

Hva er medisinsk riktig sykmelding?

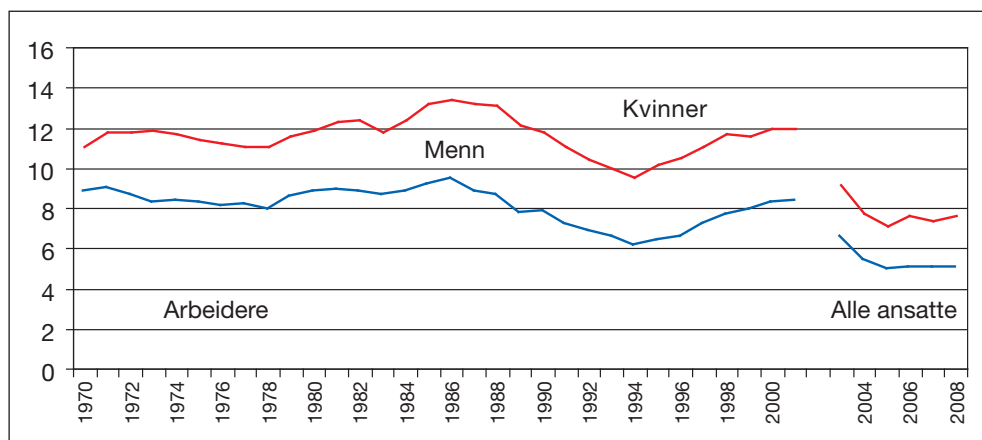
Michael 2009;6:419–24.

En medisinsk riktig sykmelding er et ledd i et seriøst legearbeid, der sykmeldingen går inn i legens armamentarium og brukes for å lette situasjonen for pasienter som trenger et pusterom for å ta seg inn, for å gi avlastning, slik at pasienten kan bli fortest mulig bra, eller for å gi periodevis avlastning for å holde arbeidstakere i arbeid lengst mulig. Hvis ikke legenes sykmeldingspraksis er kvalitetssikret og blir allment forstått, kan vi risikere å få et system som i Danmark, der sykefraværet som oftest er et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det vil sannsynligvis være uheldig.

Det sies og skrives mye om legers sykmeldingspraksis om dagen. Regjeringen og hovedorganisasjonene mener sykmeldingsratene har økt, og med avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) vil de ha en reduksjon. Sykefraværet er nå et økonomisk problem som vi knapt har råd til.

Figur 1 viser de beste tallene vi har for sykefravær, de fra Næringslivets hovedorganisasjon over andel fraværsdager av alle avtalte arbeidsdager blant arbeidere i et utvalg medlemsbedrifter. Disse tallene er sammenliknbare helt tilbake til 1970. Etter 2002 har Statistisk sentralbyrå (SSB) overtatt registreringen, men nå for både arbeidere og funksjonærer. Kurven viser i all hovedsak et ganske stabilt fravær i disse årene. Fraværet var lavt under arbeidsløsheten i 1988 til 1997 og økte noe igjen under høykonjunkturen etterpå. Fallet i 2004 hang åpenbart sammen med en kampanje overfor legene, blant annet med nye regler for sykmelding.

Nå skal ikke legen følge politiske retningslinjer i arbeidet sitt med pasienter, og langt mindre sette økonomiske ønskemål først. Vi kan rimeligvis si at legens oppgaver på sykemeldingsområdet er å iverksette *Folketrygdlovens regler*. Ellers skal legen følge medisinske prinsipper for å få pasienten rasklest mulig så frisk som det rimeligvis går an. I denne artikkelen vil jeg prøve å



Figur 1: Prosent sykefraværsdager av alle avtalte arbeidsdager 1970-2008 fra NHOs registrering i utvalgte bedrifter standardisert etter bedriftsstrukturen i Norge.

følge disse to grunnleggende prinsippene for å drøfte hva medisinsk forsvarlig sykmeldingspraksis kan være.

