

Sjukskrivning – sjukvård i skymundan

Claes-Göran Westrin

Frågan om sjukskrivning som sjukvårdsproblem har i anmärkningsvärd grad tappats bort i läkarutbildning och läkarpraxis men också kommit bort i samhällsdebatten. Ändå finns det olika möjligheter att utveckla en mer professionell kompetens för sjukskrivningen.

Detta är betydelsefullt med hänsyn till att vi lär ha världsrekord i sjukskrivningens omfattning. Detta kan ses som en indikator på vår höga välfärd och därvid vara något att glädjas åt men rymmer samtidigt risker: såväl risken att man använder stora samhällsresurser på ett tveklaktigt sätt som risken för passivering av den enskilde individen.

Professor Claes-Göran Westrin är överläkare vid socialmedicinska avdelningen, Akademiska sjukhuset.

Inledning

Följande översväganden skall ägnas frågan om sjukskrivning som ett sjukvårdsproblem.

Mina teser är två:

- att det är frågor som i anmärkningsvärd grad tappats bort i läkarutbildning och läkarpraxis och att sjukskrivning som *sjukvårdsproblem* faktiskt också tappats bort i samhällsdebatten
- att det finns flera tänkbara uppslag för att utveckla en mer professionell kompetens för läkarens medverkan vid sjukskrivning.

Förutsättningar för sjukskrivning

Låt oss som en utgångspunkt granska diskussionen om vad som kan orsaka sjukskrivning.

Man kan här grovt skilja ut olika antaganden, som florerar i människors dagliga föreställningar, i politisk och facklig debatt och i en mer vetenskaplig debatt.

1. Sjukskrivning avspeglar förekomsten av sjuklighet, sjukdomsfrekvens

Denna uppfattning kommer särskilt ofta till uttryck i massmedia. En ökad sjukskrivningsfrekvens för en viss yrkesgrupp föranleder tex gärna rubriker om att sjukligheten som sådan ökat för denna grupp.

Antagandet ifråga kan lätt avföras som naivt och oinitierat. Redan formellt kräver sjukskrivning sjukdom *plus* arbetsoförmåga. Det finns också en uppsjö på vetenskapliga undersökningar som visar mycket ofullständiga samband mellan sjukdomsförekomst och sjukskrivningsfrekvens. Denna uppsjö har snarast varit så massiv att man i den vetenskapliga och socialpolitiska debatten tenderat att tappa bort att sjukdom bör vara ett nödvändigt villkor för sjukskrivning och att detta villkor – enligt tillgängliga vetenskapliga undersökningar – också som regel är uppfyllt åtminstone vad gäller längre tids sjukskrivning.

Det finns från denna utgångspunkt alltså all anledning att anta att en effektivare medicinsk handläggning av underliggande besvär kan ha betydelse för att minska förekomsten av sjukskrivning.

2. Sjukskrivning avspeglar väsentligen förekomst av dålig arbetsmiljö

Detta har under det senaste decenniet varit den mest omhuldade uppfattningen i vårt land. Den har präglat den forskning som kvantitativt dominerat i

En effektivare medicinsk handläggning av underliggande besvär kan ha betydelse för att minska förekomsten av sjukskrivning.

sjukskrivningsfrågan, den samhälls- och beteendevetenskapliga forskningen.

Det är lätt att förstå att så blivit fallet.

Detta ligger redan i att arbetsoförmåga är ett lika nödvändigt villkor som sjukdomsförekomst. Ett paradexempel för att belysa den fysiska miljöns betydelse är att den rygginvaliderade grovarbetaren uppenbarligen har svårare att klara jobbet än den ryggbesvärade kamreraren. Den psykiska miljöns betydelse är också omedelbart begriplig: en läkare, direktör eller vetenskapsman som kan ha sitt yrke som hobby har rimligen en högre tröskel för sjukfrånvaro än den som upplever arbetet som en mer eller mindre nödtvungen plåga. Serier av vetenskapliga undersökningar bestyrker riktigheten i dessa omedelbart givna antaganden.

Dominansen av ifrågavarande tolkning har dock påtagliga svagheter.

