



ning, dvs i praktiken bestämmer [3, 4]. Han/hon instruerar sin behandlande läkare att intyga. Denne förfäktar sällan en motsatt uppfattning än den som patienten har, ofta med motiveringen att patienten själv bäst känner till sina aktuella upplevda begränsningar i arbetet och har kunskap om arbetets krav på honom/henne i olika avseenden.

## Ej den verkliga sjukligheten

Detta betyder, att en förändring av sjuktalet, dvs den genomsnittliga mängden sjukskrivningsdagar i populationen under en viss period inte nödvändigtvis återspeglar den verkliga sjukligheten i befolkningen. Förenklat kan sägas, att om alla människor har ett arbete som ger dem bra levnadsbetingelser, god utkomst, stort mått av självkänsla och självtillfredsställelse i arbetet, goda relationer på arbetsplatsen, inte har livsfaktorer utanför arbetet som konkurrerar med dragningskraften till arbetsplatsen, tillsammans med ett regelsystem i sjukförsäkringen som klart betonar »arbetslinjen» [5], då skulle sjuktalet i ett samhälle återspegla den reella sjukligheten.

Sjuktalet skulle antagligen ligga på en klart lägre nivå än idag. I det moderna samhället tillkommer dock så många andra faktorer som tenderar att påverka sjuktalet. I perioder av god tillväxt synes samhället acceptera dessa faktorer påverkan på ökning av sjuktalet, medan det är mera avvisande i lågkonjunkturer.

## Offentliga vårdens kontraktion

De senaste tre åren har försäkringskassorna minskat sin personal i stor omfattning, i genomsnitt 19,6 procent. Riksförsäkringsverket har samtidigt ökat sin personal med 16,2 procent under samma tid [6]. På motsvarande sätt har landstingens och kommunernas verksamhet, med sjukvård, skola, barnomsorgs- och fritidsverksamhet, åldrings- och hemsjukvård genomgått stora strukturförändringar och personalminskningar de senaste åren.

Krisrapporter från olika verksamheter av vårdssamhället, anmälningar till Yrkesinspektionen om bristfällig bemanning etc har varit många. Sjuksköterskor och läkare, grupper som nästan aldrig haft någon sjukfrånvaro tidigare, börjar nu allt oftare ses i gruppen sjukskrivna, till och med bland de långtids-sjukskrivna. Diagnosen »utbrändhet» och närallgande diagnoser av typen utmattnings-, excessiv trötthet, sömnbesvär, värk och liknande dominerar bland dessa.

Mot den bakgrunden är det kanske inte så förvånande att sjuktalet bland allmänheten ökar dramatiskt i Sverige. I Riksförsäkringsverkets målbeskrivning för landets försäkringskassor för 1999 förväntas dock antalet pågående sjukfallsärenden minska med 10–25 procent fram till 30 september 1999 [7].

## Allt mindre tid

Försäkringskassan sysslar traditionellt med att ta hand om sjukfallen genom att prioritera rehabiliteringsinsatser för de sjukskrivna. Handläggarna har dock allt mindre tid för dessa arbetsuppgifter, därför att de nydebuterade sjukfallen, »28-dagarsärendena» tar allt mer av deras tid. Vissa forskare varnar för risken för att rättstillämpningen övergår till att endast bli en administrativ hantering av ärenden [8]. Även språkrör för centrala organ inom socialförsäkringarna har varnat för försäkringskassornas personalneddragningar [9].

Riksförsäkringsverkets mål kommer att bli svårt att nå om inte åtgärder för att påverka orsakerna till uppgången sätts in. Det som behövs är försäkringsmedicinsk forskning kring orsakerna till ökningen av sjuktalet, för att få fram ett faktaunderlag – och inte som hittills att verksamheten baseras på antaganden om vilka faktorer som styr sjuktalet.

Sådan forskning pågår sedan ett par år vid vår institution i samarbete med Försäkringskassan i Uppsala län och delar av sjukvårdsregionen. Den försäkringsmedicinska forskningen måste dock stärkas väsentligt för att vi skall förstå orsakerna till sjuktalets variation.

