

varför sjukförsäkringens tidigare krav inte genomdrevs konsekvent före alliansregeringens förändringar. Den svarar: En ensidig, absolut anpassningsbörda för individen upplevdes oförenlig med förväntningarna på trygghetsförsäkringarna, »särskilt om den inte balanseras mot motsvarande krav gentemot arbetsmarknaden och politiska insatser«.

Den naturliga, värdebase-erade följdfrågan som utredningen inte ställer lyder: Är en arbetsmarknad bara för maximalt effektiva människor önskvärd? Om inte – vilka balanserande krav borde ställas på arbetsmarknaden för att göra det möjligt med arbete för dem som nu utförsäkras?

En annan lika viktig fråga väcks av utredningens förslag om hur arbetsförmåga i förhållande till arbeten på den reguljära arbetsmarknaden ska mätas. Man anbefaller ett »instrument« med syftet att skapa en politisk normering av vad som menas med reguljär arbetsmarknad och var gränsen ska gå för rätt till sjukpenning vid bedömning mot detta instrumentet.

Det finns inga vetenskapliga samband mellan sjukdom, funktionsbortfall och arbetsförmåga. Vad som är rimligt som politisk normering i ett instrument är därför värderingar och endast möjliga att diskutera som sådana: Var går gränsen för vårt ansvar för olycksdrabbade medmänniskor?

Sjuktalet har mer än halverats sedan år 2003, vilket är bra, därför att sjukskrivning låser fast människor i underkastade och myndighetsberoende roller.

Denna min uppfattning bygger på värderingar. Den har inget att göra med att fyrkantiga regler skulle vara nödvändiga därför att (förment) vetenskapliga studier visat att nästan alla läkare sjukskriver mot sina självständiga medicinska bedömningar. Den har inte heller

något att göra med att sjukförsäkringens rigida tillämpning skulle vara nödvändig för att sjukskrivna inte förstår sitt eget bästa i brist på insikt om att (förment) vetenskap påvisat att sjukskrivning i sig gör dem sjuka.

Fejlad vetenskaplighet fördunklar och förhindrar viktiga diskussioner om våra trygghetsförsäkringar, som är uppbyggda med värderingar i botten. En konstruktiv debatt om sjukförsäkringen och dess utformning bör därför föras utifrån öppet redovisade värderingar. Det utesluter naturligtvis inte att den gärna kan hämta argument från kvalitetsmässigt god vetenskap.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Johnson, B. Kampen om sjukfrånvaron. Lund: Arkiv förlag; 2010.
2. Kjöllér H. Med läkarnas välsignelse. DN. 10 september 2002. Ha ansvar eller ta ansvar. DN. 23 juni 2004. Lidande är inte lika med sjukdom. DN. 21 juni 2006.
3. Rätt tänkt kan bli fel [ledare]. DN. 14 april 2006. Minns hur det var [ledare]. DN. 9 december 2009.
4. Englund, L. Hur har distriktsläkarens sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? <http://www.ltda-larna.se/upload/Rapport%20sjukskrivningspraxis%20080103%20Lars%20Englund.pdf>
5. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Stockholm: Socialdepartementet, Arbetsförmågeutredningen; 2009. SOU2009:89, p. 245-50.
6. Larsson L, Kruse A, Palme M, Persson M. En hållbar sjukförsäkring. Stockholm: SNS Förlag; 2005.
7. Rudebeck CE. Om sjukskrivningar och vårt förhållande till svaghet. Allmänmedicin. 2005;26(6):15-7.
8. Kjöllér H. Bli sjuk av att vara sjukskriven. DN. 21 april 2002. Sjuk av väntan. Brännskade mår bättre än sjukskrivna. DN. 24 augusti 2002.
9. Linder J, Ekholm KS, Jansen GB, Lundh G, Ekholm J. Long-term sick leavers with difficulty in resuming work: comparisons between psychiatric-somatic comorbidity and monodiagnosis. Int J Rehabil Res. 2009;32:20-35.

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

replik:

Vi läkare var med i processen!

Om de studier som Åke Thörn anser »visar ingenting« har lett till att vi numera har riktlinjer från erfarna kollegor att luta oss mot tycker jag det är glädjande, replikerar Lars Englund.

