

**Är sjukdom ett bra skäl för att bli  
sjukskriven?**

*av Lars Englund*

© 1997 Försäkringskassförbundet (FKF) Internet:<http://www.fkf.se>  
Förlag: FKFs förlag, Box 1224, 111 82 Stockholm  
Redigering: Agneta H Svanberg, Informationsenheten, FKF  
Grafisk produktion: Agneta H Svanberg  
Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB, Borås

FKF 103-22 97.03  
ISBN 91-7500-230-2

# Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>4</b>
<b>Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?</b> .....	<b>6</b>
<b>Vetenskapligt stöd ?</b> .....	<b>6</b>
<i>Hjärtinfarkt</i> .....	<i>7</i>
<i>Hjärnskada och ryggmärgsskada</i> .....	<i>8</i>
<i>Sjukdomar i rörelseapparaten</i> .....	<i>9</i>
<i>Fibromyalgi</i> .....	<i>10</i>
<i>Ryggvärk</i> .....	<i>11</i>
<i>Kultursjukdomar</i> .....	<i>12</i>
<i>Terapeutisk vila</i> .....	<i>13</i>
<i>Boeingstudien</i> .....	<i>15</i>
<i>Värk och arbetstrivsel</i> .....	<i>17</i>
<b>Läkarens roll</b> .....	<b>18</b>
<i>"Papperspatienter"</i> .....	<i>19</i>
<b>Attityders betydelse</b> .....	<b>20</b>
<i>De sjukskrivna</i> .....	<i>21</i>
<i>Arbetsgivarens attityder</i> .....	<i>22</i>
<i>Läkarens attityder</i> .....	<i>22</i>
<i>De försäkringskassanställdas attityder</i> .....	<i>23</i>
<i>Alla fyra aktörernas attityder</i> .....	<i>23</i>
<b>Andra viktiga faktorer</b> .....	<b>23</b>
<i>Utbildningsnivå</i> .....	<i>24</i>
<i>Tidigare sjukskrivning</i> .....	<i>24</i>
<i>Antal dagar på intyget</i> .....	<i>24</i>
<b>Den skadliga sjukskrivningen</b> .....	<b>26</b>
<b>Den optimala sjukskrivningen</b> .....	<b>27</b>
<b>I väntan på den rätte</b> .....	<b>29</b>
<b>Läkarnas synsätt avgörande</b> .....	<b>30</b>
<i>Referenser</i> .....	<i>30</i>

# Förord

Denna debattskrift är en redovisning av läkaren och forskaren Lars Englunds erfarenheter utifrån ett medicinskt forskningsprojekt, ISORAK. Lars Englund är specialist i allmänmedicin och distriktsläkare i Dalarna och har under flera år intresserat sig för sjukskrivningsforskning. Han är doktorand vid Institutionen för allmänmedicin Uppsala universitet och hans handledare är nuvarande professorn vid institutionen Kurt Svärdsudd och professor emeritus Gösta Tibblin. För innehållet ansvarar enbart författaren och det är inte uttryck för FKFs eller Försäkringskassans inställning i frågorna.

En diskussion om sjukdomsbegreppet är av största vikt, både i den medicinska professionen och i försäkringskassavärlden med tanke på den ökade tonvikten på ett renodlat sjukdomsbegrepp som enda orsak till sjukskrivning. Det uttrycks i Sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande "En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering" vilket resulterade i en proposition som antogs av riksdagen den 18 december 1996. Lars Englunds debattskrift är ett tankeväckande inlägg i den diskussionen.

Försäkringskassan i Uppsala län har i samarbete med Uppsala läns landsting och Riksförsäkringsverket under åren 1995-1997 drivit det medicinska forskningsprojektet ISORAK i samarbete med Institutionen för allmänmedicin Uppsala universitet. Projektet har innehållit flera delprojekt och samlats under namnet ISORAK-projektet (Individualiserad sjukskrivning och rehabilitering – attityder, kommunikation). Lars Englund har ansvarat för projektets genomförande. Projektet initierades av direktör Sven Eric Svensson i diskussion med nuvarande professor emeritus Gösta Tibblin vid Institutionen för allmänmedicin Uppsala universitet.

Resultaten från ISORAK-projektet har till dags dato publicerats i fyra skrifter: "Nya sjukfall – aktörer, läkarintygsuppgifter och diagnosfördelning", "Skillnader i attityder mellan sjukskrivningens aktörer", "Undervisning för handläggare på Försäkringskassan" och "Litteratursammanställning, sjukskrivningsforskning". Rapporterna kan rekvideras från Institutionen för allmänmedicin Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

Följande tre rapporter kommer att färdigställas under 1997: "Förändringar i läkares sjukskrivningspraxis efter sjukskrivningsreformen

oktober 1995”, ”Attityders betydelse för sjukskrivningslängd” och en rapport som analyserar skillnader i sjukskrivningspraxis mellan läkare med olika specialitet med särskild tyngdpunkt på att beskriva hur olika icke medicinska faktorer påverkar läkarens val av sjukskrivningslängd och -grad.

Stockholm och Uppsala i februari 1997

Göran Geiryd  
Utredningschef  
Försäkringskassaförbundet

Sven Erik Svensson  
Direktör  
Försäkringskassan i Uppsala

# Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?

Att samhällets trygghetssystem ska ersätta förlust av inkomst på grund av att man inte *kan* arbeta, men däremot inte om man inte *vill* arbeta är grundtanken i socialförsäkringen. Hur regelverket ska tillämpas när man vid sjukdom ordinerar sjukskrivning för att inte *förvärra* sin sjukdom är mer oklart, men i praktiken används sjukskrivningsinstrumentet ofta på detta sätt. Det kan försvaras med att man härigenom förebygger senare arbetsförmåga vilket skulle kunna kallas profylaktisk sjukskrivning.

Hur ser relationen ut mellan sjukdom och arbetsförmåga? Hur ska sjukskrivningsrätten bedömas när den sjuke inte *vågar* arbeta därför att han tror att han kan förvärra sitt tillstånd genom arbete? Eller att han inte *tror* sig om att kunna arbeta eller att han inte *orkar* arbeta när han själv bedömer sin förmåga.

Vilka möjligheter har läkaren, som bedömer patientens hälsotillstånd att korrelera en viss sjukdom eller grad av sjuklighet till grad av arbetsförmåga eller arbetsförmåga över huvud taget? Vilket vetenskapligt underlag finns det som belyser det och frågan om hälsoeffekter av vila? Och vad finns det för vetenskapligt stöd för bedömning av arbetsförmåga i *framtiden* – om två veckor, om tre månader eller om två år?

Förutsättningen för att läkaren på ett rättvist och objektivt sätt kan göra en professionell bedömning är att underlag finns för det i vedertagen praxis eller i den vetenskapliga litteraturen.

Jag vill i denna debattskrift påstå att det saknas ett sådant underlag. **Det finns inget samband mellan grad av sjuklighet och grad av arbetsförmåga!** Därmed kan inte heller läkaren avgöra om den sjuke verkligen inte *kan* arbeta och i många fall heller inte bedöma om arbete kan förvärra tillståndet eller om sjukskrivning förkortar sjukligheten.

## Vetenskapligt stöd?

I den medicinska vetenskapliga litteraturen finns relativt få artiklar som försöker ge ett svar på frågan om relationen mellan sjuklighet och arbetsförmåga. I de vetenskapligt bedömda artiklar som återfinns

i den största medicinska databasen (Medline) är sambandet obefintligt eller svagt. Några exempel från olika typer av sjukdomstillstånd kan belysa detta.

## *Hjärtinfarkt*

Hjärtinfarkt är kanske den mest väldefinierade och välkända åkomman inom det medicinska kunskapsområdet. Man vet mycket om de bakomliggande orsakerna och har mycket god insikt i vad som händer i hjärtmuskeln. En skada uppstår, som bör kunna läka. Visserligen uppstår viss "ärrbildning" och risk för störd funktion, men under förutsättning att patienten i fråga varit frisk och arbetsför före insjuknandet, bör han efter en viss konvalescens kunna återgå i arbete. Förekomst av kärlkramp och annan funktionsstörning, som t ex hjärtsvikt, kan tänkas försvåra återgången. Det borde vara relativt enkelt att bedöma arbetsförmåga efter infarkten.

