Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-21 36 80, e-post: debatt@lakartidningen.se

Medikalisering av fattigdomen – ohälsa ur ett primärvårdsperspektiv

Försörjningsproblem hänvisas till sjukvården, främst till oss i primärvården – många patienter kommer inte för att bli botade utan för att bli sjukskrivna. Jag vet inte hur vi läkare ska göra, men vi behöver hjälp genom en förnuftig reformering av socialförsäkringssystemet.

KARIN NYKVIST
distriktsläkare, Nybro
KarinNy@ltkalmar.se

Enligt Världshälsoorganisationen är hälsa »ett tillstånd av fullt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom«. Vem befinner sig ständigt i ett sådant lyckorus? Sålunda skulle alla vi som ibland känner oro för ekonomin, familjen eller ensamheten lida av ohälsa. Med den definitionen blir det inte lätt att få ned ohälsotalet.

Frånsett denna vida definition finns det starka ekonomiska krafter som samverkar till det höga ohälsotalet: En människa som knappt har råd med det nödvändigaste kan lätt komma att må dåligt. Utfaller den lilla inkomsten oregelbundet, vilket ibland gäller A-kassan under sommaren, kan bidragstagaren känna sig sjuk.

Ersättningen kan vara förenad med villkor, dvs det förutsätts att klienten uppfyller en rad krav för att få den. Krav som inte alltid är förnuftiga. Det kan upplevas starkt kränkande. En socialbidragstagare får i princip inte äga något av värde. Det kan räcka med att en människa befarar att hamna i den situationen för att känna sig sjuk. Jag vill påstå att det i längden är bättre för hälsan att gå på sjukersättning än på socialbidrag.

Större valfrihet med sjukersättning

En patient som uppbär sjukersättning kan äga en förmögenhet. Patienten har stor valfrihet och kan t ex åka på semester, vilket inte är tillåtet med A-kassa. Sjukpensionären kan till och med bosätta sig utomlands, vilket kan vara lönsamt eftersom det i regel är billigare att leva söder över. Sjukersättningen kan man uppbära livet ut, men antalet dagar med A-kassa är begränsat.

När A-kassan tar slut tar aktivitetsstödet vid. Det kan innebära ständiga byten av arbetsplatser. Detta och att kanske aldrig komma ifråga för anställning, och därmed ständigt känna sig ratad, är starka stressfaktorer. Många vet kanske från början att de aldrig kommer att få någon anställning på öppna marknaden, kanske på grund av ålder och smärre krämpor, eller att de genom olyckliga omständigheter fått »dåligt rykte« bland arbetsgivare.

Kommunens ekonomi är inte lysande, och socialförvaltningen driver på för att slippa betala ut socialbidrag.

Klienten är tacksam, för sjukersättningen är bättre.

Doktorn löser ett försörjningsproblem

Det finns ingenting som gör patienten så tacksam som när doktorn löser ett försörjningsproblem. Det finns heller inget som så till den grad väcker patientens negativa känslor som när doktorn inte lyckas agera till patientens fördel i detta avseende. Doktorn kanske har ägnat tillräckligt mycket tid i patientkontakten för att se sambandet med skulderna på huset, svårigheten att ta sig till arbetet utan extra bil, det olönsamma i att skaffa kommunal omsorg till tre barn etc.

Doktorn kanske inte förmår intyga mer än samvetet bjuder, han/hon kanske borde ha fullt upp med att ägna sig åt medicinskt åtgärdbara problem, lindra och trösta. Den beskrivna verkligheten i patientens fall kanske inte håller för att sjukbidrag ska kunna utverkas, i alla fall inte i en lågkonjunktur som den vi hade 1992–1995, då Riksförsäkringsverket drog åt tumskruvarna. Sådant kan väcka hat hos patienten ...

Som nu är fallet gör de flesta läkare sitt bästa för att klä nöden i medicinska termer, vilket med rådande socialpolitik ofta är bättre för patientens hälsa och i högsta grad gynnar doktorns patientlista, vilket i sin tur kan vara avgörande för doktorns ekonomi. Patienten blir nöjdare och mindre benägen att vända sig till patientnämnden och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Ger inga politiska poäng

Det tycks vara svårt att samla politiska poäng på att försöka vidta förnuftiga åtgärder mot nyfattigdomen. Fattigdom vill man inte tala om, i alla fall inte inför valet. Helst inte annars heller. Man låtsas som om den typen av problem inte existerar. Om en medborgare inte på ett rimligt enkelt sätt kan försörja sig på en krympande arbetsmarknad får han vända sig till sjukvården, och det är svårt för den enskilde doktorn att säga nej. Det är säkert svårt för försäkringskassetjänstemannen också.

Försörjningsproblem hänvisas således till sjukvården. Det ställer till en hel del oreda:

1. Det är ett dyrt, godtyckligt och orättvist sätt att fördela inkomster på.
2. Den sjukskrivne måste bevisa sin arbetsoförmåga och får således inte visa att han kan arbeta. Det kanske han kan även om han inte kan få anställning på öppna marknaden. Det innebär en samhällsekonomisk förlust.
3. Sedan har vi sjukdomar i klassisk bemärkelse. Sjukdomar som är objektivt verifierbara, medicinskt behandlingsbara och kanske till och med förkortar livet. Människor som har sådana sjukdomar får svårare att komma till när det gäller att tillskansa sig diverse förmåner, alltifrån sjukersättning till lönebidragstjänster, från röntgenundersökningar till tid hos doktorn. Dessa människor kan ha svårare att stå på sig.

Medikalisering av fattigdomen

Av det ovan beskrivna förstår man kanske att medikaliseringen av fattigdomen ställer till en hel del bekymmer för oss läkare som arbetar i primärvården. Det är ju huvudsakligen till oss som de långtidssjukskrivna hänvisas. Vi är utbildade för att försöka bota sjukdom, men många patienter kommer inte för att bli botade, utan för att bli sjukskrivna. När de väl blivit sjukskrivna saknar de incitament att bli friska eftersom de då riskerar att bli av med sin inkomst.

Enligt Sveriges läkarförbunds etiska regler har vi skyldighet att behandla alla likvärdigt. Ska vi då sjukskriva alla som vill det, eller ingen, eller kanske alla till hälften? Många patienter som har allvarliga diagnoser vill inte bli sjukskrivna eftersom de har ett arbete som de trivs med. Andra far mer eller mindre illa av vantrivsel på arbetet eller av ekonomiska problem. Vissa påkallar sitt behov av hjälp mer effektivt än andra.

Jag är inte människa att ge något entydigt svar på hur vi läkare ska göra. Men som jag ser det behöver vi hjälp genom en förnuftig reformering av socialförsäkringssystemet.•