

# Sjukskrivningar borde leda till krav på specialistresurser

Distriktsläkarföreningens förslag att försäkringskassorna ska överta sjukskrivningsansvaret efter tre månader är befängt. I stället bör kravet vara tillräcklig tid för läkarna att diskutera sjukskrivningar med sina patienter. Vidare bör försäkringskassan befrias från ansvaret för rehabilitering och särskilda rehabiliteringsenheter inrättas.

**BENGT ANNEBÄCK**

leg läkare, leg psykoterapeut, Hälso-  
nätet Stockholm och Norrtälje  
[bengt.anneback@telia.com](mailto:bengt.anneback@telia.com)

II Debatten om långtidssjukskrivningarna blir allt märkligare. Nu har Distriktsläkarföreningens styrelse lagt ett förslag om att försäkringskassan ska överta läkarnas roll att sjukskriva när sjukskrivningarna pågått mer än 3 månader. Anledningen skulle vara att läkarna har en dubbelroll och att det tar för mycket tid att diskutera sjukskrivningarna. Så länge som FK ser ut som den gör tycker jag att detta är ett dåligt förslag.

Distriktsläkarföreningen ska naturligtvis kräva vettiga arbetsförutsättningar för medlemmarna istället för att medverka till att överlåta bedömningen av de långtidssjukskrivnas arbetsförmåga till handläggare på försäkringskassan. Dessa saknar helt medicinsk utbildning och verkar ha lika lite tid för patienterna som distriktsläkarna själva och verkar vara lika svåråtkomliga.

## Gör inte bättre bedömningar

Jag tror att det är utomordentligt sällsynt att handläggarna med stöd av sin försäkringsläkare gör bättre bedömningar av patienternas arbetsförmåga än vad behandlande läkare gör. Försäkringshandläggaren har på sitt sätt också en dubbelroll eller borde ha det: de duktiga handläggarna inser att det är nödvändigt att ha en förtroendefull personlig relation med patienterna för ett lyckat rehabiliteringsresultat samtidigt som de också är myndighetspersoner. Är handläggarna mindre duktiga kan resultatet bli katastrofalt om vi läkare smiter från vårt ansvar.

## Två stora områden

Långtidssjukskrivningarna domineras av rörelseorganens sjukdomar och stresskador/psykosomatiska sjukdomar. När det gäller ryggbesvär vet vi att det ofta är utomordentligt viktigt att tidigt komma igång med en aktiv behandling

och att begränsa sjukskrivningstiden. Blir sjukskrivningen längre än några veckor tror jag att de flesta ser det som en självklarhet att utreda med röntgen och remittera till ortopedmedicinsk bedömning. Här är problemet i första hand att remissförfarandet tar alltför lång tid.

Med stresskador och psykosomatiska sjukdomar verkar det vara annorlunda eftersom det här än så länge saknas klart fastställda riktlinjer och kvalificerade, resursrika instanser att remittera till. Här kan det gå riktigt illa om man på lösa bolar nekar patienterna nödvändig sjukskrivning eller passivt låter sjukskrivningen rulla på.

## Exempel

- En 45-årig man gick efter några intensiva år med mycket övertid och ständiga omorganisationer på arbetsplatsen in i väggen och drabbades av stark yrsel, och sjukskrevs på grund av detta. Den medicinska utredningen, som tog nästan två år på grund av alla väntetider, visade att det inte fanns något fel på balanssinnet; laboratorievärden och röntgenundersökningar var utan anmärkning.

Remiss skrevs till stressmottagningen, men patienten kom aldrig dit eftersom försäkringskassan under den långa väntetiden gjort bedömningen att hans tillstånd förbättrats så pass mycket att han borde stå till arbetsmarknadens förfogande. FK drog helt sonika in hans sjukpenning trots att behandlande läkare förordat arbetsträning och Arbetsförmedlingen-rehab ansett att han borde vara sjukskriven. Uppenbarligen fanns det ingen tillräckligt kompetent försäkringsläkare som kunde förhindra detta. När jag träffade patienten för bedömning beskrev han 15 symtom på allvarlig utmattningsdepression, och det förelåg en klar suicidrisk.

- En 42-årig kvinna med utmattningsdepression förbättrades påtagligt efter ett halvårs sjukskrivning och behandling, och bedömdes behöva hjälp med arbetsinriktad rehabilitering och arbetsträning. Enda möjligheten att få det

var genom försäkringskassans försorg. För mig som behandlande läkare var det omöjligt att få kontakt med någon ansvarig handläggare på FK, varför jag skrev min bedömning på intyget. Nu, ett år senare, väntar patienten fortfarande på att få komma till Arbetsförmedlingen-rehab. Jag har ännu inte blivit kontaktad av någon handläggare, och patienten ter sig alltmer uppgiven.

Jag tycker att Distriktsläkarföreningen med kraft och med stöd av oss andra ska kräva rimliga arbetsförhållanden så att allmänläkarna kan klara av att ha en diskussion med patienten om sjukskrivning. I begreppet rimliga arbetsvillkor inbegriper jag möjligheterna att vid behov snabbt kunna få tillgång till både rehabilitering och expertbedömning.

Jag tycker också att vi gemensamt ska kräva att handläggarna på försäkringskassan ska få rimliga arbetsvillkor så att de har tid att samarbeta med oss läkare och kan nås av patienterna. Då tror jag att de snarare ska få minskade uppgifter än åläggas ännu fler uppgifter som de inte har kompetens för.

## Inrätta särskilda rehabiliteringsenheter

En lösning på bägge dessa problem är att försäkringskassan lyfts av ansvaret för rehabilitering. I stället bör det inrättas särskilda rehabiliteringsenheter med ansvar för såväl medicinsk som arbetsinriktad rehabilitering som tar emot både arbetslösa och personer med anställning.

All revirbevakning som hindrar effektivt utnyttjande av resurser bör motverkas, kontraproduktiva regler avskaffas, dyrbar väntetid för utredningar avskaffas, och konstlade tidsgränser för rehabiliteringsarbete upphöra. Snuttifierade, rigida rehabiliteringsmoduler på en eller tre månader ska inte vara allena sälliggörande, utan rehabiliteringen bör få utformas efter individens behov.

Finansieringen kan komma dels från FKs nuvarande anslag, dels från landstings- och statliga bidrag eller från en särskild rehabiliteringsförsäkring enligt Sacos förslag. Kanske har en sådan modell möjlighet att stoppa det svartepperspel om de långtidssjuka som nu pågår mellan landstinget, arbetsgivarna, försäkringskassan, företagshälsovården och enskilda läkare, medan regeringen mest tittar på. •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna. ➤