

Lennart Levi, med dr, professor emeritus i psykosocial miljömedicin, särskilt arbetsmedicin, Karolinska institutet, Stockholm (lennart.levi@ipm.ki.se)

Det sjuka Sverige – en utmaning för läkarkåren!

■ Är vårt lands befolkning på det hela taget frisk, eller sjuk, eller bådadera – fastän i olika avseenden? Den som skriver dessa rader har ägnat nästan fem decennier åt stressmedicinsk forskning. Redaktionen har bett mig att ge en »bird's eye view«, ett fågelperspektiv, på denna fråga.

Det ser ut så här:

Dagsläget

Medellivslängden i vårt land hör till de högsta i världen. Och spädbarnsdödligheten till de lägsta.

Samtidigt är 282 000 svenskar sjukskrivna (november 2002), varav ca 133 000 mer än ett år (november 2003). De långa sjukskrivningarna fortsätter att öka – med 6,5 procent från november 2002 till november 2003. Av alla pågående sjukfall i slutet av november 2003 hade 47 procent pågått längre än ett år. 511 000 personer i arbetsför ålder får förtidspension/sjukbidrag, numera omdöpt till sjukersättning/aktivitetsersättning. Förra året förtidspensionerades 59 000 personer och året innan 63 000, det största antalet någonsin. Socialförsäkringarnas kostnader för förtidspensionärerna fram till övergången till ålderspension har beräknats till en svindlande summa – 640 miljarder kronor.

Den totala sjukfrånvaron inklusive karensdagar, sjuklönedagar och sjukpenningdagar motsvarade ca 400 000 årsarbeten för år 2002. Frånvaron på grund av förtidspension/sjukbidrag motsvarade också ca 400 000 årsarbeten. Sammantaget innebär detta att frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa motsvarar ca 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder. Hos världens friskaste folk ...

Det totala antalet sjukpenningdagar år 2003 var ca 90 miljarder. Motsvarande antal år 1997 var ca 45 miljarder dagar.

Socialförsäkringssystemets kostnader för sjukpenning, rehabilitering och förtidspensioner är i 2003 års budgetproposition beräknade till ca 124 miljarder kronor. De totala kostnaderna för hela samhället inklusive näringslivet har beräknats till 258 miljarder kronor årligen [1].

Långsiktigt förstärks problemen av vårt lands relativt låga födelsetal, stigande medellivslängd och därav följande förskjutning i befolkningspyramiden mot allt äldre åldersgrupper. En effekt av detta blir att allt färre förväntas försörja (och ge service åt) allt fler. Och att hela vårt välfärdssystem redan är och alltmer kommer i gungning.

Men – hur får vi dessa båda bilder att gå ihop? Hör vi – samtidigt – till de friskaste i världen och till de sjukaste?

Sammanfattat



Hög medellivslängd, låg spädbarnsdödlighet och trots detta synnerligen höga ohälsotal – vad ligger bakom denna paradox?

Den blir förstäelig om man tillämpar ett biopsykosocialt synsätt på etiologi, patogenes, terapi och profylax.

Författaren argumenterar för bättre och mer relevanta stressmedicinska kunskaper och mer engagemang hos Sveriges läkarkår.

Stressrelaterad ohälsa

Gästredaktör: Sten Iwarson

Se tidigare artiklar i serien i nr 12, 13, 14, 15–16, och 17/2004.

Vad är sjukdom?

Svaret på frågan har mycket att göra med vad vi menar med »sjukdom«. Enligt Nationalencyklopedin är sjukdom »ett tillstånd eller en process (...) som medför att individen inte fungerar optimalt«. Enligt Svensk Ordbok, tredje upplagan, menas med sjukdom en »störning i en organisms funktioner«. Denna »störning« kan vara objektiv, påvisbar med medicinska mätmetoder. Många gånger är den helt eller huvudsakligen subjektiv, dvs upplevd och rapporterad av den sjuka individen. Den kan också komma till uttryck i ett beteende, en sjukroll som en person tilldelas av omgivningen eller själv antar, t ex uteblir från eller fungerar sämre i arbete och/eller familjeliv, konsulterar läkare, sjukskriver sig, blir sängliggande.

»Störningen« kan ha lett till total eller partiell arbetsförmåga, temporärt eller permanent. Den kan ha gällt alla arbetsuppgifter – eller bara vissa. Den kan ha avsett alla arbetsplatser – eller begränsats till en viss specifik arbetsplats eller ett fåtal.

