

Läkarkåren och sjukskrivningarna

Etiken i sjukskrivningssituationen utmanas av en smygande laglöshet

CARL EDVARD RUDEBECK,
distriktsläkare, Hälsocentralen
Esplanaden, Västervik; pro-
fessor, Institutet för samfunns-
medicin, Tromsø
carl.edvard.rudebeck@
ltkalmar.se

Sedan 2003 har sjukpenningdagarna i Sverige minskat med 60 procent. Försäkringskassans inblandning med avslagna och indragna sjukskrivningar är marginell. I stället har sjukskrivningarna blivit kortare och färre. Allmänheten efterfrågar dem i mindre grad och läkare är mer återhållsamma i sina bedömningar [1]. Det är svårt att medicinskt förklara en sådan skillnad. Läkarkåren har därför all anledning att besinna just sin delaktighet i att sjukskrivningarna under millenniets första år var så många och långa. De kollegor som hävdar att underskrifterna på intygen snarare var en bekräftelse på en samhällelig regi de inte kunde råda över än en handling under ansvar måste medge att handen som höll i pennan var deras och ingen annans. Även under trycket av en ogenerös arbetsmarknad och nya kultursjukdomar [2, 3] har läkaren i varje sjukskrivningssituation ett möjligt handlingsutrymme som det finns skäl att erövra. Många kollegor var ju också djupt bekymrade över sina sjukskrivningar, och det blir man bara om man i någon nyans hör samvetets röst [4-6].

Konsultationen i samhället

Läkarrollen är en kulturell och samhällelig institution. Inget organiserat samhälle underlåter att genom utbildning utse vissa av sina medborgare till att undersöka och behandla människor när de blir sjuka. Uppdraget framträder i konkret form med varje patient, men det är lätt att tappa känslan för de större sammanhangen, och för det kulturbestämda, när uppmärksamheten är intensivt vänd mot den möjliga sjukdomen. Uppdraget kan gradvis omdefinieras utan att läkaren märker det. Många läkare var nog under flera år mer upptagna av de svåra sjukskrivningsfallen, ett och ett, än av det faktum att fler och fler sökte för upplevd arbetsoförmåga. Själva begäran om ett sjukintyg var ofta mer artikulerad än symtombilderna. Efter några år klassades också oförmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress, det vill säga väsentliga aspekter av arbetsoförmåga i sig, som ett av kriterierna för utmattningssyndrom [7].

Alliansen mellan läkare och patient

Avskildheten i mötet med patienten gör läkaren i någon mån aningslös. En sådan strukturgiven naivitet är en förutsättning för att relationen till patienten ska bära. Det går inte att hela tiden snegla över patientens axlar ut mot de stora sammanhangen, eller vända örat mot alla dem som har uppfattningar om vad som bör göras under en konsultation. Patienten bör få en chans att presentera sig själv och sitt problem i personligt perspektiv,

»Läkarrollens alldeles speciella kännetecken är att den samtidigt är förhöjd medmänsklighet och förhöjd saklighet.«

och då förtonar i någon mån världen, till och med om det som berättas handlar om arbetet. Läkaren har en skyldighet att så långt det går försöka leva sig in i patientens upplevelse. Uppdraget heter i utgångsläget intersubjektivitet.

Patienten kommer naturligtvis inte till läkaren för att träffa en medmänniska i största allmänhet, men har ett starkt behov av att bekräftas i sin upplevelse och i sitt beslut att söka råd eller hjälp. Där är läkaren oersättlig. Tiden är knapp, ärendet rör livet på ett mycket påtagligt sätt, och hjälplösheten är alldeles om hörnet, och även om ramen är medicinskt professionell, efterfrågar patienten därför en förstärkt medmänsklighet. Blickkontakten är också en moralisk allians där patienten i sin utsatthet har initiativet [8]. Bara den läkare som i regelstyrning och beslutsalgoritmer blivit kunskapens i stället för patientens tjänare kan helt undgå att intressera sig för patienten som person.

Sanningen och hjälpen

Lagen om allmän försäkring idealiserar läkaren som diagnostiker när den förutsätter objektiva diagnoser, och i förlängningen av dessa lika objektiva bedömningar av arbetsförmågan. Den glömmer att det kliniska rummet i första hand är ett moraliskt rum. Läkaren är både en medmänniska – en hjälpare – och en sanningssägare – en diagnostiker. När diagnosen visar vägen till bot eller lindring är läkaren i sitt esse. Präglad på diagnosen som läkaren är kan det också ligga en tillfredsställelse i att ställa en allvarlig diagnos, men glädjen försvinner när den intensivt uppmärksamma patienten ska få sitt besked. Den ursprungliga alliansen kommer emellan. Likväl måste sanningen sägas.

