

Kontakten mellan vården och Försäkringskassan ska bli bättre

Det behövs en närmare kontakt mellan vården och Försäkringskassan. Vår nya organisation syftar också till att så ska bli fallet. Ett hjälpmedel som vi ser fram emot är de försäkringsmedicinska riktlinjerna som nu håller på att tas fram. Det skriver Stig Orustfjord i denna replik.

Det finns en klar diskrepans mellan Tore Södermarks artikel i Läkartidningen 20–21/2007 (sidorna 1565–6) och den rubrik den har fått. Rubriken säger »Försäkringskassans bedömningar ofta oriktiga«, medan Tore Södermark skriver »ibland blir det fel i Försäkringskassans utredningar ...«.

Med tanke på att den andel som får nej på sin begäran om sjukpenning är mycket liten, omkring en och en halv procent, talar vi alltså om mycket få ärenden där bedömningen eventuellt är felaktig. Inte heller statistiken över hur domstolarna behandlar de överprövningsärenden som kommer in ger något belägg för att Försäkringskassans bedömningar ofta skulle vara oriktiga. Något belägg för »ofta« finns alltså inte och kanske inte heller för »ibland«. Å andra sidan händer det självklart att Försäkringskassan »någon gång« gör en felaktig bedömning.

Jag är dock den förste att hålla med Tore Södermark om att det behövs en närmare kontakt mellan vården och Försäkringskassan. Vår nya organisation syftar också till att så ska bli fallet. Det är ett viktigt motiv till att genomföra den förändring av Försäkringskassan som nu pågår. Genom att effektivisera verksamheten i vissa delar räknar vi med att frigöra resurser för arbetet med sjukförsäkringen.

Rätt till sjukpenning har den som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel enligt Lagen om allmän försäkring (1962:381). Lagtexten ger ingen vägledning avseende den innebörden i begreppet arbetsförmå-

ga, vilket skulle kunna tolkas som att det kan betraktas som klart vad som avses. Vi som dagligen arbetar med dessa frågor vet dock att arbetsförmåga är ett mycket komplext och svårfångat fenomen där en individs samlade resurser ska »matchas« mot krav som ett givet arbete eller arbetslivet i stort ställer. Även forskningen pekar på dessa svårigheter. Att det, mot bakgrund av de svårigheter det innebär att fånga arbetsförmågan, uppstår diskussion och skiljaktigheter mellan behandlande läkare och Försäkringskassan är inte konstigt.

Ett hjälpmedel som vi ser fram emot är de försäkringsmedicinska riktlinjerna, vilka Socialstyrelsen och Försäkringskassan har fått i uppdrag att föreslå. Arbetet pågår nu med ett antal expertgrupper. Målsättningen är att det ska finnas en rekommenderad tid för hur länge man bör sjukskriva en person för en specifik diagnos. Jag tror inte att detta kommer att bli totalt revolutionerande, men som ett hjälpmedel i en majoritet av sjukskrivningsfallen kommer riktlinjerna att utgöra såväl ett stöd för läkaren som en utgångspunkt för kontaktarna mellan Försäkringskassan och vården.

Jag tror också att riktlinjerna kommer att ha betydelse för patienten, som

Replik:

»Oftare än önskvärt« – är det en rubrik som vi kan enas om?

■ »Genom att effektivisera verksamheten i vissa delar räknar vi med att frigöra resurser för arbetet med sjukförsäkringen«, skriver Stig Orustfjord. Jag hoppas att innebörden i detta är att Försäkringskassan koncentrerar ekonomiska resurser till sjukförsäkringen?



Foto: Scanpix

Att det mot bakgrund av svårigheterna att fånga arbetsförmågan uppstår diskussion och skiljaktigheter mellan behandlande läkare och Försäkringskassan är inte konstigt, anser artikelförfattaren.

får något att relatera till. Så länge sjukskrivningarna ligger inom ramen för vad riktlinjerna rekommenderar kan de också sägas utgöra Försäkringskassans bedömning. Det är i de ärenden sjukskrivningen går utöver riktlinjernas rekommendation som kraven på tydliga motiveringar och dialog ökar.

Slutligen vill jag betona att Försäkringskassans uppdrag är att bedöma rätten till sjukpenning bland annat med utgångspunkt från arbetsförmågan. Men bedömningen handlar också om förutsättningarna för att komma tillbaka till arbetslivet och att utveckla arbetsförmåga. Och i detta senare behövs minst lika mycket samverkan, inte bara med vården utan också med arbetsförmedlingen, arbetsgivare och andra aktörer runt den sjukskrivne.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



STIG ORUSTFJORD
försäkringsdirektör,
Försäkringskassan

Fk. Denna diskussion förekommer knappast idag, och jag råder mina kollegor att, liksom jag gör i slutet av varje läkarutlåtande om hälsotillstånd (LOH), kräva ett avstämningsmöte om Fk inte delar min bedömning av sjukfallet. Ett sådant möte skulle innebära stora besparingar för både Fk och länsrätten.

