

Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning

Rapport
Januari 2005

Kristina Alexanderson
Mats Brommels
Lena Ekenvall
Eva Karlsryd
Anna Löfgren
Linda Sundberg
Mia Österberg

Sektionen för personskadeprevention,
Institutionen för klinisk neurovetenskap
och Medical management centrum, LIME
Karolinska Institutet, Stockholm



Rapporten kan laddas ner från www.personskadeprevention.nu där den ligger under 'publikationer – svenskspråkiga rapporter'.

eller beställas från

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
Box 12718
112 94 Stockholm

Fax: 08 - 653 94 13
Telefon: 08 - 692 22 51
E-post: riitta.holtt@cns.ki.se

Detta gäller även Bilagan till rapporten, med de 6 delstudier rapporten baseras på:
Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Januari 2005. Kristina Alexanderson, redaktör. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
1 INLEDNING	5
2 MATERIAL OCH METOD	7
3 BAKGRUND.....	8
3.1 SJUKFÖRSÄKRINGEN	9
3.1.1 Begrepp	10
3.1.2 Hur definieras sjukdom i sjukförsäkringen?	11
3.1.3 Sjukvårdens ansvar	12
3.2 LÄKARES UPPGIFTER OCH ROLL I SAMBAND MED SJUKSKRIVNINGENSÄRENDEN	12
3.2.1 Läkares roller.....	13
3.2.2 Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	14
3.2.3 Att skriva intyg	15
3.2.4 Hur vanliga är sjukskrivningsärenden i vården?.....	16
4 ÖVERGRIPANDE OM PROBLEMMOMRÅDEN	17
5 PROBLEMMOMRÅDEN.....	18
5.1 KUNSKAPSLÄGET.....	19
5.1.1 Kunskap saknas om konsekvenser av sjukfrånvaro och om optimal sjukfrånvarotid och -grad ...	19
5.1.2 Kunskap saknas om behandling och rehabilitering vid de två stora diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro.....	20
5.1.3 Begreppet arbetsförmåga är inte klart definierat och instrument för bedömning av arbetsförmågenedsättning saknas i stor utsträckning	21
5.2 PATIENTENS VÄG GENOM SYSTEMET	22
5.2.1 Väntetider leder till längre sjukskrivningar	23
5.2.2 Speciellt personer med flera sjukdomar eller multiproblematik riskerar onödigt lång sjukskrivning.....	24
5.2.3 Stor spridning i hur läkare bedömer behov av sjukskrivning.....	25
5.2.4 Dåligt bemötande av patienter kan bidra till längre sjukskrivningar	25
5.2.5 Sjukskrivning under graviditet	25
5.2.6 Bristande kontinuitet innebär risk för längre sjukskrivningar	26
5.2.7 Bristande hantering av psykiska besvär och psykosocial problematik.....	27
5.3 LÄKARROLLEN	28
5.3.1 Kunskap.....	29
5.3.2 Färdigheter	30
5.3.3 Attityder.....	31
5.4 LÄKARES ARBETSSITUATION	33
5.4.1 Hög arbetsbelastning och svårt göra ett bra jobb.....	33
5.4.2 Tid under läkarbesöket.....	34
5.4.3 Copingstrategier	35
5.5 LEDNING.....	37
5.5.1 Oklart ansvar för sjukskrivningsfrågor inom hälso- och sjukvården	37
5.5.2 Styrsystem och incitament	38
5.5.3 Kvalitetssäkring.....	40
5.5.4 Bristande tillit mellan olika aktörer och till "systemet"	41
5.5.5 Statuskillnader inom sjukvården.....	43
5.6 FAKTORER UTANFÖR SJUKVÅRDEN.....	43
5.6.1 Arbetsmarknadssituationen.....	43
5.6.2 Sjukförsäkringsregler.....	44
5.7 SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER	44
5.7.1 Undermålig kvalitet på läkarintyg	45
5.7.2 Samverkan mellan sjukvården och företagshälsovården	46
5.7.3 Rehabiliteringsbegreppet	47
5.7.4 Oklart vem som skall ansvara för rehabiliteringsinsatser	47
6 PRÖVADE ÅTGÄRDER.....	48
6.1.1 Utbildning	48

6.1.2	<i>Snabb tillgång till rehabilitering</i>	49
6.1.3	<i>Case manager</i>	49
6.1.4	<i>Guidelines</i>	49
6.1.5	<i>Second opinion</i>	50
6.1.6	<i>Samverkan</i>	50
6.1.7	<i>Handläggare från försäkringskassan på vårdcentral</i>	51
6.1.8	<i>Beteendevetenskaplig kompetens</i>	51
6.1.9	<i>Specialistkonsult på vårdcentral</i>	51
6.1.10	<i>Sjukskrivningskommittéer</i>	52
6.1.11	<i>Skärpta regler</i>	52
7	DISKUSSION	52
7.1	METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	52
7.2	POSITIVA EXEMPEL	53
7.3	VAD SAKNAS I MATERIALET?	54
7.4	LEDNING OCH STYRNING	55
7.5	EFFEKTEN AV VIDTAGNA ÅTGÄRDER	57
8	REFERENSER	58

SAMMANFATTNING

I sjukskrivningsärenden är ett flertal olika aktörer involverade, framförallt arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling samt den sjukskrivne. För att få underlag för eventuella åtgärder när det gäller hälso- och sjukvården som aktör, gav Socialdepartementet i maj 2004 professor Kristina Alexanderson i uppdrag att leda ett projekt för att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan ha negativ effekt för handläggningen av sjukskrivningsärenden och sjukfrånvaro.

En bred datainsamling i form av en litteraturgenomgång, fokusgruppintervjuer, individuella intervjuer och enkätfrågor har genomförts, och data har analyserats med syfte att identifiera problem samt åtgärder som prövats för att lösa dessa. Det har inte ingått i uppdraget att ta fram problem inom andra aktörers sfär och inte heller att ge förslag till åtgärder.

Sammanfattningsvis framkommer många aspekter inom sjukvårdens organisation som främjar att sjukfrånvarofall blir långa. Problem kring sjukvårdens hantering av handläggning av sjukskrivningsärenden kan framförallt relateras till följande tre övergripande aspekter inom sjukvården: ledning, kunskap och samverkan. Problemen och konsekvenserna av dem framstår som extra stora i primärvården jämfört med övriga vårdnivåer.

Ledningsproblemen handlar om att landstingen sällan uttalat att arbetet med dessa problem är en prioriterad uppgift för medarbetarna. Landstingen saknar en helhetsstrategi för detta arbete. Gällande styrsystem motverkar ofta en optimal handläggning. Strategier för kvalitetssäkring av arbetet med dessa frågor saknas, liksom ofta strategier för kompetensutveckling och kunskapsgenerering inom området.

Kunskapen brister i flera avseenden. Vetenskapligt baserad kunskap saknas ofta om de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning, både vad gäller diagnossättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder. Vidare saknas kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och om konsekvenser (positiva och negativa) av sjukfrånvaro, kunskap som behövs för att ta adekvata ställningstaganden för den enskilde patienten. Dessa är mer generella problem som handlar om det vetenskapliga kunskapsläget. För att komma till rätta med dessa krävs dels strategier för generering av forskning och spridning av forskningsresultat, dels övergripande åtgärder, t ex i form av framtagande av konsensus för hantering av frågorna.

Det finns även brister i två andra typer av kompetens bland professionella inom sjukvården. Den ena är försäkringsmedicinsk kunskap, dvs. kunskap om lagar och regler, hur försäkringen och samhället fungerar, om sjukvårdens roll, möjligheter och skyldigheter, om hur samverkan kan ske, om kommunikation, konflikthantering, samt om hur arbetsförmågebedömningar bör ske. Det andra handlar om kunskap kring handläggning av patienter med psykosocial problematik, vilket innebär att sådan problematik inte hanteras alls alternativt medikaliseras.

Samverkansproblem finns både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Dessa problem leder till att hanteringen av patienter för vilka sjukfrånvaro är aktuell inte blir optimal, bl.a. i form av onödigt långa sjukskrivningar, långa och ofta passiva väntetider, ojämlig behandling, utrednings- och behandlingsprocesser av vikt för återgång i arbete sker inte parallellt. Detta leder även till stor frustration bland anställda inom sjukvården liksom bland andra aktörer. Det leder möjligen även till omfattande kostnader för landstingen.

De åtgärder som prövats för att hantera problemen har framförallt fokuserats på kompetens när det gäller försäkringsmedicin, handläggning av psykosocial problematik, samt att olika aktörer inte samverkar. Prövade åtgärder är olika typer av samverkansprojekt, utbildningar

(främst av läkare), guidelines, second opinions samt case management. Dessa åtgärder har sällan utvärderats på ett sådant sätt att slutsatser kan dras om deras effektivitet, något som i sig är ett stort problem. Av de få studier som gjorts förefaller case management vara den åtgärd som har bäst effekt på sjukfrånvaro, mätt i termer av antal frånvarodagar och antal sjukfrånvarande. Vissa initiativ, såsom de nyligen startade sjukskrivningskommittéerna i Östergötland och handlingsplaner för hantering av frågan, kan ses som ett försök att från högsta ledningsnivå synliggöra uppdraget och skapa förutsättningar för att genomföra det.

Många aspekter av problemområdet, t ex särbehandling av patienter utifrån ålder, kön, etnicitet, socialgrupp och diagnos behandlas inte i litteraturen. Fokus är starkt på primärvårdsläkare, trots att de i Sverige verkar stå för högst hälften av sjukskrivningarna. Ytterst få studier har ägnats åt sjukhusläkare och deras eventuella problem.

1 INLEDNING

Under andra hälften av 1990-talet och början av 2000-talet ökade antalet personer som var långtidssjukskrivna dramatiskt i Sverige. Ett flertal utredningar har behandlat sjukfrånvarofrågan ur olika perspektiv, med syfte att förstå denna förändring och ge förslag till åtgärder (1-7).

I sjukskrivningsärenden är framförallt följande aktörer involverade: arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling samt den sjukskrivne. Riksdagen har nyligen beslutat att införa incitament för arbetsgivare att verka för att minska sjukfrånvaron (8). De nya reglerna gäller från den 1/1 2005. Läkarförbundet m.fl. har lyft fram behovet av liknande åtgärder inom hälso- och sjukvården (9). För att få ett bättre underlag för ställningstagande kring lämpliga åtgärder har Socialdepartementet givit professor Kristina Alexanderson i uppdrag att göra en sammanställning av olika typer av problem inom sjukvården när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden och åtgärder som prövats.

Syftet med projektet har varit att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvårdens sätt att fungera som kan ha negativ effekt för en god handläggning av patienter för vilka sjukfrånvaro är aktuellt.

I uppdraget ingick inte att göra motsvarande kartläggning av problem kring sjukskrivning inom företagshälsovården. Information om problemområden skulle inhämtas från litteraturen samt via intervjuer av personer inom sjukvården samt av personer inom företagshälsovård och försäkringskassa, för att även få de två senares perspektiv på problem inom sjukvården. Att ta fram synpunkter från aktörer utöver dessa två har inte ingått i uppdraget. I litteraturen framkommer dock ibland patienters/sjukskrivnas perspektiv och viss information om detta har även inkluderats i denna sammanställning. Vidare har det inte ingått i uppdraget att ge förslag till åtgärder baserat på materialet, däremot presenterar vi förslag som framkommit i litteraturen eller i intervjuerna.

Följande personer har ingått i projektgruppen, och under projekttiden arbetat deltid med projektet:

- Kristina Alexanderson, professor, (projektledare)
- Mats Brommels, professor, specialist i invärtesmedicin
- Lena Ekenvall, docent, specialist i yrkesmedicin
- Kristian Hagfors, administrativ assistent
- Riitta Hölttä, administrativ assistent
- Eva Karlsryd, FoU-samordnare försäkringskassan, fil mag. i sociologi
- Anna Löfgren, med mag i folkhälsovetenskap, forskningsassistent
- Linda Sundberg, leg psykolog, fil mag i psykologi
- Mimmi Wernman, administrativ assistent
- Mia Österberg, leg psykolog, fil mag i psykologi, universitetsadjunkt

Eva Karlsryd är anställd vid Försäkringskassan, Länskontoret Stockholm, övriga är anställda vid eller knutna till Karolinska Institutet, Stockholm; Sektionen för personskadeprevention Institutionen för klinisk neurovetenskap respektive Medical management centrum, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME).

Vi tackar varmt alla de som på olika sätt delat med sig av sina erfarenheter, kunskap och tid i samband med datainsamlingen till detta projekt! Dit hör alla som medverkat i intervjuer, som givit synpunkter och bidragit med material och följande personer som generöst bidragit med synpunkter på manusförslag: utredare Jan Rydh, professor Staffan Marklund, docent Rolf Wahlström och professor Ingvar Krakau.

2 MATERIAL OCH METOD

Material har samlats in på följande fyra sätt

- 1) Litteraturgenomgång
- 2) Individuella intervjuer
- 3) Fokusgruppsintervjuer
- 4) Frågor i en enkät

Datainsamlingen är omfattande och har alltså skett med olika metoder vilket möjliggör en triangulering av resultaten. Datainsamling och genomförda analyser har skett under perioden maj-december 2004, dvs. en förhållandevis kort period.

En mer utförlig beskrivning av datainsamling och resultat återfinns i Bilagan (10).

1) I litteraturgenomgången har studier publicerade på svenska, danska, norska och engelska i vetenskapliga tidskrifter och mer s.k. 'grå' litteratur i form av rapporter etc samt debattartiklar inkluderats. Relevant litteratur har sökts brett, med olika metoder, eftersom litteratordatabassökningar inte varit tillräcklig metod inom området.

- Sökningar i sex olika litteratordatabaser
- Genomgång av referenslistor i funnen litteratur
- Egna referenslistor/material
- Sökningar på myndigheters, landstings och andra hemsidor på Internet
- Kontakt med personal på försäkringskassor och landsting i olika delar av landet
- Kontakter med andra personer insatta i området

Materialet har lästs, kategoriserats och sammanställts i problemområdeskategorier.

Ca 700 publikationer, av vilka flera är debattartiklar, bedömdes som relevanta. Ett urval av publikationerna redovisas i bilagan (10, delstudie 1).

2) Tjugo individuella intervjuer av personer med specialkunskaper inom området har genomförts (10, delstudie 5). Flera av dessa har varit aktiva i olika utvecklingsprojekt inom det aktuella området eller på annat sätt aktivt verksamma inom området. Syftet med intervjuerna har varit att få ytterligare information om problemområden och vidtagna åtgärder, som komplement till det som finns i litteraturen. Ett annat syfte har varit att få tips om relevanta kontakter, projekt och litteratur samt att stämma av giltigheten i fynden under projektets gång. Intervjuare har varit Lena Ekenvall, Kristina Alexanderson och Anna Löfgren. Dessa diskuterade inledningsvis i projektet relevanta frågeområden och en grundläggande intervjuguide konstruerades. Guiden modifierades beroende på den intervjuades specialkunskaper. Intervjuerna varade ca en timma och genomfördes på vederbörandes arbetsplats, på Karolinska Institutet eller i någon annan lokal t ex i samband med ett möte. Några genomfördes som telefonintervjuer. Anteckningar togs under intervjun och sammanfattades sedan skriftligt. Resultaten har använts som underlag vid val av andra kontakter och för inskaffande av litteratur. Vidare har resultaten av intervjuerna använts för validering av resultaten i övriga datainsamlingsmetoder.

Dessutom har 30-40 personer kontaktats per telefon eller personligen och tillfrågats om publikationer kring projekt etc. Därutöver har projektmedlemmarna kontinuerligt fört diskussioner och ställt frågor om problem vid ett stort antal möten och konferenser om sjukskrivning under det gångna halvåret.

3) För att få en fördjupad och kompletterande kartläggning av problem har data samlats in via fokusgruppintervjuer. Kunskap som genererades i litteraturgenomgången låg till grund för utformning av en intervjuguide liksom för val av intervjupersoner. Femton fokusgruppintervjuer har genomförts, nio med personer inom hälso- och sjukvård (10, delstudie 2), två med företagsläkare (10, delstudie 3), samt fyra grupper med personer verksamma inom försäkringskassor (10, delstudie 4). I samtliga grupper var fokus på upplevda problem inom sjukvården, d.v.s. företagshälsovård och försäkringskassa tillfrågades om sin syn på problem inom sjukvården. Personer från olika delar av landet, från olika yrkeskategorier samt från olika organisatoriska nivåer har inkluderats för att få en så bred bild som möjligt.

Intervjuerna spelades in på ljudband, skrevs ut ordagrant och har analyserats kvalitativt.

4) I en enkät som gått ut till ca 7.800 läkare i ett särskilt projekt om läkare och sjukskrivning (11) har några frågor inkluderats av relevans för detta projekt. Svarsfrekvensen är 71 %, och sammanställning av aktuella svar finns i (10, delstudie 6).

Etiska aspekter: Två ansökningar till den Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm har gjorts; en för fokusgruppintervjuerna och en för enkätstudien. I båda fallen beslöt nämnden att som rådgivande yttrande uttala att det från de synpunkter som nämnden har att beakta inte föreligger några hinder för att utföra forskningen.

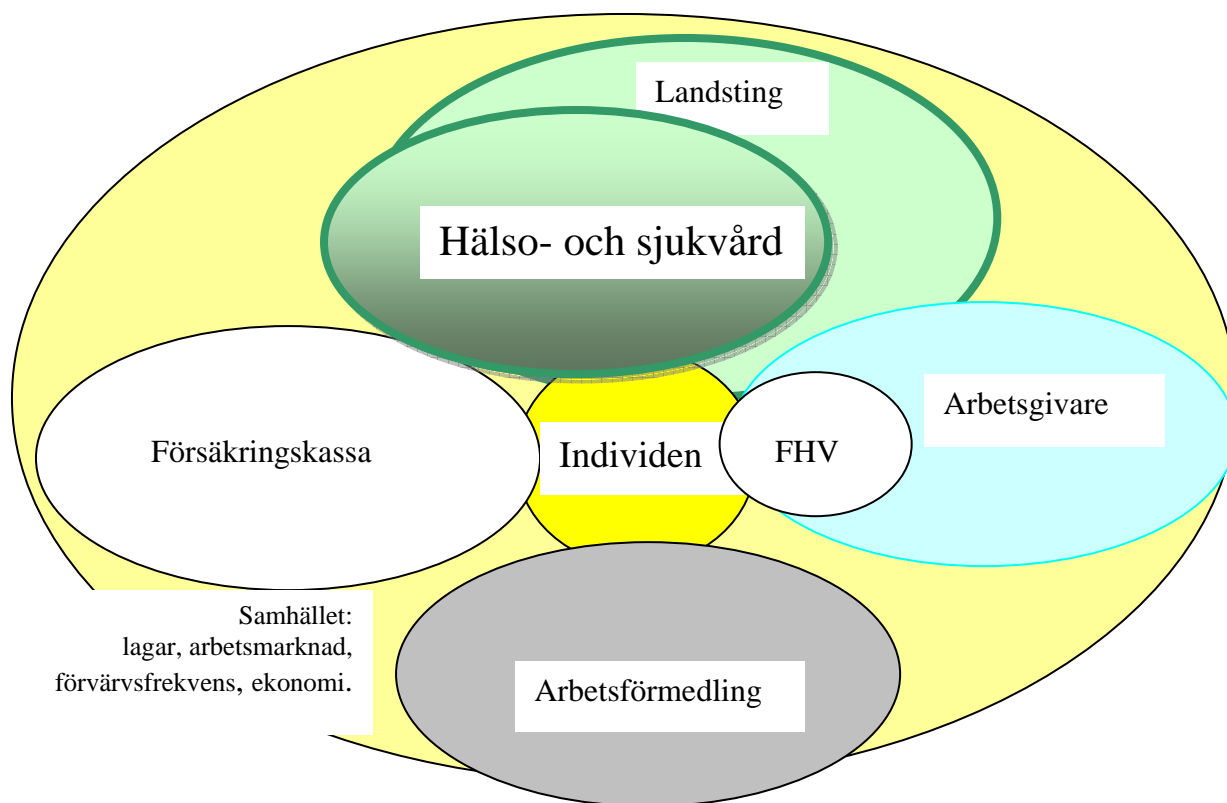
I denna rapport refereras ibland till litteratur. Avsikten är då inte att vara uttömmande, dvs. nämna samtliga eller ens de flesta referenser inom respektive område, utan att ge något exempel.

3 BAKGRUND

Problemområdet detta projekt omfattar är synnerligen komplext och kan beskrivas på olika sätt. Här diskuteras först några grundläggande aspekter kring sjukfrånvaro, sjukförsäkring och sjukvårdens och läkarens roll och uppgifter i samband med sjukskrivningsärenden. Därefter görs en genomgång av de olika problemområden som identifierats i detta projekt. Dessa beskrivs sammanfattat, oberoende av datainsamlingsmetod. Därefter redogörs för sådana åtgärder som det i projektet framkommit har prövats för att hantera dessa problem. I uppdraget ingår inte att ge förslag till åtgärder, däremot redovisas förslag till åtgärder som diskuteras i litteraturen eller som framkommit i intervjuerna.

HpH-utredningen (Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (6)) lyfte fram olika sektorer av betydelse för sjukfrånvaron. Fokus i detta projekt är istället en av flera aktörer av betydelse för handläggning av sjukskrivningsärenden, nämligen hälso- och sjukvården och problem inom denna organisation som kan hindra optimal handläggning (Figur 1). Synpunkter på sådana problem har också samlats in från försäkringskassa och företagshälsovård (de vita ellipserna i Figur 1).

Naturligtvis innebär inte detta att problemen är störst inom sjukvården, eller att det är i sjukvården de största möjligheterna att påverka sjuktalen finns.