Ingen säker evidens föreligger om varför det blev som det blev. Nedanstående resonemang bygger därför mer på indici-er [2] än på bevis.

Under 1990-talet försökte statsmakterna hantera vårt budgetunderskott och vår stora och snabbt växande statsskuld genom att, som det hette, dra ner på den offentliga konsumtionen. I detta ingick bl a att kraftigt minska lönekostnaderna i den offentliga sektorn. Alltså började myndigheter och förvaltningar varsla och avskeda många anställda, inte minst inom vård, skola och omsorg. Av de anställda i kommuner och landsting är ca 80 procent kvinnor. Det var de som fick ta den värsta smällen, såväl av uppsägningarna och arbetslösheten som – för de kvarbetande – av översysselsättningen. Lojalitet mot arbetsgivaren och medkänsla med patienten/klienten/studenten gjorde att många höjde arbetsintensiteten och dessutom arbetade övertid, betald eller obetald, beordrad eller självvald. Samtidigt fanns – och finns – hela tiden en känsla av att inte räkna till, hur mycket man än ansträngde sig. Och att man trots alla ansträngningar ändå kunde höra till dem som skulle bli uppsagda vid nästa besparingsomgång.

Somliga av de »övertaliga« var äldre och skyddade mot uppsägning på grund av sin långa anställningstid. Många av dessa blev då i stället omplacerade, ofta efter ingen eller otillräcklig omskolning, inskolning eller vidareutbildning. Det behövde inte vara något fel på deras nya arbetsuppgifter eller på de omplacerades vilja att göra ett bra jobb. Men om kompetensen inte räckte till kunde också helt vardagliga uppgifter medföra svåröverstigliga hinder.

I vårt land finns ca 5,3 miljoner invånare i arbetsför ålder, dvs i åldrarna 18–64 år. I början av 1990-talet hade 4,6 miljoner av dessa ett lönearbete eller var egna företagare. Vid samma decenniums slut hade siffran sjunkit till 4 miljoner. 600 000 människor hade försvunnit ut i arbetslösheten. Men det är inte bara denna kategori som kom att stå utanför arbetsmarknaden. Som redan nämnts har vi numera över en halv miljon förtidspensionärer. Andra är långtidssjukskrivna – nästan hälften i ett år eller mera. Många i arbetsför ålder är arbetslösa, andra pendlar mellan diverse korttidsanställningar, korttidsutbildningar och arbetsmarknadspolitiska åtgärder av annat slag. Ibland är de sjukskrivna, ibland arbetslösa, ibland står de till arbetsmarknadens förfogande, ibland går de någon kurs – inte alltid för att de själva vill eller tror på utbildningen, utan som ett alternativ till arbetslöshet. Mycket av allt detta är starkt stressframkallande.

För många av de drygt 4,3 miljoner som numera är i arbete uppkommer stress och stressrelaterad ohälsa på grund av bl a översysselsättning, bristande återhämtning, otrygghet i anställningen, känsla av maktlöshet och/eller otillfredsställelse med att aldrig hinna med. Av dessa 4,3 miljoner uppger en majoritet att de har »alldeles för mycket att göra«. Ungefär 2,5 miljoner arbetstagare anser sig vara överbelastade. En stor andel av den miljon medborgare som står utanför arbetsmarknaden har motsatt problem, nämligen underbelastning, arbetslöshet, utanförskap. Totalt berörs alltså än i denna dag en klar majoritet av alla människor i arbetsför ålder av stress till följd av över- eller undersysselsättning.

De höga ohälsotalen kostar staten årligen 124 miljarder kronor eller en sjättedel av hela statsbudgeten. Och många kommuner och landsting signalerar att de – för att få en budget i balans – måste försämra sitt serviceutbud och – minska sin personal.

