

Om neuroser och lagen om allmän försäkring

Bo Boholm

Den rådande rutinen vid pensionsbedömning av neurotiska tillstånd har varit föremål för debatt och en diskriminerande attityd från myndigheternas sida har ifrågasatts.

Problematiken på området är dock mycket svårlöst. Diagnostisk förvirring, brist på psykiatriker och den betydande risken för att pensionering kan medföra skadlig inaktivitet försvårar alla bedömningar.

Författaren som är överläkare vid Mariebergs sjukhus föreslår att Riksförsäkringsverket i samarbete med psykiatrisk expertis tar upp dessa frågor i en handledning till förfogande för pensionsbedömande instanser.

I lagen om allmän försäkring stadgas att en person, vilken på grund av sjukdom har en varaktig arbetsnedsättning till minst hälften, skall ha rätt till folkpension i form av förtidspension. En "sjukdom" skall sålunda finnas som grund, och den skall leda till en varaktig arbetsoförmåga av viss omfattning. Vid lagens tillämpning har de neurotiska tillstånden och frågan om hur de skall bedömas uppenbarligen varit en stötesten, och denna sak har gett upphov till debatt.

Är neuros "sjukdom"?

Man påträffar inom psykiatrin olika uppfattningar om de funktionella, icke organiskt betingade psykiska ohälsotillståndens natur i förhållande till ett från den somatiska medicinen övertaget sjukdomsbegrepp. Stundom framhålles att psykiatrin står på en rent medicinsk-biologisk grund, och det hävdas att i stort sett identiska sjukdomsbegrepp kan tillämpas inom somatisk och psykiatrisk medicin. Från andra håll undviker man att använda termen sjukdom i dessa sammanhang och talar hellre om reaktioner, störningar, rubbningar, tillstånd, processer etc. En tredje ståndpunkt kan sägas i allmänhet vara obenägen att se människor som drabbade av den eller den sjukdomen i det ena eller andra organet. Den sjuka människan är

angripen i sin totalitet — "det finns inga sjukdomar, endast sjuka människor".

I den proposition som 1962 föregick den här aktuella lagen har uppenbarligen neuros underkänts som sjukdom enligt lagens mening. Detta framgår klart av Riksförsäkringsverkets synpunkter på något som kallas "neuros utan påvisbart organiskt underlag"; vid sådan skulle "pensionsberättigande invaliditet" ej kunna styrkas och "en betydande restriktivitet" rekommenderades vid tillämpningen av lagen. Departementschefen hade samma uppfattning och en sådan restriktiv linje synes ha följts genom åren.

Efter hand synes dock propositionens negativa neurosbedömning något ha mjukats upp. Byråchefen Strandbergs uppsats från 1967 vill jag se som ett halvofficiellt stöd för en sådan tendens:

"Sålunda beviljas pension vid svåra och långvariga neurostillstånd, t.ex. tvångsneuroser, ångestneuroser och sådana tillstånd som föranlett långa vårdperioder på sjukhus, dvs. tillstånd som ofta stått psykoserna ganska nära."

I en formulering som denna söker man ej längre stötta upp neurosinvaliditeten på förekomst av "organiskt underlag" utan på en tänkt närhet till psykos. Neurosen som sådan vill man inte rik-

tigt acceptera såsom giltig förklaring till invaliditet.

Vad jag känner till finns inget konstant sjukdomsbegrepp inom lagstiftningen eller i allmänt bruk. Man måste vid varje särskilt tillfälle försöka definiera det utifrån vad som är rimligt i det aktuella sammanhanget. Det är utan tvekan så att kroniska neuroser och neurotiska personlighetsutvecklingar — häremellan är gränserna flytande — kan innebära betydande social invaliditet — dvs. i avsevärd grad reducera den drabbades möjligheter till social anpassning — och detta utan att varken ha organiskt underlag eller "stå nära" psykos. Det finns förvisso psykiska sjukdomar med organiskt underlag och sådana som i sina yttringar gränsar till psykos, men dessa bör ej diagnostiseras som neuros. En kronisk neuros eller neurotisk personlighetsutveckling borde som sådan kunna godtagas som "sjukdom" enligt lagens mening och, om en varaktig nedsättning av arbetsoförmågan till minst hälften blir följden, kunna leda till sjukpension.

Hur mäter man arbetsförmåga?

Denna i försäkringssammanhang vitala socialmedicinska frågeställning är mycket komplicerad åtminstone när det gäller kroniska neuroser. Här saknas s.k. objektiva förändringar, uppenbara och påtagliga som underlag till nedsatt arbetsförmåga. I stället måste man lita till vad som framkommer av subjektiva känslor, tankar, upplevelser från ett skadat själv. Det finns inom den allmänna opinionen tendenser riktade mot ett accepterande av neuros som anledning till nedsatt arbetsförmåga, som också måste övervinnas. Antingen uppträder denna negativa hållning i form av en bagatelliserande attityd, "bara ne. verna", eller också som en moraliserande i det att man åtminstone delvis gör likhet mellan neurotiska symtom och simulation.