En avgörande svaghet är att arbetsmiljöteorin under alla förhållanden blott kan svara för en begränsad förklaring av sjukskrivningsförekomsten. Sjukskrivningsfrekvensen kan vara väsentligt lägre i en gammal utdömd verkstadslokal, präglad av mycket traditionella psykosociala arbetsförhållanden, än i en hypermodern fabrik där man försökt olika arrangemang för att ta bort alla störande moment. På en och samma arbetsplats varierar sjukskrivningen mellan olika arbetstagare, sannolikt också mellan arbetstagare med likartat hälsotillstånd.

3. Sjukskrivning betingas av arbetslivets struktur

Denna faktor har under senare år kommit att uppmärksammas alltmer. Sjukskrivningen varierar ganska kraftigt mellan olika regioner och man kan ofta påvisa att sjuksjukta står i topp i kommuner med påtagliga problem beträffande arbetsmarknadens struktur, främst förekomsten av ett ensidigt näringsliv under stora svårigheter.

En illustration (1):

En lägre tjänsteman, drygt 50 år gammal, har varit anställd i nära 30 år på en industri. Han har ett mångårigt alkoholproblem men med gott stöd från arbetsplatsen och hustrun med bla ständig antabusmedicinering går det i långa perioder rik-

tigt bra. En à två gånger om året har han dock återfall och behöver en avgiftning plus kortare konvalescentvård på två à tre veckor. Han gör såvitt kan bedömas en acceptabel arbetsinsats.

Denna industri kommer nu inom kort att skära ned sin arbetsstyrka både på arbets- och tjänstemannasidan med cirka en tredjedel. Förhandlingar med fackliga organisationer och arbetsgivare pågår om turlista för friställande. Denna patient har en lång anställning och hör till dem som utan tvekan kommer att få stanna kvar och detta vet han om. I diskussionerna som förs mer informellt är han emellertid utsatt för ett mycket starkt tryck: Du kan väl ta förtidspension, Du som kan få sådan, och låta någon yngre, friskare, effektivare få jobbet.

Möjligen kan denna situation för honom minska motivationen att arbeta och kraften att stå emot alkoholproblemet, och kanske är det början på en tätare och längre sjukskrivning och efterhand förtidspensionering.

4. Sjukskrivning kan avspegla människors personliga sociala förhållanden (som i sin tur kan vara resultat av samhällsförhållanden)

Gifta kvinnor har tex högre sjuktal än gifta män, kvinnor med barn tenderar att ha högre sjukfrånvaro än kvinnor utan barn etc. Dessa förhållanden kan närmast förklaras som exempel på faktorer utanför arbetet – ansvar för daglig omsorg för familjen, långa resor till arbetsplatsen etc – som kan påverka benägenheten för sjukskrivning.

5. Sjukskrivning är ett uttryck för personliga vanor och ovanor, "livsstil"

Uppfattningen om benägenhet till sjukskrivning som uttryck för livsstil och personlighet torde vara ganska djupt rotad i en vardagsuppfattning, som kan formuleras som att den late sjukskriver sig gärna, den flitige ogärna.

Man möter detta som psykiater som en fördömd som återspeglas i den skam många rapporterar inför en längre sjukskrivning. Särskilt gäller detta aste-

.....
Sjukskrivning måste upplevas som en rättighet och inte som en lyx.
.....

niskt ambitiösa personer med psykiska besvär, vilka inte "syns" och som därför lättare skulle kunna misstänkliggöras av grannar och arbetskamrater.

Från sådana utgångspunkter är det främst angeläget att skapa respekt för att sjukskrivning måste upplevas som en rättighet och inte som en lyx.

Detta kan dock inte skymma att våra personliga vanor och preferenser måste färga också vår inställning till sjukskrivning. Tröskeln för att låta sjukskriva sig är ju i hög grad betingad av sociala normer. Den länge förhärskande normen har varit att arbetet är en plikt och vår frånvarofrekvens bör då rimligen påverkas av vår grad av normtrohet och plikttröhet. Förhållandena kompliceras i vårt nuvarande pluralistiska samhälle, där pliktnormen konfronteras med rakt motsatta signaler – att arbeta är ett nödvändigt ont, arbetet i vårt samhälle bara går ut på att skaffa onödiga prylar etc.

Betydelsen av livsstil och personlighetspsykologiska faktorer bekräftas av tillgängliga data och av vetenskapliga studier. Slående är den aktuella svenska sjukskrivningsstatistiken, där människor i yngre åldrar visar en högre sjukskrivningsbenägenhet än äldre generationer – något som svårigen kan tolkas som annat än uttryck för livsstil och inställning till nödvändigheten av att arbeta.