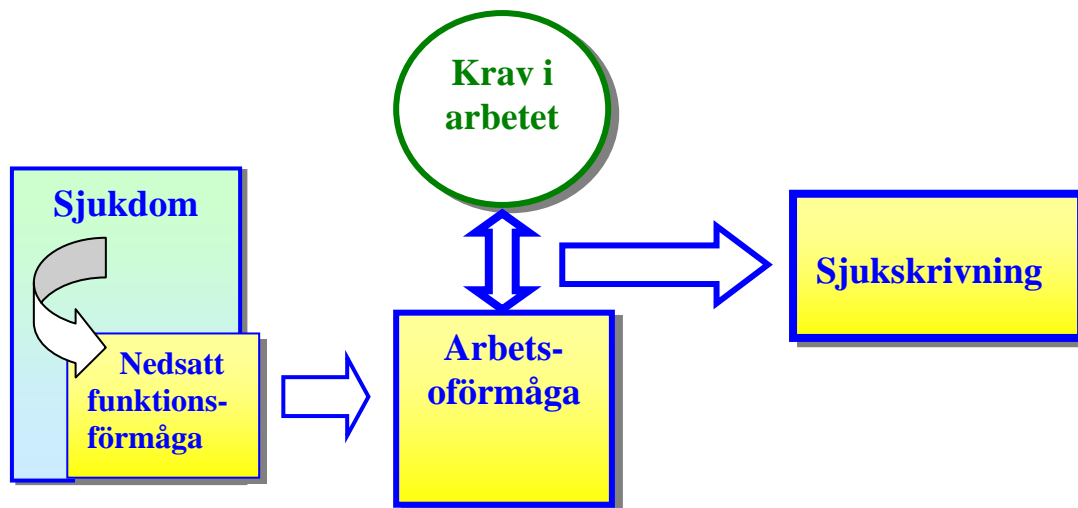
Figur 1. Olika aktörer av betydelse för handläggning av sjukskrivningsärenden. I denna rapport är fokus på hälso- och sjukvården och de problem som finns där kring handläggning av sjukfrånvaroärenden. Försäkringskassans, företagshälsovårdens samt sjukvårdens syn på problem i sjukvården fokuseras.

3.1 Sjukförsäkringen

Den svenska allmänna sjukförsäkringen är en försäkring mot inkomstbortfall när en person inte kan försörja sig pga. sjukdom eller skada. Två rekvisit krävs för att få rätt till sjukpenning, dels att sjukdom eller skada föreligger, dels att just denna lett till nedsättning av arbetsförmågan med minst 25 %. Andra orsaker till nedsättning av arbetsförmågan berättigar inte till sjukpenning. Arbetsförmågan skall avgöras i relation till kraven i just den personens arbete (Figur 2) eller, vid längre sjukfall, i relation till andra arbeten. Senast efter sjunde dagen i ett sjukskrivningsfall krävs att en läkare intygar både att sjukdom föreligger och att denna lett till nedsatt arbetsförmåga. Beslut om rätt till sjuklön fattas av arbetsgivare under arbetsgivarperioden och därefter av försäkringskassan, där läkarintyget används som ett beslutsunderlag. I längre sjukfall skall försäkringskassan även bedöma om ytterligare åtgärder eller rehabiliteringsinsatser behövs, och vid behov ta initiativ till och samordna sådana. Även här har intyg från läkare stor betydelse för beslut och val av åtgärder.

Sjukvården har alltså två typer av uppgifter i detta sammanhang:

1. Att vid behov utreda, behandla och rehabilitera.
2. Att förse andra inblandade aktörer med medicinskt underlag om patienten, för att dessa aktörer skall kunna göra sin del kring patienten, samt att vid behov samarbeta med en eller flera av dessa aktörer, vanligen de som illustreras i Figur 1.



Figur 2. De två rekvisit som krävs för sjukpenning, och vilka läkare och försäkringskassa har att ta ställning till vid bedömningen; sjukdom samt arbetsförmåga i förhållande till kraven i jobbet (12).

3.1.1 Begrepp

Några centrala begrepp i detta sammanhang blir då sjukdom, sjukroll, arbetsförmåga, funktionsförmåga, hälsa, ohälsa, sjukskrivning, sjukfrånvaro, sjukintyg samt rehabilitering (12). Ett problem är att dessa begrepp ofta ges varierande innebörd och används på många olika sätt, vilket leder till förvirring och missförstånd. Några av dessa begrepp behandlas senare i rapporten, i samband med att identifierade problem listas.

I allmänt språkbruk används ofta orden 'sjukintyg' och 'läkarintyg' som samlingsbegrepp för många av de olika medicinska underlag, intyg och utlåtanden som läkare skriver i samband med sjukskrivning. Även om det inte är helt korrekt att använda dessa termer tar vi oss friheten att göra det i den kommande texten, för att inte i onödan tynga språket.

Av samma anledning använder vi begreppet 'sjukskrivning' i vid bemärkelse. Vi skriver t ex ibland att läkare sjukskriver, när vi avser att läkare utfärdar ett medicinskt underlag som patientens arbetsgivare, och senare försäkringskassans handläggare, använder som underlag för att fatta beslut om rätt till sjuklön respektive sjukpenning. Vi är väl medvetna om att detta språkbruk bör ses över då det ibland ger patienter och andra inblandade en felaktig bild av att det är läkaren som fattar beslutet om rätt till sjukpenning (13).

Ett stort problem när det gäller debatt och diskussioner om sjukfrånvaro under de senaste åren är att massmedia, liksom försäkringskassan och Riksförsäkringsverket, ofta har använt termen 'ohälsa' när man avsett sjukfrånvaro. Detta har lett till en beklagansvärd förvirring av debatten och de hypoteser som ställts. Vidare har det lett till fruktlösa diskussioner om huruvida svenska befolkningens ökade sjukfrånvaro beror på ökande sjuklighet. Självkänt finns det ett samband mellan sjukdom och sjukfrånvaro, men sjukdom i sig berättigar inte till sjukpenning och de flesta i yrkesverksamma åldrar som har olika typer av sjukdomar arbetar och har ofta inte ens en tanke på att deras sjukdom skulle innebära att de var sjukfrånvarande. Som framgår av Figur 2 beror behovet av sjukfrånvaro dock även på samspelet mellan sjukdom och krav i arbetet. Även om sjukligheten inte förändras, men kraven ökar torde detta leda till ökad sjukfrånvaro. Studier har funnit en ökning av kraven i flera yrken, företrädesvis där sjukfrånvaron ökat (14). Andra sådana faktorer som spelar roll för sjukfrånvaronivå i ett land är arbetslöshetsnivå, förvärvsfrekvens etc. I den svenska debatten har även

attitydförändringar och läkares sjukskrivningspraxis lyfts fram som möjliga orsaker till förändringarna i sjukfrånvaron (12).

Vidare är begreppet ohälsa mycket komplicerat. Begreppet sjukdom finns det en hel del skrivet om, se nedan. Samma sak gäller hälsobegreppet där hälsa definieras antingen som avsaknad av sjukdom, som en motpol till sjukdom (ju mer en person har av det ena desto mindre har personen automatiskt av det andra) eller som tillhörande en annan dimension än sjukdom (15). Det senare innebär att en person kan ha både hälsa och sjukdom samtidigt. Hälsa definieras då på olika sätt, de två vanligaste är antingen som en känsla av välbefinnande, eller som att ha handlingsförmåga för att uppnå vitala mål i sitt liv. Ohälsa är svårt att ställa i relation till någon av dessa. I det kommande väljer vi att inte använda detta begrepp.

3.1.2 Hur definieras sjukdom i sjukförsäkringen?

År 1963 trädde den *Lag om allmän försäkring* i kraft som fortfarande reglerar sjukförsäkringen. Enligt denna lag krävs alltså två rekvisit för att få rätt till sjukpenning, dels att sjukdom eller skada föreligger, dels att detta lett till nedsättning av personens arbetsförmåga (med f.n. minst 25 %), i förhållande till de krav på arbetsförmåga som personens arbete ställer, eller till de krav en rimlig anpassning av arbetet skulle innebära, alternativt i förhållande till på arbetsmarknaden övrigt förekommande arbeten (figur 2). Den allmänna sjukförsäkringen infördes i Sverige år 1955. Till grund för den låg en statlig utredning från 1944 ”Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring” (SOU 1944:15) där det bl. a. står:

Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.

Definitionen av sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringarna går fortfarande tillbaka till denna skrivning. Denna mycket vida definition av sjukdomsbegreppet innebär både för- och nackdelar. En fördel är att utrymme lämnas för att begreppet, bl.a. genom de stora landvinningarna inom medicinsk vetenskap de senaste decennierna, inte kontinuerligt måste omdefinieras medelst ny lagstiftning – något som skulle innebära att varje ny definition ständigt skulle ligga efter medicinsk vetenskap och praxis. Nackdelen är att det finns en otydlighet som sannolikt bidrar till en osäkerhet i tillämpningen av lagen (16, 17).

Till detta kommer att tillämpningen av sjukdomsbegreppet i Sverige kompliceras av att vi bara har ett ord för de olika aspekter som i t ex det engelska språket benämns ’illness’, ’disease’ respektive ’sickness’ – dvs. självupplevda besvär/symptom (’illness’), den sjuklighet det inom medicinsk vetenskap vid en viss tidpunkt finns diagnoser för (’disease’), respektive den sociala roll, sjukroll (’sickness’), en person som har ’illness’ eller ’disease’ ges eller tar i ett samhälle (14, 15, 18).

Enligt gällande regler berättigar endast medicinska orsaker till nedsättning av arbetsförmågan till sjukpenning; däremot *inte* sociala, ekonomiska eller andra faktorer som nedsätter arbetsförmågan. Att inte ha barnomsorg, att inte kunna ta sig till arbetsplatsen pga. problem med kommunikationsmedel, att inte ha ett arbete ger alltså inte rätt till sjukpenning. Av och till har det varit en oklarhet inom både sjukvård och försäkringskassa kring tolkningen av just detta, bl.a. för att reglerna om detta ändrats (16). En annan orsak är att det förekommit viss osäkerhet kring om man har rätt till sjukpenning om sjukdomen beror på t ex psykosociala förhållanden. En stor del av de i dag mest aktuella sjukdomsdiagnoserna har psykosociala faktorer som en (möjlig) orsak, t ex hjärtinfarkt, lungcancer, leverskador, muskelsmärta,

utmattningssyndrom, och berättigar naturligtvis till sjukpenning om den lett till nedsatt arbetsförmåga.

På 'läkarintyget' skall diagnos, eller i undantagsfall initialt i processen, symptom anges. Ibland anges då t ex högt blodtryck. Detta är dock egentligen ingen sjukdom utan en riskfaktor för sjukdom och borde alltså i sig inte berättiga till sjukpenning, (utom i vissa speciella fall med extrema tryckförhöjningar, innan behandlingen haft effekt).

3.1.3 Sjukvårdens ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) ansvarar hälso- och sjukvården för att tillhandhålla medicinsk vård, behandling, habilitering och rehabilitering. Målet för den medicinska rehabiliteringen är att den enskilde skall uppnå bästa möjliga funktionsförmåga samt fysiskt och psykiskt välbefinnande, dvs. god livskvalité. Vård skall vidare erbjudas efter behov och på lika villkor.

Sjukvården som aktör har i detta sammanhang alltså olika uppgifter. Utöver att diagnostisera, behandla, rehabilitera skada och sjukdom har vården till uppgift att

- Ge andra aktörer, såsom arbetsgivare, försäkringskassa och andra försäkringsbolag medicinska underlag som grund för beslutsfattande och åtgärder
- Att bedriva forskning och utveckling inom området
- Att organisera kompetensutveckling
- Att organisera vården så att optimal handläggning av dessa uppgifter kan genomföras
- Att som arbetsgivare erbjuda en arbetsmiljö som främjar den egna personalens hälsa, samt förebygger sjukdom och sjukfrånvaro

Det kan dock finnas anledning att tydligare precisera vilket ansvar sjukvården har och kan ta, och vilket ansvar andra aktörer har och bör ha. Arbetsgivarens ansvar är t ex enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) stort, bl.a. är arbetsgivaren skyldig att anpassa arbetet "till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende" (13). Denna typ av ansvar har även landstingen gentemot sina anställda.

3.2 Läkares uppgifter och roll i samband med sjukskrivningsärenden

En av de arbetsuppgifter läkare har är att skriva olika typer av intyg, medicinska utlåtanden och remisser. Det rör sig om många olika typer av intyg, varav intyg i samband med socialförsäkringsförmåner är ett (19). Försäkringar det ofta krävs medicinska intyg i samband med är de som hör ihop med sjukfrånvaro, arbetsskada, vård av sjukt barn, havandeskapspenning, sjukersättning (förut sjukbidrag/förtidspension), vårdbidrag, handikappersättning, olycksfallsförsäkringar, livförsäkringar, m.m. (20).

Att skriva intyg, dvs. att i rollen som medicinskt sakkunnig yttra sig till olika instanser i samhället, upptar alltså en icke föraktlig del av många läkares arbetstid. Det sätt dessa uppgifter utförs på, dvs. kvalitén på det arbetet, kan få betydande konsekvenser för en patients livsvillkor, ibland lika stora som de rent medicinska åtgärderna. Dessa intyg har t ex betydelse för möjligheter till ekonomisk ersättning, rehabiliteringsinsatser, körkort, hjälpmedel i hemmet eller på arbetet, möjlighet för barn och föräldrar att ha kontakt, rätt till olika sociala

stödåtgärder etc. Felaktig handläggning kan leda till att enskilda patienters rättigheter inte tas till vara, till marginalisering och isolering¹.

3.2.1 Läkares roller

Läkare, liksom många andra yrkesgrupper, har flera olika roller eller uppgifter. Vi har i detta projekt funnit att ett problem är att det ibland råder en sammanblandning av dessa, och ibland en upplevelse av konflikt mellan dem. I detta sammanhang är följande fyra roller av intresse.

- Patientens behandlade läkare med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå behandling eller rehabilitering och genomföra sådan (21); bota, lindra eller trösta enligt Hippokrates. I litteraturen om sjukfrånvaro benämns denna roll ibland 'patientens advokat' eller 'patientens företrädare' och syftar då till rollen att ta olika typer av initiativ för att hjälpa sin patient.
- Att vara 'grindvakt' (gate keeper), dvs. att ansvara för att (begränsade) resurser används rättvist och ändamålsenligt. Bl.a. Lipsky (22, 23) har skrivit om denna roll, där han myntat uttrycket 'street-level bureaucrat', på svenska ofta översatt med 'gräsrotsbyråkrat'. Detta begrepp används för tjänstemän som i sitt arbete har direktkontakt med den enskilde medborgaren, typiska "gräsrotsbyråkrater" är till exempel personer verksamma inom hälso- och sjukvård, socialvård, eller försäkringskassa. Dessa arbeten har många gemensamma drag och utförs under liknande villkor. Det råder till exempel i denna typ av verksamhet alltid en knapphet på såväl materiella som personella resurser. Det arbete som utförs är ett viktigt led i själva förverkligandet av beslut som fattas på politisk nivå, att tjänstemännens avgörande och rutiner utgör innehållet i den konkreta politik som man beslutat om. På en strukturell nivå finns samspelet mellan den centrala lagstiftningen, praxisnivån och brukarnivån och de dilemman som uppstår i praktiken där lagstiftningen ska tillämpas. Det som kännetecknar besluten inom dessa områden är att de är komplexa och kräver en grundlig dokumentation av en rad förhållanden. De involverar flera professionella parter, och de förutsätter ett samarbete mellan organisationer eller mellan företrädare för olika organisationer.
- Medicinskt sakkunnig, t ex i samband med intygsskrivning. För denna roll gäller ett specifikt regelverk (se nedan).
- Myndighetsutövare, t ex i samband med frihetsberövande enligt specifika lagar, såsom i samband med psykiatrisk sjukdom eller missbruk.

I samband med sjukskrivning är det framförallt den första och den tredje av dessa roller som är aktuella, däremot har läkaren inte det primära ansvaret för grindvaktfunktionen här. Under

¹ Läkarens arbetsuppgifter och befogenheter inom landstingskommunal verksamhet regleras av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). SFS 1994:953, Lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, § 2: vetenskap och beprövad erfarenhet. I § 6 står att den anställda bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sin arbetsuppgifter). Lagen om disciplinpåföljd SFS 1994:254 reglerar de påföljder som blir aktuella om personal gjort sig skyldiga till oskicklighet, oaktsamhet, misstag eller felbehandling. Inom läkarkåren finns en avsevärd professionell handlingsfrihet för bedömningar och behandlingar.

I SFS 1962:381, Lagen om allmän försäkring preciseras vilka uppgifter läkaren måste lämna i samband med intyg och utlåtanden för att arbetsgivare och försäkringskassa ska kunna betala ut sjukpenning och sjuklön. I Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1992:16 ges anvisningar för läkarens roll i rehabiliteringsprocessen. Anvisningarna handlar bl. a. om att läkaren ska vid behov ta kontakt med arbetsgivaren för att hantera informations-, integritets- och sekretessfrågor på ett bra sätt, hur relationen med klienten och Försäkringskassan ska hanteras, samt inte minst vilka grunder sjukskrivningsförfarandet ska byggas på.

arbetsgivarperioden har arbetsgivaren denna grindvaktsroll, kontrollfunktion, därefter har handläggaren på försäkringskassan denna roll, dvs. att kontrollera om villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda. *Ofta har läkare och övriga dock inte upplevt att arbetsgivare och försäkringskassa gjort detta (24), vilket lett till att både läkare och ibland andra upplever att läkaren har, eller bör, ta ansvaret för besluten.*

Naturligtvis har läkaren ett stort ansvar för att diskutera för- och nackdelar med en sjukskrivning med sin patient, inte minst ur ett hälsoperspektiv, samt för att fylla i intyget enligt de regelsystem som gäller i rollen som medicinskt sakkunnig. Vid sjukskrivning, liksom vid t ex en olycksfallsförsäkring, tar läkaren, som medicinskt sakkunnig, fram ett underlag som försäkringsbolaget använder för att fatta beslut utifrån sitt regelverk. Läkaren har här inte primärt den grindvaktsfunktion som hon eller han har i andra sammanhang, t ex när det gäller vilka laboratorieprover som skall tas, vilka undersökningar och behandlingar en patient skall genomgå etc.

Det finns en inbyggd konflikt mellan vad som å ena sidan ofta beskrivs som rollen som ”patientens advokat” och å den andra sidan rollen som ”medicinskt sakkunnig”. Dessa två roller är inte unika för läkaryrket, utan är något som personer i ett stort antal professioner, t ex socialarbetare, poliser och handläggare inom försäkringskassan, har att hantera. Att integrera metoder att hantera dessa roller är en del av den professionalisering en person genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet. Att stödja läkare i denna del av professionaliseringsprocessen torde vara viktigt, både för att främja en rättssäker praxis och för att underlätta för läkare.

3.2.2 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

Läkarens uppgifter i samband med ställningstagande till sjukskrivning kan sammanfattas i följande sex punkter (12, 13, 20, 21):

- Ta ställning till om sjukdom eller skada föreligger enligt de kriterier som gäller för detta, inklusive med sjukdom jämförda tillstånd.

Att ge råd om lämpligheten med att arbeta vid olika tillstånd är en väsentlig del av den kliniska handläggningen av patienter i yrkesverksamma åldrar (25)².
- Bedöma om sjukdomen eller skadan innebär sådan nedsättning av patientens funktionsförmåga att även arbetsförmågan är nedsatt i relation till de krav som patientens arbete innebär, eller till de krav en rimlig anpassning av arbetet skulle innebära, samt vid längre tids sjukskrivning även till på arbetsmarknaden i övrigt förekommande arbeten, samt särskilt ange vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras.
- Tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning, inklusive hur sjukdomen/skadan påverkas av sjukskrivningen, respektive risken för psykiska besvär, social isolering, missbruk m m. Patientens ansvar och aktiva roll i rehabiliteringen ska särskilt betonas vid längre sjukskrivning. Läkare skall vidare stötta patienter att med stöd av gällande lagstiftning få hjälp av arbetsgivare att anpassa arbetssituationen efter patientens situation, och inte individualisera eller medikalisera problem på t ex arbetsplatsen. Patienter är ofta mycket lojala med sin arbetsgivare, och vill inte ställa till besvär, t ex genom att be om omplacering eller ändrade arbetstider vid deltidssjukfrånvaro. Där är läkarens uppdrag att stötta patienten i att stå på sig och ställa krav.

² Vår översättning.

- Ta ställning till grad (hel- eller deltid) och längd av sjukskrivningen, liksom till genomförande av medicinsk utredning, behandling eller andra åtgärder (t ex yrkesrehabilitering, arbetsträning, arbetsplatsbesök) under sjukskrivningstiden.
- Ta ställning till om det föreligger behov av kontakt med andra inom sjukvården (kurator, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, andra kliniker) eller aktörer utifrån, såsom försäkringskassa, företagshälsovård, arbetsgivare, eller andra aktörer, och i så fall etablera kontakten, samt att på ett adekvat sätt samverka med andra aktörer, inom och utanför hälso- och sjukvården.
- Skriva ett intyg enligt fastställt formulär (här kallat sjukintyg), så att det ger tillräckligt underlag för försäkringskassans handläggare att fatta ett beslut om sjukpenning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.

Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning är reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och genom föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS 1992:16). Genomförandet av dessa uppgifter påverkas alltså av att läkaren i sjukskrivningssituationen har två roller, dels den sedvanliga rollen som patientens läkare med ambitionen att skapa förtroende och tillit för att både kunna förstå patientens situation och kunna erbjuda hjälp på ett meningsfullt sätt, dels rollen som medicinskt sakkunnig, dvs. att på ett objektivt sätt intyga medicinska förhållanden rörande patienten till andra instanser i samhället.

3.2.3 Att skriva intyg

I Sverige har endast läkare, och i vissa fall tandläkare, rätt att skriva de medicinska utlåtanden som skall ligga till grund för bedömning av rätten till sjukpenning. Detta innebär att skriftligen intyga att personen dels har en sjukdom eller skada, dels att denna sjukdom eller skada har medfört att patientens arbetsförmåga är nedsatt med minst 25 procent.

De flesta läkare kommer i kontakt med det så kallade läkarintyget ('Medicinskt underlag för bedömning av rätt till sjukpenning') som används i samband med sjukskrivning, samt med intyg som kräver mer omfattande information såsom Särskilt läkarutlåtande (SLU) och Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LoH-intyget; FK3200) som används i samband med sjukersättning (förut förtidspension). Dessa intyg har under åren haft olika utformning. Central information som efterfrågas i intygen har alltid varit patientens sjukdom och arbetsförmåga (26).

Det finns ett utvecklat regelverk kring vad en läkare har att beakta när hon eller han, i sin roll som medicinskt sakkunnig, skriver olika typer av intyg och utlåtanden (19). I vissa fall skall det som intyget gäller, t ex ofta vid sjukskrivning, även samordnas med förslag till behandling och andra åtgärder. Skillnaden mellan intyg och utlåtande kan beskrivas på följande sätt: Ett intyg beskriver ett sakförhållande, t ex omfattningen av en kroppsskada som läkaren iakttagit vid undersökning. Ett utlåtande innehåller även en bedömning, t ex om vad som orsakat skadan eller om prognos.

