

Sjukskrivning och förtidspension är ett stort samhällsproblem och ett svårt kapitel för doktorn. Kursen »Allmänläkaren och sjukintyget«, som också beskrivs på sidan 3666, vill hjälpa läkarna att hantera de kniviga fallen.

## Svårt för doktorn att säga nej till sjukskrivning

**D**et är onsdagen den 26 oktober. I ett konferensrum på vinden i ett gammalt trähus i centrala Borgholm sitter fyra allmänläkare. Två spelar rollspel, de andra ser på.

En agerar läkare. En är patienten, deltidssjukskriven sedan ett år. Provtagningar visar inga tecken på sjukdom och nu har försäkringskassan sagt nej till förlängning. Patientens budskap är tydligt. Han är trött, orkar inte jobba längre. Han vill bli förtidspensionerad.

– Så då tycker doktorn att jag ska jobba?

– För att bli sjukskriven måste man ha nedsatt arbetsförmåga och det har vi ju inte kunnat hitta. Tror du att det finns något annat jag kan göra?

– Jag vill ha pension.

Efter några minuters dialog diskuterar gruppen. Vad känner doktorn i ett sådant fall?

– Jag blir irriterad, säger Rolf G Jönsson, allmänläkare i Klippan.

Jan-Olof Svensson, Bjuv, håller med.

– Det är lätt att gå i försvarsställning när man har bestämt sig, säger han.

– Det är obegripligt att han är så trött. Har han något annat? säger Ann-Christine Sjöblom, Nacka.

– Frustration. Jag känner mig lurad och besviken, säger Lena Matsson, Borlänge, som bidragit med exemplet från verkligheten och själv sjukskrivit patienten.

**Ute i Borgholm blåser det.** En flock kajor drar omkring över hustaken. Östersjön ligger på. Inne i Hotell Borgholms konferenslokaler bubblar det av missnöje med hela sjukskrivningsproblematiken. Det är normalt.

Det är första dagen av tre på kursen »Allmänläkaren och sjukintyget«, och då brukar deltagarna vara arga. Bara ämnet retar. Det har Carl Edvard Rudebeck, huvudansvarig för kursen, berättat. Han har däremot inte förvarnat deltagarna om att Läkartidningen ska vara med den här gången. Det blir en överraskning vid kursstarten. Det blir inte uppskattat.

– Hade jag vetat att det skulle vara en journalist med så hade jag aldrig kommit, säger någon vid morgonens presentation.

Alla har blivit ombedda att ta med sig ett – visserligen avidentifierat, men ändå – fall där de känt sig obekväma i sjukskrivarrollen. Fallen ska användas i rollspel och diskussioner på kursen. Hur går det då med sekretessen? Och att nästan offentligt

lufta känslor och tillkortakommanden tar emot. Även om man har tusentals olycksbröder och -systrar över hela landet.

Mot löfte att ingen behöver figurera i tidningen mot sin vilja kan själva kursen starta. Alla tjugofem får berätta varför de är där. Laget runt.

– Man känner sig inte så professionell. Det är mycket

Läs även artikeln på sidan 3666.



tyckande i de beslut jag fattar.

– Det är ångestfyllt. Jag känner mig väldigt inkompetent, jag är inte rätt person att bedöma arbetsförmåga. Vi skapar diagnoser för att kunna sova på natten.

– Jag är väldigt kritisk till sjukskrivningssystemet. Jag tycker inte försäkringskassan fungerar så bra. De förbereder sig inte inför avstämningsmötena, de sitter bara och tittar på doktorn. Och intygen? Det är ju patientens referat i princip. Jag tycker det är jättesvårt, detta.

– Jag vill kunna säga nej och motivera mig, med relationen till patienten i beaktning.

– Jag känner mer och mer frustration över alla dem som har ont i kroppen utan att man hittar någonting.

Någon påpekar att påfallande många sjukskrivna orkar ta hand om hundar och hästar.

**Lena Matsson, med fallet ovan,** vill ha ett annat system, hon vill helt enkelt bli av med sjukskrivningsärendena.

– Jag vill ha argument att peta ut sjukskrivningarna från vårdcentralen. Vi maktar inte med, säger hon på engagerat dalmål.