Barbara Riegel (1) från San Diego i USA försöker i sin artikel analysera vad som förklarar grad av arbetsförmåga efter en första hjärtinfarkt. Undersökningen omfattade 111 patienter som följdes upp en respektive fyra månader efter infarkten. Riegel försöker beskriva vad som avgjorde om man kunde återgå i arbete. Det hade **inget** samband med infarktens storlek, komplikationer under vårdtiden (som t ex hjärtsvikt eller rytmrubbningar), resultat av arbets-EKG eller förekomst av kärlkramp efter infarkten.

Riegel har istället analyserat patienterna utifrån begreppet *neurotism* som här definierats som en tendens att oro sig, att vara känslostyrd eller häglös, ibland irrationell eller rigid. En människa som reagerar mycket starkt på olika stressande intryck och som har svårt att återgå till sin basnivå efter starka emotionella upplevelser har hög grad av neurotism.

I undersökningen ingick också att ta reda på vilket känslomässigt och praktiskt omhändertagande patienten får av sina närmaste när han kommer hem från sjukhuset. Riegel har också frågat patienterna hur de allmänt värderar sin hälsa.

Avgörande för utgången var hög grad av neurotism och både för mycket och för lite stöd från omgivningen och anhöriga, i relation till vad den sjuke önskade. Negativ uppfattning om den allmänna hälsan gav också utslag, utan att den egna värderingen hade samband med de biomedicinska måtten på aktuell sjuklighet. Barbara Riegel

konstaterar avslutningsvis att den *psykologiska anpassning* som krävdes för en lyckad rehabilitering tillbaka till arbete hade mycket lite att göra med sjukdomens allvarlighetsgrad.

Abbot och Berrys undersökning från Lancashire, Storbritannien (2) analyserar återgång i arbete efter en första hjärtinfarkt hos män under 60 år (medelålder 50). Efter ett år var 56 procent åter i arbete. De som återgick karakteriserades framför allt av att ha högre socioekonomisk status och uppfattade sig själva som ansvariga för sin hälsa (det som kallas för "internal locus of health control"). De hade också lägre grad av depression i samband med infarkten och uppfattade i högre grad infarkten som ett resultat av olika yttre stressfaktorer.

Det är alltså inte sjukligheten vid hjärtinfarkten som avgör utan det är om man är orolig, otrygg i sin hälsa, ledsen eller fattig som man har en sämre arbetsförmåga. Och detta för ett så "kroppsligt" tillstånd som hjärtinfarkt!

**Ska socialförsäkringen ersätta oro och otrygghet, nedstämdhet och fattigdom?**

Låt oss fortsätta med att titta på ett par artiklar från ett annat område med synnerligen "organiska" sjukdomar.

## *Hjärnskada och ryggmärgsskada*

En undersökning från Israel (3) av 78 patienter i yrkesverksam ålder, som vårdats för skallskador med medvetlöshet och som har vistats på en klinik för yrkesrehabilitering, analyserar återgång i arbete på öppna marknaden. Patienterna led av post-commotionellt syndrom, med trötthet, huvudvärk, nackvärk, koncentrationssvårigheter. Vid skallskador finns det ett väl etablerat sätt att mäta skadans allvarlighetsgrad genom att räkna antal timmar av medvetlöshet. De undersökta patienterna var inte alltför allvarligt skadade. De hade inga problem med rörelseförmågan och levde självständigt med full förmåga till fri rörlighet i samhället.

Man hittade ett starkt samband mellan återgång i arbete och begreppet "acceptance of disability", ungefär översatt "hur väl man har accepterat sitt handikapp". Begreppet definieras i undersökningen utifrån ett frågeformulär med påståenden som: "Om det inte vore för min sjukdom skulle jag vara en bättre person" och "På grund av min sjukdom känner jag mig nästan alltid eländig". Haller man med om

det har man inte accepterat att man har ett handikapp man får leva med och kan därför inte rehabiliteras. Det påvisades däremot inget samband med grad av skada mätt som timmar av medvetlöshet.

I sin översiktsartikel om rehabilitering av ryggmärgsskadade med olika grad av förlamning (4) beskriver Krause hur även mycket påtagliga fysiska skador och bestående allvarliga handikapp kan vara förenliga med rehabilitering till självständigt liv och arbete. Också här finner han förhållanden som ligger inom det psykosociala fältet eller som handlar om beteende avgörande för hur det går i rehabiliteringen .

Krause analyserar också vilka faktorer i vården som ges som är av betydelse för detta. Vård som innebär en hög grad av hjälpinsatser korrelerar till depressivitet och är negativ i rehabiliteringen. Däremot ger vård som stärker patientens känsla av värde och social integration bra rehabiliteringsresultat.

Även för de här båda patientgrupperna med allvarliga och reellt handikappande tillstånd är det samma fynd av icke-medicinska förhållanden som avgör.

**Ska socialförsäkringen ersätta arbetsförmågeförlust som beror på att man känslomässigt inte har accepterat sitt tillstånd eller på att vården varit alltför ”moderligt omhändertagande”?**

## *Sjukdomar i rörelseapparaten*

Den ojämförligt vanligaste orsaken till lång sjukskrivning och förtidspension i Sverige är sjukdomar i rörelseapparaten. Man kan bland annat dela in dem i reumatiska och icke reumatiska sjukdomar där de förra anses ha ett mer väldefinierat underlag i form av objektiva vävnadsförändringar.

Kronisk ledgångsreumatism (RA) är ett tillstånd som med tiden i allmänhet förvärras och inte sällan leder till en markant förstöring av leder och rörelseförmåga. RA är också exempel på en sjukdom där man kan skapa ett siffervärde eller ”index” som mäter sjukdomens allvarlighetsgrad eller ”aktivitet”. Detta kan baseras på olika blodprover som visar inflammatorisk aktivitet och på antalet inflammerade leder, röntgenförändringar i lednära ben och behov av inflammationsdämpande medicinering.

Beckham från North Carolina, USA påvisar i sin studie (5) av patienter med kronisk ledgångsreumatism (n=34) att tecken på ned-

stämdhet korrelerar bättre till både fysisk och psykosocial funktion än sjukdomens objektiva svårighetsgrad. Det rörde sig här inte om allvarlig klinisk depression utan låg nivå av depressivitet. Man konstaterar att även det som kallas "subklinisk depression" gav utslag. Speciellt för den psykosociala rehabiliteringen är det viktigt att upptäcka, ta hänsyn till och eventuellt behandla sådan depression.

## *Fibromyalgi*

En annan sjukdom som anses ligga inom det reumatologiska kunskapsfältet är fibromyalgi. I Johansson – Gustafssons undersökning från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (6) jämförs patienter med kronisk ledgångsreumatism (n=35) med en grupp fibromyalgipatienter (n=31). Trots att läkarna finner betydligt fler objektiva vävnadsskador och funktionsstörningar i gruppen med kronisk ledgångsreumatism uppfattar sig fibromyalgipatienterna som sjukare. De har många fler symtom, isolerar sig mer, har mer förväntningar om fortsatt värk, upplevde sig behöva mer hjälp av andra, har en mer pessimistisk syn på möjlighet till rehabilitering och har också *tre gånger så många sjukdagar det senaste året*. De upplever sig också mer misstrodade av andra, mer osäkra på sig själva, svagare och mer hjälplösa.

Fibromyalgipatienterna upplevde smärta och värk oftare. De både talade mer om och tänkte mer på sin smärta jämfört med RA-patienterna. De skyddades också mer från fysisk och psykisk ansträngning av sina anhöriga. Fibromyalgigruppen rapporterade i lägre grad att arbete gav dem ökad självkänsla och arbete fick dem heller inte att må bättre som fallet var med RA-patienterna. De uppfattade sin arbetsituation som tyngre, medan RA-patienterna upplevde sin arbetsituation som variationsrik och arbetsmiljön som trevligare.

Skillnaderna i sjukskrivning mellan grupperna kunde inte förklaras av andra bakgrundsvariabler som jämfördes: ålder, civilstånd, utbildning, yrke, deltidspension i bakgrunden, inkomst, år i anställning och nivå på sjukersättning. Inte heller hade grupperna skillnader i antal år man hade haft värk. Sannolikt kan skillnaderna i sjukskrivningsbehov avspegla den negativare syn fibromyalgipatienterna hade på sitt tillstånd och på förväntningar om att framtiden skulle innebära mer värk.