För läkaren som utfärdar utlåtande eller intyg gäller bl a att (12, 19, 20):

- Ta reda på vad det ska användas till
- Vara saklig
- Påstå det som är belagt och inget annat
- Redovisa alla förhållanden
- Skriva så att innehållet förstås av lekmän

Vidare krävs i regel en personlig undersökning av patienten. Intyg och utlåtanden faller under läkarens yrkesansvar. (...) Det är alltid mottagaren av ett intyg eller utlåtande som avgör om det fyller ändamålet det är avsett för. Om intyget är bristfälligt kan mottagaren, t ex försäkringskassan, begära kompletteringar eller vända sig till någon annan läkare (20, sid. 209-10).

Vid intygsskrivning har läkaren alltså en något annan roll än den som ansvarig för patientens medicinska utredning och behandling. Här handlar det istället om att, utifrån sin profession och som medicinskt sakkunnig, till en annan myndighet eller aktör, *ytttra sig* om vissa sakförhållanden och göra en opartisk bedömning baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet (19).

3.2.4 Hur vanliga är sjukskrivningsärenden i vården?

I ett fåtal studier har försök gjorts att mäta hur stor del av läkares arbete som handlar om sjukskrivningsärenden. I en svensk studie framkom att sjukskrivningsfrågan kom upp vid 8,8 % av alla konsultationer i primärvården (27). I en norsk studie sjukskrevs 16 % av patienterna i primärvården (28). I en annan studie från Storbritannien framkom att ett stort antal intyg skrevs; vid 3 265 konsultationer under fem veckor skrevs 1 657 sjukintyg och 2 427 recept (29) (sjukintyg krävdes efter 4 dagar). I ytterligare en studie från Storbritannien (30) fann man att allmänläkare lade ner 13 % av sin arbetstid på att utfärda sjukintyg, ofta i fall där enda orsaken till konsultationen var behov av sjukintyg (läkarintyg krävdes från 4:e dagen, och man förordade införandet av rätt till egensjukskrivning i 15 dagar). I en studie från Tyskland (31) med data från 14 olika ensampraktiserande allmänpraktiker framkom att 40 % (variationen var stor: 13–60 %) av de sjukpenningförsäkrade patienter som under två dagar besökte mottagningarna fick ett nytt sjukintyg (6 % hade redan ett giltigt sådant). Sjukintyg krävdes från tredje dagen av ett sjukfall. I en annan studie från Tyskland fann man att sjukintyg skrevs i 11 % av alla konsultationer inom primärvården (32). I en uppföljning av sjukskrivning och rehabilitering i sjukvården fann Socialstyrelsen att rehabiliteringspatienter i genomsnitt besökte primärvården 19,7 gånger under en femårsperiod jämfört med 4,4 gånger för andra patienter (33).

Av denna genomgång framkommer att mycket olika mått används: andel av alla patienter, andel av alla patienter som kan sjukskrivas (dvs. i yrkesverksam ålder och inte förtidspensionerad), andel av alla konsultationer, andel av arbetad tid generellt eller andel av arbetad tid med patienter i yrkesverksamma åldrar. En ofta nämnd siffra är att ca 10 % av patienterna i yrkesverksamma åldrar – hur stor del detta tar av arbetstiden beror på hur stor del av patienterna som är i dessa åldrar. Äldre och barn är ofta vanligare patienter i både primärvården och på sjukhusen.

I enkäten till 7.800 läkare i två län (71 % svarsfrekvens) uppgav 26 % att de har patienter som är aktuella för sjukskrivning 1-5 gånger per vecka, 31 % 6-20 gånger i veckan och 7 % av läkarna att de träffar sådana patienter fler än 20 gånger i veckan (10, delstudie 6).

Av en del läkare upplevs konsultationer där sjukskrivning är aktuell, som mycket energikrävande, av andra inte (23, 34). Enligt flertalet av de vi intervjuat individuellt är detta starkt relaterat till om närmaste chefen har tagit ett ledningsansvar för denna fråga eller inte. I enkäten uppgav två tredjedelar av de läkare som har sjukskrivningsärenden att dessa är problematiska någon gång per månad eller mer sällan. 27 % angav att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska 1-5 gånger per vecka, 6 % 6-20 gånger per vecka och 1 % mer än 20 gånger i veckan (10, delstudie 6).

Landstingen har en hög grad av autonomi när det gäller dessa frågor, och enskilda läkares autonomi när det gäller handläggning av sjukfrånvarofrågor kan sägas vara än större (35).

4 ÖVERGRIPANDE OM PROBLEMOMRÅDEN

Problemen inom sjukvården när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden kan beskrivas på *olika sätt*. Med de metoder för datainsamling och dataanalys vi använt framkommer nedanstående problemområden. Andra bilder finns självklart. Trots att syftet i detta projekt har varit att identifiera problem vill vi också framhålla att både i litteratur och i intervjuer lyfts flera positiva exempel fram.

Problemen kan också vara generella eller gälla specifika tillstånd/diagnoser eller vissa typer av mottagningar. De kan vara mer eller mindre detaljerade.

Optimalt hade varit att utifrån litteratur och tidigare forskning kunna presentera en tabell enligt nedan över olika prövade åtgärder (A+B+C...) för de olika problem (1, 2, 3 etc) som lyfts fram, samt positiva eller negativa effekter av dessa olika åtgärder.

Problem	Prövade åtgärder	Effekt av åtgärder
1	A+B+C+D+E	+ + + - +
2	A+B+C	- - +
3	A	+
4	A+B	+ +
5	A+B+C+D+E+F+G+H	+ + + + - - - +
6	A+B+C+D	+ - - +
7	A+B	+ -
8	A	-
9	A+B+C+D+E+F+G	+ + + - - + +
10	A+B+C+D+E	+ - - - +
11	A+B+C+D+E	+ + - - -

Tyvärr är situationen inte denna. För många av de problem vi identifierat har inga eller ytterst få åtgärder vidtagits. Framförallt finns dessa åtgärder sällan dokumenterade skriftligt och effekten av dem är ytterst sällan utvärderad. Bilden skulle snarare ha blivit så här:

Problem	Prövade åtgärder	Effekt av åtgärder
1		
2		
3		
4	A+B	-
5	A	
6		
7		
8	A	
9	A+B+C	+
10		
11		

Detta innebär att det från litteraturen inte är möjligt att dra vetenskapligt baserade slutsatser om effekter av åtgärder för de olika problemen. Åtgärderna har dessutom ofta prövats i projekt som karaktäriserats av att de ej gått att vetenskapligt utvärdera. Många projekt verkar upprepas utan kännedom om likartade tidigare eller pågående försök (se t ex (36-40)) och av att man i vissa fall haft svårt att rekrytera patienter till projekten (se t ex (41, 42)). Även projekt som utformats så att en vetenskaplig utvärdering är möjlig och som visat positiva resultat vad avser sjukskrivningar har ofta avbrutits då projektmedlen upphört (se t ex (43)).

Den slutsats vi kan dra av litteraturgenomgången är att forskningen på området är synnerligen outvecklad, vad gäller metoder, teorier och modeller. Den vetenskapliga kvalitén på de flesta studier vi hittat är låg och resultaten kan inte ligga till grund för vetenskaplig evidens.

Vidare kan problemen beskrivas utifrån *olika perspektiv*, t ex samhällets, landstingets, läkarens, försäkringskassans eller patientens. I den litteratur vi identifierat är det oftast läkares perspektiv på problemen som tas. Det är också mest läkare som är författare och läkargrupper som är de mest studerade. Det innebär att det oftast är läkarens 'röst' som hörs. En grov bild av vilka perspektiv som är vanligast kan ges på följande sätt:

- Samhällets
- Lokalsamhälle (landsting, kommun)
- Försäkringskassa
- Arbetsgivare
- Arbetsförmedling
- Landsting
- Sjukhus/primärvård
- Klinik/vårdcentral
- Mottagning
- Team
- **Läkare**
- Andra grupper inom vården
- Patienten

Detta betyder att det blir en bias, en systematisk vinkling, när resultat sammanställs från litteraturen, då den i så stor utsträckning är skriven från *ett visst* perspektiv. Området är synnerligen komplext och behöver studeras ur olika perspektiv. Det är t ex slående hur få studier som syftar till att få den sjukskrivnes perspektiv på faktorer inom sjukvården som har betydelse för sjukskrivning och återgång i arbete.

Problem kring sjukskrivning kan vidare innebära att för få eller för många patienter 'ordineras' sjukfrånvaro, att sjukfrånvarograden och längden är för kort eller för lång. Här har ansatsen varit bred, dvs. alla dessa typer av aspekter har beaktats.

5 PROBLEMOMRÅDEN

De problem inom hälso- och sjukvården som framkommit i projektet när det gäller handläggning av patienters sjukskrivning kan relateras till följande sju områden:

kunskapsläget, patientens väg genom systemet, läkarrollen, läkares arbetssituation, ledning och styrsystem, faktorer utanför sjukvården, samt samverkan med andra aktörer. För närmare beskrivning av de problem som framkommit i intervjuerna med hälso- och sjukvårdens personal samt i litteraturgenomgången hänvisas till bilagan (10).

Denna indelning, liksom andra möjliga indelningar vi prövat, av problemen i sju områden innebär att några aspekter inte är självklara att placera, eftersom de hör hemma i flera områden. Ett sådant problem är *'tidsbrist'* som av många anges som centralt. Speciellt lyfts det fram av personer utanför sjukvården, t ex i våra intervjuer av personer från försäkringskassa och företagshälsovård, som upplever att läkare, framförallt i primärvården, har mycket stor tidsbrist. Men även läkare inom hälso- och sjukvården anger detta som ett problem. *'Tidsbrist'* som problem är dock för allmänt för att åtgärder ska kunna vidtas. Utifrån resultaten har vi valt att dela upp *'tidsbrist'* i följande aspekter: väntetider, tid under läkarbesöket, tid för att skriva intyg, tid för kvalitetssäkring, samt tid för kompetensutveckling. Dessa aspekter återfinns under olika rubriker nedan.

Efter respektive problemområde, listas i avsnitt 6 de förslag till åtgärder som framkommit i projektets olika delar. *Observera att dessa alltså inte är författarnas förslag till åtgärder.*

5.1 Kunskapsläget

Eventuella problem inom vården när det gäller handläggning av patientärenden där sjukskrivning kan vara aktuellt kan identifieras på olika sätt. Ett sätt är att utgå från vårdens mål. Om målet inom hälso- och sjukvården, vid handläggning av patientärenden där sjukskrivning kan vara aktuellt, är en optimal bedömning, behandling och rehabilitering, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, dvs. en god vård på lika villkor, ett effektivt utnyttjande av resurser både inom sjukvården och andras resurser, inklusive patientens, och naturligtvis, förslag till den sjukskrivningslängd- och grad som är optimal vid respektive situation kan problem alltså relateras till om dessa mål uppfylls eller inte. Vidare skulle insatserna kunna relateras till ovanstående motsats, dvs. de ska inte vara till skada, t ex inte generera annan sjuklighet eller risk för sådan, inte ges på olika villkor.

Här finns dock *tre grundläggande problem*. För det första *saknar* vi i stor utsträckning vetenskaplig *kunskap om konsekvenser av att vara sjukskriven* (12), för det andra saknar vi i stor utsträckning kunskap om lämplig behandling och rehabilitering av de stora diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro; rörelseorganens sjukdomar (44) och psykiska besvär (45, 46) och för det tredje saknar vi kunskap om och bra instrument för bedömning av arbetsförmåga. Detta beskrivs mer ingående i avsnitten 5.1.1 - 3. Att sådan kunskap ännu saknas betyder att hanteringen av dessa ärenden kräver extra förtänksamhet, på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Annan typ av kunskap som också är mycket väsentlig här, t ex om hur intyg skall skrivas, om försäkringsregler etc., saknas också ofta, se avsnitt 5.3.1-3. Denna kunskapsbrist är dock enklare att avhjälpa.

Vården skall ske "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet". När det gäller sjukfrånvaro saknas vetenskap i stor utsträckning och den erfarenhet åtgärder baseras på är sällan beprövad, i betydelsen utvärderad.

5.1.1 Kunskap saknas om konsekvenser av sjukfrånvaro och om optimal sjukfrånvarotid och -grad

I dag saknas kunskap om vad som är optimal sjukskrivningslängd och -grad vid olika tillstånd (12). Kunskap saknas både mer övergripande och på en mer detaljerad nivå, dvs. för patienter med olika ålder, kön och arbete. T ex saknas i Sverige konsensus, guidelines, för vad som är

rimlig sjukskrivningstid efter en hjärtoperation om man är man och arbetar som t ex busschaufför. Denna typ av riktlinjer finns i många andra länder, med angivande av förslag på inte bara rekommenderad tid utan även minimi- och maximitid och hur länge andra brukar vara sjukskrivna i samma situation (47). Detta ger samtliga inblandade, även patienten, en chans att ta ställning till rimligheten i den föreslagna sjukfrånvarotiden. För närvarande är patienten ofta utlämnad till den enskilde läkarens bedömning (eller ibland de riktlinjer som fastställts inom en klinik eller ett geografiskt område). En konsekvens av detta är stor variation i sjukskrivningstider. I Sverige är ofta sjukfrånvarotiderna mycket långa, två till fem gånger längre än i andra västländer, vid t ex olika hjärtproblem (12), och eventuellt finns här ett samband med avsaknad av generella guidelines.³

Även kunskap om eventuella risker med att vara sjukskriven saknas; vilka är dessa riskfaktorer, hur snart uppstår de, hur kan de kännas igen och hur kan de motverkas. Denna typ av kunskap behövs om läkare och andra skall kunna ge råd och diskutera för- och nackdelar med denna ”ordination” liksom med andra ordinationer.

Att få kunskap om konsekvenser av sjukfrånvaro utan att eventuella konsekvenser av sjukdomen blandas in är svårt. Möjliga negativa konsekvenser är t ex passivisering, social isolering, försämrad arbetsförmåga eller sjuklighet, annan sjuklighet (t ex depression), försämrad karriärutveckling, negativ påverkan på livsstil (motion, alkohol och tobakskonsumtion, kost, sociala kontakter), ekonomi och självkänsla (12).

De få studier som finns visar även att konsekvenserna tenderar att variera mycket mellan olika individer; en del konsumerar t ex mer alkohol, andra mindre, en del motionerar mer, andra mindre (12, 48).

På samma sätt saknar vi kunskap om eventuella nackdelar med för kort eller ingen sjukfrånvaro, med att t ex vara ’sjuknärvarande’ (12, 49). De flesta som har olika sjukdomar är på jobbet, och har ingen anledning att vara sjukfrånvarande eftersom deras sjukdom inte påverkar deras arbetsförmåga. Det finns också ytterst få studier om konsekvenser av sjuknärvaro. En av de senaste visar att personer som har hjärtproblem och inte har någon sjukfrånvaro har högre dödlighet än de som har viss korttidssjukfrånvaro. Högst dödlighet hade de som hade lång sjukfrånvaro (50).

Trots att vi ännu saknar vetenskapligt evidensbaserad kunskap om konsekvenser av att vara sjukfrånvarande finns det mycket som tyder på att det finns allvarliga risker, speciellt med längre sjukfrånvaro. Patienten hamnar lätt alltmer i en sjukroll, både arbetsgivaren och patienten förändras efter en period sin syn på möjlighet att återgå i arbete, och negativa hälsokonsekvenser av lång sjukfrånvaro kan tillstöta. Därför torde det, för patientens bästa, vara av största vikt att förhindra långvarig sjukfrånvaro. I detta projekt framkommer dock flera faktorer inom sjukvården som snarare bidrar till att sjukfrånvarofallen blir längre än nödvändigt.

5.1.2 Kunskap saknas om behandling och rehabilitering vid de två stora diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro.

För många av de symptom som patienter i yrkesverksamma åldrar söker vård för, finns det ännu inte tillräcklig kunskap inom medicinsk vetenskap för att ställa adekvat diagnos eller

³ Vid internationella jämförelser är ofta sjukfrånvaron mycket lång av en annan anledning, nämligen att vi i Sverige inte har någon gräns för hur långt ett sjukfall kan vara. Detta är unikt, i andra länder finns en sådan gräns, ofta på 12 månader. Detta är dock inte anledningen till att sjukfrånvaron, efter t ex ett hjärtgrepp i veckor räknat, ofta är så mycket längre i Sverige.

vidta effektiva behandlingsåtgärder. Inom de två största diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro och sjukersättning; rörelseorganens diagnoser och diagnoser hänförliga till psykiska problem och besvär, är detta särskilt tydligt. Möjligheterna att med nuvarande kunskapsbas kunna klarlägga en medicinsk diagnos som förklaring till rygg- eller nackbesvär är starkt begränsade.

”Sannolikheten för att även den i ryggproblematik bevandrade läkaren ska kunna klarlägga en distinkt diagnos vid akuta ryggbesvär är endast cirka fem procent. Vid kroniska problem anses möjligheterna större, omkring 15-30 procent, men är således fortfarande starkt begränsade. Man får i den stora majoriteten av alla fall nöja sig med en symptomdiagnos som i bästa fall beskriver det område i nacke eller rygg till vilket smärtan/bsvärerna är lokaliserade. Eftersom patienten söker för att få klarhet i vad som orsakar besvärerna innebär oförmågan att ställa en säker diagnos en frustration både för patient och läkare. Behovet av en förklarande diagnos är sannolikt extra stor hos patienter med rygg- och nackbesvär eftersom undersökningar i stora patientmaterial visar att dessa patienter upplever en funktionspåverkan och reduktion av livskvaliteten som inte sällan är större än hos patienter med sjukdomar som diabetes, hjärtinkompensation, hjärtinfarkt och t.o.m. malignitet. Utan kännedom om den bakomliggande förklaringen till besvärerna blir deras svårighetsgrad i allt väsentligt beroende på patientens upplevelse” (12, sid. 205).

Detta är även ett problem vid framförallt psykiska besvär av typ utmattningssyndrom (46), den diagnosgrupp som har ökat mest under det senaste decenniet när det gäller orsak till sjukskrivning. De psykiska diagnoser som ligger bakom sjukfrånvaron är sällan de mer tunga psykiatriska, såsom psykoser och schizofreni, utan framförallt depressioner och ångestbesvär där en hel del kunskap om diagnos och behandlingsformer finns (45), även om behandling av återkommande sådana besvär fortfarande kan vara problematisk. När det gäller psykiska besvär är ett problem att den existerande kunskapen inte används.

5.1.3 Begreppet arbetsförmåga är inte klart definierat och instrument för bedömning av arbetsförmågenedsättning saknas i stor utsträckning

Utöver förekomst av sjukdom skall även grad av arbetsförmåga bedömas. Detta innebär att den funktionsnedsättning som sjukdomen har lett till skall sättas i relation till kraven i personens arbete eller de krav som finns efter en rimlig anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter. Instrument för bedömning av arbetsförmåga saknas i stor utsträckning. Den arbetsplats- och arbetsuppgiftsanalys som behöver göras torde arbetsgivare och företagshälsovård kunna bidra med.

Ludvigsson (51) fann vid en genomgång av hur begreppet arbetsförmåga används i litteraturen tre grunddimensioner: den fysiska, den psykiska och den sociala dimensionen. Där, liksom i övrig litteratur på området, framkommer att det är svårt att skilja på funktionsförmåga och arbetsförmåga, och att det egentligen ofta är funktionsförmåga som diskuteras. Det finns metoder att mäta den fysiska funktionsförmågan, t ex via arbets-EKG, men resultaten är inte alltid lätta att relatera till kraven i ett arbete. När det gäller psykisk kapacitet, t ex kognitiva förmågor, finns också mätinstrument även om dessa inte alltid är så tillgängliga inom sjukvården. Den sociala dimensionen utvecklas i teorier om rollagerande och motivation hos individen men även i konfliktteorier enligt vilka arbetsförmåga är resultatet av den rådande maktbalansen. Litteraturgenomgången visar att den sociala dimensionen av arbetsförmågan är förbisedd eller tillmäts liten betydelse. Den sociala kapaciteten har mätts endast vid psykiatrisk sjukdom och underförstått kan finnas ett antagande att den sociala kapaciteten inte är kritisk för arbetsförmågan annat än vid psykiatriska sjukdomar. En slutsats kan vara att så snart fysiska symptom uppträder är det enklare att hänvisa till dessa snarare än till de sociala problemen.

Eftersom arbetsförmåga är något relativt och i stor utsträckning handlar om individens förmåga i relation till kraven i det specifika arbetet eller på arbetsmarknaden i stort, är det inte bara problem med att instrument för arbetsförmågebedömning saknas och att läkare ofta inte har kunskap om kraven i många yrken. Lindqvist framhåller att om vi inte kan identifiera, klassificera och bedöma en individs kapacitet att prestera i förhållande till t ex arbetet, så har vi heller inte möjlighet att påverka eventuella hinder i omgivningen (52).

5.1.3.1 "Bedömning" av anställningsbarhet eller motivation snarare än av arbetsförmåga

Ett annat problem är att det lika ofta verkar vara grad av *anställningsbarhet* som grad av arbetsförmåga som tas ställning till (53). Minst tio olika studier fann att läkare tar hänsyn till andra faktorer än de rent medicinska när de sjukskriver (Se bilaga).

Vid bedömning av behov av sjukskrivning och möjlighet till återgång i arbete bland sjukskrivna patienter skall arbetsförmågan för tillfället och prognostiskt bedömas. *Flera beskriver att snarare än att bedöma arbetsförmågan är det motivationen till att återgå i arbete man tar ställning till.* Flera studier visar också att sjukskrivnas egen bedömning om huruvida de kommer att vara i arbete igen inom en viss tid har starkt prognostiskt värde. I denna egna bedömning ingår sannolikt faktorer som motivation, upplevelse av sjukdomen och hur eftertraktad man bedömer sig vara på arbetsmarknaden. Det blir med andra ord viktigt att även bedöma patientens motivation. *Det saknas dock instrument och kriterier för att bedöma motivation till återgång i arbete.* Det innebär att dessa bedömningar är subjektiva och baseras på mer eller mindre välgrundade föreställningar. Ibland verkar bedömning av denna t.o.m. göras utan att frågan ens diskuteras med patienten, t ex grundat på utseende, kroppshållning etc. (54). Det är i detta sammanhang också synnerligen viktigt att beakta att det som upplevs som 'bristande motivation' även kan vara ett symptom på sjukdom, t ex depression, som eventuellt förblir obehandlad.

