

Att skrivas sjuk eller självt ta ansvar för sin arbetsförmåga?

Många olika orsaker till och åtgärder mot den ökande sjukfrånvaron har under det senaste året diskuterats i massmedier och fackpress. Är det ändamålsenligt att läkaren skall bekräfta och dosera sjukfrånvaro? Låt i stället individen ta ansvar för bedömningen av sin bristande arbetsförmåga genom att själv sköta sjukskrivningen! föreslår Lars-Gunnar Gunnarsson och Börje Ekman. I sin artikel presenterar de en idéskiss till förändrat perspektiv och efterlyser fler uppslag kring vilken roll behandlande läkare skall ha.

LARS-GUNNAR GUNNARSSON
docent, överläkare vid neurokliniken
samt stressforum vid yrkes- och miljö-
medicinska kliniken, Universitetssjuk-
huset, Örebro
lars-gunnar.gunnarsson@orebroll.se

BÖRJE EKMAN
distriktsläkare, Pilgårdens vårdcentral,
Degerfors
borje.ekman@orebroll.se

■ De senaste fem åren har antalet sjukskrivna fördubblats, och i april 2002 erhöll 350 000 personer sjukpenning från sjukförsäkringen. Drygt 60 procent av dem var kvinnor. De ökade sjukskrivningarna gäller alla åldersgrupper. Mellan 1998 och 1999 ökade antalet sjukskrivna med 30 procent, men öknings-takten har minskat och var år 2001 12 procent.

Samtidigt har sjukskrivningarna blivit allt längre, vilket innebär att kostnaderna för sjukskrivningar ökat betydligt snabbare än antalet sjukskrivna personer. Antalet beviljade förtidspensioner ökar också.

En otrygghetschock

Med intervjuer av slumpmässiga stickprov från befolkningen har SCB sedan 1975 undersökt folkhälsan. En sammanställning av resultaten för tidsperioden 1975–1995 ger en bakgrund till den ökning av sjukfrånvaron som senare tillkommit [1]. Från 1990 såg man framför allt i de yngre åldersgrupperna en markant ökning av nervösa symtom och försämrad sömn.

I rapporten redovisas flera samhällsförändringar som skedde i slutet av 1980-talet såsom ökad arbetslöshet, ökade inkomstklyftor och minskade transfereringar med sänkta ersättningsnivåer. Förändringen av arbetsplatserna med en omfattande datorisering ställde också nya krav på kompetens. Livet blev

mindre förutsägbart och svenska folket drabbades av en otrygghetschock [1].

Arbetsplatsfobi

Under 1990-talets första år genomfördes omfattande besparingsåtgärder med minskning av antalet anställda i vård, skola och omsorg samtidigt som verksamhetens omfattning ökade. Det är framför allt bland anställda i offentlig verksamhet som sjukskrivningarna ökat och där dominerar stressrelaterade diagnoser (utbrändhet, utmattningsdepression, olika funktionella somatiska syndrom). Dessa personer söker läkare för olika psykosomatiska symtom och upplevd ohälsa. Patienter som upplever sig ha dålig hälsa kopplar ofta detta till arbetsförhållandena och tror att sjukskrivning är lämplig behandling. Även om läkaren är tveksam till sjukskrivning genomdriver patienterna oftast att de blir sjukskrivna [2].

Tyvärr har det ofta visat sig mycket svårt att få tillbaka patienter i arbete om de varit sjukskrivna några månader – en form av arbetsplatsfobi har istället utvecklats. Utbildning av läkarna i försäkringsmedicin och mer samarbete mellan försäkringsläkare och företagshälsovård skulle sannolikt förbättra läkarkårens förmåga att använda sjukskrivning som ett led i rehabilitering [3].