## Läkarkårens dubbelroll

Den behandlande läkaren skall enligt den Hippokratiska eden, som ligger till grund för de etiska läkarreglerna, bota, lindra, trösta och framför allt inte skada sin patient. Läkaren skall också leva upp till rollen som samhäl-

lets medicinske expert vad avser intygande om medicinska tillstånd, som enligt lagar, bestämmelser och avtal kan ekonomiskt kompensera patienten, till exempel vid arbetsförmåga på grund av sjukdom. Denna konfliktfyllda dubbelroll debatteras även just nu i Norge [10].

I en arbetsmässigt allt mer pressad situation och med god insyn i olika vårdarbetares ansträngda arbetssituation upplever läkarna denna dubbelroll som allt mer motsägelsefull, ibland omöjlig att kombinera. Läkaren är en del av samhället, får samhällsinformation och tar intryck av denna. Om någon av de båda rollerna måste ge vika i en omöjlig konflikt, så är det samhällets medicinska expertroll. Hippokrates läkarregler har starkare förankring i läkarkåren.

## Liknande dilemma

Försäkringskassornas försäkringsläkare kan också hamna i ett likartat motsägelsefullt dilemma. De är först och främst läkare i Hippokrates anda och tar intryck av kollegers och andra vårdarbetares allt mer pressade arbetssituation.

Försäkringsläkarens uppfattning om sjukförsäkringens »definition» och samhällets praxis beträffande sjukdom och arbetsförmåga glider längs skalan i riktning mot en godkännande attityd.

Tiden räcker inte till för dialog med behandlande läkare och försäkringskassans handläggare, som alltmer måste prioritera den ständigt ökande strömmen av »nya sjukfall». Många av dessa kommer med tvingande konsekvens att bli allt längre, därför att tid för rehabiliteringsinsatser minskat.

Vi är således på väg in i en farlig samhällsutveckling. Otillfredsställelsen antar epidemiska proportioner. En forskargrupp vid Stanforduniversitetet i USA talar om »förgiftade arbetssituationer» eller »förgiftade arbetsplatser», inte om den individuella diagnosen »utbrändhet». Enligt vår erfarenhet är detta en korrekt distinktion.

## Hur lösa problemet?

Eftersom situationen är komplex, finns inga enkla lösningar. Frågor som måste besvaras är:

– Är graden av egenbestämmande från patientens sida optimal vid sjukskrivning, sett ur perspektivet restriktivitet-liberalism? Skall graden av egenbestämmande över sjukskrivning öka eller minska? Som vi ser det går det inte att kombinera den nuvarande lagstift-

### FAKTARUTA

Författarna ingår i en tvärvetenskaplig försäkringsmedicinsk grupp vid Uppsala universitets institution för folkhälso- och värdvetenskap. Gruppen består av chefer inom försäkringskassan samt läkare/forskare, och utgör en idégrupp för vetenskapliga projekt inom det försäkringsmedicinska området.

ningens »hårda» krav på bedömning av arbetsförmåga vid sjukdom, och verklighetens mycket stora grad av patientens egenbestämmande om sjukskrivning. Försäkringsmedicinsk forskning och utbildning behöver förstärkas.

– Vilket ansvar skall arbetsgivaren/arbetsplatsen och företagshälsovården ha för att på ett rimligare sätt värdera arbetsförmågan vid (upplevd) sjukdom/ohälsa? Enligt vår bedömning måste båda, såväl arbetsgivare som företagshälsovården, få ett mycket större och tydligare ansvar i detta avseende. Övriga läkare har inte tillräcklig kännedom om arbetsplatsernas krav på och risker för arbetstagarna. Många läkare saknar relevant utbildning om arbetsplatsernas krav/belastning på patienterna.

– Hur skall den psykosociala arbetsmiljön kunna förändras så att självkänsla och arbetstillfredsställelse kan för-

bättras på arbetsplatsen? Denna fråga bör vara prioriterad för politiker och administratörer i respektive linjeorganisation på alla nivåer idag. Det är angeläget att försäkringskassans handläggare ges andra instrument för uppföljning och kvalitetskontroll än dagens. Man måste arbeta efter en helt ny dimension av målluppfyllelseinstrument än vad som föreläggs handläggarna idag.