Förslag till åtgärder som ges av de intervjuade eller i litteraturen:

- Utveckla instrument för bedömning av arbetsförmåga.
- Be arbetsgivare att beskriva kraven i yrket för personer som är aktuella för sjukskrivning.
- Konsensus, guidelines.
- Lägg ansvaret för arbetsförmågebedömningarna på företagshälsovården.
- Utbilda och medvetandegör om vilken roll bedömning av motivation och anställningsbarhet spelar i handläggningen.
- Utbilda kring vikten av att bedöma och behandla depressionstillstånd.

5.2 Patientens väg genom systemet

Ett sätt att se på problem inom detta område är hur patienter som är sjukskrivna hanteras i sjukvårdssystemet, hur systemet främjar respektive motverkar optimala sjukskrivningar.

Sammanfattningsvis finns det mycket i dagens sjukvårdssystem som främjar långa sjukskrivningar. Det framkommer brist på kontinuitet, på helhetssyn, och på system som främjar framtagning av handlingsplaner som hindrar långa eller passiviserande sjukskrivningar.

Ett problem är att det alltför *sällan initieras samtidiga processer* för patienter där detta skulle vara till nytta, dvs. för patienter som behöver flera olika typer av insatser. Det senare innebär t ex att patienter sällan remitteras till mer än ett ställe i taget när utredningar eller bedömningar skulle kunna ske parallellt, dvs. flera remisser är aktuella. Inte heller företagshälsovården kopplas in samtidigt som andra processer, t ex remiss till röntgenundersökning, sker. Andra

problem handlar om väntetider, hantering av patienter med fler sjukdomar, hantering av psykisk och psykosocial problematik samt möjlighet till multiprofessionell samverkan,

5.2.1 Väntetider leder till längre sjukskrivningar

Det är oklart vilken betydelse väntetider i vården generellt egentligen har på sjuktalet. Den litteratur vi hittar på området tyder på att den kanske inte är så stor (55, 56), åtminstone inte när det gäller väntetid till behandling. För den enskilde individen har naturligtvis de flesta väntetider betydelse i termer av förlängning. Eventuellt har väntetider till kontakt med försäkringskassa eller åtgärd från arbetsgivare större negativa konsekvenser. I intervjuerna uppger dock flera av de intervjuade läkarna att väntetider på olika sätt får konsekvenser för de patienter de själva sjukskrivit. Även andra intervjuade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården uppger detta som ett problem. Flera väntetider eller flaskhalsar i patientens väg genom systemet beskrivs få konsekvenser:

- Väntetid till återbesök leder till att sjukskrivningsperioderna riskerar bli onödigt långa eftersom sjukskrivningsperioden ofta anges till nästa återbesökstid.
- Väntetid tills remiss skickas eller hänvisning görs. Kan bero på att behandlande läkare dröjer onödigt länge med att remittera eller kontakta annan aktör (t ex annan vårdenheter, försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, kurator). Remisser 'försvinner'.
- Väntetid till undersökning/bedömning (t ex röntgen).
- Väntetid till behandling (t ex operation eller psykoterapi).
- Väntetid tills remitterande läkare kan återta patienten efter bedömning eller behandling hos annan specialist. Det uppstår långa väntetider som blir "passiva" för patienterna (utan aktiva åtgärder), eftersom varje steg i utredningsprocessen har sina egna ledtider. En övergripande koordinering av verksamheterna saknas.
- Väntetid till kontakt med handläggare på försäkringskassa.
- Väntetid till åtgärd från arbetsgivare eller arbetsförmedling.
- Väntetider på grund av att skilda processer inte sker samtidigt.

En del av de väntetider som beskrivs beror på rent logistiska problem (57), som att det tar tid innan en remiss skrivs ut, skickas iväg, handläggs av mottagaren eller att remisser kommer bort utan att detta upptäcks. Ett annat skäl till väntetider som beskrivs i intervjuerna är att läkare som fått en patient remitterad till sig av t ex primärvården inte vid behov kan remittera denna vidare till annan specialist utan först måste återremittera till primärvården. Ibland finns då inte den ursprungliga läkaren kvar där och processen förlängs ytterligare. Vidare förefaller väntetiderna inom vården bli extra långa för patienter med flera sjukdomar eller multiproblematik (se nedan).

Ytterligare ett stort problem som beskrivs är att patienten ofta är 'passivt' sjukskriven under väntetiden, utan att andra åtgärder vidtas eller ordinerats under tiden. Detta leder ibland till att patienten utvecklar andra besvär som konsekvens av den långa, inaktiva sjukskrivningstiden.

I enkätstudien angav ca 1/3 av läkarna att de sjukskrev längre än nödvändigt pga. väntetider till utredning inom vården eller försäkringskassan och ca en fjärdedel pga. av att adekvat behandling/behandlare, såsom t ex kognitiv beteendeterapi, saknas (10, delstudie 6).

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Ökad kunskap om flöden och processer under patientens väg genom systemet för att kunna åtgärda problem. Landstingsförbundet (58) har beskrivit hur vissa kliniker använt sig

av den s.k. genombrottsmetodik för att korta köer och väntetider till och inom sjukvården. Metoden går ut på att man på lokal nivå identifierar flaskhalsar och försöker åtgärda dem genom små förändringar som testas kontinuerligt.

- Ökad samverkan mellan olika enheter inom vården och med arbetsgivare och försäkringskassa kring väntetider.
- Hitta former för att kunna arbeta med patienten i olika processer samtidigt, låt dem löpa parallellt, 'samtidigarbete'. Koppla t ex in företagshälsovården tidigt i processen och parallellt med andra remisser.
- Inför system med så kallade case managers, som kan stötta patienter i olika kontakter, driva ärendet och svara för helhet och flöde.
- Anpassning av organisationen till sjukskrivningsprocessens "logistikkrav". Detta ställer krav på dels den interna arbetsorganisationen, men också kommunikation och samverkan med patienter, vårdgrannar och försäkringskassa.
- Parallella utrednings- och/eller behandlingsinsatser ska kunna ske under väntetiden, samt ordinera en 'aktiv sjukskrivning', dvs. en plan för vad som skall ske under sjukskrivningstiden görs upp, alternativt att patienten om möjligt friskskrivs under väntetiden.

5.2.2 Speciellt personer med flera sjukdomar eller multiproblematik riskerar onödigt lång sjukskrivning

Inom många diagnosområden finns det god kunskap om hur områdets tillstånd skall behandlas. Men när personer har mer än en sjukdom, d v s för personer med så kallad komorbiditet eller multisjuklighet, är kunskapen mer begränsad om handläggningen. De problem som beskrivs på andra ställen i denna rapport, kring bristande helhetssyn, långa väntetider etc är speciellt uttalade för denna grupp av patienter. Speciellt verkar detta vara ett problem kring personer i yrkesverksamma åldrar som har både somatiska diagnoser och psykiska besvär. I ett flertal studier framkommer t ex att personer med olika somatiska diagnoser, såsom hjärtinfarkt, även är deprimerade (12). Dessa depressioner verkar dock i stor utsträckning vara obehandlade, vilken inte främjar personernas möjligheter att återgå i arbete. Andra studier visar att många personer med lång sjukfrånvaro där olika aktörer är inblandade har problem med komorbiditet (59, 60). En fråga som ställs ibland är huruvida en del av dessa problem uppstått som en följd av de långa, passiva, sjukfrånvarotiderna, som präglas av väntan och av att vara utelämnad till andras agerande. I USA har konstaterats att personer med högt blodtryck, astma, ledförslitning eller magsår betydligt oftare än befolkningen i stort har psykiska besvär, och att det är den samtidiga förekomsten av psykisk och fysisk besvär som medför ökad sjukskrivning (61). Även personer sjukskrivna för symptom från rörelseorganen har mycket ofta psykiska besvär, vanligen ångest, affektiva sjukdomar eller drogrelaterad sjuklighet (62).

Det finns också en relativt stor grupp av personer, ibland uppskattad till så många som fem procent av alla i yrkesverksamma åldrar (33), som har sammansatta och komplicerade problem, ofta en kombination av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade sådana. Många av dessa är arbetslösa. Flera aktörer är ofta inblandade och det finns risk för både rundgång mellan aktörerna och för att hamna i en gråzon mellan dem. Både bra handlingsplaner och god samverkan mellan olika huvudmän och vårdnivåer krävs i dessa fall.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Ett system för att någon tar ett helhetsansvar för multisjuka patienter, t ex case manager.

- Främja helhetssyn i vården (15).

5.2.3 Stor spridning i hur läkare bedömer behov av sjukskrivning

Både litteraturen och intervjuerna visar på en stor spridning i hur en patients sjukskrivning handläggs beroende på vilken läkare som patienten träffar och denne läkares situation just då (se vidare under rubriken "Läkares arbetssituation" 5.4). Speciellt gäller detta vid de mer svårbedömda symptom som ligger bakom en stor del av sjukfrånvaron (värkproblem och psykiska besvär). En studie (63) visade att risken att bli sjukskriven ökade med hela 53 gånger om läkaren kände patienten väl sedan tidigare. Flera studier visar också att äldre läkare sjukskriver mer. Dessa två fynd kan eventuellt ha ett samband. Ett skäl kan vara ett motstånd mot att "släppa" eller remittera vidare en patient man känt sedan länge. Det finns också stora regionala variationer när det gäller sjukskrivningstider, både generellt och vid olika diagnoser (12,64).

Stora variationer i handläggningen av sjukskrivning innebär att hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård på lika villkor inte följs, att systemets legitimitet urholkas, och att det blir problematiskt, både för patienten och för läkaren, när en patient träffar olika läkare med olika förhållningssätt.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Sjukskrivningskommittéer och andra sätt att främja en dialog om förhållningssätt mellan inblandade aktörer.
- Guidelines för handläggning av sjukskrivningsärenden.

5.2.4 Dåligt bemötande av patienter kan bidra till längre sjukskrivningar

I litteraturen framkommer att en del patienter som är aktuella för sjukskrivning känner sig dåligt bemötta av professionella inom sjukvården (Bilaga, delstudie 1). I studier av sjukskrivna framkommer vidare att sjukskrivna upplever just bemötandet från professionella i sjukvården som viktigt för återgång i arbete, ibland lika viktigt som den faktiska rehabilitering de får. I den mån personer inom sjukvården, eller om sjukvården som system, inte arbetar för ett positivt bemötande av patienter bör detta alltså ses som ett problem när det gäller handläggning av sjukskrivningsärenden. Bemötandet, både det personliga och den upplevelse en person kan få av att inte vara värd att satsa på pga. långa väntetider, kan leda till sänkt självkänsla, skamkänslor etc – faktorer som sällan främjar handlingskraft och motivation, utan snarare leder till passivisering och nedstämdhet.

Vidare framkommer att patienter ibland föreslås sjukskrivning utan att önska detta. Dessa kan då bli osäkra på om de bör arbeta och tro att det är farligt för dem.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Motverka långa passiva väntetider.
- Använd olika empowermentstrategier (15, 65-67).
- Utbilda i och främja ett bra bemötande av patienter från alla inblandade.
- Föreslå inte sjukskrivning om det inte är nödvändigt.

5.2.5 Sjukskrivning under graviditet

Ett specifikt problem gäller ställningstagande till sjukskrivning under graviditet. I de flesta länder minskar gravida kvinnor sin arbetsinsats under slutet av en graviditet (68). Bland

kvinnor som lönearbetar sker detta via att på hel- eller deltid ta ut ledighet, semester, socialförsäkring eller att anställningen avslutas. I Sverige har många under de senaste decennierna varit sjukskrivna under slutet av graviditeten. I sjukvården upplever många, framförallt läkare och barnmorskor, det som ett problem att kvinnor ofta vill vara sjukskrivna mot slutet av graviditeten. En stor del av konsultationen går till att diskutera detta, tid som skulle kunna användas bättre. Det är stora variationer i lokal policy kring detta, vilket leder till mycket stora geografiska skillnader och därmed stor variation och ojämlikhet.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Öronmärk en del av föräldrapenningen så att ett visst antal dagar måste användas före barnets födelse, annars fryser de inne och kan inte sparas till efter förlossningen, alternativt inrätta en speciell 'graviditetspenning' (69).
- Konsensus mellan inblandade aktörer om att inte sjukskriva mot slutet av en graviditet(70).
- Anpassa arbetslivet så att det går att arbeta även under graviditet.

5.2.6 Bristande kontinuitet innebär risk för längre sjukskrivningar

Problemen med s.k. 'stafettläkare', 'hyrläkare' eller kortare vikariatsanställningar av läkare och annan personal som är eller bör vara involverad när det gäller sjukskrivningar förefaller uppenbara. Dit hör bristande kontinuitet, och ibland även bristande kunskap om lokala resurser inom och utanför sjukvården, liksom om den lokala arbetsmarknaden, samt bristande kontaktnät med aktörer det finns anledning att samarbeta med kring en patient som är eller riskerar att bli sjukskriven. Beredskapen att ta ansvar för en mer genomgripande utredning och ta kontakter med andra involverade kring en sjukskrivne patient är dessutom mindre om läkaren bara har en kortare tjänstgöring. Vissa patienter kan få träffa ett stort antal läkare utan att någon av dessa har haft tid att sätta sig in i helheten. I intervjumaterialet tas också upp att det finns patienter som satt i system att söka sig till de delar av sjukvården där kontinuiteten är som sämst, t ex akutmottagningar, för att lättare bli sjukskrivna och inte riskera att någon intresserar sig för helheten. Samtidigt är det inte självklart att kontinuitet leder till kortare sjukfrånvaro, vilket ovan nämnda studie av Hjortdal bekräftar (63). Resultaten av studier visar också att ibland finns det verkligen behov av en 'second opinion' (71, 72).

En annan orsak till bristande kontinuitet, eller svårigheter att ha kontinuitet när det gäller hantering av sjukskrivningsaspekter, är att i de olika journalsystemen som används efterfrågas inte sådan information och det finns inget enhetligt sätt att dokumentera informationen, och därför inte att söka efter den på. Det innebär att läkare, från journalen inte allas eller inte enkelt kan se om patienten har fått sjukintyg, vilka åtgärder som ordinerats i samband med sjukskrivning, kontakter som tagits med andra aktörer etc.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- När läkare anställs tillfälligt vid en enhet torde behovet av en tydlig policy kring hantering av sjukskrivningsärenden vara än större. Olika lösningar på detta föreslås, såsom guidelines, överprövning efter viss tid, möjlighet till stöd av kunnig person etc.
- Undvik korta anställningar, ha en långsiktig policy för besättning av tjänster.
- Skapa utrymme på sjukintyget att markera om sjukskrivning initierats på akutmottagning.
- Ange lämplig sjukskrivning vid återremiss från specialist.

- Gör upp en plan för vad mottagningssköterskan skall säga när patienter ringer för att få förlängning av sjukintyg. Det som sker nu är att patienten ofta upplever sig som lovad förlängning av sköterskan.
- Införande av systematisk dokumentation av arbetsförmågebedömning och sjukskrivning med tillämpning av de kriterier som anges i guidelines. Denna dokumentation kunde med fördel vara inbyggd i journalsystemet. En vidare utveckling är att i samband med datoriseringen av journalsystemet bygga upp ett besluts- och handläggningsstöd av samma slag som redan tillämpas vid läkemedelsförskrivning (rekommendationer, e-recept).

5.2.7 Bristande hantering av psykiska besvär och psykosocial problematik

Det framkommer betydande problem med sjukvårdens hantering av psykiska besvär hos sjukskrivna patienter, både inom primärvården och inom sjukhusvården. Omfattningen av detta problem verkar vara stort, flera studier tyder på att andelen av de sjukskrivna som har psykiska besvär är mycket stor, vare sig dessa besvär funnits initialt eller uppkommit under sjukfrånvarotiden (59, 60). Problemet kan sägas bestå av fem delaspekter vilka beskrivs nedan.

5.2.7.1 Svårigheter inom sjukvården att upptäcka psykiska besvär och psykosocial problematik

Psykisk och psykosocial problematik är aktuell även vid mer biomedicinska sjukdomstillstånd (73). Ängest och depression är t ex vanliga problem bland personer som haft hjärtinfarkt eller liknande tillstånd (12). Läkare och övrig medicinsk personal är ofta så involverad i ett biomedicinskt tänkande att man inte tar hänsyn till att de faktorer som påverkar återgång i arbete framförallt är psykologiska och relaterade till patientens uppfattningar om sjukdomen (73).

5.2.7.2 Svårigheter att bedöma symtom av psykisk karaktär

Flera beskriver hur man har svårigheter att bedöma och värdera patienters beskrivningar av psykiska besvär. Man saknar möjligheten att beskriva och mäta psykiska symtom på det sätt blodprov, röntgen etc. kan göra för somatiska åkommor. Ytterligare svårigheter bjuder uppdraget att bedöma hur psykiska besvär påverkar arbetsförmågan. Bedömningar av psykiska symtom riskerar att bli godtyckliga och långdragna med såväl för långa som för korta sjukskrivningstider som möjliga och vanliga utfall.

5.2.7.3 Behandlingsalternativ saknas för psykiska besvär

Flertalet av de intervjuade beskriver att sjukvården har mycket lite att erbjuda patienter med psykiska besvär. Psykiatrin har inte tid och inte i uppdrag att ta emot patienter som inte har allvarliga psykiatriska diagnoser. Intygen för dessa patienter från andra läkare har, enligt försäkringskassan, ofta sämre kvalitet jämfört med de intyg som kommer från psykiatriker. Sjukskrivning och i vissa fall läkemedel är i många fall det enda man kan erbjuda. Många beskriver hur dessa åtgärder ofta är otillräckliga eller, t ex vid naturliga krisreaktioner, riskerar att bidra till att försämra patientens hälsa. Kognitiv beteendeterapi har föreslagits som behandlingsmetod efter att några studier visat på positiv effekt (74-77) men tillgång till sådan är mycket begränsad. Klart är dock att bristen på behandlingsalternativ för personer med psykiska besvär leder till längre sjukskrivningar då sjukskrivning ofta är det enda man har att erbjuda.

5.2.7.4 Brist på psykologisk och psykosocial kompetens i sjukvården

De yrkeskategorier som skulle kunna bidra till att sjukvården hanterade psykiska besvär på ett bättre sätt finns inte i tillräcklig omfattning i sjukvården. Alternativt så har dessa

yrkeskategorier ett uppdrag som inte är dimensionerat eller utformat för att de ska kunna fylla konsult- och handledningsfunktioner. Yrkeskategorier som nämns i detta sammanhang är psykiatriker, psykologer och kuratorer.

Läkare kräver alltför ofta av sig själva att de skall klara av att ensamma hantera en patients sjukdomsbild. Patienter med en sammansatt symptom-bild behöver ofta bedömning och behandling med tvärprofessionell inriktning. Genom att inte utnyttja möjligheten till samarbete blir läkare ensamma med ett orimligt stort eget ansvar, samtidigt som patienten inte får optimal behandling (78).

Problemen som beskrivs ovan accentueras av det faktum att andelen personer i yrkesverksamma åldrar med psykiska besvär ökat, och att dessa även förefaller söka vård i större utsträckning. Detta avspeglas i sjukfrånvarostatistiken där psykiska besvär ökat kraftigt som orsak till sjukfrånvaro, inte bara i Sverige utan även i andra västländer (60). Detta gäller även yrkeskategorier som tidigare haft en mycket låg sjukskrivningsgrad, t ex läkare och lärare, och leder ofta till långvarig sjukfrånvaro.

5.2.7.5 Medikalisering

Ett annat problem, som delvis kan vara en konsekvens av ovanstående är medikalisering av icke-medicinska problem och ibland att iatrogena effekter uppstår, dvs. att kontakten med sjukvården skapar i sig sjuklighet. Läkare är utbildade i att hantera människors medicinska problem genom att, i enlighet med Hippokrates bota, lindra eller trösta. Med medicinskt icke förklarbara symptom resulterar denna problemlösning ibland i medikalisering av psykosociala problem genom att problemen förses med en medicinsk diagnos och frånvaro legitimeras genom sjukintyg (79). Det finns ett behov av att integrera ett biomedicinskt och psykosocialt perspektiv.

Det verkar finnas en svårighet i systemet, speciellt bland läkare, att hänvisa patienter, som inte har en medicinsk problematik, till andra som skulle kunna hjälpa dem med problemen. Denna svårighet tycks dels handla om okunskap om vilka andra möjligheter det finns i samhället för personer att få stöd, dels om attityder, som att 'läkare bör kunna allt' och inte hänvisa till någon annan.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Fler beteendevetare inom sjukvården.
- Mer multiprofessionell team-samverkan.
- Utbildning av läkare i identifiering respektive hantering av psykosocial problematik (59).
- Fler psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter samt ökad tillgång till olika former av kortare samtalspsykoterapier, t ex kognitiv terapi.
- Ge försäkringskassan möjlighet att köpa psykoterapi för sjukskrivna som behöver det.
- Samverkan med olika aktörer utanför sjukvården.
- Bättre integrering av biomedicinska och psykosociala perspektiv i vården (80, 81).

5.3 Läkrollen

Som framgår tidigare i rapporten fokuseras ofta läkare i den svenska debatten om sjukfrånvaro. Detta beror naturligtvis bl.a. på att läkare har en mycket central roll när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden, men även på att läkare står bakom en stor del av de publikationer som finns i ämnet. Vidare har just läkare lyfts fram starkt i den allmänna

debatten om sjukfrånvaro de senaste åren, ofta i samband med hypoteser om att läkare skulle ha ändrat sin sjukskrivningspraxis⁴ under slutet av 1990-talet.

Läkarens uppgifter när sjukskrivning kan vara aktuellt för en patient beskrivs i avsnitt 3.2.2. För att kunna utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt krävs professionell hantering av de olika roller man har som läkare, relevant kompetens samt en organisation som möjliggör och främjar optimal hantering. Läkarutbildningen, både på grundutbildningsnivå, AT-nivå, specialistutbildningsnivå samt i fortbildning, har som mål att utveckla kunskaper, färdigheter och attityder inom de olika områden en läkare behöver för att utföra sitt arbete (82).

Både i intervjumaterialet och i litteraturgenomgången framkommer dock svårigheter när det gäller läkares möjlighet att bidra till en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Svårigheterna kan hänföras till flera olika områden som rör läkares roll: *kunskap, färdigheter att utföra relevanta uppgifter inom området, attityder och förhållningssätt samt hantering av olika roller*. Samtliga dessa aspekter, liksom *läkares arbetssituation* som beskrivs i nästa avsnitt, har en koppling till ledning och styrning av verksamheten. Vi har dock valt att behandla ledningsfrågorna som ett separat problemområde.

