på samma sätt som idag med skattemedel».

Att sjukvården idag så helt domineras av politiska beslut om ekonomiska ramar har medfört att den kommit att bli en krisbransch.

Sjukvården betraktas bara som en kostnad och som en nödvändig belastning för samhället, som inte får ges större utrymme än politiker anser. Verksamheten måste inordna sig i planhushållningens monopol, vilket på ett effektivt sätt motverkar nyskapande och utvecklande initiativ.

Läkarkåren har i hög grad fått vidkännas följderna av att vara helt utlämnad till denna syn på ekonomiska förutsättningar för verksamheten. Genom att sjukvård är en högkvalitativ verksamhet såväl kunskaps- som teknikmässigt och med mycket stor efterfrågan från den vårdsökande allmänheten har den alla förutsättningar för att vara en dynamisk och stimulerande bransch. Tänk om andra branscher av motsvarande hög-

kvalitativt innehåll, t ex telekombranschen, industrin eller handeln, skulle arbeta under samma ekonomiska förutsättningar som sjukvården, dvs att endast få de ekonomiska resurser som politiker anser vara lämpligt. Systemet har provats i kommunistiska planhushållningar med känt resultat.

Det behöver inte vara någon motsättning i att läkarkåren hjälper till med att infria de politiska målen om vård på lika villkor och att samhället avsätter erforderliga medel för att uppnå sitt mål. Men professionen måste vara öppen för utveckling som dikteras av professionens egna förutsättningar och förmåga.

Att härvid förskriva sig till enbart skattefinansierad verksamhet är att bin-

da sig till en evig krisverksamhet och frånhända sig möjlighet till utveckling under andra former.

Om de ekonomiska medlen för att erbjuda en i alla avseenden god sjukvård kommer från stiftelser, fonder, företag eller privatpersoner har ingen betydelse för utvecklingen av professionen. Med andra ord skall professionens mål vara fria från och högre än det politiska.

Genom att anta ett mål som är högre än det politiska och frigöra sig från politiskt utformad försörjning kan läkarkåren formulera ett arbete inom en dynamisk och stimulerande framtidsbransch med möjlighet till innovativ verksamhet och självkänsla.

Bengt H Johansson
leg läkare, Stocksund

Kommentar:

Sjukvård med högsta kvalitet till alla patienter och på lika villkor

Jag delar Bengt H Johanssons syn att varje patient alltid ge bästa tänkbara medicinska kvalitet och omhändertata

varje patient alltid ge bästa tänkbara medicinska kvalitet och omhändertata