

# Minskning av sjukfrånvaron utan formella regeländringar

Med ett samarbete över hela läkarkåren skulle många, långa, onödiga, socialt isolerande och nedbrytande sjukskrivningar kunna undvikas. Samhällets inbesparingar skulle kunna räknas i 10-tals miljarder kr per år. Dessa pengar skulle räcka till många tjänster inom vård och omsorg.

**BO MIKAELSSON**  
försäkringsläkare i Sörmland Norr, Eskilstuna, docent i socialmedicin

**BRITT ARRELÖV**  
fd försäkringsöverläkare, avdelningschef vid enheten för vårdförnyelse, Nordöstra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting; doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

**INGER SJÖBERG**  
överläkare, Rehab/neurocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala, tidigare försäkringsläkare, doktorand vid institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet

**THORNE WALLMAN**  
leg läkare, specialist i allmän medicin, Eskilstuna, doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

**KURT SVÄRDSUDD**  
professor i allmänmedicin och prefekt för institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

De två senaste årens sjukfrånvaroökning i Sverige väntar fortfarande både på rimliga medicinska/samhälleliga förklaringar och politikernas förslag för att bryta denna samhällsdestruktiva trend. Sjukfrånvaron från individens perspektiv är naturligtvis också djupt tragisk, ovärdig och nedbrytande.

Sjukfrånvaron i Sverige – utöver sjuklöneperioden – mätt i kostnader och/eller frånvarodagar, har ökat mer än 50 procent sedan 1996. Den starka ökningen har främst ägt rum bland kommun- och landstingsanställda och huvudsakligen bland kvinnor i åldern 40–60 år. I övriga Europa, där man haft en likartad samhällsekonomisk utveckling som här med en god ekonomisk konjunktur, alltmer sjunkande arbetslöshet osv, har sjukfrånvaron inte ökat med mer än cirka 10–15 procent sedan 1996 [Mikaels-son B, Gent, pers medd, 2000] med undantag för Norge, där antalet sjukdagar har ökat med 21 procent sedan 1996 [1].

Flera statliga utredningar [1–3] har lämnat förslag på förändringar. Dessa förslag betonar – än en gång – tankegångar som till övervägande del endast medför regeländringar. De reaktioner, som hittills synts i medierna, har i princip tagit avstånd från flera av dessa »formalistiska« förslag (framför allt förlängd sjuklöneperiod på 60 dagar). Den lilla vetenskapliga kunskap som finns om effekter av förändringar i regelverket på läkares och patients attityder till sjukskrivning visar också tydligt, att dessa förändringar är i högsta grad av kortvarig natur [4].

I Läkartidningen [5] men också i de allmänna rikstäckande medierna, även på ledarplats [6, 7], har under det senaste året sjukfrånvarons orsaker och förslag på åtgärder diskuterats. Av dessa förslag berörs läkarkåren främst av de icke-formalistiska varianterna, som vi nu försöker formulera i medicinska och samhällsekonomiska termer, för att påvisa stora samhällsvinster, som kan göras om läkarkåren rätt engagerar sig för dessa frågor. De medicinska konsekvenserna för patienterna av dessa förslag är enligt vår erfarenhet enbart positiva.

## Utbildning i försäkringsmedicin

Utbildning för de kliniskt verksamma läkarna har pågått i bland annat norra Sörmland i snart fyra år. Resultatet, mätt i sådana variabler som administrativt låtit sig göras, har tidigare redovisats [8]. Varje satsad krona för utbildningen (tillsammans med en del andra samverkansåtgärder mellan vården och försäkringskassan) har under 1999 resulterat i en besparing på minst 80 kronor.

Utbildningsmodellen är nu under spridning till andra landstingsområden, i nära samverkan mellan landstingen, försäkringskassan och läkarna, däribland primärvårdschefer och studierektorer för AT- och ST-läkarna. Programmet bör utvidgas till privatpraktikerna och specialisterna, och fastställas på nationell nivå, med sikte på en kompetenssteg för olika grupper av läkare, t ex enligt Tabell I. Inslag av fortlöpande uppdater-

Tabell I. Utbildningssteg.

