

Den farliga sjukskrivningen

Tommy Öberg

I denna artikel framhålls faran med långa sjukskrivningar, vilka gör att människor tappar självförtroende, går in i depression, anpassar sig till en lågaktiv tillvaro och tappar arbetsmotivationen. Från att ha varit ett medicinskt problem, blir sjukskrivningen efter hand ett problem i sig, där sjukskrivning genererar ytterligare sjukskrivning.

Vården måste redan från början inriktas på återgång i arbete och friskbeteende måste på alla sätt uppmuntras. Rundgången i vårdsystemet måste ersättas med andra modeller, där ansvaret är klart definierat.

I artikeln tas exemplen uteslutande från området rörelseorganens sjukdomar — speciellt ryggsmärtor — men mycket av det sagda torde kunna tillämpas också på andra sjukdomar.

Artikeln är en vidarebearbetning av ett föredrag från Riksförsäkringsverkets utbildningsprogram "Rehabiliteringsimpulser".

Tommy Öberg är medicinsk chef/överläkare vid Arbetsmiljöheten, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping.

Vi har i vårt land ett väl utbyggt socialförsäkringssystem i form av sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring, arbetslöshetskassa etc. När sjukdom eller annan olycka hotar, behöver ingen i vårt land känna sin grundtrygghet hotad.

Men som andra medaljer har även denna en baksida. Systemet kan komma att missbrukas — på grund av missförstånd, oförstånd, oaktsamhet eller rent bedrägeri.

Alla vet, att läkemedel förutom sina gynnsamma egenskaper också har biverkningar. Mindre ofta tänker man på, att även organisatoriska och administrativa system har biverkningar — verkningar, som aldrig var avsedda. Förutom att garantera vår grund-

trygghet och täcka inkomstbortfall i händelse av sjukdom kan sjukförsäkringssystemet genom långa sjukskrivningar driva människor djupare in i sjukrollen, uppmuntra sjukbeteende istället för friskbeteende, driva människan in i depression och passivitet och urholka människans självkänsla. "Sjukskrivningen" — inte sjukdomen — är många gånger det effektivaste utslagningsinstrumentet.

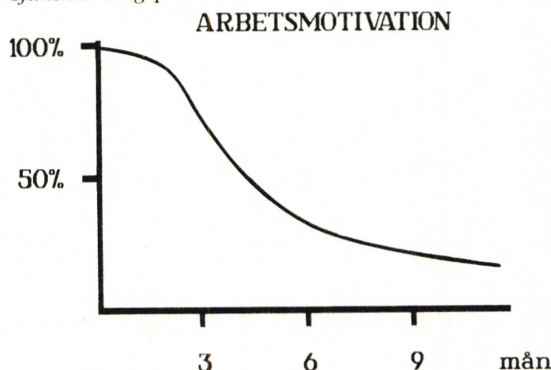
Arbetsmotivation

De flesta människor är högradigt arbetsmotiverade. Arbetet ger människan självkänsla och markerar hennes position i samhället.

Under sjukfrånvaro händer någonting — arbetsmotivationen minskar successivt, ångesten för återgång i arbete tilltar, man anpassar sig till en lågaktiv hemmatillvaro, man glider omärkligt in i ökande passivitet och tilltagande depression, tilltron till den egna kraften och förmågan minskar, rollen som sjuk blir allt mera uttalad.

En kritisk gräns förefaller gå någonstans vid 3–6 månader. Sedan faller arbetsmotivationen drastiskt och prognosen för återgång i arbete försämras (Figur 1)(20).

Figur 1. Utveckling av arbetsmotivationen under en sjukskrivningsperiod.



Även organisatoriska och administrativa system har biverkningar

Denna nedgång i arbetsmotivationen är inte med nödvändighet ett resultat av den bakomliggande sjukdomen utan orsakas av sjukskrivning och inaktivitet. En ond cirkel har uppkommit, där sjukskrivning medför nedsatt arbetsmotivation, som i sin tur leder till ytterligare sjukskrivning, som i sin tur ger ännu lägre arbetsmotivation osv.

Nachemson (15, 16) har anfört följande siffror beträffande prognosen för återgång i arbete vid rygg-sjukdom:

Efter 6–8 mån sjukskrivn	30–40%
Efter 1 års sjukskrivn	10–25%
Efter 2 års sjukskrivn	ca 0%

Liknande siffror anförs även av andra författare (20).

I många studier har man visat, att de objektiva undersökningsfynden ofta inte står i överensstämmelse med de subjektiva symptomen vid långa sjukfall (4, 8, 10). Det förefaller efter lång tids sjukfrånvaro som om det inte är sjukdomen utan sjukskrivningen som slår ut patienten. Westrin (21) talar om sjukskrivning-som som "sjukvård i skymundan".

