

Försäkringskassans bedömningar ofta oriktiga

Försäkringskassans ambitioner att minska kostnaderna för sjukskrivningar är försvarliga, men sättet som detta genomförs på är under all kritik i många fall. För att undvika att människor kommer till skada bör bli kommunikationen mellan intygsskrivaren och försäkringsläkaren förbättras.

I bland blir det fel i Försäkringskassans utredningar om sjukersättning. Jag skall anföra tre belägg för mitt påstående:

Fall 1. En kvinna som jag haft mycket ingående kontakt med och sjukskrivit sedan fem år får ett nytt Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LOH) det femte året. Detta föranleder en handläggare att kontakta patienten – inte mig – och meddela att man beslutat föreslå att sjukförsäkringen upphör.

Handläggaren har stöd av två försäkringsläkare, en ortoped och en psykiater, som var för sig påstår att mitt intyg inte stöder arbetsförmåga (ingen av dem kontaktar mig). Något indignerad skriver jag ett brev till handläggaren och påtalar att ett misstag håller på att begås, och att detta, för en så sjuk människa som den jag ansvarar för, kan få allvarliga följder. Jag föreslår i brevet att om Försäkringskassan inte förstår innehållet i mitt utlåtande måste vidare utredning ske och/eller avstämningssmöte hållas. Intet svar, annat än beslutet att patienten mister sin sjukpenning.

Detta beslut överklagas till länsrätten som meddelar att kassan gjort fel, då patienten tidigare fått ett beslut om sjukersättning längre fram. Patientens har då erhållit a-kassa i två månader och försämrats i sitt hälsotillstånd. Hon står nu ändå hjälplös inför hösten utan att kunna söka arbete på grund av sjukdom.

A-kassan inser att patienten är för

sjuk och gör en utredning, där det bekräftas av ytterligare läkare att patienten är helt arbetsförmögen. Med stöd av detta utlåtande skriver jag ett nytt LOH – om möjligt än mer detaljerat och utförligt. Detta utlåtande skickar jag även till försäkringsöverläkaren som bekräftar att det är välskrivet och uttrycker just att patienten måste vara helt arbetsförmögen.

En ny handläggare bedömer mitt nya utlåtande och meddelar patienten att de inte är tillräckliga, och hon får då stöd av en ny försäkringsläkare – denna gång specialist i allmänmedicin. Kassan beslutar om utredning på Nynäshamns försäkringssjukhus, och patienten försämrar nu ytterligare med ångest och mar- drömmar. Vid samtal med försäkringsläkaren framkommer att denna ytterligare åtgärd bestäms av att mitt intyg inte är tillräckligt »försäkringsmässigt«, även om kollegan mycket väl förstår att denna patient är helt arbetsförmögen. Efter utredning en vecka på Nynäshamn, där personal och ledning är föredömligt vänliga och tillmötesgående, skrivs ett mycket bra utlåtande på 16 sidor, som bekräftar det jag hela tiden beskrivit.

Fall 2 rör en kvinna som jag har följt flera år. Utredd på smärtklinik. Därifrån utfärdades ett LOH med innebörden hel arbetsförmåga. Detta bekräftades av två husläkare, en reumatolog och mig, i utförliga läkarutlåtanden. Utan kontakt med någon av de intygsskrivande läkarna anser handläggaren med stöd av försäkringsläkare att patienten är arbetsför.

Detta medför ett överklagande till länsrätten, som i dom meddelar att patienten är att betrakta som helt arbetsför-

mögen. Patienten får sin tidsbegränsade sjukersättning, men Försäkringskassan förstår inte fullt ut innebörden i läkarintygen och länsrättens dom. De begär ytterligare utredning, först på Hultafors rehabiliteringshem, som får anses som en av de främsta inrättningar vi har för att bedöma psykosomatiska sjukdomar.

Läkaren där bekräftar efter två veckors utredning att patienten är helt arbetsförmögen. Försäkringskassan vänder sig då till Diagnostiskt centrum på Karolinska sjukhuset, som konstaterar »ett bestående arbetshandikapp till följd av patientens smärttillstånd där den mycket långa sjukskrivningen sannolikt är en bidragande faktor«.