I praktiken torde man mäta arbetsförmåga så att man söker värdera sjukdomens försörjningsmässiga konsekvenser, vilket har ett direkt samband med arbetsförmågan men ändå är något annat. Ett totalt bortfall av arbetsinkomst blir total arbetsoförmåga och ett partiellt bortfall söker

man gradera och passa in i de av lagen föreskrivna fällorna. Man måste härvid göra individuella bedömningar utifrån den försäkrades sociala situation och de terapeutiska och rehabiliterande möjligheter samhället har att erbjuda den enskilda människan. Medicinskt sett tämligen ensartade sjukdomstillstånd kan därvidlag leda till varierad gradering av arbetsförmågan och paradoxalt nog kan ett medicinskt sett mer svårartat tillstånd ibland ge en lägre grad av pension än ett relativt godartat sådant. I praktiken mäter man sålunda ej arbetsförmågan utan sjukdomskonsekvenser huvudsakligen av ekonomisk natur. Som antytts försvåras en bedömning av neurotikernas sjukdomskonsekvens av brist på en allmänt accepterad påtaglighet i symtomatologien. Den kompliceras lika så av två faktorer av stor men i det enskilda fallet ofta svårfångad betydelse nämligen motivation och sjukdomsvinst.

Motivation och sjukdomsvinst

En utomordentligt intrikat problematik rör den försäkrades motivation till arbete eller till arbetsvårdande åtgärder. Att kunna men inte vilja uppfattar vi som etiskt oriktigt när saken rör något positivt som arbete. Vi vill inte ge pension till dem som skulle kunna men inte vill arbeta. Man kan emellertid inte endast se bristande motivation som en brist på positiv vilja. Det kan i en sådan attityd ingå en betydande neurotisk självosäkerhet som på ett maskerat sätt träder i dagen som bristande vilja; vederbörande försöker förneka sin osäkerhet genom att hävda att han inte vill det han egentligen inte kan. Detta är bristande motivation som neurotiskt symtom.

Att rätt värdera bristande motivation fordrar en betydande kännedom om den enskilde individen, och tyvärr är det ofta av praktiska skäl svårt för de beslutande instanserna att skaffa sig sådan. En faktor är den brist på psykiatrer till försäkringskassornas förfogande, som föreligger.

Långt ifrån alla patienter som söker läkare gör det för att bli behandlade och friska — det finns andra motiv än det konventionella, om också de kan ligga mer eller mindre djupt i det undermedvetna. Sjukdomen kan innebära väsentliga förde-

lar för patienten, den kan innebära ett slag av lösning på ett aktuellt livsproblem; sjukdomen kan gå med vinst. Patienten söker läkare inte för att bli botad utan för att få sin sjukdom bekräftad och sådan bekräftelse kan erhållas i form av sjukintyg men också mer symboliskt i form av tabletter, behandlingar, kirurgiska ingrepp etc. I terapeutiska sammanhang är sjukdomsvinsten en ytterst negativ faktor; skall patienten ha någon chans till förbättring måste sjukdomsvinsten reduceras. Det finns en uppenbar risk för individens framtida hälsa om läkaren allt för lättvindigt accepterar honom som sjuk och förser honom med sjukdomsattribut. Efter hand kommer man allt längre bort från den verkliga problematiken, och patienten riskerar att bli fixerad i en sjukroll och ett sjukbeteende, som blir alltmer kroniskt. Doktorn får inte vara för "snäll" och alltför okritiskt tillgodose patientens behov av att få vara sjuk, att få medicin, att få behandling etc.

Sjukpension innebär en uppenbar möjlighet till sjukdomsvinst och i försäkringssammanhang möter man ofta starkt appellerande personer med stora möjligheter till hysteriskt utspel och en utomordentligt stark pensionsönskan. Man möter också ofta unga omogna personer som inför svårigheter i livet reagerar regressivt intill hjälplöshet. I dessa fall är problemet i första hand terapeutiskt, men man saknar även här ofta såväl den psykiatriska specialisten som en känsla för vad det är fråga om hos den icke psykiatriska läkare, som sköter patienten. När sedan ärendet kanske efter ett par år kommer till prövning kan det vara så dags.

Frågan om sjukdomsvinst och iatrogen skada är ett betydande problem när det gäller neuros och pension. Man kan knappast komma med några generella regler; man måste försöka få en så stor kännedom om den enskilde individen som möjligt. Emellertid måste man varna för lång sjukskrivning under oklar diagnos. Det borde inte vara lättare att gå sjukskriven under lång tid än att få pension.