Vägar till ohälsa

Låt oss anta att en av dina patienter har följande problem: Företaget hon arbetar vid går med förlust och planerar personalinskränkningar. Eller den förvaltning, skola eller vårdinrättning hon arbetar vid har överskridit sina anslag och tving-

as att spara genom att säga upp personal. För din patients del innebär detta att hon antingen blir arbetslös eller översysselsatt och dessutom mer otrygg. Hon tar då kanske bekymren med sig hem, får svårt att sova, svårt att varva ner, blir vresig och irriterad. Hennes familjeliv påverkas negativt, och hennes relation knakar i fogarna. Låt oss ta situationen så här långt som utgångspunkt. Det fortsatta skeendet kan nämligen påverka hennes hälsa och välbefinnande på ett flertal olika sätt [2-9]:

Feltolkning av omvärlden. Din patient utvecklar kanske en benägenhet att tolka allt som händer omkring henne till det sämsta. En arbetskamrats vänliga leende tolkas som ett hångrin. En neutral förfrågan hur hon mår ser hon som en insinuation. Ett förslag om att byta ut några kontorsmöbler tolkar hon som ett försök att undergräva hennes ställning. Kort sagt – hon tolkar sin omgivning som hotande, olycksbådande, fientlig. Till det yttre har ingenting förändrats. Men varje förtretlighet tolkas nu som upptakten till en katastrof. Det borde vara lätt att förstå att en sådan händelsekedja kan utlösa starka och långvariga stressreaktioner med få eller inga möjligheter till återhämtning.

Feltolkning av proprioceptiva signaler. Redan långt innan den ovan beskrivna situationen inträffat hade din patient – som de flesta av oss – kanske av och till känt ett tryck över hjässan. Ibland har hon tyckt sig ha svårt att få luft och behövt dra djupt efter andan. Av och till har hon känt sig påtagligt trött. Ibland har hon märkt en lätt värk i en eller annan del av kroppen. Mycket av allt detta ingår i varje organisms normala funktion. Din patient behöver inte nödvändigtvis vara sjuk eller ens på väg att bli det. Men om hon – under inflytande av sin svåra livssituation – börjar bli alltför uppmärksam på sådana förnimmelser eller börjar tolka detta normala »motorbuller« från sin helt normala »bilmotor« som »knackningar«, då börjar hon få problem. Trycket över hjässan: kan det vara – en hjärntumör? Lite tungt att andas: håller hon på att få – en lungcancer? Den kanske helt normala tröttheten efter en jobbig arbetsdag: det är väl aldrig första tecknet på – utmattningssyndrom? Tanken, vilken som helst av dessa tankar, kan öka hennes oro. Oron ökar benägenheten att känna efter. Benägenheten att göra så gör att hon alltmer upptäcker det normala »motorbruset« från organismen, vilket ökar hennes oro, vilket ökar benägenheten att känna efter. Och så vidare i en *circulus vitiosus*. Problemet i det här speciella fallet är att helt normala proprioceptiva signaler (organsensationer) upplevs och tolkas som symtom på olika sjukdomar.

Emotionella reaktioner. Det är naturligtvis inte förvånande om din patient i den svåra situation hon befinner sig i, känner sig orolig, ängslig, nedstämd och vanmäktig. Men – är detta sjukdomssymtom? De kan bli det, om reaktionerna är tillräckligt kraftiga, ihållande eller ofta upprepade. Men lite oro får man väl tåla? Jo, det får man – det ingår i livets villkor. Men att ständigt leva med känslor av oro, ångest och nedstämdhet är rimligen inte normalt. Allt detta kan mycket effektivt förstöra det enda liv vi någonsin kommer att få. Dessutom ökar en sådan kronisk »gråvådersstämning« vår benägenhet att uppleva förtretligheter som katastrofer – och obehagskänslor i kroppen som sjukdomssymtom.

Fysiologiska reaktioner. När en lärare står framför sin stökiga klass eller en försäljare inför en besvärlig kund slår i många fall hjärtat snabbare, andhämtningen påskyndas, musklerna spänns. Det inte bara känns så, det är så. Binjuremärgen producerar mer adrenalin som frigör bränslen ur sockerdepåerna i muskulatur och lever (glykogenolys). Det insöndras också

mer noradrenalin som på motsvarande sätt frigör bränslen ur fettdepåerna (lipolys). Och kortisol från binjurebarken påverkar såväl socker- som fettomsättningen.

Om dessa eller besläktade reaktioner blir långvariga och/eller intensiva och/eller ofta återkommande kan de fresta på organismen och medföra skador inte bara på funktionen utan även i strukturen i olika organ och organsystem. De kan leda till att din patient får t ex kardiovaskulära och/eller muskuloskeletal sjukdomssymtom, det metabola syndromet, utmattningssyndromet eller kroniska smärttillstånd. En stor majoritet av alla långtidssjukskrivna präglas av ett sådant sjukdomspanorama.