I SBU:s systematiska litteraturgenomgång av studier om sjukfrånvaro (12) fann man vetenskaplig evidens för att läkare tycker att arbetet med sjukskrivningar är problematiskt, dvs. ett flertal studier av acceptabel kvalitet visar detta och det var en av de få resultatet det fanns evidens för.

5.3.1 Kunskap

Läkare behöver självklart relevant medicinsk kunskap om kroppen, olika sjukdomar, behandlingsmetoder och deras för- och nackdelar. När det gäller handläggning av sjukskrivningsärenden behövs dessutom vissa andra kunskaper. Här avses inte den kunskap som lyfts fram i avsnitt 5.1, utan snarare försäkringsmedicinsk kunskap (12, 20, 56, 83)⁵. Både i intervjumaterialet och i litteraturgenomgången framkommer att läkare ofta har otillräckliga kunskaper om försäkringssystemet och dess regler. Man har ofta också otillräckliga kunskaper om lagstiftningen (sekretess, intygsskrivande, förvaltningslagen), om hur samhället är organiserat, om vilka möjligheter som finns för patienter i olika situationer, om läkares roll

⁴ Begreppet 'praxis' används här för att beskriva handlingsmönster i professionell praktik.

⁵ Begreppet försäkringsmedicin används nu allt oftare i Sverige som en övergripande term för handläggning och studier av försäkringar som rör sjukdom och handikapp. Försäkringsmedicin är ett bredare område än vad som ingår i denna rapport och brukar omfatta bl a följande sjukförsäkringsformer: sjukskrivning, arbetsskador, sjukbidrag/förtidspension/sjukersättning, handikappersättning, vårdbidrag, patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen, livförsäkringar och olycksfallsförsäkringar, oberoende av om dessa är allmänna eller enskilda. I Folkhälsovetenskapligt lexikon (84) ges följande definition av försäkringsmedicin:

”medicinskt område som handlägger och studerar frågor med anknytning till de försäkringsformer som berör sjuka och handikappade, framför allt med anknytning till socialförsäkringen (sjukskrivning, förtidspension, arbetsskadersättning m m).” Försäkringsmedicinen har sitt ursprung i Tyskland vid slutet av 1800-talet, då det blev uppenbart att administrationen av de försäkringar för sjuka och invalider som Bismarck införde krävde läkarmedverkan.”

I Norge används följande definition (56):

”Försäkringsmedicin är vetenskapen om hur diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdom påverkar och påverkas av försäkringsförmåner, som är baserade på medicinska kriterier, samt konsten att ge det diagnostiska, terapeutiska, prognostiska och etiologiska underlaget för beslut om försäkringsförmåner.”

I den nyligen publicerade läroboken Försäkringsmedicin (20) definieras försäkringsmedicin på följande sätt:

”Försäkringsmedicin är den kliniska verksamhet som kan komma att leda till bedömningar och intyg som sedan används vid handläggning av försäkringar” (20, sid. 11). Både enskilda och allmänna försäkringar inkluderas i denna definition.

Försäkringsmedicin fokuserar således både på patienten och dennes sjukdomar, besvär och bristande funktionsförmåga samt på sjukvårdspersonalens, särskilt läkarnas, arbete med att förebygga behov av försäkringsförmåner. Det centrala är huruvida patientens bristande förmåga är av sådan karaktär och/eller omfattning att det ställer krav på försäkringsförmåner.

och de skyldigheter och möjligheter den innebär i dessa sammanhang, vilka kontakter som är möjliga eller lämpliga att ta eller rekommendera, och hur dessa kontakter kan tas. Det senare gäller både inom den egna organisationen och utanför. Kunskaper saknas vidare om hur sjukintyg används av andra aktörer, och om vilka krav olika arbeten ställer på individen.

En faktor som bidragit till att det varit svårt att ha och skaffa aktuell kunskap kring försäkringsreglerna är de många förändringar i regelsystemet liksom i dess tillämpning som skett de senaste 15 åren (16). Vidare upplevs beslutskriterierna för sjukskrivning som odefinierade, vilket ställs i kontrast mot diagnostiska kriterier eller behandlingsriktlinjer. Administrativa bestämmelser kan inte ”översättas” till professionella beslutskriterier.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Utbildning, fortbildning
- Strukturer och organisation som främjar sådan utbildning
- Läkare under utbildning skulle få en mentor kring sjukskrivningsfrågor

5.3.2 Färdigheter

Läkare utbildas och tränas i ett antal olika färdigheter som behövs för yrket. Dit hör t ex undersökningsteknik, att kunna genomföra olika typer av behandlingar, att kunna fatta beslut, att kunna bedöma när ens egen kompetens inte räcker, att kunna söka ny kunskap och bedöma den, ledarskap, kommunikationsfärdigheter och samarbetsfärdigheter. Samtliga dessa färdigheter är naturligtvis en förutsättning för att kunna hantera sjukskrivningsärenden. Dessutom kan följande ses som centrala färdigheter när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor:

- Att kunna bedöma funktionsförmåga och arbetsförmåga.
- Att kunna skriva intyg, medicinska underlag, på ett sånt sätt att relevanta uppgifter ingår samtidigt som icke medicinskt skolade personer kan förstå innebörden i intyget.
- Kunna hantera de olika rollerna som patientens företrädare och medicinskt sakkunnig.
- Journalföring, så att relevanta uppgifter kring sjukskrivning dokumenteras.
- Kommunikationsfärdigheter, inte minst konflikthantering och förmåga att hantera situationer där läkaren och patienten tycker olika.
- Lägga upp patientbesök så att relevanta frågor behandlas samtidigt som utrymme ges för patientens agenda.
- Kontakta och samarbeta med andra både inom och utanför den egna organisationen.
- Kunna delta aktivt i planeringsmöten med andra aktörer, och vid behov kunna leda sådana möten.
- Göra upp en handlingsplan i samarbete med patienten.
- Stödja parallella processer för patienter.
- Hantera psykosociala orsaker till sjukdom och psykosociala konsekvenser av sjukdom.
- Identifiera när patienters problem ligger utanför den egna kompetensfären och adekvat kunna hantera dessa situationer, t ex genom att remittera respektive hänvisa till annan typ av aktör.

Både i intervjuerna och i litteraturgenomgången framkommer brister inom samtliga dessa typer av färdigheter. Bristerna får direkta konsekvenser för sjukfrånvaron i form av långa och ibland onödiga sjukskrivningar, i vissa fall också att sjukskrivningarna blir för korta eller att nödvändiga sjukskrivningar inte blir av. Bristerna får också indirekta konsekvenser genom passiviserande processer, upplevelser hos patienter och kollegor inom andra yrkesgrupper av att bli negativt bemötta, medikalisering, känslor av otillräcklighet hos läkarna etc. Naturligtvis har den enskilde läkaren ett ansvar för sin kompetensutveckling. Vi vill dock i detta sammanhang påpeka att bl.a. HpH-utredningen underströk att:

”...landstingens ansvar för att berörd personal erhåller och upprätthåller erforderlig kompetens i försäkringsmedicin. Det måste kunna garanteras att alla läkare har kunskap om vilken uppgift de medicinska underlagen skall fylla och vilka sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilde som följer av sjukskrivning” (85, sid 182).

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Utbildning
- Strukturer och organisation som främjar sådan utbildning

5.3.3 Attityder

Den tredje aspekten, förutom kunskaper och färdigheter, som har central betydelse för hur läkare (och andra professionella) utför sitt arbete, är attityder och förhållningssätt. Inom ett område som detta, där det finns mycket lite vetenskapligt belagd kunskap, och kunskap och färdigheter, enligt ovanstående, är bristfällig blir den enskilde läkarens professionella förhållningssätt och attityder extra betydelsefulla för den praxis som tillämpas. Detta avspeglas bl.a. i den mycket stora variation i hur läkare sjukskriver, speciellt för diagnosområdena psykiska besvär och smärtproblem (12, 86-89).

Både i intervjumaterialet och litteraturen framträder en sammanblandning mellan professionellt förhållningssätt och privata attityder. (För en närmare beskrivning se bilagan (10)) Områden där detta blir tydligt är:

- Attityder och föreställningar kopplade till specifika sjukdomar och diagnoser, smärta, hälsa och till vad som är ”ett gott liv”. Ska man ’arbeta för att bli frisk eller bli frisk för att kunna arbeta’?.
- Attityder kring hur länge en person bör vara sjukskriven för ett visst tillstånd.
- Attityder och föreställningar kopplade till de roller och uppgifter läkaryrket innebär. Exempelvis att skriva intyg till försäkringskassa, att samarbeta med andra aktörer. Om synen på sig själv och sitt arbete som läkare.
- Attityder och föreställningar om samhället och gemensamma medel och sin roll i detta. ’Det handlar ju bara om olika typer av transfereringar – jag kan lika gärna skriva ett intyg som att patienten får arbetslöshetsersättning’.
- Attityder till arbete. Det finns studier, bl.a. från Storbritannien, som visar att många läkare uppfattar arbete som skadligt för sina patienter.
- Attityder till patienter och osäkerhet kring om man kan lita på patienten.
- Attityder och föreställningar om externa samarbetspartners, exempelvis arbetsgivare, försäkringskassa och arbetsförmedling, och om sin roll i samarbete med dessa. I litteraturen och i intervjuerna kommer mycket skiftande attityder fram till bl.a. försäkringskassan.

- Attityder och föreställningar om kunskap, vetenskap och erfarenhet, t ex kring integrering av evidensbaserad kunskap i sin egen praktik.

Det finns få studier om läkares attityder inom dessa områden och ännu färre om vilket samband dessa attityder faktiskt har med sjukskrivningspraxis. Centralt är dock hur läkaren hanterar sina attityder och vilka reella ageranden läkaren gör i dessa frågor i enskilda patientärenden (90).

Här följer några exempel på aspekter som av de intervjuande eller i litteraturen lyfts fram som relevanta när det gäller attityder och förhållningssätt i relation till sjukskrivning:

Läkare tenderar att tänka i termer av att identifiera och behandla sjukdom snarare än att förbättra patienters funktionsförmåga, speciellt i relation till arbetsförmåga (91).

Sjukskrivningsuppgifter upplevs inte som okomplicerade eller som oviktiga. Det känns meningslöst att lägga arbete och resurser på arbetslivsinriktad rehabilitering när följden ändå blir arbetslöshet. För många patienter är alternativet till sjukpenning arbetslöshetsersättning eller socialbidrag, inte arbete. Och då sjukskriver man hellre, för att hjälpa patienten ekonomiskt, även om det innebär en medikalisering. Kunskap verkar saknas om arbetsgivarens skyldighet att betala lön i dessa sammanhang (13).

De svåra sjukskrivningsärendena upplevs som mycket problematiska, och ofta som fler än de faktiskt är, vilket möjligtvis påverkar attityderna till dessa patienter.

Det finns problem kring hantering av läkares olika roller (avsnitt 3.2.1), framförallt rollerna som patientens behandlare och företrädare kontra rollen som medicinskt sakkunnig i samband med intygsskrivning. Både bland läkare och bland andra aktörer finns ibland en missuppfattning när det gäller dessa roller och rollen som 'grindvakt' (avsnitt 3.2.1), en roll som egentligen inte är aktuell för läkare när det gäller sjukskrivning. Många läkare upplever dock ett tryck på sig att ta den rollen, delvis för att den inte alltid tas av dem som egentligen har den, dvs. arbetsgivare och försäkringskassa. I intervjumaterialet framkommer till exempel att läkare ofta upplever att de riskerar läkar-patientrelationen om de ifrågasätter patientens uppfattning i sjukskrivningsärenden. Här finns en tydlig konflikt mellan rollerna som patientens behandlare och rollen som medicinskt sakkunnig. Läkare sjukskriver av rädsla att bli anmälda eller utsatta för hot. Läkare sjukskriver pga. rädsla för konflikt med patienten eller för att förlora patienten.

Vi måste tänka på den skada vi åsamkar patienten genom att skriva ett sjukintyg bara för att patienten ber om det, och skylla det på att vi är rädda om patient-läkarrelationen. Vi skriver definitivt inte ut psykofarmaka eller opiater utifrån samma argument. En professionell relation som baseras på rädsla att förlora patienten eller på att bara ge dom vad dom kräver är dysfunktionell och bör avslutas i vilket fall som helst (92)⁶.

Försäkringssystemets legitimitet liksom hörsamhet mot reglerna kan minska om reglerna ändras för ofta, som skett senaste 15 åren, och möjlighet för den enskilde att förutse utfallet av tillämpningen av reglerna saknas (16). Eventuellt är detta ett av problemen bakom vissa av de skeptiska eller negativa attityder vi träffat på från läkare gentemot försäkringskassan och sjukförsäkringssystemet.

Att finna former att hantera dessa olika roller är en viktig del av läkares och andra yrkesgrupper med liknande uppdrags professionaliseringsprocess. Utveckling av kunskaper, färdigheter och attityder är en central del av detta, där även yrkesetiska aspekter är av stor vikt.

⁶ Vår översättning

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Skapa fora för att medvetandegöra och reflektera kring attityders betydelse i utövandet av läkaryrket.
- Skapa strukturer och organisation som främjar detta och andra aspekter av professionaliseringsprocessen.
- Inrätta sjukskrivningskommittéer som ett sätt att göra detta.
- Utbildning och handledning.
- Upplysning riktad till allmänheten som förtydligar läkarens uppgift i sjukskrivningsärenden.
- Viktigt att skilja på att ha en helhetssyn från att ta ett totalansvar för patienten, dvs. ta ansvar även för t ex sociala och ekonomiska aspekter – det senare hör inte till läkarens uppgift. Här är snarare uppgiften att hänvisa till adekvata andra aktörer om det behövs.
- På en högre organisatorisk nivå hantera att olika myndigheter har skilda mål.
- Audits⁷.

5.4 Läkares arbetssituation

Ovanstående situation i kombination med en hög arbetsbelastning och brist på ledning och handledning när det gäller sjukskrivningsärenden beskrivs ge effekt på läkares arbetssituation på olika sätt.

5.4.1 Hög arbetsbelastning och svårt göra ett bra jobb

I både intervjuer och litteratur beskriver många en hög arbetsbelastning och en tilltagande ström av patienter med svårbedömda tillstånd, framförallt inom primärvården (93, 94). Flera upplever att de inte räcker till vare sig tidsmässigt eller kunskapsmässigt. Man beskriver känslor som vanmakt, brist på kontroll, otillräcklighet, stress, en kris i yrkesidentiteten samt att yrkesstoltheten urholkas.

Flera av de intervjuade uttrycker önskemål om handledning för att bättre kunna hantera den pressande arbetssituationen. Stöd och handledning önskas från såväl andra specialistläkare som från psykologer och kuratorer, både vad gäller konkreta frågor kring bedömning och behandling av patienter (framförallt rörelseapparaters sjukdomar samt psykosocial problematik) men också för att själva kunna hantera mötet med ett ökande antal patienter med svår psykosocial situation där ofta depression finns med i bilden. I dag arbetar många läkare inom primärvården med tunga och komplicerade ärenden helt utan handledning eller annat stöd, dessutom ofta med mycket begränsad egen utbildning inom området. För många yrkesgrupper som arbetar med den här typen av patienter ses handledning som ett självklart verktyg för att orka med arbetet med bibehållen professionalitet.

Den situation som beskrivs i intervjuer och litteraturgenomgång riskerar att få allvarliga konsekvenser inom flera områden. Bland annat finns en överhängande risk att arbetssituationen leder till ökad sjukskrivning bland läkarna själva. När det gäller konsekvenser för sjukskrivningshanteringen beskriver flera läkare också hur de pga. sin

⁷ Audit betyder revision och får som begrepp också beteckna verksamhets- och organisationsgranskning. En organisationsgranskning innebär en kollegial bedömning som använder en överenskommen bedömningsmodell, oftast av checklistetyp.

arbetsituation direkt bidrar till att patienters sjukskrivningar riskerar att permanentas eller bli längre än nödvändigt.

Bristande resurser i sjukvården nämns av flera som bidragande till detta. I intervjuerna framkommer dock tydligt att detta inte enbart är en ekonomisk fråga utan också en fråga om att kunna utnyttja befintliga resurser. Bilden ges av en sjukvård som är kraftigt överbelastad och tycks ha hamnat i ett läge där individer inte längre förmår överblicka de resurser som finns och utnyttja dem effektivt. I fokusgruppintervjuerna tar flera av de intervjuade upp att arbetsituationen, framför allt inom primärvården, håller på att utvecklas till ett allvarligt arbetsmiljöproblem i läkarkåren. Detta är ett generellt problem för hälso- och sjukvården, framför allt för primärvården, och inte i första hand relaterat till arbetet med sjukskrivningsärenden men får, enligt intervjuerna, konsekvenser för sjukskrivningarnas längd.

I intervjuerna beskrivs också problemet med att flera intressenter i sjukskrivningssystemet: arbetsgivare, patienter, anhöriga, akutsjukvården, socialtjänsten, sjukförsäkringen, samhället, har olika agendor och mål med sin verksamhet. Flera läkare beskriver att de har svårt att hantera detta och att de mår dåligt av de förväntningar och krav som ställs på dem av olika grupper.

I intervjuerna beskrivs hur otydliga beslut och prioriteringar av sjukskrivningsfrågor i vården riskerar bidra till icke optimala sjukskrivningar. Både i intervjuer och i litteraturgenomgång framkommer att många läkare själva inte tycker att de gör ett bra jobb när det gäller handläggning av sjukskrivningar. Man beskriver hur detta leder till stor frustration och urholkad yrkes stolthet. På det sättet bidrar hanteringen av sjukskrivningsärenden ytterligare till de arbetsmiljöproblem som beskrivs ovan.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Begränsa antalet patienter till 1.500 per läkare i primärvården.
- Stöd och handledning från bland annat psykologer och kuratorer, framförallt inom primärvården.
- Se över förhållanden och arbetsmiljö inom primärvården.

5.4.2 Tid under läkarbesöket

I intervjumaterial och litteraturgenomgång framkommer tre olika aspekter när det gäller tidsbrist i samband med läkarbesöket

1) För kort tid för besöket.

Ofta inträffar detta pga. att det vid bokning ej klart framgått att mer tid behövs eller för att besöket är akut. Ibland beror den korta tiden vid ett första besök på att patienten sjukskrivits vid en akutmottagning för så kort period att primärvården inte har några längre konsultationstider kvar. I intervjumaterialet framgår att längre besökstid behövs för att kunna göra en ordentlig utredning om patientens situation och för att göra upp en handlingsplan. Det tar också längre tid att 'argumentera för att patienten inte skall vara sjukskriven'. I praktiken löser man ofta problemet genom en kortare sjukskrivning och en snar, längre återbesökstid. Samtidigt dröjer det ofta tills en sådan kan ges. I intervjuerna beskrivs en risk att "tremånadersgränsen" passerats vid nästa besök – den gräns som flera läkare anger som kritisk innan betydligt större insatser krävs för att återgång i arbete.

2) Sjukskrivningsfrågan kommer upp först när läkaren tror att besöket är avslutat, och är inställd på att besöket inte ska ta mer tid.

Detta problem nämns ofta (t ex (95)) och förefaller inte så mycket handla om tidsbrist utan snarare de metoder läkaren använder för att disponera besökstiden på ett adekvat sätt för att tidigt klargöra hur den tillgängliga tiden kan användas.

3) Tid att skriva intyg, speciellt mer krävande sådana, såsom LoH-intyget, är inte inplanerad i verksamheten.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Ökad flexibilitet när det gäller längd på besökstider.
- På olika sätt minska antalet sjukskrivningar för kortare sjukfall, t ex genom att öka tiden innan läkarintyg krävs, låta arbetsgivare betala för läkarintyg under arbetsgivarperioden, eller att patienten själv betalar för utfärdande av sjukintyg.
- Träning och utbildning vad gäller upplägg av konsultationer och agerande i patient-läkarmötet.
- Ett gemensamt förhållningssätt på enheten till intygsskrivande som en av de arbetsuppgifter som skall utföras. Träning i hur detta kan göras mer effektivt samt i hur intyget skall användas av mottagaren. Det senare kan innebära att intyget ej behöver kompletteras.

5.4.3 Copingstrategier

Arbetsituationen som beskrivs ovan leder ofta till både mer arbete och emotionella påfrestningar (94). I intervjumaterialet framkommer att framför allt enskilda läkare, men ibland också hela enheter har utvecklat olika former av praxis för att hantera situationen. Följande ”copingstrategier” som direkt eller indirekt berör hanteringen av sjukskrivningsärenden framkommer i materialet:

5.4.3.1 Sjukskrivningar förlängs ”av ren utmattning”

Flera beskriver hur den pressade arbetsituationen inte sällan leder till att man som läkare inte orkar ta konflikter med patienter eller ta sig den extra tid som ibland krävs för att motivera patienter som varit sjukskrivna en längre tid att återgå i arbete. Andra beskriver det som att det blir den egna dagsformen som avgör om man en dag orkar följa reglerna stringent eller inte.

5.4.3.2 Sjukskrivningstiden anpassas till tidboken

Flera av de intervjuade läkarna beskriver att den sjukskrivningstid de rekommenderar primärt inte grundas i en medicinsk bedömning utan snarare motsvarar tiden till nästa möjliga återbesök. Patienten informeras i stället om möjligheten att själv återgå i arbete tidigare. Flera läkare beskriver dock att patienter ofta har uppfattningen att sjukskrivningar gäller i väntan på att läkare friskskriver. Sjukskrivningens längd påverkas här direkt av bristen på tid genom att man inte kan ge så täta återbesök.

5.4.3.3 Alla förlängningar av sjukintyg handläggs av en specifik läkare på mottagningen

I intervjuerna ges exempel på en praxis som utvecklats inom sjukhusvården där de önskemål om förlängning av sjukskrivning som inkommer till en enhet under en dag administreras av *en* läkare i stället för att gå till respektive patients behandlande läkare. I de här fallen har man utvecklat en strategi för att hantera arbetet där syftet är att snabbt ”beta av dagens sjukskrivningshöj” genom att om möjligt sjukskriva patienterna och remittera vidare till primärvården. Sjukskrivningarnas förekomst och längd tycks här direkt påverkas av att

sjukskrivningshanteringen kommer långt ner i prioriteringen och snarast ses som ett störande moment i en tidspressad "kärnverksamhet".

