

»Ett arbetsliv som inte har plats för människor med begränsad arbetsförmåga alstrar rehabiliteringsfall och långtidssjukskrivningar.«

sjunkande sjuktalet från 2002 och framåt.

Att bortse från förändringarna i arbetsmiljön under 1990-talet som en viktig orsak till de ökade långtidssjukskrivningarna särskilt bland kvinnor anställda i kommuner och landsting måste anses vara ett stort misstag. Visst har en rad andra faktorer spelat in, såsom arbetsmarknad, incitament och demografiska förhållanden. Flera debattörer har framhållit de försämrade rehabiliterings- och anpassningsmöjligheterna under 1990-talet som en viktig faktor [5]. Det är säkert riktigt, men anpassning/rehabilitering å ena sidan och arbetsmiljö å andra sidan, kan inte betraktas som separata fenomen. Arbets-

platser med bra arbetsmiljö har oftast också en bra miljö för återanpassning med flexibla lösningar för anställda som har begränsningar i arbetsförmåga. Ett arbetsliv som inte har plats för människor med begränsad arbetsförmåga alstrar rehabiliteringsfall och långtidssjukskrivningar.

Här finns alltså en viktig faktor – arbetsmiljön – som kan ha haft stor betydelse både för ökningen av långtidssjukskrivningar under 1990-talet och i minskningen av frånvaron på 2000-talet. Det är olyckligt att den faktorn inte uppmärksammas tillräckligt i debatten. Eftersom vi har ett starkt föränderligt arbetsliv är det viktigt att vi hela tiden ser till att det finns en aktiv arbetsmiljöforskning, som dessutom samordnas i hela landet. Den uppgiften hade Arbetslivsinstitutet, men detta har ju lagts ned. Det innebär att Sverige – från att ha varit bäst i klassen – har sämre möjligheter att sköta den nationella arbetsmiljöforskningen på ett bra sätt än de flesta andra jämförbara län-

der, till exempel Danmark och Finland. Samtidigt finns det även i Sverige forskning [6-9] som pekar på att arbetsmiljön verkligen har stor betydelse för de anställdas hälsa, och även att förbättrad arbetsmiljö och förbättrat ledarskap ger bra effekter på de anställdas hälsa. Är inte det något att satsa på?

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Hälsa i arbetslivet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Folkhälsopolitisk Rapport 2010.
2. Theorell T. I spåren av 90-talet. Stockholm: Karolinska institute University Press; 2006.
3. Theorell T. Det svenska 1990-talet i ett stressmedicinskt perspektiv. Arbetsmarknad & Arbetsliv. 2009;15(4):43-56.
4. Socialdepartementet. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Stockholm: Regeringen; 2008. Prop. 2007/08:136.
5. Johnson B. Kampen om sjukfrånvaron. Lund: Arkiv Förlag; 2010.

Läs mer Fullständig referenslista
Lakartidningen.se

apropå! Relationen mellan Försäkringskassan och läkarkåren

Nu får vi ta konsekvenserna

Sven Britton tog i LT 21/2011 (sidan 1198) upp relationen mellan läkarkåren och Försäkringskassan (FK). Utan att polemisera vill jag som försäkringsmedicinsk rådgivare göra en del klarlägganden. Jag representerar här inte FK.

Sveriges befolkning kan väl anses vara en av de friskaste i världen. Trots detta hade vi bland de högsta sjukskrivningstalen. Denna utveckling rullade på och sjukskrivningstalen ökade kontinuerligt. Försäkringskassorna, som för några år sedan sammanfördes till den statliga myndigheten Försäkringskassan, gick då i stort sett utslutande på vad sjukskrivande läkare föreslagit i sina intyg.

FK:s uppdrag är (och var) ju att bedöma om intygen styrker att arbetsoförmåga föreligger till följd av sjukdom, först i förhållande till det aktuella arbetet, men senare även mot arbetsmarknaden i stort.

Då situationen höll på att gå över styr till följd av att varken FK eller läkarkåren kunde hantera den var det absolut nödvändigt att regelverket aktualiserades och i viss mån stramades upp. Dessa politiska beslut uttrycks i juridiska termer. Det har lett till att man i större utsträckning använder juridisk grund vid bedömningen.

FK är i grunden intresserad av att intyget bekräftar att personen är sjuk, vilket ofta räckte tidigare. Det är inte heller av något större värde att känna till den sociala situationen om den inte har betydelse för att förklara att sjukdom föreligger.

Därför har begreppet DFA-kedjan (diagnos, funktion, aktivitet) införts, där diagnosen leder till ett funktionshinder som i sin tur medför konsekvenser i vardagen. Det är då av avgörande betydelse att dessa konsekvenser beskrivs med stor tydlighet. Text räcker det inte med att

skriva »gångsvårigheter« utan det måste beskrivas hur långt personen kan gå, om hon kan gå med hjälp av rullator, kan gå i trappor etc.

Det finns också en tydlig målsättning från FK:s sida att ta vara på det friska och att ge personen en chans att trots sjukdom och arbetshinder hitta ett arbete som hon kan utföra åtminstone på deltid.

Eftersom besluten tas på juridisk grund är det personer med juridisk kompetens som handlägger ärendena. Man kan definitivt ha synpunkter på att handläggare utan klar medicinsk kompetens handlägger ärenden där medicinska frågor är avgörande, men detta är en resursfråga och FK är satt under hård ekonomisk press.

Detta har medfört mer arbete och frustration för sjukskrivande läkare. »Sjukvårdsmiljarden« är nog bara småpengar i sammanhanget,

men det är inte FK:s sak att agera i detta utan är en fråga mellan regering och landsting.

Det är viktigt att FK och läkarkåren kan samarbeta i dessa frågor. Vid den kassa jag representerar försöker vi nå ut i en dialog med sjukskrivande läkare klinikvis och vårdcentralsvi. Oftast möts vi av intresse, ibland av totalt ointresse. Det finns också en tendens att behandlingsansvariga läkare på klinik hänvisar till att primärvården får sköta sjukskrivningarna.

Eftersom läkarkåren (tillsammans med FK) inte klarade eller till och med misskötte situationen tidigare får vi ta konsekvenserna nu.

Bo Zetterlund
leg läkare, specialist i allmänmedicin; arbetar deltid som försäkringsmedicinsk rådgivare åt Försäkringskassan
bo.zetterlund@forsakringskassan.se

