

## Sjukskrivningarna – »katastrof« eller oförmåga i statistik och diagnostik?

Stressen i samhället och på familjenivå med åtföljande relationsstörningar, otrivsamma eller ansträngande förhållanden på arbetsplatsen tillsammans med psykisk eller somatisk sjukdom leder till funktionshinder som medför sjukskrivning. Enligt vår uppfattning finns idag inte tillräcklig information som pekar på att arbetsplatsen är den viktigaste faktorn som förklaring till funktionshindret.

CG GOTTFRIES  
professor emeritus

BJÖRN REGLAND  
docent

OLOF ZACHRISSON  
med dr

[olof.zachrisson@neuro.gu.se](mailto:olof.zachrisson@neuro.gu.se)

JAN WÅLINDER

professor emeritus; samtliga vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Göteborgs universitet

■ I debatten om det i Sverige höga sjuktalet användes ordet katastrof på ett oförsiktigt sätt, samtidigt som nya diagnoser introduceras såsom arbetsstress, utbrändhet, utmattningstillstånd och utmattningsdepression. Dessa diagnoser styr tanken hos den medicinskt okritiske. Om vederbörande är politiker eller administratör inom social- och sjukvård kan diagnoserna få allvarlig betydelse för beslut och åtgärder.

### Höga sjuktalet ett statistiskt fenomen?

I första hand bör man granska om det verkligen föreligger en »katastrofal« ökning av sjuktalet i Sverige. Svaret på den frågan är inte ett obetingat ja. Figur 1 visar Riksförsäkringsverkets statistik över sjuktalet (utbetalda dagar med sjukpenning) i Sverige mellan åren 1955 och 2002, och som framgår har sjuktalet under de senaste 50 åren svängt ganska påtagligt. År 1976 respektive 1988 hade vi lika höga sjuktal som för 2002. Orsaken till svängningar i sjuktalet är delvis beroende av de regler som styr sjuktalet. Vissa förändringar infördes under perioden 1987–1998 som påverkar kurvans utseende.

För män är ökningen under det senaste decenniet måttlig. För kvinnor är den något mer påtaglig. Sjuktalet för kvinnor har emellertid ökat kontinuerligt under de två senaste decennierna (Figur 2). Det är uppenbart att kurvan inte berättigar till slutsatsen att vi har en nu uppblåsande epidemi av sjuklighet som leder

till en katastrofal ökning av sjukskrivningar. Självfallet ser uppgången kraftigt ut om man bara jämför siffror från året 1997 med de från 2002, men detta ger en falsk bild. Det låga sjuktalet 1997 är lika intressant som det höga 2002.

### Sjukdomarna bakom sjukskrivningarna

Även om höga sjuktal funnits tidigare är det naturligtvis relevant att fråga sig vilka tillstånd och sjukdomar som döljer sig bakom de sjukskrivningar som nu finns. Antalet allvarligt sjuka med exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, cancer etc är sannolikt tämligen konstant genom åren. Vilka är då de sjukdomstillstånd som gör att kurvan svänger ganska påtagligt i ett längre tidsperspektiv och som fått kurvan att stiga under de senaste fem åren?

De diagnoser som kan vara aktuella i sammanhanget kan med utgångspunkt i sjukdomarnas etiologi delas in i två grupper, nämligen de där orsaken uppfattas vara omgivningsfaktorer och de där känd eller förmodad kroppslig eller psykisk sjukdom utlöst funktionshindret.

### Sjukskrivning och omgivningsfaktorer

- *Arbetsplatsbetingad stress.* Funktionshindret är kopplat till stressfaktorer på arbetsplatsen. Namn som används för dessa tillstånd är »utbrändhet«, »utmattningstillstånd« och »utmattningsdepression«.
- *Okritisk sjukskrivning.* Individen har begärt sjukskrivning av socioekonomiska skäl och läkaren har antingen av otillräcklig eller av vilseledande information sjukskrivit patienten.
- *Missbruk av alkohol eller narkotika.* Missbruket av alkohol har ökat påtagligt under senare år liksom ungdomars bruk av narkotika.
- *Allmän stress i samhället.* Individer orkar inte med det ökade tempot i samhället. Relevant är kanske här också att påpeka skolungdoms och tonåringars ökade svårigheter att