5.4.3.4 *Väljer diagnoser som accepteras av försäkringskassan*

Flera beskriver hur man även i kontakten med försäkringskassan utvecklat något som i det närmaste kan beskrivas som copingstrategier för att på ett effektivare sätt hantera det som man upplever som orimliga krav och kommunikationssvårigheter i samverkan med försäkringskassan. Bland annat beskrivs hur man försöker ge försäkringskassan uppgifter som gör att de inte kräver komplettering och ytterligare yttranden från läkaren. Flera beskriver att vissa diagnoser ger upphov till mer krav från försäkringskassan än andra, till exempel utmattningssyndrom och missbruks- och beroendediagnoser. En strategi som beskrivs av flera är att man i vissa fall tänjer något på sanningen eller föregår bedömningsfasen och tidigt skriver en diagnos som man bedömer att försäkringskassan accepterar. Man beskriver det här som en nödvändig (utifrån omsorg om patienten) men olycklig strategi; olycklig eftersom patienten riskerar att identifiera sig med en allvarligare sjukdom, med ett längre sjukförlopp och en större arbetsoförmåga, än vad hans eller hennes problem egentligen medför.

5.4.3.5 *Undviker skriva omfattande intyg*

Många upplever att det tar en orimligt stor del av arbetstiden att fylla i försäkringskassans blanketter och intyg och försöker därför i det längsta undvika att skriva de mer omfattande intygen (t ex LoH intyget), vilket bidrar till förlängda sjukskrivningar.

5.4.3.6 *Telefonsjukskrivningar*

Förlängningar av sjukskrivningar sker på telefon. Detta förfarande beskrivs bli allt vanligare.

5.4.3.7 *Avvakta*

En annan vanlig strategi är att avvakta, 'vänta och se', något som också leder till längre sjukskrivningsfall (94).

5.4.3.8 *Patienter 'bollas över' till andra.*

Texten fann Clemence et al (96) att engelska allmänläkare remitterar patienter till sjukgymnast av tre orsaker: adekvat remiss, avlastning eller dumpning av problempatienter. Det senare leder åtminstone för en tid till förlängda sjukskrivningar.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Samordning, ledning och prioritering av sjukskrivningsfrågan, både inom hälso- och sjukvården och med aktörer utanför, krävs på alla nivåer i systemet.
- Ökade ekonomiska anslag. Inget tyder dock på att enbart mer pengar skulle vara tillräckligt för att hantera problemen.
- Feedback till enskilda läkare och enheter om hur de deras sjukskrivningar ter sig i förhållande till andras.
- En annan typ av förslag handlar om att läkare inte skall ha ansvar för att skriva sjukintyg. Här följer en sammanfattning av dessa synpunkter:

En del anser att läkare använder för mycket tid åt byråkratin med sjukintyg i stället för att koncentrera sig på orsakerna till arbetsoförmågan (97). Det finns två typer av argument i litteraturen mot att läkare har (långvarigt) ansvar för att skriva sjukintyg. Det ena handlar om att det tar tid från andra viktiga uppgifter.

Det andra handlar om att det sätt sjukskrivningen hanteras av läkare för närvarande ibland riskerar att:

- leda till medikalisering (97)
- uppmuntra till inlärd hjälplöshet (97)
- bidra till att odla myten om att arbete är skadligt för hälsan (98)
- leda till passivisering och marginalisering

Det finns två olika typer av förslag för att lösa detta problem:

1) Det ena är att läkare inte skall sjukskriva alls (97, 99-101) eller bara ska sjukskriva i början av ett sjukfall. Antingen föreslår man att patienten själv ansvarar för detta eller att efter en tids sjukskrivning, t ex 4-8 veckor (102) eller tre månader skall specialutbildade läkare, försäkringskassan (103), eller företagshälsovården (104) ta hand om dessa ärenden. Någon (105) föreslår att läkare som är under utbildning endast skall få sjukskriva 4 veckor, en annan (106) att läkare bara skall skriva intyg för arbetslösa, långa sjukfall och i samband med förtidspension. Kjer (107) anser att patienterna skall ha rätt att sjukskriva sig själva under hela arbetsgivarperioden (2 veckor). Arbetsgivare som kräver intyg under lönebidragsperioden bör, liksom i Danmark, få bekosta undersökningen och intyget själv. I Storbritannien kan behandlande läkare sjukskriva de första sex månaderna av ett sjukfall, därefter kan bara specialutbildade läkare göra detta.

2) Det andra är att utbilda läkare och/eller på andra sätt ge vården resurser att hantera dessa ärenden bättre, t ex via fler beteendevetare, bättre samarbete, kortare väntetider, parallella processer kring patienten, case manager etc.

I denna debatt argumenterar dock många andra för att läkare *skall* ha ansvar för sjukintygsskrivning och rådgivning kring arbete i samband med sjukdom eftersom detta är en mycket viktig del i patientens liv och hälsa (25). Ibland hänvisas till situationen i Nederländerna där behandlande läkare inte skriver sjukintyg, men landet har mycket höga sjukfrånvaronivåer.

5.5 Ledning

I fokusgruppintervjuerna och de individuella intervjuerna *formulerade flertalet av de intervjuade*, både bland läkare, paramedicinare och chefer på alla nivåer i landstingsorganisationen, *problemen kring hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården som en ledningsfråga*. Ledningsfrågor berörs i flera av de problemområden som identifierats ovan. Här kommer ett antal övergripande problem kring ledning och styrning som får konsekvenser för hanteringen av sjukskrivningsärenden att lyftas fram. Problem som berör kvalitetssäkring, tillit inom systemet samt konsekvenser av eventuella statusskillnader kommer att beröras speciellt. I litteraturgenomgången har vi däremot funnit relativt lite litteratur som tar upp ledning och styrning av sjukskrivningshantering inom hälso- och sjukvården. De problemområden som identifieras nedan grundar sig framför allt på det material som framkommit i intervjuerna med läkare, paramedicinare och chefer på olika nivåer i sjukvården. I diskussionsdelen diskuteras resultatet ytterligare liksom tänkbara fokus för åtgärder.

5.5.1 Oklart ansvar för sjukskrivningsfrågor inom hälso- och sjukvården

Bland de intervjuade finns en tydlig svårighet, även bland chefer, att ange var inom hälso- och sjukvården ansvaret för sjukskrivningsfrågor ligger. Många av läkarna ser sig själva och

kanske patienten som ansvariga. Flera beskriver hur sjukskrivningsfrågan överhuvud taget inte ägs eller ansvaras för på någon övergripande nivå inom landstinget. Man upplever att ingen har överblicken, vare sig i den enskilda patientens sjukskrivningsprocess eller i sjukskrivningsfrågan som riksangelägenhet, varken inom hälso- och sjukvården eller utanför den. Som en konsekvens av detta beskrivs också en svårighet att kommunicera. Man vet inte hur information om de problem och erfarenheter man upplever i hanteringen av sjukskrivningsärenden kan nå ledningen, var denna nu finns. Några beskriver att frånvaron av ledning och möjlighet att kommunicera uppåt, i en tid då sjukskrivningsfrågan debatteras mycket, ytterligare bidrar till frustration och en känsla av isolering för sjukvårdens personal och för läkargruppen i synnerhet.

Några av de intervjuade ser dock svårigheter med att någon skulle ta ett ledningsansvar – både på grund av frågans komplexitet, men också på grund av en upplevd svårighet att överhuvudtaget leda läkare. Även läkare nämner detta som ett problem.

5.5.2 Styrssystem och incitament

I intervjuerna nämns bristen på incitament, drivkrafter för att prioritera, förbättra och utveckla hanteringen av sjukskrivningsärenden i hälso- och sjukvården. *Det incitament för en optimal hantering som läkarna själva beskriver är framförallt den egna önskan att handlägga ett sjukskrivningsärende professionellt och att man vill göra det som är bra för patienten*, även i arbetet med sjukskrivning – ett synsätt som stämmer väl överens med intentionerna i Hälso- och sjukvårdslagen.

I intervjuerna beskrivs dock att dessa drivkrafter ofta kommer i konflikt med både ekonomiska och kvalitativa prestationsmål i systemet. *Flera exempel ges på att de styrssystem som finns inom hälso- och sjukvården snarare motverkar en optimal hantering av sjukskrivningsfrågor*. I både ersättningssystem och kvalitetsuppföljningssystem premieras oftast antalet patientbesök framför ”innehållet” i besöken, vilket inte stödjer en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Att det i nuvarande system ofta är till ekonomisk fördel för patienten att vara sjukskriven, i stället för att få t ex arbetslöshetsersättning, socialbidrag, aktivitetsersättning eller sjukersättning (förut sjukbidrag och förtidspension), uppger flera läkare leder till att de sjukskriver fler patienter, dvs. det som verkar bra för patienten.

Flera beskriver också att det på olika nivåer inom hälso- och sjukvården förmedlas att sjukskrivningshantering inte är en prioriterad fråga. Frågan lyfts inte i ledningen eller kommuniceras inte vidare vare sig på central nivå eller på enhetsnivå, policy och guidelines kring hantering saknas både vad gäller det faktiska arbetet, kvalitetssäkring av arbetet, samt kompetensutveckling för det. Vetenskapligt baserad kunskap som bas för ställningstaganden saknas och efterfrågas inte heller på ledningsnivå. Tid för arbete med intyg schemaläggs inte.

Effekterna av de nuvarande styrsystemen syns kanske tydligast inom primärvården och vid akutmottagningarna. Att sjukskriva blir för läkaren ett sätt att ”få ut patienten ur rummet” så fort som möjligt för att kunna ta emot fler patienter. De patienter som kräver längre besökstider riskerar att bli ”impopulära” i systemet. Systemet stödjer, i vissa fall även ekonomiskt, att patienter hålls kvar länge i systemet, i väntan, i köer och i olika typer av insatser, och de är då ofta sjukskrivna under tiden. Både läkare och chefer i landstingsorganisationen beskriver att i tider av ekonomisk besparing och upprepade omorganisationer där enhetens överlevnad bl.a. är beroende av patienttillströmning, har korta väntetider inte uppmuntrats. Att ha patienter i, och i väntan till sitt system beskrivs vara och ha varit en indikator på en framgångsrik verksamhet med tveklöst existensberättigande.

Andra personliga drivkrafter som nämns i samband med hantering av sjukskrivningsärenden (och andra uppgifter) är att få erkännande av ledning och kollegor för att man gör ett bra, och

ibland svårt, jobb. Få läkare beskriver att de får detta erkännande av sina chefer, många tycks inte ens ha en tanke på att förvänta sig det.

De intervjuade läkarna nämner sällan ekonomiska drivkrafter som centrala. Även om flera läkare beskriver den ökade press som de senaste årens ekonomiska nedskärningar inneburit ger både läkare och andra också uttryck för att det inte enbart, eller ens i första hand är pengar som är det incitament som behövs. Flera påpekar att det troligen har liten verkan att tillskjuta ekonomiska resurser för en mer optimal sjukskrivningshantering om det saknas ett system för att leda och hantera resurserna. Exempel ges på att mer resurser, i form av fler läkare i primärvården, istället lett till att sjukskrivningarna ökat. Många betonar istället vikten av en bättre planering och hantering av de resurser som finns. Delvis bekräftas detta av Finsam, där tydliga finansiella incitament fanns, men vårdcentraler inte använde medlen från försäkringskassan direkt utan sparade dem som en buffert vid ekonomiskt underskott (108).

Landstingen har sedan många år fått ekonomisk kompensation för att utfärda intyg till försäkringskassan i samband med sjukskrivning och sjukersättning (förtidspension). Ofta har dessa medel inte gått till de enheter som jobbar mest med sådana uppgifter, och dessa enheter har sällan ens varit informerade om att ekonomisk ersättning utgått.

I SNS:s välfärdspolitiska rapport 2004 diskuteras konsekvenser av att två olika huvudmän har hand om finansieringen av sjukvård respektive sjukförsäkringen (109, sid. 157). En slutsats som dras där är att det dock inte är troligt att de största kostnaderna för sjukskrivning/förtidspensionering beror på denna uppdelning av ansvaret. Samtidigt presenteras olika modeller för en samordning mellan sjukförsäkring och sjukvård, som t ex bygger på utbildning, information, incitament och organisationsförändringar. Man trycker på att det, med dagens kunskapsunderlag, inte är möjligt att avgöra vilka åtgärder som är bäst. Istället förordas lokala och regionala försök där de långsiktiga effekterna av olika modeller kan studeras och jämföras med varandra. Vidare poängteras den eventuella underfinansiering av sjukvårdsinsatser som är riktade mot personer i yrkesverksamma åldrar. Äldre och barn prioriteras, eftersom deras sjukdomar ofta är allvarigare, rent medicinskt.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- En tydlig markering från landstingens ledning att arbetsförmågebedömning och utfärdandet av sjukintyg är en viktig uppgift för hälso- och sjukvården och en fråga för ledningen, både på landstingsnivå och på enhetsnivå.
- Se över ersättnings- och kvalitetsuppföljningssystem i hälso- och sjukvården.
- Initiera forskning för att generera kunskap om optimal sjukskrivning, t ex genom inrättande av forskningstjänster, ge medel till sådana studier och efterfråga sådan vetenskaplig kunskap.
- Utarbeta och anta guidelines för sjukskrivning.
- Främja olika typer av positiva incitament för arbete med sjukskrivningsfrågor.
- Inför former för kvalitetssäkring av arbetet kring sjukskrivningar.
- Skapa former för kontinuerlig fortbildning inom området.
- Definiera sjukintyg som en ”intern produkt” med ersättning och knyt den till systematisk kvalitetsuppföljning. Skapa tillräckligt utrymme för professionell kompetensutveckling baserad på kontinuerlig feedback från klinisk praxis.
- Tydliggör de direkta och indirekta kostnaderna för handläggningen av sjukskrivningar för landstingsledningarna.

- Inför en övre gräns på hur länge en person kan vara sjukskriven, t ex 12 månader. Om alla vet att en sådan gräns finns ökar incitamentet att vidta åtgärder snabbare. I nuvarande situation förlängs sjukskrivningar av ekonomisk omtanke av patienten, eftersom ersättningen vid sjuk- eller aktivitetsersättning respektive arbetslöshet är lägre.
- Ändra ersättningsnivåerna i de olika systemen så att åtminstone arbetslöshetsersättningen och sjukpenningen är på samma nivå.
- Skriv även om Lagen om allmän försäkring i den författningshandbok som årligen ges ut för personal inom hälso- och sjukvård⁸. Den är på cirka 750 sidor, finns på de flesta mottagningar och kliniker inom sjukvården och har som ambition att täcka de lagar, förordningar och föreskrifter som kan bli aktuella för personer som utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter. Förutom om hälso- och sjukvårdslagen finns där skrivit om socialtjänstlagen, kommunallagen, förvaltningslagen och rättegångsbalken, däremot inget alls om Lag om allmän försäkring, trots att detta är en lagstiftning som är aktuell för ett mycket stort antal av personalen inom sjukvården i deras yrkesutövning.
- Regelbunden återföring av information om handläggning av sjukskrivningsärenden till sjukskrivande läkare. Informationen kunde med fördel användas för ”benchmarking”, dvs för jämförelser med kollegers sjukskrivningspraxis och utnyttjas vid fortbildningstillfällen eller i samband med möten enligt sjukskrivningskommitté-konceptet.

5.5.3 Kvalitetssäkring

Både den aktuella litteraturen om sjukintyg, men också andra erfarenheter om ansatser för att förbättra medicinsk kvalitet, anger en rad tänkbara åtgärder för kvalitetssäkring. Dessa är inhämtandet av en förnyad bedömning (”second opinion”), publicerade riktlinjer för sjukskrivning och arbetsförmågebedömning, utbildningsinsatser, kontroll av sjukintyg och beslutsstöd. Betydelsen av riktlinjer och deras effekter kommenteras i avsnitt 6.1.4. I fokusgruppintervjuerna görs hänvisningar till flera av dessa åtgärder. Utbildningsinsatser önskas för att öka kunskaperna inte bara om regelverk utan också om indikationer för sjukskrivning inom viktiga diagnosgrupper. Reguljär tillgång till experter på vårdcentraler när det gäller sjukskrivningsproblematik kunde också förbättra kvaliteten på intygen. I intervjuerna talas också om en särskild ”funktion” på vårdcentralen som upprätthåller regelbunden kontakt med försäkringskassan. Bättre elektronisk hantering av sjukintyg kunde möjliggöra ett beslutsstöd för sjukskrivande läkare. Intygfunktionen kunde vara kopplad inte bara till information om regelverk och sjukskrivningskriterier för en rad diagnosgrupper utan också resa tidsmässiga varningsflaggor, göra andra påminnelser och påtala diskrepans mellan sjukdomstillstånd och sjukskrivning samt dess längd. Slutligen nämns ”benchmarking” som en form för kvalitetssäkring. Sjukskrivningsdata, både när det gäller patienter och som feedback till enskilda läkare om deras sjukskrivningspraxis möjliggör uppföljning, jämförelse och utbyte av erfarenheter, som bl.a. kan öka intresset för kontinuerliga förbättringar.

Tid för kvalitetssäkring

Tidsbrist nämns, som sagt, ofta som ett stort problem inom området. Ett av de stora och centrala problemen som framkommer då är tid för kvalitetssäkring när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden. Exempel på aktiviteter för kvalitetssäkring som nämns både i intervjuer och i litteratur är:

- Handledning
- Tid för reflektion

⁸ Författningshandbok 2005 är den senaste, ges ut av Liber

- Kontakter med kunniga personer inom försäkringsområdet, såsom handläggare på försäkringskassa eller beteendevetare inom sjukvården.
- Audits.
- Kontakter med specialister inom andra områden än det egna, för primärvården t ex ortopedier, psykiatriker, paramedicinare och företagshälsovård.
- Olika typer av grupper för erfarenhetsutbyte och fördjupning av kunskaper och färdigheter inom området, såsom så kallade Balint-grupper (110) eller så kallade FQ-grupper.
- Sjukskrivningskommittéer eller liknande.
- En evidensbaserad strategi för professionell praxisutveckling kring hantering av sjukskrivningsärenden.

Ett typiskt svar från en klinikchef på frågan om hur vad han eller hon skulle vilja använda en stor summa pengar, 'en miljon kronor', till när det gäller hanteringen av patienter där sjukskrivning är aktuellt var "Det här är en viktig fråga som kräver eftertanke. Jag skulle vilja använda medlen till att anställa en person med stor kompetens på området, som vi alla kunde rådfråga."

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Att sådana aktiviteter schemaläggs och stöds både centralt och på enhetsnivå.
- Skapa dokumentations-, beslutsstöds och uppföljningssystem som också stöder sjukskrivningsarbetet. Tillämpa principer om lärandestyrd professionell kompetens- och praxisutveckling.

Tid för fortbildning

I materialet framgår också att tid saknas för kompetensutveckling och fortbildning.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Att sådan kompetensutveckling stöds både centralt och på enhetsnivå.
- Utforma kurser etc så att de har god pedagogisk kvalitet.
- Arrangera bl.a. seminarier och föreläsningar inom området i samband med andra konferenser och möten (111).

5.5.4 Bristande tillit mellan olika aktörer och till "systemet"

I fokusgruppintervjuerna beskriver flera personer bristande tillit till sjukskrivningssystemet eller till aktörerna som verkar inom det. Problemet beskrivs på delvis olika sätt av de intervjuade, beroende på vilken yrkesgrupp de tillhör och vilken position de innehar. Problemet återspeglas också i hur man uppfattar att patienter agerar i systemet. De intervjuade beskriver hur den bristande tilliten får konsekvenser för sjukvården i stort och därmed också för sjukskrivningsuppdraget.

Bristen på tillit har i intervjuerna beskrivits på fem nivåer:

1) I relationen mellan patient och läkare

Flera av läkarna uppfattar en påtaglig risk för sjunkande tillit och förtroende i patient-läkarrelationen när man alltmer utmanar sin roll som patientens företrädare och ombud riskerar att uppfattas som en talesman för försäkringskassans föreskrifter och krav.

Man beskriver också hur man i mötet med patienter känner sig tvingad att ifrågasätta patientens arbetsförmåga allt oftare och gå emot dennes önskan att vara sjukskriven pga. att det finns personer som utnyttjar systemet. Men flera beskriver också hur ett sådant ifrågasättande kan rymma risken att patientrelationen skadas. Man beskriver hur de sjukskriver för att undvika att patienten bryter relationen eller för att visa att tilliten i patient/läkarrelationen trots allt finns kvar.

2) I relationen mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare

Även i relationen mellan primärvård och sjukhusvård framkommer i intervjuerna vissa ömsesidiga spänningar som får konsekvenser för samarbete, kommunikation och därigenom bidrar till att sjukskrivningar hanteras på ett icke-optimalt sätt. Framför allt beskriver båda parter att den andre har en bristfällig kompetens.

3) I relationen mellan chefer i landstingsorganisationen och läkare

En annan aspekt av temat tillit som mer indirekt bidrar till sjukskrivningsfrågan förs fram av chefer på landstingsnivån och rör relationen mellan "landstingsorganisationen" och läkargruppen. I intervjuerna beskriver chefer i landstinget hur det är legitimt för läkare att kritisera landstingsorganisationen öppet i media. Detta upplever man bidrar till en uppluckring av förtroendet till sjukvården, både bland dem som brukar den och dem som arbetar i den. Man upplever också att läkare i vissa fall använder "hot om uthängning i media och anmälan" på ett sätt som urholkat handlingsutrymmet för landstingsledningen. Man ser en risk i att organisationen förstelnas, då man som politiker, tjänsteman eller chef i landstinget tvekar att ta initiativ till förändringar och styra verksamheten i tillräckligt hög utsträckning på grund av risken att bli uthängd i media. Detta tror man kan bidra till en bristande styrning även i sjukskrivningsfrågan inom landstinget.

4) I relationen mellan läkare och "sjukskrivningssystemet"

I framför allt primärvårdsläkargruppen beskrivs med flera exempel hur man alltmer tappat tilliten till "sjukskrivningssystemet". Den kraftiga arbetsbelastningen, bristen på behandlings- och utredningsmöjligheter samt den undermåliga samverkan med andra aktörer bidrar till att man upplever det svårt att genomföra sjukskrivningsuppdraget enligt regelboken.