Flera invänder. Det blir inte bättre om de avhänder sig problemet till någon annan grupp läkare.

– Det blir samma luddighet som i det jag skrivit, fast med finare ord, säger någon som grubblar över begreppen arbete och sjukdom.

– Vad är sjukdom?

Rolf G Jönsson vill veta om han ligger rätt till i sina bedömningar.

Jan-Olof Svensson har liknande fun-deringar. Han vill ha mer tid för sjuk-



Oro, ilska och bitterhet. Läkarens känslor blir avstamp när de svåra fallen analyseras. Gunilla Norrmén, en av kursledarna, antecknar när gruppen i vindrummet försöker ringa in dilemmat i ett uppspelat fall.



*Utrymme för reflektion. En överväldigande majoritet av läkare i primärvården har problem att hantera situationer då patient och läkare inte är överens om sjukskrivning. En del söker sig till kursen »Allmänläkaren och sjukintyget«.*

skrivningsärendena och mer samarbete med andra.

– Man sitter rätt ensam och fattar stora och svåra beslut. Inom min enhet är vi sex doktörer och vi jobbar väldigt olika. Det kan inte vara rätt när man hanterar så mycket pengar.

Carl Edvard Rudebeck beskriver kursens mål.

– Ni ska bli nöjda med er sjukskrivning. Vi läkare kan inte lösa allt, men vi ska kunna se patienten i ögonen, ta diskussionen med försäkringskassan och se oss själva i spegeln.

**Rollspel och diskussioner** i smågrupper varvas med föredrag.

Lars Englund, allmänläkare i Falun som doktorerat på allmänläkares sjukskrivningsmönster, berättar länge och passionerat om sin väg som läkare. Med »en brinnande längtan att vara viktig för en annan människa« tog han sig an primärvårdens patienter med besvär som

det inte alltid finns någon bot för.

Med en rad exempel beskriver han hur han insåg att han inte alls varit till nytta för en del patienter. Tvärtom. Genom att ge dem en hopplös diagnos eller hjälpa dem till förtidspension hade han omedvetet brutit mot läkarens första princip, att inte skada. Han citerar Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin i Uppsala.

– Gösta Tibblin sa att människor lever sitt liv på två scener, arbetslivet och familjecenen. Att ta ifrån människor

den ena är ett stort ingrepp. Han var den första som sa att sjukskrivning har bivirkningar.

Om en sjukskrivning blir lång eller en rehabilitering resultatlös har väldigt lite med medicinska faktorer att göra, hävdar Lars Englund. Mycket annat spelar lika stor roll: arbetet, läkaren, patientens psykiska hälsa och socioekonomi, socialförsäkringssystemet, felaktig vård eller behandling samt om patienten fått en diagnos som rör psykisk sjukdom eller rörelseapparaten. Men allra först nämner han den sjukskrivnas attityder.

Att hjälpa folk att förstå att det inte finns mer som värden kan göra kan ibland räcka långt. Att ställa frågan: Vad vill du göra med resten av ditt liv?

**I vindrummet diskuterar** den lilla gruppen för- och nackdelar med sjukskrivning. Men vad ska läkaren göra med dem som inte klarar arbetslivet och när-

*Man känner sig inte så professionell. Det är mycket tyckande i de beslut jag fattar.*



*I vindsrummet. »Om läkaren låter patienter gå in i rädsla och undvikande kan smärtan förvärras och bli kronisk«, menar Lars Englund. »Det måste vi tala om för patienten. Det är vi som är experter på vad livet har för effekter på hälsan, men vi måste få fram patientens synsätt.« I bakgrunden Gunilla Norrmén, Ann-Christine Sjöblom, Lena Matsson och Rolf G Jönsson.*

varken arbetsgivare eller arbetsförmedling erbjuder en lösning?

– Tidigare fanns skyddade arbeten. Sådant är bortrationaliserat idag, säger Ann-Christine Sjöblom.

– Idag pensioneras de som inte håller tempot. Tidigare fick de lugnare jobb, säger Jan-Olof Svensson.

Ann-Christine Sjöblom håller med, försäkringskassan pensionerar för ganska lindriga besvär, trots att läkarna intygar att patienten har arbetsförmåga kvar.