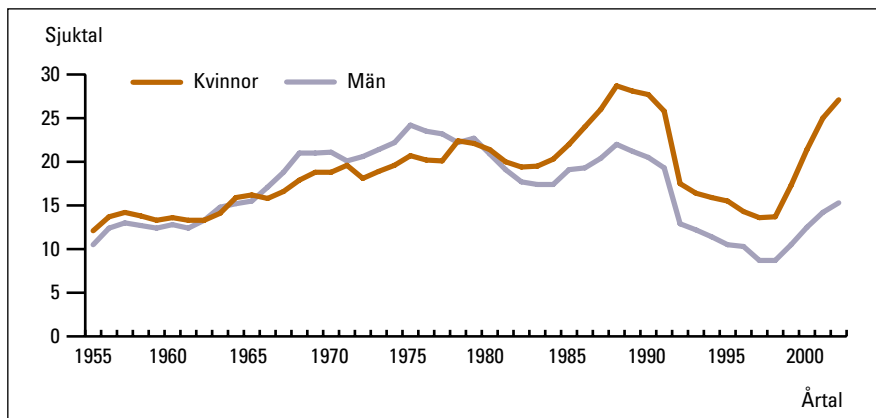
orka med såväl teoretisk som praktisk utbildning.

- *Bristande tillgänglighet av vård.* Sjukvårdsapparaten präglas idag av påtagliga brister vad gäller vård och omhändertagande.

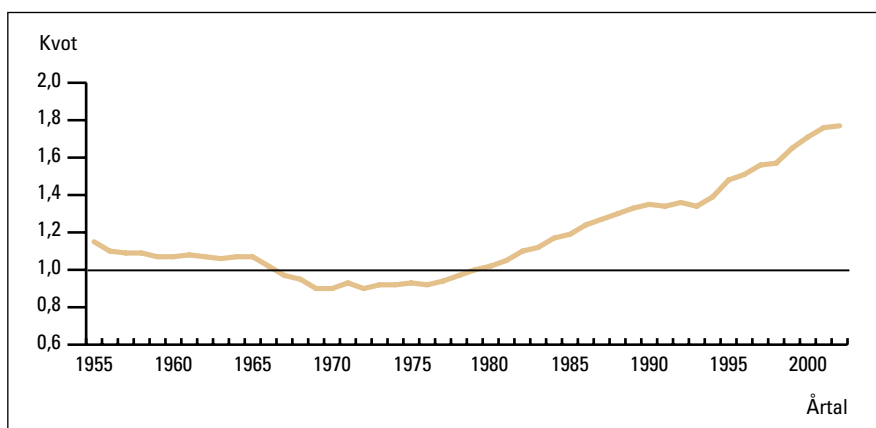
Prevalensen av ovanstående tillstånd har vi mycket liten information om, möjligen med undantag för missbruk. Den information som patienterna själva ger kan inte ligga till grund för slutsatser om prevalens av etiologiska diagnoser. En person som har symtom i form av värk, trötthet och depression försöker själv att finna orsak till sina besvär. Härvid är det lätt att ge arbetsplatsen skulden för symptomens uppkomst.

Uppenbart finns ökning av antalet sjukskrivna individer inom flera olika grupper, exempelvis kommunal- och landstingsanställda, industriarbetare, lärare och läkare etc. Det är föga troligt att sjukskrivna från samtliga dessa arbetsplatser har funktionshinder huvudsakligen på grund av förhållanden på arbetsplatsen. Arbetsplatserna kan inte samtidigt drastiskt ha försämrats sedan 1997 inom så olika områden. Andra ge-

*Nya diagnoser som utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan ännu inte uppfattas vara erkända och väldefinierade diagnostiska entiteter. Det kan bli vilseledande. Politikerna kan ge arbetsgivarna och/eller arbetsplatsen skulden för det höga sjuktalet, och föga välgrundade behandlingsåtgärder presenteras.*



Figur 1. Sjuktalet (utbetalda dagar med sjukpenning per år) i Sverige för kvinnor och män under åren 1955–2002.