Kognitiva reaktioner. Ytterligare en vanlig effekt kan bli att din patient får problem med förmågan att tänka klart och konstruktivt, dvs problem med sina kognitiva funktioner, sitt intellekt. Minnet börjar kanske svikta – saker som hon gjort otaliga gånger faller henne plötsligt ur minnet. Hon får svårare att lära sig nya saker – hon går t ex en kurs för att lära sig ett nytt datorprogram, men kunskapen sjunker inte in, fastnar inte. Hon behöver fatta ett viktigt beslut – men börjar vela fram och tillbaka och skjuter upp beslutsfattandet i all oändlighet. Vilket kan försämra hennes situation ytterligare.

Beteenden. Eller din patient börjar kanske hantera sin olust genom att självmedicinera. Efter en riktigt jobbig dag vacklar hon hem och håller upp en dubbel whisky, och en till. Det hjälper onekligen för stunden men stjälpur på längre sikt om hon gör det till en vana. Eller hon hanterar sin oro och rastlöshet genom att kedjeröka. Hon röker inte för att få det reklamfilmer brukade kalla »the rich taste of Virginia tobacco«. Hon gör det för att ha något att göra av sina rastlösa händer, försöka hålla sig vaken, försöka hålla oron under kontroll. Och hon röker – cigarett efter cigarett.

Eller också tröstar hon sig med fet, söt, salt och/eller fiberfattig mat. Den trösten finns ju nästan alltid, också när livet inte längre erbjuder några andra glädjekällor. En murellkryddad lantpaté. En bit, eller två, av en läcker schwarzwaldtårta. Chokladsmaken och vispgrädden känns som ett skyddande lager kring de sprittande nervändarna. Tyvärr avsätter de också lager efter lager i midjemättet. Och kan kanske på sikt få negativa hälsoeffekter.

I en tillräckligt trist tillvaro söker din patient kanske bryta tristessen genom att söka extraordinära utmaningar, ta risker, även riktigt farliga sådana. Och de goda vanor du givit henne råd om – att motionera, att meditera, att medicinera enligt läkarordination – dem »orkar« hon inte med, dem hoppar hon över, de »glöms« bort.

Alla dessa sätt att reagera kan skada din patients hälsa. Den mest desperata och tyvärr alltför vanliga reaktionen har ännu inte nämnts. Den är att försöka ta sitt liv, att begå självmord.

Samtliga dessa sätt att reagera, att bete sig, påverkar, och påverkas av, stressen i organismen.

Sammanfattningsvis kan man alltså stressa sig sjuk, psykiskt och fysiskt. Man kan också dricka sig sjuk, Väldigt många gör just detta. Man kan röka sig sjuk. Detta är ett av våra stora folkhälsoproblem. Man kan äta sig sjuk, drabbas av övervikt, dyslipidemi och stigande blodtryck. Man kan leva ett alltför stillasittande liv. Också detta beteende – eller brist på beteende – ökar påfrestningarna på hjärt-kärlsystemet. Och man kan, som sagt, ta sitt liv, eller försöka ta det.

Allt detta kan försämra folkhälsan – och din patients individuella hälsa, om hon är utsatt för långvariga påfrestningar och inte klarar av att hantera dem.

Som varje läkare vet har de allra flesta här nämnda sjukdomar inte en enda orsak, en enda förklaringsmodell. Lika lite som man kan öppna Riksbankens kassavalv med en enda

nyckel kan en enda påfrestning (om den inte är extremt stark eller långvarig) framkalla sjukdom. Det krävs vanligen en hel »nyckelknippa«. Dessutom kan ett och samma syndrom, ett och samma mönster av symtom, ha samband med helt olika sjukdomar. Somliga av dessa är triviala. Andra är livshotande.

Hälsoministrarnas slutsatser

Hälsoministrarna i EUs 15 medlemsländer har gemensamt sammanfattat vad vi vet och vad vi borde göra inom problemområdet stress och depression i sina s k slutsatser (conclusions) av den 15 november 2001, nämligen:

- att problemen berör alla åldrar och tydligt bidrar till sjukdomsbördan och livskvalitetsförlusterna inom EU
- att problemen har stor utbredning, orsakar mänskligt lidande och funktionsförlust, ökar risken för social utslagning, ökar dödligheten och har negativa konsekvenser för samhällsekonomin
- att vi redan förfogar över effektiva metoder att förebygga stress och depression men att ytterligare forskning också behövs
- att psykisk hälsa behöver främjas över alla sektors- och verksamhetsgränser i samarbete med bl a Världshälsoorganisationen (WHO) och EUs kandidatländer
- att medlemsländerna i detta arbete särskilt bör uppmärksamma de växande problemen med arbetsrelaterad stress och depression.