Diagnosen – eller sanningen om patienten i vidare mening – är en hävstång ut ur läkar-patientrelationen som i första hand läkarens trivsel. Ofta måste diagnostikern på detta sätt träda in som hjälparens korrektiv. Den förhöjda medmänskligheten hade heller aldrig inträtt om det inte var just sanningssägarens uppdrag som efterfrågades. Läkarrollens alldeles speciella kännetecken är att den samtidigt är förhöjd medmänsklighet och förhöjd saklighet.

Förmågebedömningen i praktiken

Sjukskrivningsbedömningen görs i konsultationen. Det går inte att sätta den moraliska alliansen mellan läkare och patient ur spel. Hjälpen är det primära; inte självklart att den ska ges,

■ sammanfattat

För läkaren är ansvaret inför den enskilda patienten konkret och uppfordrande. De större sammanhangen kring mötet kommer ofrånkomligen något i bakgrunden.

Sjukskrivningen utmanar läkarrollen men sätter inte den grundläggande läkar-etiken ur spel.

Förmågebedömningen är ett

samarbetsprojekt i konsultationen.

Läkarna kan inte ensamma ansvara för etiken i sjukskrivningen. Myndigheter och regelverk måste respektera behovet av uppriktighet i samtalet mellan läkare och patient, och respektera den praktiska yrkeskunskap för mågebedömningen vilar på.

men att möjligheten kan finnas. Konsultationen får sedan ägnas åt att undersöka denna möjlighet, och där handlar det om att söka sig fram till »sanningen« om förmågans om en motsvarighet till att söka en diagnos som banar väg för en behandling. För de bedömningar som ligger inom beslutsstödet igenkännanden och gränser, och där de normerade sjukskrivningstiderna är korta och patienterna är med på noterna, är det lätt.

Andra gånger finns varken objektivitet eller konsensus att falla tillbaka på utan enbart samtalet och relationen. Patienten har sin upplevelse av besvär och funktionsnedsättning, och sin bedömning – mer eller mindre övertygad – att arbetsförmågan också är nedsatt. Någon grad av ambivalens finns oftast. Oförmågan är därför också ett beslut. Alla dessa morgnar när man trotsat motståndet och ändå gett sig av till arbetet, fram till den morgon när motståndet blev ett »Nej, nu orkar jag inte längre«. Vad är skillnaden, mer än beslutet?

I patientens redogörelse går inte symtomet att skilja från bedömningen av symtomets följder. Patienten beskriver knappast ett besvär som inte uppfattas sätta ned arbetsförmågan. Det närmaste läkaren kommer arbetsförmågan är därför patientens egen bedömning, som den framträder i samtalet. Här kommer så småningom överprövningen, och därmed den etiska tillspetsningen, där hela rollen som hjälpare och sanningssägare kan förefalla splittras. I sekunder av tät tystnad händer det att läkaren drabbas av ensamhet. Patienten har då släppt sitt ansvar och väntar på sin dom, fullt beredd att kämpa emot om den inte går hans eller hennes väg. För läkaren blir konsten och den moraliska handlingen att inte acceptera splittringen.

»Som ett spöke i det rum där läkare och patient söker sanningen om patientens förmåga sitter också läkarens privatperson.«

Patientens förmåga kan aldrig betraktas eller mätas inom de förutsättningar konsultationen ger. Berättelsen om symtomen, arbetet, och om förhållandet dem emellan kan läkaren bara leva sig in i mer eller mindre bra. Beslutsunderlaget samlas till sist i en avvägning i förhållande till vad som är bra för patienten och vad som är rätt enligt försäkringen. Avvägningen är en känsla, inte en siffra. Den bottenar i ett ansvar för patientens välfärd och samtidigt i ett ansvar för den egna yrkeshedern. På denna punkt blir det svårt att tala om etik i sjukskrivningssituationen, som om avsaknad av etik skulle vara ett alternativ. I sanningens ögonblick upphör helt enkelt distinktionen mellan moral och kunskap.

När bedömningen går fel

Svåra sjukskrivningsbedömningar kommer alltid att finnas. I sanningens ögonblick urskiljer läkaren långt ifrån alltid vad patienten faktiskt kan eller inte kan. Krafter kan spela med som grumlar omdömet och håller uppriktigheten tillbaka. I Lars Englunds studie från 2007 sjukskrev distriktsläkarna fortfarande i åtta fall av tio när de inte själva skulle ha föreslagit sjukskrivning, eller bedömde att den kunde vara skadlig

[1]. Motsatsen, och det som läkaren enligt sin kodex oroar sig för, att mot bättre vetande säga nej till en angelägen sjukskrivning, är inte vanlig. Beslutet kan dessutom omprövas när patienten kommer tillbaka. Systemfelet innebär därför fler sjukskrivningar oberoende av den faktiska ohälsan när efterfrågetrycket ökar. Läkaren upptäcker med olika drivkrafter legitimitet för att sjukförklara patientens upplevda oförmåga.

