

Mötet mellan läkare och patient:

# Läkekonst eller intygsteknik?

När vi nu hamnat där vi är – med ett allmänt drev mot sjuka människor – kanske det vore bättre att ta steget fullt ut och separera sjukskrivningsprocessen från läkande processen. För de flesta läkare skulle det vara ett lyft att veta att den enda anledningen för patienten att söka läkare är behovet av läkarens läkekonst, inte dennes förmåga att skriva »bra« sjukintyg.

**F**ör många år sedan var jag konsultläkare på en flyktingförläggning. Det tog mig lång tid att förstå varför inte alla patienter delade min glädje över rätt diagnos och behandling. Vid denna tid, tidigt 1990-tal, fick flyktingarna ofta höra av sin advokat att deras enda chans att få stanna i Sverige var en sjukdom och ett bra läkarintyg. Detta ledde inte så sällan till att min strävan att bota inte sammanföll med patientens största behov. Intyget på sjukdom var viktigare än att bli frisk. Många flyktingar reste runt till olika sjukvårdsinrättningar, och det fanns läkare som var särskilt duktiga att skriva intyg som bevekta Invandrarverket.

Detta förhållande var naturligtvis inte bra för läkekonsten. Tid och kraft togs från det som var och är vår grunduppgift: diagnostik och behandling. Bota, lindra och trösta.

**Med stor oro** ser jag samma scenario inte bara i kikaren utan här och nu. För många patienter blir min medicinska kompetens inte det viktigaste, utan hur väl jag formulerar det intyg som kanske inte har livsavgörande betydelse, men dock kraftigt livspåverkande. En underkänd sjukskrivning betyder i första hand utebliven inkomst, i andra hand överföring till arbetslöshet trots bara tillfällig arbetsförmåga i det egna arbetet.

Samhället i allmänhet och Försäkringskassan (FK) i synnerhet talar om sjukförsäkring just som en försäkring. Vad denna försäkring egentligen täcker varierar beroende på handlägg-

gare på FK, försäkringsläkare och intygsskrivande läkare.

De flesta yrkesverksamma människor tror fortfarande att sjukförsäkringen innebär ett ekonomiskt skydd vid hel eller partiell arbetsförmåga. Många tror också att en 62-årig kvinna, som arbetat heltid som lokalvårdare hela livet och drabbats av dubbelsidig knäledsförslitning, ska kunna arbeta vidare med reducerad arbetstid och deltidssjukskrivning.

**Att denna typ av patienter** i stället ska hänvisas till Arbetsförmedlingen för att söka någon form av stillasittande arbete och – om sådant inte finns – bli hänvisade först till A-kassa och sedan socialbidrag, är oftast en överraskning. Liksom att golvläggaren som sjukskrivits av ortoped efter operation för återkommande knäskålsluxation hänvisas till att söka administrativt arbete.

Han tvingas därmed ut i arbetslöshet tillsammans med radioteknikern som efter axelskada och knäledsprotos egentligen bedömts helt arbetsförmögen, men där en tillmötesgående arbetsgivare ordnat möjliga arbetsuppgifter på 50 procent. (Försäkringskassan anser att han bör stå till arbetsmarknadens förfogande på de övriga 50 procenten som han använt till sjukgymnastik och övningar för att klara sitt halvtidsarbete.)

**Hur Försäkringskassan** ska arbeta är ytterst en politisk fråga. Genom att anmäla Försäkringskassan i Kalmar till JO har jag hoppats få ett klarläggande av om nuvarande synnerligen inhumana

hantering av fyra olika patienter är i överensstämmelse med föreliggande direktiv. Om det är så, vilket jag dessvärre befarar, är det nödvändigt med en bredare information till alla människor om vad som gäller och vad som kommer att gälla. Likformighet är viktig. Det är rimligt att samma tillstånd hanteras lika i Skåne, Stockholm och Norrbotten.

Den behandlande läkarens samlade bedömning, uttryckt i en rekommendation om sjukskrivning, borde respekteras. En redan hårt pressad allmänläkargrupp ska inte utsättas för ytterligare administrativa pålagor genom att gång på gång tvingas skriva nya intyg. Principen att tjänstemän på FK och sjukskrivningsläkare utan att träffa patienterna överprövar den bedömning som den ende som sett patienten gjort måste ändras.

Nya propåer från Socialstyrelsen indikerar ytterligare marginalisering av den behandlande läkaren och tilltagande schablonisering uppifrån.

**Allt fler, framför allt allmänläkare**, men även andra specialister kommer att uppleva vanmakten hos patienten som inte har något annat hopp än ett nytt intyg, och kanske ytterligare ett. Oron för eller vetskapen om att en annan doktors intyg kanske möter större respekt kommer att frustrera både läkare och patient.

I de exempel jag anfört till JO har patienterna efter många extra insatser fått



Foto: Scampix

Under decennier har många varit överens om vikten av att lämna mer tid för mötet läkare– patient. Under lika många år har utvecklingen oftast gått åt motsatt håll. Den pågående förändringen av hantering av sjukskrivningar kommer snabbt att ytterligare försämra situationen, befarar Åke Åkesson.



**ÅKE ÅKESSON**  
distriktsläkare,  
Mörbylånga vårdcentral,  
Öland  
ake.akesson@gmail.com

rätt av FK, dock först efter kränkande behandling. Redan efter mindre än ett år på en vårdcentral känner jag obehag inför att i allt större utsträckning behöva försvara och hjälpa patienterna i en omänsklig byråkrati i stället för att använda denna tid till – läkekonst.

Att döma av det stora gensvar min JO-anmälan av FK fått från läkare i hela landet, är det många fler som känner likadant. Under decennier har många varit överens om vikten av att lämna mer tid för mötet läkare-patient. Under lika många år har utvecklingen oftast gått åt motsatt håll. Den pågående förändringen av hantering av sjukskrivningar kommer snabbt att ytterligare försämra situationen.