Folketrygdloven sier at vi skal følge medisinske prinsipper

Folketrygdlovens paragraf 8-4 sier at «sykepenger skal ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade». Dermed har vi juridisk grunnlag for å følge medisinske prinsipper for sykmelding. De mest grunnleggende prinsippene i medisinen sier for det første at vår viktigste oppgave er å helbrede raskest mulig og uten å gjøre skade. For det annet må vi tilstrebe å bruke erfaringsbasert, helst vitenskapelig kunnskap for å oppnå en best mulig behandling.

Jeg tror alle leger er enig i at de medisinske prinsippene for sykmelding ikke er greie å følge i praksis. De er heller ikke lette å formulere i ord. Det er antakelig en av grunnene til at legene ikke gjerne deltar i den offentlige diskusjonen om sykmelding. Her skal likevel gjøres et forsøk på å sette opp noen retningslinjer.

Mitt spørsmål er: Gir det mening å inndele de sykmeldte i tre hovedgrupper etter medisinsk tilstand og behov for sykmelding, en gruppe pasienter som opplagt må sykmeldes fordi de fungerer for dårlig til å gå på jobb, en annen gruppe som først og fremst trenger sykmelding som en del av behandlingen, og en tredje gruppe som må ha avlastning i perioder for å greie å holde seg i jobb?

1. Noen tilstander gir så lite fysisk og/eller psykisk overskudd at betalt arbeid er umulig

Arbeid er meget sjelden helt umulig, og de aller fleste syke mennesker ønsker å gjøre noe nyttig. *Betalt* arbeid er derfor det avgjørende ordet her. Ansatte må yte nok til at arbeidsgiveren er noenlunde tilfreds, og selvstendig næringsdrivende må levere noe på markedet sitt.

Slik betraktet synes det å være opplagt at der er en rekke tilstander som gjør sykmelding selvfølgelig. Det gjelder en lang rekke somatiske lidelser med markant redusert allmenntilstand, fra febrile virusinfeksjoner til akutt hjertesvikt, og det gjelder noen psykiske lidelser som akutte depresjoner. Hvor grensen går, kan av og til diskuteres, blant annet ut hvor krevende jobben er og hvordan den stiller krav til fysisk eller psykisk innsatssevne. Likevel er det ikke mye rom for skjønn her, for dersom legen er i tvil, faller ikke tilfellet inn denne kategorien, men eventuelt under en av de to neste.

2. Noen tilstander krever avlastning for at den syke skal bli fortest mulig bra

Dette er det mest misforståtte punket i den offentlige diskusjonen om sykmelding. Når legene blir anklaget for å sykmelde folk som er friske nok til å gjøre en viss arbeidsinnsats, er dette gjerne med en medisinsk hensikt. Her er det verken spørsmål om snille leger eller om skjønn, men om hvor dyktig legen er til å stille diagnoser og finne fram til den mest effektive behandlingen. Legens jobb er å bringe pasienten fortest mulig tilbake til full restitusjon, ikke noe annet.

Her er det i praksis to store pasientgrupper, de med muskel- og skjelettlidelser og de som har psykiske lidelser. Dertil kommer en langt rekke lidelser som har visse likhetstrekk med disse to store gruppene. Både psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser krever ofte et fast og planmessig behandlingsopplegg for å bli fortest mulig bra eller oppnå best mulig funksjon etterpå.

Mange av de psykiske lidelsene krever at pasienten har tid og overskudd til å bearbeide sin egen situasjon. Ofte krever dette en periode med avlastning fra andre krav, for eksempel fra inntektsgivende arbeid. Poenget er å ha krefter til å kunne konsentrere seg om seg selv og sine egne problemer.