Vad gäller personlighetspsykologi har de få vetenskapliga studier som genomförts påvisat samband mellan hög sjukskrivningstendens och extraversion i Eysencks bemärkelse, alltså en utåtvänd personlighet med tendens till impulsstyrda beteenden samt mellan låg sjukskrivningsfrekvens och en tendens till en idealiserad bild av eller norm för den egna personligheten (2).

6. Sjukskrivning betingas av utformningen av sjukskrivningsförmånerna

Att en utbyggd sjukförsäkring medför högre sjuktal är ganska självfallet. Avsikten med en sådan reform är ju att människorna skall medges större möjligheter att stanna hemma från arbetet av hälsoskäl.

Den svenska sjukskrivningsstatistiken belyser också tydligt att varje mer väsentlig förbättring av sjukskrivningsförmånerna resulterat i en markant ökning av sjuktalet, alltså den genomsnittliga sjukskrivningsfrekvensen.

.....
Socialstyrelsen har på senare år företagit inspektioner hos "sjukskrivningsdoktorer", läkare som närmast bedrivit sjukskrivning som en slags medicinsk avlatshandel.
.....

7. Den kanske väsentligaste sjukskrivningen – i Sverige sjukskrivning längre än en vecka – attesteras av läkaren och är därför en expertfråga

En uppfattning med detta innehåll karakteriserar i viss mån den svenska lagstiftningen, däri att det krävs ett läkarintyg för frånvaro i mer än sju dagar – underförstått att läkaren/experten här ska kunna skilja agnarna från vetet.

Det bör nämnas att stadganden av denna typ inte på något sätt är en svensk specialföreteelse. Snarare tvärtom, däri att det i en rad andra länder – t ex Israel och Sovjet – faktiskt krävs läkarintyg från första dagens frånvaro.

Lagarna tilldelar alltså läkarens expertfunktion en snarast avgörande roll i sammanhanget.

Denna funktion har dock uppmärksamats ganska lite av forskning och samhällsdebatt.

Massmedia har av och till tangerat frågan men då i regel från ett ganska speciellt perspektiv. Företagsamma journalister har wallraffat som föregivna patienter hos olika läkare och triumferande rapporterat om hur många doktorer man kunnat "lura". Undantaget från denna mera sensationsbetonade journalistik har varit mera seriösa referat av de inspektioner som socialstyrelsen på senare år företagit hos vissa "sjukskrivningsdoktorer", dvs läkare som närmast bedrivit sjukskrivning som en slags medicinsk avlatshandel.

I den medicinska debatten har enstaka läkare tagit upp problemet i insändaraktiga inlägg med ungefär samma andemening som kvällstidningsreportagen. Det går ju alltid att lura doktorerna så varför då ta upp "dyrbar" läkartid med sjukskrivningsfrågor?

Hur kan sjukskrivningen påverkas?

Förekomsten av sjukskrivning betingas alltså av en

Det är ett solidaritetskrav att inte den ene av bekvämlighetsskäl tillskansar sig ledigheter som förmenas en annan, därför att denne solidariskt sköter sitt arbete.

rad var för sig ganska komplexa faktorer.

Man kan då fråga sig vilka faktorer som det finns anledning att försöka påverka och som i så fall kan påverkas medvetet från samhällets sida eller professionellt.

Vad gäller den förstnämnda frågan finns i tider av social nedrustning från socialmedicinska utgångspunkter anledning att värna om rätten till sjukskrivning. Man bör särskilt göra klart för sig att vissa grupper i slitsamma, ohälsosamma arbetsmiljöer kan behöva större möjligheter till frånvaro från arbetet för att kunna bibehålla sin hälsa och tillförsäkra sig livskvalitet i nivå med andra grupper i samhället.

Samtidigt gäller att en alltför stor benägenhet för sjukskrivning kan medföra risker för den enskilde i form av ökad passivitet och ökad tendens till sekundärvinster. Därtill kommer risken för att en schablonmässig sjukskrivning (med kanske efterföljande förtidspension) i vissa situationer kan medverka till utslagning av betingat arbetsföra såsom i det ovan relaterade fallet från en permitteringsdrabbad industri.

Även från fördelningspolitiska aspekter erbjuder frågor om sjukskrivningens villkor avvägningsproblem.