Vårdapparaten – attityder till sjukdom

I vården uppmärksammas hela tiden sjukdomssymptom och sjukbeteende. När patienten börjar bli frisk tappar vården intresset.

- Ofta möts patienter av kommentarer som
- har du det besvärligt?
 - gör det mycket ont?
 - du får bereda dig på att det här kommer att ta tid
 - det här kommer att kräva många behandlingar
 - med den ryggen kommer du aldrig att kunna gå tillbaka till ditt gamla arbete
 - gå nu inte och plåga dig, utan säg ifrån när det gör ont
 - etc

Med sådana kommentarer skapar vi en förvänt-

ningseffekt hos patienten. Vi beskriver ofta i negativa termer vad patienten kan vänta sig av sjukdomsförloppet. Vi koncentrerar vår uppmärksamhet på sjukdomen och symptomen i stället för på förbättringen.

Vi måste byta attityder

Redan vid första sjukvårdsbesöket bör man tala i positiva termer om sjukdomens naturliga förlopp och om den kunskap som finns på området

- tala om att de flesta (80%) akuta ryggar blir bra och kan återgå i arbete inom 3–4 veckor
- tala vid återbesöken om arbetet och återgången i arbete i positiva termer
- beröm och uppmuntra tillfrisknandet
- hjälp patienten att övervinna sin rädsla för att börja arbeta för tidigt. Tala om, att det tex vid ryggsjukdom finns studier som visar, att risken för återinsjuknande inte är större vid tidig återgång i arbete
- utnyttja de möjligheter som finns till tidig återgång i arbete i form av arbetsträning/arbetsprövning under pågående sjukskrivning
- utnyttja halv sjukskrivning

Kroniska smärtsyndrom

De kroniska smärtsyndromen förefaller att öka. Vårdapparaten står ofta maktlös inför denna sjukdomsgrupp. Det som är karakteristiskt för denna patientgrupp är, att de gått runt hela vårdsystemet.

De har varit inom primärvården, hos ortoped, neurolog, rehabiliteringsläkare etc utan att någon förbättring kunnat uppnås. Snarare förefaller det som om varje varv i systemet gör patienten sjukare och mera sjukdomsfixerad.

Det nämnda gäller i all synnerhet för de kroniska muskelsmärtsyndromen. Behandling med vila, sjukskrivning, smärtstillande tabletter, inflammationsdämpande tabletter, kortvåg, ultraljud, massage etc är i regel verkningslös.

Patienter är inte dumma. Efter att ha fått den ena verkningslösa behandlingen efter den andra inser de naturligtvis, att sjukvården inte har någonting att erbjuda. Relationen mellan patienten och läkaren/sjukgymnasten blir spänd och irriterad, patienten känner sig misstrodd och missförstådd. Detta föder frustration och aggressivitet hos båda parter. Patienten upp-

.....
*Efter den ena verkningslösa behandlingen efter
den andra inser patienten att sjukvården inte har
något att erbjuda*
.....

levs som besvärlig och bollas gärna över till någon annan, och utrednings- och behandlingskvaren sätts igång på nytt.

Läkaren bestämmer vad som skall utredas

Det är vanligt, att patienterna försöker påverka läkaren till ytterligare utredning, ytterligare remisser etc. Läkaren känner sig frustrerad och pressad att ge efter. När möjligheterna till utredning uttömts börjar man om från början och rundgången tar aldrig slut.

Det är viktigt att klargöra att

- proverna är till för läkaren i hans diagnostik. De gör inte patienten friskare men möjligen läkaren klokare. Läkaren avgör vilka prover, remisser etc han behöver i sin diagnostik.
- behandlingen är till för patienten. Den är avsedd att göra honom friskare.

När läkaren utrett patienten så långt som han finner befogat skall han avsluta utredningen och meddela patienten detta. Eftergifter styrker bara patienten i hans osäkerhet och otrygghet. Eftergiften visar, att läkaren själv inte är säker.

Vi måste tala om för patienten när vi anser oss ha utrett färdigt. Tala om att vi inte har så mycket att erbjuda rent medicinskt till patienter med kroniska smärtsyndrom. Det är inte läkarens – och inte heller patientens – fel att vi vetenskapligt inte har kommit längre.

Självklart gäller inom all sjukvård, att det primära målet är att göra patienten frisk. Men för de kroniska smärtsyndromen måste vi istället ofta sätta som mål att lära patienten leva, fungera och arbeta med sin smärta och trots sin smärta. Det gäller att motivera patienten, öka hans tolerans för smärta. Vi vet tex från elitidrotten att man kan utföra toppprestationer trots smärtor.

