

# Back to basics för en sjukförsäkring som gått vilse

**D**et är något visst med sjukskrivningsfrågan. Alltså, om man med "något visst" syftar på likheten med glasull i underkläderna: irriterande och frustrerande svår att bli av med. Vad är det som gör att just sjukskrivning, av sjukvårdens alla tidsödande och oglamorösa arbetsuppgifter, skapar sådan motvilja och trötthet i stora delar av läkarkåren? Jag tror att det beror på att själva arbetet med sjukförsäkringen kommit att förlora sin legitimitet. Med det menar jag att den ökande tid och energi vi tvingas lägga på processen inte motsvaras av vare sig ökad patient- eller samhällsnytta och därför upplevs som meningslös på ett djupare plan.

Grundidén med sjukskrivning var en gång att människor i arbetsför ålder som drabbades av sjukdom inte skulle behöva bli vräkt eller svälta ihjäl under läkningstiden. Läkaringyg krävdes för att avskräcka hågade simulanter. Modellsjukdomar för sjukskrivning var hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott, tillstånd som kännetecknas av tydliga statusfynd, övertydlig DFA-kedja och små individuella variationer. Den som har 40 graders feber jobbar oftast inte och den som brutit benet klättrar inte på stegar.

I stor kontrast till dessa tillstånd står vår tids största hälsoproblem: depressions- och ångesttillstånd, långvarig smärta, utmattning och andra trötthetstillstånd. De är förknippade med betydande samlat lidande och i många fall en klar förlust av arbetskapacitet. De kännetecknas också av närmast total frånvaro av det som sjukförsäkringen juridiskt förutsätter: reproducerbar diagnostik med objektiva statusfynd, hållbar beviskedja för och mätbarhet avseende nedsatt arbetsförmåga, och förutsägbar och enhetlig prognos.

Bedömning av dessa tillstånd baseras ju nästan uteslutande på berättelsen; alltså patientens beskrivning av sina symtom, sin förmåga och oförmåga. Diagnoserna får sin tyngd och trovärdighet när de ställs i en tillitsfull relation där alla inblandade vågar spela med öppna kort. Detsamma gäller bedömning av funktion och aktivitetsförmåga. Det läkaren egentligen gör vid sjukskrivning är ju oftast en "rimlighetsprövning av patientens självvärdering" av vad hon klarar och inte klarar, mot bakgrund av medicinska diagnoser och hennes berättelse om sig själv och sin tillvaro. För att sedan i efterhand rationalisera bedömningen med lämpligt tjänstemannaspråk i avsedda fält.

De ansatser som gjorts för att öka kvaliteten i sjukskrivningsprocessen – diagnosbaserade sjukskrivningsrekommendationer och förbättrade (läs: mer detaljerade) intyg – har goda poänger, men avslöjar en djup inneboende oförståelse för diagnostikens villkor och för vad som avgör mänsklig förmåga och oförmåga. Trovärdigheten i en berättelse lär undandra sig juridiskt hållbar bekräftelse oavsett vilka mätinstrument man använder eller vilket språk och hur många tecken man använder för att beskriva mätresultaten. Och: som alla vet avgörs en individs arbetsförmåga i de flesta fall – hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott undantaget – i mycket liten grad av hennes ICD-10-kodsuppsättning.

Vissa saker, t.ex. sjukintyg, kan göras hur avancerade som helst utan att det egentligen ökar kvaliteten eller rättssäkerheten särskilt mycket. Om "mer" inte innebär "bättre" skulle jag föreslås en satsning på "mindre". Men det kanske bara är jag? ■



**Text:**  
Andreas Thörneby  
Allmänläkare, Kinna

”

... som alla vet avgörs en individs arbetsförmåga i de flesta fall – hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott undantaget – i mycket liten grad av hennes ICD-10-kodsuppsättning.