I en slik situasjon vil endel pasienter fungere så dårlig sosialt at sykmelding er en selvfølge, og da kommer de i kategori 1 ovenfor. Men ganske ofte bør sykmelding være en del av et behandlingsopplegg. Dette opplegget bør struktureres av den som skriver sykmeldingen. Det kan bestå av samtaler med andre mennesker, konfliktløsninger, fysisk trening, hvile og kontemplasjon. Medikamentell behandling hjelper av og til. Den behandlende legen bør være nøye med å følge opp programmet, særlig være oppmerksom på en

forventet sykdomsprogresjon. Hvis bedring ikke skjer, må legen prøve å finne ut hvorfor. Dårlig behandling eller urealistiske forventninger må føre til et revidert opplegg. Mistanke om liten innsats fra pasienten må diskuteres åpent og eventuelt føre til avbrekk av programmet og friskmelding.

Ved en god del muskel- og skjelettlidelser er et liknende program aktuelt. Det gjelder oftest pasienter med akutte tilstander som muskelsmerter, senebetennelser eller lumbago. Det kan også gjelde pasienter med samme diagnosene, men som holder på å gli inn i en kronisk fase, eller det kan være pasienter som får tiltagende ofte tilbakefall. Disse kan trenge et strukturert behandlingsopplegg som krever sykmelding, selvom de ikke nødvendigvis er for dårlige til å gå på jobb. Poenget er at opplegget er strengt, og at det har som mål å gi full helbredelse. Tiden må da brukes på trening og hvile, i den rekkefølgen, helst fulgt av kognitiv behandling fra legen eller fysioterapeuten.

3. Noen mennesker har for lite overskudd til å fortsette i arbeidslivet i mange år, dersom de ikke får avlastning i perioder

Dette er den vanskeligste gruppen å sykmelde til rett tid og passe mye. Poenget er å holde dem i nesten normal funksjon lengst mulig. De som kritiserer oss for å sykmelde for mye, bør huske at vi sykmeldende leger er en forutsetning for å holde så mye som 74% av befolkningen i alder 15–74 år i betalt arbeid, den høyeste yrkesdeltakingen i verden akkurat nå. Legene gjør antakelig en kjempeinnsats på dette området, ved å bidra til å lokke den svakere delen av befolkningen inn i betalt arbeid og til å holde dem i jobb.

Er det mulig å formulere noen retningslinjer for legearbeidet på dette vanskelige og mangslungne området? Vi kan prøve.

Legen må ha et våkent blikk for pasienter som viser avtagende overskudd, forverret allmenntilstand, økende smerter eller dårligere søvn. Poenget er selvfølgelig ikke at det er synd på disse pasientene, men at de kan trenge en periode med avlastning. Denne perioden må være kort, 1-3 uker, ellers risikerer de ryktet sitt på jobben, eller de mister pågangsmotet til å fortsette i jobb.

Er så de grunnleggende medisinske prinsippene greie å følge, å bidra til å opprettholde pasientens funksjon med minst mulige omkostninger? Venter vi for lenge, blir fort resultatet at sykmeldingen blir langvarig. Da er faren for å falle ut av arbeidslivet ganske stor for denne marginaliserte arbeidskraften. Kan vi bidra til å utsette uførepensjonering med to år, er mye vunnet for pasienten i form av selvrespekt og et vanlig liv. Samfunnsøkonomisk er det også gunstig, men det er det ikke vår oppgave å tenke på.

Seriøst legearbeid

Disse få ordene om store emner synes å gi oss holdepunkter for fornuftige sykmeldinger. Alle klinikere har mye å føye til, for det ser ut til at vi skal og kan bruke de samme prinsippene i sykmeldingsarbeid som i annet klinisk arbeid. Sykmelding er en viktig del av medisinske behandlingsmetoder og skiller seg ikke mye fra mange andre metoder. Det forekommer meg at tre viktige prinsipper følger av denne betraktningmåten.