**Är det pessimismen och den bristande framtidstron som soci-**

**alförsäkringen ska ersätta, eller den nedstämdhet som mer än sjukdomens allvarlighetsgrad är avgörande?**

De reumatiska sjukdomarna är en relativt "organisk" grupp bland de olika värkstillstånden men utgör bara en liten del av den sjukskrivning som värk orsakar. Hur ser det ut för de vanligaste värkstillstånden inom rörelseapparaten?

## *Ryggvärk*

Av alla människor har 80 procent ryggont någon gång i livet och 60 procent har besvär under en period av ett år. De flesta söker aldrig läkare för detta. Kronisk värk är vanlig i befolkningen. I Sverige ligger den på ca 30 procent (7, 8). I finska undersökningen "Mini-Finland" (9) konstateras att 40 procent av finnar i åldern 30-64 år rapporterar kronisk ryggvärk. Av dessa är det bara en liten andel, gissningsvis någon procent, där värken leder till lång sjukskrivning och förtidspension. Vad är det då som gör att patienten blir arbetsförmögen med samma besvär som grannen kan gå till arbetet med?

De flesta människor med ryggvärk och ischias klarar sig utan läkarkontakt. Den engelske ortopedkirurgen Gordon Waddell har gjort en banbrytande insats inom forskningen kring ryggont. Waddell påpekar (10) att det är förvånande små skillnader i objektiva fynd mellan de som söker läkare och de som inte gör det. Han konstaterar att beslutet att söka läkarvård mest beror på personens egen uppfattning och tolkning av symtomens betydelse, vårdens tillgänglighet och förväntningar om behandling, samt kulturella mönster.

När patienten sedan kommer till läkaren beror den medicinska bedömningen och behandlingen mer på *hur patienten uttrycker sin plåga* än på verklig fysisk sjuklighet. Av 50 procent av de skillnader i den medicinska bedömningen Waddell i en tidigare undersökning kunnat förklara, beror läkarens beslut om åtgärd till 14 procent på hur länge patienten haft symtomet, till 11 procent på sjukdomens fysiska allvarlighetsgrad, 9 procent på patientens psykiska lidande och 15 procent på "onormalt sjukdomsbeteende", det vill säga att den sjuke presenterar sin smärta på ett dramatiskt och avvikande sätt.

Waddell pekar särskilt på vikten av att skilja på akut och kronisk smärta. Vid den akuta finns det som regel ett samband med det man kan upptäcka vid en läkarundersökning, medan smärta vid kronis-

ka tillstånd har blivit ett eget fenomen som avskiljts från en eventuell bakomliggande vävnadsskada.

”Tid man inte kan vara på arbetet och återgång i arbete efter behandling kan dåligt förklaras av fysisk svårighetsgrad, utan beror i stället på sociala och arbetsrelaterade faktorer”, anser Waddell. Att man verkligen kan vara frånvarande från arbetet sanktioneras ju i de flesta västerländska länder av läkaren, och här anser författaren att de bär en stor del av ansvaret.

I Waddells artikel om ryggvärk och invaliditet på grund av detta (10), kallar han ”low back disability” (ungefär ”arbetsoförmåga vid ländryggvärk”) för ett syndrom eller en epidemi som hör den västliga civilisationen till. Historiskt har ryggvärk alltid varit vanligt, men aldrig skapat kroniska invalider tidigare. Den utveckling som lett fram till dagens situation bedömer han som till viss del läkarbetning, det vill säga orsakad av en mekanistisk ortopedkirurgisk syn på ryggvärk. I västvärlden har man inte kunnat konstatera någon ökning av förekomsten av ryggbesvär men ökad förekomst av arbetsoförmåga, sjukskrivning, sjukersättning och kronisk invaliditet på grund av ryggbesvär.

## *Kultursjukdomar*

Denna kulturbetingade syn på sjuklighet belyses också av professor Karin Johannisson vid institutionen för Idé- och Lärdomshistoria vid Uppsala Universitet. I sin bok ”Den mörka kontinenten” (11) beskriver hon de kultursjukdomar som var vanliga vid sekelskiftet men som nu är försvunna. Tillstånd som neurasteni, kloros och hysteri är borta ur dagens diagnosregister och är inte längre orsak till en stor del av vårdkonsumtion och arbetsoförmåga. Hon har i debatten pekat på att det är värtillstånden som utgör dagens kultursjukdomar. I framväxten av sådana har samhällets och framför allt läkarnas syn på tillstånden avgörande betydelse.

Att ryggvärk skulle komma från ryggraden och att den skulle bero på *skada* var nya idéer som föddes under 1800-talet. Tanken att långvarigt ryggont skulle ha att göra med fysisk belastning uppstod i mitten av 1800-talet då begreppet ”järnvägsrygg” lanserades för att beskriva ryggbesvär bland järnvägsanläggare.

## *Terapeutisk vila?*

Idén om de skadade mellankotskivornas betydelse kom med framväxten av den ortopediska disciplinen, likaså idén om den terapeutiska vilan. Det finns överhuvudtaget väldigt lite som talar för att vila är bra vid värktillstånd. Att vi läkare ofta skrev "Vila. Ute" på läkarintygen för sjukskrivning klagade Försäkringskassan på, men mest för att vi ansågs slentrianmässiga och inte hade förmåga att differentiera våra ordinationer. Att vi faktiskt inte hade något stöd i vetenskap eller beprövad erfarenhet att ordinera vila som en lämplig åtgärd över huvud taget var ett faktum man åtminstone till fram för några år sedan sällan reflekterade över.

Enligt Waddells genomgång finns det bara fem kontrollerade vetenskapliga studier om ryggvärk och vila (10). Av dem är det bara en som visar att vila har positiva effekter på det ryggonda. Studien är speciell eftersom den handlar om värnpliktiga. De andra undersökningarna visar ingen eller negativ effekt av vila. Det finns heller inget vetenskapligt stöd för att tidig återgång i arbete skulle öka risken för framtida återfall i ryggont.

Den aktuella finska undersökningen om behandling av akut lumbago (12) ger stöd för att vila snarast är skadlig vid ryggont. Anställda i Helsingfors stad som sökt företagshälsovården för akuta ländryggssmärtor slumpades till tre grupper: Sängvila i två dygn (67 patienter), ryggmobiliserande övningar (52 patienter) och en grupp som blev tillsagd att "leva som vanligt" (67 patienter). Den sista gruppen var kontrollgrupp. Utfallet bedömdes efter tre och 12 veckor. Vid bägge mättillfällena var resultatet bäst i kontrollgruppen som inte fått någon behandling alls. Ett signifikant bättre resultat fanns på hur länge smärtan satt i, hur intensiv den var, rörlighet i ländryggen och arbetsförmåga. Resultaten var sämst i gruppen som ordinerats sängvila.

Sannolikt är läkarens ordination av åtgärd också ett budskap till patienten om hur allvarligt tillståndet är. Om man då ordinerar en avancerad behandling, kanske hos en "särskilt duktig" sjukgymnast, kan det uppfattas som att tillståndet är allvarligt eftersom det kräver specifik behandling. "Då är det väl inte mitt vanliga ryggonda?"

Det är viktigt att reflektera över att det bara är 15 procent av befolkningen som *inte* upplever muskuloskelettala besvär under ett år.

Detta enligt en norsk undersökning (13) av invånare mellan 20 och 70 år i en kommun med 18 000 invånare. 58 procent hade haft muskuloskelettal värk senaste veckan. Under senaste året hade 53 procent haft ryggont, 49 procent huvudvärk, 48 procent nackbesvär och 46 procent symtom från axlarna. Vad som karakteriserar alla som söker hjälp hos läkare med en önskan om sjukskrivning framgår inte av artikeln.

Den viktigaste lärdomen av undersökningar som visar hur vanlig värk är i befolkningen är ändå att det är vanligare att ha besvär än att inte ha det. Är det mer normalt att vara sjuk än att vara frisk? Vad menar vi med sjukdom? Och hur ska man avgöra när symtomen innebär arbetsoförmåga? När den som har ett symtom tycker att den gör det? Det är bara 15 procent av befolkningen som inte har värk någon gång under en ettårsperiod, värk som skulle kunna möjliggöra sjukskrivning. Om symtom inträffar under en period när man har andra problem, kan de orsaka en önskan om sjukskrivning. Man orkar inte ha värk när livet värker!

Handläggare på Försäkringskassan berättar att de ofta frågar patienterna om vad de tror om sin möjlighet att börja arbeta igen när den aktuella sjukskrivningen går ut. De får då svaret att den sjukskrivne inte vet det, men att han ska på läkarbesök och sedan får han besked om den saken. Som läkare är man inte alltid medveten om att patienten bygger sin bedömning av arbetsförmågan på läkarintyget. Många läkare uppfattar sig i stället maktlösa i sjukskrivningssituationen inför patientens egen uppfattning om sin arbetsförmåga.