**Under 25 år i slutenvård** har jag blivit övertygad om att framtidens sjukvård utgår från en stark primärvård. Det är också den enda möjlighet vi har att skapa en god medicinsk situation för en allt äldre befolkning. Trots politisk insikt om detta under minst lika många år

har lite hänt, och fortfarande krävs stora förändringar av primärvårdens villkor.

Dessa förändringar måste vara åt rätt håll. Redan för många år sedan avskräckte »intygsskrivandet« potentiellt goda blivande allmänmedicinare. Utsikten att ytterligare öka tidsandelen till denna verksamhet kommer inte att förbättra läget. Sjuka människor ska komma till doktorn för att få hjälp med diagnos, behandling, stöd och information – inte för att be om hjälp för sitt uppehälle eller mot överföring från försäkringskassa till arbetsförmedling eller socialbidrag.

Det måste bli tydligt, förutsägbart och lättbegripligt vad den allmänna sjukför-säkringen står för – så tydligt att varierende inställning och kompetens, in-tresse och erfarenhet hos administratörer och läkare inte blir avgörande för ut-fallet i enskilda ärenden.

**En ökad schablonisering** ökar risken för diagnosglidning. Om lindrig depression inte får sjukskrivas alls, måttlig en kortare tid och endast djup en längre tid

kommer fler patienter att ha djupa depressioner. Om FK-kriteriet för djup depression är medicinsk behandling och samtalsterapi kommer fler patienter att få just detta. Om endast självmordsbenägenhet motiverar sjukskrivning kommer denna benägenhet att öka hos patienterna och i sjukintygen.

När vi ändå hamnat där vi är, med ett allmänt drev mot sjuka människor för att komma åt den grupp som ordinarie allmänläkare sannolikt skulle haft störst möjlighet att hantera, kanske det är bättre att ta steget fullt ut och separera sjukskrivningsprocessen från läkande-processen. För de flesta läkare skulle det vara ett lyft att veta att enda anledningen för patienten att komma till läkare skulle vara just behovet av läkar-kunskap och – läkekonst.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

\*

Se även inlägg sidan 2538.

red

## APROPÅ ... en pågående debatt

# Evidensen för vinstdrivande sjukvård?

■ Som Eric Bertholds påpekar i Läkartidningen 35/2007 (sidan 2450) har ingen referens framförts som skulle stödja den vinstdrivna vårdens förträfflighet.

**För att råda bot på** det dåliga faktaunderlaget gjordes en litteratursökning på PubMed på temat vinstdrivande sjukvård. Sammanlagt framkom 11 artiklar, 8 från USA och 3 från Israel, de senare gällande hemsjukvård. Inga artiklar hittades om primärvård.

I två metaanalyser befanns dödligheten vara högre vid vinstdrivande än vid icke-vinstdrivande sjukhus, dels allmänt [1], dels vad gäller hemodialys [2]. I en tredje metaanalys befanns kostnaderna vara högre vid vinstdrivande sjukhus [3].

I andra artiklar befanns kostnaderna vara högre vid vinstdrivande sjukhus [4-6], därtill användes dyrare metoder vid i hjärtinfarktvarlden [7]. I dessa studier konstaterades inga skillnader i utfall,

även om dödligheten vid hjärtinfarkt var något högre vid de vinstdrivande sjukhusen [7]. Psykiatrisk vård var mer tillgänglig, av högre kvalitet och mer kostnadseffektiv hos icke-vinstdrivande vårdgivare [8].

I tre israeliska artiklar om hemsjukvård konstaterades skillnader till fördel för den icke-vinstdrivande vården [9-11].

Inte någon artikel hittades där vinstdrivande sjukvård skulle ha någon kvalitativ eller kostnadsmässig fördel.

**Sammanfattningsvis** visade denna lilla litteraturgenomgång ingen hållpunkt för att vinstdrivande sjukvård skulle vara billigare eller bättre, utan det omvända tycks vara fallet. Det går inte utan vidare att applicera resultaten på svenska förhållanden, även om inget talar för att förhållandena skulle vara radikalt annorlunda här.

Argumenten för privat vinstdrivande sjukvård sak-

nar medicinskt evidensbase-rat stöd.

**Per Wändell**

distriktsläkare, docent  
Institutionen för Neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle,  
Centrum för allmänmedicin,  
Karolinska Institutet  
Per.wandell@ki.se

## REFERENSER

- Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ*. 2002;166:1399-406.
- Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2002; 288:2449-57.
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2004;170:1817-24.
- Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-

profit hospital ownership and increased Medicare spending. *N Engl J Med*. 1999;341:420-6.

- Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med*. 1997; 336:769-74.
- Sloan FA, Picone GA, Taylor DH, Chou SY. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *J Health Econ*. 2001;20:1-21.
- Sloan FA, Trogon JG, Curtis LH, Schulman KA. Does the ownership of the admitting hospital make a difference? Outcomes and process of care of Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction. *Med Care*. 2003;41:1193-205.
- Rosenau PV, Linder SH. A comparison of the performance of for-profit and nonprofit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980. *Psychiatr Serv*. 2003;54:183-7.
- Schmid H. Nonprofit and for-profit home care in Israel: clients' assessments. *J Aging Soc Policy*. 1993;5: 95-115.
- Schmid H. Home care workers' assessment of differences between nonprofit and for-profit organizations delivering home care services to the Israeli elderly. *Home Health Care Serv Q* 1993;14:127-47.
- Schmid H. Non-profit and for-profit organizations in home care services: a comparative analysis. *Home Health Care Serv Q*. 1993;14:93-112.