Nu ska fallet som beskrevs inledningsvis analyseras, mannen som ville ha pension. Gruppen blir ganska snabbt överens om doktors dilemma: Patienten har utsett doktorn till betjänt. Beställningen är ett intyg som doktorn inte anser motiverat. Att säga nej blir den naturliga konsekvensen. Men det är inte så lätt.

– Auktoriteten hos läkarkåren har sjunkit. Idag ifrågasätter eller anmäler man läkaren eller skriver i tidningen. Då är det lätt att säga ja, säger Rolf G Jönsson.

Att slussa vidare till företagshäl-

sovården kan vara ett alternativ.

– Det är svårt att säga nej. Man måste ha väldigt mycket fakta och argument och det är svårt när man inte kan samla in alla fakta och det kan vi ju inte på vårdcentralen, säger Lena Matsson.

Det händer inte särskilt ofta att de säger nej till patienter som vill bli sjukskrivna. Det är de överens om.

– Man försöker komma undan med deltid, säger Rolf.

**Första kursdagen är snart slut.** Carl Edvard Rudebeck missionerar i helgrupp om läkarens uppgift i sjukskrivningskonsultationen. Han driver en rad teser. Försäkringsmedicin och biomedicin räcker inte för att lösa uppgiften. Och nej, läkaren har förstås ingen röntgenblick som fastställer arbetsförmågan till exempelvis 75 procent.

Vad läkaren då kan göra är att utgå från patientens egen bedömning, ta reda på hur patienten upplever sin situation, leva sig in i den och utifrån det göra sin egen professionella bedömning. Och i en rimligt tät kontakt med patienten kan

läkaren upptäcka om sjukskrivning är en bra idé eller ej.

Till sin hjälp har läkaren också sina egna känslor, om de hanteras kan de ge bra vägledning, om de ignoreras kan de styra läkaren fel. Till sist ska läkaren följa sitt samvete, att gå på gång köra över det blir en börda att bära.

– Med detta som grund kan läkaren göra det som innerst inne förefaller rätt. Både medmänsklighet och ämbetsmannaheder är goda moraliska principer. De flesta vill inte ha en doktor att linda runt sitt finger. Doktorn måste vara en person som står stadigt och är lite sträv. En patient-läkarrelation är ingen romans, säger Carl Edvard Rudebeck.

**Torsdag. Efter ett föredrag** om begreppet sjukdom och vad som egentligen förhindrar arbete sitter den lilla gruppen på vinden igen.

– Det blir svårare och svårare för varje dag. Skönt att kursen bara är tre dagar, säger Lena Matsson.

Hon tänker på en grupp patienter som inte orkar jobba och knappt heller leva.

– Det är bara så synd om dem.

Gruppen hinner med flera rollspel under förmiddagen. Teorier och nya resonemang vävs in i falldiskussionerna. I ett fall prövar doktorn att kräva att patienten medverkar till behandling, annars blir det ingen sjukskrivning.

– Perfekt, jag får ju ge mig, säger Lena Matsson som agerar patient.

I ett annat fall med en smärtpatient är det svårare, sjukskrivningen har pågått så länge att den förmodligen gjort mer skada än den ursprungliga orsaken. Eller är patienten verkligen färdigutredd? Men hur länge ska man utreda innan man konstaterar att man gjort allt? Ibland kan det nog vara bättre att avsluta utredningen på ett bristande underlag så att patienten får något att förhålla sig till, tror gruppen. Men nu när skadan redan är skedd, patienten själsligen förlamad av sin smärta, vad gör man?

Det är gott om tid innan eftermiddagspasset börjar. Det märks att en del har saker att fundera över. Flera tar en promenad. Ensamma. Uppe vid Borgsholms slottsruin är sikten fri ut över sundet.

**Ämnet för eftermiddagen** är modediagnoser och förhållningssätt inför den trötta patienten. När gruppen på vinden får frågan om hur de brukar göra är det först tyst en stund. De ser själva trötta ut. Så säger Jan-Olof Svensson:

– Jag brukar be patienten att promenera med en god kamrat, fundera över hur de vill ha det i livet.

Ann-Christine Sjöblom tänker på de trötta patienterna.

– Det handlar ju många gånger om att de har svårt att sätta gränser, säger hon.