I min egen undersökning (14) av skillnader i attityder mellan sjukskrivningens olika aktörer tycker de sjukskrivna i hög grad att "Den som är sjuk vet själv bäst om man kan arbeta eller inte". Att man som läkare kan känna sig maktlös inför en sådan inställning är förstäeligt. Den sjukskrivne instämmer ändå mycket starkt i att "Det är läkaren som bestämmer om man får vara sjukskriven", medan läkaren undandrar sig ansvaret för makten över sjukskrivningen genom att i högre grad instämma i att "Det är Försäkringskassan som bestämmer om man får vara sjukskriven". Sådana oklara föreställningar om makt och ansvar i sjukskrivningsprocessen gagnar inte en god kommunikation.

I en finsk undersökning av K Härkäpää (15) av fortfarande yrkesverksamma patienter (n=476) med ryggvärk som följdes under 2,5 år

påvisades andra faktorer av negativ betydelse när det gällde risken för förtidspension. Faktorerna är: hög ålder, att vara löntagare, att ha höga poäng på en skattningsskala för oro och ångslan och att ha en svag tro på sin egen förmåga att kunna kontrollera det ryggonda. Det gällde helt utan relation till hur ont man haft i ryggen från början. Härkäpää bedömer att de här beskrivna psykosociala faktorerna inte är specifika för ryggont, utan kan gälla för alla olika typer av invaliderande processer.

I en annan artikel av samma författare (16) med samma patientmaterial rapporteras att patienter som uppger mer ryggsmärta har mer tro på att det är faktorer utanför den sjuke själv som påverkar förloppet (external locus of control) och de har samtidigt fler symptom på att må psykiskt dåligt. Förmåga till anpassning (coping strategy) var bättre i gruppen med uppfattningen om att det var de själva som avgjorde hur det gick (internal locus of control).

### *Boeingstudien*

I den välkända prospektiva Boeingstudien (17), med 3 020 anställda som följdes upp under fyra år, påvisas vilka faktorer som avgör vem som rapporterar om ryggproblem. Förutom en sjukhistoria som omfattar tidigare återkommande och nyligen genomgångna ryggproblem är det psykosociala faktorer som bäst kan förutsäga vem som kommer att drabbas. Anställda som "nästan aldrig" tyckte att arbetet var trevligt angav ryggproblem 2,5 gånger så ofta som de som "nästan alltid" tyckte det. En variabel i ett personlighetsmätningssinstrument gav också en möjlighet att förutsäga att den femtedel som hade högsta poängen här hade dubbelt så stor risk att rapportera ryggbesvär. Variabeln mäter somatiseringstendens som kan beskrivas som oförmåga att se och förstå samband mellan kroppsliga och känslomässiga problem.

I min attitydundersökning (14) instämmer de sjukskrivna i markant lägre grad än läkare, arbetsgivare och försäkringskassanställda i att "Personliga problem och bekymmer kan påverka hur ont man har vid axelvärk", "Om man trivs på sitt arbete vill man bli sjukskriven så kort tid som möjligt" och "Om man varit sjukskriven länge är det svårt att börja arbeta igen även om man är helt frisk". Kan man se detta som att sådan oförmåga att se och förstå samband mellan

kroppsliga och känslomässiga problem som Boeingundersökningen beskriver är vanlig bland de sjukskrivna?

Faktorer som *inte* hade betydelse i Boeingundersökningen var bland annat muskelstyrka, syrsättningsförmåga (ett mått på "konditionen"), längd, vikt, vidd av ryggmärgskanalen mätt med ultraljud. Uppfattningen av hur man trivdes på jobbet gav utslag, men andra personer med samma arbetsuppgifter på samma arbetsplats rapporterade inte vantrivsel och hade mindre ryggbesvär. Det är alltså den subjektiva uppfattningen som har betydelse, utan relation till hur det i verkligheten är.

En engelsk undersökning av Main och Waddell (18) av patienter (n=118) med ryggont som är intagna för bedömning för eventuell operation, visar att grad av oro och ångslan samt egen negativ uppfattning av möjligheten att bli bättre, mycket bättre förklarar rehabiliteringens utfall än objektiva fynd vid läkarundersökningen. Man avslutar artikeln lite tillspetsat med att slå fast att *ryggont inte är någon allvarlig sjukdom om vi inte gör den till en sådan*. Det viktigaste för läkarna är att åtminstone sluta skada sina patienter. I vår missriktade önskan att försöka bota, lindra eller trösta orsakar vi istället försämrad funktion med vår behandling.

Det är alltså på nytt faktorer som inte direkt har samband med den "objektiva" sjukligheten som förklarar arbetsförmågan. Ångslan och pessimism och egen negativ uppfattning om arbetet och om sin möjlighet att bli bättre avgör. Att många läkare fortfarande ordinerar vila eller ordinerar avancerade behandlingar grundat på patientens sätt att uttrycka sitt lidande är också faktorer som försämrar arbetsförmågan.

**Ska den sjukes pessimistiska värderingar och sätt att uttrycka sin plåga eller läkares val av felaktiga behandlingsåtgärder ersättas av socialförsäkringen? Ska socialförsäkringen bidra till att "odla fram" nya kultursjukdomar?**

Ur ett urval från den arbetande befolkning i Nederländerna har man sammanställt resultaten av en återkommande undersökning om levnadsförhållanden och arbete som sträcker sig över flera år (19). Fler ohälsoproblem överhuvudtaget och muskuloskelettala åkommor var bägge korrelerade till högt arbetstempo, låga krav på intellektuell förmåga och fysiska stressmoment. Det gällde även efter korrektion för kön, ålder, utbildning och sportaktiviteter på fritiden. Även

här handlar det om hur den sjukskrivne själv ser på sitt arbete och inte på en objektiv mätning av arbetstyngd eller arbetskrav. Man sammanfattar att psykosociala stressfaktorer är associerade med både psykosomatiska åkommor och muskuloskeletala problem, både akuta och kroniska.

## *Värk och arbetstrivsel*

Linton och medarbetare har i sin svenska undersökning (20) bland sekreterare visat att det finns ett samband mellan förekomst av nackskuldervärk och arbetstrivsel.

I en svensk undersökning (21) av personer som erbjudits en socialmedicinsk stödkontakt på grund av täta korta sjukskrivningar undersöktes vilka variabler för hälsa och socioekonomi som kunde förutse antalet sjukskrivningsdagar de två närmaste åren efter intervjun. Diagnoserna i materialet var framför allt de som är vanliga vid kortare sjukskrivningar – övre luftvägsinfektioner, magproblem, huvudvärk och ryggvärk.

Man frågade om patienternas egen värdering av hur man upplevde sin situation: ensamhet, underlägsenhet, spänning, sårbarhet, skuld, säkerhet, trötthet och hur man behandlas av andra. Ingen av dessa faktorer gav utslag och heller inte faktorer som hade att göra med värdering av arbetet man hade. Däremot fanns det ett positivt samband mellan antal sjukskrivningsdagar under uppföljningstiden och en önskan om att byta arbete. Den faktor som gav den bästa förklaringen till hur det skulle gå med den framtida sjukskrivningen var den egna uppfattningen om den allmänna hälsan.

I den stora brittiska Whitehall II-studien (22) som omfattade mer än 10 000 statsanställda i London har man analyserat socioekonomiska faktorer som ligger bakom skillnader mellan korta respektive långa sjukskrivningar (kort är här definierat som mindre än åtta dagar). Det gäller även här alla olika sjukdomar. En tredjedel av skillnaderna i sjukskrivningstid kunde förklaras av de faktorer man analyserat.

Man klassade in de anställda i sex olika grader utifrån vad de tjänade och hur arbetsuppgifterna var. Män anställda i de lägsta graderna hade sex gånger så stor andel av totalantalet sjukskrivningsdagar som dem i de högsta. För kvinnorna var samma siffra ca fyra.

Ett lite udda fynd i samband med forskning om socialförsäkringen är att om man är kvinna och arbetar i ett mansdominerat yrke är risken stor för många sjukskrivningsdagar. Den uppgiften kommer från en stor svensk undersökning i Östergötland (23), där man också pekar på att manuellt arbete över huvud taget ger större risk för sjukskrivning och att lärare i Sverige är en grupp med markant lite sjukskrivning.