Utbildningssteg	Målgrupp
1	Studenter i grundutbildning
2	Läkare i AT-utbildning
3	Läkare under ST-utbildning
4	Specialister
5	Försäkringsläkare

ring och repetition bör ske. Att göra försäkringsmedicin till egen specialitet är dock inte aktuellt.

Allmänt sett har sjukvårdshuvudmännen hittills inte erhållit tillräckliga ekonomiska incitament för att minska sjukfrånvarokostnaderna i samhället. Sådana incitament bör införas, inte endast gentemot landstingen i deras egen- skap av arbetsgivare [1], utan även i deras roll som sjukvårdshuvudmän, i linje med Sjukförsäkringsutredningens ambition om incitament för alla aktörer.

I Dagmaruppgårelsen för år 2001 finns »öronmärkta« pengar för bland annat utbildning i försäkringsmedicin för läkare och andra aktörer inom socialförsäkringarna. Det är viktigt, att landstingen, i samverkan med försäkringskassan och högskolorna/universitetet snarast permanentar och formaliserar denna utbildning.

## Öka precisionen i socialförsäkringarna

En del av bakgrunden till kravet på utbildning i försäkringsmedicin till läkarna är de stora samhällskostnaderna för sjukskrivning. Läkarkåren rekommenderade med sina namnteckningar under år 2000 sjukskrivning för mer än 31 miljarder kronor ur statsbudgeten, och staten hade dessutom en kostnad för sjukbidrag/förtidspension på uppskattningsvis 39 miljarder kronor baserad på tidigare utfärdade läkarintyg, vilket motsvarar 2,8 miljoner kronor per kliniskt verksam läkare.

Cirka 40 procent av all sjukskrivning betingas fortfarande av »Rygg- och nack-associerade diagnoser«. Att rekommendera träning/vila från arbete (=sjukskrivning?) som bot vid flertalet av dessa smärttillstånd står knappast i samklang med vetenskap men möjligen med beprövad erfarenhet [9]. Sjukskrivning utgör samhällets dyraste medicins-

ka åtgärd, cirka tre gånger dyrare än dess kostnader för läkemedelsförskrivning.

Ett andra skäl för kravet på utbildning är att precisionen i användandet av sjukskrivningsinstrumentet är låg, Figur 1 [10].

Ett tredje skäl för utbildning i sjukskrivningskonst för läkarna är dels bristande kunskap om dagens arbetsliv och dess belastning på individen, dels regelverkets krav på att patienternas arbetsförmåga måste betingas av sjukdom i medicinsk mening för att sjukskrivning skall kunna användas som en behandlingsmetod (AFL 3 kap 7§).

Som basala och medicinskt rimliga förslag att öka precisionen i sjukskrivningsinstrumentet ges i det följande några exempel på hur läkarkåren kan både förhindra onödig utslagning av patienter från ett aktivt liv, och spara många miljarder kronor åt samhället.