Arbetsförmåga

För rätt till sjukpenning krävs enligt Lagen om allmän försäkring att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt till följd av sjukdom [4]. I det medicinska underlaget för sjukpenning intygar sjukskrivande läkare förekomst av såväl sjukdom som arbetsförmåga. Sjukdom behöver dock inte automatiskt medföra nedsatt arbetsförmåga. Inte heller behöver upplevelse av nedsatt arbetsförmåga bero på sjukdom.

Eftersom läkaren oftast inte har ingående kännedom om patientens arbets-

uppgifter och ej heller har möjlighet att testa patienten i dessa är läkaren i praktiken för sin bedömning helt hänvisad till vad patienten uppger om arbetsförmågan.

I realiteten är det idag patientens egen värdering som ligger till grund för om läkaren skall sjukskriva, dvs att med sin signatur styrka att patienten är sjuk och oftast är utan arbetsförmåga (heltids-sjukskrivning). Med sin signatur övertar läkaren patientens ansvar för ständig omprövning av arbetsförmågan och för rehabilitering. Då patienten »skrivs sjuk« av läkaren blir patienten passiviserad och väntar på att läkarens åtgärder skall återskapa hälsan.

Huruvida ohälsan nedsätter individens förmåga att klara sina arbetsuppgifter eller medför behov av en tillfällig anpassning härav värderas sannolikt bäst av individen själv tillsammans med arbetsgivaren. Om individen själv finge ett större ansvar för sin sjukskrivning tror vi att det skulle bli en tydligare koppling till och bättre värdering av aktuell arbetsförmåga.

Eget ansvar för sjukskrivningen

Låt oss göra tankeexperimentet att individen själv måste ta ansvar för bedömningen av bristande arbetsförmåga genom att själv sköta sjukskrivningen! Och att fortsatt sjukskrivning villkoras till olika tidsbestämda kontrollstationer (kontakter) som skall underlätta återgång till arbetet.

Den första kontrollen bör liksom nu vara besök hos läkare för bedömning och initiering av behandling av den sjukdom som patienten uppgivit nedsätter arbetsförmågan. Då skrivs också erfor-

Självklart kommer några att utnyttja förtroendet att själva få ansvara för sin sjukskrivning och försöka lura sig igenom systemet. Vi tror emellertid att fördelarna skulle överväga.

tienter i början av en sjukperiod önskar återgå till arbete. Det är känt att denna motivation avtar med tiden för sjukskrivning. Självklart kommer några att utnyttja förtroendet att själva få ansvara för sin sjukskrivning och försöka lura sig igenom systemet. Vi tror emellertid att fördelarna skulle överväga.

Nuvarande system klarar i längden inte att hantera de accelererande kostnaderna för sjukfrånvaro, men vi tror att ett eget ansvar för bedömning av arbetsförmågan ökar motivationen för rehabiliterande åtgärder både för dem som har och för dem som saknar arbete.

Mer läkartid kan också prioriteras till rehabiliteringsinriktade åtgärder i stället för att värdera och diskutera sjukskrivning och fylla i blanketter. En onödig medikalisering av problem i arbetssituationen som ej orsakas av sjukdom skulle kunna undvikas, och individens och arbetsgivarens intresse inriktas på de faktiska arbetshindren och hur dessa skulle kunna åtgärdas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:

Lars-Gunnar Gunnarsson arbetar 50 procent på neurokliniken, 25 procent vid yrkes- och miljömedicinska kliniken och 25 procent vid Stressforum (ett treårigt projekt mellan Örebro läns landsting och Försäkringskassan i Örebro län, finansierat med Dagmarmedel).

Börje Ekman är anställd av Örebro läns landsting som distriktsläkare vid Pilgårdens vårdcentral, Degerfors. I arbetssuppgifterna ingår att vara företagshälsovårdsläkarkonsult vid Företagshälsovården, Degerfors. Ekman är även anmälningsläkare för primärvården i Örebro läns landsting, och är vid sidan om sin anställning försäkringsläkarkonsult vid Västra Götalands allmänna försäkringskassa.

