

SOCIALFÖRSÄKRINGSUTREDNINGEN



SAMTAL OM SOCIALFÖRSÄKRING Nr 7



Sjuk eller ledsen

Sjuk eller ledsen

SAMTAL OM SOCIALFÖRSÄKRING

Nr 7

Socialförsäkringsutredningen

Socialförsäkringsutredningen

103 33 Stockholm

Tfn 08-405 10 00

www.sou.gov.se/socialforsakring

Omslag: Typisk Form designbyrå

Tryckt av XGS Grafisk Service
Stockholm 2005

ISBN: 91-631-8391-9

Innehåll

Förord	5
Sjuk eller ledsen	9
Sjukdom och arbete	11
Sjukdom och diagnoser	13
Sjukdom i befolkningen	19
Försäkringsrättslig sjukdom	27
Diagnoser i försäkringen	33
Diagnoserna i sjukskrivningsprocessen	45
En ny process	61
Avslutning	65
Källor	67

Förord

Socialförsäkringsutredningen skall enligt sina direktiv:

göra en genomgripande analys av socialförsäkringarna i ett brett perspektiv. Analysen skall visa hur väl socialförsäkringen fungerar i dag, vilka brister och förtjänster som finns och effekter på samhälls-ekonomi och välfärd. Utredningen skall även visa på alternativa vägar för att förbättra systemen inför framtiden.

Utredningen skall under utredningstiden ta fram material och information som underlag till en bred och folkbildande debatt om dagens och framtidens socialförsäkring.

Hela processen skall ske i två steg där denna utredning är det första steget. Utredningens betänkande kommer därefter att utgöra underlag för en kommande parlamentarisk utredning som skall lämna förslag till en reformerad socialförsäkring.

För att inbjuda till bred debatt har vi inlett publiceringen av ett antal småskrifter. Under 2005 har vi gett ut fem stycken. De heter *Vad är försäkring?*, *Sjukfrånvaro i tid och rum*, *Port och portvakt*, *Vad är arbetslinjen?* och *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet*.

Skrifterna kan beställas från sekretariatet eller hämtas på vår hemsida www.sou.gov.se/socialforsakring.

De första fem skrifterna kan sägas bindas samman av tanken att försäkring är något specifikt och möjligt att särskilja från såväl offentlig verksamhet som bidrag. Socialförsäkring är också något som skiljer sig från privata marknadsförsäkringar, framför allt genom att alla obligatoriskt omfattas och alla solidariskt delar på riskerna. Men det finns också många likheter mellan marknadsförsäkringar och sociala försäkringar. Om någon gemen-

samt kan skönjas i vad vi hittills sagt torde den vara att den kunskap som finns om ”goda försäkringslösningar” är underutnyttjad i vårt sätt att se på och hantera särskilt sjukförsäkringen. Hur man kan uppnå en högre grad av försäkringsmässighet utan att därför förlora det som är socialförsäkringens egenart och fördel är värt att fundera vidare på.

Den sjätte skriften *Trygg i början* handlar om samspelet mellan den allmänna försäkringen och avtalsförsäkringarna, vilket är det som avgör vad som faktiskt händer med ekonomin för den som blir sjuk. På kort sikt blir den ekonomiska förlusten för de flesta med hjälp av avtalsförsäkringarna rätt måttlig. På längre sikt riskerar förlusten att bli avsevärd jämfört med dem som fortsätter att arbeta och får inkomstökningar. Skriften utgår från typfall, men försöker välja dessa utifrån relevanta förhållanden.

I en senare skrift försöker vi ytterligare närma oss verkligheten genom att undersöka det faktiska utfallet. Sjukersättningens uppgift är att försäkra den långsiktiga försörjningsförmågan. Regelverket utgår ifrån att den uppnådda inkomsten den närmaste tiden före sjukfallet är det bästa mått som kan hittas. Å andra sidan kan det bli för godtyckligt om något enstaka år läggs till grund för hela den framtida sjukersättningen, och därmed också för ålderspensionen. Regelverket utgår därför från genomsnittet av de bästa tre åren av fem till åtta år före sjukfallet när den s.k. antagandeinkomsten fastställs. Det visar sig att det är en sämre överensstämmelse mellan antagandeinkomst och sjukpenninggrundande inkomst än man kan tro, att färre än man trott får tillskott från avtalsförsäkringarna och att särskilt de som tidigt blir långvarigt sjuka ofta tvingas leva under mycket knappa förhållanden.

Symtombaserade och därmed vaga medicinska diagnoser blir allt vanligare som grund för sjukskrivning inte bara hos oss utan också i vår omvärld. I *Sjuk eller ledsen* diskuteras frågan och vilka slutsatser som bör dras för tillämpningen av försäkringen.

I *Sjukförsäkring på egna ben* analyseras vilka för- och nackdelar man kan förvänta sig om sjukförsäkringen får en mera självständig ställning och tvingas klara sig själv genom att avgifts-

inkomsterna från försäkringstagarna måste finansiera försäkringens utgifter.

Drivkrafter, eller på ekonomspråk incitament, diskuteras flitigt i samband med socialförsäkringarna. Om man går bortom tro och tyckande, vad vet då egentligen vetenskapen? En nationalekonomiskt orienterad forskningsöversikt och en mera sociologiskt orienterad skrift kommer att diskutera frågorna. En slående insikt är hur pass få frågor det är som överhuvudtaget är beforskade.

Rehabiliteringen inom sjukförsäkringens ram har utsatts för utredning efter utredning i stort sett oavbrutet under åtminstone det senaste tjugotalet år. I *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* beskrivs skillnaderna mellan de stora förhoppningarna och de mätbara faktiska resultaten. Kanske är tiden mogen för en mera omfattande omläggning.

De nämnda skrifterna är de som just nu är under arbete. Pappren kan betraktas som utredningens gemensamma arbetspapper, men de har ändå en eller ett par huvudförfattare. Läsare är välkomna att kontakta i första hand resp. huvudansvarig och i andra hand någon av de andra i sekretariatet. Mail är praktiskt, men telefon går också bra.

Anna Hedborg
Särskild utredare

Huvudförfattare

Petter Odmark
petter.odmark@social.ministry.se, 08-405 26 96

Övriga sekretariatet

Annika Sundén, huvudsekreterare
annika.sunden@social.ministry.se, 08-405 32 28

Jan Bröms
jan.broms@social.ministry.se, 08-405 42 13

Åsa Forssell
asa.forssell@social.ministry.se, 070-608 27 67

Anna Fransson
anna.fransson@social.ministry.se, 08-405 16 47

Fredrik Jansson
fredrik.jansson@social.ministry.se, 08-405 22 50

Hans Olsson
hans.olsson@social.ministry.se, 08-405 45 82

Anders Viklund
anders.viklund@social.ministry.se, 08-405 28 42

Birgitta Rosenlöf, assistent
birgitta.rosenlof@social.ministry.se, 08-405 27 05

Sjuk eller ledsen

Ett grundläggande kriterium för en försäkring är att man inte skall kunna välja att bli ersättningsberättigad. Finns en sådan möjlighet sätter det själva försäkringsidén ur spel. En försäkring förutsätter tydliga kriterier för när en skada har inträffat och kontroll (skadereglering) av om så har skett.¹ Som utredningen tidigare har konstaterat brister den svenska sjukförsäkringen på denna punkt och har gjort så länge.² Den kraftiga ökning av sjukskrivningar som skedde mellan 1997 och 2002 aktualiserade bristen på ett dramatiskt sätt.

En hypotetisk delförklaring till försäkringens brister rör så kallade symtombaserade diagnoser – diagnoser där det saknas objektiva undersökningsfynd som kan bekräfta sjukdom. Det kan både röra sig om så kallade kriteriediagnoser exempelvis fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom där det finns vedertagna kriterier som skall vara uppfyllda för att diagnosen skall ställas och mer allmänna diagnoser av typen myalgi (muskelsmärta) där det egentligen mest handlar om att etikettera symtomen. Ibland kan symtomen passa på många diagnoser men en idé om sjukdomsorsaken får definiera diagnosen t.ex. whiplashskada och utmattningsdepression. Inom sjukförsäkringen återfinns huvuddelen av de symtombaserade diagnoserna inom de två stora diagnosgrupperna psykiska sjukdomar och muskuloskeletala sjukdomar. Inom den medicinska forskningen används ibland termen ”medically unexplained symptoms” för att

¹ För en principell genomgång av detta se Samtal om socialförsäkring Nr 3.

² DN-debatt 2005-06-28, Samtal om socialförsäkring Nr 2.

beskriva de åkommor där någon bakomliggande patologi inte objektivt kan fastställas. Genom att läkaren helt blir tvungen att förlita sig till patientens berättelse skapas ett utrymme för den som så vill att ”välja” sjukskrivning.

Denna skrift syftar till att diskutera fenomenet symtombaserade diagnoser³ och deras konsekvenser för sjukförsäkringens funktion och uppbyggnad.

³ Det kan förstås invändas att de allra flesta diagnoser bygger på symtom men poängen här är att symtomen är det enda, eller nästan enda, som finns att gå på. Det bör påpekas att det finns ingen solklar gräns mellan dessa diagnoser och andra, och det är inte heller så att det endast är de symtombaserade som skulle kunna vara ett problem för sjukförsäkringen. Att i princip alla psykiatriska diagnoser kan sägas vara symtombaserade betyder inte heller att psykiska sjukdomar på något sätt skulle vara mindre ”riktiga” än andra sjukdomar. Syftet med begreppet är endast att lyfta fram de speciella utmaningar som vissa sjukdomar innebär för sjukförsäkringen.

Sjukdom och arbete

Hela kroppen värker, jag har sovit uselt och det är en plåga att ta sig ur sängen. Vilken tur att jag har jobbet, att gå hemma när man mår så här vore olidligt.

Jäklar vad ryggen värker, jag har vänt mig fram och tillbaka hela natten. Inte en chans att jag låter den där förbannade chefen stirra långt efter mig idag igen bara för att det går lite långsamt. Det räcker med att ha ont hela tiden jag har ingen lust att bli förödmjukad också.

Nu orkar jag bara inte längre. Jag kan inte ligga som ett kolli när barnen kommer hem. De behöver en mamma som fungerar hemma också. I dag tar jag mig bara inte till jobbet.

I dag var det på gränsen. Hade jag inte kunnat lägga mig ner efter lunchen hade jag aldrig klarat mötet. Stackars Lars nu kommer han att få hem ett vrak igen. Utan honom skulle jag aldrig klara det här.

Det är inte bara sjukdom som avgör om vi går till jobbet eller inte. Hur ont vi har, hur trötta vi är, hur illa vi mår, det är en del av bilden men långtifrån hela. Arbetsoförmögen på grund av sjukdom - det är man när livet som helhet inte tillåter både arbete och sjukdom. Vem är jag, vad förväntas av mig, vem är beroende av mig, vad är plågan värd, det är många frågor som ger svaret.

Den svenska sjukförsäkringen vilar på tanken att arbetsoförmåga till följd av sjukdom skall bedömas utan hänsyn till ekonomiska, sociala, arbetsmarknadsmässiga eller liknande hänsyn. För individen är det självklart tvärtom – det är allt detta som tillsammans med sjukdomens symtom skapar sjukdomens bety-

delse och konsekvens. Sjukdomsupplevelsen är en funktion av hela livet.

Den smått omöjliga uppgiften för sjukförsäkringens portvakter är att plocka ut en del av individens liv – sjukdomen och arbetet – och ställa dem mot varandra. Är sjukdomen sådan att minst 25 procent av arbetsförmågan har försvunnit?

Sjukdom och diagnoser

Sjukförsäkringen vilar på idén om ett tydligt kriterium på skada – sjukdom. I själva verket är detta begrepp i allra högsta grad undflyende, mångtydigt, föränderligt och omstritt. Varje försök att entydigt definiera sjukdom blir antingen för begränsat eller för allomfattande för att vara praktiskt användbart. Ändå måste vi förhålla oss till det.

En ofta använd utgångspunkt är de antropologiska begreppen *disease*, *illness* och *sickness*. *Disease* är den objektiva och mätbara sjukdomen som för stunden kan diagnostiseras inom medicinen, *illness* är de självupplevda besvären och symtomen medan *sickness* är den sociala roll som vi får eller tar som bärare av *disease* och/eller *illness*.⁴

Det problem som den här skriften behandlar kan ses som mötet mellan *disease* och *illness*. Det självupplevda måste ges en objektiv klädnad för att bli grund för sjukpenning. Denna klädnad är diagnosen. Utan diagnosen förblir det självupplevda just personligt. Professorn i idé- och lärdoms historia Karin Johannisson har formulerat det som att diagnosen skapar bekräftelse ”inför omvärlden, arbetet, försäkringskassan och det egna jaget.”⁵ För läkaren som skall ställa diagnosen är situationen delvis annorlunda, även här utgör diagnosen en bekräftelse men, med Johannissons ord, på ”professionell kompetens och förmåga att läsa, spåra och klassificera.”⁶ Men vad händer då när patien-

⁴ Kleinman et al. (1978).

⁵ Axess 2003 (nr 5).

⁶ Ibid.

tens önskan om bekräftelse av sin illness inte kan förenas med läkarens behov av hitta de spår som krävs för att förkunna en disease?

Svaret på den konflikten tycks vara att vi får diagnoser utan en vedertagen medicinsk förklaring. Diagnoser där det saknas kunskaper om symtomens orsaker och där det självupplevda översätts till sjukdom utan att det finns några objektiva fynd. Symtombaserade diagnoser.