Figur 2. Kvoten av sjuktalet mellan kvinnor och män under åren 1955 till 2002 beräknat på RFVs siffror. Kvoten >1 betyder större sjuktalet hos kvinnor än hos män.

mensamma faktorer måste också ligga till grund för sjuktalet.

Ett problem som inte diskuteras särskilt mycket i detta sammanhang är missbruk. Svenskarna dricker nu 24 procent mer alkohol än för sex år sedan, enligt Centrum för socialvetenskaplig drog- och alkoholforskning vid Stockholms universitet. Missbruk av alkohol och droger tränger allt djupare ner i åldersgrupperna. Vid alkoholpolikliniker talar man om en »katastrofal« ökning av individer med problem. Det vore förvånande om inte detta visade sig i ökat antal sjukskrivna.

Det finns också anledning räkna med att sjukskrivningstalen påverkas av den bristande tillgänglighet av vård och omhändertagande som idag karakteriserar sjukvårdsapparaten. Männskor sitter fast i tröstlösa långa sjukvårdsköer i väntan på åtgärder, t ex operationer eller rehabilitering. Detta beror bl a på att regeringen fortfarande inte ger möjlighet till finansiell samordning; således har försäkringskassorna inte rätt att med egna pengar köpa vård till sjukskrivna.

En annan faktor som också kan ha bidragit till ökad sjukskrivning är att patienter som varit arbetslösa har fått ut högre ersättning om de varit sjukskrivna.

Denna förklaring får stöd av att sjuktalet i Norrlandslänet är högt.

#### Tidigare underdiagnostiserade sjukdomar

Den andra diagnosgruppen som är aktuell i denna diskussion är den där funktionshindret uppfattas vara betingat av förmodad kroppslig eller psykiatrisk sjukdom. Här rör det sig ofta om tidigare ofullständigt kända och därför underdiagnostiserade sjukdomar. Exempel på sådana sjukdomar är:

- **Fibromyalgi (FM).** FM etablerades inom medicinen 1990 [1], men sjukdomen har sannolikt alltid funnits. Prevalensen är 2–4 procent, av vilka mer än 90 procent är kvinnor. Sjukdomen är inte ovanlig hos unga men blir vanligare med åldern, och bland kvinnor 55–64 år är prevalensen så hög som 8 procent.
- **Kroniskt trötthetssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome; CFS).** CFS etablerades inom medicinen med dess nuvarande kriterier 1994 [2], men även denna sjukdom har sannolikt alltid funnits. Prevalensen är 0,4–2 procent. Även vid CFS finns en överrepresentation bland kvinnor, dock ej så påtagligt som vid FM. Symptomatologin vid CFS är närmast identisk

med den som beskrivs vid »utmattningstillstånd«.

- **Irritable Bowel Syndrome (IBS).** Tarmbesvär i form av IBS kan vara funktionshindrande. Prevalensen är 15 procent om även lindriga fall inkluderas [3]. Även IBS dominerar hos kvinnor.
- **Depression och ångestsyndrom.**

Det finns en kraftig överlappning mellan FM, CFS och IBS. Cirka 60 procent av patienterna har minst två diagnoser, och i ett mycket stort antal finns samtliga tre diagnoser hos en och samma patient. Om man beaktar den överlappning som finns mellan FM och CFS kan man anta att den gemensamma prevalensen för dessa syndrom lågt räknat är 3 procent, dvs att i Sverige finns mellan 250 000 och 300 000 människor som lider av något av dessa syndrom. Om även IBS inkluderas blir siffran väsentligt högre.

Tillstånden har tidigare nonchalerats inom medicinen på ett genant sätt. Patienternas besvär har uppfattats vara psykiska, och sjukskrivning kan till och med ha förvägrats dem. Trots denna inställning är dessa sjukdomar sannolikt de största orsakerna till långtidssjukskrivning och sjukpension.