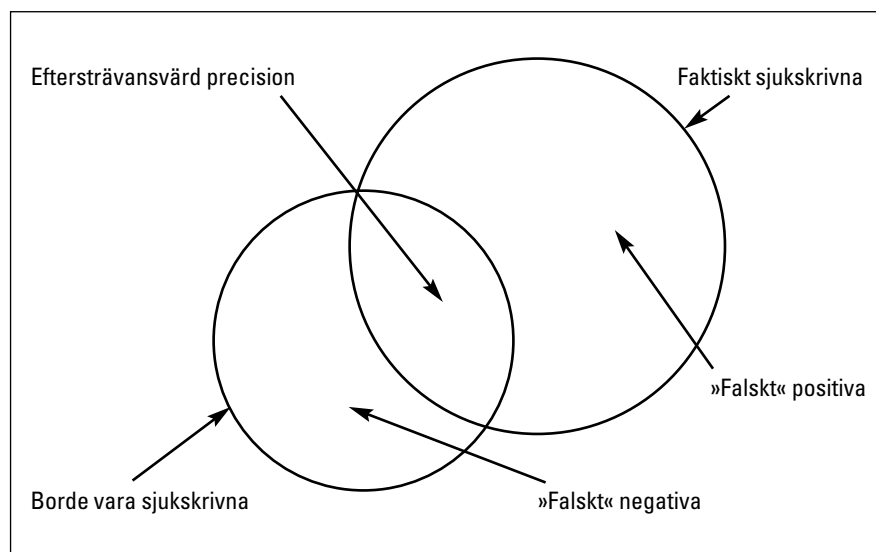
### Tidig intervention

Cirka 30 procent av alla sjukfall pågår längre än 60 dagar, men svarar för nästan 90 procent av alla sjukdagar, och 75 procent av statens kostnader för sjukpenning [1]. I medicinsk mening betraktas ett sjukfall redan efter 60 dagar som långt. Endast en liten grupp diagnoser medför efter denna tidpunkt arbetsförmåga, som uttryckligen betingas av sjukdomen. Även om diagnosen ibland fortfarande gäller, finns åtminstone en viss arbetsförmåga. En så snar återgång som möjligt till ett normalt liv, innebärande arbete och de vanliga sociala kontakterna, är enligt all erfarenhet hälsobefrämjande. Kan denna återgång på olika »mjuka« sätt påskyndas?

En uppskattning från kliniskt försäkringsmedicinskt arbete är att minst 5 procent av alla sjukskrivningsfall redan från första sjukskrivningsintyget uppvisar bristfälligt medicinskt underlag. Inför försäkringskassans beslut i ärendet behövs ofta ytterligare information från patient och behandlande läkare. Även efter kompletterande information råder ibland stor tveksamhet om huruvida sjukpenningrätt enligt regelverket är styrkt.

En stor andel av dessa ärenden är de långa sjukfall, som med bristfälligt medicinskt underlag fortsätter, många gånger med sjukskrivning som enda åtgärdsförslag från läkaren. Det är dessa patienter, som snabbast förlorar sin rehabiliteringspotential och sin livskvalitet, och således är de mest angelägna att spåra upp tidigt i sjukskrivningsprocessen.

Vi läkare behöver träna oss i att identifiera dessa patienter, ta oss tid med dem, och i samtalet med dem skapa den förtroendefulla relation, som behövs för



Figur 1. Precision inom sjukskrivningen. Optimering innebär största möjliga överlappning av cirkelarna »Faktiskt sjukskrivna« och »Borde vara sjukskrivna«.

att patienten skall vilja anförtro oss de reella (=konkurrerande) orsakerna till den upplevda arbetsförmågan. Metoder för tidig identifiering kan vara:

- flerpartssamtal tidigt – och hellre två gånger för ofta, än en gång för lite [11].
- tidig samverkan med försäkringskassans handläggare och försäkringsläkare. Handläggare bör kunna placeras vid vårdcentraler och andra läkarmottagningar (även på sjukhus) under en del av sin arbetstid [8].

Att formellt uppskjuta den skördjudade bedömningen vid försäkringskassan från nuvarande dag 28 till dag 60 i sjukfallet med motivet att 70 procent av alla sjukfall slutar senast dag 60, och att i diffusa termer uppmuntra försäkringskassan till tidiga kontroller [1] är helt fel princip att tidigt identifiera denna lilla grupp av »tveksamma« sjukskrivningar.

### Undvik påbörja tveksam sjukskrivning

Vår uppfattning är att cirka 10 procent av alla sjukfall, där läkaren föreslår sjukersättning efter dag 7, är medicinskt tveksamma. Tveksamheten består framför allt i osäkerheten hos läkaren, att verkligen arbetsförmågan i patientens arbete är så nedsatt, som patienten bedömer. Bland dessa inräknas de 5 procent, som nämndes ovan och som har ett medicinskt bristfälligt underlag. Den kliniskt försäkringsmedicinska erfarenheten säger oss också att en tveksam sjukskrivning från början inte blir mindre tveksam längre fram.

Om 10 procent av dessa sjukfall inte förlängs efter dag 7 skulle inbesparingen för samhället kunna bli drygt en miljard. Vi har därvidlag antagit att antalet sjukdagar i Sverige år 2000 blev 90 mil-

joner dagar, att antalet sjukdagar per sjukfall var 10 dagar, att den genomsnittliga sjukpenningen per dag var 400 kronor. Beräkningen blir då  $0,1 \times 9\,000\,000 \text{ sjukfall} \times 400 \text{ kronor/dag} \times 3 \text{ dagar} = 1\,080\,000\,000 \text{ kronor per år}$ . Detta förhållande lägger ett stort ansvar på läkaren, att efter vederbörlig utbildning anpassa sin »sjukskrivningskonst« till försäkringsmedicinsk prevention och tidig intervention.