Läkarens diagnostiska bekräftelse av patientens sjukdomsupplevelse ges ibland etiketten medikalisering.⁷ Med det menas att ett tidigare icke-medicinskt problem definieras som sjukdom och inkluderas i den medicinska sfären. Begreppet medikalisering i sig behöver inte bygga på något ställningstagande om huruvida det nya fenomenet borde betraktas som medicinskt eller inte men ofta diskuteras det i just det perspektivet. Österrikaren Illich lanserade i en hård kritik av fenomenet begreppet ”medikaliseringen av livet.”⁸ Han menade att sjukvårdsetablissemangets medikaliseringssiver i själva verket var ett hot mot folkhälsan. Kritik brukar också ofta riktas mot läkemedelsindustrin som av vissa anses sälja sjukdom snarare än läkemedel.⁹

Inom ramen för sjukförsäkringen får begreppet medikalisering en något annorlunda innebörd. Kritiken blir här mer att efterfrågan på sjukskrivning pressar försäkringens portvakter till medikalisering vilket i sin tur kan skymma de problem som är det egentliga upphovet till efterfrågan. Distriktsläkaren Karin Nykvist beskriver det i en artikel i läkartidningen som en ”medikalisering av fattigdomen.”¹⁰

Risken finns att människor med försörjningsproblem, mer eller mindre medicinska, söker sig till sjukförsäkringen och fastnar i ett renodlat medicinskt bemötande. Vägen till arbete kanske skulle behöva inkludera mycket mer än medicinska åtgärder men eftersom sjukdom är vad som krävs för att få sjuk-

⁷ se t.ex. Conrad (1992) för en fördjupning kring begreppet.

⁸ Illich (1976).

⁹ Moynihan et al (2002).

¹⁰ Läkartidningen Nr 14, 2003.

penning är det sjukdom som hamnar i centrum – trots att den sjukskrivnes symtom kanske inte kan ges en meningsfull medicinsk behandling.

Det är lätt att föreställa sig en ond cirkel där alltmer kretsar kring sjukdom. Även för den som känner att det nog skulle gå att arbeta, bara omständigheterna vore rätt, blir varje steg från sjukdom en risk.¹¹ Vilar sjukskrivningen på en oklar grund från början blir det en ständig kamp för att bevisa sin rätt till sjukpenning. Varje steg bort från det sjuka blir ett steg ut i det okända och osäkra. Vägen in i sjukrollen är nödvändig för att klara försörjningen på kort sikt men ju starkare sjukroll desto osäkrare blir vägen tillbaka.

Samtidigt är bilden av medikalisering i sjukskrivningsprocessen motsägelsefull. Det finns en bild av att patienterna själva i stor utsträckning bestämmer om de skall bli sjukskrivna eller inte¹² men samtidigt finns det gott om människor som känner sig misstrodda och kränkta i mötet med sjukförsäkringens portvakter.¹³

Det finns också de som menar att just bekräftelsen av patienters symtom och upplevelser är helt central för att kunna nå ett bra behandlingsresultat. Även om behandlingen till slut kanske handlar mycket om psykologiska faktorer måste patientens egen bild av sin sjukdom bekräftas. Om läkaren redan från början, mot patientens vilja, ger en psykologisk förklaring till symtomen kan det leda till att möjligheten till just psykologiska behandlingsstrategier blockeras. Är det dessutom så att det finns ”fysiska” förklaringar, om än inte behandlingar, så kan diagnosens bekräftelse på detta snarare bli en väg ut ur en destruktiv sjukroll än motsatsen.^{14, 15}

¹¹ En stor andel av de sjukskrivna menar själva att de skulle kunna arbeta bara villkoren är de rätta. Försäkringskassan (2005a).

¹² Englund (2001).

¹³ Se t.ex. Nordemar (m.fl) *Läkartidningen* Nr 41, 2000.

¹⁴ Steihaug et al (2002), Werner et al (2003).

¹⁵ Kirmayer et al (2004).

Begreppet sjukroll¹⁶ är kontroversiellt. För många ses det som förknippat med en nedvärdering av patientens sjukdomsupplevelse, det kan också provocera att det ofta förknippas med så kallade sjukdomsvinster. Vinsterna kan vara rätt till sjukskrivning och befrielse från delar av vardagslivets plikter. Det är inte allt för svårt att se kopplingen till en moraliserande dom där den sjuke anses välja sjukdom.¹⁷ På ett akademiskt plan har begreppet också utsatts för kritik som bygger på att det förutsätter en viss bild av sjukdom. Kritikerna menar bland annat att sjukrolls-begreppet blir särskilt irrelevant vid kronisk sjukdom eftersom plikten att försöka bli frisk då försvinner.¹⁸ Mot detta kan ställas att för just den patientgrupp som står i fokus för den här skriften blir kampen för sjukrollen ofta mycket central. Utan en klar diagnos, läkarkårens bekräftelse på sjukdom, blir steget in i en legitim sjukroll svårt att ta. Omgivningen upplevs ofta som misstänksam och ifrågasättande, blir man förnekad sjukrollen kan det leda till en kamp för att få sjukdomen bekräftad som ofta kan vara väl så destruktiv som sjukrollen i sig.¹⁹

Kanske är det så att terminologin på denna punkt har blivit ett hinder för en möjlig samsyn kring de problem som obestriddligen möter de patienter som lever i diagnosernas gränsland. Oavsett vad vi kallar processen är det få som bestrider att priset kan bli högt när sjukdom och oförmåga tillåts att helt dominera över den hälsa och de förmågor som oftast ändå också finns.

En än mer infekterad kontrovers möter den som ger sig in debatten om de symtombaserade diagnosernas orsaker och deras möjliga bot. På en spelplan som grovt sett kan delas upp i "psykiskt" och "fysiskt" böljar debatten mellan dem som söker svaren i psykosomatiska fenomen och dem som anser sig kunna se mer påtagliga "fysiska" fenomen bakom tillstånden.

¹⁶ Begreppet brukar anses härstamma från Parsons (1951).

¹⁷ Se t.ex. Helsingborgs Dagblad 2003-10-15 där smärtläkaren Jan Lidbeck kritiserar begreppet.

¹⁸ Se t.ex. Gerner 2005 för en genomgång av begreppets utveckling.

¹⁹ Glenton (2003).

Utan att på något sätt ta ställning i denna debatt vill vi ändå göra några reflexioner.

Med ett lite vidare perspektiv, över tid och rum, är det slående hur symtomen är konstanta medan diagnoserna kommer och går. Var tid förefaller ha sina diagnoser men var tid tycks också rymma geografiska specialiteter. I USA drabbas t.ex. många av multipel kemisk överkänslighet, något som ännu är mycket ovanligt i Sverige.²⁰ I relation till symtomen tycks också de olika diagnoserna vara påfallande överlappande. Den som är diagnostiserad med fibromyalgi skulle i många fall lika gärna kunna diagnostiseras med kroniskt trötthetssyndrom.²¹

Mot denna bakgrund går det att se två olika förklaringsspår.

Den ena varianten är att söka mer eller mindre gemensamma biologiska sjukdomsförklaringar och hävda att vi bara ännu inte riktigt har förstått de mekanismer som ligger bakom sjukdomarna. Två populära, och besläktade, modeller är sensibilisering (där vissa människor av olika skäl upplever t.ex. smärta starkare än andra)²² och skador på cellmembran i hjärnan.²³

Den andra varianten kretsar kring begrepp som somatisering, olika psykosociala faktorer (ångest, stress, levnadsproblem) kommer till uttryck som fysiska symtom. För individen antas detta vara en omedveten process.²⁴

I båda fallen kan fenomenen sedan omvandlas till diagnoser som på olika sätt är formade av just den tidens och kulturens aktuella bilder av sjukdom och ohälsa. Det förefaller finnas en ökad enighet om att många av dessa sjukdomar har mer gemensamt än vad som skiljer.

De två förklaringsspåren är på intet sätt helt separerade från varandra. För många uppfattas åtskillnaden som onödig och konstlad. I ett debattinlägg i läkartidningen konstateras att ”Allt talar för att de s.k. nya sjukdomarna, t.ex. fibromyalgi, kroniskt

²⁰ Malmqvist (2005).

²¹ Aaron, Buchwald (2001).

²² Giesecke T, et al. (2004).

²³ Olin (1999).

²⁴ Barsky, Borus (1999).

trötthetssyndrom, multipel kemisk känslighet, elallergi, amalgamsjuka, sjuka hus-syndrom, har både biologiska och psykologiska orsaker som samverkar såväl vid debuten som i det fortsatta förloppet. Redan befintlig kunskap är tillräcklig för seriösa behandlingsförsök.²⁵

Smärta, trötthet, yrsel, sömnsvårigheter, mag-tarmproblem, huvudvärk, koncentrationssvårigheter, allt detta skulle kunna beskrivas såväl som en naturlig del av livet som symtom på sjukdom. Från sjukförsäkringshorisont kan man fråga sig om det verkligen är fruktbart att försöka göra någon entydig åtskillnad. Kanske bör vi nöja oss med frågan – som är nog så svår – om vad symtomen innebär för arbetsförmågan?

²⁵ Elander Lindberg, Lindberg, Läkartidningen nr 23, 2002.

Sjukdom i befolkningen

Sjukdom är svårt att definiera oavsett om det är läkarkåren eller lagstiftaren som försöker. Trots det finns det ändå mätningar av befolkningens sjuklighet – epidemiologiska undersökningar.

Att jämföra epidemiologiska data med sjukdom mätt som sjukfrånvaro är intressant eftersom det kan tänkas ge viss information om sjuklighetens kontra andra faktorerens betydelse för sjukfrånvaron. Men det är också förenat med stora svårigheter just på grund av sjukdomsbegreppets oklarhet.

I socialstyrelsens epidemiologiska databas finns det flera typer av data, dels registerdata om t.ex. antal patienter i slutenvård och dels intervjudata om befolkningens subjektiva bedömning av sin hälsa.

När det gäller slutenvård är det rimligt att anta att det är ett betydligt mer begränsat mått på sjukdom än sjukskrivning. Samtidigt är det också rimligt att föreställa sig att det finns överlappningar. Flertalet av dem i arbetsför ålder som är inlagda på sjukhus borde också vara sjukskrivna.

Studerar man utvecklingen av antal patienter per år inom slutenvård går det inte att se någon ökning under de år då sjukfrånvaron ökat kraftigt, tvärtom finns det en svag minskning. Den ökade sjuklighet vi sett inom sjukförsäkringen har alltså inte satt några avtryck inom slutenvården – detta trots att antalet nya sjukfall som registreras av försäkringskassan varje år ligger väl över antalet patienter inom slutenvård under ett år.

Antal patienter i slutenvård, Samtliga diagnoser, Riket, ålder:20–64

1998	1999	2000	2001	2002	2003
418 597	413 854	410 991	407 727	405 259	408 010

Källa: Folkhälsan i siffror - Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Inte heller vid en jämförelse av specifika diagnosgrupper går det att hitta någon uppgång i slutenvårdstatistiken. En av de grupper som ökat kraftigast inom sjukförsäkringen är ”Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom”. För dessa diagnoser har antalet patienter inom slutenvård däremot legat relativt konstant. Även här är antalet fall inom sjukförsäkringen betydligt högre, under 2004 avslutades 54 563 sjukfall med någon av dessa diagnoser.

Antal patienter i slutenvård, Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, Riket, ålder: 20–64

1998	1999	2000	2001	2002	2003
5 332	5 390	5 402	5 445	4 899	5 007

Källa: Folkhälsan i siffror - Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Även om det finns många sjukskrivna som enbart behandlas i öppenvård är det anmärkningsvärt att sjukskrivningsexplosionen inte tycks ha satt några avtryck i konsumtionen av slutenvård. Det kan vara intressant att göra en jämförelse med Danmark där en betydande andel av de långtidssjukskrivna också varit inlagda på sjukhus.²⁶ Resultaten blir likartade även med andra mått än antal patienter. Ett volymmått som sammanlagd vårdtid i dagar visar t.o.m. på en kraftigare minskning när det gäller konsumtionen av slutenvård.

²⁶ Høgelund et al. (2003).

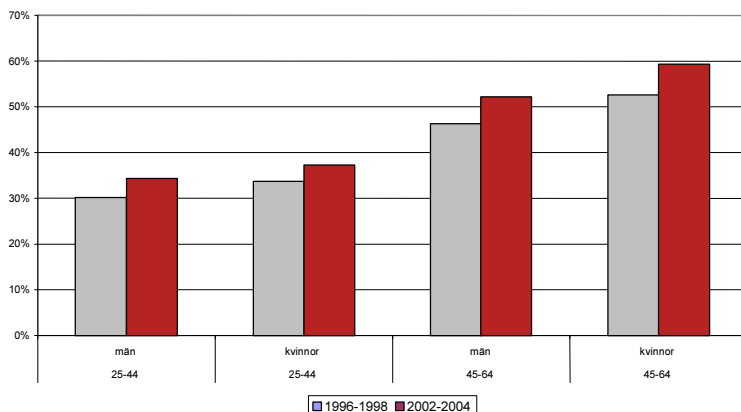
En faktor som kan vara av betydelse är att tillgången till slutenvård är begränsad. Det kan ta lång tid innan en ökad efterfrågan får genomslag i form av fler vårdplatser och en högre kapacitet. Under denna tid har det också funnits en trendmässig minskning av antalet platser inom den slutna vården. Det är dock värt att notera att inte heller inom den öppna vården tycks sjukvårds-konsumtionen ökat under denna period.²⁷

Studerar man istället sjukdom i befolkningen med hjälp av subjektiva mått blir bilden något annorlunda. I SCB:s levnads-nivåundersökningar finns det en fråga om långvarig sjukdom. I åldersintervallen 25–44 och 45–64 går det där att se en signifi-kant²⁸ men relativt marginell uppgång i andelen som anser sig ha en långvarig sjukdom. Den relativa ökningen kommer visserligen inte i närheten av ökningen av sjukskrivningarna men i absoluta tal motsvarar det gott och väl utvecklingen av antal sjukskrivna. Det är en remarkabelt stor andel av befolkningen som anser sig lida av långvarig sjukdom.

²⁷ Sveriges Kommuner och Landsting (2004).

²⁸ Förändringarna är signifikanta på 95% nivå.