For det første skal ikke økonomiske betraktninger spille noen rolle ved sykmeldinger. Det er ikke legens oppdrag å bekymre seg for statsbudsjettet. Vi vet likevel at effektiv medisinsk behandling er det mest samfunnsøkonomisk gunstige vi kan gjøre som leger. Som sagt er yrkesdeltakingen meget høy i Norge. Vi har spesielt mange eldre i betalt arbeid, langt flere enn for eksempel Danmark og Sverige, og enormt mange flere enn Tyskland og USA. Det kan vi ikke opprettholde uten endel sykmelding. Likevel er antakelig den økonomiske gevinsten stor. De nordiske landene er flinke til å få praktisk talt hele den vokne befolkningen ut i jobb, også de med liten selvtillit og lite krefter. Da er antakelig en akseptert rett til sykmelding og eventuelt uførepensjon viktig, fordi disse ordningene gir mulighet til en verdig retreat, og det er viktig for de mindre optimistiske arbeidstakerne.

For det andre er det ikke pasientene som avgjør sykmeldingen. Pasienten må selvsagt si hva han mener, men det er legen som bestemmer. Det hender riktignok at pasienten ikke vil sykmeldes selvom legen mener det er best for behandlingen, men det kan vi leve med. Pasienter sier ofte at de går til oss for «å sykmelde seg», men det må vi overhøre og selv vurdere hva som er medisinsk riktig.

For det tredje må vi leger behandle sykmeldingsinstituttet med respekt. Det er et viktig behandlingsinstrument som ikke må brukes lemfeldig, ikke minst fordi ordningen er under myndighetenes skyts for tiden.

Mye problemer med sykmeldingene

Er det så ingen større problemer med legenes nokså suverene rett til å fritta sine pasienter for arbeidsplikten? Jo, der er mange, små og store. Oppgaven er såpass krevende for legene at vi kan komme til å betakke oss for denne retten.

I Danmark brukes nesten ikke legesertifiserte sykmeldinger. Sykefravær er et forhold som overlates til den ansatte og arbeidsgiveren. Til gjengjeld er veien til oppsigelse kort. For eksempel gir fire måneders sykefravær i offentlig tjeneste automatisk oppsigelse. Det norske og svenske systemet der den sykmeldte ved behov kan skylde på legen sin, har sine markante fordeler for den ansatte.

Den mest diskuterte ulempen er at legene har for lite kunnskaper om arbeidsplassene til å utøve et rimelig godt skjønn på behovet for sykmelding. Dette er en sakelig innvending mot våpr system. På den annen side har vi få alternativer. Ingen andre enn legene har nok kunnskaper om både sykdommer og arbeidsplasser til å innta denne rollen. Det eneste realistiske alternativet er det danske systemet. Det vil fungere dårlig i Norge i dag fordi jobbskifte er mye mer dramatisk hos oss enn i Danmark. Hvert år skifter omlag 25% av danskene jobb. Dessuten har mange av de norske fastlegene mye kunnskaper om de arbeidskravene deres pasienter står overfor sine. I ethvert fall gjelder det de legene som har evne til å lytte og har interesse for kvalitet i jobben sin.

Her ligger antakelig den viktigste innvendingen mot synet mitt på medisinsk forsvarlig sykmelding, nemlig kvaliteten i dette legearbeidet. Der er tendenser i legekorpset til å ta lettvindt på sykmeldinger. Motsetningsfylte sykmeldinger gjelder først og fremst pasienter med psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Disse tilstandene er ikke livsfarlige og har ikke høy status blant oss leger. Behandlingen av dem blir ofte venstrehåndsarbeid. Skal diagnostisering og behandling gjøres rimelig bra, tar det tid. En slik tidsbruk vil lett kunne koste fastlegen en god del tusen kroner i tapt inntekt. Da er det fristende å enten bli for streng med sykmeldingene, med for mange tidlige uførepensjoner som resultat, eller å overlate sykmeldingene til pasientenes egen vurdering med dårlig medisinsk behandling som resultat.

I dagens politiske klima kan for mye dårlig sykmeldingspraksis føre til den danske systemet i vårt land også. Noen fastleger vil antakelig være fornøyd med det. Andre vil savne sykmeldingen som er verdifull del av det medisinske armamentarium.

Bjørgulf Claussen
bjorgulf.claussen@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Seksjon for sosialmedisin
Universtetet i Oslo