### Minskning med minst en dag

All medicinsk erfarenhet talar för att inga deletära medicinska konsekvenser uppstår, om ett sjukfall minskas med minst en dag. Troligen kan allt längre sjukfall minskas med ett allt högre antal sjukskrivningsdagar, utan att den biologiska/psykologiska läkningen av sjukdomstillståndet störs negativt. Ett mer biologiskt tänkande i samband med sjukskrivning hänger samman med detta eftertänksamma sätt att agera.

I följande räkneexempel använde vi samma förutsättningar som i det ovan beskrivna. Om varje sjukskrivning, som föreslås av patienten/läkaren minskas med en dag blir besparingen för statskassan  $9\,000\,000 \text{ sjukfall} \times 400 \text{ kr/dag} \times 1 \text{ dag} = 3\,600\,000\,000 \text{ kronor/år}$ . Man skulle kunna tänka sig att minska sjukfalls längden proportionerligt: sjukfalls-längd 1–10 dagar med 1 dags reduktion, 11–20 dagars sjukfalls-längd med 2–3 dagars reduktion osv. Om detta förslag skulle kunna genomföras, krävdes naturligtvis ett mer aktivt rehabiliteringstänkande av läkaren i samverkan med andra parter. Inbesparingen för samhället skulle kunna uppgå till ytterligare flera miljarder kronor per år.

Många sjukskrivningsperioder föreslås godtyckligt, eller med hänsyn till ar-

**Tabell II.** Sammanfattande beräkning av investeringskostnader och motsvarande besparingspotential i sjukförsäkringen. (mkr=miljoner kronor)

Aktivitet	Kostnad (mkr)	Inbesparing (mkr)
Tidig intervention i sjukfall	Liten (200?)	Flera x 1 000
Tveksam sjukskrivning inledes ej	Liten (200?)	1 080
Sjukfall minskas med en dag	0 (?)	3 600
Sjukfall minskas med ytterligare en dag	0 (?)	3 600
Sjukskrivning enl. biologisk läkningskurva	0	360-3 600
Observera/intervenera vid kontraproduktiv sjuknärvaro	Ja, några mkr	På sikt: flera x 1 000
Minska väntetid »second opinion«	Ja, några mkr	Omedelbart: flera x 1 000
Försäkringsmedicinsk utbildning till läkare	50	4 000

betsorganisationen på patientens arbetsplats, läkarens egen arbetssituation, patientens egna önskemål etc. Alla dessa hänsynstaganden bör vara underordnade sjukförsäkringens regelverk, som föreskriver restriktivitet och uteslutande medicinska skäl till sjukskrivningen.

För att undvika »formalistiska« ingripanden i regelverket bör varje läkare i restriktiv eftertanke kunna effektuera denna åtgärd. På minuskontot kommer rimligen en viss (liten) ökning av antalet besök hos läkaren, en kostnad som i så fall måste kompenseras.

### Den biologiska läkningskurvan

I den medicinska utbildningen och i medicinsk praxis framhävs ständigt det biologiska tänkandet på läkningsprocessen av sjukdomstillstånd. De individuella variationerna är ibland stora, beroende på patientens konstitution, miljöfaktorer och negativa interaktioner i övrigt. Men varför har inte detta biologiska tänkande genomströmat vår praxis vad gäller sjukskrivning? Nästan alla sjukskrivningar avslutas på en söndag, och avslut sker sällan via en minskad skala av partiell sjukskrivning. Totalt sett är endast cirka 20 procent av alla sjukskrivningar partiella [2].

Ett biologiskt tänkande applicerat på sjukskrivning skulle kunna innebära:

- att sjukfall avslutas i en successiv skala av upptrappning av arbetstiden.
- att sjukfall avslutas mitt i arbetsveckan, vilket ytterligare förstärker den successiva upptrappningen av arbetstiden.

Inbesparingen för samhället om ett sådant sjukskrivningsbeteende kan tillämpas, i samförstånd mellan patient/läkare/patientens arbetsplats, skulle kunna bli cirka 360 miljoner kronor per år. Vi har då förutsatt att 10 procent av alla sjukfall avslutas onsdag i normalvecka med halv sjukskrivning torsdag–fredag (i stället för hel sjukskrivning, som avslutas fredag/söndag):  $0,1 \times 9\,000\,000$

sjukfall  $\times 200$  kr/dag  $\times 2$  dagar = 360 000 000 kr/år. Om 100 procent av sjukfallen avslutades på detta sätt skulle samhället göra en inbesparing på 3 600 000 000 kronor per år.

