

REPLIK I:

Vi tillämpar inte könskvotering

■ Angående insändarens fundering kring om det sker en könskvotering vid tillsättningen av AT-tjänster i Östergötland svarar vi bestämt nej! Vi följer landstingets jämställdhetsplan.

Vi tar, som vid andra tillsättningar, hänsyn till meriter, tidigare yrkeserfarenhet och personliga egenskaper. För våra primärvårds-AT-block tar vi också hänsyn till de sö-

kandes intresse för primärvården.

Vi har vid alla AT-tillsättningar i Östergötland också en facklig insyn i form av representant från Läkarförbundet, vars roll är att se till att urvalet sker på ett korrekt sätt, och vi har inte fått någon erinran om att så inte skulle ha varit fallet.

Vi är ledsna för om någon känner sig förbigången i an-

ställningsförfarandet, det är absolut inte vår avsikt. Vår strävan är att anställa de mest meriterade, kompetenta och intresserade AT-läkarna, våra framtida kolleger.

För AT-studierektorerna i Östergötland

Ursula Kallstenius

AT-studierektor,
studierektorskansliet,
Landstinget i Östergötland
ursula.kallstenius@lio.se

REPLIK II:

Både olämpligt och olagligt

■ En anonym kollega har uppmärksammat ett delvis nytt problem som är angeläget att stävja i tid. Många, både läkare och andra, är bekymrade över att läkaryrket håller på att »tas över« av kvinnor. Under många år har de manliga läkarna varit i majoritet, men det har då inte setts som något problem.

Att fler kvinnor blir läkare ser jag inte som något problem – dessa kvinnor är i stället att gratulera till sitt yrkesval! Det krävs tydliga kriterier baserade på rättvis bedömning av meriter vid tillsättning av såväl AT-som andra läkartjänster.

Det är viktigt att alla vet vad som gäller och att samma kriterier gäller för alla sökande till en tjänst. AT är en utbildningstjänst, och antalet sådana ska räcka till för antalet examinerade läkare.

Det är landstingen/regionerna och SKL som har ansvaret för att det utbildas AT-

läkare, och Läkarförbundet välkomnar ett utökat antal AT-tjänster. Sverige behöver flera läkare.

Att som arbetsgivare fördröja utbildningen för majoriteten av de nyutexaminerade läkarna (kvinnorna) vore samhällsekonomiskt illa genomtänkt.

Skulle arbetsgivare tillämpa

positiv särbehandling, dvs ge förtur till sökande av underrepresenterat kön trots att det finns andra sökande med likvärdiga meriter – i syfte att få en jämnare könsfördelning på arbetsplatsen – skulle det i den mån det över huvud taget är möjligt också vara oförsvärbart.

»Ett sådant förfarande skulle förstärka den ojämställdhet som råder mellan kvinnor och män i läkarkåren vad gäller karriärgång, befordran och lön.«

Ett sådant förfarande skulle förstärka den ojämställdhet som råder mellan kvinnor och män i läkarkåren vad gäller karriärgång, befordran och lön.

Att tillämpa kvotering, dvs att enbart anställa personer av underrepresenterat kön tills man nått ett bestämt an-

tal vid tillsättning av AT- eller andra läkartjänster, skulle dessutom inte vara förenligt med gällande lagstiftning.

Som facklig part arbetar Läkarförbundet med aktivt jämställdhetsarbete. Genusglasögonen ska vara på i alla fackliga frågor som principer för lönesättning, karriärvägar, befordran, rekrytering, arbetsorganisation, arbetstider och utbildnings- och fortbildningsfrågor.

De lokala läkarföreningarna är med och arbetar fram jämställdhetsplaner med aktiva åtgärder för att motverka ojämställdhet på arbetsplatsen vad gäller både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Läkarföreningarna är också med som facklig part vid tillsättningar av AT- och andra läkartjänster.

Den fackliga översyn som »Anonym« efterfrågar ska ske kontinuerligt vid varje tillsättning. Med aktivt jämställdhetsarbete kan diskriminering och ojämställdhet förebyggas.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande,
Läkarförbundet

Apropå sjukskrivning:

F-kassans umgänge med läkare måste förändras!

■ Sorg är ingen sjukdom, hävdar docent Ulf Lindsjö (Läkartidningen 35/2007, sidan 2447) i polemik mot distriktsläkare Åke Åkesson som sjukskrivit ett föräldrapar i tre veckor, efter att de hade mist sin son i en trafikolycka.

Sjukdom eller ej – att oväntat mista ett barn försätter oundvikligen den som drabbas i en svår traumatisk kris. Akut kris (stressreaktion) finns faktiskt som medicinsk diagnos. Det genomgående draget i en sådan kris är att all psykisk energi, alla tankar och känslor upptas av traumat.

Att förmå lägga fokus och koncentration på annat, oavsett vilka arbetsuppgifter det handlar om, är knappast möjligt. Att bara den ena föräldern skulle drabbas, som Lindsjö hävdar, är också en märklig tanke.