Eftermiddagen fortsätter med ett lyckat rollspel. Patienten är ett samhällets olycksbarn vars resurser aldrig tagits till vara, sedan länge sjukskriven, av andra, för en gammal nackskada. Men någon diagnos som hindrar arbete finns inte. Doktorn känner sig utnyttjad. Patienten väcker både irritation, olust och till och med äckel. Det känns fel att sjukskriva. Kan doktorn säga nej eller är lopet redan kört för patienten? Ja, varför säger doktorn inte bara nej?

– Man kan ana en konflikt när man ska sätta den där gränsen. Det tar kraft och energi. Oviljan att bli manipulerad står mot rädslan, rädsla för ilskan och rädsla för att skada patienten. Faller man till föga blir det en förgiftad relation, föreslår Ann-Christine Sjöblom.

Patienten tycker också att situationen är obehaglig, doktorn upplevs som tvekande.

Det vinnande förslaget blir att doktorn sjukskriver i väntan på ett möte med

*Jag är väldigt kritisk till sjukskrivningssystemet.*

*Jag tycker inte försäkringskassan fungerar så bra.*

*De förbereder sig inte inför avstämningsmötena, de sitter bara och tittar på doktorn. Och intygen? Det är ju patientens referat i princip. Jag tycker det är jättesvårt, detta.*

försäkringskassan och att doktorn bjuder motstånd. Rolf G Jönsson spelar läkare och prövar på nytt. Det går bättre.

– Trots att man har ont kan man ju göra något.

– Jag kan inte det.

– Du kanske kan pröva någon typ av arbete.

– Vad skulle det vara?

*»Den här gruppen som inte orkar jobba, och knappt leva, det är bara så synd om dem.« Lena Matsson är bekymrad över patienter som varken vården eller arbetsmarknaden vill ha.*

– Det kan inte jag svara på. Det får du prova.

Jan-Olof Svensson i rollen som patient känner sig nöjd.

– Nu kändes det lite bättre. En doktor som förklarar sin ståndpunkt och inte visar olust och avsky. Jag tror det är viktigt att bolla tillbaka ansvaret och det tycker jag du gjorde, säger han, som är fallets doktor i verkligheten. Han tror att sjukskrivningen har hämmat patientens utveckling.

– Kommer du att säga det till patienten? frågar samtalsledaren Monika Engblom.

– Ja.

– Ofta är patienten mer sjukliggjord efter en försäkringsmedicinsk utredning utan att man kommer fram till mer än allmänläkaren redan visste, säger Monika Engblom.

De reder ut vilka möjligheter som finns att hänvisa patienten till rehabilitering, arbetsträning eller arbetsförmedling.

Jan-Olof Svensson tackar för hjälpen. Det känns bra att ha luftat fallet.

Men alla är inte nöjda med kursens budskap.

– Förslaget att bedöma patientens bedömning är flummigt, nu när allt ska vara evidensbaserat. Carl Edvard Rude-





*Kollegialt stöd. Är man stressad och pressad är det lättare att sjukskriva mot bättre vetande, tror Jan Olof Svensson. Självt får han ofta kritik från patienter för att inte heltidssjukskriva, men på kursen får han stöd för det. I bakgrunden Rolf G Jönsson.*

beck är ute och seglar, tycker en kursdeltagare i samband med kvällens middag och andningspaus.

**Freitag morgon. Lars Englund** eldar gruppen genom att påminna om att var femte, sjätte sjukskrivning som de godkänner fortfarande kommer att pågå efter ett år. Ju mer rehabilitering, desto längre sjukskrivning. Och helt symtomfri blir ingen normal människa förrän döden inträder.

– Alla är sjuka, ingen är frisk – säg efter mig!

– Alla är sjuka, ingen är frisk, ekar det.

Det är just läkarna i primärvården som har de svåraste fallen i gränslandet mellan sjukt och friskt, säger han. Hans forskning visar att läkarna i hög grad skriver sjukintyg mot sin vilja.

– Det är det där lilla vackra ordet nej vi behöver träna på.

Carl Edvard Rudebeck talar om läkares känslor som bärare av viktig information. Och sedan är det dags för slutövning. Inplacering av gruppens alla tjugo knepiga fall i kategorier, se sidan 3666. Till sin hjälp har de en karta över åtta typiska dilemman och påföljande handlingsalternativ.