Orsaken är okänd, de har ett kroniskt förlopp och någon specifik behandling finns ej. Nuvarande kunskap ger ej stöd för att dessa sjukdomar är stressbetingade även om stress uppfattas vara en riskfaktor. Sjukdomarna debuterar ofta i samband med infektion, och de mest välgrundade hypoteserna pekar på störning av immunsystemet [4].

Under senare år, då sjukdomarna alltmer kommit att erkännas, har patientföreningar bildats som bättre kunnat ta tillvara patienternas intressen. Detta har ökat medvetenheten bland patienterna om att få sina besvär respekterade och sina rättigheter till sjukskrivning tillgodosedda. Det finns därför anledning anta att antalet sjukskrivna med FM och CFS ökat. Att tro att förekomsten av dessa sjukdomar kan minskas genom insatser på arbetsplatsen är naturligtvis felaktigt.

Psykiatriska diagnoser som blivit alltmer uppmärksammade under det senaste decenniet är depression och ångestsyndrom, där såväl generaliserad ångest som panikångest numera diagnostiseras med kunnighet inom primärvården [5]. Vanligheten av samsjuklighet mellan psykisk och somatisk ohälsa betonas alltmer. Detta har inneburit en bättre diagnostik, vilket rimligen bidragit till ökad sjukskrivning.

#### Nya diagnoser med vilseledande namn!

Nya diagnoser som utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan ännu

inte uppfattas vara erkända och väldefinierade diagnostiska entiteter. De namn sjukdomarna fått kan bli vilseledande. Politikerna kan ge arbetsgivarna och/eller arbetsplatsen skulden för det höga sjuktalet, och föga välgrundade behandlingsåtgärder presenteras.

Det går inte att föreslå att antalet sjukskrivna patienter skall halveras inom en viss tidsram utan att först utreda vilka sjukdomar de funktionshindrade patienterna lider av och vilka rimliga orsaksfaktorer som finns med i spelet. Det vore som om man trodde sig kunna minska antalet patienter med hjärtinfarkt genom att förbjuda läkare att använda denna diagnos mer än i begränsad omfattning.

### Varför är sjuktalen höga bland kvinnor?

Det samhälle vi nu lever i förutsätter i princip att båda föräldrarna är yrkesarbetande. En inkomst räcker inte för att försörja familjen. Förr var det vanligare med att en av dem var verksam i hemmet. Eventuell sjuklighet hos den hemarbetande gruppen, oftast kvinnorna, registrerades ej som sjuktal. Kvinnors sjuklighet kan numera inte döljas bakom rollen som »hemmafru« när de lider av värk, trötthet, tarmbesvär eller depression.

Detta är en förändring som skett under senare decennier då också kvoten av sjuktalet mellan kvinnor och män kontinuerligt ökat (Figur 2). Bakom symtomen värk, trötthet och tarmbesvär döljer sig ofta de numera erkända diagnoserna FM, CFS och IBS, som drabbar kvinnor betydligt oftare än män. Det är onekligen en utmaning för den medicinska forskningen att förklara denna könsskillnad som med stor sannolikhet är betingad av biologiska faktorer [4].

### Multifaktoriell genes!

Det förefaller rimligt anta att anledningen till sjukskrivning av ett stort antal av de patienter som här diskuteras är multifaktoriell. Stressen i samhället och på familjenivå med åtföljande relationsstörningar, otrivsamma eller ansträngande förhållanden på arbetsplatsen tillsammans med psykisk eller somatisk sjukdom leder till funktionshinder som medför sjukskrivning. Enligt vår uppfattning finns idag inte tillräcklig information som pekar på att arbetsplatsen är den viktigaste faktorn som förklaring till funktionshindret. Självfallet finns funktionsförmåga betingad av arbetsplatsbetingad stress, men vilken omfattning denna har är ej tillräckligt utrett.

