

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.