Ett viktigt inslag i detta ändrade sjukskrivningsagerande är signalen till allmänheten och arbetsplatserna, att sjukförsäkringen inte skall användas för att primärt passa privat- och arbetsplatspraxis, utan anpassas till de medicinska behoven, vilket ursprungligen var tänkt av lagstiftarna.

### Fånga upp sjuknärvaron

Ett viktigt inslag i vårt samhälle sägs vara sjuknärvaron. En del studier har belyst problemet, och pekar på att det är ett stort folkhälsoproblem. Vi har stor respekt för att detta fenomen kan påverka folkhälsan i ett långsiktigt perspektiv. Kunskapen om detta fenomen måste ytterligare belysas, från en kliniskt medicinsk synvinkel, och inte endast från ett sociologiskt/arbetspsykologiskt perspektiv.

Det är viktigt att det agerande från läkarkåren som skisserats ovan inte skall öka incidensen av sjuknärvaro, utan i stället hjälpa till att minska denna genom en ökad kunskap om »sjukskrivningskonst« och ökad precision i sjukförsäkringen.

### Minska väntetider för »second opinion«

Väntetiderna i sjukvården är långa. Deras påverkan på sjukfrånvaron i samhället har kortfattat, och tyvärr ofullständigt, belysts [1]. En svårvärderad, men förmodligen stor andel av den långa sjukfrånvaron är väntetider för bedömningar hos andra specialister, t ex ortoped, psykiater, sjukgymnaster, samt röntgenundersökningar, vilka sedan inte leder till fortsatt specialistvård.

Man kan gissa att uppemot hälften av sjukfrånvaron överstigande 60 dagar kan hänga ihop med detta problem. Läkarna och sjukvårdshuvudmännen måste tänka i nya banor för att lösa detta pro-

blem. Sjukförsäkringsutredningen har inte uppskattat storleken av denna sjukfrånvaro och inte heller lämnat förslag på hur dessa väntetider kan minska för att på så sätt minska sjukfrånvaron. Kan de s k Dagmarpengarna i större utsträckning användas till att dessa bedömningar kan läggas på extratid, och tidigare läggas?

### Slutsatser

Sammanfattningsvis skulle samhället, utan deletära effekter på patienters hälsa, kunna göra de investeringar och motsvarande årliga besparingar som redovisas i Tabell II. Med en måttlig investering, säg några hundra miljoner kronor, skulle besparingen kunna bli 9–16 miljarder kronor per år. När allmänhet och arbetsplatser anpassat sig till ovanstående handlingslinjer, är den enda kvarstående kostnaden för samhället att kontinuerligt bedriva utbildning i försäkringsmedicin för alla aktörer.

### Referenser

1. Jan Rydh. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: SÖU 2000: 121.
2. Utredningen om den arbetslivsriktade rehabiliteringen – Individiden i centrum? Gerhard Larsson, editor. SÖU 1999:08.
3. Gerhard Larsson. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. SÖU 2000:78.
4. Englund L. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. Scand J Prim Health Care 2000;18-20.
5. Arrelöv B, Mikaelsson B, Sjöberg I, Svärdsudd K. Sanera regelverket och ge incitament till alla berörda att minska sjukfrånvaron. Läkartidningen, 2000;97:1988-94.
6. Johansson A. Utbildning sparar miljarder. Dagens Nyheter 2000 feb 3.
7. Sjukskrivning i blindo. [ledare]. Dagens Nyheter 2000 29 okt; del A:2.
8. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin – en kostnadseffektiv satsning. Läkartidningen 2000;97:5324-7.
9. Ont i ryggen/ont i nacken. Rapport nr 145/1-2. Stockholm: SBU, 2000.
10. Chew CA, May CR. The benefits of back pain. Fam Pract 1997;14:461-5.
11. Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Normén G, Olsson B, Sjöberg I, et al: Varför ökar sjukfrånvaron? Läkartidningen 1999;96:4160-2.