Det är intressant att det just nu kommer reaktioner på det som tidigare sagts i frågan om orsakerna till varför sjukskrivningarna ökade så påtagligt under början av 2000-talet. För min del känns det viktigt att påpeka att det saknas vetenskapligt stöd för att ökningen annat än marginellt skulle handla om fusk eller överutnyttjande. Däremot vill jag hävda att vi läkare haft ett ansvar för att ökningen blev så stor och att vi i våra möten med patienter som undrade om sjukskrivningsbehovet inte stod för de medicinska bedömningar av behovet av och risken (eller nyttan) med sjukskrivning som vi ändå hade. Detta ledde ibland till att vissa patienters sjukskrivningar blev onödigt och kanske också ohälsosamt långa.

Det som statsvetaren Björn Johnson för fram, och vars debattbok kollegan Åke Thörn hänvisar till, det vill säga att det handlade om en kraftig ökning av just långa sjukskrivningar, verkar det finnas grund för. Hans andra

slutsats är att detta i sin tur orsakats av ett hårdare arbetsklimate, av att anpassningsarbetet på arbetsplatser slutade fungera och av minskande resurser för det han kallar rehabilitering. Och att det därmed inte alls skulle ha något med läkares sjukskrivningspraxis att göra.

För dessa slutsatser om orsaker finns det inte något stöd i form av publicerade forskningsdata eller sambandsanalyser av hållbart slag som jag känner till. Det är därför särskilt intressant att Åke Thörn väljer att framhålla Johnsons debattbok och att han är så nedlåtande mot det som det ändå finns ett visst empiriskt och vetenskapligt publicerat stöd för, nämligen att läkares sjukskrivningspraxis i vissa avseenden har varit sådan att vi sjukskrivit mot bättre vetande.

Att det hittills alltid krävts läkares medverkan i form av intyganden om arbetsoförmåga i just de längre fallen är ett förhållande som gör det svårt att som läkare helt svära sig fri från ett så nedlåtande mot det sjukskrivningarna blev många och långa, även om en mer avgörande faktor kan vara det av patienterna upplevda behovet och deras »efterfrågan« av sjukskrivning.

I mina och andras studier av sjukskrivningspraxis åren 1996, 2001 och 2007 [1-3], baserade på sammanlagt unge-



LARS ENGLUND
allmänläkare, Vårdcentralen Jakobs-
gårdarna, Borlänge;
forskningshand-
ledare, Centrum för klinisk
forskning, Dalarna

englund1@telia.com

fär 1000 sjukskrivningskonsultationer, har vi visat att distriktsläkare i ett mellan-svenskt län i drygt en tredjedel av de sjukskrivningskonsultationer som man registrerat i ett så kallat auditformulär antingen bedömer att en sjukskrivning kan komma att skada patientens hälsa eller bedömer att man inte skulle ha föreslagit sjukskrivning om inte patienten själv tagit upp det. Siffran är påfallande lika för alla de tre undersökta åren (36, 38 respektive 35 procent).

Också i sådana sjukskrivningskonsultationer där läkaren inte tycker att sjukskrivning är »någon bra idé« är andelen konsultationer som slutar i att sjukskrivning ändå utfärdas stor (91, 93 respektive 83 procent av fallen).

Naturligtvis är det viktigt att påpeka att det i två tredjedelar av alla sjukskrivningskonsultationer inte finns några bekymmer eftersom läkare och patient där är överens om att sjukskrivning är både indicerad, motiverad och bra för hälsan.

Jag förmodar att det faktum att variabeln »sjukskrivning är inte någon bra idé« skapats genom att vi slagit ihop de sjukskrivningskonsultationer där läkaren angett att någon av de två tidigare beskrivna variablerna utfallit på ovan angivet sätt är vad Åke Thörn kallar »att en för resultaten avgörande variabel i de publicerade studierna inte är densamma som den som användes under datainsamlingen«.

Hur den nya variabeln skapades utifrån de insamlade uppgifterna framgår tydligt, och det är en sedvanlig variabeltransformation. Att variabeln kallades »sjukskrivning är inte någon bra idé« var ett försök att i ett begrepp samla de två andra bedömningarna. För den som läst artiklarna noggrant är det inget problem att förstå detta.

En ny studie med samma metod som undersöker sjukskrivningspraxis år 2009

kommer inom kort att publiceras. Denna studie visar till stora delar helt annorlunda resultat, dock inte i detta avseende. Studierna är unika tack vare att de ger en möjlighet att se förändringar över tid (nu 13 år) när det gäller allmänläkares sjukskrivningspraxis, mätt direkt i den dagliga kliniska verksamheten.