Försäkringskassan och rehabiliteringsarbetet

Försäkringskassan har tidigare framträtt som en ut-

betalande och kontrollerande myndighet för den allmänna försäkringen. Under senare år har försäkringskassan alltmera kommit att betona sin roll som samordnare i rehabiliteringsärenden. Denna moderna syn kommer fram i RSV:s utbildningsmaterial "Rehabiliteringsimpulser" (18), i vilket Fk:s rehabiliteringsansvar enligt AFL sammanfattas i följande punkter:

- uppmärksamma den försäkrade som är i behov av rehabiliterande insatser
- utreda orsaken till nedsättningen av arbetsförmågan
- medverka till att lämpliga rehabiliteringsinsatser vidtas
- se till att den försäkrade påbörjar de föreslagna åtgärderna.

Fk har ett samordningsansvar för rehabiliteringsinsatser i enskilda ärenden.

Man framhåller vidare att Fk redan i inledningsskedet skall klargöra:

- vad som orsakar nedsättningen av arbetsförmågan
- vilket är det långsiktiga målet för rehabiliteringsarbetet
- vilka åtgärder krävs för att målet skall uppnås.

Fk skall vidare enligt utbildningsprogrammet se till att möjligheterna till parallella och samordnade insatser tas tillvara. Mera om detta senare.

Fk:s bevakning skall riktas speciellt mot de människor som kan antas tillhöra en riskgrupp.

"Coping behaviour"

B Edberg, forskare vid KTH, har påtalat att korttidsfrånvaro kan ha en förebyggande effekt på hälsa och välbefinnande (17). Att sjukskriva sig har blivit ett "coping behaviour" – ett sätt att tackla det dagliga livets problem, ett slags andningspaus.

Detta är säkert en riktig beskrivning. Fenomenet är dock svårt att acceptera ändå. Dels är inte avsikten med den allmänna försäkringen att den skall tjäna som en slags allmän säkerhetsventil, dels är risken

.....
*Att sjukskriva sig har blivit ett sätt att tackla det
dagliga livets problem, en slags andningspaus*
.....

stor, att samhällsproblem genom detta synsätt konserveras, somatiseras, uttrycks i sjukdomstermer och kan leda till långvarig sjukskrivning.

Det är viktigt, att samhällsproblem angrips med sociala och politiska medel, att psykologiska problem och relationsproblem angrips med beteendevetenskaplig metodik etc. Annars kan hända, att vi hamnar mycket snett.

Beteendevetenskapliga behandlingsmodeller

Kronisk smärta är i många stycken inte ett medicinskt tillstånd, utan ett inlärt beteende (2, 9, 11, 12, 14). Beteende styrs av vilka konsekvenser det får. Om ett beteende upprepas och belönas förstärks det (sk operant betingning). Det finns många faktorer som kan fungera som förstärkare av smärtbeteende, tex uppmärksamhet från läkare, anhöriga och omgivning (11, 12). Även kompensation i form av sjukskrivning, pension, arbetsskadeersättning, lättnader i arbetet, möjligheter till omplacering till bättre arbete etc fungerar som förstärkare av smärtbeteendet (20).

Patienter med kroniska smärtsyndrom maskerar ofta andra livsproblem, ofta av kroppslig natur bakom sina kroppsliga krämpor (9). Detta är viktigt att komma ihåg. Ett rent medicinskt omhändertagande bidrar till att "somatisera" problemen och göra dem allt mera svåråtkomliga både för patient och terapeut. I ett arbete av Forsgren m fl (9) beskriver man hur man uppnått goda resultat vid långvariga ländryggsbesvär med terapeutiska samtal och jagstärkande behandling.

Beteendeterapeutisk behandling går ut på att eliminera förstärkningen av smärtbeteendet och istället försöka förstärka annat mera konstruktivt beteende (11, 12).

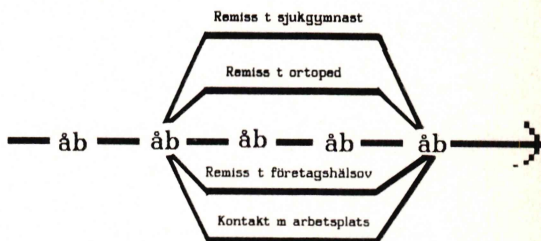
Arbeta parallellt kontra arbeta i serie

Tiden är en viktig fiende i kampen mot "sjukskrivningssyndromet".

Om man redan efter 1–2 sjukbesök märker, att sjukdomsförloppet blir mera utdraget än man från början tänkt, kan man starta upp parallella aktiviteter. Remiss till ortoped kan skickas samtidigt som remissen går till sjukgymnast. Företagshälsovården kan börja se över förhållandena på arbetsplatsen, ta kontakt med arbetsledning, personalansvarig redan i

Figur 2. En modell för rationell rehabilitering – kamp mot "sjukskrivningssyndromet".

PARALLELLT ARBETE



åb = återbesök

tidigt skede utan att för den skull ta över den sjukvårdande delen.