**Nu har det blivit vindstilla ute.** Det är fortfarande varmt för årstiden och på hotellets innergård blommar ännu lavendel och någon enstaka ros.

Inne i grupprummen avverkas det ena fallet efter det andra. Snabbt ska det gå. I vindgruppen är man ganska överens.

Ett fall är ett klockrent ja till sjukskrivning. Det är Ann-Christine Sjöbloms fall. Hon har sjukskrivit, men försäkringskassan säger nej. Det är ett problem som hon tror kommer att sprida sig i landet.

– Från att försäkringskassan inte gjort någonting så har man blivit lite vältitisk, jagar nyinsjukna, interagerar i mitt ansvar som läkare och patienten far illa. Det här är en relevant sjukskrivning, säger hon.

Men majoriteten av fallen hamnar i någon av nej-kategorierna. Så blir det även vid avstämning i helgruppen. Kategorin som får flest fall blir »Diagnos som dimridå«, patientens problem ligger någon annanstans. »Doktorn som bebjänt« kommer på andra plats.

**Kursen är slut. De flesta är nöjda.**

– Sensmoralen var väl att vi ska sjukskriva mindre, avgränsa vårt område och låta andra aktörer ta mer ansvar. Utifrån

*Det är ångestfyllt. Jag känner mig väldigt inkompetent, jag är inte rätt person att bedöma arbetsförmåga. Vi skapar diagnoser för att kunna sova på natten.*

## Allmänläkare om sjukskrivning

Läkare på vårdcentral är de läkare som upplever flest problem med sjukskrivning.

- 80 procent har problem att hantera situationer när läkare och patient har olika åsikter om sjukskrivningsbehovet.
- Två tredjedelar har problem med att bedöma arbetsförmåga.
- Omkring en tredjedel möter varje vecka patienter som vill bli sjukskrivna av annat än arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- Var femte upplever varje vecka konflikter med patienter kring sjukskrivning.
- Omkring en fjärdedel är åtminstone några gånger per år oroliga för att bli anmälda apropå sjukskrivning.
- Omkring hälften uppger att försäkringskassan inte tar kontakt trots att läkaren bett om det.
- Många sjukskriver längre än motiverat på grund av långa väntetider inom vården, hos försäkringskassan och arbetsförmedlingen.
- De flesta känner ett stort behov av ökade kunskaper och färdigheter kring sjukskrivning, om läkarrollen, om andra aktörers skyldigheter, hur man hanterar konflikter och bedömer arbetsförmåga.
- Omkring 90 procent vill ha kompetensutveckling i form av kurs, handledning, kontakter med försäkringsläkare/sjukskrivningskommittéer och avstämningsmöten.
- Närmast 100 procent vill ha ökade kontakter med kolleger och utredare på försäkringskassa.

Nästan lika många bedömer gemensamma verktyg för arbetsförmågebedömning som värdefulla.

Källa: Rapporten Läkares arbete med sjukskrivning, en enkätstudie gjord av bland andra Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring, Karolinska institutet, 2005.

## Allmänläkaren och sjuktyget

det kommer jag nog att bli mer observant på de här typfallen, säger Rolf G Jönsson.

Han tror att kartan över typfallen kan bli en hjälp. Samtidigt tycker han att lärnarna varit väl kategoriska.

– Finns det kanske ett somatiskt underlag? Är det så svart eller vitt som det framställs här? Det paradoxala är att i de fall där vi inte kan finna någon diagnos har patienterna svårare att gå tillbaka. Det här är ett svårt område. Det var därför jag ville bygga på.

**Ann-Christine Sjöblom tycker** att hon har fått bekräftelse på att hon är på rätt väg. Att distansera sig och analysera fallen är något man skulle kunna hjälpas åt med på en arbetsplats.

– Kursen har gett det kollegiala stöd man saknar i vardagen. Det bekräftar hur solklart mycket mer tid vi skulle behöva för varje ärende. Det vore samhällsekonomiskt lönsamt att ge lite mer resurser till primärvården.

Lena Matsson skulle ha handlagt sitt fall annorlunda idag, även om det är lättare att säga nej på kursen när det inte finns några patienter och riktiga känslor med.