5) I relationen mellan läkare och försäkringskassa

I intervjuerna är en ansträngd relation mellan sjukvård och försäkringskassa ett återkommande och affektladdat tema. Det är en ömsesidig brist på tillit som beskrivs. Läkare beskriver hur försäkringskassan ifrågasätter och överprövar sjukintygen alltmer och tolkar detta som att försäkringskassan inte litar till läkarnas bedömningar och utlåtanden. I intervjuerna ges flera beskrivningar av hur försäkringskassan sällan eller aldrig tar kontakt med läkarna på annat sätt än genom blanketter, trots att man upprepat ber om avstämningmöten etc. De läkare som i stor utsträckning varit med om detta ger uttryck både för ilska och bristande tillit till försäkringskassans vilja att aktivt delta som samarbetspart i patienters rehabiliteringsprocess utan ser dem alltmer som en kontrollinstans. I intervjuerna beskrivs också en bristande tillit till att försäkringskassan har den kompetens som krävs för att t ex bedöma riskerna med att för snabbt dra in sjukpenningen för långtidssjukskrivna med psykiska besvär.

Från försäkringskassan ges uttryck för att sjukvården inte har tillit till försäkringskassans kompetens, att läkare ser ner på handläggare samt irritation över att det egna arbetet försvåras av undermåliga intyg och ibland mycket långa tider innan intyg kompletteras.

Samtidigt bör nämnas att i materialet finns också många goda exempel på bra samarbete där man är nöjd med kontakterna.

Att hantera och motverka tillitsbrister som riskerar hindra att sjukskrivningsuppdraget, liksom andra uppdrag, utförs på ett professionellt sätt är en tydlig ledningsfråga.

5.5.5 Statuskillnader inom sjukvården

I intervjuerna med personal inom försäkringskassan framkom en uppfattning att det finns statuskillnader mellan olika kategorier av läkare och mellan olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården. Några exempel som gavs var att sjukhusläkare anses ha högre status än primärvårdsläkare, att läkare har högre status än sjukgymnaster och att detsamma gäller psykiatriker kontra psykologer. Man menar att dessa statuskillnader påverkar sjukskrivningarna negativt och bland annat leder till att potentialen i det multidisciplinära samarbetet kring patienter inte utnyttjas optimalt, vilket kan få konsekvenser för sjukfrånvaron. Sjukhusen uppfattas också stå hierarkiskt över primärvården.

Denna bild bekräftas delvis i intervjuerna med sjukvårdens personal samtidigt som komplexiteten i skillnaderna mellan yrkeskategorier samt mellan olika medicinska specialiteter och vad som påverkar möjligheterna till att samarbeta över yrkes- och läkarspecialisternas gränser framgår tydligt. Det är utifrån dessa intervjuer inte möjligt att avgöra om de beskrivna statuskillnaderna hänger samman med andra skillnader i fråga om uppdrag, arbetssituation etc. eller om status i sig utgör en viktig faktor i sammanhanget. På samma sätt som när det gäller tillit är eventuella problem i samarbetet på grund av statuskillnader tydliga ledningsfrågor.

5.6 Faktorer utanför sjukvården

Vår uppgift i detta projekt har inte varit att identifiera problem kring sjukskrivning som ligger utanför sjukvården. Många i sjukvården lyfter dock fram att vissa faktorer utanför den egna organisationen faktiskt blir problem i handläggningen av sjukskrivningsärenden även inom sjukvården. Framförallt nämns då arbetsmarknadssituationen.

5.6.1 Arbetsmarknadssituationen

I fokusgruppintervjuerna beskriver flertalet av de intervjuade hur sjukskrivningsproblematiken inom hälso- och sjukvården också samspelar med rådande villkor på arbetsmarknaden. Tre aspekter lyfts fram:

- Den första aspekten är att arbetsmarknaden i stora delar är *mättad på arbetskraft*. En betydande del av de patienter i yrkesverksamma åldrar man möter i hälso- och sjukvården saknar arbete. Många av de yngre har ännu inte kommit in på arbetsmarknaden överhuvudtaget. Både läkare och paramedicinare beskriver att för många patienter finns det inte någon arbetsmarknad att friskskriva eller rehabilitera till, vilket indirekt bidrar till förlängda sjukskrivningar och ökad passivitet och utanförskap för individen. När både behandlare och behandlad 'vet' att det inte finns några möjligheter för patienten att återgå i, eller få ett (nytt) arbete vill man inte lägga resurser och åtgärder på detta, när följden ändå blir arbetslöshet. Det upplevs som meningslöst. Extra problematiskt tycker man det är att hantera arbetslösa patienter eftersom de lätt hamnar mellan stolarna i olika system.

Man beskriver hur den hårda konkurrensen på arbetsmarknaden leder till att människor i samband med sjukskrivning är oroliga för att förlora en tillfällig plats på arbetsmarknaden eller uppfattas som besvärliga av sin arbetsgivare. Egenföretagare beskrivs som mycket svåra att sjukskriva överhuvudtaget, även när det skulle behövas.

- Den andra aspekten är bilden av en *krävande arbetsmarknad*. Man beskriver hur enklare, mindre kvalificerade arbetsuppgifter försvunnit i dagens arbetsliv. Detta begränsar många möjlighet att ta sig tillbaka till arbetslivet. Det är också svårt att hitta former för arbete som är i rimlig omfattning och kravnivå under rehabiliteringsfasen av en sjukskrivningsperiod. Man beskriver hur detta får ogynnsamma konsekvenser för friskskrivningsprocessen då patienter riskerar att tappa sin motivation att friskskrivas när arbetslöshetsunderstöd eller socialbidrag är den försörjning som väntar. Andra negativa konsekvenser kan vara att man går tillbaka till en alltför hög belastning för snabbt och därmed riskerar att återinsjukna med följande längre sjukskrivningsperiod.
- En tredje aspekt är det faktum att *arbete ses som en källa till sjukdom*. Många av de intervjuade beskriver hur patienter söker för arbetsrelaterade besvär, man ser inte sällan arbetssituationen som en hälsorisk. När patienter skadats av sitt arbete och/eller har en upplevelse av arbetet som en hälsofara kan såväl patient som läkare ha svårt att se vägen tillbaka till arbete. Läkare beskriver ett etiskt dilemma i att friskskriva patienter till en arbetssituation som man vet kommer att vara ogynnsam eller rent av skadlig för patienten. Detta gör att man i vissa fall väljer att fortsätta sjukskriva, trots att det ligger utanför lagstiftarens intention, för att ge patienten utrymme att ordna en rimligare arbetssituation eller för att det inte finns något annat alternativ.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Skapa fler 'skyddade' arbeten, fler lönebidragsanställningar, minska kraven inom arbetsmarknaden, t ex genom att låta fler vara kvar i arbete – t ex inom sjukvården, där nedskärningarna varit stora de senare åren.
- Utbildning kring vad som gäller för arbetslösa patienter.
- Samordning mellan försäkringskassa och arbetsförmedling kring de senare.
- En "social pension" som inte är knuten till sjukdomsbegreppet.
- Ändra de regler som sätter upp gränser, t ex att man inte kan vara sjukskriven på deltid vid studier.
- Använd case managers.

5.6.2 Sjukförsäkringsregler

Flera problem när det gäller sjukförsäkringsregler nämns. Ett sådant är att det inte går att använda en glidande skala av arbetsförmåga, utan bara fyra alternativ; 25, 50, 75 och 100 procent arbetsförmåga, ett annat är möjlighet till deltidssjukskrivning vid studier. Sjukskrivning av arbetslösa patienter upplevs ofta som ett problem.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Förändring av reglerna enligt ovan.

5.7 Samverkan med andra aktörer

I samband med sjukskrivningsärenden är alltid flera aktörer involverade, såsom arbetsgivare eller arbetsförmedling, försäkringskassa liksom ofta även andra försäkringsbolag. Ett flertal problem nämns kring samverkan, ur såväl sjukvårdens som andra aktörers perspektiv. Vi har, framförallt via intervjuerna, även fått en bild av försäkringskassans och företagshälsovårdens syn på problemen.

När det gäller samverkan mellan sjukvården och försäkringskassan framkommer ett flertal problem från båda håll. Ett problem som ofta nämnts från läkare är att försäkringskassan allt för sällan kontaktar läkare som på läkarintyget markerat att man vill ha kontakt med försäkringskassan. Överhuvudtaget nämner många läkare att det är svårt att få kontakt med rätt handläggare från försäkringskassan. Medicinska underlag som försäkringskassan får från läkare är ofta undermåliga och kräver komplettering. Det är också problem att det dröjer länge innan begärda underlag inkommer. Ett problem som försäkringskassans handläggare har är att få kontakt med läkare samt att det råder oklarheter kring sekretessbestämmelser, till exempel huruvida sköterskor eller läkarsekreterare har rätt att besvara frågor från försäkringskassan. Detta förlänger sjukskrivningarna och belastar försäkringskassans handläggares arbetssituation. Ibland är detta en källa till konflikt mellan läkarna och försäkringskassans handläggare. Ibland leder den bristande kontinuitet, som blir följden av att det förekommer s.k. stafettläkare i primärvården, till svårigheter för möjligheterna att samverka. Kontinuiteten brister även på försäkringskassan vilket försvårar samverkan. Patienterna får också ofta vänta mycket länge på kontakt. Detta kan belysas av nedanstående citat från en fokusgruppintervju med läkare:

“Jag kan ta upp någonting som är helt konkret just nu. Jag har sjutton sjukintyg där jag har skrivit på sista rutan, ni vet, övrigt. Där har jag skrivit, obs önskar rehabbedömningsmöte. Detta har jag begärt på varje intyg de senaste tre åren. Det jag har nu är en ung kille som jag tyckte det var extra viktigt för. Ingen hör av sig. Nästa gång skrev jag, om ni över huvudtaget läser detta så kan ni ringa till min mobil som är på dygnet runt. Jag hör ingenting. Så ringer jag till handläggaren till sist, de har bytt handläggare elva gånger på den här 25-åriga killen.”

Bristen på gemensamma mål försvårar arbetet med att förhindra och förkorta sjukskrivning. Dessutom behöver samverkansarbete premieras för att prioriteras.

Man upplever vidare att många rehabiliteringsåtgärder dels sker för sent i processen, dels inte sker för att man tror att de ska leda till att patienten återgår i arbete utan för att kunna legitimeras en aktivitets- eller sjukersättning (tidigare förtidspension). Detta upplevs från sjukvårdens sida som meningslöst.

Ett problem, som återspeglas i läkares agerande, är att försäkringskassan av olika anledningar ofta inte tagit sin kontrollerande roll. Detta har lett till att läkare ibland upplevs ha och även själva upplever sig ha rollen som beslutsfattare. Under senaste tiden har dock försäkringskassans handläggare i större utsträckning tagit en kontrollerande roll, vilket ibland ifrågasätts av läkare.

För många läkare är försäkringskassan den myndighet man kommunicerar mest med, ofta via skriftliga utlåtanden, utlåtanden som har en central roll för framförallt försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden. Läkarintyget används dock inte bara av försäkringskassan. Det ligger till grund för arbetsgivarens bedömning om personens rätt till sjuklön, och även för andra försäkringsbolags bedömning om personens rätt till ersättning och behov av åtgärder. Många läkare är inte medvetna om att det ofta tar 4-5 veckor innan någon på försäkringskassan ser läkarintyget för första gången.

5.7.1 Undermålig kvalitet på läkarintyg

Ett flertal studier (12, 112-114) visar att kvalitén på läkarintygen mycket ofta är undermålig, uppgifter saknas helt eller är otillräckliga om aspekter försäkringskassan behöver för att kunna fatta beslut om rätt till sjukersättning och behov av ytterligare åtgärder. Konsekvenser av detta är rättsosäkerhet, fördröjd bedömning, längre sjukskrivningar, ökad arbetsinsats krävs från handläggare på försäkringskassa och för läkare när kompletteringar krävs.

Möjliga orsaker som framkommit till att intygen är dåligt ifyllda är intygens utformning, att läkare inte vet hur informationen skall användas av andra aktörer eller inte känner till vilken kompetens de som skall bedöma intygen har, att det är enkelt att kopiera gamla intyg i datorn vid förlängning, tidsbrist, att det ofta är svårt att bedöma de faktorer som krävs på intyget (såsom diagnos, grad av funktionsnedsättning, arbetsförmåga) samt bristande motivation hos läkare att ägna tid åt detta.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Annan utformning av intyg.
- Läkare bör vara tydliga med att förmedla att beslutet om sjuklön och sjukpenning fattas av arbetsgivare respektive försäkringskassa.
- Mer kontakt mellan läkare och försäkringskassans handläggare.
- Inför ett kryss i sjukintyget där läkaren skall kryssa i om detta har skrivits i samband med ett akutbesök eller sjukskrivningen skett i samband med ett telefonsamtal eller dylikt.
- Utbildning av läkare kring ifyllande av intyg och om hur intygen skall användas

5.7.2 Samverkan mellan sjukvården och företagshälsovården

Företagshälsovården är en av de aktörer som samarbetar med hälso- och sjukvården gällande sjukskrivningar, men dess roll är idag inte så framträdande som den skulle kunna vara (115). I intervjuerna av personer inom sjukvården nämns sällan företagshälsovården, vilket skulle kunna ses som ett symptom på detta. I en del av litteraturen och i intervjuerna med personer från andra organisationer framträder dock ofta företagshälsovården tydligt (se t ex (91)), och man anser där att företagshälsovården ofta kopplas in för sent.

Från företagshälsovårdens perspektiv ser man det som ett problem att landstinget inte tar mer hjälp av och samarbetar mer med företagshälsovården. Man upplever att företagshälsovården inte finns med på landstingets "karta" över möjliga resurser i arbetet med sjukskrivningar vilket antagligen skulle vara värdefullt ur sjukskrivningssynpunkt. Ett exempel på detta är att rutiner saknas för att ta reda på om, och på vilket sätt, en patients företagshälsovård skulle kunna vara till hjälp. Detta trots att man inom landstinget säger sig behöva mer stöd och resurser inom detta område. Företagshälsovården har en särskild position när det gäller sjukskrivningar genom närmare kontakter med patientens arbetsgivare och bättre möjligheter att upprätta ett samarbete kring den sjukskrivne. Företagshälsovården har också bättre kunskaper om patientens arbetsplats än vad till exempel primärvården har. För att kunna göra korrekta bedömningar av patientens arbetsförmåga är det viktigt att ha en god bild av arbetsplatsen. Inom företagshälsovården beskriver man t ex att det ofta finns större möjligheter att snabbt komma till rätt instans. Det skulle kunna innebära att fler patienter skulle få tillgång till specialistvård snabbare om en större andel gick via företagshälsovården. Andra problem som nämns är att hälso- och sjukvården "håller på" patienten för länge, alternativt skickar patienten vidare för snabbt, innan en ordentlig utredning och planering gjorts, prognos för tillfrisknandet fastställts och arbetsförmåga bedömts ordentligt.

Att företagshälsovården sällan kontaktas bekräftas av resultaten i enkätstudien vi gjort, där 47 % av läkarna uppger att de aldrig remitterar till företagshälsovården och endast 5 % gör det mer än en gång per vecka (10, delstudie 6).

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Främja bättre samarbete mellan företagshälsovården och sjukvården (särskilt primärvården) genom utbildning, information, sjukskrivningskommittéer, etc.

5.7.3 Rehabiliteringsbegreppet

Rehabilitering som term leder ibland till problem i samarbetet mellan olika aktörer. Ursprungligen hade begreppet rehabilitering en medicinsk betydelse av att återupprätta en människas funktionsförmåga inom något område. WHO betonar med sin universella definition av begreppet att detta är en process där olika åtgärder ska bidra till att en individ fysiskt, psykiskt och socialt får möjlighet att förändra sitt eget liv. Begreppet har utvecklats mycket de senare åren (116, 117).

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, social, psykologisk och arbetslivsinriktad karaktär som syftar till att individen skall återfå sin funktionsförmåga och kunna leva ett normalt liv (33, sid. 42).

I Sverige används idag begreppet rehabilitering alltså på ett mycket brett sätt och ofta benämns alla typer av åtgärder som kan främja att en sjukskriven person återgår i arbete för rehabilitering. Åtgärder som kan vara aktuella är t ex ändrade arbetstider, andra arbetsuppgifter, förändring av den fysiska arbetsplatsen. Många, inte minst arbetsgivare, kan känna sig främmande inför denna terminologi. Allt oftare föreslås att vi då istället skall använda begreppet 'åtgärder'.

Lindqvist (52) framhåller att begreppet rehabilitering oftast leder oss till att hitta lösningar på individnivå, hos patienten.

Sjukdomen eller skadan anses ge upphov till funktionshinder, vilket i sin tur får sociala konsekvenser, det vill säga leder till ett handikapp. Den s.k. individuella modellen innebär också att experter, framförallt medicinska experter, tillmäts en stor betydelse för att undanröja individens problem genom vård och behandling, rehabiliteringsinsatser etc. (52, sid. 75).

Detta fokus på individen behöver brytas. Adekvata åtgärder kanske istället bör vidtas på andra strukturella nivåer (118), inte minst på arbetsplatsnivå.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Tydliggör vad som avses med begreppet rehabilitering i olika sammanhang, prata gärna istället om olika åtgärder.
- Tydliggör målet med insatta åtgärder och låt inte begrepp som 'medicinsk rehabilitering' och 'arbetslivsinriktad rehabilitering' hindra att nödvändiga åtgärder sker parallellt.
- Om rehabilitering ska ske bör den planeras in tidigt i sjukskrivningsförloppet.

5.7.4 Oklart vem som skall ansvara för rehabiliteringsinsatser

Ett mycket centralt problem är att det råder en stor oklarhet i vem som har rehabiliteringsansvaret för enskilda patienter. Är det sjukvården, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringskassan eller andra försäkringsbolag? Denna oklarhet leder till att det kan dröja länge innan någon tar tag i ett ärende och inte så sällan tar ingen ansvar eller upplever sig ha ansvaret för rehabiliteringen.

Olika aktörer har ansvar för den enskildes rehabilitering och bedriver sina insatser utifrån sitt specifika uppdrag och ansvar. Sjukvårdens mål är bästa funktionsförmåga och välbefinnande, försäkringskassans är att personens skall återfå arbetsförmågan medan arbetsmarknadsmyndigheten syftar till att en person skall bli anställningsbar.

Ett problem, både resursmässigt och när det gäller inblandades tilltro till satsningar, är att många ges rehabilitering, inte för att man tror att de ska kunna återgå i arbete, utan för att kunna kvalificera sig för sjukersättning.

Förslag till åtgärder som givits av de intervjuade eller i litteraturen:

- Tydliggör, från centralt håll, var ansvaret för rehabiliteringsinsatser ligger.

6 PRÖVADE ÅTGÄRDER

Några åtgärder för att främja bättre handläggning av sjukskrivningsärenden inom sjukvården har prövats i olika sammanhang, både i Sverige och i andra länder. Ingen av dem är dock väl utvärderade och än så länge kan det därför inte sägas att det finns någon vetenskaplig evidens för att någon av dem är bättre än andra eller har effekt på sjukfrånvaro. Det finns med andra ord ett mycket stort behov av att få mer kunskap inom detta område, genom att genomföra projekt och andra försök så att det är möjligt att vetenskapligt utvärdera effekten av dem.

6.1.1 Utbildning

De få studier som genomförts om effekter av fortbildningsinsatser av läkare inom området stödjer att påverkan är möjlig genom utbildningsinterventioner. Dessutom stödjer studier inom andra områden att väl genomförda fortbildningsinterventioner kan förändra läkares praxis. Samtidigt är det så att flera av de problem som presenteras ovan inte går att åtgärda alls, eller enbart, med hjälp av utbildning.

Naturligtvis måste läkare, genom utbildningsinsatser, kontakter, information, reflektion etc få kunskap inom det försäkringsmedicinska området. Effekter av de olika program som prövats för försäkringsmedicinsk fortbildning av läkare har dock studerats förvånansvärt litet. Sådana utbildningsinsatser syftar till utveckling av kunskaper, färdigheter och attityder och det är då i första hand effekt på just dessa som bör mätas. I vilken utsträckning sådan effekt uppnåtts har dock inte i mätts i mer än en av studierna vi hittat. I några av de studier som gjorts har sjukskrivning använts som ett utfallsmått, vilket komplicerar bedömningen av både studie och resultat. Förändringar i sjukfrånvaro, eller avsaknad av sådana förändringar, kan bero på många andra faktorer, vilket sällan problematiseras i studierna.

Numera ges inte bara mer traditionella kurser i försäkringsmedicin utan även kurser för att förbättra deltagarnas konsultationsfärdigheter, såsom konflikthanteringsförmåga.

Här kan erfarenheter även från annan utbildning av läkare vara aktuella. T ex har Groh och Grimshaw (119) gjort en systematisk bedömning av 116 review-artiklar gällande strategier för förändring av medicinsk praxis. De fann att interaktiv och kontinuerlig kompetensutveckling baserad på feedbackinformation om eget kliniskt handlande, särskilt jämfört med kollegers, leder till förändring av enskilda läkares professionella beteende. Det kan stödjas av att lokal konsensus skapas om riktig praxis och av systematiska utvecklingsplaner både för individer och för grupper av professionella.

Pedagogisk metod och förhållningssätt torde ha stor betydelse, t ex i form av ”lärandestyrd förändring”, baserad på ett vuxenpedagogiskt synsätt (120). Det karakteriseras av att individen själv styr sitt lärande, motivation skapas av utsikten att få praktisk nytta, lärandet är problem- eller åtgärdsfokuserat och erfarenhetsbaserat. Inre motivationsfaktorer är viktigare än yttre.

Groh och Grimshaw (119) påpekar också att sådan kompetensutveckling bör förankras i den dagliga praktiken. Effekterna kan förstärkas om påminnelser (så kallade reminders) införs och av kliniska beslutsstödssystem som upplevs praktiskt nyttiga (t ex förskrivningsstöd avseende läkemedel med varningsflaggor som reses vid biverknings- eller interaktionsrisk). Därtill bör organisationen, vårdprocesserna och resurserna anpassas för att möjliggöra reflektion och lärande.

Det är väldokumenterat att den effektivaste formen av kompetensutveckling, som också skapar beredskap för praxisförändring är s.k. ”academic detailing” (121). Vid en genomgång av feedback om den egna praktiken är läkare intresserade av kunskap och råd som förmedlas av experter på området (t ex specialister i klinisk farmakologi vid granskning av förskrivning).