Om Lindsjös inställning är representativ för försäkringsläkarkåren, och om liknande tongångar genomsyrar de nya riktlinjerna för sjukskrivning, vilket man utifrån pressuppgifter kan befara, finns anledning till allvarlig oro.

Nu utgjorde det nämnda fallet i intervjun med Åkesson (Läkartidningen 32-33/2007, sidan 2223) bara ett exempel på de allt oftare förekommande ärenden, då handläggare på kassan underkänner läkarens bedömning och vägrar ge patienten sjukpenning. Många kolleger, framför allt allmänläkare, har vittnat om samma sak och beskrivit både den egna frustrationen och de

»Men umgängesformerna mellan läkarna och kassans handläggare måste förändras, med ett förbättrat informationsutbyte i oklara ärenden.«

problem som drabbar patienterna.

Själv har jag också ett par gånger det senaste året råkat ut för denna situation, och jag kan bara vidimera hur frustrerande det varit, dels att få min bedömning underkänd, dels att få vetskap om kassans bedömning först genom telefonsamtal från en oförstående och uppriven patient.

Åtgärden har inte heller i de

fall jag har kunskap om lett till annat än att patienten fallit mellan stolarna i bidragssystemen, gått miste om rehabiliteringsinsatser och försämrats i sitt psykiska hälsotillstånd.

Jag ifrågasätter inte kassans uppdrag att förhindra missbruk och överutnyttjande av sjukförsäkringen. Men umgängesformerna mellan läkarna och kassans handläggare måste förändras, med ett förbättrat informationsutbyte i oklara ärenden.

Eftersom det här är ett arbetsmiljöproblem för läkarkåren, speciellt för allmänläkarna – Åkesson vittnar ju bl a om att många av hans kolleger inte står ut – vore det önskvärt att Läkarförbundet engagerade

sig. Krav som då bör ställas är att, då sjukpenningrätten ifrågasätts, sjukskrivande läkare skall kontaktas och ges möjlighet att muntligt (helst) eller skriftligt komplettera uppgifterna i intyget. Vidare måste läkaren, som ju har fortsatt ansvar för patienten, få besked om sjukskrivningen avslås.

Till sist ter det sig inte rimligt – såvida det inte förelegat uppenbart fusk, typ svartjobb – att förvägra sjukpenning retroaktivt, alltså innan patienten fått vetskap om att läkarens bedömning inte gäller.

Greger Ahnlund

psykiater,
Malmö

greger.ahnlund@ownit.nu

Nytt på vår webbplats

Läsarkommentar

Gå in på www.lakartidningen.se

och ge dina kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Utmanande saklig

Läkartidningen

Apropå sjukskrivning:

»Bedöms klara administrativt arbete« typisk floskel från Försäkringskassan

■ Försäkringsläkarna Peter Dahl och Eddy Holmgren skriver i Läkartidningen (36/2007, sidan 2538) att Åke Åkesson använt ett illa valt exempel på brister i sjukförsäkringen. Åkesson berättade om en kakelläggare som efter operation av patellarluxationer av Försäkringskassan nekades sjukpenning då han »bedömdes klara administrativa uppgifter«.

Jag skulle hellre vilja beteckna det som ett illa läst exempel. Åke Åkesson skriver nämligen inget om livslång sjukskrivning.

Försäkringskassan nekade mannen sjukpenning då han under den postoperativa konvalescensen påstods kunna klara administrativa uppgifter. Om försäkringsläkarna läser våra intyg lika vinklat blir jag orolig.

För det första – »bedöms klara administrativa uppgif-

ter« är en typisk floskel från Försäkringskassan. Den bortser från att administrativa uppgifter inte bara är avlastande för nyopererade knäna, utan också kräver kunskap (och intresse).

Menar Försäkringskassan att mannen borde sätta sig på skolbänken och plugga data och bokföring medan knäna läker? På vems bekostnad? Enligt Åkessons beskrivning är han en yrkesskicklig kakelläggare, och det finns väl inget som motsäger att han kan fortsätta med det arbetet efter sin operation? Skulle han ens hinna lära sig bokföring innan han återgick till sitt ordinarie arbete?

För det andra – varför ska bara de sjukskrivna få kritiken? Verkligheten är ju att de flesta arbetsplatser de sista 10–20 åren blivit så specialiserade och högproduktiva att det inte finns plats för den

som inte kan ge 100 procent (minst) inom sitt specialområde. Jag misstänker att en kakelfirma inte har några stora vakanser inom sitt »administrativa« område, så jag kan egentligen inte klandra dem.

Men vad hände egentligen med arbetsgivarnas ansvar för att låta icke fullt friska människor få komma till jobbet med enklare uppgifter? I praktiken är du mycket sällan välkommen tillbaka innan du är helt arbetsför. Är detta obekant för försäkringsläkarna?

Ulf Torstenson

specialist i allmänmedicin,
Skellefteå

ulf@medimus.ac.se

LÄS MER om sjukskrivning i nästa veckas utgåva, 39/2007!