### Konklusion

Vår uppfattning är att det inte finns grund för att tala om en epidemi av sjukskrivning på grund av arbetsplatsbeting-

ad stress, ej heller om galopperande sjukskrivningstal. Att jämföra 1997 års sjuktal med dagens är vilseledande. Diagnoser såsom utmattningstillstånd och utmattningsdepression är också vilseledande innan noga prövade kriterier för diagnoserna är formulerade. En djupare analys om vad som ligger bakom dagens sjuktal behövs från såväl statistisk som medicinsk diagnostisk synpunkt. Regeringens deklaration att minska dagens sjukskrivningstal till hälften år 2008 är naturligtvis en from och god förhoppning, men den är långt ifrån förankrad i den medicinska vardagen.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al.

The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

2. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The Chronic Fatigue Syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
3. Simrén M. IBS. Irriterande för patient och doktor. Mölndal: Hässle Läkemedel AB; 2002:14.
4. Zachrisson O. Fibromyalgia Chronic Fatigue Syndrome. Aspects on biology, treatment, and symptom evaluation. Doctorial Thesis from Institute of Clinical Neuroscience, Göteborg University. 2002.
5. Wälinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;16 Suppl 2:S21-S24.

## Läkaresällskapet – en skendemokrati?

Den utomordentligt viktiga frågan om framtidens specialitetsutbildning är nu ute på remiss, och svar skall vara Socialdepartementet tillhanda senast den 15 juni. Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en viktig remissinstans och har i sin tur begärt in yttranden från sektionerna. Sektionernas svar skall vara inlämnade senast den 15 maj och skall sedan utgöra grunden i SLS svar.

### Tas delföreningarna på allvar?

Under utredningens gång har bl a SLS ordförande, Thomas Ihre, varit delaktig i utformandet av det nu liggande förslaget, som bl a innebär förlängd specialitetsutbildning från nuvarande ca 5 år till föreslagna ca 7 år. När Ihre i senaste SLS Aktuellt avslutar sin artikel om »Utbildning i centrum« med att »SLS kommer att lämna ett samlat svar utan bilagor, i huvudsak positivt till utredningens förslag«, så undrar man på vilken grund denna slutsats redan nu dragits. Hur vet Ihre vad sektionerna vill innan deras svar har kommit in och sammanställts? Är yttrandeförfarandet bara en chimär? Har SLS bestämt sig redan på förhand? Vilket mandat har Thomas Ihre?

### Kvantitet på bekostnad av kvalitet

Thomas Ihre skriver även att SLS »accepterat huvuddragen i utredningen och bejakat principen med bas- och grenspecialiteter« samt anser att »utredningens huvudsyfte, nämligen att värna om kvaliteten i specialitetsutbildningen, är viktigt«. Kvalitet är odiskutabelt viktigt, men får vi det om utredningens förslag genomförs? Inlägg i debatten har visat

att resultatet tyvärr blir det motsatta. I tidigare debattinlägg i Läkartidningen skriver dels professor Klareskog m fl [1] att kunskapsutvecklingen motverkas, dels belyser Boel Mörck [2] negativa effekter på såväl ledarskap som kvalitet.

### Slutsats

Vi anser att Thomas Ihre är jävig på grund av sina dubbla roller, dels som utredningens sakkunnige, dels som huvudansvarig för SLS remissvar, vilket han visat genom att i sin artikel på förhand redogöra för SLS samlade svar.

Vi anser att utredningens förslag i första hand kommer att innebära en ökad kvantitet på bekostnad av kvalitet.

Vi begär därför att SLS tillsätter en oberoende grupp, utan tidigare aktivt deltagande i utredningen, som sammanställer yttrandena från sektionerna.

**Lennart Bertilsson**

*specialistläkare*

**Boel Mörck**

*överläkare; verksamhetsområdet för reumatologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg  
morkb@mail.mednet.gu.se*

### Referenser

1. Klareskog L, Efendic S, Brismar K, Hamsten A. Socialstyrelsens förslag till nya specialiteter motverkar sjukvårdens kunskapsutveckling. *Läkartidningen* 2003;100:631-2.
2. Mörck B. Specialistutredningens förslag till ny struktur bör inte genomföras. *Läkartidningen* 2003;100:1262-3.