Det är ett solidaritetskrav att den som är sjuk och svag ska befrias från arbete för att inte lida ytterligare. Men det kan också vara ett solidaritetskrav att inte den ene av bekvämlighetsskäl eller på grund av livsstil tillskansar sig ledigheter som förmenas en annan därför att denne solidariskt sköter sitt arbete även om det tar emot på grund av smärre krämpor. Vi har vidare begränsade ekonomiska resurser och man måste här – ånyo solidariskt – föra en diskussion om hur mycket som ska gå till sjukskrivning för smärre eller större åkommor och hur mycket som ska komma barnfamiljer och äldre till del genom andra socialpolitiska åtgärder.

De nu relaterade avvägningsproblemen måste beaktas både på samhällsnivå, främst vid utformning av socialförsäkringssystemet, och på individnivå, i behandlingen av den enskilde patienten.

I förstnämnda fallet kan krävas att sjukförsäkringssystemet på något sätt inordnas under de prioriteringsdiskussioner som gäller annat resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården och socialvården. Att skaffa fram en arbetsplats anpassad till ett partiellt handikapp kan kosta pengar och problem för den lokala arbetsplatsen men de pengar som sjukskrivning och förtidspension kostar syns inte. Sven Larsson har här lanserat ett intressant förslag att finansiering av all inkomstförsäkring skulle förläggas till en så decentraliserad samhällsnivå att det kunde bedömas i samband med andra kostnader.

”Det bör inte te sig attraktivt att vältra över kostnaderna på en annan instans i stället för att använda pengarna till konstruktiva och aktiva problemlösningar. I en kommun får man bedöma om partiellt arbetsföra skall hjälpas genom att förtidspensioneras eller om man skall ordna arbetsplatser i företag eller på särskilda skyddade arbetsplatser”. (3)

Vad kan doktorn betyda?

Vid behandlingen av den enskilde individen bör sjukskrivningens villkor utformas så att de

- tillförsäkrar en patient möjligheter att under sjukdomsperioder befrias från ett arbete som ogynnsamt påverkar hans hälsa
- minimerar risken för passivisering och sekundär sjukdomsvinst
- minimerar risken för utslagning från arbetslivet
- medger vissa möjligheter till kontroll av att rätten till arbetsfrånvaro inte missbrukas.

Behandlingen måste genomföras med stor hänsyn till människors integritet och rätt att själva påverka

Experternas roll kan inte bli den allt bestämmande myndighetspersonen utan snarare den professionella konsultens.

.....
Läkaren tycks ha föga betydelse när det gäller om sjukskrivning kommer till stånd eller ej men stor betydelse för längden av sjukskrivningen.
.....

sitt förhållande till sin arbets- och livssituation. Patienten själv bör vara den centrala aktören redan därför att sjukskrivningen aldrig och ett avslutande av sjukskrivningen sällan kan genomföras utan hans eller hennes medgivande. Patienten har också själv en central bit av kunskapen – om än inte hela kunskapen – om han eller hon orkar med sitt arbete.

Experternas – läkarens, försäkringstjänstemannens, socialarbetarens – roll får och kan därför inte bli den allt bestämmande myndighetspersonen utan snarare den professionella konsultens. Konsultarbetet ska i första hand tjäna patientens intressen men måste också innefatta hänsyn till samhällets behov av kontroll.

Den professionella kompetensen måste innefatta en bred kunskap om medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, i sistnämnda fall särskilt kunskaper om arbetsmiljö och arbetsmarknad.

Detta förutsätter i mer komplicerade fall ett lagarbete som innefattar socialarbetare, arbetsvårdare och kanske även arbetsledning och arbetskamrater.

I den löpande verksamheten och även i det nämnda lagarbetet har dock läkaren centrala uppgifter.

Denna läkares betydelse i sammanhanget kan belysas med några exempel från klinisk och socialmedicinsk praxis.

Det finns ringa av epidemiologiskt inriktad forskning på området men den forskning som finns talar ett ganska entydigt språk. Fortuin (4) kunde redan på 1950-talet visa anmärkningsvärda skillnader i sjukskrivningsmönstret bland en grupp holländska allmänläkare. Hans resultat tydde på att läkaren hade föga betydelse när det gällde om sjukskrivning kom till stånd eller ej men stor betydelse för längden av sjukskrivningen.

