

Begränsad kunskap om sjukfrånvarons konsekvenser

Möjligheten till anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro och viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst vid sjukdom och skada som satt ned arbetsförmågan är central i de flesta välfärdssamhällen och för individens ekonomiska trygghet [1]. När det gäller möjliga positiva aspekter av att vara sjukskriven är några självklara, såsom tid för deltagande i behandling och rehabilitering och för återhämtning av arbetsförmåga.

I detta nummer av Läkartidningen publiceras en litteraturöversikt om möjliga negativa och positiva konsekvenser av att vara sjukfrånvarande. Även om översikten har flera begränsningar bekräftar den tidigare fynd om hur synnerligen knapphändig det vetenskapliga kunskapsunderlaget är om detta. Fortfarande gäller SBU:s slutsats från år 2003: inte bara fler, utan framför allt bättre studier behövs inom området [1]. Det finns dock en ökad medvetenhet om möjliga så kallade biverkningar av att vara sjukfrånvarande. I Sverige har termen »sjukskrivningsskada« myntats [2], och i många regioner får patienten en så kallad bipacksedel vid sjukskrivning. Redan för flera decennier sedan infördes möjligheten att i stället för sjukpenning få ersättning för taxiresor till jobbet, om patienten kunde utföra sitt arbete men inte ta sig till och från arbetsplatsen. Detta kunde gälla vid till exempel gipsat ben på grund av en fraktur. Denna åtgärd baserades på anekdotiska iakttagelser av en



Kristina Alexanderson, professor

i socialförsäkring, avdelningen för försäkringsmedicin, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet
 ● Kristina.alexanderson@ki.se

inte ovanlig »biverkan«, nämligen kraftigt ökat alkoholintag under de 6 veckors sjukfrånvaro som rekommenderades då.

För patienter i arbetsför ålder är sjukskrivning en relativt vanlig åtgärd i delar av svensk hälso- och sjukvård. Enligt Socialstyrelsen ska sjukskrivning ses som en integrerad del av vård och behandling av en patient [3]. Det innebär att arbetet med sjukskrivning ska ledas, styras och kvalitetssäkras

enligt samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet [3].

Att som läkare basera sjukskrivning på »vetenskap och beprövad erfarenhet« är dock svårt. För det första är det vetenskapliga kunskapsunderlaget mycket begränsat när det gäller för- och nackdelar för patienten med att vara sjukfrånvarande: de allra flesta sjukfrånvarostudier handlar om riskfaktorer för att bli sjukskriven, och några om vad som hindrar och främjar återgång i arbete, men endast ett fåtal handlar om möjliga positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukfrånvarande, det vill säga det som sjukskrivande läkare behöver information om. För det andra är även den »beprövade erfarenheten« på området mycket begränsad, i meningen erfarenheter som är dokumenterade, sammanställda, kritiskt granskade och gemensamt genomtänkta.

När det gäller möjliga positiva och negativa konsekvenser av sjukfrånvaro, så kan de naturligtvis förekomma på olika strukturella nivåer: för samhället, arbetsgivaren, försäkringsbolag, familjen och den enskilde patienten [4]. För patienten kan sådana konsekvenser gälla ett flertal olika aspekter, såsom yrkeskarriär på kort och lång sikt, ekonomi, sociala kontakter, livsstil, självförtroende, funktionsförmåga, framtida sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning, hälsa, välbefinnande, morbiditet (både den som legitimerat sjukskrivningen och annan) samt förtida död [1, 4]. Behovet av fler och bättre studier om detta är mycket stort!

Dessutom saknas kunskap om när, det

vill säga hur snart under sjukskrivningen, sådana eventuella biverkningar uppstår. Det är till exempel oklart om de visar sig efter 3 dagar, 3 veckor, 3 månader eller 3 år eller om detta har något samband med hel- eller deltidssjukskrivning, med diagnosen eller med multisjuklighet. Andra aspekter som det saknas kunskap om är huruvida sådana biverkningar har sam-

»För närvarande baseras fortfarande en stor del av besluten om sjukpenningförsäkringens utformning på tyckande snarare än vetande.«

band med typ av arbete, typ av anställning eller patientens kön och ålder. Ytterligare ett område som både sjukskrivande läkare och patienten behöver kunskap om är hur biverkningarna kan förebyggas respektive hanteras om de uppstår.

Naturligtvis måste även eventuella biverkningar av alternativet, det vill säga att inte vara sjukfrånvarande, beaktas.