Socialförsäkringsnämnden bestämmer att patienten är halvt arbetsför, trots att Försäkringskassan föreslagit att hon är helt arbetsför. Beslutet överklagas av patienten till länsrätten, som denna gång utan muntlig förhandling bekräftar det de sagt tidigare, dvs att patienten är helt arbetsförmögen.

I detta fall är det inte mindre än sju välskrivna intyg från erfarna läkare som bekräftar patientens dåliga hälsa som skäl till hennes arbetsförmåga. Fyra av dessa sju läkare har tillgång till stora utredningsavdelningar. En smärtiläkare, en reumatolog, en docent i psykosomatik och en läkare på Karolinska sjukhusets diagnostiska utredningsavdelning har yttrat sig.

Alla har de bekräftat patientens arbetsförmåga. Ingen läkare som träffat patienten har bedömt henne annorlunda. Försäkringsläkarna och handläggarna på Försäkringskassan har inte kontaktat någon av de intygsskrivande läkarna.

Fall 3 gäller en kvinna som jag följt nio år – hon hade från början en mycket djup depression och svåra allergiska besvär som var invalidiserande. Patienten var först sjukskriven och hade sjukersättning på heltid. Hon kunde därefter studera på halvtid med stor möda och mycket infektioner och trötthet, men hon klarade en akademisk examen.

Allting var klart för henne att börja ett arbete på halvtid, då Försäkringskassan meddelade att man inte godkände mitt senaste LOH. Efter sedvanligt överkla-



TORE SÖDERMARK
leg läkare, Stocksund
tore.sodermark@telia.com

gande och brev om vådan av att förstöra rehabiliteringsprocessen söker patienten ett heltidsarbete. Hon insjuknar efter två veckor i feber och lymfkörtelsvullnad som kvarstår sedan dess.

Förnyad hel sjukskrivning har godkänts som ett nytt sjukdomsfall och nu med avstämningmöte, där handläggaren genast förstår att patienten är helt arbetsförmögen och under lång tid. Enligt min mening skulle detta ha kunnat undvikas om handläggare eller försäkringsläkare kontaktat mig om utlåtandet, som man av någon anledning inte förstätt.

Jag har kontakt med flera fall än dessa, där ett underkännande av utlåtanden leder till att mycket sjuka människor får sin sjukersättning upphävd. Jag sympatiserar med Försäkringskassans ambitioner att minska kostnaderna för sjukskrivningar, men sättet som detta genomförs på är under all kritik i många fall.

En av orsakerna till detta är att en by-

råkrat aldrig har personligt ansvar för sina beslut. Försäkringsläkare har varken juridiskt eller etiskt ansvar för sina bedömningar eller hur de presenteras. Följden blir att handläggaren tycker något om en viss sjukskriven person och tar ärendet till försäkringsläkaren.

Denne läser att kollegan har intygat att patienten av medicinska och psykologiska skäl är arbetsförmögen, och han gör nu en annan bedömning, utan att kontakta kollegan för ett klargörande. Han har inget juridiskt eller etiskt ansvar för sin bedömning, och handläggaren som skall ta beslutet är utbildad i medicin men har ansvar för åtgärden som hon/han försvarar genom att följa ett regelsystem.

När jag var försäkringsläkare på 1980-talet ringde vi alltid eller nästan alltid upp kollegan om vår bedömning avvek från den som stod i intyget. Möjligtvis invänder någon att det inte är ett inty-

gande utan ett utlåtande, men som gammalmodig läkare är jag noga med att skriva både bra intyg och utlåtanden och med samma ansvar och integritet som läkarrollen påbjuder.

Jag välkomnar mycket av det förändringsarbete som pågår med riktlinjer, arbetsförmågeintyg, självdeklarationer, avstämningmöte och vidare utbildning. Men för att undvika att människor kommer till skada bör kommunikationen mellan intygsskrivaren och försäkringsläkaren förbättras under tiden som detta pågår, och stödet för medicinskt okunliga handläggare förbättras, även genom att de får bättre kontakt med oss som lever utanför byråkratin – i verkligheten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 1623.