Läkarens roll i sammanhanget kan också belysas av anekdotiska exempel på en dålig sjukskrivnings-

praxis som inte kan tjäna något förnuftigt ändamål.

Ett exempel mötte jag på en middag härförleden. Min bordsgranne hade fått en vänstersidig radiusfraktur och plåstrats om på en kirurgmottagning. Som avslutande åtgärd överlämnade den behandlande läkaren ett sjukintyg på tre veckor.

Patienten var i detta fall cheftjänsteman vid försäkringskassan och kunde alltså med viss triumf undervisa sin doktor om att en del jobb kan klaras utmärkt utan användande av vänster arm.

Exemplet visar att rätten att sjukskriva kan missbrukas – något som ytterligare belyses av förekomsten av de tidigare nämnda "sjukskrivningsdoktorerna".

Möjligheterna att i ett socialmedicinskt lagarbete bedriva en konstruktiv intervention kan illustreras med erfarenheter från Volvo-Skövde-verken (5).

Carl-Axel Heijbel och medarbetare har här genomfört en hårdbevakning av halvlånga sjukskrivningsperioder (från sex veckors sjukskrivning). Bevakningen har innefattat en intensifierad personlig sjukvård, försök att bättre anpassa arbetsmiljön till individen, engagemang av arbetsledning och arbetskamrater för att underlätta återinträde i arbetet etc. De preliminära resultaten har varit mycket lovande, betydande minskning av antalet långa sjukskrivningsperioder liksom tendensen till förtidspension (5).

Slutligen finns också erfarenheter av läkarundersökningarnas betydelse som kontrollåtgärd. Frekvensen av misstänkt överförbrukning av korttids-sjukskrivning har i flera studier visat sig drastiskt minska vid krav på läkarintyg från första dagen.

Det ganska begränsade forsknings- och utvecklingsarbetet som finns talar alltså ganska entydigt för att läkaren i varje fall inte saknar betydelse när det gäller att påverka sjukskrivningsmönstret.

Hur går då detta ihop med uppfattningen att det är så lätt att "lura doktorn"?

.....
Misstänkt överförbrukning av korttids-sjukskrivning har visat sig drastiskt minska vid krav på läkarintyg från första dagen.
.....

Det finns två ganska näraliggande förklaringar.

Den ena gäller vikten av patientens inställning. I de spektakulära massmediaexemplen har "patienten" haft en entydig önskan att med snart sagt vilka medel som helst erhålla en sjukskrivning. Nu torde en sådan inställning (särskilt när den kombineras med viss journalistisk rutin) på de flesta områden garantera att man kan tillskansa sig mer eller mindre påtagliga fördelar. Det i sammanhanget väsentliga är i vilken mån sagda inställning kan känneteckna verkliga patienter. Om detta vet vi anmärkningsvärt lite (även om det tvivelsutan skulle kunna belägas med lämplig forskning). En bästa gissning är att en sådan regelrätt rekvisition av sjukskrivning kan vara vanlig vid korttidssjukskrivning, vilket skulle kunna förklara Fortuins fynd att doktorn knappast påverkar incidensen av sjukskrivningen. Men en entydig inriktning på fortsatt sjukskrivning kan vara mindre vanlig redan efter någon veckas sjukfrånvaro, då situationen för många patienter kan kännetecknas av osäkerhet och ambivalens. Vad är det jag lider av? Kommer det att vara länge? Kan det vara farligt att arbeta? Vad är egentligen mest otureligt – att gå hemma ensam med besvären eller tvingas arbeta men ändå ha något för händer och folk omkring mig? etc. I en sådan situation får rimligen expertens-läkarens bedömning en helt annan roll än vid en betydligt problemfriare korttids-sjukskrivning.

Betydelsen av att patienten fått sakkunnig assistans kan öka kraftigt i den mån det också – som i erfarenheterna från Volvo-Skövde-verken – gäller att förändra arbetsplatsen så att det underlättar patientens återinträde.

Den andra förklaringen till nedvärderingen av doktors betydelse kan ligga i att många läkare själva har en diffus och osäker attityd till sjukskrivningsfrågan. Orsakerna därtill kan vara många: en som regel underdimensionerad och försummad socialmedicinsk utbildning, läkarverksamhetens bristfälliga anknytning till samhälls- och arbetsliv, en ofta till bioteknik stympad läkarverksamhet etc – på senare år ytterligare förstärkt av en på många håll omhuldad nedvärdering av den traditionella läkarrollen ("läkarens omnipotens").