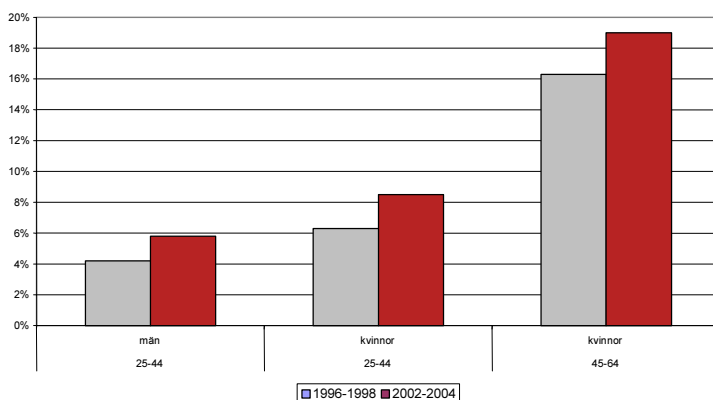
Långvarig sjukdom



Källa: SCB

I levnadsnivåundersökningarna finns det också en fråga som kan sägas ligga mycket nära kriterierna för rätt till sjukpenning, den gäller om man haft nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom. Här är förändringarna signifikanta för 25-44-åringar och för kvinnor i gruppen 45-64. Förändringarna är här något större.

Nedsatt arbetsförmåga p.g.a. långvarig sjukdom



Källa: SCB

För den diagnosgrupp, psykisk ohälsa, som haft den mest dramatiska utvecklingen inom sjukförsäkringen finns en tydlig ökning också i levnadsnivåundersökningarna. Ängslan, oro, ångest, trötthet och sömnbesvär har ökat sedan slutet av åttioalet och extra kraftigt sedan andra halvan av nittioalet.²⁹ Särskilt påtaglig har ökningen varit för yngre och kvinnor – ett mönster som väl stämmer överens med utvecklingen av sjukskrivningarna.

Aven för den grupp, kvinnor inom offentlig sektor, som haft den kraftigaste ökningen av sjukfrånvaro finns en tydlig återspjling i levnadsnivåundersökningarna. I en studie av fackförbundet Kommunal framgår att ökningen av värkproblem och psykiska besvär har varit påtaglig för deras medlemmar.³⁰

Till skillnad från sjuklighet mätt genom patientregistret så ger alltså levnadsnivåundersökningarna en bild som i viss utsträckning stämmer överens med sjukskrivningssiffrorna.³¹

Hur ser det då ut i Sverige jämfört med andra länder? Den internationella jämförande statistik som finns inkluderar tyvärr inte Sverige. När Eurostat redovisar subjektiv sjuklighet inom EU är Sverige det enda land där det saknas siffror. Det kan dock noteras att bland de övriga länderna finns betydande skillnader men de kan inte uppenbart relateras till sjukfrånvaron. Länder med hög sjukfrånvaro avviker inte genom större förekomst av subjektiv sjuklighet.

Ett antal norska forskare har utvecklat ett mått som de kallar SHC (Subjective Health Complaints).³² Måttet mäter just den typ av symtom, värk, trötthet m.m., som återfinns hos en mycket stor del av de sjukskrivna. Vid en jämförelse mellan de nordiska länderna 1993 finner de relativt små skillnader, men mönstret är att Sverige tenderar att ligga något högre än de övriga.³³

²⁹ Socialstyrelsen (2005a).

³⁰ Kommunal (2005).

³¹ Se SOU 2002:62 för en fördjupning om detta.

³² Eriksen et al. (1999).

³³ Eriksen et al. (1998).

De har också prövat hypotesen att denna typ av problem i någon mening skulle höra ihop med vår moderna stressade livsstil. I en jämförelse av Norge och ett antal naturfolk i Filippinerna, hittar man dock inga betydande skillnader.³⁴ Deras slutsats är att denna typ av hälsobesvär snarast "are inherent in human nature and part and parcel of everyday life."³⁵

Det är uppenbart att sjukligheten i Sverige, så som den kommer till uttryck genom konsumtion av sluten vård, inte är särskilt förknippad med sjukligheten mätt som sjukskrivning. Subjektiva symtom i befolkningen däremot, förefaller ha en viss koppling till sjuktalen men är betydligt vanligare än vad som kommer till uttryck genom sjukskrivning.

Dessa tre mått på sjuklighet kan beskrivas som tre sfärer som delvis överlappar men som också existerar skilda från varandra.

Att sjukskrivning i sig inte har någon helt entydig koppling till annan sjuklighet har också visats på andra sätt. I en debattskrift utgiven av Försäkringskassaförbundet argumenterar läkaren och sjukskrivningsforskaren Lars Englund för att sjukskrivning i själva verket har ett begränsat samband med verklig sjuklighet. Han citerar ett stort antal studier som visar att vilka som blir sjukskrivna och hur länge, främst kan förklaras av faktorer vid sidan av själva sjukdomen. Det är främst allmän tillfredsställelse med sig själv, livet i allmänhet och arbetet som är avgörande för sjukskrivning.³⁶ Liknande resultat finns i RFV:s rygg-nacke projekt där de faktorer som påverkade återgång i arbete var andra än de som hade betydelse för förbättring av hälsoläget.³⁷

Till sjukförsäkringens epidemiologiska underlag bör i någon mening också förändringar på arbetsmarknaden räknas in. Även vid oförändrad sjuklighet kan ökade krav i arbetslivet innebära att fler människors sjukdom medför nedsatt arbetsförmåga – och därmed grund för sjukskrivning. Det leder för långt att i detta

³⁴ Eriksen et al. (2004).

³⁵ Ibid.

³⁶ Englund (1997).

³⁷ Bergendorff et al. (2001).

sammanhang föra något längre resonemang om vad som skett i arbetslivet under nittioalet och början av tjugohundratalet, men inte minst när det gäller kommunerna torde de flesta vara överens om att det främst under nittioalets krisår skedde betydande förändringar.

Det finns alltså en mångfald infallsvinklar som kan användas för att visa på problemen med att förutsäga nivåer på sjukfrånvaron med hjälp av andra mått på sjuklighet. Det finns inga enkla samband vilket gör att grunden för upp- eller nedgångar i sjuktal väldigt lätt kan ifrågasättas. Det grundläggande problemet är dock att sådana insikter på makronivå svårligen kan överföras till mikronivå. Det är en sak att konstatera att sjukdom och sjukskrivning kan vara vitt skilda saker och en helt annan att i det konkreta enskilda fallet avgöra om en persons problem motiverar sjukskrivning eller inte.

Försäkringsrättslig sjukdom

För att bli sjukskriven krävs det sjukdom och därav följande arbetsförmåga. Hur är då sjukdomsbegreppet formulerat och tolkat inom ramen för sjukförsäkringen?

Sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen stammar från förarbetena till försäkringens införande och då främst SOU 1944:15. Frågan ges inte något större utrymme i kommitténs överväganden men bör enligt försäkringskassans vägledning för sjukpenning tolkas som att:

Enligt dessa bör man vid bedömningen hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning anses vara sjukdom. Med den utgångspunkten kan varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte hör ihop med den normala livsprocessen betecknas som sjukdom.³⁸

Genom rättspraxis vidgades successivt den initiala tolkningen av detta begrepp, exempel på detta är synen på störningar under graviditet, operativa ingrepp samt sorg- och trötthetstillstånd i samband med nära anhörigs död.³⁹

Utvidningarna fick sin politiska bekräftelse genom (Prop.1994/95:147), där den dåvarande regeringen konstaterade att ”Det finns inte anledning att tro att den utvidgning genom domstolspraxis som har skett sedan nuvarande sjukdomsbegrepp infördes har inneburit att det generellt sett är för generöst.”⁴⁰

³⁸ Försäkringskassan Vägledning 2004:2 Version 3.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Prop 1994/95:147 sid. 19.

I samma proposition konstateras dock att det skett en glidning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet och att ”Det är angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem.” Man skriver därför att sjukdomsbegreppet bör förtydligas så att det framgår att ”försäkringskassan vid sin bedömning av i vad mån sjukdom sätter ned den försäkrades arbetsförmåga, skall bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden, t.ex. problem av s.k. existensiell art” Med undantag för exemplifieringen på slutet (existensiell art) blev denna formulering i princip också lagtext i 3 kap. 7 § AFL.

Det står att detta är ett förtydligande av ”sjukdomsbegreppet”. Det kan ifrågasättas. I propositionen påpekas att bortseendet från de uppräknade faktorerna gäller vid bedömningen av i vad mån sjukdomen sätter ned arbetsförmågan – det skulle alltså snarare vara ett förtydligande av arbetsförmågebegreppet än sjukdomsbegreppet. Just denna oklarhet tas upp av sjuk- och arbetsskadekommittén som konstaterar att formuleringen ”kan med stöd av motivuttalandena inte tolkas på annat sätt än att det avser begreppet sjukdom. Men formuleringen kan också uppfattas som om den syftar på begreppet arbetsförmåga.”⁴¹

I efterhand är det hur som helst svårt att se att den nya formuleringen fått någon effekt på den glidning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet som den dåvarande regeringen oroade sig för. Lagtexten kom dock att ändras så att den tydligare relateras just till sjukdomsbegreppet. Detta var en del av den så kallade ”renodlingen” av sjukförsäkring och förtidspension.⁴²

Tidigare lydelse 3 kap. 7 § AFL

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid denna bedömning skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

⁴¹ SOU 1995:149 sid. 236.

⁴² Prop. 1996/97:28.

Ny lydelse 3 kap. 7 § AFL

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

Någon mer explicit hänvisning till den för den här skriften centrala frågan om problemen med symtombaserade diagnoser är svårt att finna i lagtext eller förarbeten. Ett undantag från detta är förarbetena till just "renodlingen". I den aktuella propositionen konstateras att "Renodlingen av försäkringen har medfört att diagnosens betydelse har ökat vid bedömningen av arbetsförmågan. Detta blir särskilt påtagligt när det gäller det slags sjukdomar eller besvär som är svåra att fastställa objektivt och som ofta ges så kallade symtomdiagnoser. Exempel på sådana sjukdomar är olika former av värtillstånd i rörelseapparaten utan påvisbara skador eller andra medicinska fynd."⁴³ Sjuk- och arbetsskadekommittén gjorde bedömningen att "man får därför förutsätta att en minskning av förtidspensionerna i denna diagnosgrupp (muskuloskeletala sjukdomar) kommer att stå bakom en stor del av den besparing som förslaget beräknas medföra."⁴⁴

Med tanke på att renodlingen trädde i kraft 1997 känns det tveksamt i vilken mån förändringen har fått den effekt som förväntades.

Det kan förefalla naturligt att det är svårt att i en definition av själva begreppet sjukdom ta hänsyn till de diagnostiska problem som hänger ihop med frånvaron av objektiva sjukdomsfynd. Det finns dock uppgifter om att det under 70-talet åtminstone i praxis fanns en mer restriktiv hållning till sjukdomar utan objektiva fynd. I avhandlingen "Sjukdom och arbetsförmåga" konstaterar Lotta Westerhäll att i de fall då diagnosen endast vilar på

⁴³ Prop. 1996/97:28, avsnitt 4 s. 10–11.

⁴⁴ SOU 1995:149 sid. 281.

den sjukas egen beskrivning av sina symtom brukar försäkringskassan bevilja sjukpenning under en kortare tid men därefter dra in på grund av att antingen sjukdoms- eller arbetsförmågebegreppet inte anses uppfyllt. Denna tillämpning hade enligt Westerhäll också stöd i rättspraxis vid den tiden.⁴⁵

Westerhäll riktar i avhandlingen kritik mot att det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet är alltför biologiskt. Hon menar att en mer socialmedicinsk inriktning vore att föredra. Detta begrepp skulle tillåta att även medicinska symtom som inte kan verifieras med hjälp av medicinska mätmetoder skulle kunna godkännas som sjukdom.⁴⁶ På denna punkt verkar hon ha blivit bönhörd. En ansenlig del av dagens sjukskrivningar bygger på sådana tillstånd. I en ny lärobok (riktad till läkare) om sjukskrivning betonas återkommande att det är symtomen i sig och deras påverkan på arbetsförmågan som läkaren har att ta ställning till. Sjukdom förutsätter varken objektiva undersökningsfynd eller en klarlagd sjukdomsorsak.⁴⁷

Inom ramen för i stort sett samma sjukdomsbegrepp verkar det alltså ha funnits utrymme för vitt skilda tolkningar av vad sjukförsäkringen skall omfatta. Någon gång under 80-talet verkar det ha skett en förändring i synen på sjukdom inom sjukförsäkringen. Frågan är på vilken grund. Förändringen har inte sin grund i lagstiftning och vid en genomgång av vägledande domar från försäkringsöverdomstolen går det inte heller att finna något uppenbart stöd i rättspraxis för en ny linje.⁴⁸

Det är svårt att behandla sjukdomsbegreppet utan att också beröra frågan om vad som menas med nedsatt arbetsförmåga. Som vi visat ovan har även lagstiftaren haft vissa svårigheter att hålla reda på var det ena begreppet börjar och det andra slutar.

Att bedöma arbetsförmåga är nästan alltid svårt. Det räcker inte med en aldrig så tydlig bild av sjukdomen. Inte ens med en

⁴⁵ Westerhäll-Gisselsson (1983) sid. 211.

⁴⁶ Westerhäll-Gisselsson (1983) sid. 212.

⁴⁷ Järholm, Olofsson (2005).

⁴⁸ Utredningen har granskat publicerade referat rörande domar om sjukdomsbegreppet och sjukpenning (Rättsfall från försäkringsöverdomstolen, Fritzes).

mycket klar bild av funktionsnedsättningen är det nödvändigtvis klart om man kan arbeta eller inte. Till stor del beror det givetvis på vilket arbete det gäller. Den som skall yttra sig om arbetsförmåga måste ha en bild av kraven i det specifika arbetet.