Den äldre människan är inte alltid »vuxen«!

■ Antalet äldre i samhället beräknas stadigt öka de närmaste decennierna, och därmed blir det också allt fler med många olika läkemedel. Detta medför tilltagande risker för läkemedelsbiverkningar av många olika skäl. Med stigande ålder ökar andelen kroppsfett, medan mängden kroppsvatten minskar och receptorsystemen förändras. Sammantaget ger detta en ökad risk för oönskade effekter av många läkemedel. Fettlösliga läkemedel får en relativt större volym att fördela sig i, vilket medför att de under en längre tid finns kvar i kroppen. Leverns storlek och blodflöde minskar med stigande ålder, och en del av de enzymer som metaboliserar läkemedel får en lägre kapacitet. Detta fördröjer elimineringen av fettlösliga läkemedel, som först måste omvandlas till vattenlösliga metaboliter innan de kan utsöndras via njurarna.

Vid 80 års ålder har njurarna kvar halva sin förmåga att filtrera blodet. Njurarnas fysiologiska åldrande kan också påskyndas av sjukdom. Detta medför en alltmer försämrad förmåga att utsöndra vattenlösliga läkemedel och metaboliter från fettlösliga läkemedel, vilket ger ökad koncentration av läkemedel och/eller aktiva metaboliter. Kroppens förmåga att eliminera läkemedel beskrivs med hjälp av begreppet clearance, som är ett flödesmått (ml/minut).

Clearance är en summa av leverns metabola kapacitet att eliminera läkemedel (leverclearance) och njurarnas förmåga att utsöndra läkemedel (njurclearance). Med stigande ålder reduceras clearance och därmed den faktiska halveringstiden. För att hos den äldre människan reducera risken för ackumulering av läkemedel, bör doseringsintervallen förlängas och dygnsdoserna reduceras. För läkemedel som huvudsakligen utsöndras oförändrade, bör dosreducering ske i relation till den sänkta njurfunktionen.

Kreatininclearance är ett mått som tar hänsyn till den ökade ålderns reduktion av njurfunktionen. Tillförlitligheten är mycket högre än för S-kreatinin, men i de fall då njurfunktionen är mycket låg är även detta mått osäkert. I de allra flesta fall blir beräkningen av kreatininclearance utifrån kön, ålder, vikt och S-kreatinin den viktigaste upplysningen om aktuell njurfunktion. Denna beräkning bör ha stor betydelse för substansval och läkemedelsdosering för den äldre människan.

Vad vi i sjukvården ofta saknar är uppgifter om vilken dosering som är lämplig vid åldersrelaterad nedsättning av clearance. Det beror ofta på att det saknas nödvändiga läkemedelsstudier inom detta område. För att vi inte i fortsättningen ska belasta äldre med för höga dygnsdoser, måste terapirekom-

mendationerna differentieras efter ålder med hänsyn till främst sänkt clearance. Läkemedel som är godkända att användas av barn har en differentierad dosering i relation till åldern, vilket skänker stor trygghet.

Vi begär därför att myndigheter som EMEA och Läkemedelsverket kräver in uppgifter om doseringsintervall för äldre från läkemedelsföretagen. Att vara gammal är inte att vara vuxen ur ett doseringsperspektiv! För flertalet läkemedel behöver vi tydliga riktlinjer om dosering även vid nedsatt njurfunktion. Därmed kommer vi att kunna erbjuda våra gamla patienter en tryggare läkemedelsbehandling än vad vi kan göra idag.

Märta Skoglund
överläkare

Kurt Boman
professor, överläkare; båda vid medicin-geriatrik-kliniken, Skellefteå lasarett
kurt.boman@vll.se

Claes Lundgren
överläkare, AHS-Viool
(Avancerad Hemsjukvård – Vård Individuell Omsorg Och Livslust), Skellefteå lasarett

Jan-Erik Ögren
apotekare, sekreterare i Stiftelsen för medicinsk forskning i Skellefteå