

# Sjukdom och sjukskrivning: försäkringsmedicinska aspekter med fokus på psykiatri

**Kristina Alexanderson**

Den vetenskapliga kunskapsbasen inom försäkringsmedicin är mycket knapp och särskilt så när det gäller psykiska besvär. Här diskuteras detta samt olika aspekter av sjukdomsbegreppet, läkarens roller som patientens advokat respektive som medicinskt sakkunnig samt hur diagnosnormat förändrats inom sjukskrivningen.

Kristina Alexanderson är docent och har bedrivit försäkringsmedicinsk forskning sedan drygt 10 år. Hon är anställd som universitetslektor vid avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, IHM, Hälsouniversitetet i Linköping samt som forskare vid det nystartade Rikscentrum för Försäkringsmedicinsk Forskning, Försäkringskassan i Östergötland.

## Försäkringsmedicinsk forskning

Forskning om sjukfrånvaro har bedrivits utifrån olika perspektiv (företagares, statens, försäkringsbolagets, hälso- och sjukvårdens, patientens) och inom olika discipliner (3, 7). Även om studier om sjukfrånvaro har gjorts inom de flesta vetenskapliga discipliner, såsom historia, ekonomi, psykologi, sociologi etc., är flesta gjorda inom organisationspsykologi, medicin respektive ekonomi. Trots att alltså medicin har en mycket framträdande roll används nästan aldrig medicinsk kunskap

i dessa studier. Sjukfrånvaro studeras istället ofta som ett allmänt fenomen, oberoende av den sjukdom som leder till frånvaron. Detta innebär att det i praktiken är svårt att använda resultaten för att ta ställning till rehabiliterings- eller preventiva åtgärder, eftersom sådan ofta ser olika ut beroende på vilken sjukdomsgrupp de ska riktas mot.

Några övergripande kunskapssammansättningar om sjukfrånvaro har gjorts (1, 4, 12, 15, 19, 22), och genomgående har man funnit att:

- Den vetenskapligt baserade kunskapen, liksom forskningsaktiviteten, är synnerligen begränsad, speciellt med hänsyn till den stora betydelse sjukfrånvaro har både på samhällsföretags- och individnivå.
  - Både teorianknytningen och begreppsutvecklingen är mycket ofullständig.
  - De flesta studier är deskriptiva, få är analytiska och än färre är interventiva.
  - De flesta studier är vidare av tvärsnittskaraktär, ytterst få är longitudinella, och av de senare är ännu färre prospektiva. Ur ett psykiatriskt försäkringsmedicinskt perspektiv är detta särskilt problematiskt då många psykiska sjukdomar antingen är kroniska eller återkommande.
  - Ytterst få studier finns om sjukskrivning för psykiska besvär.
- Läkare är skolade i att deras åtgärder skall

---

---

*Ytterst få studier finns om sjukskrivning för psykiska besvär*

---

---

grundas på 'vetenskap och beprövad erfarenhet'. Tyvärr är detta i nuläget inte möjligt när det gäller hanterandet av sjukskrivningsinstrumentet. Den vetenskapliga kunskapen om när, i vilken grad och hur länge det skall användas, inom olika diagnosgrupper, är i det närmaste obefintlig. Den 'beprövade erfarenheten' varierar avsevärt och är inte sammanställd i någon större utsträckning (8). De ytterst få studier som finns om läkares sjukskrivningspraxis visar att det inte finns någon enhetlighet i när och hur länge man sjukskriver för en åkomma, även om ålder, kön och arbete är samma (7, 11, 12).

Detta kan illustreras av följande: Vid en disputation nyligen på en avhandling om läkares sjukskrivningspraxis (11) fick respondenten frågan om hur stor den vetenskapliga kunskapen på detta område var, på en skala från 0 till 100. Svaret blev: 1,42 – en bedömning de närvarande instämde i.

Att kunskapsunderlaget inom området upplevs som undermåligt framkom även både i den inventering (via enkät och hearing) en arbetsgrupp om försäkringsmedicinska aspekter som Svenska Läkaresällskapet tillsatte 1994 (8), och i en enkätstudie till behandlande läkare (25, 26). Handläggarna på försäkringskassan upplever å andra sidan att de intyg de får från läkare ofta är ofullständiga och dåligt ifyllda (14).

Det finns några få läroböcker inom området, t.ex. den utmärkta handboken Försäkringsmedicin (21) som Riksförsäkringsverket (RFV) givit ut. Tyvärr har inte någon ny upplaga tryckts sedan 1994, vilket begränsar dess

användningsbarhet avsevärt. De privata försäkringsbolagen har också givit ut böcker inom området (23), men inte heller de är uppdaterade. För närvarande pågår dock arbetet med en lärobok i försäkringsmedicin (18).

