

## Sjukskriven läkare om sjukdom kontra arbetsförmåga:

# Sjukskrivande läkare vet bättre!

II Jag är något så olämpligt som en sjukskriven läkare. Jag borde inte finnas. Det vill säga att jag borde genast återgå i arbete. Detta är min egen åsikt, grundad på långvarig missuppfattning om min egen betydelse.

### Motivet för sjukskrivningen

Enligt Elisabeth Hamilton (Läkartidningen 28–29/2000, sidan 3056) borde jag och försäkringskassan besluta om min arbetsförmåga utan min läkares inblandning. Om jag hade fått bestämma hade jag varit på arbetet för flera månader sedan, men tyvärr endast en kortare tid, sedan hade min depression och mina psykiska besvär förvärrats igen. Det skulle försena mitt återinträde i arbetslivet. Så motiverar i varje fall min doktor sjukskrivningen.

Innerst inne håller jag med honom, men det är svårt för mig och många läkare (och andra) att avstå från arbetet. Detta betyder om inte allt, så nästan allt. Intressanta arbetsuppgifter, arbetskamrater, kontaktytor. Därtill i avsaknad av fritid och fritidssysselsättning de senaste 15–20 åren.

Klinikchefen är ordentligt trött på mina många korta sjukskrivningar; jag försökte ideligen utan att hinna bli bra emellan! Ibland tror jag ju att jag klarar allt, det är bara en fråga om vilja! Naturligtvis är jag extremt pliktrogen och har fruktansvärt dåligt samvete gentemot mina kolleger när jag inte befinner mig på arbetet. Att jag är kvinna har kanske betydelse i sammanhanget.

### Mina skäl för återgång i arbete

Men vad säger försäkringskassan då? Ja, därifrån är det inte tal om arbete, snarare sjukbidrag och sjukpension. Det kom upp redan efter tre månaders sjukskrivning! Kanske har man någon tabell, går in på en diagnos och sedan är schablon-åtgärden klar. Men en psykiater är trots allt skickligare i att se individen.

Hur blir det då? Min doktor och jag hoppas på fortsatt förbättring och arbetsprövning/återgång i arbete när man bedömer att mitt tillstånd är tillräckligt stabilt. Jag ser flera skäl för att återgå i arbete:

1. Jag trivs med att ha ett arbete, arbetskamrater och en inkomst.
2. Jag har så pass god erfarenhet av mitt yrke att det känns fel att kasta alltihop i sjön 20 år före gängse pensionsålder.
3. Att förklara för dem som undrar över mitt arbete när jag är sjukskriven på

grund av psykisk sjukdom – det är svårt.

### Ansvarig läkare måste råda

Elisabeth Hamilton! Jag och många andra sjuka har det besvärligt nog med våra symtom. Man kan inte begära av oss att vi ska ha samma kunskap som sjukskrivande läkare om vad som med hänsyn till sjukdomen är bäst. Kanske är det också med hänsyn till arbetsplatsen viktigt att vi mår bra när vi vistas där.

Här måste ansvarig läkare delta i beslutet. Vissa kanske vill slippa arbete även om det inte är nödvändigt, andra vill kasta sig in i arbetet trots att de flyger ut som en bumerang! Och tro inte att jag är omedveten om avigsidorna med sjukskrivning – de bidrar ju till att jag vill skynda iväg till arbetet »på tok för tidigt«!

### Bipolär sjukdom

(författaren är känd för redaktionen)

## Så kan långtidssjukskrivningarna förkortas:

# Låt försäkringskassorna betala för psykoterapi!

II När jag läser inlägg i dagspressen eller Läkartidningen om sjukskrivningarna och de ökande kostnaderna blir jag oftast både förvånad och frustrerad. Hur kan det komma sig att de flesta debattörer – från politiker, tjänstemän, andra tyckare ända till kliniskt verksamma läkare – diskuterar »sjukskrivningar« eller »långtidssjukskrivningar« helt ospecificerat?

De ger förslag till åtgärder utan hänsyn till diagnoskillnader eller till vilka behandlingar som sjukskrivningarna (förhoppningsvis) är kombinerade med. Därmed drar de ju alla sjukskrivningar över en kam. Hur ska det gå till att hitta lösningar med det förhållningssättet? Jag blir extra besviken när läkare gör så här, eftersom deras ord får en så stark genomslagskraft i många sammanhang, också i pressen.

### Utbrändhet ett särfall

Jag har i mer än tio år arbetat som privat psykiater och har under den tiden mött en ökande andel patienter med stressutlösta symtom. För mig är det självklart att »sjukskrivning« är en av flera komponenter i en behandling vid till exempel utbrändhet. Förhållanden som kan gälla vid en del somatiska diagnoser (»bäst att snabbt komma tillbaka i jobb« eller »kan arbeta om han får åka taxi till jobbet«) gäller inte alls på samma sätt när det handlar om »ont i själen«.

Vid utbrändhet är det erfarenhetsmässigt viktigt att helt »släppa taget« om arbetet framför allt i början, och behoven av långa sjukskrivningar är legio. Ändå upprepar en del debattörer i dagspressen nästan som ett mantra att det är »farligt med långa sjukskrivningar«. Detta är inte sant för alla diagnoser (se t ex LT 28–29/2002

om behandlingen vid Ersta psykiatriska klinik). Det väcker också starka skamkänslor hos den som är utbränd och som knappt orkar ta sig igenom dagen.

### Vilket är det verkliga problemet?

Andra debattörer skjuter på budbäraren, det vill säga de misstänkliggör den sjukskrivne eller den som sjukskriver. Flera av de förslag där man vill förändra läkarnas möjligheter att sjukskriva låter mer som försök att minska på »symtomet sjukskrivning« genom kontroll än som att angripa roten till det onda. Vore jag cyniskt lagd kunde jag till och med undra om det verkligen är sjukskrivningarna i sig som är det största problemet för somliga – det verkar i stället vara kostnaderna.

Nå, vad ska vi göra i den här svåra situationen för att få bukt med sjukskrivningarna och med kostnaderna? Jag vill här ta upp en kostnadsfråga som sammanhänger med en för mig och många patienter absurd situation som jag nästan dagligen stöter på men som jag hittills inte sett någon diskutera.

Jag vill bara först understryka det viktiga som redan sagts om att förebygga viss sjuklighet genom att satsa på arbetsmiljön. Med de ökande stressrelaterade sjukdomarna framträder allt tydligare behovet av att förbättra inte bara den fysiska utan framför allt den psykiska arbetsmiljön. Detta har hittills gått förvånansvärt långsamt med tanke på all kunskap som redan finns.

### Allt svårare att få psykoterapi

Om man skulle analysera varför en del går långtidssjukskrivna skulle man finna en stor grupp som går sjukskrivna onö-

dig länge därför att de *i onödan måste vänta på behandling*. Jag stöter på detta problem hos mina patienter allt som oftast, eftersom det blivit allt svårare att få tillgång till psykoterapi.

När jag möter någon med utbrändhetsreaktion kan vi ofta ganska snabbt tillsammans identifiera både »maligna« faktorer på arbetsplatsen och mer personliga förhållanden, som samtliga har bidragit till att den här personen har drabbats och mår så illa som hon gör. De flesta av dessa patienter vill och behöver förr eller senare gå i samtalsterapi.

Men landstingens egna resurser för psykoterapi har i dagens pressade läge blivit helt otillräckliga, väntetiderna är långa och en del får inte ens ställa sig i kö. Trots detta bannlyser de flesta landsting de privata psykoterapeuter som finns. Privatläkarna blir allt färre.

Därför inträffar allt oftare något som skjuter notan för sjukskrivningarna i höjden och som också kostar mänskligt lidande, men som skulle gå att åtgärda snabbt om viljan och det politiska modet funnes. (Eller ska det vara den egna plånboken som avgör vilken vård man får, trots uttalanden om motsatsen?)

### Absurda betalningsregler

Med nuvarande regler får försäkringskassan inte betala för behandling, till exempel hos en privat legitimerad psykoterapeut. Därför inträffar det absurda att kassan inte får bekosta den psykoterapi som både patient, behandlande läkare, psykoterapeut samt läkare och handläggare på försäkringskassan är överens om – inte ens när man bedömer terapin som lämpligaste rehabilitering, tror på att den skulle förkorta sjukskrivningstiden respektive att den skulle kunna förebygga återfall. Däremot kan kassan i princip betala ut sjukpenning »hur länge som helst« för samma patient!

Hur jag än vänder och vrider på detta kan jag inte förstå hur detta slöseri med våra begränsade resurser kan få fortsätta. Vem skulle behandla sin privatekonomi så? Att ändra på detta vore dels att snabbt täppa till ett läckande såll där våra skattepengar rinner ut, dels att ge en ökande grupp sjukskrivna ett klart bättre omhändertagande.