För symtombaserade diagnoser blir situation lite speciell eftersom bedömningen av sjukdom och arbetsförmåga i princip sammanfaller. Det är samma symptom som utgör grunden för båda.

En bedömning av arbetsförmåga handlar i grunden om att skaffa sig en uppfattning om graden av en persons fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Funktionsnedsättningarna skall sedan relateras till kraven i arbetet, tidigt i sjukfallet till det befintliga arbetet och senare till kraven i ett "normalt förekommande arbete." Ju tidigare i sjukfallet desto större frihet kan det rimligen ges för den försäkrade att i huvudsak själv bedöma sin arbetsförmåga. Men med tiden väcks frågan om det inte är möjligt att gå tillbaka till någon form av arbete. Om inte innan måste då fokus skifta från arbetsoförmåga till arbetsförmåga – hur går det att ta tillvara det som personen ändå kan göra?

I dag saknas i Sverige en vedertagen metodik både för hur funktionsnedsättningar skall bedömas och för vad de skall relateras till. Det senare är särskilt problematiskt när det gäller att relatera arbetsförmågan till hela arbetsmarknaden – hur ser det minst krävande "normalt förekommande" arbetet ut?

I t.ex. Storbritannien prövas arbetsförmågan enligt en mycket strikt modell. Personens förmåga att utföra ett antal aktiviteter, som att gå, tala, lyfta o.s.v., bedöms utifrån en skala. Det sammanlagda resultatet uttrycks i form av ett visst antal poäng och jämförs med den gräns över vilken man anses arbetsoförmögen. Denna "Personal Capability Assessment" har använts sedan 1995 och anses av de ansvariga fungera mycket väl.^{49, 50}

Metoden bygger i första hand på en självskattning och egen rapportering utifrån ett givet frågeformulär. Endast om resulta-

⁴⁹ Aylward (2003).

⁵⁰ Information om PCA och dess användning finns på www.dwp.gov.uk.

tet påtagligt avviker från vad som kan förväntas görs en fördjupad undersökning. Vid avslag görs alltid den fördjupade undersökningen. Vissa sjukdomar och tillstånd är undantagna och antas med automatik ge rätt till sjukförmån.

Idealt sett är antagligen en friare bedömning att föredra. Ingen mall kan inkorporera alla de faktorer man kan behöva ta hänsyn till. Frågan är dock om idealet är uppnåeligt. Kanske vore någon form av den brittiska modellen en bättre approximation av idealet än den situation vi har idag.

Någon variant av "PCA" har också införts i Norge, Island, Irland, Italien, Tjeckien och Slovakien.⁵¹

⁵¹ Aylward, Waddell (2005).

Diagnoser i försäkringen

Hur kan då sjukligheten beskrivas med hjälp av sjukförsäkringsstatistiken? Varför är vi sjukskrivna?

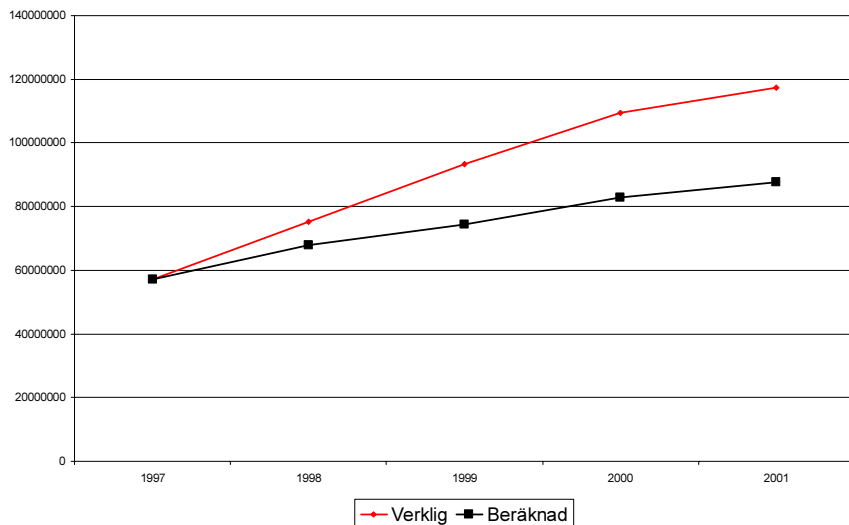
Mellan 1997 och 2002 fördubblades antalet sjukdagar i Sverige, på fem år blev vi dubbelt så sjuka. Det var däremot inte dubbelt så många personer som insjuknade. En betydande del av ökningen i sjukdagar kan hänföras till en ökad varaktighet av sjukfallen. Exakt hur mycket som beror på de olika faktorerna är mycket beroende av vilken typ av jämförelse man gör och vilka jämförelseår som väljs.⁵²

Vi har studerat sjukfrånvaron uppdelad på skadeår. För varje år redovisas hur mycket sjukfrånvaro som alstrades av de sjukfall som påbörjades under året. All frånvaro för ett års skadefall redovisas för det skadeåret även om många av fallen fortsatte in på kommande år. Nedan illustreras hur utvecklingen skulle sett ut om varje skadefall (som blir längre än 30 dagar) hade alstrat samma genomsnittliga antal bruttodagar som var fallet 1997. På så sätt kan vi skilja effekten av antalet sjukfall från den genomsnittliga längden på sjukfallen. Vad som tydligt framgår är att båda faktorerna har haft betydelse. Jämför man år från år bidrar de med ungefär lika mycket, hälften är ökat inflöde och hälften är ökad varaktighet.⁵³

⁵² Rapporten "Den galopperande sjukfrånvaron" från ALI blev mycket uppmärksammasad för att man där hävdade att väldigt mycket berodde på ökad varaktighet. Larsson m.fl. (2005).

⁵³ Egentligen är inget av skadeåren färdigräknat. Det fanns 2004-12-31 fortfarande pågående sjukfall från alla ingående år. Det bör därför tas i beaktande att talen för de senare åren är underskattade jämfört med de tidigare åren. Att vi valt att bara redovisa fall längre än 30 dagar beror på att vi då slipper effekter som kommer från förändringar av sjuklöneperiodens längd.

Antal bruttodagar per skadeår. Verkligt utfall samt beräknat på basis av verkligt inflöde men 1997 års varaktighet



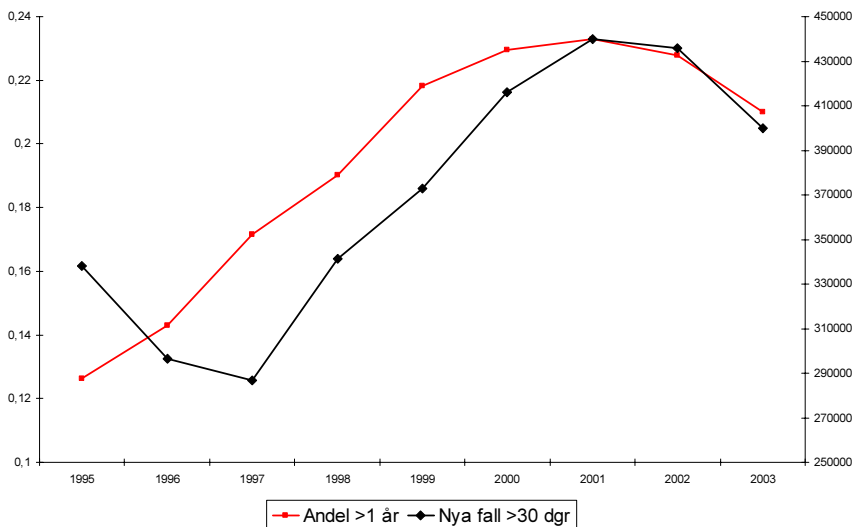
Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

Skulle vi i stället ha valt att utgå från t.ex. 1995 eller 1996 som startår skulle inflödeseffekten blivit mindre eftersom varaktigheten började öka tidigare än inflödet. Det har även stor betydelse om man, som vi gjort, sorterar bort fall kortare än trettio dagar eftersom andelen riktigt korta fall har minskat kraftigt vilket påverkar både den genomsnittliga varaktigheten och det totala inflödet.⁵⁴

⁵⁴ Att andelen korta fall minskat är till stor del en sammansättningseffekt som hänger ihop med att antalet arbetslösa sjunkit under perioden. Sjuka arbetslösa dyker upp i statistiken även med kortare sjukfall än anställda eftersom de saknar sjuklöneperiod. Färre arbetslösa ger alltså med automatik färre riktigt korta sjukfall.

Nedanstående figur visar utvecklingen för genomsnittlig varaktighet och inflöde för fall längre än trettio dagar. Åren 1995–2002 kan delas upp i tre perioder. Mellan 1995–1997 ökade varaktigheten medan inflödet minskade. Åren 1997–2001 ökade både varaktighet och inflöde i relativt likartad takt. Efter 2001 började såväl varaktigheten som inflödet att minska i ungefär samma takt.

Antal nya fall >30 dgr och andel av dessa som blev längre än 1 år (per skadeår)

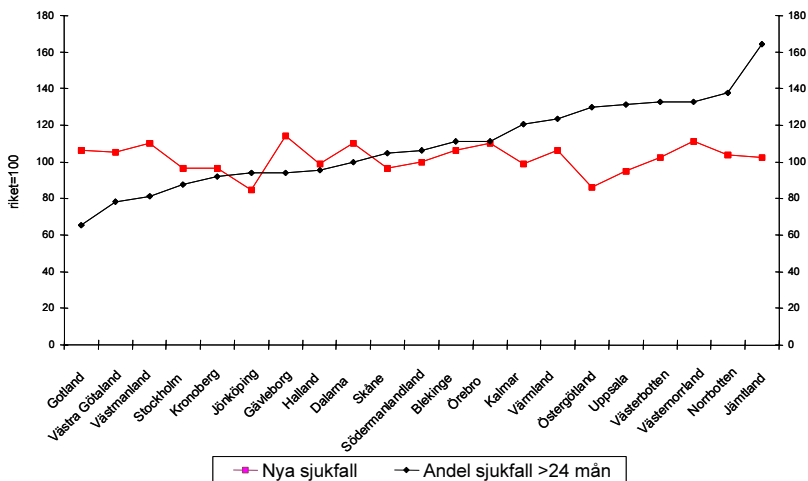


Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

Diagnoser i försäkringen

Det är också värt att notera att det till stor del är skillnader i sjukfallens varaktighet som leder till de stora regionala skillnaderna i sjuktal. Inflödet av nya sjukfall varierar betydligt mindre mellan olika län än andelen av fallen som blir långa.

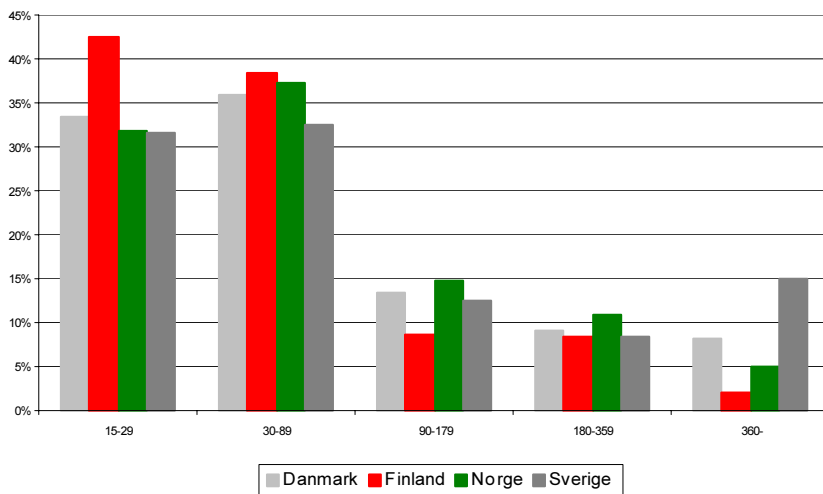
Sjukfallens inflöde och varaktighet i svenska län (2004/10 12-månaders)



Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

Vid en internationell jämförelse är de svenska sjukskrivningstiderna avvikande. Jämfört med de övriga nordiska länderna har vi en stor andel riktigt långa fall. Detta är en viktig förklaring till att siffrorna för den samlade sjukfrånvaron blir så höga i Sverige. Många långa fall leder till många sjukpenningdagar totalt sett.

Avslutade sjukfall 2003 på minst 15 dagar fördelade på sjukfallslängd (som andel av det totala antalet)



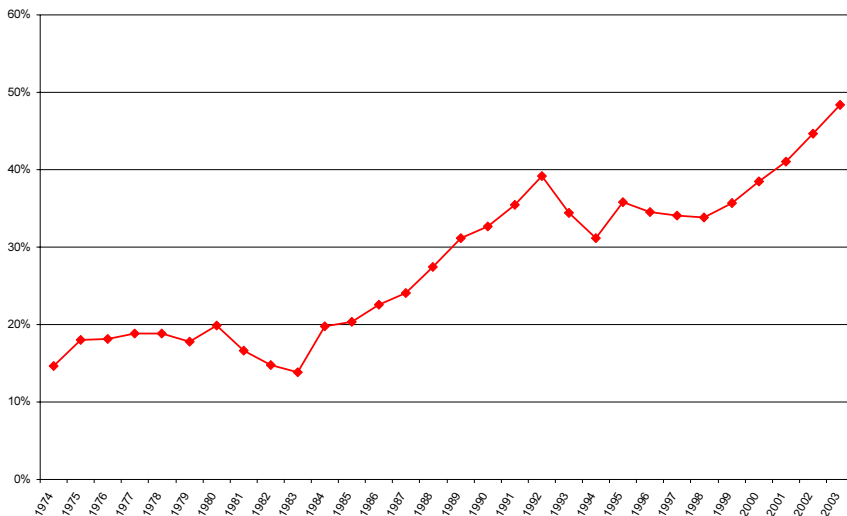
Källa: NOMESCO.