### **Patientens advokat – medicinskt sakkunnig**

Vi vet att läkare i samband med sjukskrivning ibland kan ha svårt att hantera de olika roller läkaryrket innebär, nämligen den som patientens 'advokat' och den som medicinskt sakkunnig, t.ex. vid intygsskrivande (7, 12). Ibland beror denna svårighet på att den enskilde läkaren har bristande kunskaper, antingen om

- vad de två olika rollerna innebär och kräver,
- om andra myndigheters verksamhetsområden, kompetens och befogenheter,
- om arbetsplatser och arbetsgivare,
- om hur samarbete med andra aktörer kan ske, eller
- om vad alternativen till sjukskrivning innebär för patienten. Han kanske sjukskriver för att vara "snäll", utan att sätta sig in i alternativ och konsekvenser.

I studier av handläggare på försäkringskassor framkommer en motsvarande svårighet med att hantera rollen som myndighetsperson, med ett regelverk att följa, kontra rollen som engagerad och empatisk handläggare, dvs. svårigheter med att handla professionellt.

Olika studier visar att det inte finns något större samband mellan nivå av sjukfrånvaro och typ av sjukdom. Ibland leder detta till förvåning, men ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv är detta delvis en självklarhet och har samband med tre faktorer:

1. En sjukfrånvarodiagnos säger inget om sjukdomens allvarlighetsgrad (11, 12). Allvarlighetsgraden har dock nästan alltid större

samband med behovet av sjukfrånvaro än vad själva diagnosen har, vare sig det gäller cancer, ryggont, kärlekskramp eller depression.

2. Det finns ingen större överensstämmelse mellan hur olika läkare sjukskriver patienter som har samma diagnos.

3. Behovet av sjukfrånvaro är ej i första hand relaterat till diagnosen utan till vilken ned-sättning av arbetsförmågan den lett till, i relation till krav och sjukdomsflexibilitet på den sjukas arbete. Vi författare till denna och övriga artiklar i det här temanumret torde t.ex. alldeles utmärkt kunna sköta våra jobb även om vi bröt båda benen. Hade vi däremot varit anställda som vårdbiträde i kommunal äldreomsorg eller som byggnadsarbetare hade vi troligtvis behövt vara sjukskrivna en längre tid. I en studie av sambandet mellan 'sjukfrånvaro' och 'fraktur av båda benen' skulle man alltså inte finna något sådant, om man inte också beaktar andra faktorer, som allvarlighetsgrad, arbetsförmåga och arbetsvillkor samt 'läkarvariabler'.

Sjukfrånvaro i en befolkning är inte i första hand ett mått på sjuklighet, däremot ett utmärkt mått på sociala konsekvenser av sjuklighet (17). När det gäller de sociala konsekvenserna av sjukdom eller skada för förmågan att arbeta så skiljer sig dessa mycket åt mellan olika yrken och sociala grupper.

Sjukligheten är kraftigt snedfördelad i befolkningen (24) på så sätt att lägre sociala grupper, kvinnor, invandrare och äldre har högre sjuklighet. På motsvarande sätt är sjukfrånvaron än mer snedfördelad, dvs. de so-

---

---

*Sjukfrånvaro i en befolkning är inte i första hand ett mått på sjuklighet, däremot ett utmärkt mått på sociala konsekvenser av sjuklighet*

---

---

ciala konsekvenserna av sjukdom är större i vissa typer av grupper och yrken än i andra. I högre sociala grupper är sjukfrånvaron alltså betydligt lägre. En större andel av de som är sjukskrivna där har dock psykiatriska diagnoser på sjukintyget, än de i mer manuella yrken har (9).

### **Sjukdom; disease, illness och sickness**

Som framgår av andra artiklar i detta nummer är sjukdomsbegreppet inom försäkringsmedicin något oklart. Naturligtvis finns det både för- och nackdelar med en så bred definition av sjukdom som gavs redan på 1940-talet i förarbeten till Lagen om allmän försäkring, och som fortfarande gäller (21). Enligt denna definitionen skall man utgå från vad som i vanligt språkbruk och inom gällande läkarvetenskaplig uppfattning anses vara sjukdom.

Vad som ses som sjukdom växlar inte bara över tid utan även mellan olika kulturer. Eftersom vi i svenska språket bara har ett ord för sjukdom, blir diskussionen om vad sjukdom är lätt ännu mer förvirrande än på andra språk (5). Många teoretiker har därför även på svenska börjat använda sig av de tre engelska begreppen illness, disease och sickness för att illustrera olika dimensioner av begreppet sjukdom.