Detta kan i sin tur ha en rad olika orsaker, bl.a.

.....
Man får en översjukskrivning av samma karaktär som överförskrivning av olika mediciner.
.....

just att vi har ett så bristfälligt forskningsunderlag för en mer professionellt präglad sjukskrivning.

Om man därtill lägger att många läkare arbetar på löpande band under stark tidspress riskerar man att sjukskrivningen snarast blir en automatisk åtgärd som i det relaterade fallet med försäkringstjänstemannen. Man får en översjukskrivning av samma karaktär som överförskrivningen av olika mediciner.

Allt detta är förhållanden som kräver åtgärder i tre avseenden: beträffande organisationen av sjukskrivningsarbetet, forskningen och utbildningen.

Organisationen av arbetet

Sjukskrivningsarbetet måste organiseras så att det möjliggör adekvata och konstruktiva insatser. Angelägna organisatoriska förändringar är här främst fortsatt utbyggnad av primärvården med dess möjligheter till nära kontakt med lokala arbetsplatser och lokala sjukvårds-, socialvårds- och arbetsvårdsresurser.

Ett ännu olöst problem är hur man skall kunna bäst samordna distriktsläkarnas och företagshälsovårdens insatser. Målsättningen måste vara att den sjukskrivande allmänläkaren verkligen erhåller tillräcklig kunskap om och kontakter med lokala arbetsmiljöer. Personligen ser jag det därvid som angeläget att utveckla och studera *olika* möjligheter, innefattande bl.a. en utvidgning av företagsläkarens "familjeläkarroll" kombinerat med utökade försök att engagera distriktsläkare i företagshälsovården framför allt när det gäller mindre arbetsplatser.

Forsknings- och utvecklingsarbete

De forskningsinsatser som behövs är i bredaste mening tvärvetenskapliga. Från humanistisk-samhällsvetenskapliga aspekter skulle man tex välkomna studier och analyser av mål och värderingar som

karaktiserar lagar och praxis på sjukskrivningsområdet – inte minst en belysning av de målmotsättningar som föreligger och deras bakgrund i den politiska och arbetsmarknadsmässiga situationen.

Från socialpsykologiska aspekter skulle man önska mer direkta studier av människors sjukskrivningsbeteende, vilka motiv individerna upplever och anger som omedelbara orsaker till arbetsfrånvaro men också relationen mellan frånvaro och personliga och samhälleliga attityder – attityderna på arbetsplatsen, patientens och arbetskamraternas attityder till arbetssituationen men också till sjukskrivningens ekonomiska konsekvenser.

Från kliniska och socialmedicinska aspekter kan krävas en vidareutveckling av epidemiologiska studier av den typ där tex Gunnar Lindgren varit en pionjär genom sina studier av sambandet alkoholproblem-sjukfrånvaro (6) och medverkan i den klassiska studien av de långtidssjukskrivna i samhället (7). Högst angelägna är också vidareutveckling av olika interventionsstudier av tex den typ Carl-Axel Heijbel påbörjat. Väsentligt är dock att sådana studier genomföres med kontrollmaterial och med kohorter under en längre tid. Det är därvid väsentligt att inte bara belysa risken med översjukskrivning utan också med undersjukskrivning.

Ett ovan redovisat antagande är att läkarna genom otillräcklig utbildning och olämpligt arbetssätt hittills varit illa rustade för sjukskrivning. Även detta måste givetvis närmare prövas och då med metodik som hämtats från hälso- och sjukvårdsforskning. Studier behövs här av läkarnas kunskaper på området ifråga, på vilket underlag de fattar sina sjukskrivningsbeslut, deras attityder till sjukskrivningsfenomenet samt av möjligheterna att förbättra läkarnas insatser genom utbildning, bättre förankring i det lokala arbetslivet etc.

I samma perspektiv bör man också studera andra yrkeskategoriers – sjuksköterskors, kurators, psykologers liksom försäkringstjänstemännens –

.....

Det är väsentligt att inte bara belysa risken med översjukskrivning utan också med undersjukskrivning.

.....

betydelse för sjukskrivning och behovet att i sammanhanget tillämpa lagarbetsprinciper.