Det diagnostiska problemet

Psykiatrisk diagnostik och kommunikation är i hög grad komplicerad av den ofta förbryllande rikedom på diagnostiska beteckningar som existerar. Denna förbistring på det terminologiska fältet försvårar den förmedling av upplysningar om den försäkrade på det skriftligt verbala plan, där försäkringsärendet rör sig från den intygsskrivande läkaren till pensionsdelegation, riksförsäkringsverk och försäkringsdomstol. Man skulle önska att det i större utsträckning än det gör förekom i allmänna ordalag beskrivande intyg med en saklig framställning av vederbörandes livshistoria och aktuella situation hellre än svepande områden i mer eller mindre diffusa psykiatriska termer. När man har att bedöma försäkringsärenden, torde man ha större nytta av diagnosens underlag och bakgrund än diagnosen som sådan.

Även ur diagnostisk synpunkt skulle man helst se de neurotiska tillstånden bedömda av en specialist före avgörandet.

Sammanfattning

Jag har här velat plädera för att neurotiska tillstånd som sådana borde kunna accepteras som sjukdom enligt lagen om allmän försäkring och bli föremål för invaliditetsprövning. Saken är emellertid av olika anledningar mycket komplicerad och bristen på behandlande och utredande psykiatrer försvårar för försäkringskassorna en rättvisande bedömning. Av värde vore om Riksförsäkringsverket med hjälp av psykiatrisk expertis kunde utkomma med någon form av handledning i ämnet.

LITTERATUR:

Inghe, G. Kan försäkringsförmånerna ha skadlig effekt på försäkringstagaren. I stencil utgivet föredrag inom försäkringskassan.

Kungl. Maj:ts prop. nr 90, 1962.

Perris, C. Sv. Läkartidning 22:2299, 1968.

Strandberg, S. E. Tidskrift för Allm. försäkring 209—219, 1967.

Socialmedicinska seminarieuppgifter.

Inte minst i samband med diskussionen kring UKAS har det ökade behovet av tvärvetenskaplig undervisning aktualiserats. Debatten har här främst gällt de filosofiska fakulteterna. Att samma behov föreligger också beträffande den medicinska undervisningen påpekades senast i SMT 7/68, där en försöksverksamhet med samundervisning socionomer—medicinare redovisades.

Denna tvärvetenskapliga problematik har också på annat sätt aktualiserats i den socialmedicinska undervisningen. I t.ex. samband med huvudkursen för medicine kandidater i socialmedicin i Göteborg behandlas sedan en rad år teoretiska seminarieuppgifter av oftast tvärvetenskaplig karaktär. Praktiskt taget alla seminariearbeten färdigställs i stencil och ingår sedan i kurslitteraturen. (En del av uppgifterna har också utgivits som artiklar i SMT.)

Följande uppgifter utgör en exempelsamling på vilken typ av ämnesområden som berörts. (Exemplen är i kronologisk ordning tagna från de sista fem årens huvudkurser.)

Hälsouppllysning och förebyggande medicin.
Pornografi ur socialmedicinsk synpunkt.
Semantik och socialmedicin.
Brottsligheten i Sverige.
Information och reklam rörande läkemedel.
Alkoholism och kulturell miljö.
Läkaretiska synpunkter på problemet organtransplantationer.
Arbetarskyddslagen och dess tillämpning.

Skyddspolisens verksamhet.
Äldringsvården.
Narkotikapolisens verksamhet.
Skyddsvärnet i Göteborg.
Biotechnologisk studie över telefonistyrket.
Kuratorsverksamheten vid Göteborgs stads sjukvård.
Den allmänna hälsoundersökningens problematik.
Äktenskapet som institution i det svenska samhället.
Befolkningsexplosionen.
Automationen och den mänskliga arbetskraften.
Sjukhusavdelningen som driftenheter i ett produktionssystem.
Abortlagens tillämpning.
Samhället och de psykiskt sjuka.
Samhällets barnavård.
Social återanpassning av alkoholmissbrukare.
Invandrarna och sjukvården.
Biotechnologiska synpunkter på chaufförsyrket.
Narkomani, synpunkter på situationen i Göteborg.
Det barnlösa äktenskapet.
Läkare—patientrelationen.
Bostadssaneringen ur socialmedicinsk synpunkt.
Patientföreningarna och sjukvården.
Zigenarnas socialvårds- och sjukvårdsproblematik.
Dödsbegreppet belyst av aktuell svensk debatt.
Multiproblemfamiljen ur lagstiftningssynpunkt.
Sjukdomspanoramat ur internationellt perspektiv.

Decembernumret av Socialmedicinsk tidskrift

kommer att ägnas temat "Familjen som patient".

Bland de medverkande författarna märks överläkare **Gustav Jonsson**, socialläkare **Helge Kjems**, jur. kand. **Birgitta Linnér**, socialläkare **Sven Larsson**, socionom **Kurt Sjöström**, socionom **Stella Gruvstad** m.fl.