På nytt ser vi samma mönster av icke biomedicinska faktorer som förklarar hur lång sjukskrivningen blir.

**Ska socialförsäkringen ersätta arbetsförmåga som beror på vantrivsel med arbetet och en önskan om att byta arbete eller arbetsfrånvaro som beror på att arbetet är dåligt betalt eller att man har "fel kön" för arbetsplatsen?**

I de flesta västerländska länder är det läkaren som avgör om den sjukskrivnes uppfattning om sin arbetsförmåga ska leda till ersättning i form av sjukpenning. Kan det vara så att olika läkare bedömer olika på grund av olika inställning till sjukförsäkringens bestämmelser?

## Läkarens roll

I rapporten "Studier av sjukskrivningspraxis" (24) ingår bland annat en undersökning av hur distriktsläkare sjukskriver när de presenteras fallbeskrivningar och ombeds ange vad de vill göra i fallet i form av laboratorieundersökningar, röntgenundersökningar och återbesök. De ombeds också ta ställning till eventuell sjukskrivning. För fyra fallbeskrivningar uträknades den sammanlagda sjukskrivningstiden. Det fanns en markant variation mellan olika distriktsläkare. Den som sjukskrev mest hade sammanlagt 71 dagar och den som sjukskrev minst hade åtta. Det tycker jag visar på svårigheterna att hitta ett vetenskapligt underlag för vad som kan anses vara den optimala sjukskrivningstiden för ett visst sjukdomstillstånd. Härigenom får läkarens egen inställning till sjukskrivningsrätten ett starkt genomslag. Det är inte alltför djärvt att anta att detta påverkas också av personlighetsfaktorer och attityder hos läkaren.

Man kan också peka på att det är en påfallande liten andel som *inte sjukskrivs* av de som söker läkare och där sjukskrivning övervägs vid konsultationen. Från en undersökning bland 38 distriktsläkare i norsk primärvård (25) analyserades 328 fall där sjukskrivning över-

vägdes. Av dessa blev 91 procent sjukskrivna. Om det var patienten som tog initiativet att ta upp frågan blev 95 procent sjukskrivna medan motsvarande siffra var 84 procent om läkaren tog initiativet. I fall där det saknades objektiva tecken på sjukdom var det patienten som tog initiativet i 85 procent och läkaren i 15 procent. Man konkluderar att sjukskrivning för det mesta är en patientstyrd företeelse, och citerar att "just sjukskrivningen är den av våra åtgärder som står på svagast vetenskaplig grund" (26).

Från min egen undersökning av sjukskrivningspraxis bland 53 distriktsläkare i Dalarna (inte publicerad än) var motsvarande siffra för att *inte* sjukskriva där sjukskrivning diskuterades eller övervägdes 9 procent. I undersökningen ombads läkaren också ta ställning till huruvida han hade föreslagit sjukskrivning om inte patienten tagit upp det. Frågan besvarades med ja i 75 procent av fallen. Av de 25 procent där man inte skulle ha föreslagit det utifrån sin egen professionella bedömning av nytta eller behov av sjukskrivning blir det ändå sjukskrivning i 83 procent av dessa fall. Läkaren låter sig påverkas av patientens önskan och uppfattning om behovet av sjukskrivning.

De anställda på Försäkringskassan instämmer mest i påståendet att "Läkarna sjukskriver så länge som patienten vill", medan de sjukskrivna instämmer minst och läkarna ligger däremellan (14). Det tycks utifrån studier av sjukskrivningspraxis ändå ligga ett mått av sanning i de försäkringskassanställdas attityd.

### *"Papperspatienter"*

Preliminära resultat från en undersökning i ISORAK-projektet som vill studera läkares sjukskrivningspraxis och analysera skillnader inom och mellan läkargrupper med olika specialiteter, visar också på att det är skillnad i sjukskrivning i det verkliga mötet med patienten jämfört med när man ställs inför "papperspatienter" i form av fallbeskrivningar utan egen vilja. När läkare av olika kategorier ombeds fylla i ett sjukintyg utifrån fallbeskrivningar som "i verkligheten" sannolikt skulle lett till sjukskrivning, sjukskriver läkaren inte i nära 50 procent av fallen.

I en jämförelse mellan ett stickprov av nya sjukfall som kom in till Försäkringskassans lokalkontor i fyra orter i Mellansverige mars 1995 och mars 1996 (27) har jag också påvisat att socialförsäkringens ad-

ministrativa bestämmelser påverkar läkarnas sjukskrivningspraxis. Stickproven togs ett halvår före och ett halvår efter sjukskrivningsreformen i oktober 1995, som för läkarnas del framför allt innebar nya, mer ingående läkarintyg och skärpta krav på vad man får vara sjukskriven för (det som på Försäkringskassan lite skämtsamt kallats "oktoberrevolutionen").

Här sågs markanta förändringar i andelen deltidssjukskrivningar som ökade från 10 till 20 procent. Det noterades också en ändring i fördelningen av sjukskrivningsdiagnoser. Värktillstånd och psykiska tillstånd var fortfarande de ojämförligt största grupperna men deras andel minskade. Skador och luftvägssjukdomar ökade och andelen med "Symptom och ofullständigt preciserade fall" minskade. Det är inte sannolikt att förändringar i befolkningens hälsa på den korta tiden av ett år har förändrats påtagligt. Diagnosförändringarna och det ökade användandet av deltidssjukskrivning kan därför antas bero på att läkarnas inställning har förändrats som ett resultat av sjukskrivningsreformen.

I jämförelsen noterades också att läkares sjukskrivningspraxis beror på läkarens kön. Manliga läkare sjukskrev 1995 till 57 procent kvinnliga patienter, 1996 var siffran 52 procent. Kvinnliga läkare sjukskrev 1995 till 65 procent kvinnliga patienter, 1996 hade siffran ökat till 72 procent. Alltså: nästan tre av fyra sjukskrivningar av kvinnliga patienter utfördes av kvinnliga läkare. Att kvinnliga läkare har fler kvinnliga patienter kan inte förklara skillnaden och speciellt inte ökningen mellan 1995 och 1996. En möjlig förklaring är den större inlevelseförmåga som en kvinnlig läkare kan ha för kvinnans villkor i arbetslivet och i hemarbetet.

**Ska sjukskrivningen påverkas av läkarens kön eller läkarens svårigheter att gå emot patientens önskan om sjukskrivning?**

Är läkarens attityder av betydelse och hur är det med de andra aktörernas inställning? Påverkar den också sjukskrivningens längd?

## **Attityders betydelse**

I den fortsatta analysen av skillnader i attityder mellan patienter, läkare, arbetsgivare och handläggare på Försäkringskassan har jag beräknat vilken påverkan de har på sjukskrivningens längd. De sjukskrivnas egna attityder påverkar mest, följt av arbetsgivarens och läkarens. De försäkringskassaeanställdas attityder påverkade mindre,

delvis beroende på att kopplingen mellan en speciell handläggare och den sjukskrivne var svagare.

## *De sjukskrivna*

De sjukskrivnas attityder förklarar drygt 20 procent av skillnaderna mellan långa och kortare sjukskrivningar.

Den patient som instämmer mer i att "Det är Försäkringskassan som bestämmer om man får vara sjukskriven", "Att arbeta är det viktigaste i livet" och i att "Det är läkaren som bestämmer om man får vara sjukskriven" fick längre sjukskrivning. De som instämde i högre grad i att "Min allmänna hälsa är bra" och i att "Om man blir frisk beror mer på vad man själv gör än vad andra gör" fick kortare sjukskrivningar.

Detta kan tolkas som en effekt av "locus of control" som nämnts ovan. Om man tycker att det är andra som bestämmer över ens hälsa har man större risk för lång sjukskrivning, och kortare om man tycker det man själv gör som är avgörande för hur det går.

Att den patient som värderar sitt arbete högre riskerar längre sjukskrivning kan synas lite förvånande, men avspeglar ett känt faktum när det gäller patienter med värtillstånd. Här beskrivs hur många med kroniska värkbesvär kan karakteriseras som ambitiösa och "prydliga" och med höga krav på sig själva. Ofta kämpar de på utan sjukskrivning i långa tider men till slut "ramlar ägget ner från hyllan" och då finns det ingen som kan reparera skadan. En oförmåga att lyssna på kroppens signaler och att tillmäta sina egna känslor ett mindre värde än omgivningens krav, kan också passa in i den modellen. I en svensk undersökning av kvinnliga kranförare (28) påvisades också att de som aldrig sjukskrev sig klarade sin arbetsförmåga sämre på sikt än de som ibland "tog ut" kortare sjukfrånvaroperioder.

