

# Hur kan vi bli friskare?

**D**en enorma kostnadsökningen inom sjukförsäkringen har nyligen kommenterats här på ledarplats. I den gångna veckan har nu även Läkarförbundets centralstyrelse fastställt remissyttrandet över utredningen »Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet« med Jan Rydhs förslag till åtgärder mot de snabbt ökande sjukskrivningarna.

Det är ett djupt oroande problem, dels för samhällsekonomin i stort, dels på den individuella lidande som döljer sig bakom sjuktalet. Som tidigare framhållits här är problemet multifaktoriellt, och således krävs det också många olika instrument för att vända utvecklingen.

Detta påvisas förtjänstfullt i den rydhska utredningen, och många av förslagen är enligt Läkarförbundets uppfattning riktigt bra, men somliga kan även behöva modifieras. Här behandlas, av utrymmesskäl, endast några av de tyngre punkterna i remissvaret.

**Mest omdebatterat** har varit utredningens förslag att förlänga den s k arbetsgivarperioden till 60 dagar (från nu två veckor). Till skillnad från flertalet andra remissinstanser är Läkarförbundet positivt till tanken. Viss oro finns dock beträffande effekterna för bl a kroniskt sjuka arbetssökande liksom för de mindre företagens kostnader. Dessa risker torde dock begränsas med de skydd som föreslås i utredningen.

Läkarförbundet tillstyrker utredningsförslaget att arbetsgivaren under de 60 dagarna skall utarbeta ett rehabiliteringsunderlag. Men risken är att rehabiliteringen fördröjs – helst borde sådan startas betydligt tidigare. Förbundet föreslår därför en »morot« för företagen – att sjuklönen ersätts av rehabiliteringssättning så snart rehabiliteringen kommit igång. Det förutsätter dock också snabb hantering hos försäkringskassan. En tid bör preciseras i lagen.

Andra bra tankegångar på arbetsgivarområdet är att det i årsredovisningarna obligatoriskt skall redovisas sjukfrånvaro samt att sjukfrånvaro över viss nivå skall anmälas till Arbetsmiljöverket. Hos stora arbetsgivare, t ex landsting, kan det dock även behövas särredovisning för olika personalgrupper.

**Obligatorisk företagshälsovård** är ett bra förslag, men det kommer att kräva en

stor ökning av antalet företagsläkare. För att klara både detta och riksdagens beslut om 6 000 distriktsläkare år 2008 behövs såväl resursförstärkningar som vårdavtal mellan företagshälsan och landstingen för att inte annan hälso- och sjukvård skall bli lidande.

En rehabiliteringsutredning skall enligt betänkandet, förutom läkarintyg, även innehålla yttrande från företagshälsovården. Det är rätt tänkt – närheten till arbetsplatsen och dess kultur underlättar en adekvat bedömning. Men detta får inte utesluta att även andra läkare med rätt kompetens kan yttra sig.

Man får inte glömma att all sjukskrivning inte är arbetsplatsrelaterad. Det är därför viktigt att till företagshälsovården knyta många olika professioner så att rehabiliteringsunderlag ändå tas fram. Här är psykologer, kuratorer och terapeuter resurser att ta till vara.

**Utbildning i försäkringsmedicin** för läkare poängteras i utredningen. Det är gott och väl, men mer vikt borde ha lagts vid läkarens situation i patientmötet. Det är ofta tidsödande att övertyga en patient om att sjukskrivning inte alltid är den bästa lösningen på hans/hennes problem. Sjukvården måste organiseras och bemannas så att tillräcklig tid ges åt mötet patient-läkare.

Under senare år har sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen ändrats i Lagen om allmän försäkring. Lagens teoretiska begrepp är mycket snävare än den ohälsa som orsakar arbetsförmåga i verkliga livet. Det är en skevhet som borde uppmärksammas.

Det behövs allmänt mer forskning om faktorer som genererar sjukfrånvaro. Organisationsförändringar och -former är ett område som är otillräckligt studerat. Inte minst behövs också mera kunskap om vilka diagnoser som ligger bakom dagens skrämmande siffror.



*Uno Kaarik*

**Uno Kaarik**  
politisk redaktör  
uno.kaarik@lakartidningen.se

## Byråkratisk skrivbordsprodukt

■ Ibland tar byråkratin över kunskap och förnuft. Ofta sker detta när ett »ut-

### Kommentar

vecklingsarbete« utgår från byråkratin skrivbord, och inte från verkligheten.

Läkemedelsverkets förslag till ny receptblankett är ett tydligt exempel på detta. Läkarförbundet är mycket kritisk till förslaget. Det är också värt att notera att förbundet, som företräder hela läkarkåren i Sverige, inte fått delta i den grupp som tagit fram förslaget. Brister-na är många.

Bland annat föreslår Läkemedelsverket att det endast ska få skrivas ut ett läkemedel per blankett. Om patienten ska ha mer än ett läkemedel, som ju inte är ovanligt, kommer själva den administrativa förskrivningen av läkemedlen att ta betydligt längre tid än idag. Tiden för det verkliga mötet mellan patient och läkare minskar. Läkemedelsverket prioriterar tydligen tiden för administration högre än patientmötet!

Enligt förslaget ska läkemedlets namn, form och styrka anges i samma ruta. Detta skulle med stor sannolikhet minska säkerheten i stället för att öka den, eftersom många recept fortfarande skrivs för hand, och utrymmet i det föreslagna fältet dessutom är för litet.

Syftet med nya rutiner måste vara att minska den administrativa bördan för läkare, inte öka den. Den enda rimliga slutsatsen är att Läkemedelsverket med lätthet kan förpassa förslaget där det rätteligen hör hemma – i papperskorgen.

## Fel ordination...

■ Ledarskribenten Hanne Kjöllner, Dagens Nyheter, är kritisk mot lättsinniga

### Nyklippt

sjukskrivningar:

»Det är ungefär som om läkarna skulle skriva ut cigaretter, sprit eller något annat som förkortar livet på recept. Hur kan läkarna fortsätta att rekommendera en behandling som man vet skadar mer än den hjälper? För mig är detta ett mysterium.

Ett mysterium är också individernas agerande. Har man verkligen vänt på varenda sten om man vid 28 års ålder – och utan att vara totalförslamad – säger att man aldrig mer kommer att kunna jobba.