Inga jävsförhållanden föreligger för författarna. De åsikter de framför i artikeln är deras privata och är inte förankrade i deras yrkesmässiga verksamheter.

Referenser

1. Vogel J, Häll L. Valfärdsmätning och social rapportering. Valfärd och ojämlikhet i 20 års perspektiv 1975–1995. ULF-rapport nr 91. Stockholm; Statistiska centralbyrån, 1997:9-21.
2. Englund L. Sick-listing – attitudes and doctors' practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care [dissertation]. Nr 956. Uppsala; Uppsala Universitet, 2000.
3. Olofsson C, Mikaelsson B, Ekholm J, Netz P, Borg K, Askegren A. Läkarkårens roll i den ökande sjukfrånvaron – vad vill och kan vi göra? Läkartidningen 2002;22:2548-50.
4. Social försäkring. Lagen om allmän försäkring och andra författningar 3 kap 7 §. Stockholm; Riksförsäkringsverket, 2002.

Huruvida ohälsan nedsätter individens förmåga att klara sina arbetsuppgifter eller medför behov av en tillfällig anpassning härav värderas sannolikt bäst av individen själv tillsammans med arbetsgivaren.

derliga remisser för eventuellt kompletterande utredning och/eller rehabilitering. Läkaren skriver också en kort bedömning innehållande planerad utredning, behandling samt preliminär bedömning av om det föreligger troliga sjukdomsalstrande eller symtomframkallande faktorer i arbetsmiljön.

Under de första 60 dagarna finns också villkorade kontakter med arbetsledare. Kanske patienten skall ha kontakt med arbetsplatsen varje vecka om det i läkarens bedömning inte står att patientens hälsa ej tillåter detta? Kontakt med företagshälsovård, sjukgymnast och andra rehabiliterande åtgärder skall ske så snart som möjligt och kan också villkoras.

Dialog mellan anställd och arbetsgivare

På detta sätt skulle man tidigt i sjukskrivningsperioden åstadkomma en dialog mellan den anställde och arbetsgivaren om arbetshindret och om hur detta skulle kunna elimineras eller modifieras. Det skulle också öppna möjligheter för annan typ av temporär anpassning av arbetsuppgifterna än reduktion av arbetstiden genom partiell sjukskrivning.

Efter två veckors sjukfrånvaro (hel eller partiell) skulle resultatet av dessa kontakter mellan anställd och arbetsgivare dokumenteras i en plan, som innehåller uppgift om vilka arbetsuppgifter den anställde inte klarar på grund av sjukdom och vilka han fortfarande

klarar. Företagshälsovården skulle kunna vara en resurs i denna dialog.

Vid skiljaktigheter mellan arbetsställe och arbetsgivare vid bedömningen av arbetsförmågan skulle den anställde ha tolkningsföreträde. I planen skulle även anges vilka förändringar som bör vidtas på arbetsplatsen och vilka åtgärder den anställde själv bör vidta för att kunna återkomma i arbete.

Vårdgivarna konsulter

Med dessa förändringar läggs ansvaret för sjukskrivning och rehabilitering på individen och i viss mån på arbetsplatsen med stöd av företagshälsovården medan läkare, sjukgymnaster och kuratorer i stället blir konsulter som står till patientens förfogande. Om patienten sjukskriver sig längre tid överflyttas mer ansvar till försäkringskassan som i samråd med behandlande läkare lägger upp behandlings- och rehabiliteringsplan och tar ställning till sjukbidrag.

Att handla med ansvar

Tidigare handlade vi livsmedel över disk där handlaren hade full koll på vad vi fick och skulle betala för. Nu fyller vi själva varukorgen i storköpet och söker den hjälp vi behöver av varuhusets personal. Endast ett fåtal smiter ut med korgen utan att betala.

Baserat på lång klinisk erfarenhet är det vår uppfattning att de allra flesta pa-