I en helt annan studie [4] har vi visat att läkare inom olika specialiteter som får reagera på ett antal fallbeskrivningar genom att fylla i ett läkarintyg för sjukskrivning reagerar mer på hur patienten framställer behovet av sjukskrivning än på de medicinska fakta som fallen också innehåller.

»Sjukskrivning är en patientstyrd företeelse« var den lite provocerande slutsats som drogs, eller på engelska »Doctors are strongly influenced by how the patients present their problem«.

Också denna studie gav ett visst stöd för att vår sjukskrivningspraxis kunde för-

bättras, till exempel utifrån någon form av riktlinjer av det slag som Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning [5] är i dag. I hälften av fallen ville läkarna inte sjukskriva alls, en siffra som avviker tydligt från hur praxis verkligt såg ut.

Att läkare skulle fungera som »en portvakt i systemet« är inget som Arbetsförhållanden [6] föreslår. Så har det väl alltid varit tänkt, som jag uppfattat det. Att utredningen tar studierna ovan [1, 3] som stöd för att den uppgiften inte fullgörs på det sätt

som det var tänkt är däremot riktigt.

Om det verkligen är så att de studier som Åke Thörn svepande anger »visar ingenting« har fått effekt i flera olika sammanhang och bidragit till att vi läkare inte längre ska behöva stå ensamma med ansvaret för besluten när det gäller de långa sjukskrivningarna [6], och även till att vi numera har vissa riktlinjer från erfarna kollegor att luta oss mot [5], tycker jag är glädjande. Andra än Åke Thörn har tydligen funnit studierna relevanta och värda att ta hänsyn till.

REFERENSER

- Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish County. Scand J Prim Health Care. 2000; 18(2):81-6.
- Englund L. Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting. Falun: Centrum för klinisk forskning; 2001. Arbetsrapport.
- Englund L. Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007.
- Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. Scand J Prim Health Care. 2000; 18:48-52.
- Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
- Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförhållanden/ Medicinska förutsättningar för arbete/ Försörjningsförhållanden. Stockholm: Arbetsförhållandenutredningen; 2009. SOU 2009:89. p.245-50.

replik:

Ingen sedvanlig transformation

■ Nej, Lars, det är ingen »sedvanlig variabeltransformation« du gjort utan en metodologiskt ohållbar omkonstruktion av de primärdata du fått av distriktsläkarna. Du frågade dem »Hade du föreslagit sjukskrivning om inte din patient tagit upp det?«, och du bad dem om en »riskbedömning med avseende på prognos för återgång i arbete och framtida hälsa«. Svaren har du i din rapport [1, Figur 13] satt ihop till något som du inte frågat efter, nämligen »Distriktsläkares bedömning: sjukskrivning bedöms skadlig eller läkare skulle inte föreslagit sjukskrivning om inte patienten begärt det«. Detta är något helt annat än vad läkarna svarade på.

Att »ta upp«, som du frågade efter, är inte alls detsamma som att »begära«, vilket du »transformerade« det till. Synonymer till »ta upp« anges i synonymordboken [2] till: behandla, föra på tal; synonymer till »begära« anges till: be om, be att få, fråga efter, fordra, kräva, yrka, göra anspråk på m fl. Den metodologiska regeln att vid kvantitativ forskning inte ändra något av studiens upplägg/design efter att datainsamlingen påbörjats är till för att förhindra att författares förhandsuppfattningar påverkar resultaten. Det är för att du i efterhand ändrat betydelsen av variabler som dina studier vetenskapligt sett inte säger något om läkares sjukskrivningssätt. De ger inget stöd

för den tolkning DN gett dem, det vill säga »nästan hela läkarkåren skrev intyg efter patienternas önskemål snarare än efter självständiga medicinska bedömningar« [3].

Åke Thörn

företagsläkare, enheten för arbetslivshälsa (EFA), Norrbottens läns landsting, Luleå; med dr, specialist i allmänmedicin, yrkes- och miljömedicin pakethorn@telia.com

REFERENSER

- Englund L. Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? <http://www.ltda-larna.se/upload/Rapport%20sjukskrivningspraxis%20080103%20Lars%20Englund.pdf>
- Walter G. Bonniers synonymordbok. Stockholm: Albert Bonniers förlag; 2000.
- Minns hur det var [ledare]. DN 9 december 2009.