

# Försäkringskassan och arbetsgivarna orsakar onödiga långtidssjukskrivningar

Enligt gällande lag ska rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsplan ha genomförts respektive upprättats inom 90 dagar. I dag kan det dröja upp till ett år innan den ansvarige företagsläkaren över huvud taget får träffa patienten. Det är slöseri med både tid och pengar.

Debatten om långtidssjukskrivningarna har huvudsakligen fokuserat på patientens och den sjukskrivande läkarens ansvar. Arbetsgivarnas och Försäkringskassans ansvar har sällan debatterats eller utvärderats. Årligen betalar Försäkringskassan ut drygt 100 miljarder kronor i sjuk- och pensionsersättningar och för olika rehabiliteringsåtgärder mot arbetsoförmåga. Det är ungefär lika mycket pengar som den offentliga sjukvården disponerar totalt för utredning och behandling (exklusive läkemedelskostnader). Vi vill med detta debattinlägg ifrågasätta om de resurser Försäkringskassan disponerar används optimalt.

**Enligt lagen om allmän försäkring** har arbetsgivaren ansvar för att i samråd med den försäkrade snarast kartlägga vilka åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering (SFS 1962:381, 22 kap 3 §). Rehabiliteringsutredningen ska utföras fyra veckor efter första sjukskrivningsdagen och vara insänd till Försäkringskassan inom åtta veckor. Senast två veckor efter att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommit ska Försäk-

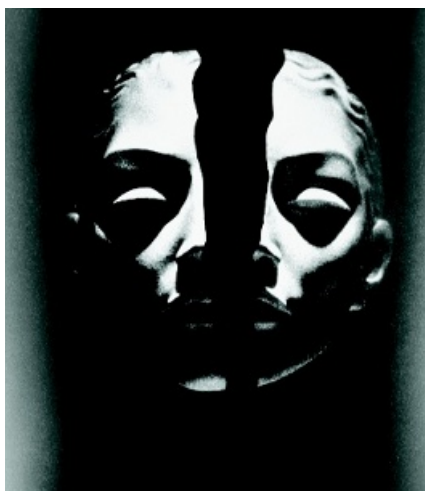


Foto:BL

Rehabiliteringen bör starta snabbt, innan klyftan mellan den sjuke och arbetslivet vuxit sig för stor. Men en förutsättning är att arbetsgivaren och Försäkringskassan gör sin del av jobbet – i tid.

ringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. År 2004 kompletterades lagen med att Försäkringskassan vid behov också kan kalla den försäkrade till avstämningssmöte (SFS 2004:1238), och därmed ska rehabiliteringsutredning vara utförd inom fyra veckor. Båda åtgärderna ska således vara avslutade inom 90 dagar.

**Enligt Arbetsmiljölagen** har arbetsgivaren ansvar för att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet (SFS 1977:1160, 3 kap 2 §). Lagen säger också att arbetsgivaren ska anpassa arbetsförhållandena och ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet samt ansvara för den företagshälsovård som arbetsmiljöförhållandena kräver.

Forskning gällande rehabiliteringsprocessens aktörer och deras aktiviteter är eftersatt men ett par svenska undersökningar har gjorts. År 2002 skickades en enkät till drygt 6 000 sjukskrivna personer och ett år senare fick de en uppföljningsenkät. Studien visade att var tredje person varit i kontakt med Försäkringskassan eller upplevt att arbetsgivaren vidtagit åtgärder som syftade till att få tillbaka dem i arbete [1]. En uppföljning av 600 kvinnor, sjukskrivna för nack- och ryggbesvär, visade att efter tre månader hade knappt hälften varit

föremål för rehabiliteringsåtgärder på arbetsgivarens initiativ [2].

För att undersöka hur rehabiliteringsprocessen fungerade genomförde vi en undersökning vid en företagshälsovård. Patienter som varit sjukskrivna minst tre månader och som under oktober 2005 kom för läkarbesök fick en enkät [3]. De 74 patienter som svarade (77 procent) hade i genomsnitt varit sjukskrivna 515 dagar (dvs 17 månader, verifierat mot journaluppgifter). Rehabiliteringsutredning av arbetsgivaren hade för 27 procent gjorts inom 60 dagar och för 27 procent inte utförts alls. För resterande 46 procent hade det i genomsnitt dröjt 223 dagar innan den var utförd. Arbetsanpassande åtgärder på arbetsplatsen hade genomförts för 25 procent av patienterna.