*Disease* står då för den sjuklighet som medicinsk vetenskap, vid en viss tid, kan diagnosticera. Detta förändras ständigt; för 20 år sedan hade vi t.ex. vare sig HIV, AIDS eller

---

---

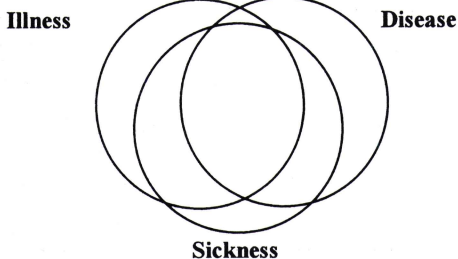
*Det finns ingen större överensstämmelse mellan hur olika läkare sjukskriver patienter som har samma diagnos*

---

---

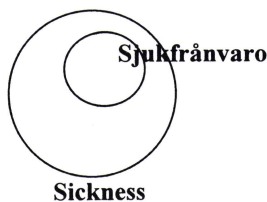
fibromyalgi som diagnoser. På samma sätt försvinner andra diagnosgrupper. *Illness* står å andra sidan för de sjukdomssymptom en person själv upplever. *Sickness* står för en helt annan aspekt av sjuklighet, nämligen den sociala, dvs. den sociala roll en person ges eller tar i ett visst samhälle när hon har *illness* eller *disease*. Data om *illness* i en befolkning får vi från intervju- och enkätstudier. Data om *disease* får vi framförallt från olika register, såsom cancerregistret. Sjukfrånvaro- och förtidspensionsregister utgör datakällor om *sickness*.

I *figur 1* illustreras dessa olika aspekter av sjukdom. Att cirkelarna inte täcker varandra helt beror på att en person kan uppleva besvär utan att läkaren kan diagnosticera sjukdom, likaväl som en diagnos inte nödvändigtvis innebär att personen har några besvär. Att en del av *sickness*-cirkeln ligger utanför de två andra hänger bl.a. ihop med att t.ex. en del förtidspensioneringar snarare beror på arbetsmarknadsförhållanden än på *illness* eller *disease*. Vidare tar/ges ibland en person en sjukroll utan att vara sjuk (2).



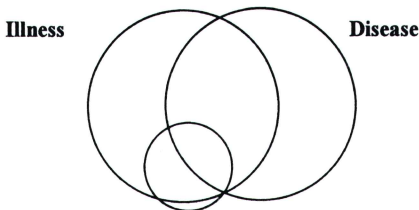
*Figur 1.*  
Inom samtliga tre dimensioner är det funktions- eller prestationsförmåga, och förändringar av dessa, som är det centrala, dvs. en persons psykiska (t.ex. koncentrationsförmåga, minne), fysiska och/eller sociala prestationsförmåga.

Endast en mindre del av den sjukroll en person tar/ges manifesteras i form av sjukfrånvaro (*figur 2*). En persons prestationsförmåga kan t.ex. vara nedsatt p.g.a. *illness* eller *disease* så att han tar en sjukroll i hemmet, t.ex. gör mindre eller får hjälp med vissa saker, men ändå går till jobbet. Även på jobbet kan man ta en sjukroll utan att vara sjukskriven, t.ex. en viss dag inte kunna göra vissa saker p.g.a. av smärta, infektion etc. I vilken utsträckning detta sker beror bl.a. på graden av s.k. sjukdomsflexibilitet på arbetsplatsen – det vill säga i vilken utsträckning det finns en flexibilitet för att arbetsförmågan hos de som arbetar där kan skifta beroende på hälsoproblem. Aspekter av sjukrollen och dess samband med sjukskrivning finns diskuterat i bl.a. den sociologiska litteraturen (20, 27).



*Figur 2.*

Hur mycket de olika cirkelarna täcker varandra beror till stor del på vilken diagnosgrupp det handlar om. *Illness* och *disease* cirkelarna torde t.ex. täcka varandra i betydligt större utsträckning för benbrott än för muskuloskeletala diagnoser. På motsvarande sätt finns sjukfrånvarocirkeln mer inom *illness*-cirkeln för muskuloskeletala besvär än för andra diagnoser för vilka det är lättare att ställa diagnoser med dagens diagnostiska kunskapsnivå (*figur 3*). För psykiatriska diagnoser torde dock sjukfrånvarocirkeln ligga nästan helt



Sjukfrånvaro, musk. diagnoser

Figur 3.

inom disease-cirkeln, dvs. det torde vara relativt ovanligt att någon är sjukskriven med en psykiatrisk diagnos utan att ha en diagnostiserad psykiatrisk sjukdom (figur 4).