– Hur skall klimatet på arbetsmarknaden kunna fås att tillfriskna så att rehabiliteringen av personer med upplevd eller verklig nedsättning av arbetsförmågan skall göras meningsfull för patienterna?

## Referenser

1. Pressmeddelande 1999-02-02. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
2. TRoS. Fortlöpande information. Statistik-

enheten, Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1992–1998.

3. Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunktion ved sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114: 1442-4.
4. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care in press.
5. Berglind H. Arbetsvilja och arbetsförmåga. Institutet för Framtidsstudier. Framtiden 1998; nr 3: 17-9.
6. Social insurance. Annual review of budget year 1997. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1998.
7. Verksamhetsmål 1996. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1995?
8. Westerhäll L. RFV lägger för stor vikt vid det formella. Social Försäkring 1998; nr 10: 16-7.
9. Ljungberg A, Brorsson J-Å. Ta inte resurser från kassorna! Social Försäkring 1998; nr 11: 3.
10. Höverstad T, Krohg M, Larsen EB, Ramstad G, Vigen T, Kjennvold S. Helseopplysningen fra leger i forsikringsmedisin. Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 63-6.

## Skolhälsovård – är det nog i dagens samhälle?

**Skolhälsovården borde ersättas av ett system som arbetar på alla arenor där barn och ungdomar återfinns i dagens samhälle. En god förebild kan vara Danmark där man inrättat särskilda kommunala läkartjänster för barn- och ungdomshälsovård som kan knyta ihop folkhälsoarbetet för alla i åldrarna upp till 20 år.**

Det är ett antal år sedan som jag själv arbetade som skolläkare. Mina kontakter med skolhälsovården har dock fortsatt om än på ett ytligt plan som förälder till fyra barn som passerat skolan, som patientansvarig läkare för ett stort antal patienter med kroniska sjukdomar och

som föreläsare för skolpersonal och föräldrar i olika sammanhang.

Under 1980-talet ingick jag i dåvarande Skolöverstyrelsens referensgrupp. De epidemiologiska studier som ungdomsmedicinska gruppen ägnat sig åt under 1990-talet har ägt rum i skolor på initiativ av skolläkare eller hälsoplanerare i olika kommuner. Dessa informella men mångåriga kontakter har gett mig en viss inblick i skolans värld.

### Nuvarande uppgifter

Skolhälsovårdens nuvarande mandat är att främja barns och ungdomars hälsa inom skolan. Det är inget som formellt hindrar skolhälsovårdens representanter att arbeta ute i samhället utom två viktiga aspekter – brist på tid och gammal tradition. Skolhälsovården fungerar som barns företagshälsovård med uppgift att bevaka arbetsmiljön, t ex via allergisanering eller olycksfallsförebyggande åtgärder.

Vaccinationer är en annan aspekt av förebyggande arbete inom skolan. Hälsufrämjande som sådant är en viktig uppgift. Det utförs oftast i form av skolköterskans och skolläkarens hälsosamtal med eleverna vid valda tillfällen

## DEBATT

**”Skolhälsovård i all ära, men vem har hälsovårdansvaret för barn och ungdomar under den tid de inte går i skolan, vilket faktiskt utgör majoriteten av timmarna i deras livstid under åldersperioden 7–18 år? För att inte tala om hälsovårdansvaret för dem som skolan helt tappat?”**

samt skolhälsovårdens deltagande som resurs i lärarnas hälsopedagogik. Screening av ohälsa i form av riktade hälsokontroller har dragits ner till det som evidensbaserad kunskap anser för-svarbart.

Primär, sekundär och tertiär prevention handlar om kravet på skolan att tillse att barn och ungdom med funktionsstörningar och kroniska sjukdomar får sin skolgång tillrättalagd på lämpligt sätt. Skolhälsovården har ett särskilt ansvar att bevaka att skolans miljö och ar-

### Författare

KRISTINA BERG KELLY

docent i pediatrik och verksamhetschef inom barnmedicin vid Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg.