



Anders Ekblom, professor, enheten för klinisk epidemiologi, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm (Anders.Ekblom@medks.ki.se)

Kunskapsläget om sjukskrivning, rena öken!

SBU-rapport visar akut forskningsbehov



|| Få ämnen har debatterats med sådan intensitet som den ökande sjukskrivningsfrekvensen i Sverige under senare tid. Debatten har präglats av mycket tro och förhållandevis lite vetande. De förslag till lösningar som har presenterats har till stora delar präglats av långt gående förenkling och svag, ibland obefintlig, underbyggnad. I huvudsak tre förklaringsmodeller har presenterats:

1. Synen på sjukskrivning har förändrats bland befolkningen. Ord som moral och fusk har närmast varit legio när detta beskrivits som orsak. De lösningar som föreslagits har kännetecknats av ett ökat kontrollsystem: »Det skall kännas att vara sjukskriven.«
2. Läkarprofessionen tar inte sitt ansvar, är inte utbildad och behöver därför i sin tjänstemannaroll ett striktare regelverk och en begränsning av sjukskrivningsrätten samt ett utbyggt kontrollsystem.
3. De ökande sjuktalen är en effekt av försämrad arbetsmiljö och/eller förändrad demografi i Sverige. Lösningen på detta är ökande krav på arbetsgivaren, det skall kosta för en arbetsgivare att ha dålig arbetsmiljö eftersom den ger sjukskrivningar och sjukfrånvaro som effekt.

Det är därför välgörande när nu Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i ett mycket ambitiöst arbete (den s k Sjukskrivningsrapporten, som presenteras i ett sammandrag på sidan 3989 i detta nummer) försöker sammanställa dagens kunskapsläge och identifiera kunskapsluckor.

Sjukskrivningsrapporten är en systematisk genomgång av det vetenskapliga underlaget om konsekvenser av att vara sjukskriven eller förtidspensioneras, riskfaktorer för sjukskrivning eller förtidspensionering generellt och exemplifierat för tre sjukdomsgrupper (rygg- och nackbesvär, psykiska sjukdomar samt hjärt-kärlsjukdomar) samt läkarnas sjukskrivningspraxis. Rapporten beskriver även forskningsområ-

Som en ödslig öken med ännu otrampad mark – så är dagens kunskapsläge om sjukskrivning. SBUs Sjukskrivningsrapport visar att det vetenskapliga underlaget är minst sagt klen när det gäller konsekvenser av att vara sjukskriven/förtidspensionerad, riskfaktorer för sjukskrivning/förtidspensionering samt läkares sjukskrivningspraxis. Dagens intensiva sjukskrivningsdebatt baseras således mer på tro och lösa antaganden än på vetande.

FOTO: TONY BUXTON/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Se även artikeln på sidan 3989 i detta nummer.

det vad gäller förklaringsmodeller, metodproblem och – framför allt – aktuella och framtida forskningsbehov.

Syftet med rapporten har inte varit att förklara de senaste årens ökade sjukfrånvaro i Sverige, men den fyller ändå en viktig funktion för att öka förståelsen för bakomliggande mekanismer. Framför allt visar rapporten på faran att utifrån det många gånger mycket svaga kunskapsläget formulera lösningar som måhända är politiskt opportuna men vars konsekvenser det är svårt, för att inte säga omöjligt, att uttala sig om.

Svårt att studera hur patienten påverkas av sjukskrivning

Sjukskrivning, och i förlängningen förtidspension, är ett av de verktyg den behandlande läkaren har för att – i idealfallet – snabbare få patienten att tillfriskna från den aktuella sjukdomen. Sjukskrivning är också ett instrument för att lindra de ekonomiska effekterna av sjukdom samt skydda omgivning- en vid smittorisk.

I dagens debatt framförs ofta att långtidssjukskrivning får negativa konsekvenser för individen. I SBUs rapport framgår tydligt att detta påstående är mycket dåligt underbyggt ur vetenskaplig synvinkel. Det har dock inte heller visats att dagens sjukskrivningsnivå påverkar individens hälsa positivt. Slåen-

de i rapporten är att det föreligger en stor brist på relevanta studier av konsekvensen av sjukskrivning/förtidspensionering. Till yttermera visso är de få studier som gjorts begränsade i sin omfattning och kännetecknas många gånger av svag metodologi. I flera fall speglar studierna förhållanden under en tidsperiod som gör det svårt att generalisera fynden till dagens förhållanden.

Utfall som har undersökts är ekonomi, karriärmöjligheter, risk för självmord, sjukvårdskonsumtion, missbruk, självrapporterad hälsa samt livskvalitet. Rapporten konkluderar för samtliga dessa att de få studier som finns är otillräckligt omfattande och att kunskapsläget är mycket svagt. Detta avspeglar sannolikt till en del de stora metodproblem som är förknippade med studier av konsekvenser av sjukskrivning, särskilt som naturförlopp och följer av sjukdom i sig också är föga kända, såsom är fallet t ex för de främsta sjukskrivningsdiagnoserna, dvs sjukdomar i och besvär från rörelseorganen samt psykiska besvär. En randomiserad studiedesign är svår att genomföra ur såväl etisk som praktisk synvinkel.

Sannolikt är observationsdata de källor som i slutändan kan användas för att klargöra konsekvenserna av sjukskrivning på individnivå. Dessa data är dock svårtillgängliga och svårbearbetade med dagens sjukskrivningssystem med tidigt arbetsgivarinträde, särskilt vid upprepade sjukskrivningsperioder.

Varför läkare sjukskriver som de gör är till största del okänt
Läkarens uppgift i samband med sjukskrivning är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen och genom föreskrifter från Socialstyrelsen.

Läkaren har dubbla roller i sjukskrivningssituationen: dels som behandlande läkare med ambition att skapa förtroende och tillit för att kunna förstå patientens situation och erbjuda meningsfull hjälp, dels som medicinskt sakkunnig med ambition att objektivt intyga medicinska förhållanden om patienten till andra instanser i samhället. Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att läkare uppfattar dessa dubbla roller som ett problem. Grunden till detta vetenskapliga stöd utgörs dock endast av studier av explorativ karaktär, inget är känt om hur en upplevd motsättning mellan dessa roller påverkar läkares sjukskrivningspraxis.

Läkarens sjukskrivningspraxis är till största delen okänd, t ex hur läkare bedömer arbetsförmåga, om patient och läkare gör samma bedömning av sjukskrivningsbehov, vilka faktorer hos patienten respektive hos läkaren själv som påverkar sjukskrivningspraxis, om olika läkare bedömer sjukskrivningsbehov olika eller om/hur läkares sjukskrivningspraxis kan påverkas. En viktig fråga för behandlande läkare är i vilken mån sjukskrivningspraxisen kan påverkas. Ett mindre antal interventionsstudier finns, men dessa är av låg kvalitet, och det är tydligt att införande av striktare regler för sjukskrivning inte har någon eller ytterst liten effekt.

Åsikten att god kännedom om patienten minskar sjuk-

SBU-rapporten är viktig, eftersom den visar på den stora kunskapsbristen vad gäller de flesta aspekter i ämnet sjukskrivning: orsaker, konsekvenser och praxis. ... Här behövs ett multidisciplinärt arbetssätt där läkarkåren måste spela en betydande roll. Det är viktigt att inom ramen för skilda kliniska forskningsprojekt, i samarbete med andra yrkeskategorier, söka ny kunskap.

skrivningsfrekvensen är en omhuldad »sanning«. SBU-rapporten kan dock inte finna något vetenskapligt underlag för detta. Inte heller hypotesen att ökat antal korttidsvika- rierande läkare är en orsak till den ökande sjukskrivningen får något stöd i rapporten.

I Sverige finns även stora regionala variationer i sjukskrivningsförekomst, även vid sjukdomar såsom hjärtinfarkt och bröstcancer. Detta antyder att praxisen inom Sverige är olika för samma diagnos, men inga studier finns om orsaker till detta. Frånvaro av kunskap om en optimal sjukskrivning vad avser längd, grad samt återgårdar under sjukskrivningen

är sannolikt en av orsakerna. Skillnaderna kan avspegla vad som vid en given tidpunkt är vedertaget regionalt – inom försäkringsorganisationen eller på arbetsmarknaden – men även här är kunskapsläget i stort sett obefintligt.

Sjukintygens kvalitet är intressant, och det är uppenbart att brister finns. Orsakerna till intygens låga kvalitet är dock föga kända. Förklaringar som framförs är brister i eller frånvaro av uppföljning från försäkringskassan eller otillräcklig kunskap hos behandlande läkare om hur intygen används. Om intygens kvalitet skall kunna förbättras måste läkarrollen, framför allt i samband med sjukskrivning, tas på större allvar i den framtida forskningen.

En annan viktig frågeställning är i vilken mån utformningen av intygen är anpassad till klinisk vardag. Kunskaperna är här bristfälliga, och det utvecklingsarbete som borde ske lyser med sin frånvaro.

Forskningsområden måste identifieras redan nu

SBU-rapporten är viktig, eftersom den visar på den stora kunskapsbristen vad gäller de flesta aspekter i ämnet sjukskrivning: orsaker, konsekvenser och praxis. Det är angeläget att redan idag identifiera ett antal forskningsområden där kunskap behövs för att komma till rätta med detta samhällsekonomiska problem, och då inte bara från en samhällsekonomisk synvinkel, utan även från patienternas och läkarkollektivets perspektiv.

Här behövs ett multidisciplinärt arbetssätt där läkarkåren måste spela en betydande roll. Det är viktigt att inom ramen för skilda kliniska forskningsprojekt, i samarbete med andra yrkeskategorier, söka ny kunskap. Det är också uppenbart att de enkla lösningar som för närvarande förs fram inte har någon grund i de vetenskapliga studier som hitintills har publicerats.

I detta sammanhang måste även den extrema snedfördelningen i sjukfrånvaro vad gäller kön, ålder, etnicitet och socialgrupp bättre belysas. Inte heller här har dagens förslag till enkla lösningar av sjukskrivningsproblematiken någon grund i vetenskapliga studier.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.