Att sjukfallen blivit allt längre är som framgått en viktig delförklaring till uppgången i sjuktal 1997–2002. En ökad varaktighet är dock ingen ny företeelse. Diagrammet nedan visar utvecklingen sedan 1974. Ser man till de pågående sjukfallen så var perioden 1983–1992 faktiskt mer dramatisk än 1998–2003. Med ett visst avbrott under mitten av nittio-talet är det alltså en gammal trend att sjukfallen blir allt längre. Detta är av betydelse för hur vi tolkar det som hänt under den senaste uppgången. Ett alternativ till att hitta förklaringen till sjukfallens ökade varaktighet i något som främst hände i slutet av nittio-talet är att betrakta det som en långsiktig utveckling med sin början i skiftet mellan 70- och 80-tal.

Lite spekulativt kan man ställa sig frågan om detta kan ha något att göra med den utveckling som beskrivs i avsnittet om försäkringens rättsliga grund. Den ökade acceptansen för sjukdom utan objektiva fynd, sloandet av riktlinjer för sjukskriv-

ningstider, kanske kan detta hänga ihop med de förlängda sjukfallen. Tidsperioderna sammanfaller åtminstone.

Andel av pågående sjukfall (>30 dgr) som är längre än ett år



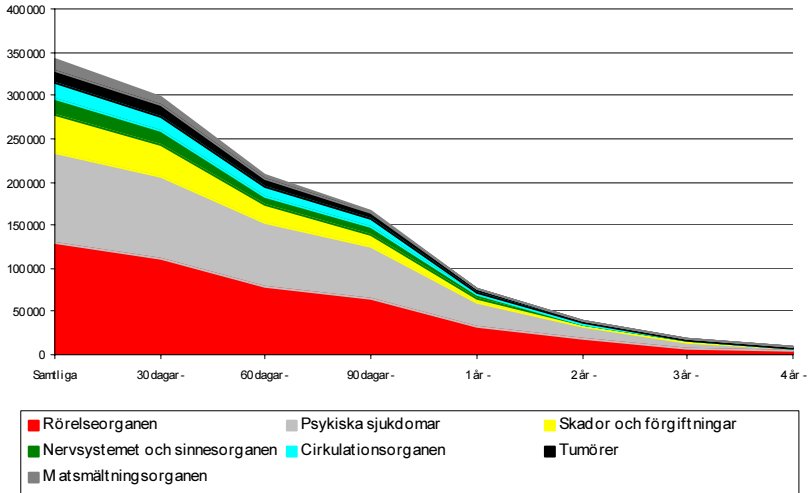
Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

Vad har då hänt med diagnoserna, vad är vi sjukskrivna för och kan förändringar av detta ha haft en betydelse för sjukfallens ökade varaktighet?

Om man delar upp sjukfallens varaktighet i diagnosgrupper finner man vissa skillnader. Den högsta andelen riktigt långa sjukfall återfinns i grupperna psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Dessa två diagnosgrupper stod 2004 för 68 % av samtliga avslutade fall bland de sju största diagnosgrupperna men ökar ju längre fall man jämför och utgör 78 % av de fall som varat mer än fyra år.⁵⁵

⁵⁵ Det bör noteras att det finns ett mycket stort antal fall som saknar diagnos i statistiken över avslutade fall. Andelssiffrorna är beräknade på basen av de fall som har en diagnos.

Avslutade sjukfall 2004 för de sju största diagnosgrupperna uppdelade på falllängd



Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

En förändring av diagnospanoramats skulle alltså kunna få betydelse för sjukfallens genomsnittliga varaktighet.

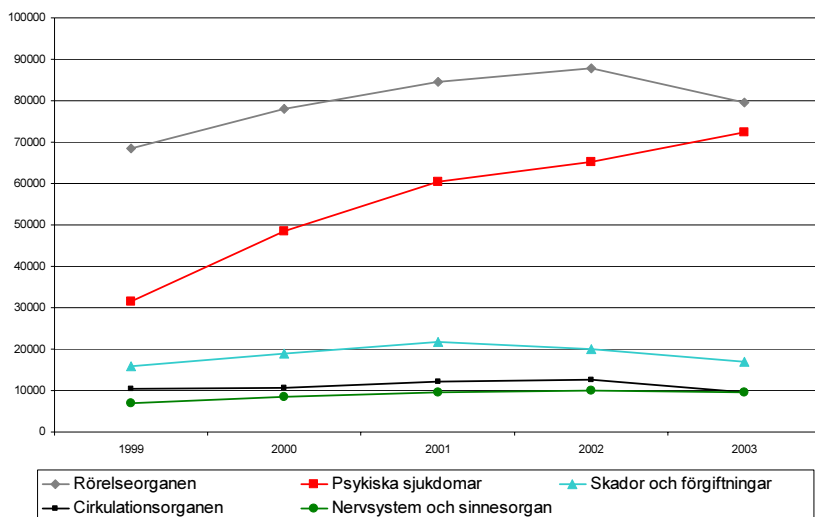
Vilka sjukdomar är det då som ökat sedan 1997? Frågan är inte helt lätt att besvara eftersom diagnosstatistik länge varit ett försummat område i svensk sjukförsäkringsstatistik. Det finns dock några olika källor att luta sig emot.

I RFV:s LS-undersökningar har diagnoser samlats in för långtidsjukskrivna kontinuerligt fr.o.m. 1999 och framåt. Nedan visas utvecklingen för de fem största diagnosgrupperna. Som synes är det två grupper som under hela perioden är helt dominerande och även står för den helt dominerande delen av ökningen. Det är i synnerhet de psykiska sjukdomarna som ökat dramatiskt.⁵⁶ Eftersom vi vet att det också är de psykiska sjukdomarna som oftast har förlängts, i många fall med flera år, kan samma fall

⁵⁶ Ökningen av de psykiska sjukdomarna är synlig även vid en jämförelse mellan 1990 och 1999 men då bara för kvinnor (RFV redovisar 2000:11).

ingå flera gånger i figuren nedan. Antalet nyinsjuknade i psykiska diagnoser är alltså inte fullt så dominerande som i figuren.

Antal långtidssjukskrivna (>60 dgr) bland de fem vanligaste diagnos-grupperna



Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

En faktor som kan ha betydelse för bilden är i vilken grad diagnosen i ett sjukfall har förändrats under pågående sjukfall. Att detta är relativt vanligt vet vi från en norsk studie.⁵⁷ Frågan är dock i vilken grad detta också registreras hos Försäkringskassan. Det kan vara så att de långa sjukfallens orsaker är mer lika än vad som framgår av statistiken.⁵⁸ Att det finns brister är uppenbart, i siffrorna för 2004 finns över 100 fall med diagnosen

⁵⁷ Brage m.fl. (1998).

⁵⁸ Det visar sig t.ex. att oavsett diagnos är smärta mycket vanligt bland långtidssjukskrivna. Ungefär 90 % av de långtidssjukskrivna som Jürgen Linder vid Karolinska Sjukhuset studerat lider av betydande och varaktig smärta (muntlig uppgift). Kanske vore "kronisk smärta" en bra samlande diagnos.

graviditetskomplikationer med fallängder på över ett år. Det är också så att många sjukfall har fler än en diagnos men det är bara huvuddiagnosen som registreras – vilken detta är kan nog ibland vara ganska skönsmässigt.

Ökningen av psykiska diagnoser är inget renodlat svenskt fenomen. En likartad utveckling har t.ex. observerats också i Tyskland, Finland, Norge och Holland.⁵⁹ Inte i något av dessa länder förefaller dock de psykiska diagnoserna stå för en lika stor andel som i Sverige.

Att det främst är muskuloskeletala och psykiska sjukdomar som dominerar diagnosstatistiken förefaller vara fallet i alla jämförbara länder. En genomgång av diagnosstatistik från de nordiska länderna ger en relativt enhetlig bild.

	Sjukpenning	Nya förtidspensioner	Bef. Förtidspensioner
Norge	Avslutade fall 2004	2004	2004
	Muskuloskel. 44%	Muskuloskel. 36%	Muskuloskel. 30%
	Psykiska 17%	Psykiska 22%	Psykiska 33%
Finland	Nya fall 2003	2003	2003
	Muskuloskel. 33%	Muskuloskel. 30%	Muskuloskel. 25%
	Psykiska 16%	Psykiska 33%	Psykiska 42%
Danmark		2004	
		Muskuloskel. 22%	
		Psykiska 38%	
Sverige	Avslutade fall 2004	2004	2002
	Muskuloskel. 30%	Muskuloskel. 37%	Muskuloskel. 39%
	Psykiska 24%	Psykiska 33%	Psykiska 30%

Källor: Försäkringskassan, Rikstrygdeverket, Folkpensionsanstalten, Järvisalo m.fl. (2005), Ankestyrelsen.

Det kan vara värt att notera att psykiska sjukdomar generellt står för en större andel av de befintliga förtidspensionerna än de

⁵⁹ Järvisalo m.fl. (2005), RTV (2000).

nybeviljade. Orsaken till detta är att denna diagnos är vanligare hos yngre, vilka blir kvar längre i försäkringen. Att ett land som Danmark har en så hög andel psykiska diagnoser bland nybeviljade förtidspensioner beror sannolikt på att de äldre, där muskuloskeletala diagnoser är vanligare, främst lämnar arbetsmarknaden via andra system, främst s.k. efterlön.

Det är inte heller så att det vi valt att kalla symtombaserade sjukdomar är något unikt svenskt fenomen. Efterfrågan på sjukskrivning kommer primärt ur den stora förekomsten av det som vi i föregående avsnitt refererade till som subjektiva hälso-besvär.⁶⁰ Hur dessa besvär skall hanteras är en utmaning som gäller för alla sjukförsäkringssystem.

Det är dock svårt att se att just förändringar bland diagnoserna skulle vara någon huvudorsak till den senaste förlängningen av sjukfallen. Att det skett en viss förskjutning från muskuloskeletala problem till psykiska är i sig långt ifrån tillräckligt för att förklara att andelen av sjukfallen som blev mer än ett år närmast fördubblades mellan skadeåren 1995 och 2001.

Det är inte heller bara så att de diagnosgrupper som ger längst sjukfall har ökat, samtidigt har också varaktigheten ökat över tid för olika diagnoser.

I en studie från Skåne framgår det att den genomsnittliga sjukskrivningstiden ökat för flera specifika diagnoser. I ett urval sjukfall från 1990–91 var den genomsnittliga varaktigheten för sjukfall med diagnosen depression 200 dagar, i motsvarande urval från 2000–01 hade den ökat till 392 dagar. Anmärkningsvärt nog fanns ett liknande mönster när det gällde en diagnos som fotledsfraktur, här hade den genomsnittliga tiden ökat från 110 till 245 dagar.⁶¹

Siffrorna från Skåne understryker att det inte bara är symtombaserade diagnoser som är problematiska. Den senaste upp-

⁶⁰ Flera norska studier har visat att det där rör sig om uppemot hälften av alla sjukskrivningar, Tellnes m.fl. (1989), Ursin m.fl. (1993). Även i Storbritannien utgör personer med denna typ av besvär en betydande del av gruppen långtidssjukskrivna. Aylward, Waddell (2005).

⁶¹ Hetzler (2005).

gången i sjukfallens ökade varaktighet tycks gälla många olika typer av diagnoser och inte främst vara en följd av ett förändrat diagnospanorama. Däremot finns det vissa specifika problem förknippade med de symtombaserade diagnoserna vilket vi utvecklar i nästa avsnitt.

Diagnoserna i sjukskrivningsprocessen

På det principiella planet förefaller det inte finnas något tvivel om att medicinskt oförklarade symtom i dag försäkringsrättsligt klassas som sjukdom. Det behövs inga objektiva undersökningsfynd eller klara idéer om symtomens orsak för att någon som t.ex. lider av värk skall betraktas som sjuk. Sett ur försäkringens syfte är detta också rimligt – samma värk är lika skadlig för arbetsförmågan oavsett om orsaken kan klarläggas eller inte. Det stora problemet ur försäkringens perspektiv är hur de oförklarade symtomen kan bekräftas och värderas samt hur patienten skall bemötas och behandlas.

I en rapport från Karolinska Institutet konstateras att ”Vetenskapligt baserad kunskap saknas ofta om de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning, både vad gäller diagnossättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder. Vidare saknas kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och konsekvenser (positiva och negativa) av sjukfrånvaro.”⁶² Det kan finnas anledning att resonera något om vad detta egentligen innebär.

På det medicinska underlaget till försäkringskassan (sjukintyget) är läkaren skyldig att intyga uppgifter om diagnos och objektiva undersökningsfynd. I de fall då diagnosen uteslutande är baserad på patientens beskrivning av sina symtom (symtom-baserad diagnos) är detta besvärligt. Läkaren har svårt att intyga något som han/hon inte har möjlighet att styrka genom objektiva fynd. Att ändå intyga att sjukdom föreligger skulle kunna strida mot socialstyrelsen förordning där det framgår att läkaren

⁶² Alexandersson (2005).

skall ”noga se till att man endast uttalar sig om förhållanden, som man har tillräcklig kännedom om.”⁶³ Läkaren Jörgen Malmqvist beskriver denna situation i ett inlägg i läkartidningen som att ”Om objektiva fynd saknas – ingen ovanlighet! – har läkaren ingen oberoende professionell kunskap om just denna patients tillstånd.”⁶⁴

I praktiken förefaller det också som om läkare känner sig mer komfortabla med att sjukskriva när de har objektiva fynd att stödja sig på. Åtminstone i norska undersökningar finns det resultat som tyder på att när inga fynd finns är det allt som oftast patienten som tar initiativ till sjukskrivning⁶⁵ och att benägenheten att finna nedsatt arbetsförmåga ökar hos läkarna i ju högre grad deras bedömning baserar sig på kliniska fynd.⁶⁶ Samtidigt är det, som vi tidigare konstaterat, ofta så att läkaren bara har patientens berättelse att luta sig mot.⁶⁷

Vid socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivning i primärvården fann man att ”En väldefinierad sjukdomsbild genom objektivt ställd diagnos, verifierad av röntgen, laboratorieundersökningar eller otvetydig status enligt god medicinsk praxis bedöms endast föreligga i knappt 75 procent av granskade journaler.”⁶⁸ Socialstyrelsens omdöme är att sjukskrivningsinstrumentet används med bristande precision.⁶⁹ Problemen med att ställa en diagnos i många av de typiska sjukskrivningsfallen kan också illustreras av en norsk studie där 122 allmänläkare hade att ta ställning till sjukskrivning i ett fall där den hypotetiske patienten hade en smärtproblematik i nacke/skuldror. Av de 122 läkarna ansåg 78

⁶³ SOSFS 1981:25.