Patientens förlorade ansvar. Att hålla blicken fäst vid patienten när man som läkare ska ge sin uppfattning om förmågan är ibland svårt. Patientens tveksamhet inför sitt ansvar framstår då gärna som verklig hjälplöshet. Hjälparen omfamnar patientens oförmåga, griper in och söker i monolog olika lösningar. Efter några månaders sjukskrivning kan man kanske höra denna läkare säga att »vi försökte med arbetsträning på 25 procent men det gick inte«. Vad som då har förlorats är sanningen om patientens förmåga som naturligtvis också finns. Hjälparen fann inte sitt korrektiv, och därmed blev båda hjälplösa.

Den biomedicinska reflexen. Den biomedicinska reflexen, läkarens betingade och ohejdbara sökande efter diagnosen, och hjälparen kan ingå en mycket stark allians [9]. I den tomhet som uppstår när patienten enbart presenterar sin oförmåga går den diagnostiska niten i sken. Undersökning följer på undersökning »i väntan på den rätta« [4]. Forskning i reflexens förlängning hjälper också till. Små forskjutningar i biologiska system blir stora sanningar om det patienten inte förmår. I de värkande sprickor i självtilliten som uppstår under livets påfrestningar kan till och med mycket kraftfulla neurologiska preparat finna marknader [10]. Det pågår en ständig aktivitet för att muta in nya diagnostiska territorier och för att utvidga dem som redan finns [11]. Det påtagliga blir närmast en förolämpning när diagnosen regerar.

Läkarens privatperson. Som ett spöke i det rum där läkare och patient söker sanningen om patientens förmåga sitter också läkarens privatperson. Den personen vill att det mesta ska kännas bra och oroas vid tanken på att patienten kan bli arg eller förtvivlad om sanningen heter att fortsatt arbete troligen är det bästa. Privatpersonen kan få läkaren att intala sig att oförmågan är mer definitiv än den först föreföll. Konflikt-rädslan stillas inte förrän patienten tacksam lämnar rummet med ett intyg i handen.

Läkarens förlorade ansvar. I den juridiskt fastlagda arbetsfördelningen – läkaren bedömer och Försäkringskassan beslutar – finner några läkare också en väg förbi sjukskrivningssituationens etiska uppfordringar. Deras argument är att det inte spelar någon roll vad som skrivs på utlåtandet, eftersom Försäkringskassan ändå har beslutet. På utlåtandet återger de patientens bedömning, finner en diagnos, och förordar sedan sjukskrivning enligt patientens rekommendation utan att kännas vid att denna oftast också blir handläggarens beslut. Paradoxalt nog demonstrerar deras försök att tvätta av sig ansvaret vem som egentligen bestämmer. Patienterna hamnar i ett moraliskt vakuum om Försäkringskassans reaktion uteblir eller dröjer.

Vad grundar sig bedömningen på?

För att den samtalsgrundade förmågebedömningen ska vara

»Men stringens behövs för att sjukpenningen ska hamna rätt, men skenobjektivitet visar inte vägen.«

»En förljugenhet tränger sig på sjukförsäkringens första produktionsled ... när läkarens bedömning i praktiken har beslutets kraft trots att Försäkringskassan hävdar motsatsen.«

mer än ett finger i luften måste två villkor vara uppfyllda. Det första handlar om förtroende. Litar man som läkare på patientens omdöme och vilja att komma tillbaka i arbete kan samtalet bli öppet och undersökande. När misstron i stället färgar kontakten kan bara det mest uppenbara vägas in. Det andra villkoret är att läkaren vågar använda sin praktiskt förvärvade kunskap. En kliniskt verksam läkare sitter hela dagarna och talar med patienter om deras upplevelser och problem. Även när det gäller annat än sjukskrivning gör ju patienter sina egna bedömningar, som i hög grad färgar hur de berättar. Läkaren lär sig att förnimma tydlighet och konsistens i dessa beskrivningar och bedömningar.

När upplevelse och bedömning hänger ihop underlättar det ställningstagandet. Patientens beskrivning är övertygande på samma sätt som en bra text underlättar inlevelsen. Motsatt blir läkaren också uppmärksam på vaghet och dissonanser, förstärkningar och nedtoningar. Den ambivalenta personen måste inte bara övertyga läkaren utan också sig själv.