**Försäkringskassan hade** gjort rehabiliteringsplan för hälften av patienterna. I snitt var planen klar först efter 328 dagar och för endast 7 procent förelåg den inom de stipulerade 90 dagarna. Avstämningssmöte var utfört för 60 procent av dessa patienter, men det hade i genomsnitt dröjt 378 dagar. Väntetiderna för sjukvårdande insatser var rimliga; tre månader för besök hos specialistläkare och cirka en månad för besök hos beteendevetare respektive sjukgymnast.

Vår studie verifierade tidigare påvisad diskrepans mellan lagstadgade mål och faktisk verklighet. Rehabiliteringsutredningen, som ska vara utförd av arbetsgivaren inom två månader efter inledd sjukskrivning, dröjde oftast sju månader eller mer. Försäkringskassans rehabiliteringsplan, som ska vara utförd inom tre månader, var bara genomförd för var annan patient och då först efter elva månader. Detta medför att icke sjukskrivande företagsläkare kommer i kontakt med patienten först efter ett år, på grund av att arbetsgivare och försäkringskassa inte fullgjort sitt ansvar. Och efter ett år är rehabiliteringspotentialen låg.

**Det är hög tid** att fokusera på rätt orsaker till att så många blir långtidssjukskrivna. Ett tungt ansvar vilar på försäkringskassa och arbetsgivare som i alltför liten utsträckning lever upp till de lagar som ska reglera rehabiliteringsprocessen. När en rehabiliteringsplan kommer först efter ett års sjukskrivning blir avkastningen av de pengar som betalas ut



**MARIE SEDVALL**  
leg läkare, Oxelösund  
thegoat@telia.com



**LARS-GUNNAR GUNNARSSON**  
docent, överläkare vid yrkes- och  
miljömedicinska kliniken,  
Universitetssjukhuset i Örebro

för rehabilitering låg. Tidig och samordnad rehabilitering är däremot kostnads-effektiv.

**Finland, som är mycket likt Sverige** avseende demografi, arbetsmarknadsfaktorer och ersättningsregler, har låga nivåer av långtidssjukskrivning. Detta kan förklaras av att företagshälsovården där kopplas in redan under första veckans sjukskrivning [4]. Liknande modeller förespråkas av den nyligen presenterade Socialförsäkringsutredningen. Där förordas också att företagshälsovårdens rehabiliterande funktion förstärks och finansieras [5]. För att kunna minska långtidssjukskrivning i Sverige behövs politiska beslut som med både piska och morot åstadkommer att lagarna efterföljs. I potten ligger de 100 miljarder som årligen betalas ut i olika typer av sjukersättning och rehabiliteringsstöd.

Resurserna bör styras till de första månaderna av sjukskrivningen. Kanske en del av de 100 miljarderna som Försäkringskassan förvaltar skulle kunna öronmärkas för tidiga rehabiliteringsåtgärder. Detta skulle kunna gälla alla insatser, från företagshälsovård under de första veckornas sjukskrivning till tidiga rehabiliteringsinsatser från andra aktörer.

Arbetsgivare som tar sitt rehabiliteringsansvar genom att anpassa arbetsplatser, utföra utredningar och avsätta resurser för rehabilitering bör få lättnader i det ekonomiska ansvaret för de sjukskrivna. Sådana förändringar skulle kunna bidra till att gällande lagstiftning följs och därigenom skulle långtidssjukskrivningarna minska och resurser frigöras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Marie Sedvall arbetade vid tidpunkten för undersökningen som företagsläkare och är tidigare ledamot av socialförsäkringsnämnd. Lars-Gunnar Gunnarsson är konsult åt Yrkesskadeförsäkringen i Söderhamn.*

**REFERENSER**

1. Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. RFV analyser 2004:8.
2. Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång till arbete. Rygg och nacke 7. RFV 2000.
3. Sedvall M. Tidig och samordnad rehabilitering? Projektarbete inom Företagsläkarutbildningen Göteborg. Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2006.
4. Palmer E. Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt. I: Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, editors. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens Folkhälsoinstitut 2004:15.
5. Företagshälsovård på tre ben. Samtal om socialförsäkring, nr 11. Socialförsäkringsutredningen 2006.