Att värdera sin egen allmänna hälsa som god är en faktor av stor vikt. Det har analyserats i andra undersökningar, bland annat i uppföljningen av de så kallade 1913 års män (29). Här var en negativ värdering av den egna allmänna hälsan en större riskfaktor för förtida död än både högt blodtryck, höga blodfetter och rökning. Det är därför inte förvånande att den som har en positiv inställning till sitt hälsotillstånd också har en mer positiv inställning i värderingen av den egna arbetsförmågan, vilket är avgörande för sjukskrivningens längd.

## *Arbetsgivarens attityder*

För arbetsgivarrepresentanterna förklarade deras attityder knappt tio procent av variationerna i den anställdes sjukskrivningslängd. Jag föreställer mig att det är skillnad mellan att vara sjukskriven om man har en arbetsgivare som har en positiv attityd till sina anställda och till vikten av rehabiliteringsåtgärder jämfört med om man inte har det.

Den arbetsgivare som instämmer mer i att "Min allmänna hälsa är bra", "Min ekonomi är bra" och i att "Personliga problem och bekymmer kan påverka hur ont man har vid axelvärk" har anställda som blir sjukskrivna kortare tid. Den som har en mer skeptisk syn på läkarna och instämmer mer i att "Läkarna sjukskriver så länge som patienten vill" har anställda med längre sjukskrivning.

Att ett företag som har en arbetsgivare eller personalhandläggare som är nöjd med sin hälsa och sin ekonomi kan avspegla goda ekonomiska förhållanden i företaget och därmed en mer positiv attityd till de sjukskrivna anställda, är inte svårt att föreställa sig. Att den företagare som har en insikt i att psykosociala bekymmer kan påverka värtillstånd också har en bättre insikt i vikten av snabb återgång i arbete förefaller också sannolikt.

## *Läkarens attityder*

Sjukskrivande läkares attityder förklarar drygt nio procent av skillnaderna i sjukskrivningslängd. I praktiken är det ju läkares inställning till den sjukskrivnes behov av och rätt till sjukskrivning som avgör hur lång den blir, trots att socialförsäkringens bestämmelser säger att läkares intyg bara är ett underlag för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning.

Den läkare som mer instämmer i att "De flesta arbetsgivare är positiva till partiell sjukskrivning (halvtid eller deltid)" ger sina patienter längre sjukskrivning. Måhända kan detta vara uttryck för en lite för naiv inställning till en hårdnande arbetsmarknad och att läkaren förlitar sig på rehabiliteringsmöjligheter på arbetsplatsen när sjukskrivningen så småningom ska avslutas?

Om läkaren instämmer mer i att "För en vanlig förkylning utan feber behöver man inte vara sjukskriven" blir sjukskrivningen kortare. Det kan avspegla en mer restriktiv inställning till sjukskrivning

och sannolikt sjukskriver läkaren då mindre villigt.

Att den läkare som instämmer mer i att "Det är bättre att vara sjukskriven än arbetslös" och mindre i att "Om man trivs på sitt arbete vill man bli sjukskriven så kort tid som möjligt" ger sin patient längre sjukskrivning är svårare att förklara och behöver diskuteras närmare.

### *De försäkringskassanställdas attityder*

Att handläggarna på Försäkringskassan som tillfrågats om attityder bara i ringa grad tycks påverka hur det går i det enskilda sjukskrivningsfallet ska inte tolkas som att Försäkringskassans inflytande över längden på sjukskrivningsperioden är litet. Metoden för insamlandet av deras attityder ger inte samma möjligheter att dra slutsatser i relation till det enskilda fallet. Handläggaren som den sjukskrivne träffade tidigt i sjukskrivningen är inte den som har ett markant inflytande över senare arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Den svagare koppling som det innebar i de enskilda fallen förklarar svårigheterna att dra slutsatser av de anställdas attityder i relation till sjukskrivningens längd.

### *Alla fyra aktörernas attityder*

Av skillnaderna i de olika sjukskrivningsfallens längd förklaras 39 procent av de gemensamma attityderna hos alla fyra aktörerna i en gemensam analysmodell. Det betyder att den utbetalade ersättningen från socialförsäkringen kunde ha minskat med 39 procent om alla aktörerna hade haft de mest gynnsamma attityderna.

**Ska attityder hos de tre "makthavarna" i sjukskrivningsprocessen, läkaren, arbetsgivaren och handläggaren på Försäkringskassan, ha en avgörande betydelse för ersättningens storlek vid sjukdom? Eller ska den sjuke ersättas för dålig tilltro till sin egen förmåga eller ett ogynnsamt sätt att handskas med livets svårigheter?**

## **Andra viktiga faktorer**

I den fortsatta analysen av stickprovet av nya sjukfall från de fyra lokalkontoren har jag funnit ytterligare faktorer som har ett samband med längden av den ersatta sjukskrivningsperioden. Inte heller de har ett uppenbart samband med den objektiva biomedicinska sjuklighe-

ten och sambanden gäller för alla olika typer av diagnoser.

### *Utbildningsnivå*

De patienter som hade gymnasieutbildning eller högre hade i genomsnitt 67 dagar lång sjukskrivning mot 116 dagar för de som hade lägre utbildning. Däremot fanns det inte något påvisbart samband med den sjukskrivnes kön, civilstånd, anställningstid hos den nuvarande arbetsgivaren eller mellan de arbetslösa och de som hade en anställning.

Att utbildningsnivån har betydelse för sjukskrivningens längd kan till viss del förklaras av att den som har en kort utbildning i många fall har ett fysiskt tungt arbete som han inte kan utföra om han har värk, vilket är den vanligast sjukskrivningsorsaken. Om man delar in sjukfallen i undersökningen efter arbetets fysiska tyngd är det dock inte de med de tyngsta arbetena som har den längsta genomsnittliga sjukskrivningen, snarare tvärtom.

**Ska socialförsäkringen ersätta arbetsförmåga som beror på för låg utbildning?**

### *Tidigare sjukskrivning*

I undersökningen påvisade också ett klart samband mellan hur den sjukskrivne hade utnyttjat socialförsäkringens förmåner under det närmast föregående året och längden på det nu inleda nya sjukfallet. Ju fler ersatta dagar året innan, desto längre blev sjukskrivningen nu trots att tidigare sjukskrivning i allmänhet låg längre tid tillbaka och oftast inte rörde samma diagnos.

Det här kan antas beskriva en persons sjukskrivningsbenägenhet i samband med sådana yttringar från kroppen och själen som för de flesta andra inte behöver innebära arbetsförmåga.

**Ska en människa som är sämre rustad att motstå livets törnar få sjukersättning medan den som är mera robust i sin läggning inte får det?**

### *Antal dagar på intyget*

Antalet dagar som läkaren sjukskriver på det första eller möjligen andra läkarintyget i sjukperioden beror sannolikt mer på vårdens organisation än på en bedömning av sjukligheten. Om läkaren har möj-

lighet att ta emot ett återbesök inom en till två veckor blir det en till två veckors sjukskrivning, men om tidboken är fulltecknad i sex veckor blir sjukskrivningen sex veckor. Att läkaren sedan ger den sjukskrivne beskedet att "friskskriva sig tidigare" om han blir arbetsför, är en rutin som sällan efterlevs i praktiken.

I undersökningen påvisades ett klart samband mellan antal dagar på detta första läkarintyg som kom in till Försäkringskassan och den totala längden av sjukskrivningen. Man kan invända att det sannolikt är de som är sjukast som får längst sjukskrivning, men eftersom det enligt ovanstående resonemang inte finns något samband mellan sjukskrivningslängd och sjuklighet borde det ändå inte gett utslag.

I stället tror jag att patienten ser längden av sjukskrivningen som ett mått på hur allvarlig läkaren tycker att hans sjukdom är eller hur viktigt det är att han inte ska arbeta. Det budskap som patienten tar emot påverkar då hans egen värdering av arbetsförmågan och värderingen av risken att återgå i arbete. Som läkare är man kanske inte medveten om hur intensivt de flesta patienten lyssnar på vad läkaren säger och heller inte medveten om att redan en månads sjukskrivning för den som inte är van att vara sjukskriven, kan bli ett stort ingrepp.