– Vi ska bli bättre på att skilja mellan att må dåligt och att sakna arbetsförmåga. Vi får bli lite kallare där och inte skicka in patienten i en sjukskrivning som leder till passivitet. Men det är svårt att skicka ut folk i kylan. Det är förnedrande att söka socialbidrag.

I telefon två veckor efter kursen säger Lena Matsson att hon fortfarande, precis som vid kursstarten, vill bli av med sjukskrivningsärendena, men hon förtydli-

*Kursen lanserar känslor som »hårdvara« i sjukskrivningssituationen. Så här kan läkaren använda sig av dem för att komma vidare i kniviga fall:*

**Men det är svårt att skicka ut folk i kylan. Det är förnedrande att söka socialbidrag.**

gar. Det handlar inte om alla fall, utan om de långtidssjukskrivna som ingen vill ha på arbetsmarknaden och som är sjuka, men egentligen inte tillräckligt sjuka för att sjukskrivas.

– Var ska de vara? De är många. Vi sjukskriver dem år efter år. Det man lär-

## 150 sökande till 20 platser

|| Tredagarskursen »Allmänläkaren och sjuktyget« gavs i oktober för elfte gången. Den finansieras av Provinsialläkarstiftelsen och läkarnas arbetsgivare. Det brukar vara omkring 150 sökande till 20 platser.

När staten för några år sedan började satsa särskilda medel på utbildning av distriktsläkare och företagsläkare i försäkringsmedicin blev kursen en del av den utbildningen som ges i försäkringskassans regi.

Carl Edvard Rudebeck är initiativtagare till och en av ledarna för kursen. Han är forskningsinriktad distriktsläkare i Västervik och har också hållit i allmänmedicinsk utbildning inom Svensk förening för allmänmedicin.

– Kursen är en träning i integritet. Grejar man det här, grejar man en massa annat. Läkaren ska ha integritet och se sin relation till patienten också ur ett

de sig på kursen är att inte långtidssjukskriva dem för då passiviserar man dem. En del vårdcentraler säger nej. Då blir det socialbidrag och då blir de knäckta.

Så vill hon inte heller jobba. Hon hoppas att Läkarförbundet ska få regeringen att hitta en särskild lösning för den här gruppen.

– Vi behöver en enhet som hjälper dem till arbete, som tar hand om dem och ser dem som en resurs.

Text: **Elisabet Ohlin**  
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Foto: **Maths Bogren**



Carl Edvard Rudebeck

samhällsperspektiv, göra de svåra bedömmingarna och resonera och stå för det. Jag tror de flesta patienter vill ha det så och inte en doktor som dansar efter patientens pipa.

Elisabet Ohlin

Dominerande känsla	Insikt	Förhållningssätt
Nyfikenhet, tillfredsställelse	Jag är på rätt väg.	Grönt ljus, men fundera, var det verkligen så lätt?
Neutral	Varning, något saknas i den känslomässiga kontakten.	Var uppmärksam, vad kan det stå för?
Ointresse för patientens problem	a. Kommer min kompetens inte till sin rätt? Patienten kan ha kommit fel. b. Försvarsreaktion. Ointresset egentligen motvilja.	a. Sätt gräns, säg nej med gott samvete. b. Försök bli intresserad.
Olust	Jag har problem. Det kan handla om vad som helst.	Sök brett och förutsättningslöst. Ta tjuren vid hornen och handla!
Irritation	Är jag styrd? Manipulerad? Patienten blir aldrig bra? Sjukdomsvinst? Svårt författa intyget?	Använd känslan som kraft utan att vara impulsiv. Försök med årlighet både mot patienten och i intyget.
Rädsla	Rädd att göra patienten arg, rädd för försäkringskassans granskning, rädd att skada patienten?	Skilj egna behov av att vara till lags från patientens behov.
Ilska, vrede	Tydliga påtryckningar och krav. Nu är jag ingen bra doktor.	Viktigt att skapa någon sorts fördröjning för att hitta kylan. T ex: »Ursäkta jag måste ut i korridoren och tala med en kollega«.
Vanmakt	Allvarligt läge. Situationen har kopplat greppet. Nu är jag inte längre doktor.	Skapa rådtrum, sök upp en kollega.