⁶⁴ Läkartidningen Nr 28–29 2002.

⁶⁵ Larsen, Forde et al. (1994).

⁶⁶ Reiso, Nygård et al. (2000).

⁶⁷ I den studie som refereras i not 66 var det läget i 66 procent av fallen. Se också not 61.

⁶⁸ Socialstyrelsen (2005b).

⁶⁹ Och då är knappt 75 procent ändå en avsevärt högre siffra än vad som är bedömningarna i de norska och brittiska studier vi refererat tidigare. Förmodligen har Socialstyrelsen i detta fall en något mer generös definition av vad som är ”otvetydig status”.

procent att patienten borde sjukskrivas och tillsammans ställde de 52 olika primära diagnoser.⁷⁰

Läkarnas osäkerhet tycks också avspegla sig i kvaliteten på deras intyg. Vid en granskning av en veckas intygsskörd i Östergötland bedömdes hela 43 procent av intygen vara ofullständiga när det gällde uppgifter om den sjukdom som ansågs ligga till grund för arbetsoförmågan. Den obligatoriska uppgiften om ”objektiva undersökningsfynd” saknades i 40 procent av fallen.⁷¹

Ju längre ett sjukfall blir desto oklarare tycks bilden bli. Enligt försäkringskassans egen utvärdering är det bara fyra procent av beslut om sjukpenning längre än ett år där det finns tillräcklig dokumentation av besluten. I hela 65 procent av fallen finns det inte ens tillräckligt underlag för att alls fatta beslut.⁷² Vid granskningen av de östgötska intygen betonades också att just uppgifter som rör åtgärder för återgång i arbete var den punkt där intygen visade de allra största bristerna.⁷³

I tyska riktlinjer för sjukskrivning finns en schematisk beskrivning av proportionerna mellan medicinska och sociala problem beroende på längden av sjukfallen. Där görs bedömningen att redan efter tre månader, det man kallar kroniska fall, är det sociala problem som är helt dominerande.⁷⁴

Just detta med långa sjukfall på oklar grund har en tydlig koppling till symtombaserade diagnoser. När är jag frisk? Frågan är inte alltid så lätt att besvara och lättare blir den inte om det är oklart när jag egentligen blev sjuk. Men den är central för återgång till arbete och avslutande av sjukskrivning. I idén om sjukdom ligger i stor utsträckning idén om den naturliga gången från frisk till sjuk och tillbaka till frisk. Sjukdom är ett tillfälligt tillstånd och sjukpenning är en ersättning för tillfällig arbetsoförmåga till följd av sjukdom. När sjukdomen upphör gör också arbetsoförmågan det.

⁷⁰ Tellnes (1989).

⁷¹ Söderberg, Alexandersson (2005) och egna bearbetningar.

⁷² Försäkringskassan (2005b).

⁷³ Söderberg, Alexandersson (2005).

⁷⁴ MDS (2004).

Här ligger ett av de stora problemen med många symtombaserade diagnoser. En sjukdom som aldrig har fått sin objektivt bekräftade start kan heller aldrig få sitt objektivt bekräftade slut. Idén om frisk-sjuk-frisk passar inte för dessa, i många fall, mer eller mindre kroniska tillstånd. I den tidigare refererade läroboken om sjukskrivning betonar författarna återkommande hur viktigt det är i oklara fall att redan från början diskutera vad som skall gälla för att sjukskrivningen skall upphöra – detta är särskilt viktigt vid kronisk smärta och trötthet.⁷⁵ Frågan är hur ofta det egentligen sker.

Ytterligare en effekt av bristen på medicinsk kunskap är att den alstrar långa väntetider och felaktiga förväntningar.

Både i socialstyrelsens tillsynsrapport och i KI-studien pekar man på effekten av väntekedjor i sjukskrivningsfallen. Väntan på specialistundersökning, på rehabunderlag, på rehabilitering, på möte med försäkringskassan osv. Förlängningar av sjukskrivningar sker mycket ofta just i väntan på någonting.⁷⁶ Väntetider av det slaget blir särskilt vanliga när det rör sig om symtombaserade diagnoser. Det kan ta lång tid att nå fram till diagnosen eftersom det ofta rör sig om uteslutningsdiagnoser. När man provat allt annat blir det till slut en mer oprecis diagnos. Eftersom vedertagen behandling saknas blir det lätt en lång väntan och ett långt letande efter något som hjälper.

Ofta skapas också orealistiska förväntningar på behandling och/eller rehabilitering. I stället för att patienten tidigt i sjukfallet får ställa in sig på att ta tillvara den arbetsförmåga som kanske ändå finns blir det alltför många som, utan att det finns någon vetenskaplig grund för det, ändå på olika sätt förespeglas en framtid utan besvär.

Bristen på vetenskapligt underlag och systematiserad kunskap är ett allvarligt problem men det får inte hindra att handläggningen av sjukskrivningarna professionaliseras. Det är inte bara brist på kunskap som är problemet utan också en brist på

⁷⁵ Järvholm, Olofsson (2005).

⁷⁶ Socialstyrelsen (2005b), Alexandersson (2005).

tillämpning av den kunskap som ändå finns. År 2004 avslutades över 14 000 sjukfall med längder på över ett år inom diagnoskategorin ryggsjukdomar.⁷⁷ Man kan fråga sig hur väl det hänger ihop med det vetenskapliga underlag som rekommenderar ett så vanligt liv som möjligt för den som har ont i ryggen.⁷⁸

Det är närmast omöjligt att hitta någon entydig modell för hur sjukskrivningsprocessen bättre skall hantera problemet med symtombaserade diagnoser. Sjukdom är och förblir till sina delar något subjektivt och arbetsförmåga är det i än högre grad. Samtidigt är det viktigt att inse att sjukskrivningsprocessens brister långt ifrån enbart kan hänföras till diskutabla diagnoser. Problemen är vidare än så.

Det är inte utan en viss frustration som vi går igenom de svårigheter som verkar finnas när det gäller att påverka processen genom lagar och regelverk. Bristerna är i dag så stora att det knappast är ägnat att förvåna att processen förefaller vara så känslig för vad som idealt borde vara ovidkommande faktorer. När både ansvarig minister, ansvarig generaldirektör och Läkarförbundet kommenterar, sannolikt på goda grunder, de fallande sjukskrivningssiffrorna med att de beror på ”debatten” är det symtomatiskt. I ett fungerande system borde vi varken bli sjukare eller friskare av vad som står i tidningar eller sägs i TV och radio, men ändå är det så det fungerar.

Den första frågan vi kan ställa oss är om det finns något att lära av tidigare regler och tillämpningar. Skulle det gå att tillämpa sjukdomsbegreppet på det snävare sätt som förefaller ha varit praxis fram till någon gång under 80-talet?

Att göra skillnad på sjukdom av olika slag är fullt möjligt. I Frankrike finns det t.ex. undantag från tidsgränsen i sjukförsäkringen för vissa sjukdomar.⁷⁹ Det skulle också i lagtext gå att skärpa vilka bevis som skall finnas för att någonting skall klassas som sjukdom i försäkringens mening. Frågan är bara om detta vore önskvärt, legitimt och rimligt. Det är värt att notera att

⁷⁷ Försäkringskassan.

⁷⁸ SBU (2000).

⁷⁹ Ds 2003:63.

moderaternas idé att tillämpa olika ersättningsnivåer på olika sjukdomar bedömdes av dem själva som genomförbar.

Det är sannolikt mycket svårt att konstruera kriterier som upplevs som legitima hos försäkringstagarna. Att en sjukdom är svår att objektivt verifiera behöver inte göra den mindre verklig. Två av Storbritanniens främsta auktoriteter på området skriver apropå det som vi kallar symtombaserade diagnoser:

These common health problems may be ‘less severe’ in a medical sense but that is not to suggest they are less important: they are very real, cause considerable suffering, fully justify health care and may cause temporary restrictions. So attempts to argue about the reality or validity of the individual’s subjective experience are illogical, futile and likely to be counter-productive.⁸⁰

En annan väg är den som våra lagstiftare för närvarande tycks vara inne på – att finputs sjukskrivningsprocessen inom ramarna för det övergripande regelverk och den praxis som redan gäller. Som vi redan har konstaterat finns det här lång väg att gå. Och detta tycks också vara det avgörande problemet – den typ av styrning vi idag tillämpar verkar ha relativt liten effekt på beteendet hos aktörerna.

Tydliga regler om vad som skall finnas med på läkarintyg hindrar inte att det finns stora brister, beslut fattas även om alla inblandade erkänner att underlagen är undermåliga, trots tydlig lagstiftning prövas inte sjukfall mot förtidspension inom lagstadgad tid, sjukskrivna går i långa tider utan någon kontakt med försäkringskassan trots explicita regler om motsatsen. Läkare erkänner att de utfärdar intyg trots att de inte anser att det finns någon grund för det. Avstämningsmöten antingen inte hålls eller hålls utan deltagande från viktiga parter, trots tydlig lagstiftning. Och samlad statistik visar på uppseendeväckande skillnader i tillämpning av lagen över tid och i rum. Listan skulle kunna göras avsevärt längre.

Det finns uppenbar anledning att fundera på vad det är som gör att så lite sker på det sätt som är avsett.

⁸⁰ Aylward, Waddell (2005).

Är det så att vi har för många regler och aktörer? Bli­r floden av direktiv och påbud så stor att inget blir riktigt styrande? Och saknar vi en tydlig aktör med ett tydligt ansvar?

I ett belysande replikskifte i läkartidningen anklagar en läkare respektive en försäkringsläkare varandras professioner för att producera undermåliga beslut. Läkaren anser att försäkringskassan fattar beslut på dåliga grunder och försäkringsläkaren replikerar att det beror på undermåliga sjukintyg.⁸¹

Det har, inte minst bland läkarna själva, förts diskussioner kring vad man som läkare egentligen bör bidra med. Vad är det för speciell professionell kompetens som läkarkåren kan bidra med till sjukskrivningsprocessen. Kritiken mot dagens system bygger på tesen att många av de bedömningar läkare idag har att göra, i själva verket ligger utanför yrkets kunskapsram. Det betyder i och för sig inte att någon annan nödvändigtvis skulle göra det bättre men öppnar ändå för funderingar om vad som skulle kunna finnas att vinna på ett mer koncentrerat ansvar. Det är möjligt att det finns vinster att göra både i relationen försäkringskassan-försäkrad och i relationen läkare-patient.

Det som ligger närmast till hands vore att befria läkarna från ansvaret att göra en bedömning av arbetsförmågan. Det är det moment där man lättast kan argumentera för att de inte har någon speciell kompetens.

Om försäkringskassan så att säga blev första instans i frågan om arbetsförmåga är det möjligt att dess legitimitet skulle stärkas. Man skulle kunna komma bort ifrån problemet att ”en läkare har minsann sagt att jag inte kan arbeta”. Detta skulle också ge försäkringskassans handläggare en anledning att redan tidigt i sjukfallet verkligen på allvar göra en självständig prövning. Om det dessutom tidigt kom till stånd en mer direkt relation mellan försäkringskassan och den försäkrade kanske det skulle kunna underlätta kommande kontakter.

⁸¹ Bengt H Johansson Läkartidningen Nr 35 1999, replik Lars Lindkvist Läkartidningen Nr 43 1999.

För läkarna och patienterna kan det finnas en vinst att göra som bygger på att kontakten blir mer renodlat en fråga om de medicinska förhållandena. Förtroendet i den relationen kan stärkas om läkaren slipper rollen att göra den samlade bedömningen av patientens rättigheter gentemot försäkringen.

En mer radikal lösning vore att helt frikoppla läkarna från den initiala hanteringen. Den som vill bli sjukskriven får helt enkelt vända sig direkt till försäkringskassan och redogöra för sitt hälsotillstånd och sina hinder för att arbeta. Det blir då upp till försäkringskassan att bedöma när man är i behov av läkarutlåtanden.

Denna modell existerar på sätt och vis i Danmark. Där finns det inget lagligt krav på sjukintyg, däremot har både arbetsgivare och kommuner en lagligt rätt att kräva sådant när man anser det nödvändigt.⁸²

Att slopa kravet på intyg från läkare vore dock att gå på tvärs mot många förslag i debatten. Det borde också inge betänkligheter att tiden för krav på sjukintyg verkar ha en högst påtaglig effekt på sjukskrivningsbeteendet. Förlänger man den intygslösa perioden förlängs också sjukfallen.⁸³ Ett mer realistiskt sätt kunde vara att korta den intygslösa perioden. Om det upplevs som orimligt att alla sjuka skall gå till en läkare redan de första dagarna så skulle ett tidigt krav på ett fördjupat intyg från den enskilde kunna vara ett sätt att uppnå en effekt som liknar den med tidigt krav på sjukintyg. Det vore sannolikt också nyttigt om den sjuke tidigt själv fick tolka och beskriva sina problem utan att de omformulerades i vedertagna medicinska termer. Det är inte osannolikt att den bilden på många sätt skulle kunna ge försäkringskassan en bättre grund för vilken typ av handläggning som behövs i det enskilda fallet.