**Ska socialförsäkringen ersätta vårdorganisatoriska faktorer och vissa läkares aningslösa inställning till de skadliga effekterna av sjukskrivning?**

Att arbetslöshet har negativa effekter på hälsan är välkänt och väldokumenterat (30). Professor Gösta Tibblin, en av sjukskrivningsforskningens pionjärer, talar om att människan lever sitt liv på två scener. Den ena är familjen och den andra arbetet. Att förlora sitt arbete innebär att man förlorar halva livsinnehållet.

Det som gör arbetslösheten skadlig är bland annat förlusten av de sociala sammanhang som arbetsplatsen och arbetskamraterna innebär. Arbetslöshet kan också skada människans egen bild av sitt värde i samhället. Den grusade förhoppningen om ett nytt arbete och en ny framtid som en längre arbetslöshet ger är också skadlig. I arbetslösheten ligger också osäkerhet inför framtiden och känslan av att vara maktlös och i händerna på krafter utanför ens egen kontroll.

Alla de faktorer som gör arbetslöshet skadlig finns också vid sjukskrivning. Dessutom tillkommer den sjuklighet man blev sjukskriven för.

## Den skadliga sjukskrivningen

Gösta Tibblin talar också om ”drogen sjukskrivning”. Det är lätt att inse att sjukskrivningsinstrumentet i läkarens händer borde betraktas på samma sätt som ett läkemedel. Vi läkare måste vara försiktiga när vi skriver ut drogen, så att dosen inte blir för hög och att behandlingstiden blir den rätta. Vi måste hela tiden vara vaksamma inför biverkningar som kan uppstå under behandlingstiden.

Ordet drog i sammanhanget kan föra tankarna till de beroendeframkallande läkemedel mot ångest, oro och sömnproblem som så ofta starkt efterfrågas av våra patienter. Ett alltför okritiskt användande av sådana har skapat problem inom sjukvården som på senare år har uppmärksamrats alltmer. Man talar bland annat om ”lågdosberoende” och har inrättat kliniker för att rehabilitera patienter som skadats av långvarigt läkarordinerat bruk. En sådan rehabilitering är en mödosam uppgift och inte sällan utan framgång. Man får ibland ge upp och acceptera ett kanske livslångt bruk av medlen.

Idag är det inte samma problem med dessa läkemedel. Mottagningar för lågdosberoende har kunnat stänga. Idag har läkares förskrivningspraxis beträffande beroendeframkallande läkemedel förändrats. Det var inte länge sedan den doktor som inte skrev ut begärda recept ansågs vara ”stygg” och avvikande. Idag är det den läkare som okritiskt bifaller patienternas önskan om recept som inte handlar enligt gängse praxis.

Här blir analogin med sjukskrivningen och dess risker ännu mer tydlig. Sjukskrivning efterfrågas och önskas ofta av våra patienter för förmodade goda effekter på hälsan och för att de tror att vila är bra. Men idag kan den läkare som med patientens långsiktiga bästa för ögonen säger nej till en sjukskrivning som kan bli skadlig betraktas som en ”stygg” doktor.

På samma sätt som med de beroendeframkallande medlen är det mycket svårt med en sent igångsatt rehabilitering ur en sjukskrivning. Inte sällan får man efter intensiva och kostnadskrävande åtgärder konstatera att det enda som återstår är förtidspensionering.

Botemedlet för de lugnande medlens avigsidor har varit en intensiv kollegial debatt om vådan och riskerna med dessa. Det har så småningom och med stöd av Socialstyrelsens rekommendationer lett till en förändrad förskrivningspraxis. Min uppfattning är att det också

är det bästa sättet att handskas med det folkhälsoproblem som långa sjukskrivningar och tidiga förtidspensioner är.

## Den optimala sjukskrivningen

Idag är den reella pensionsåldern 58 år och varje år blir nästan en halv årskull svenskar förtidspensionärer på grund av sjukdom. Att förebygga de långa sjukskrivningarna och tidiga förtidspensionerna behöver inte alls innebära att inte ha möjlighet att sjukskriva när det verkligen är bra för hälsan. Alldeles utan att ägna en tanke åt ekonomiska förhållanden, kan man utifrån vad som är våra patienters bästa förespråka åtgärder som hjälper oss att hitta *den optimala sjukskrivningen*.

Läkaren saknar i de allra flesta sjukskrivningsfall kunskap om hur man ska bedöma grad av arbetsförmåga utifrån en värdering av patientens sjuklighet. Dessutom är det snarare regel än undantag att man heller inte kan gradera sjukligheten i sig på annat sätt än genom en uppskattning av patientens lidande. Därför är det lätt att man låter sig styras av patientens starka önskan om sjukskrivning. Om patienten fullt riktigt dessutom hävdar att det bara är hon själv som känner sin kropp och vet vilka krav hennes arbete ställer, har man inte så mycket att sätta emot som läkare.

När man som läkare genom en lång sjukskrivning utsätter människor för risken att klippa bort halva livsinnehållet beror det på en diffus uppfattning om att sjukskrivning är hälsobringande och en samhällelig rättighet som man som medicinsk specialist egentligen inte kan lägga sig i. Att ha ålagts ansvaret för bedömning av rätten till sjukskrivning på grunder som bara är medicinska "på låtsas" samtidigt som man slipper ansvaret för de negativa effekterna på hälsan är ett dubbelspel med befolkningens hälsa och läkarens ansvar som inte leder fram till den optimala hanteringen av sjukskrivning.

Att envist hävda att bara rent medicinska skäl skal vara grund för sjukskrivning och att bedömningen av arbetsförmågan ska grundas på en "rent medicinsk" bedömning av graden av sjuklighet för oss tyvärr inte närmare den optimala sjukskrivningen. Ett sådant synsätt har inte stöd i den medicinska vetenskapen och ger inte läkare någon vägledning i hur de ska handskas med sjukskrivningen på ett rättvist sätt.

För en maskin – och kanske för ett djur – kan störd funktion korreleras till sänkt förmåga. Motorn med ett dåligt lager går långsammare och slits med tiden ut, den halta hästen springer långsammare. Men bland människor kan den sjukaste ibland arbeta och den friskaste se sig som fullständigt arbetsförmögen.

För en människa som har känslor, förhoppningar och farhågor samt en möjlighet att utifrån sin egen vilja värdera sin förmåga finns det inga sådana enkla sammanhang. Vem som kan arbeta avgörs just av de faktorer som skiljer människan från maskinen och djuret. För människan är skillnaden mellan att vilja och att kunna inte heller klar! Att kunna är att vilja kunna och att vilja är att tro sig om att kunna.

Över huvud taget är det troligen omöjligt att handskas med *rätten* till sjukskrivning på ett rättvist sätt utifrån ett mekaniskt synsätt. Detta skulle i så fall innebära att den som har en viss grad av sjuklighet som i de flesta fall brukar leda till sjukskrivningsrätt i det yrket, skulle uppmanas att utnyttja sin rättighet till ersättning även om han inte vill det.

Med ökad kunskap om de skadliga effekterna av sjukskrivning, och med ett utökat kunnande kring de faktorer som i verkligheten avgör arbetsförmågan kunde läkarna i stället under eget och fullt ansvar för sjukskrivningens medicinska och ekonomiska konsekvenser, kunna utveckla metoder för att förändra praxis. Den kompetens – utöver den medicinska – som krävs för en allsidig belysning av arbetsförmågan finns redan idag i sjukvården, i form av kuratorer och psykologer, medan den saknas på Försäkringskassan.

Den dag vi kommer till rätta med den stora kostnaden i socialförsäkringen som de långa sjukskrivningarna och förtidspensionerna genererar, finns det heller inte anledning att skära ned på den sannolikt hälsobringande effekten av korta sjukskrivningar med god ekonomisk ersättning vid allvarigare tillstånd eller där hälsan verkligen kan försämrans av arbete.

När det sedan gäller att påverka attityder i befolkningen är läkar- nas inställning viktig. En dag kan vi kanske föra ut budskapet att sjukskrivning vid värtillstånd visserligen ibland kan vara oundgänglig, men att den för det mesta innebär en risk för kroniska besvär och att det bästa är att vara igång på det sätt kroppen är van vid. Den dag vi kan få våra förtroendevalda att dela synsättet att sjukskrivning är

ett oundvikligt ont i stället för en eftersträvansvärd medmänsklig rättighet behöver vi inte dra åt olika håll inom den medicinska sakkunskapen och den politiska makten.