Den rehabilitering de idag erbjuds är inte tillräcklig, och på många håll närmast obefintlig eftersom kassans egen personal går på knäna efter alla nedskärningar. Låt därför sjukskrivna vid behov få utnyttja både befintliga och de enligt uppgift tidigare oanvända medlen för rehabilitering till psykoterapi. Annars ser framtiden ännu mörkare ut!

**Ingegerd Wahl**

psykiater, gestaltterapeut, Falun

## Primärpreventiva insatser mot HIV-smitta viktigare än kortsiktiga, dyrbara strategier

II Börje Åkerlunds och medarbetares analys av HIV-situationen och behovet av att planera den samlade HIV-vården för ett ökat antal öppenvårdsplatser (medicinsk kommentar i Läkartidningen 26–27/2002, sidorna 2928-9) delar jag till fullo.

### Inget om primärprevention

Efter analysen av de stora kostnaderna för varje enskild HIV-patient blir jag dock förvånad över att inte ett enda ord nämns om vinsterna med ett effektivt primärpreventivt arbete, det vill säga insatser som ska förhindra att människor blir smittade. Patienter under behandling (åtminstone de flesta) är visserligen mindre smittsamma och, precis som Åkerlund och medarbetare skriver, tidig testning och behandling kan påverka incidensen, men ur alla aspekter – såväl ekonomiska som personliga och humanitära – är primärprevention i särklass bäst.

I Lancet av den 25 maj 2002 antyder Marseille och medarbetare i sin artikel »HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa« att prevention kan vara minst 28 gånger mer kostnadseffektivt än HAART (highly active antiretroviral therapy). Beräkningarna är visserligen gjorda i Afrika men ger en viss antydning om vad som är effektivast.

### Ge förutsättningar förbli HIV-negativ

Om tillgängligheten till information och testning är god och människor som levtt riskfyllt känner förtroende för sjukvården kommer dessa personer att söka för HIV-testning. Rådgivning till patienter som är HIV-negativa skall grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet (t ex kognitiv terapi), och målet skall vara be-

teendeförändring så att patienterna ges förutsättningar att förbli HIV-negativa.

Alla personer som diagnostiseras med HIV-infektion skall erbjudas ett kvalificerat omhändertagande inklusive erbjudande om de senaste läkemedlen när så är lämpligt – detta är en förutsättning för att personer med riskbeteende skall söka för HIV-testning över huvud taget.

Primär- och sekundärprevention skall gå och går hand i hand i Sverige. Vi får inte lockas till att enbart satsa på kortsiktiga dyrbara strategier och glömma bort det långsiktiga primärpreventiva arbetet.

### Minska antalet möten av oskyddat sex

Naturligtvis skall alla HIV-positiva identifieras så tidigt som möjligt och erbjudas behandling men samtidigt måste alla krafter användas för att minska antalet oskyddade sexuella möten. Detta gör vi bäst genom effektiva preventionsmetoder såsom exempelvis en bra sex- och samlevnadsundervisning i skolan, som inte enbart förmedlar fakta utan också ger ungdomarna tillfälle att reflektera och bearbeta attityder och normer, så kallad peer education. Vidare genom riktade informationsinsatser till riskutsatta grupper, kvalificerad rådgivning i samband med testning för sexuellt överförda infektioner och frikostigt utdelande av kondomer i miljöer där sexuella möten sker.

I denna gränslöst viktiga fråga finns inget *antingen-eller* utan enbart *både-och*.

**Kristina Ramstedt**

avdelningschef, Statens folkhälsoinstitut  
Kristina.Ramstedt@fhi.se

## Brännmärk hellre rökning än NSAID i samband med skelettkirurgi!

II I ett inlägg i Läkartidningen 22/2002 fördömer Per Aspenberg i mycket explicita ordalag användningen av NSAID, inklusive cox-2-hämmare (coxiber), efter skelettkirurgi [1]. Som stöd för detta anför han en rad experimentella studier, främst på råttor. Det bör dock framhållas att de doser som använts i dessa studier i allmänhet varit långt över de kliniskt rekommenderade, och att en 18-procentig drogrelaterad mortalitet i behandlingsgruppen rapporterats [2].

Detta i sin tur har gjort att det ifråga-

satts om dessa effekter inte är toxiska snarare än farmakologiska [3]. Det är väl känt att biverkningar av NSAID, såsom blödning och gastrointestinala besvär, är dosberoende även när dessa används postoperativt [4]. Därför har t ex EUs läkemedelsorgan, CPMP, rekommenderat en dossänkning jämfört med fabrikanstens rekommendation när det gäller ketorolak [5], något som sedermera även anammats av Fass.

Att även effekten på osteogenes är dosberoende visas klart av en av det få-