Modellen blir den som beskrivs i figur 2.

Den totala arbetsinsatsen blir sannolikt inte mindre, men man har vunnit tid.

Återgång i arbete bästa boten vid långvarig rygg-sjukdom

Nachemson (13, 14, 15, 16) har i ett flertal arbeten framhållit att bästa boten vid långdragna ryggbesvär är återgång i arbete.

I samband med akuta ryggsmärtor kan det vara rimligt med en tids vila, avlastning av ryggen och smärtstillande tabletter. Denna passiva period skall vara mycket kort. Så snart som möjligt skall patienten återuppta olika aktiviteter såsom promenader, cykling och liknande. Sedan skall aktiviteten gradvis utökas.

Vi vet ganska väl hur lång tid ett biologiskt läkeförlopp tar. "Om ryggpatienterna efter sex veckor ännu inte har tillfrisknat så mycket att de anser sig kunna återgå till sitt arbete... är det troligtvis fel att fortsätta sjukskrivningen i hopp om att naturen så småning-

Den bästa boten vid långdragna sjukbesvär är återgång i arbete

om skall läka skadan" (14). Istället förefaller det som om läkeförloppet snarast påskyndas av fysisk aktivitet (15, 20).

För att kunna genomföra ett aktivt ryggsprogram är det viktigt med en positiv attityd som ovan beskrivits.

På inga villkor får det ovan sagda tolkas som en uppmaning att inte undersöka och utreda patienterna så långt det är rimligt. Det är dock läkaren som avgör vad som är rimligt.

Rehabiliteringskliniken i Borås har i samarbete med primärvården i Lerum genomfört ett framgångsrikt rehabiliteringsprojekt för tidig rehabilitering och tidig återgång i arbete (19).

Samordnade resurser

Om resurser skall samordnas måste det finnas en spindel i nätet och inte som nu en slags allas bollande till alla.

Bollandet mellan olika insatser leder till väntetider, långa sjukskrivningar och ofta i sinom tid till förtidspension. Detta har uppmärksammats av Andersson och Marqvardsen i ett arbete med titeln "Förtidspension på grund av väntetider" (1).

Vem som skall vara spindel i nätet beror på ärendets karaktär — sjukärende, personal-, anpassningsärende, rehabiliteringsärende (Figur 3).

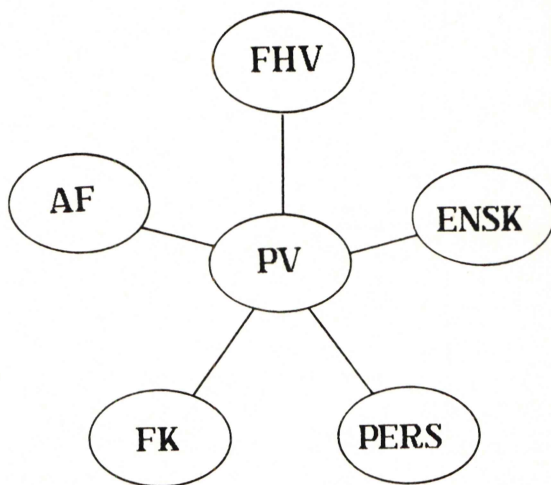
Denna rundgång i systemet har beaktats och åtgärdats i det vårdprogram som tagits fram av ryggruppen i Kronobergs län (5, 6, 7).

Med denna artikel har förf velat rikta uppmärksamheten mot

- faran med långa sjukskrivningar
- vikten av positivt optimistiskt bemötande i vården, där sjukdomsförlopp beskrivs i positiva förväntningstermer
- vikten av klar ansvarsfördelning vid omhändertagandet av patienter med kroniska smärtor i rörelseorganen.

Figur 3. En modell för ansvarsfördelningen vid långvarig sjukskrivning.

SJUKVARDSSÄRENDE



FHV = Företagshälsovård

PV = Primärvård

FK = Försäkringskassa

AF = Arbetsförmedling

PERS = Personalfunktion

ENSK = Den enskilde

REFERENSER

Fullständig referenslista kan erhållas via författaren.

12. Melin, L: Att mäta smärta. I: "Smärta och smärtbehandling". Spri rapport 219, 1987, pp 55–63.
15. Nachemson, A: Ländryggssmärta. I: "Smärta och smärtbehandling". Spri rapport 219, 1987, pp 75–84.
16. Nachemson, A: Ryggsjuka mår bättre av arbete. Intervju i Göteborgs Posten 3/4 1988.
19. Samverkan i rehabilitering. Medicinska rehabiliteringskliniken i Borås och primärvården i Lerums kommun. Socialstyrelsen PM 89/85.
20. Wadell, G: A new model for the treatment of low-back pain. Spine 12:632–644, 1987.