Motivet för de 15 hälsoministrarnas engagemang är förmodligen inte bara deras omsorg om folkhälsan. Problemen kostar också astronomiska belopp. Hur stora belopp? Under det finska EU-ordförandeskapet gjordes en beräkning som angav att mentalhälsoproblemen kostar 3–4 procent av bruttonationalprodukten (BNP). BNP år 1998 i de 15 EU-länderna var 7 593 miljarder euro. 3,5 procent av detta blir 265 miljarder euro eller ca 2 300 000 000 000 kronor. En rimlig tanke vore kanske att investera åtminstone en bråkdel av detta belopp i stress- och sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder, givetvis med uppföljande utvärderingar [10, 11].

Målområden för åtgärder mot stress och ohälsa

Det sägs att det är bättre att stämma i bäcken än i ån. Ännu bättre vore att se till att det inte blir någon bäck. Det förstnämnda kallas ofta sekundär prevention, det sistnämnda primär prevention. Tertiär prevention innebär att man försöker begränsa skadeverkningarna när »ån svämmat över«.

Prevention kan vara specifik eller generisk. Den förstnämnda avser intervention mot en rad specifika riskfaktorer – t ex blodfettssänkning, blodtrycksnormalisering, viktminskning, rökavvänjning m m för att förebygga ischemisk hjärtsjukdom.

Generisk prevention utgår från att många slags ohälsor uppvisar starka inbördes samband, komorbiditet. Då kan det löna sig att försöka angripa hela »klasar« av hophörande problem, försöka förstå deras etiologi och patogenes och intervensera mot gemensamma riskfaktorer – och främja gemensamma friskfaktorer, t ex genom att förbättra hela befolkningsgrupper sociala kompetens.

Storbritanniens regering har i sin s k grönbok »Vårt friskare folk – ett kontrakt för hälsa« [11] belyst de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa och ohälsa.

Somliga faktorer är givna (fixed) och svåra att påverka. Dit räknas ärftliga faktorer, vilket kön man tillhör och det faktum att vi alla åldras.

De övriga fyra typerna av bestämningsfaktorer borde emellertid vara fullt möjliga att påverka. Dit hör socioekonomiska faktorer, innefattande t ex om vi har ett lönearbete och

om betingelserna i detta är tillfredsställande. Dit hör också våra materiella resurser och vår tillgång till och utnyttjande av sociala nätverk. Nästa kategori av bestämningsfaktorer innefattar vår miljö, som tillgång till ren luft, rent vatten och god boende- och social miljö.

Ytterligare en kategori är livsstilsfaktorer (hälsopåverkande beteenden). Exempel på dessa är våra matvanor, vår benägenhet att motionera, vår konsumtion av tobak, alkohol och droger och vårt sexbeteende.

Slutligen påverkas folkhälsan av vår tillgång till samhällstjänster och av deras kvalitet – t ex utbildning, hälso- och sjukvård, socialtjänst, kommunikationer och fritiden och dess innehåll.

Alla dessa – interagerande – bestämningsfaktorer påverkar vår hälsa men låter sig också påverkas i stressmotverkande och hälsofrämjande riktning. Poängen är att försöka påverka dem på ett samordnat sätt, utifrån ett systemtänkande. Eftersom de interagerar inbördes – våra mat-, rök- och dryckesvanor påverkas t ex av våra socioekonomiska livsbetingelser men kan i sin tur även påverka dessa. Eftersom stress och hälsa påverkas även av förhållanden utanför den traditionella hälsosektorn – t ex av vår utbildningsnivå, våra arbetsförhållanden, vår boendestandard, våra kommunikationer. Och eftersom somliga förhållanden kräver åtgärder på övernationell (t ex FN, EU) nivå, några kräver åtgärder av nationella organ och några av lokala organ, medan andra bäst styrs av individen själv. Regeringens folkhälsoproposition (2002/3:35) bygger just på en sådan systemansats [12].

En liknande insikt återfinns i det s k Amsterdamfördraget, till vilket även vårt land anslutit sig. Enligt fördragets artikel 152 skall »en hög hälsoskyddsnivå för människor (...) säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder« (mina kursiveringar).

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Artikeln bygger på tre publikationer av författaren [2, 5, 6].

