

Medicinsk invaliditetsgradering – några förslag

■ Tabeller för gradering av medicinsk invaliditet, dvs kvarstående men efter skada, har funnits här i landet sedan ungefär hundra år. Det senaste tabellverket, utgivet av Försäkringsförbundet, är betitlat Gradering av medicinsk invaliditet – 1996 [1]. Där finns preciseringar av hur individuella symtom skall bedömas ur försäkringsmedicinsk aspekt.

Kan vi nå större samstämmighet?

Det är ett välkänt faktum att försäkrings-sidans medicinska rådgivare och patientens läkare ofta har avvikande uppfattning om skadans invaliditetsgrad. Syftet med detta inlägg är att diskutera om vi på de två sidorna skulle kunna nå större samstämmighet genom att på bägge sidor konsekvent använda det angivna tabellverket.

Enligt manualen för Gradering av medicinsk invaliditet – 1996 skall sakkunnigläkare ansvara för sina medicinska bedömningar på samma sätt som för sin övriga medicinska verksamhet. Så sker emellertid ej då sakkunnigläkaren gör sin bedömning på basen av enbart skriftliga handlingar. I våra vanliga diagnostiska situationer skall vi ju ha tillgång till relevanta handlingar, ta upp en anamnes samt undersöka patienten.

Granskade vår egen verksamhet

Vi kan då fråga oss om det intyg som den undersökande läkaren skriver på ett tillfredsställande sätt kan tillåta bolagets rådgivare att göra en gradering av medicinsk invaliditet.

Vi började med att granska vår egen verksamhet. Läkaritygen från fem fall med varierande etiologi, flertalet fall hade whiplashrelaterade skador, granskades av fyra läkare vad avser aktuellt tabellverk. En läkare ansåg att han ej kunde göra en bedömning, då han inte personligen hade undersökt patienterna.

De tre övriga visade med endast någon procents avvikelse samma kumulativa sammanvägningsresultat. Det bör ur reliabilitetsaspekt ses som uttryck för en god global värdering av invaliditeten.

Gradering på symtomnivå

Om vi granskar våra graderingar på symtomnivå i fallen med whiplashsymtomatologi förekom naturligtvis poäng för 2.1.5: Kronisk traumatisk smärta/värk. Detta gällde även 2.1.5: Nedsatta psykiska elementarfunktioner, ett item innefattande de astenoemotionella symtom som nästan alltid uppträder vid whiplashrelaterade sjukdomstillstånd. 2.1.7: Reaktiva psykogena tillstånd borde beaktas när ett traumatiskt upplevande har komplicerat en olycka. Detta item bör dock enligt anvisningarna inte konkurrera med annorstädes invägda poäng tillhörande t ex 2.1.5.

Beslut bör motiveras

När vi undersökande patientläkare anger våra skattningar av patientens invaliditet enligt aktuellt tabellverk, innebär det en bedömning, dvs beslut, om vad vi inhämtat i ärendet. Enligt Försäkringsförbundets etiska regler skall enligt punkt 12 beslut motiveras. Detta var tidigare en regel som också omfattade intyg av läkare för beslut i t ex Socialstyrelsen. Det ter sig för oss angeläget att markera att gamla självklara etiska regler också fortsatt skall upprätthållas.

Inkonsekvenser i tabellverket

Några inkonsekvenser i tabellverket:

1. att inte bättre skilja mellan etiologisk och fenomenologisk aspekt. Det markeras faktiskt i regelverket att funktionsnedsättningen skall göras oberoende av orsak, och
2. att posttraumatiskt cerebralt syndrom och följd tillstånd efter kotpelardistorsion endast ger ramvärden på 13

respektive 18 procent. Som nämnts ger enskilda funktionsförluster helt andra och högre värden vid svår invaliditet.

Sammanfattningsvis vill vi hävda att Gradering av medicinsk invaliditet 1996 skall användas i skaderegleringsfall på sätt vi har angett, och att den undersökande läkarens bedömning skall omfattas av en motsvarande professionell bedömning på försäkringssidan med krav på motivering om avvikande mening skulle uppstå.

Först härigenom kan allvarliga brister och rättsosäkerhet undvikas. De diskuterade fallen är få, men vår granskning visar att »testresultaten« kan tillfredsställa krav på såväl validitet som reliabilitet [2].

Sven Jonas Dencker

fd chefsöverläkare, professor, enheten för psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
031-163230@telia.com

Bengt H Johansson

leg läkare, specialist i företagshälsövård, forskare vid Belastningsskadecentrum Umeå, ordförande i Fristående försäkringsmedicinska läkarkollegiet, tidigare ordförande i Svensk förening för ortopedisk medicin
drbengt@algonet.se

Sune Nyström

specialist i allmän psykiatri och socialmedicin, Göteborg
sunenystrom@swipnet.se

Referenser

1. Gradering av medicinsk invaliditet 1996. Stockholm: Ifu Utbildnings AB; 1996.
2. Bech P, Malt UF, Dencker SJ, et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. Acta Psychiatr Scand 1993;87: Suppl 372.

Per rectum-palpation utan värde vid appendicit?

■ I alla år har man som doktor fått lära sig att per rectum-palpation alltid ska utföras vid misstanke om appendicit. I ett antal anmälningsärenden har man även fått intrycket att när man inte utfört denna undersökning har man bedömt att läkaren inte har utfört en adekvat undersökning.

Länge funderat över värdet

Självt har jag i alla år funderat över om per rectum-palpation har något värde för att ställa eller avfärda diagnosen appen-

dicit, inte minst på små barn som upplever denna undersökning som obehagligare än vuxna.

Finns det studier som stödjer?

Min fråga är därför om det finns tydliga undersökningar som stöder att per rectum-palpation är av värde vid misstanke om appendicit – vilken sensibilitet respektive specificitet har denna undersökning? Är det dags att utrangera den eller ska vi fortsätta och i så fall på vilka grunder?

Jag är fullt medveten om att undersökningen kan ha stort värde vid andra sjukdomstillstånd i nedre delen av buken, men nu gäller det enbart frågan om appendicit, där man inte har misstanke om att den perforerat ner till fossa douglasi.

Magnus Eriksson

husläkare/familjeläkare, Söderdoktor, Stockholm