I dessa olika perspektiv kan också den mer traditionella arbetssociologiska forskningen få en ny betydelse som referenspunkt för såväl den epidemiologiska forskningen som olika interventionsförsök. Det ligger nära till hands att tänka sig att orsakssamband och lyckade interventioner på en arbetsplats kan misslyckas på en annan arbetsplats och då just beroende på speciella förhållanden i arbetsmiljön, urvalet av medarbetare i företaget etc.

Utbildningen

Den utbildning som idag bibringas den blivande eller unge läkaren beträffande sjukskrivning kan beskrivas som torftig, diffus och ganska slumpartad. Han eller hon måste förvisso lära sig de rent formella bestämmelserna. Därtill aktualiseras sjukskrivning av och till i samband med diskussioner om intyg samt i anslutning till vissa kliniska ämnen – där man ger vissa riktmärken beträffande hur länge en gallopererad behöver vara sjukskriven etc.

Att utbildningen är så otillfredsställande kan också detta förklaras av en bristfällig vetenskaplig tradition.

Det finns dock redan idag en viss ”beprövad erfarenhet” som kan ge underlag för en förbättrad grundutbildning men kanske särskilt bättre betingelser för handledning under tex läkarnas allmän-tjänstgöring.

Några exempel:

En mer regelbunden drill för att få alla läkare att automatiskt relatera medicinska problem till arbetskraven (jämför fallet med försäkringstjänstemannen ovan).

Fortlöpande diskussioner om möjligheterna att dosera sjukskrivningstiden så rätt som möjligt. Här finns sannolikt betydligt ökat utrymme för att ta hänsyn till de vetenskapliga underlag som finns beträffande det förväntade beloppet av olika sjukdomar och sjukdomsförlopp. Man kan också öva upp sin fantasi när det gäller att tex ge asteniska individer en tillräcklig primär dos av sjukskrivning så att inte andrummet under sjukskrivningsperioden fördärvas av att patienten hela tiden ängslas för när han ska återgå till arbetet (i det enskilda fallet är det

.....
Rutiner behövs att regelmässigt sätta in alla tänkbara rehabiliteringsåtgärder när sjukskrivningen börjar komma upp i fyra–fem veckor.
.....

givetvis lika viktigt att undvika undersjukskrivning som onödig sjukskrivning).

Rutiner att regelmässigt sätta in alla tänkbara rehabiliteringsåtgärder när sjukskrivningen börjar komma upp i fyra–fem veckor, särskilt vid mer diffusa allmänna sjukdomssymtom (rygginsufficiens, gastriter etc). Här behöver man vända upp och ner på nuvarande praxis, där dessa patienter ofta får ett återbesök i en pressad mottagning, där doktorn är angelägen att klara av dem så fort som möjligt, varvid den enklaste vägen kan vara fortsatt sjukskrivning plus symtommedicin mot värken.

En särskild uppmärksamhet måste ägnas sjukskrivning av personer med alkoholproblem. Här finns vissa positiva erfarenheter av sjukskrivning en dag i sänder, förknippad med antabusmedikation eller andra åtgärder som ger viss insyn i att sjukskrivningstiden inte används enbart till fortsatt drickande. I samma perspektiv: vikten att man inte som tillfälligt fungerande jourdoktor klampar in och tex sjukskriver en alkoholist för en kortare eller längre tid på grund av ett smärre olycksfall. Det kan spoliara den rehabiliteringsplan som omsorgsfullt gjorts upp av patienten tillsammans med socialassistent och distriktsläkare (en plan som patienten av och till kan vara benägen att svika).

Man kan också påminna om möjligheten att avsluta en sjukskrivning på en onsdag för att ge patienten möjligheten att mjukstarta över torsdag och fredag med ett litet andrum innan arbetet börjar på nytt på måndagen. Som det nu är har vi en närmast komisk sjukskrivningsstatistik med nästan alla sjukskrivningar om mer än en vecka avslutade på en söndag.

En lämplig utgångspunkt för utbildningen kan också vara några enkla uppgifter om omfattningen av läkarens ansvar.

Här gäller att 1980 den genomsnittligt kliniskt

verksamme läkaren i Sverige i öppen vård attesterade för i runt tal 1 000 000 kronor, varav 800 000 i sjukpengar (många läkare måste då givetvis stått för mindre summor och många för större belopp).