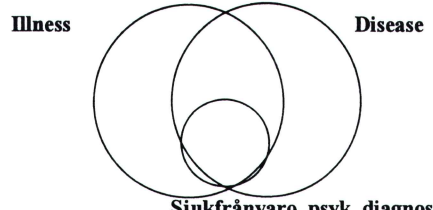
En aspekt som kan påverka sjukskrivning för en viss diagnos är hur *stigmatiserande* den uppfattas av olika personer. Trots att psykiatriska besvär, speciellt depressioner, är en av våra allra största folksjukdomar upplevs de fortfarande som stigmatiserande. Detta innebär att det talas lite om sådana besvär, att många människor inte söker för dem, eller ens är medvetna om att hjälp finns att få. På sjukintyget står ofta något annan diagnos, vilket innebär att adekvata insatser inte alltid sätts in från t.ex. försäkringskassan. Kanske kan den nu ökande andelen av sjukskrivning med psykiatriska "diagnoser" som utbrändhet, utmattning, överansträngning ses som en positiv trendförskjutning här, på så sätt att de inte tycks uppfattas som lika stigmatiserande – vilket kanske innebär att personer i större utsträckning söker hjälp och får adekvat behandling.

Både forskare (10), handläggare och sjuk-

---

*Både forskare, handläggare och sjukskrivande läkare lyfter fram motivation, eller snarare brist på sådan hos den försäkrade/patienten, som ett problem*

---



Sjukfrånvaro, psyk. diagnoser

Figur 4.

skrivande läkare lyfter fram *motivation*, eller snarare brist på sådan hos den försäkrade/patienten, som ett problem. I andra studier, som utgår från den försäkrades perspektiv, upplever sig den sjukskrivne dock ofta som motiverad, men som misstrodd i sin motivation (6, 16). Här behövs mer kunskap. I detta sammanhang, dvs. psykiatrisk försäkringsmedicin, måste även en annan aspekt beaktas, nämligen att graden av motivation kan påverkas av en eventuell depression. Av de studier som gjorts inom området finns det anledning att anta en större andel av de sjukskrivna är deprimerade än vad som framgår av sjukintygen (13). Den 'bristande motivationen' är kanske ibland följden av en (obehandlad) depression.

### Förändringar i panoramat av sjukskrivningsdiagnoser

Över de senaste årtiondena har det skett en förändring av diagnoser för sjukskrivning. Förr var magont, s.k. dyspepsier, en stor grupp. Nu är olika former av värk i muskler och leder den största diagnosgruppen. I hela västvärlden, inte bara i Sverige, sker dock nu en ökning av de psykiatriska diagnoserna (1, 7).

De två, utan jämförelse, vanligaste diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro och förtids-pension är muskuloskeletala respektive psykiatriska besvär. 'Rent medicinskt' är kun-

skapsunderlaget vad gäller diagnos, behandling, rehabilitering och prevention, mycket otillräckligt inom dessa områden. Betydligt mer har satsats på forskning vad gäller cancer och hjärt-kärlsjukdomarna. Detta gör naturligtvis att även försäkringsmedicinska aspekter är svårare att ta ställning till för dessa två sjukdomsgrupper.

En annan aspekt här är att det, felaktigt, kan vara lätt att tro att det skulle vara lättare att fastställa behovet av sjukskrivning för de sjukdomsgrupper där det är lättare att sätta diagnos. Eventuellt ifrågasätter försäkringskassan därför i mindre utsträckning sjukskrivningar i samband med t.ex. hjärtinfarkt än sjukskrivningar med psykiska besvär.

*Sammanfattningsvis* är alltså psykiatrisk försäkringsmedicin ett centralt område där kunskapsunderlaget emellertid är förvånansvärt begränsat, med tanke på problemets omfattning och betydelse. Behovet av forskning är stort. För närvarande har vi ofta inte ens formulerat frågeställningarna.

## REFERENSER

1. Aarts L, De Jong P, Prinz C. Literature Study on Determinants of Disability Benefit Reciprocity. The Hague, Haag: Aarts & De Jong B.V., 2000.
5. Alexanderson K. Hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, eds. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 1999:
7. Alexanderson K, Söderberg E. Försäkringsmedicinsk forskning - en litteraturgenomgång. Linköping: Försäkringsmedicinskt centrum, 2000.
9. Bjurulf P, Johansson G, Ljungdahl L, Persson H, Levin J-E, Åstrand G. Sjukskrivning i förhållande till diagnos och yrke 1985-87. Linköping: Inst för Samhällsmedicin, 1990.
11. Englund L. Sick-listing - Attitudes and doctors' practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care . Uppsala: Uppsala universitet, 2000.
12. Hansen H, ed. Kunnskapsstatus för den nordiske trygdeforskningen på 1990-talet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning, 1999.
17. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health 1995;49:124-130.

Fullständig referenslista kan fås hos författaren