## Det går att öka andelen hembesök i primärvården

Slutsatserna i Gösta Eliassons och Elisabet Linders inlägg om hemsjukvården i LT 26–27/2006 (sidorna 2025–6) var ganska uppgivna. Jag vill därför berätta om vår mottagning, Kvartersakuten Serafen, en läkarledd entreprenad på Kungsholmen i Stockholm med husläkarmottagning, BVC, hemsjukvård, särskilt boende (sjukhem, servicehus).

Totalt är vi åtta husläkare och två–tre utbildningsläkare, som har ansvar för 19 000 patienter, varav cirka 300 i hemsjukvård och 257 på särskilda boenden.

År 2005 var andelen hembesök 7 procent av totalantalet läkarbesök (barnavårdscentral undantagen), dvs betydligt högre än de exempel som nämndes i Eliassons och Linders artikel.

Detta tror jag beror på flera faktorer, till exempel:

- Läkarna (utom utbildningsläkarna) bokar själva sina tidböcker och har därigenom möjlighet att prioritera efter eget medicinskt ansvar.

- Mottagningen leds av läkare, som har bäst förutsättningar att planera verksamheten efter medicinska prioriteringar.
- För särskilda boenden har vi extra hög kapitering och därmed incitament att behålla uppdraget.
- Vi har personliga listor, vilket ökar engagemanget för enskilda patienter.
- Vi har öppen mottagning på morgonen, vilket gör att morgnarna blir mycket flexibla. Om doktorn får vetskap om en dålig patient i hemmet görs hembesök. Som exempel kan nämnas patient med pneumoni eller hjärtsvikt som försämras. Därigenom kan en sjukhusvistelse förhindras.

Med rätt förutsättningar går det att öka andelen hembesök, det är vår mottagning ett exempel på.

**Gustaf Lilliehöök**  
husläkare, Stockholm  
dr.lilliehook@serafen.com

## Läkare bör lära mer om munhåla och tänder

Trots att ett stort antal medicinska sjukdomar tidigt manifesteras i munhålan undersöks munnen och tänderna bristfälligt om alls inom sjukvården. Beror det ensidiga kunskapsutbytet mellan tandvård och sjukvård på olika betalningssystem eller på att olika yrkesgrupper är specialister? Tandvården kan en hel del om medicinska sjukdomstillstånd, men sjukvården, med undantag för öronläkare, har alldeles för lite kunskap om munhåla och tänder.

Flertalet medicinjournaler saknar munhåle- och tandstatus trots att ett stort antal sjukdomar och sjukdomssymtom sätter spår i munhålan, exempelvis anemi, kärlförändringar, diabetes och olika former av autoimmuna systemsjukdomar. Tobaks-, drog- och alkoholmissbruk manifesteras i munnen. Huvudvärksutredning utan munhåle- och tandstatus är inte komplett. Stress med muskelspänningar syns genom att det finns bitmärken i kinden, märken på tungan efter tungpress, nedslipade tänder och avskavda papiller på tungan. Psykisk hälsa avspeglar sig således i munhålan.

Ett stort antal mediciner och medicinska behandlingar ger muntorrhet och skadar tänder och munhåla med kariesutveckling, sväljningsproblem, röstproblem m m. Infekterade tänder kan ge upphov till hjärtsjukdom. Vid nedsatt cirkulation är munslemhinnan den slemhinna som är mest lättillgänglig för inspektion. Säkerligen finns fler samband mellan saliv och gastroenterala funktioner som ännu inte har uppmärksamats.

**Det en brist att munhålan och tänderna** så ofta förbises vid läkarundersökning. Journalanteckningar innehåller på sin höjd inte mer än en liten notering att munhålestatus är utan anmärkning, efter det att man lyst in med en svag ficklampa. Det behövs mer kunskap och det bör ges mer tillfällen och resurser för läkarna att fortbilda sig om tänder och munhålans sjukdomar.

**Marie-Louise Ekholm**  
överläkare, ÖNH,  
Höglandssjukhuset, Nässjö/Eksjö  
marie-louise.ekholm@lj.se