

# Försäkringskassan och allmänmedicinen står allt längre från varandra

■ Mina patienter säger att Försäkringskassan påstår att de medicinska underlag jag skrivit är ofullständiga och att förtydliganden behövs. Försäkringskassan (FK) kräver fler och fler uppgifter, jag skriver för brinnande livet, men det duger inte. Med stigande frustration försöker jag diskutera med FK men möter ingen respons och får inga sakliga svar. Det tycks som om FK och allmänmedicinen (AM) glider allt längre ifrån varandra i synen på patienter, sjukdomar och diagnoser. Här är några punkter där jag upplever att vår syn skiljer sig åt:

**AM:** Patienter har ofta flera sjukdomar, och dessa sammantaget påverkar patientens arbetsförmåga.  
**FK:** En enda huvuddiagnos ska väljas ut, och all bedömning görs i förhållande till just denna. (Det som står i det försäkringsmedicinska beslutsstödet inledning om samsjuklighet tycks man inte bry sig om.)

**AM:** Diagnos och beskrivning av funktionsnedsättning grundar sig på läkarens sammanvägning av tidigare kännedom om patienten, anamnesen, statusfynd och ibland laboratorieprov och andra undersökningar.  
**FK:** Bara sådant som »objektivt« går att iaktta och som visas i prov och undersökningar får ligga till grund för bedömningen.

**AM:** Som ett undersökningsfynd räknas till exempel om en nackvridning framkallar nervsmärta ut i armen eller om patienten anger en förändrad känslighet vid test av beröring.  
**FK:** Det går inte att iaktta utifrån, eftersom det bara är vad patienten uppger, och räknas därför inte.

**AM:** Diagnos och beskrivning av funktionsnedsättning vid

psykiska sjukdomar som ångest och depression ställs huvudsakligen genom anamnestiska uppgifter (även inom psykiatri, se DSM-IV).  
**FK:** Om det inte är en pågående panikattack eller om patienten är nästan kataton finns inga objektiva fynd. Det hjälper inte med test som MADRS eller HAD – de grundar sig ju enbart på patientens egna uppgifter.

**AM:** Man måste alltid se till människan som har sjukdomen. Arbetsförmågan påverkas, förutom av sjukdomen, även av personlighet, sociala förhållanden, samsjuklighet, förväntningar, stöd från arbetsgivare, arbetskamrater med mera.  
**FK:** Det är enbart sjukdomen som styr arbetsförmågan.

**AM:** Patientens tidigare sjukhistoria är viktig, speciellt vid kroniska eller återkommande sjukdomar. Tidigare journalanteckningar är en del av bedömningen.  
**FK:** Varje sjukintyg bedöms för sig. Även om FK har en stor mängd uppgifter om en patient sedan tidigare vill man bara fatta beslut grundat på det senaste intyget.

**AM:** Det är positivt om en patient kan gå från heltidssjukskrivning till halvtid och där efter till 75 procent arbete. Upptrappning av arbetstiden bör inte ske för snabbt, då kan det finnas risk för bakslag.  
**FK:** Tidsgränserna gäller lika om en patient är heltidssjukskriven eller har kommit upp i 75 procent arbete. Efter 180 dagar ska patienten söka nytt arbete om han inte klarar heltid.

**AM:** Det går inte att sätta tidsgränser för när en människa ska vara frisk. Ibland tar sjukdomen längre tid än för genomsnittet.

**FK:** I Försäkringsmedicinskt beslutsstöd finns de tidsgränser som experterna slagit fast.

**AM:** Ibland kan det vara svårt att spalta upp vad som är funktionsnedsättning och vad som är aktivitetsbegränsning. Man kan faktiskt läsa en uppgift även om den står i »fel« ruta på blanketten.  
**FK:** Står inte uppgiften i den ruta som FK anser vara den rätta tas ingen hänsyn till den.

**AM:** Diagnoskodning är ingen absolut vetenskap och görs på olika sätt. Om man skriver »depression« (F32) och det i texten står att patienten har haft flera återkommande depressioner så framgår det ju att det rör sig om recidiverande depressioner (F33).  
**FK:** FK väljer att tolka på det sätt som berättigar till minst sjukskrivning. F32 är en sjukdom (depressiv episod) med ingen eller kort sjukskrivning enligt beslutsstödet. F33 är en helt annan sjukdom (recidiverande depression) där längre

sjukskrivning kan tillåtas.

**AM:** Vi har många angeläna arbetsuppgifter, t ex utredning av allvarliga sjukdomar. Vi kan inte lägga ner hur mycket arbete som helst på att skriva kompletterande intyg eller att ständigt prioritera korrespondensen med FK.  
**FK:** FK kräver snabba svar, annars riskerar patienten att bli utan sjukpenning.

**AM:** Vi försöker att alltid ge patienten hopp. Även om en sjukdom kanske medför livslång funktionsnedsättning vill vi ändå ge patienten hopp om att förbättring kan komma att ske efter lång tid.  
**FK:** För att sjukersättning ska kunna beviljas måste läkaren i utlåtandet kategoriskt slå fast att det inte finns något hopp om förbättring.

Peter Rosenberg  
specialist i allmänmedicin, familjeläkare, Södertulls  
Hälsocentral, Gävle  
peter.rosenberg@lg.se



## Mer debatt på Lakartidningen.se

### Hur hittar en vårdcoach rätt i Stockholms sjukvård?

Vad som lyser med sin framvaro i sjukvårdslandstingsrådets artikel är hur en vårdcoach ska kunna hitta den bästa kvaliteten i vården för de svårast sjuka.

Börje Åkerlund, Kurt Gerok-Andersson, Carlos Saro

### Solidarisk amningsrekommendation strider inte mot individens rätt att välja

—Därför ska vi inom hälso- och sjukvården fortsätta att rekommendera amning i första hand och ge stöd till föräldrarna för att optimera amningen i varje enskilt fall. Det kan inne-



Föräldrarna bestämmer över barnets mat, anser föräldrarna.

bära att barnet ammas helt, delvis eller inte alls, helt i enlighet med Socialstyrelsens krav på »objektiv och entydig information anpassad till det enskilda spädbarnets och moderns behov«.

Steven Lucas, Margaretha Magnusson, Thomas Wallby

Debatten om amning startade i LT 32–33/2011 (sidan 1503) med inlägg »WHO:s amningsrekommendation oetisk i utvecklade länder« och fortsätter på Lakartidningen.se. Övriga tidigare publicerade inlägg:

»Knetteter« och amningsfascism LT 34/2011, sidan 1545

Saklig och objektiv information kan aldrig vara oetisk LT 34/2011, sidan 1573

WHO:s amningsrekommendation är inte oetisk för svenska förhållanden LT 34/2011, endast på webben

På bröstfronten intet nytt LT 36/2011, sidorna 1709–10