Om man oroar sig för att sjukskrivna allt för snabbt medikaliseras och hamnar i en begränsande sjukroll skulle det kunna finnas en del att vinna på att inte hänvisa alla till sjukvården som

⁸² LBK nr 1047 af 28/10/2004 Kap 3 § 6–7, BEK nr 639 af 21/06/2005 Kap 3.

⁸³ Hesselius m.fl. (2005).

enda väg in i försäkringen. Många kommer givetvis ändå att ha besökt läkare, men att åtminstone inledningsvis inte blanda ihop de två spåren kan ge möjligheter att bättre utnyttja de vinster av ett mer koncentrerat ansvar som vi redan diskuterat.

En möjlighet är också att gå åt andra hållet och ge läkarna beslutsrätt. Den lösningen torde dock vara mest aktuell i ett sammanhang där man även på andra sätt flyttar mer av ansvar för försäkringen till sjukvården.

Vår bedömning är att det som ligger närmast till hands är att befria läkarna från ansvaret att bedöma arbetsförmåga. Här är det tämligen uppenbart att den genomsnittliga läkaren inte besitter någon speciell professionell kunskap som kan vara till hjälp vid bedömningen.

Vi har redan, i diskussionen kring bedömning av arbetsförmåga, tangerat avvägningen mellan en helt fri individuell prövning och mer fasta regler. Den avvägningen kan även ta andra former. En avgörande fråga är om sjukskrivningstider skall bli föremål för en mer formaliserad reglering. Återigen, idealt sett skall givetvis bedömningen göras utifrån fakta i det enskilda fallet. Men om resultaten verkar bli orimliga är det inte då skäl för en mer generell reglering?

Tidigare fanns en vägledning för försäkringskassans personal som lade fast riktlinjer för hur lång sjukskrivning man kunde vänta sig vid olika diagnoser. Det fanns också rutiner för särskild vaksamhet vid vissa diagnoser.⁸⁴ Just användning av riktlinjer är något som på senare tid lyfts fram som ett av få beprövat verk samma medel för att korta sjukskrivningstider.⁸⁵

Det pågår nu ett arbete att ta fram något liknande igen.⁸⁶ Frågan är om nya riktlinjer skulle kunna kopplas till speciella regler för avvikande sjukfall. Man skulle t.ex. kunna föreställa sig att vid en viss gräns skulle det krävas intyg från speciellt legitimerade/meriterade läkare. Kanske kan det bli en uppgift för företagshälsovården som på så sätt skulle kunna ges en specifik

⁸⁴ Westerhäll-Gisselsson (1983) sid. 210, 220.

⁸⁵ Alexandersson (2005).

⁸⁶ Regeringsbeslut 29 2005-11-17 S2005/9201/SF.

roll i sjukskrivningsprocessen. Ett alternativ är att företagshälsovården får ansvar för alla sjukfall över en viss längd.⁸⁷

Vår tro är att riktlinjer på många sätt skulle kunna bidra till ett mer professionellt förhållningssätt i sjukskrivningsprocessen. Det skulle inte minst tillsammans med en tillgänglig systematisering av andras och den egna aktörens praxis kunna ge läkare och handläggare ett användbart verktyg för att reflektera kring det egna handlandet. Även om det ofta saknas ett vetenskapligt stabilt underlag skulle det betyda mycket om någon form av normalpraxis ändå kunde utvecklas. Systematiserad erfarenhet vore ett stort steg framåt.

Det allra mest speciella med Sverige är de långa varaktighetstiderna. Utvecklingen av de långa sjukfallen är inte rimlig. Sveriges unika lagstiftning utan tidsgräns för sjukskrivning förefaller ha ett mycket högt pris i tider när pressen på sjukförsäkringen blir stor. Även om Sverige i teorin har något som liknar en ettårsgräns behövs det uppenbarligen en hårdare reglering om teorin skall bli verklighet.⁸⁸

En tidsgräns i sjukförsäkringen är visserligen ett avsteg från ett försäkringsmässigt ideal men så gott som alla länder tycks betrakta det som en nödvändighet.⁸⁹

Sjukpenning är tänkt som en ersättning för tillfällig arbetsoförmåga till följd av sjukdom. En ettårsgräns förutsätter inte att tillfällig arbetsoförmåga inte kan vara längre än ett år utan utgör en norm för vad som rimligen bör vara normalfallet. I varje system behövs det både ett ersättningssystem för varaktig arbetsoförmåga och en fungerande mekanism för övergången mellan systemen. I de länder som har en tidsgräns finns det också normalt undantagsregler för i vilka fall sjukpenningen kan förlängas bortom gränsen. Det vanligaste undantaget innebär en övergång till någon form av rehabiliteringsersättning som bygger på att det finns en tydlig och trovärdig plan för återgång till

⁸⁷ Se Bröms (2004) för en skiss på en ny roll för Företagshälsovården.

⁸⁸ Se "Samtal om socialförsäkring Nr 3" för mer om detta.

⁸⁹ Ibid.

arbete inom rimlig tid. En sådan ersättning finns i Norge och Finland. I Danmark, som har de mest generösa undantagsreglerna bland våra grannländer, finns även bl.a. undantag som bygger på att den sjuke är föremål för eller väntar på medicinsk behandling som antas leda till återskapad arbetsförmåga.⁹⁰

Idén är att en tydlig tidsgräns skall göra det tydligt för alla inblandade att tidig handling behövs och kommunicera normen att det normala är återgång till arbete. Skall detta fungera måste möjligheterna till undantag vara begränsade, det finns ett utbytesförhållande mellan gränsens hårdhet och dess styrande effekt på sjukskrivningsprocessen.

Om den som förlorar sin sjukpenning bara fortsätter med förtidspension är inte så mycket vunnet. Kan en tidsgräns däremot bidra till att människor kommer tillbaka till arbete är det en annan sak. I en stor dansk urvalsstudie av långtidssjuka visar det sig att den danska tidsgränsen inte primärt verkar skicka de försäkrade ut i förtidspension. För de grupper som avslutade sina sjukfall efter 27–39 och 40–52 veckor var andelen som gick till förtidspension 7 respektive 12 procent, 50 respektive 43 procent gick till arbete (med eller utan lönebidrag).⁹¹

Samtidigt är en tidsgräns inte med automatik ett effektivt medel för att hindra utslagning via sjukskrivning. En jämförelse av Sverige och Finland illustrerar att de låga finska sjuktalet främst är en följd av att deras ettårsregel tillämpas konsekvent – tiden i sjukförsäkringen begränsas. Däremot tycks både inflöde och utflöde mer likna den svenska situationen. Även om Sverige ligger högre på alla punkter är det de mått som visar på stocken av sjukskrivna där skillnaden är klart störst.⁹²

⁹⁰ LBK nr 1047 af 28/10/2004 Kap 10 § 22.

⁹¹ Høgeland et al. (2003).

⁹² Se också artikel i SvD 2003-10-10 där docent Paula Liukkonen kommenterar detta.

	Nya sjukfall >10 dgr (per 1000 invånare 15–64)	Sjukfrånvaro AKU (%)	Sjukfrånvaro, helårspersoner som andel av arbetskraften (%) (NOMESCO) (2002)	Nya förtidspen- sionärer (per 1000 invånare 15–64)	Befintliga förtidspensio- närer (per 1000 invånare 15–64)
2003					
Finland	99	2,7	1,9	8,1	81
Sverige	114	4,4	5,6	10,8	86
Sve/Fin	115%	163%	295%	133%	106%

Källor: Försäkringskassan, Folkpensionsanstalten, NOMESCO och egna bearbetningar.

Effekten av en tidsgräns är helt beroende av vad som händer vid gränsen mellan sjukpenning och förtidspension. En konsekvent tillämpning av regeln att den försäkrades arbetsförmåga skall prövas mot hela arbetsmarknaden är avgörande för att tidsgränsen inte bara skall leda till att beslut om förtidspension kommer tidigare i sjukfallet. Samtidigt är tidpunkten för prövningen av sjukersättning rimligen av betydelse för hur det går för dem som får nej. Ju längre tid som sjukskriven desto svårare är det att hitta en väg tillbaka till arbete.

I hur stor utsträckning sjukförsäkringens portvakter är beredda att dra in sjukpenningen för människor utan att ersätta den med sjukersättning är också beroende av hur man uppfattar vad som väntar dessa människor utanför försäkringen. En jämförelse kan göras med arbetslöshetsförsäkringen där sanktionerna har mildrats för att fler portvakter skall tillämpa dem. Så länge det är sannolikt att den som får sin sjukpenning indragen bara hamnar i hopplös arbetslöshet är det i praktiken svårt att kräva av sjukförsäkringens portvakter att man skall tillämpa en hårdare prövning av sjukersättning. Skall försäkringens port-

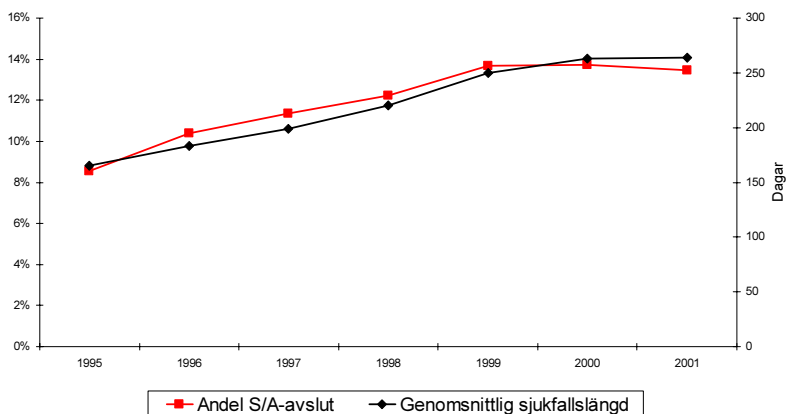
vakter på allvar börja hänvisa människor med arbetsförmåga i annat arbete till arbetsförmedlingarna måste de veta att där också finns något att hämta. I den tidigare refererade danska studien återgick 34 procent av avslutade tvåårsfall till arbete men 32 procentenheter gjorde det med hjälp av lönebidrag (flexjobb).⁹³ Det får heller inte vara så att arbetsförmedlingar hänvisar människor tillbaka till försäkringskassan och en sjukpenning de inte längre har rätt till.⁹⁴ Det är inte arbetsförmedlarens sak att avgöra vem som är frisk nog att söka arbete.

En viktig fråga är i vilken utsträckning varaktigheten har en egen och självständig koppling till risken att ett sjukfall slutar med sjuk- eller aktivitetsersättning. Vi kan se att skadefallens varaktighet är mycket nära kopplad till andelen som slutar med S/A. Diagrammet nedan bygger på en analys av hur stor andel av alla skadefall över 30 dagar som slutar så. Denna kurva följer mycket väl den genomsnittliga längden på samma skadefall.

⁹³ Høgeland et al. (2003).

⁹⁴ Något som är en mycket vanlig anekdotisk erfarenhet.

Genomsnittlig sjukfallslängd på sjukfall >30 dgr och andel av dessa som slutade med beslut om S/A



Källa: Försäkringskassan och egna bearbetningar.

Sambandet ovan kan ha en tämligen trivial förklaring men också vara ett tecken på något betydligt allvarligare. Om det är så att de som blivit sjuka haft svårare sjukdomar som motiverat längre varaktighet och mer varaktig arbetsförmåga då speglar de båda kurvorna egentligen bara en och samma bakomliggande faktor. Om det istället är så att varaktigheten till stor del är en följd av rent administrativa faktorer då kan ökningen av andelen S/A-slut betraktas som helt onödig. Detta skulle innebära att rent administrativa tillkortakommanden i sig lett till ett betydande antal förtidspensioneringar och att långa sjukskrivningstider är en självständig orsak till utslagning från arbetslivet.

Att sjukskrivning i sig skulle ha en negativ effekt på arbetsförmågan är ingen kontroversiell slutsats så det är högst möjligt att varaktigheten i sig leder till en större utslagning. En tidsgräns

skulle i detta perspektiv kunna bidra till att rädda fler människor kvar i arbetslivet.

Det är viktigt att slå fast att inget tyder på att obegränsade sjukskrivningstider leder till att människor kommer tillbaka till arbete. Att bara skjuta på de avgörande besluten gynnar knappast någon.

En ny process

Sjuk eller ledsn. För den som helt enkelt inte klarar av att gå till jobbet är frågan mest av akademiskt intresse. I grund och botten är det hur många som hittar en plats i arbetslivet där de kan fungera – som de är – som i längden bestämmer hur många som kommer att arbeta. Att bereda plats för fler är en fråga med räckvidd långt utanför sjukförsäkringens domäner. Vårt intresse i just denna skrift har främst varit sjukförsäkringens sorger och bedrävelser. Det betyder inte att försäkringens räddning enbart eller kanske ens främst står att finna inom försäkringens ram.

Sjukdom i form av upplevda hälsobesvär är vanligt. Som vi visat anser sig en betydande del av befolkningen lida av någon långvarig sjukdom. Rekryteringsbasen för sjukskrivning kan beskrivas som mycket stor. Som tur är går det för det mesta att förena sjukdom med arbete. Problemet är att förändringar i samhället i stort, och på arbetsmarknaden i synnerhet, har en potential att snabbt förändra också efterfrågan på sjukskrivning. Efterfrågan på sjukskrivning kan mycket väl förändras tämligen oberoende av den rena sjukligheten i samhället.

Varje sjukförsäkringssystem kommer att påverkas av förändringar i efterfrågan – även i de fall där den nya efterfrågan är dåligt grundad i försäkringens rekvisit.

Den första linjens försvar för en hållbar försäkring måste vara att hålla tillbaka efterfrågan. Utrymmet på arbetsmarknaden för att kombinera sjukdom och arbete måste värnas. Faktum är att det finns arbeten för de flesta människor - oavsett sjukdom. På rätt plats har nästan alla någon arbetsförmåga. Långvarig sjukfrånvaro och förtidspension är i stor utsträckning en fråga om

bristande matchning på arbetsmarknaden. Den bristande matchningen går oundvikligen ut över sjukförsäkringen.