## I väntan på den rätte

Utifrån synsättet att sjukskrivning bör undvikas kan man också diskutera den för Sverige unika möjligheten att vara sjukskriven utan tidsbegränsning. I grannlandet Norge inträder efter ett års sjukskrivning det som kallas "atföring", det vill säga yrkesmässig rehabilitering. I Sverige leder den i tid obegränsade möjligheten att vara sjukskriven till alltför lång väntan på medicinska åtgärder innan yrkesmässig rehabilitering sätter igång. För den medicinska professionen är det svårt att säga att ytterligare utredningar eller avvaktan *inte kan tänkas* förbättra tillståndet, och vi har som läkare många gånger svårt att ge upp våra ansträngningar för en lidande patient. Inom vårt synsätt ligger inte att den bästa medicinen skulle kunna vara återgång i nytt eller anpassat arbete.

Tron att medicinsk rehabilitering har avgörande betydelse för den framtida arbetsförmågan försämrar ofta prognosen för återgång i arbete. Det sker framför allt som ett resultat av alltför lång sjukskrivning i väntan på "just den rätte specialisten", "just den viktigaste undersökningen" eller "den ende operatören som kan hjälpa mig".

Man skulle kunna begränsa rätten till sjukpenning till exempelvis sex månader. Endast i de situationer där läkaren med stor sannolikhet kan säga att medicinska åtgärder är av avgörande betydelse för den framtida arbetsförmågan skulle sjukskrivningstiden kunna utsträckas. Det är i så fall mycket lättare att bedöma den medicinska rehabiliteringens betydelse ur det perspektivet än att säga säkert att något *inte* kan hjälpa.

Att i yrkesrehabiliteringen trycka på arbetsgivarens ansvar för alla anställda, även de med olika symtom, skulle sannolikt på sikt leda till friskare medarbetare, eftersom en snabb återgång i arbete motverkar de hälsovådliga effekterna av arbetsfrånvaro. Skulle dessutom den ensidiga betoningen på den fysiska arbetsmiljön i arbetsanpassningen kunna bytas ut mot åtgärder som utgår från de faktorer som i genomgången ovan visats ha effekt på arbetsförmågan vore mycket vunnet.

En skiftning i synsätt från arbetsmiljö till "arbetsklimat" skulle påverka trivsel, värdering av arbetets skadlighet, den egna värderingen

av arbetets tyngd, tendens till pessimism, bristande framtidstro och önskan om arbetsbyte – alla faktorer som har betydelse för arbetsförmågan, och sannolikt också för produktivitet och kreativitet i arbetet.

## Läkarnas synsätt avgörande

Eftersom det ändå är läkare som har den största kompetensen när det gäller hälsa och sjukdom tror jag att det är här förändringar ska ske för att nå fram till *den optimala sjukskrivningen*. Vi är trots allt i praktiken idag makthavare över sjukskrivningen, sakkunniga rådgivare åt opinionsbildare och politiker och har framför allt ett stort inflytande över vad folk tycker i frågor som rör socialförsäkringen.

Den optimala sjukskrivningen kännetecknas av att den kan användas när man kortvarigt behöver vara borta från arbetet (sannolikt oftare på deltid än idag) men den kan avslutas innan den ger permanent skada på hälsan. Denna ”goda cigarr” uppnår vi genom att i fortsatt kollegial diskussion förändra vår praxis och fördjupa vår kunskap om när riskerna med sjukskrivning väger tyngre än nyttan. Den dag vi läkare i de allra flesta sjukskrivningsfall måste argumentera *för* sjukskrivningens nytta för att få våra patienter att gå med på den, har vi kommit långt.

### Referenser

1. Riegel BJ. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction *Coronary Artery Disease* 1993;4:215-20.
2. Abbott J, Berry N. Return to work during the first year following first myocardial infarction. *British Journal of Clinic Psychology* 1991;30:268-70.
3. Melamed S, Groswasser Z, Stern MJ. Acceptance of disability, work involvement and subjective rehabilitation status of traumatic brain-injured (TBI) *Brain Injury* 1992;6:233-43.
4. Krause JS. Spinal cord injury and it´s rehabilitation. (Review) *Current opinion in Neurology and Neurosurgery*. 1992;5:669-72
5. Beckham JC, D'Amico CJ, Rice JR, Jordan JS, Divine GW, Brook WB. Depression and level of functioning in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992;37:539-43.

6. Gaston-Johansson F, Gustafsson M, Felldin R, Sanne H. A comparative study of feelings, attitudes and behaviors of patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*. 1990;**31**:941-7.
7. Brattberg G et al The prevalence of pain in a general population. The result of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*. 1989 ;**7**:215-22.
8. Andersson HI. et al Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localisation. *Clinical Journal of Pain*. 1993;**9**:174-82.
9. Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P et al *Health, Functional Limitations and Need for Care in Finland*. Helsinki, Finland; Publications of the Social Insurance Institution AL:32, 1989 (På finska).
10. Waddell G. Low back disability a syndrome of Western civilization. (Review) *Neurosurgery Clinics of North America*. 1991;**2**:719-38.
11. Johannisson K *Den mörka kontinenten (kvinnan, medicinen och fin-de-siècle)* Stockholm; Norstedt, 1994
12. Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;**332**:351-5.
13. Natvig B, Nessjø I, Bruusgaard D, Rutle O. Musculoskeletal symptoms in a local community *European Journal of General Practice* 1995;**1**:25-8.
14. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. *Skilnader i attityder mellan sjuk-skrivningens aktörer* Uppsala; Försäkringskassan i Uppsala län, Institutionen för allmänmedicin Uppsala Universitet 1995 (På svenska)
15. Härkäpää K. Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. *J of Psychosomatic Research* 1992;**36**:553-9.
16. Härkäpää K. Relationship of Psychological Distress and Health Locus of Control Beliefs with the use of Cognitive and Behavioral Coping Strategies in Low Back Pain Patients *The Clinical Journal of Pain* 1991;**7**:275-82.
17. Bigos SJ, Battié PT, Spengler DM et al. A Prospective study of Work perceptions and Psychosocial Factors Affecting the Report of Back Injury *Spine* 1991;**16**:1-6.
18. Main CJ, Wood PLR, Hollis S, Spanswick CC, Waddell G. The distress and Risk Assessment Method. A Simple Patient classification to Identify Distress and Evaluate the Risk of Poor Outcome *Spine* 1992;**17**:42-52.

19. Houtman ILD, Bongers PM, Smulders PGW, Kompier MAJ. Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems *Scand J Environ Health* 1994;**20**:139-45.
20. Linton SJ et al. Riskfactors in the psychosocial work environment for neck and shoulder pain in secretaries. *J Occup Med* 1989;**31**.
21. Hörnquist JO, Zar M, Hansson B, Precursors of repeated short-term sick-leave: an empirical review of some background, job and well-being characteristics. *Scand J Soc Med* 1993;**21**:164-70.
22. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ* 1993;**306**:361-6.
23. Alexandersson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, Bjurulf P. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. *Scand J Soc Med* 1994;**22**:27-34.
24. Tibblin G, Eriksson M. *Studier av sjukskrivningspraxis*. Uppsala; Lands-  
tingsförbundet 1992. (På svenska)
25. Larsen BA, Förde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunktion ved syk-  
melding *Tidssk Nor Legeforening* 1994;**114**:1442-4 (På norska)
26. Fugelli P, Harstad H. Helseøkonomi i almenpraxis *Tidssk Nor Legefor-  
ening* 1983;**103**:1176-83 (På norska)
27. Englund L, Svärdsudd K, Tibblin G. Hur har sjukskrivningsreformen  
oktober 1995 påverkat distriktsläkarnas sjukskrivningspraxis (sammanfatt-  
ning) *Svenska Läkaresällskapets Riksstämma, 27-29 november 1996, Program,  
Sammanfattningar* 1996;**105**:121. (Kommer att publiceras som rapport  
under 1997)
28. Ander S, Edgren B. *Sjukfrånvaro som copingbeteende och en empirisk  
prövning* Stockholm; Information från Psykotekniska Institutet nr  
112,1980. (På svenska)
29. Dimenäs E et al *Scandinavian J of Primary Health Care Suppl.* 1:1990.
30. Westin S. The structure of a factory closure: individual response to job-  
loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study *Soc Sci Med*  
1990;**31**:1301-11.