Det kan vara att jag arbetat för länge som praktiker och därigenom »samlat på mig« många fall av svårt sargade, multisyjuka människor som nu plötsligt utsätts för kränkande behandling av Fk utan att jag tillfrågas. I dessa fall hjälper

inga vällovliga »riktlinjer«, och jag ber bara att handläggare och försäkringsläkare respekterar min erfarenhet och min närvaro i skrift, per telefon eller mail.

Jag är, som jag tidigare skrivit, angelägen om samverkan men accepterar inte dagens kultur av »maktens arrogans« utan ber om praktisk samverkan innan beslut fattas.

Tore Södermark
leg läkare, Stocksund
tore.sodermark@telia.com

Kasta inte ut den beprövade erfarenheten med forskningens badvatten

»Käksmärta kan avslöja kommande hjärtinfarkt«, förkunnade huvudrubriken på Svenska Dagbladets förstasida den 23 januari. I det fortsatta kunde man läsa att »hittills har smärtorna i munnen inte kopplats samman med folksjukdomar som hjärtinfarkt eller kärlekskramp«.

Hittills!? Således en nyhet!

Det här var ett av många massmediala inlägg under senare år på temat att kranskärlssjukdom och hjärtinfarkt är underdiagnostiserad och försummad hos kvinnor. De kolleger som skrivit om dessa iakttagelser har rimligen fog för sina påståenden. Men det beror inte på att kunskap saknats, utan på att kunskap som funnits har blivit bortglömd eller åtminstone inte blivit tillämpad.

Att infarktdebutens smärta kan vara lokaliserad till käkleder, tandrader eller svalg är ingen nyhet. Hur väl minns jag inte den kliniska föreläsningen från min »grundläggarkurs i medicin« på Akademiska sjukhuset i Uppsala året 1956. Hur väl minns jag inte avsnittet om »atypisk angina-lokalisation«, och hur föreläsaren betonade att den är särskilt vanlig hos kvinnor.

Under ett långt yrkesliv inom det kliniska fältet »akut invärtesmedicin« har beskrivningen av »atypisk angina« och dess variant med käkområdeslokalisation hållits aktuell, och företeelsen har även observerats av mig själv. Så ock förlängningen av förteckningen över »maskerade hjärtinfarktinsjuknanden« samt den pedagogiska pekpinnen, att det för läkaren handlar om att vara särskilt uppmärksam när patienten är en kvinna eller en gamling, för där är risken att »missa infarkten« särskilt stor.

Tidigare väl etablerad klinisk kunskap

synes således ha blivit förträngd och bortglömd. Och infarktkapitlet är inte det enda fältet för sådan glömska. Så hos mig har under senare decennier funnits en ständigt återkommande fråga: »Hur lång är livslängden för erfarenhetsgrundad klinisk kunskap?« Mitt svar blir nog: »Allt kortare för vart decennium som går.«

Det är bra att kliniska forskare kritiskt granskar »etablerad klinisk erfarenhet« och ger ny vetenskaplig dokumentation av det som håller måttet och ifrågasätter allt övrigt. Det är mindre bra att nyttigt kunskap kan bli betraktad som »kuriosa« och bli förträngd. Varför har det kliniska minnet blivit så kort att insikter som tidigare förmedlats mellan generationer av läkare nu är bortglömda och måste återupptäckas? Klinisk praxis sägs ju böra vara baserad på »vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Kan det vara så att »beprövad erfarenhet« börjat betraktas som något mindre acceptabelt, och att »vetenskap« lyfts upp på piedestal? Jag avstår från fler alternativa spekulationer och avrundar med en vemodig konklusion: »Åtskilligt har gått förlorat under resans gång.«

Priset för förlusterna är ibland stort. Det är patienterna, som får betala notan. Till sist en trevande dröm: kan vi inte bli duktigare på att föra känd kunskap vidare och acceptera den som värdig kunskap till dess vi funnit oantastliga belägg för att den inte håller måttet?

Per Ericsson
docent i invärtesmedicin,
pensionerad överläkare,
Eskilstuna

Patienten väljer och inte vården

Samliga landsting i Sverige borde omgående ge patienten rätt att välja vilken vårdenhet som han eller hon vill anlita för sin hälso- och sjukvård. Den valda vårdenheten får sedan en hälso- och sjukvårdspeng där beloppet är beroende av personens ålder.

Fördelen med detta är att alla vårdgivare ges lika förutsättningar för sitt arbete oavsett om huvudmannen är privat eller offentlig. Med sjukvårdspengen får vårdgivarna också frihet; inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen råder frihet att utforma vårdutbudet för att på bästa sätt möta behovet hos de personer som valt vårdenheten.

Ovanstående är ingen utopi utan fullt genomförbart. Kan Hallands läns landsting borde också övriga landsting våga ge patienter och vårdgivare möjlighet att välja väg. Jag anser att med vårdvalsmodellen minskar den politiska makten liksom den professionella till förmån för patienten. Det är hög tid att ge patienten verkligt inflytande över hälso- och sjukvården.

Margareta Cederfelt
riksdagsledamot (m)
margareta.cederfelt@riksdagen.se

Annonsera efter läkare?

En annons i Läkartidningen ger automatiskt en annons på vår jobbsajt Karriär&Arbete

Läkartidningen

Utmanande saklig