Ibland inser läkaren när konsultationen går mot sitt slut att inget underlag för ett ställningstagande vuxit fram. Det gäller då att stå för denna ovisshet och inte hänga av sig den på ett diagnostiskt halmstrå. Självvrannskan måste följa med varje sjukskrivningsbedömning. Står läkaren på osäker grund eller anar att sjukskrivningen kommer att bli komplicerad räcker inte den saklighet som går att uppbära i konsultationen. Osäkerheten är en kunskap som måste förvaltas, och att då i samråd med patienten ta kontakt med till exempel arbetsgivaren eller företagshälsovården kan vara en lika befriande som tvingande möjlighet.

Den individualiserande sjukskrivarollen

Sanningen om patientens arbetsförmåga är ett samarbetsprojekt i konsultationen. Som sanning är den är naturligtvis mycket relativ, men kanske ändå den bästa som står att finna i sjukskrivningens tidiga skede. Den har också fördelen att den både är en bedömning och en hjälp. Oberoende av om det blir sjukskrivning eller inte kan patienten få viktiga saker att tänka på och ta itu med. Nej till sjukskrivning blir inte ett avvisande.

Läkarens individualiserande bedömarroll är omnämnd i beslutsstödet övergripande principer, men dess faktiska innebörd saknar erkännande i försäkringen. För den som söker exakthet kan den te sig nog så flummig, men om det som ska bedömas är långt ifrån exakt blir en relativ bedömning i dialogens form mer rättvisande än den förmenta exaktheten. Saklighet är därför ett bra ord i sammanhanget. Dess förutsättning är att samtalet mellan läkare och patient är uppriktigt. Sakligheten bryts om inte samma uppriktighet kan bära utlåtandets text. Som det nu är görs läkaren delaktig i en konkret och sammansatt verklighet, men känner sig ofta tvingad att avge en starkt abstraherad version med tveksam giltighet. Av det blir det en ämbetsmannaroll som står för något helt annat än sanningssägaren i läkarrollen.

En förljugenhet tränger sig på sjukförsäkringens första produktionsled när sjukdomen inte får bedömas trots att den är ett rekvisit, och när läkarens bedömning i praktiken har beslutets kraft trots att Försäkringskassan hävdar motsatsen.

Det finns stora felmarginaler i sjukförsäkringens tillämpning. Mer stringens behövs för att sjukpenningen ska hamna rätt, men skenobjektivitet visar inte vägen. Försäkringskassan måste i stället respektera behovet av uppriktighet i samtalet mellan läkare och patient, och även den praktiska yrkeskunskap som förmågebedömningen vilar på. Så länge lagen om allmän försäkring inte är förankrad i bedömningens verklighet utmanas etiken i sjukskrivningssituationen av en smygande laglöshet.

REFERENSER

- Englund L. Hur har distriktsläkarens sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007. Arbetsrapport. Falun: Centrum för klinisk forskning Dalarna; 2008.
- Lundin A. Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten. Läkartidningen 2008;105(44):3123-7.
- Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. Läkartidningen. 2008;105(44):3129-32.
- Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Norrmén G. Inte doktorsbord – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. Läkartidningen. 2005;102(48):3666-74.
- Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks. A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007;25:178-85.
- Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlström RA. Sick-listing as a psychosocial work problem. A survey of 3997 Swedish physicians. J Occup Rehabil. 2007;17:398-408.
- Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson K, Krakau I, Nygren Å, et al. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
- Thomassen M. Den Andre – uendelighetens ansikt. Emmanuel Levinas' transcendens-filosofi. I: Kolstad H, Bjørnstad H, Aarnes A, editors. I sporet av det uendelige. En debattbok om Emmanuel Levinas. Oslo: Aschehoug; 1995. s.47-76.
- Rudebeck CE. Medicinens mänskliga språk. Kroppsempati förenar diagnos och förståelse. Läkartidningen. 1998;95(41):4500-7.
- Nisell R, Kosek E. Fibromyalgi ett internationellt accepterat begrepp. Farmakologisk behandling nu möjlig. Läkartidningen. 2008;105(35):2328-32.
- Brodersen J, Hovelius B, Hvas L, editors. Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur; 2009.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikeln bygger på författarens föreläsning under rubriken »Etik i sjukskrivningssituationen. Om läkarens dubbla roller«, hållen vid Läkardagarna i Örebro i april 2009.*

■ *Författaren var fram till februari 2010 ordförande i sjukskrivningskommittén, landstinget i Kalmar län.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se