Uttrycket »konsekvenser av sjukfrånvaro« indikerar ju ett direkt orsakssamband. Eftersom de flesta studier om sjukfrånvaro är observationsstudier kan de naturligtvis inte användas för uttalanden om sådana orsakssamband. Det är dessutom en vetenskaplig utmaning att skilja konsekvenser av sjukdomen från konsekvenser av att vara sjukskriven i den sjukdomen. Såväl våra unika, stora och riktäckande databaser som olika typer av enkät- och intervjudata kan användas för sådana studier. Denna potential kan utnyttjas betydligt bättre, och riktade medel behövs för långsiktig sådan forskning.

Socialstyrelsen har tagit fram försäkringsmedicinska beslutsstöd till vägledning för om, när och hur länge sjukskrivning kan vara påkallad. Sådana beslutsstöd finns för drygt 100 olika diagnoser och åtgärder och används i stor utsträckning [5]. Att de kallas beslutsstöd och inte

HUVUDBUDSKAP

- Sjukfrånvaro är en vanlig rekommendation i svensk hälso- och sjukvård och ska som sådan baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Kunskapen om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukfrånvarande är dock mycket begränsad. För bättre beslutsunderlag behövs såväl mer som bättre forskning om detta.
- Läkare behöver bättre organisatoriska förutsättningar för att kunna utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens.



När det gäller termerna »sjukskrivning« och »sjukfrånvaro« handlar de genomförda studierna huvudsakligen om konsekvenser av att vara sjukfrånvarande, inte om konsekvenser av läkarens sjukskrivning.

riktlinjer beror på det bristande vetenskapliga underlaget inom området. Beslutsstöden baseras i stället på experters kunskap om hur de olika tillstånden kan påverka funktions- och aktivitetsförmåga hos personer med fysiskt tungt respektive lätt arbete. Detta upplägg är en stor fördel jämfört med hur motsvarande beslutsstöd tagits fram i exempelvis USA.

Enligt flera omfattande studier är läkare i Sverige tydliga med att de önskar ökad kompetens (det vill säga kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) när det gäller hantering av patienters sjukskrivning samt bättre förutsättningar för professionell hantering av sjukskrivning [5]. Förbättringspotentialen är stor när det gäller organisatoriska förutsättningar för läkare att kunna utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens. Detta gäller flertalet kliniska verksamheter, och särskilt primärvården [5]. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning behöver stärkas ytterligare - trots att detta var ett av huvudsyftena med den tidigare så kallade sjukskrivningsmiljarden, då

regeringen under många år fördelade en miljard kronor per år till regionerna för förbättring av deras arbete med sjukskrivning av patienter [5].

Det har gjorts ett stort antal interventioner i Sverige liksom i andra länder för att påverka sjukskrivningsprocessen, läkares och hälso- och sjukvårdens roll i den samt incidens och duration av sjukskrivningar [5]. Tyvärr har åtgärderna sällan utvärderats vetenskapligt, vilket innebär att de inte lett till mer kunskap.

När det gäller de två termerna »sjukskrivning« och »sjukfrånvaro« kan det vara värt att notera att genomförda studier huvudsakligen handlar om så kallade konsekvenser för patienter av att vara sjukfrånvarande, alltså inte om konsekvenser av läkarens sjukskrivning. Läkaren »sjukskriver«, skriver ett intyg, som patienten behöver som underlag för att få rätt till sjuklön från arbetsgivaren och sedan till sjukpenning från Försäkringskassan och andra försäkringsbolag. Termen »sjukfrånvaro« handlar om att personen är sjukfrånvarande, det som kan bli resultatet av läkarens sjukskrivning (förutsatt att patienten följer läkarens rekomen-

eration om att vara sjukfrånvarande och att arbetsgivaren och Försäkringskassan godkänner patientens ansökan om sjuklön/sjukpenning). Studier om biverkningar och positiva effekter av ett läkemedel handlar på motsvarande sätt vanligen inte om huruvida läkaren skrivit ett recept, utan om att patienten hämtat ut och använt läkemedlet.

För närvarande baseras fortfarande en stor del av besluten om sjukpenningförsäkringens utformning på tyckande snarare än vetande. När det genomförs förändringar i regelverk och i rutiner bör det samtidigt alltid beslutas om tydliga, fullt finansierade planer för tvärvetenskaplig utvärdering av förändringarna, så att vår omfattande sjukpenningförsäkring kan vara kunskapsbaserad, fungera och hanteras optimalt samt ha fortsatt hög legitimitet i befolkningen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2026;123:26011

REFERENSER

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003. SBU-rapport nr 167.
2. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
3. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-11-8831.
4. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2015.
5. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, et al. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018. Stockholm: Karolinska institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, institutionen för klinisk neurovetenskap; 2018.