Referenser

1. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. Stockholm: Bilda förlag; 2002.
2. Levi L. Stressen i mitt liv. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
3. Theorell T, redaktör. Psykosocial miljö och stress. Lund: Studentlitteratur; 2002.
4. Ekman R, Arnetz B, redaktörer. Stress: molekylerna, individen, organisationen, samhället. Stockholm: Liber; 2002.
5. Levi L, Levi I. Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death? Luxembourg: European Commission; 2000.
6. Levi L. Stress och hälsa i ett internationellt perspektiv. I: Theorell T, redaktör. Psykosocial miljö och stress. Lund: Studentlitteratur; 2002.
7. Währborg P. Stress och den nya ohälsan. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
8. Perski A. Ur balans. Stockholm: Bonnier Fakta; 2002.
9. Levi L. Psycho-socio-economic determinants for stress and depression – a call for action. Introductory speech. EU Presidency, European Commission and World Health Organization: »Coping with Stress and Depression Related Problems in Europe«. Final Report. Brussels: Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and the Environment; 2002.
10. BMJ Publishing Group: Clinical evidence. Issue 10, December 2003.
11. British Government. Our healthier nation. A contract for health [green paper]. London: Author; 1998.
12. Regeringens proposition 2002/3:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Riksdagen; 2002/2003.
13. World Health Organization: Resolution of the WHO Executive Board. Geneva: WHO; January, 2002.
14. Ziglio E, Levin L, Levi L, Bath E, editors. Investment for health – a discussion of the role of economic and social determinants. Copenhagen: World Health Organization European Office; 2002.
15. Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.



= artikeln är referentgranskad

Vad tycker du?

De flesta problem är alltså åtgärdbara. Men i vilken ända skall man börja? Vad tycker du, som läser detta, om följande idéer [13, 14, 15]:

1. Gör sjukskrivningarna flexibla. Inte bara så att de kan variera i omfattning från 0 till 100 procent och naturligtvis vara olika långa. Utan också att de kan begränsas till vissa arbetsuppgifter (men inte andra) eller vissa arbetsplatser (men inte andra).
2. Ge läkarna mandat, tid, kraft och kunskaper att agera preventivt där de kan och dessutom att »stämna i bäcken« genom att vidta eller initiera biopsykosociala vård- och rehabiliteringsåtgärder innan sjukskrivningarna hunnit bli så långvariga att de blivit svåra att häva. Och anpassa läroplanerna för läkarnas grund- och vidareutbildning till pågående förändringar i sjukdomspanoramata!
3. Låt alla arbetsgivare, även den offentliga sektorns, verkligen ta sitt ansvar enligt Arbetsmiljölagen och förordningen om systematiskt arbetsmiljöarbete, såväl av medicinska och medmänskliga skäl som av företags- och samhällsekonomiska. Läs lagen, läs förordningen – och tillämpa dem!
4. Utbilda alla (!) chefer i ledarskap, inte bara tekniskt, ekonomiskt och administrativt – utan också biopsykosocialt. Till exempel inom ramen för grundutbildningar för blivande civilingenjörer och civil-ekonomer, och i fortbildningarna.

5. Ge försäkringskassornas handläggare och chefer adekvata resurser och kunskaper. Idag fryser hundratals miljoner kronor i rehabiliteringsmedel inne samtidigt som rehabiliteringsinstitutioner varslar personal och tiotusentals sjukskrivna ställs utan rehabiliteringsinsats.

6. Inrätta fler och bättre (certifierade) företagshälsö- och rehabiliteringscentra.

7. Inför finansiell och funktionell samordning mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsförmedling/a-kassa och socialtjänst. Ingen kedja är starkare än dess svagaste länk. Idag finns benägenhet till ett cyniskt Svarte-Petter-spel, där arbets- och kostnadskrävande patienter/klienter åtgärdas i ett avseende men inte ett annat, lika viktigt, eller skjuts över till någon annan aktör, med bidrag ur en annan ficka. Men fickorna sitter vanligen på samma kostym ...

8. Främja gemensamt ansvarstagande över sektorsgränser och samhällsnivåer. Folkhälsan är inte bara en fråga för hälso- och sjukvårdspersonal, landsting, socialstyrelse och socialdepartement. Den är nästan lika mycket en fråga om, och hur, vi arbetar, bor, betar oss, reser, äter och umgås. Arbetsgivarna har ett stor delansvar. Men det har även regering och riksdag, landsting, kommun, fack och – faktiskt – var och en av oss.