En stor del av det skadereducerande arbetet inom sjukförsäkringen måste ske innan sjukfallen inträffar. Det behövs mekanismer som ökar rörligheten på arbetsmarknaden för just de människor som befinner sig i riskzonen. Även om det kan vara svårt nog att hitta ett nytt arbete när man känner sig krasslig och svag är det ändå avsevärt lättare än att göra det efter två års sjukskrivning.

En ökad efterfrågan kommer oavsett sina orsaker att ge fler sjukskrivna. Frågan är bara hur mycket och i vilken form. Dagens svenska sjukförsäkring är mjuk i flera dimensioner. Den tillåter ett snabbt genomslag för ökad efterfrågan på såväl sjukskrivningstalen i sig som på graden av exit från arbetsmarknaden via försäkringen. Det står utom all tvekan att den svenska sjukförsäkringen kan fungera bättre.

Grunden för en bättre sjukskrivningsprocess måste vara en ökad tydlighet, systematik och professionalism. Det behövs något att hålla sig i, något att reflektera kring och något att foga sig efter. Varje steg och varje aktör i processen behöver detta.

Allra viktigast är det att få fler att lämna sina sjukfall på andra vägar än förtidspensionens. Detta är viktigare än allt annat.

Följande fem punkter bör enligt vår mening allvarligt övervägas för framtidens sjukförsäkring.

1. Riktlinjer

Det behövs en guide till förväntade sjukskrivningstider. Läkare och försäkringshandläggare måste ges ett stöd i bedömningen av vad som är rimliga tider. Riktlinjer ger ett verktyg för att upptäcka de sjukfall där saker inte fungerar som de borde. Vi ser ingen anledning till att t.ex. den ”Medical Disability Advisor” som utarbetats av Reed Group⁹⁵ inte skulle vara användbar också i Sverige. Rätt använda riktlinjer bör också kunna skapa tydliga

⁹⁵ www.rgl.net för mer information.

förväntningar om återgång i arbete hos såväl försäkrade som hos dem som är inkopplade i sjukskrivningsprocessen.

2. Ny beslutsprocess

För långa sjukfall behövs en beslutsprocess som är mer specialiserad än dagens. En modell skulle vara att låta en ny företagshälsovård få ansvaret för alla sjukfall som överskrider en viss längd. Läkarintyg därifrån skall krävas för att förlänga sjukskrivningen utöver gränsen. En annan variant är en ”second opinion” från särskilt certifierade läkare.

3. Ny modell för bedömning av arbetsförmåga

Sverige bör ta lärdom av de många länder som stramat upp metoderna för bedömning av arbetsförmåga. I synnerhet vid en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden finns en stor potential för verktyg av det slag som finns i Storbritannien och många andra länder.

4. Tidsgräns

Inget talar för att världens längsta sjukskrivningstider hjälper någon. Om något så pekar tecknen mot att de bidrar till en onödig utslagning från arbetsmarknaden. Sverige behöver en tidsgräns för hur länge man skall kunna få sjukpenning.

5. Lönebidrag

En aldrig så stabil sjukförsäkring kommer alltid att arbeta i uppförsbacke om det inte finns realistiska vägar tillbaka till arbete. Sverige behöver något som liknar danskarnas flexjobb, dvs. någon form av permanent lönebidrag som alternativ till förtidspension.

Mycket av det som gäller sjukskrivningsprocessen går knappast att lagstifta fram. Det behövs vedertagna behandlingsstrategier i sjukvården för de stora patientgrupperna med lindrig psykisk sjukdom och muskuloskeletala åkommor. Det behövs nya former av rehabiliteringsprogram som mer röjer hinder för

arbete än låser sig vid idén om återgång till friskhet. Det behövs ett helt nytt professionellt förhållningssätt kring hur man hantearar sjukskrivningsinstrumentet.

De fem punkterna går att lagstifta om men de är långtifrån tillräckliga i sig. De skall bara ses som stöd för nya arbetssätt. Frågan är hur det nya sättet blir verklighet. Sjukförsäkringens olika aktörer har hittills visat på en betydande förmåga att agera tämligen oberoende av lagar och politiska försök till styrning. Ovanstående fem punkter är tänkta att ge mer stadga åt processen men det är värt att ställa frågan vilken institutionell miljö som i övrigt skulle behövas för att skapa en bättre försäkring. Vi har i utredningen på annan plats skrivit om behovet av en självständig försäkring. Idén är bland annat att en självständig försäkringsgivare har tydligare drivkrafter och möjligheter att sköta försäkringen på ett professionellt sätt.

Avslutning

Sjukförsäkringen är för mjuk. Men den är också för hård. Sedd något från ovan är det lätt att få intrycket av alltför många alltför snälla aktörer som inte tillämpar den lagstiftning och det regelverk som faktiskt finns. Resultatet är orimligt många långa sjukfall och stora kostnader. Sedd inifrån finns det många vittnesmål om en sjukskrivningsprocess där man som sjukskriven misstänkliggörs, kontrolleras och nonchaleras. Sällan är den som varit sjukskriven i två år nöjd med den behandling och det bemötande man fått. Och det är svårt att hitta den portvakt som är nöjd med villkoren och omständigheterna kring sitt arbete. Kanske är detta det tydligaste tecknet på en dysfunktionell försäkring. Resultatet blir inte vad det borde och alla inblandade är lika missnöjda.

Lösningen på sjukförsäkringens problem är inte att förneka de symtombaserade diagnoserna. Ont i kroppen och ont i själen utan påvisbara medicinska skäl existerar i alla samhällen och alla tider. Och för den som är ledsen, på grund av sina smärtor eller på grund av andra livets påfrestningar, är sannolikheten för att smärtan påverkar arbetsförmågan större än för den som stärks av den kraft och glädje som kan hämtas ur t.ex. ett intressant arbete eller en stödjande familj. Lika viktigt som att ta dessa besvär på allvar, lika viktigt är det dock att konstatera att sjukförsäkringen är till för dem som är sjuka och inga andra. Och den som får en symtombaserad diagnos måste därför bemötas på samma sätt som den som får en annan diagnos bör bemötas. Professionellt, respektfullt och med hjälp till realistiska framtidsförväntningar som inkluderar hur man kan leva med sina smärtor och det arbete som kan utföras.

Avslutning

Mycket sällan är en lång, passiv och passiviserande sjukskrivning bästa medicinen.

Källor

- Aaron LA & Buchwald D (2001) *A Review of the Evidence for Overlap among Unexplained Clinical Conditions*, Ann Intern Med. 134: 868–881.
- Alexandersson m.fl. (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*, Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Aylward M (2003) *Experiences with the Personal Capability Assesment in Great Britain*, European Journal of Public Health 4:16.
- Aylward M & Waddell G (2005) *The scientific and conceptual basis of incapacity benefits*, London: TSO.
- Barsky AJ & Borus JF (1999) *Functional Somatic Syndroms*, Ann Intern Med. 130:910–921.
- Bergendorff S, Hansson E, Hansson T & Jonsson R (2001) *Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning?* Stockholm: RFV.
- Brage S m.fl. (1998) *Diagnoseändring ved symelding*, Rikstrygdeverket.
- Bröms J (2004) *Makten över behoven*, Vårdforum.
- Conrad P (1992) *Medicalization and Social Control*, Annu. Rev. Sociol. 18:209–32.
- DS 2003:63 *Den svenska sjukan II – regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder*.
- Englund L (1997) *Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?* Debattskrift Försäkringskassaförbundet.

- Englund L (2001) *Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting*, Arbetsrapport Centrum för Klinisk Forskning Dalarna.
- Eriksen HR, Svendsrød R, Ursin G & Ursin H (1998) *Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993*, European Journal of Public Health 8:294–298.
- Eriksen HR, Ihlebæk C & Ursin H (1999) *A scoring system for subjective health complaints (SHC)*, Scand J Public Health 1:63–72.
- Eriksen HR, Hellesnes B, Staff P & Ursin H (2004) *Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization?* International Journal of Behavioral Medicine Vol.11 No.2 122–125.
- Försäkringskassan (2005a) *Sjukskriven i onödan?* Försäkringskassan analyserar 2005:5.
- Försäkringskassan (2005b) *Kvaliteten i beslutsunderlagen i ärenden där sjukpenning eller rehabiliteringspenning betalas ut dag 365*, Rapport 2005-01-25.
- Gerner U (2005) *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen*, Doktorshandling. Institutet för socialt arbete, Socialhögskolan.
- Giesecke T m.fl. (2004) *Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain*, Arthritis Rheum 50(2):613–23.
- Glenton C (2003) *Chronic back pain sufferers – striving for the sick role*, Social Science & Medicine 57:2243–2252.
- Hesselius P, Johansson P & Larsson L (2005) *Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment*, IFAU working paper.
- Hetzler A, Melén D & Bjestedt D (2005) *Sjuk-Sverige Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*, Stockholm: Symposion.
- Høgelund J, Filges T & Jensen S (2003) *Langvarigt Sygefravær*, Köpenhamn: Socialforskningsinstituttet.
- Illich I (1976) *Medical Nemesis*, New York: Pantheon
- Järholm B & Olofsson C (2005) *Sjukskrivningsboken*, Lund: Studentlitteratur.

- Järvisalo J, Andersson B, Bodeker W & Houtman I (2005) *Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden*, Helsinki: The Social Insurance Institution.
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ & Dao MD (2004) *Explaining Medically Unexplained Symptoms*, Can. J. Psychiatry 49:663–672.
- Kleinman A, Eisenberg L & Good B (1978) *Culture, Illness and Care: Clinical lessons from anthropological and cross cultural research*, Annals of Internal Medicine 88:251–58.
- Kommunal (2005) *I stressens spår*.
- Larsen BA, Forde OH, & Tellnes G (1994) *Legens kontrollfunksjon ved sykmelding*, Tidsskr Nor Laegeforening 114:1442–1444.
- Larsson T, Marklund S & Westerholm P (2005) *Den galopperande sjukfrånvaron*, RARs forskningsrapport nr 1, Arbetslivsinstitutet.
- Malmqvist J (2005) *Föreställningar om sjukdom*, Lund: Studentlitteratur.
- MDS (2004) *Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit*, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Moynihan R, Heath I & Henry D. (2002) *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, BMJ 324:886–891.
- Olin R (1999) “Nya diagnoser” – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar, Nationella Folkhälsokommittén.
- Parsons T (1951) *The Social System*, New York: Free Press
- Proposition 1994/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkepension för gifta*.
- Proposition 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*.
- Reiso H m fl. (2000) *Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification*, Family Practice 17:139–144.
- RFV redovisar 2000:11.
- RTV (2000) *Diagnoser og sykefravær*, RTV rapport 04/2000.
- SBU (2000) *Ont i ryggen, ont i nacken En evidensbaserad kunskaps-sammanställning*, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Socialförsäkringsutredningen (2005) *Sjukfrånvaro i tid och rum, Samtal om socialförsäkring Nr 2*.

- Socialförsäkringsutredningen (2005) *Port och Portvakt*, Samtal om socialförsäkring Nr 3.
- Socialstyrelsen (2005a) *Folkhälsorapport 2005*.
- Socialstyrelsen (2005b) *Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004*.
- SOU 1995:149, *Försäkringsskydd vid sjukdom*, Stockholm: Fritzes.
- SOU 2002:62, *Kunskapsläge sjukförsäkringen*, Stockholm: Fritzes.
- Steihaug S, Ahlsen B & Malterud K (2002) "I am allowed to be myself": women with chronic muscular pain being recognized, *Scand J Public Health* 30:281–287.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2004) *Patienter i slutenvård 2003*.
- Söderberg E & Alexandersson K (2005) *Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits*, *Scandinavian Journal of Public Health* 33:314–320.
- Tellnes G (1989) *Legenes oppgaver ved sykmelding*, *Tidsskr Nor Laegeforening* 109:2439–2442.
- Tellnes G & Bjerkedal T (1989) *Epidemiology of sickness insurance – a methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway*, *Scand J Soc Med.* 17(3):245–251.
- Ursin H, Endresen IM, Håland EM & Mjellem N (1993) *Sensitization: a neurobiological theory of muscle pain*, In Værøy H, Markey H, editors, *Progress in fibromyalgia and myofascial pain*, Amsterdam: Elsevier 413–427.
- Werner A, Steihaug S & Malterud K (2003) *Encountering the Continuing Challenges for Women With Chronic Pain: Recovery Through Recognition*, *Qualitative Health Research* Vol.13 No.4 491–509.
- Westerhäll-Gisselsson L (1983) *Sjukdom och arbetsförmåga*, Doktorsavhandling, Stockholm: Norstedts.

Sjukförsäkringen vilar på idén om ett tydligt kriterium på skada – sjukdom. I själva verket är detta begrepp i allra högsta grad undflyende, mångtydigt, föränderligt och omstritt. Bland de sjukskrivna finns många med besvär som inte kan ges någon vedertagen medicinsk förklaring. I denna skrift *Sjuk eller ledsen* kallar vi det symtombaserade diagnoser – diagnoser där det saknas objektiva undersökningsfynd som kan bekräfta sjukdom. Skriften syftar till att diskutera detta fenomen och dess konsekvenser för sjukförsäkringens funktion och uppbyggnad.

I serien Samtal om Socialförsäkring kommer Socialförsäkringsutredningen löpande att publicera ett antal småskrifter för att inbjuda till diskussion och debatt.

Skrifter i serien

- Nr 1 Vad är försäkring?
- Nr 2 Sjukfrånvaro i tid och rum
- Nr 3 Port och portvakt
- Nr 4 Vad är arbetslinjen?
- Nr 5 Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet
- Nr 6 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid
- Nr 7 Sjuk eller ledsen