Här kan man verkligen ställa frågan om dessa avsevärda belopp kommer rätt patienter till del. Vidare om summan representerar en lämplig avvägning mellan samhällets och individernas intressen.

Sist men inte minst: hur mycket av dessa resurser som är rent slagg – enbart uttryck för en otillfredsställande rutin.

Redan en måttlig reduktion av summorna ifråga skulle ju faktiskt innebära en tackning av stora delar av läkarens egen lön!

Slutord

Behovet av mer forskning och utvecklingsarbete när det gäller sjukskrivningsfrågan kan även motiveras av att vi på detta område endast i begränsad utsträckning kan ta erfarenheter från utlandet. Ländernas system för sjukskrivning är i regel olika sinsemellan och det finns knappast något lands försäkringssystem som kan översättas till svenska förhållanden. Det som möjligen kan sägas är att våra sjukskrivningsförmåner ligger ovanligt högt vid de flesta internationella jämförelser.

Vi lär också ha världsrekord i sjukskrivningens omfattning.

Detta kan förvisso ses som en indikator på vår höga välfärd och därvid vara något att glädjas åt, men det är samtidigt ett världsrekord som rymmer risker. Lika stora risker som ett annat uppmärksammat rekord, vår höga kvot av sjukhusplatser.

I båda fallen finns såväl en risk att man använder stora samhällsresurser på ett tvivelaktigt sätt och en risk för passivisering av individen.

I sistnämnda fallet vet vi att långvarig arbetslöshet kan leda till en liknöjdhet och en nedsatt själv-

.....
Den kliniskt verksamme läkaren i Sverige i öppen vård attesterade 1980 för i runt tal 1 milj kronor, varav 800 000 i sjukpengar.
.....

känsla, en försjunkhet i en inaktiv och känslomässigt fattig tillvaro, av Gunnar Inghe betecknad som en social atrofi. Det finns all anledning att anta att en långvarig sjukskrivning fungerar på samma sätt – något som Carl-Axel Heijbel uttryckt så att svenska läkare ofta behandlar sina patienter till pensionering. Särskilt i det perspektivet framstår sjukskrivning som en central sjukvårdsfråga som alltför länge försummats.

REFERENSER

1. Larsson S (1981): Personligt meddelande
2. Taylor P J (1968): Personal factors associated with sickness absence. *Brit J Industr Med* 25, 106
3. Larsson S (1981): Vården och försäkringssystemet i Lagergren-Lund: Tankar om den framtida vården, volym III, Liber Förlag
4. Fortuin G J (1955): Sickness absenteeism. *Bulletin of WHO* 13, 513
5. Heijbel C-A (1981): Personligt meddelande
6. Lindgren G (1957): Alkohol och arbete. *Läkartidningen* 54, 3613
7. Långtidssjuka i våra storstäder 1962 (1965): Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 32.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Barn i samhället, nr 7-8/79

Klyftan är stor mellan barnets "rätt" och barnets egen verklighet – materiellt, socialt och känslomässigt. Därför behöver vi också i Sverige se över barnets situation. Detta menar numrets gästredaktör psykolog Ruth Larsson, Malmö, och redovisar artiklar kring detta tema.

Storstadssyngdomars syn på tillvaron, nr 2/80

Ingrid Klackenborg-Larsson och Katarina Björkman redovisar i detta temanummer intervjuer och resultat av frågeformulär som belyser ungdomars inställning till syskon och kamrater, förhållandet till det motsatta könet, inställningen till äktenskap, familjebildning och könsroller, vuxenroll, politik och religion. Det ges också uppgifter om ungdomars bruk av alkohol, narkotika, thinner och tobak. Man har också sökt mäta ungdomars uppfattning om graden av samstämmighet mellan sig och föräldrarna, när det gäller inställning till arbete, familjesituation och samhälle.

Numren kan rekvideras från

Socialmedicinsk tidskrift

172 83 Sundbyberg

Tel 08/87 34 91 Postgiro 1179-1

gå med i
Sveriges
Akademikers
Nykterhetsförbund

Medlemsförmån: Årsprenum. "Alkohol och Narkotika".
Sänd talongen till SAN, Box 5071, 102 42 STOCKHOLM.
1981 års medlemsavgift 35:-. Postgiro 46 21 65-2.
Telefon 08-63 00 80. Ordf. Åke Elmér, telefon 046-11 66 59.

Namn

Bostadsadress

Postnummer

Postadress