Tamblyn och Battista (122) framhåller i samma anda att praxisförändring kräver en mångsidig ansats, där kunskapsförmedling bör kombineras med anpassning av arbetsorganisation och administrativa regler. Författarna talar om predisponerande, möjliggörande och förstärkande faktorer för förändring. Kompetens (kunskap och färdigheter) utvecklas av regelbunden återföring med information om hur man lyckats i sin uppgift. Beslutsfattandet, som tar sin utgångspunkt i patientens behov, underlättas av att arbetsmiljö och arbetsorganisation stödjer en professionell handläggning. Den kan förstärkas av yttre, t ex ekonomiska, incitament

6.1.1.1 Befolkningsriktade utbildningsinsatser

Här kan även nämnas en annan typ av utbildningsintervention som visat sig ha effekt: populationsinriktade utbildningar, med breda informationssatsningar via massmedia och Internet. Det finns god vetenskaplig evidens för att personer med ryggont bör bibehålla eller tidigt återgå till normal aktivitet för att snabbast reducera besvären, snabbare återgå i arbete, få mindre risk för kroniska besvär och färre återkommande problem (44, 123). Flera studier visar att läkare trots detta ofta ger patienter råd om aktivitetsbegränsningar (10). Resultat från en omfattande populationsinriktad intervention från Australien, där kunskap om betydelsen av aktivitet vid ryggont spreds brett på olika sätt via massmedia medförde förändring av kunskap och attityder både hos allmänheten och hos läkare och till lägre sjukfrånvaro jämfört med kontrollområdet. Resultaten från en liknande intervention på befolkningsnivå från Skottland visar också betydande förändring i kunskap och attityder, liksom i primärvårdsläkares råd till sina patienter (81). Effekterna på sjukfrånvaro är dock inte entydiga.

6.1.2 Snabb tillgång till rehabilitering

I några projekt har läkare givits möjlighet till ’genvägar’ till rehabiliteringsinsatser för sina sjukskrivna patienter, och ibland även möjlighet att snabbt kunna rådfråga olika specialister. Dessa möjligheter har dock ofta utnyttjats förvånansvärt lite.

6.1.3 Case manager

En åtgärd som i några studier har visat god effekt när det gäller återgång i arbete är användandet av en ”case manager” (4, 124-132) eller ”mentor”, dvs en för ändamålet utbildad person vars uppgift är att stötta patienter i deras kontakter med olika aktörer; ha kunskap om hur systemet fungerar och vilka olika möjligheter som finns. ”Case manager” och olika metoder för ”case management” är vanliga inom socialtjänsten i västvärlden, och har, enligt de få studier där detta prövats för sjukskrivna, haft god effekt på återgång i arbete. Efter lyckade sådana projekt i Storbritannien satsar man nu i stor skala på införandet av en case manager (kallade ’personal advisers’) för att stötta långtidssjukskrivna till återgång i arbete. En viktig del i denna satsning är även samverkan mellan olika aktörer.

6.1.4 Guidelines

Guidelines (47), eller riktlinjer⁹, för hur lång den minsta, den maximala respektive den normala sjukskrivningstiden för personer med olika typer av arbete, bör vara efter operativa ingrepp

⁹ Vi har valt att använda det ’svengelska’ ordet guidelines, eftersom termen ’riktlinjer’ i vårdsammanhang är upptagen.

eller vid biomedicinska sjukdomar har visats leda till kortare sjukskrivningstider. De studier där detta har haft bäst effekt har innefattat att riktlinjer för förväntad längsta sjukskrivningstid efter ett ingrepp även har förmedlats till patienten och till sjukskrivande läkare (oftast primärvårdsläkare) i samband med ingreppet.

6.1.5 Second opinion

Att se till att få en bedömning, ett utlåtande från ytterligare en expert, dvs. få en 'second opinion' används i olika sammanhang. När det gäller sjukfrånvaro kan detta ha två aspekter, dels en second opinion rent medicinskt, dels att arbetsförmågan prövas av någon annan. För det senare har det t ex föreslagits att företagshälsovården skall ha den rollen. "Second opinion", i form av bedömning från ytterligare en läkare, har i ett par studier visats ge effekter både i form av att annan pågående sjukdom upptäcktes och minskad sjukskrivning när det gäller patienter med diffusa diagnoser. Patienterna har alltså haft god nytta av detta. Traditionen kring second opinions varierar mycket mellan olika länder. I vissa är det mycket vanligt medan det i Sverige finns en stor tveksamhet. Flera förordar dock en sådan nu (133) eller använder sig redan konsekvent av detta inom sin enhet. Försäkringskassan har möjlighet att begära överprövning, t ex i form av ett särskilt läkarutlåtande från specialutbildade läkare eller rehabiliteringsutredning, men gör det förhållandevis sällan, och när det görs sker det ofta mycket sent i fallet. Second opinion används bl.a. i Storbritannien, där ca 3000 specialutbildade läkare tar över ansvaret för sjukfall som varat längre än 6 månader.

6.1.6 Samverkan

Under de senaste 15 åren har ett stort antal projekt bedrivits för att motverka gränsdragningsproblem mellan olika aktörer, bättre utnyttja tillgängliga resurser samt förbättra samarbetet kring sjukskrivna personer. De mer omfattande, såsom Finsam, Frisam och Soscam, har utvärderats i olika sammanhang och lett fram till lagstiftning om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (33). Ur det perspektiv som är aktuellt här framkommer att primärvårdens medverkan i dessa projekt ofta varit relativt ringa. Enligt utvärderingen av Frisam leder välfungerande samverkan till goda resultat för individ och samhälle, särskilt om individen får stöd att kunna ta eget ansvar för sin rehabilitering. För detta anses följande faktorer viktiga: helhetssyn, individens delaktighet, engagerat bemötande, tid, kontinuitet, personligt engagemang, samt personalens attityder till varandras kompetens (33).

Samverkan mellan olika organisationer och inom sjukvården har i vissa fall haft en effekt på sjukskrivningsmönstret och har i flera utvärderingar visats ge nöjdare patienter och nöjdare personal. I de projekt där försäkringskassan placerat en handläggare till vårdcentralen verkar deltagarna ha varit nöjda. Ibland har viss effekt på sjukskrivning av dessa samverkansprojekt uppnåtts. Den samhällsekonomiska vinsten har varit mer tveksam eftersom andra bidragsformer ofta ökat istället. Effekterna av samverkansprojekt verkar ebba ut då projekten avslutas och grund för fortsatt samarbete utan extra resurser inte finns. Många projekt avslutas när projekttiden är slut, även om effekten av projektet varit god. Detta kan i sig bli ett problem, eftersom signalerna till de personer som satsat engagemang och tid i projektet blir dubbla. Det behövs en struktur för kontinuitet och långsiktighet när det gäller projekt. Möjligen innebär Frisam detta.

Det finns en tro på att en god samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen skulle öka möjligheterna att uppnå en optimal sjukskrivning. Olika former av samverkan mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassan har prövats när det gäller sjukskrivningsfrågor. I bland annat Värmland har ett arbetssätt använts som kallas Kugghjulet och som innebär att

försäkringskassan har regelbundna möten med primärvårdens läkare och specialister och att primärvården har tillgång till specialistkonsultationer utan väntetid. En förutsättning för att detta samarbete ska fungera väl är att båda parter har en god insikt i vad konceptet innebär och att det finns ett stort engagemang för samverkan. Kugghjulet kan också fungera som en kommunikationskanal i den bemärkelsen att när läkarna önskar en kontakt med försäkringskassan så anmäls det till Kugghjulet. Andra sådana projekt som fortgår är det omfattande projektet i Finspång samt Delta på Hisingen.

Avstämningsmöten är ett annat sätt att samverka i arbetet med sjukfrånvaron. Försäkringskassan träffar då behandlande läkare, arbetsgivaren, den sjukskrivne och kanske en arbetsförmedlare för att stämma av situationen och göra en planering. Dessa anses av många vara mycket konstruktiva och betydelsen av personliga kontakter betonades. Några ifrågasätter varför bara läkare skall få extra ersättning för deltagande, inte andra yrkeskategorier inom vården, och inte deltagare från andra aktörer, såsom försäkringskassan.

På en del orter har särskilda kontaktpersoner utsetts som en form av mellanhand mellan försäkringskassans personal och vårdcentralernas läkare. Syftet är att underlätta kontakterna när problem och konflikter uppstår. Detta ses som ett framgångsrikt sätt att samverka och bör användas i större utsträckning än det gör. Andra former för detta är samlokalisering av t ex vårdcentral och försäkringskassa, vilket också beskrivs underlätta samarbetet betydligt.

Samarbete mellan försäkringskassan och vårdcentralerna kan också innebära att försäkringskassan har ett särskilt telefonnummer där läkare kan nå en handläggare direkt utan att passera telefonväxeln. I enkätstudien (10) framkom att detta är den form som flest läkare önskar.

6.1.7 Handläggare från försäkringskassan på vårdcentral

Många har provat att en handläggare från försäkringskassan finns på vårdcentralen. De flesta rapporter om detta är mycket positiva och framförallt trycker man på betydelsen av den personliga kontakten, att det är betydligt enklare att diskutera problem, få respons, få kunskap på detta sätt. Några säger att de inte skulle gå med på att jobba med dessa svåra frågor om inte försäkringskassan fanns tillgänglig. Från något håll framkommer dock viss skepsis mot denna typ av samarbete ur rättssäkerhetssynpunkt. Om de som skall pröva rätten till sjukersättning samtidigt t ex ger råd om hur intyget skall skrivas finns viss problematik kring var besluten fattas.

I enkäten vi skickat ut till läkare anger dock endast 10 % att detta är viktigt medan 78 % inte anser det är viktigt. För läkare som arbetar på vårdcentral är motsvarande siffror 23 % respektive 51 %. Däremot vill 50 % av samtliga läkare som har sjukskrivningsärenden och 75 % av läkare på vårdcentral ha en kontaktperson på försäkringskassan. 21 % av läkarna och 10 % av vårdcentralsläkarna tyckte inte detta är viktigt (10, delstudie 6).

6.1.8 Beteendevetenskaplig kompetens

Beteendevetenskaplig kompetens på vårdcentralerna, t ex i form av en kurator eller psykolog, har också uppfattats som positivt.

6.1.9 Specialistkonsult på vårdcentral

Att skapa genvägar till specialistutredningar genom att låta specialister (främst ortopedier och psykiatriker) arbeta viss tid på vårdcentralerna har också varit positivt. Detta har antingen skett genom att de externa läkarna diskuterat patienter med läkarna i primärvården eller själva träffat patienter på vårdcentralen.

6.1.10 Sjukskrivningskommittéer

Ledningen för vissa landsting har tagit tag i sjukskrivningsfrågan mer tydligt. Ett exempel är Östergötland och införandet av s.k. sjukskrivningskommittéer. Att ledningen centralt tar ett ansvar för frågan är ett återkommande förslag från många olika håll eftersom bristen på ett tydligt ledningsansvar för hantering av sjukskrivningsärenden inom sjukvården är ett stort problem. När sådant ansvar tas, även när det endast är på enhetsnivå, upplever de som arbetar där att problemen minskar betydligt.

6.1.11 Skärpta regler

Skärpta regler kring hur intyg skall utformas eller av medicinska krav för att få rätt till sjukpenning har prövats, men de ytterst få studier som gjorts av detta visar inte entydiga svar. Initialt kan kvalitén på intyget förbättras något. Den första juli 2004 infördes ett nytt intygsformulär i Norge, där läkaren utöver de vanliga uppgifterna även skall ge argument för varför patienten inte kan ta sig till och vara på sin arbetsplats när arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom eller skada. Utgångspunkten är alltså att den anställde skall vara där även om hon eller han inte kan utföra något arbete, för att undvika riskerna med sjukskrivning i termer av passivisering, isolering, utanförskap, förtidspension. För första gången på många år har sedan en klar nedgång av sjukfrånvaron skett. Det är ännu för tidigt att uttala sig om det finns ett samband mellan det nya intyget och sjukskrivningssiffrorna.

7 DISKUSSION

Med de metoder för datainsamling och analys vi använt i detta projekt framkommer de problemområden vi beskrivit ovan. Andra bilder finns självklart och behöver också beaktas.

Hälso- och sjukvården är indelad i tre vårdnivåer; primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Organisatoriskt och ledningsmässigt är dessa dock på flera sätt jämställda.

De problem vi identifierat finns på olika strukturella nivåer inom hälso- och sjukvården, på landstingsnivå, på sjukhus- respektive primärvårdsnivå, på klinik/mottagning/avdelningsnivå, på teamnivå, respektive på individuell nivå hos den enskilde medarbetaren.

Ett flertal problem finns även i:

- kontakten mellan dessa nivåer
- kontakter mellan enheter inom en strukturell nivå (t ex remisser mellan kliniker)
- kontakter med andra aktörer, t ex försäkringskassa, arbetsgivare, företagshälsovård och arbetsförmedling

7.1 Metodologiska överväganden

Detta projekt har genomförts på kort tid, under vilken ett omfattande material insamlats och sammanställts. Mer tid hade troligen lett till att mer litteratur kunnat identifieras, framförallt i form av olika rapporter, att fler individuella intervjuer hade kunnat genomföras, samt framförallt att analyserna hade kunnat fördjupas. Uppdraget var dock att på kort tid få en överblick av de problem som finns inom området och om åtgärder som prövats, som underlag för Socialdepartementets beredning av dessa frågor.

Det studerade området är synnerligen *komplex* och kräver att olika vetenskapliga discipliner, metoder, teorier och perspektiv används för att få kunskap och förståelse. I detta projekt har vi därför använt oss av olika metoder för att få kunskap, såsom:

- litteraturgenomgång, där vi inkluderat vetenskapliga studier och rapporter, men även andra publikationer såsom debatt- och ledarartiklar för att på detta sätt få kunskap om syn på problem
- individuella intervjuer
- fokusgruppsintervjuer
- enkätfrågor

Vidare har en bredd eftersträvat i samtliga datainsamlingar, för att få så många olika synpunkter som möjligt. Skandinavisk och internationell litteratur har sökts aktivt från olika forskningstraditioner, såsom medicin, beteendevetenskap, ekonomi, juridik och management. Eftersom sjukförsäkringssystemen skiljer sig mellan länder och över tid är resultaten från olika studier inte alltid helt jämförbara. Ett exempel på detta är de studier som gjorts i länder där läkarintyg krävts redan efter 3–4 dagars sjukfrånvaro, vilket innebär att många konsultationer görs enbart för att få ett sjukintyg, inte för att få diagnos eller behandling. En annan sådan faktor är hur länge ett sjukskrivningsfall kan pågå, där de flesta länder, till skillnad från Sverige, har en övre gräns, ofta på 12 månader.

I intervjuerna har vi inkluderat personer som kan ge olika perspektiv, från olika vårdnivåer i sjukvården, från olika organisationsnivåer inom landsting och försäkringskassa, från olika yrkesgrupper, från olika specialiteter, liksom från andra aktörer inom området. Vidare har projektdeltagarna under projektets gång haft många andra typer av kontakter där frågor utifrån detta projekts syfte ställts, både i Sverige och i kontakt med andra läkare och forskare inom området vid t ex vetenskapliga konferenser.

För mer ingående metoddiskussion av de olika delstudierna se bilagan (10). Den typ av datainsamling som använts kan ge kunskap om olika typer av problem, men inte mer precisa data om deras storlek eller allvarlighetsgrad.

Att olika metoder använts innebär en möjlighet till vad som inom vetenskapen kallas en *triangulering* av resultaten. En sådan är viktig när området är komplext, svårfångat och ännu relativt obeforskat. Om resultaten går i samma riktning oberoende av metod för datainsamling och analys kan detta sägas stärka resultatens giltighet. Övergripande kan vi säga att detta är fallet för de här redovisade resultaten. Problemområden och förslag till åtgärder stämmer förvånansvärt väl överens i alla de olika delprojekt som gjorts. Problemen verkar även vara likartade både över tid och i andra länder; detta framkommer både i litteraturgenomgången och i de internationella kontakter vi tagit under projektets gång. I litteraturgenomgången har vi framförallt inkluderat publikationer från de senare åren, men samma problem framkommer även från äldre litteratur.

Det finns några undantag från detta. Vissa aspekter som framkommer i fokusgruppintervjuerna, såsom problem kring tillit och lojalitet (avsnitt 5.4.4) hittade vi inte i litteraturen. Att detta inte skrivits om kan vara en effekt av själva problemet.

Vidare framträder problemet kring brist på ledning och styrning kring dessa arbetsuppgifter inom sjukvården betydligt starkare i intervjuerna, både i de individuella och i fokusgrupperna, än i litteraturen. I litteraturen är det snarare avsaknad av denna dimension som är slående; även om det skrivs om den är det i mycket liten omfattning (35).

7.2 Positiva exempel

Syftet i detta projekt har varit att identifiera problem. Vi vill trots detta framhålla att i både litteratur och intervjuer lyfts även flera olika positiva exempel fram. Ett återkommande sådant

exempel är att många berättar att där ledningen på t ex en vårdcentral tagit tag i frågan, och har en tydlig och aktiv policy kring hantering av sjukskrivningsärenden, upplever man en större säkerhet i hantering av dessa och ser dem sällan som något stort problem. Man är t ex inte rädd att ha en annan åsikt än patienten. Om en patient t ex skulle bli arg och uttrycka detta högt i korridoren vet man att de andra har förståelse och att det finns ett forum för att diskutera detta med kollegor. Behovet av gemensamt förhållningssätt och ett forum för att diskutera dessa frågor är alltså stort och tillfredställt ibland på ett bra sätt.

Sjukskrivningskommittéer enligt den modell som introducerats i Östergötland är ett annat sätt att skapa diskussionsforum och utveckla kännedom om varandras resurser och förhållningssätt. På liknande sätt berättar många om bra rutiner för kontakt och samarbete med försäkringskassan.

7.3 Vad saknas i materialet?

Några aspekter finns det mycket lite om i det material som samlats in, vilket i sig säger något om hur olika aktörer ser på problemområdet. Fokus är t ex mycket starkt på läkare, inte den *organisation* läkare arbetar inom; problemen ses ofta som just den enskilde läkarens problem, inte som ett organisationsproblem.

Primärvårdsläkare lyfts fram i förhållandevis stor proportion med tanke på hur stor andel (50-70 %) av sjukskrivningarna som i Sverige inte görs inom primärvården. *Sjukhusläkare saknas* i stor utsträckning i litteraturen. Även merparten av de åtgärder som initierats riktas mot primärvården. Exempel är flertalet av olika projekt som initierats såsom; socialstyrelsens tillsyn över hur dessa uppgifter handläggs, försäkringskassornas utbildningsinsatser gentemot sjukvården liksom andra insatser såsom sjukskrivningskommittéer.

Problemen kring *iatrogena effekter*¹⁰ av sjukvårdens handläggning av sjukskrivning är ett annat område som det finns förvånansvärt lite om.

Aspekter som handlar om *särbehandling* av patienter utifrån deras kön, ålder, socialgruppsstillhörighet, etnicitet, diagnos eller symptom, ställning på arbetsmarknaden etc finns det nästan inget om, vare sig i litteraturen eller i intervjuerna. De få studier som finns visar dock att särbehandling är ett problem, något som framkommer även i andra relevanta material (73, 134-136).

Framförallt saknar vi aspekter av *ledningsansvar och organisationsaspekter i litteraturen* om hantering av sjukskrivningsärenden inom sjukvården. Ansvaret för detta komplexa område läggs ofta helt på den enskilde läkaren, vilket bidrar till flera av de problem som beskrivs ovan.

Det finns ett flertal olika föreställningar, vilka det framkommer att personer i sjukvården, framförallt läkare, grundar sitt agerande på. Dessa föreställningar ('sanningar' eller 'myter') ifrågasätts ytterst sällan i det material vi samlat in, varken i litteraturen eller av de intervjuade. Exempel på sådana föreställningar är: "Om inte jag sjukskriver går patienten bara till en annan läkare och blir sjukskriven där". "De flesta patienter vill bli sjukskrivna och det kommer att ta mer tid att säga nej än att sjukskriva". "Patienten uppskattar om jag 'bjuder' på sjukskrivning". "Kostnaderna för sjukfrånvaro drabbar inte hälso- och sjukvården". "Patienter som verkar omotiverade till att arbeta är det ingen ide att satsa på rehabilitering för". "Primärvården står för nästan alla sjukskrivningar". "Läkare tycker försäkringsmedicin är tråkigt och vill inte lägga tid på att lära sig detta." "Jag kan bli prickad av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om jag inte sjukskriver."

¹⁰ dvs. att sjukdom är orsakad av läkare eller av behandlingen.

I både litteraturen och i intervjuerna framkommer att många läkare upplever att patienter önskar sjukskrivning som läkaren inte anser vara berättigad. Ibland sjukskriver läkare ändå, och uppger att detta beror på att man är rädd att patient-läkarrelationen annars förstörs, eller för att hamna i konflikt med patienten eller att patienten väljer en annan läkare. Samtidigt finns en annan bild. En studie om personer med ryggproblem som sökte primärvårdsläkare visade att 8 % gjorde det för att de önskade sjukskrivning, medan 26 % faktiskt blev sjukskrivna (137). Patienter uppger att läkare föreslår dem sjukskrivning, utan att patienten förstår varför det behövs. Kan det vara så att inriktningen på den allmänna debatten skapat en föreställning bland läkare om att merparten av patienter vill bli sjukskrivna och att man därför i all välmening föreslår detta? Eller att man föreslår det för att ha något att erbjuda överhuvudtaget, i en åtgärdsinriktad kultur där det verkar finnas en norm om att en patient skall ha med sig någon typ av papper efter konsultationen – en remiss, ett recept eller ett sjukintyg?

Frågan om fusk kommer med jämna mellanrum upp i den allmänna debatten. Denna fråga har aktualiserats förvånansvärt lite i materialet som samlats in här. Området är komplext och möjligt fusk eller *missbruk av försäkringen* kan delas in i flera aspekter (138, 139):

- En person som sjukanmäler sig till arbetsgivare/försäkringskassa utan att vara sjuk. Gäller de första sju dagarna av ett sjukfall.
- En person låtsas vara sjuk, eller vara sjukare än vad som är fallet, för att få ett sjukintyg av läkare.
- En läkare skriver, mot ersättning, ett falskt sjukintyg för en person som inte har en sjukdom som lett till nedsatt arbetsförmåga.
- En läkare skriver ett sjukintyg för en person, som inte är arbetsoförmögen till den grad som anges, för att vara 'snäll' – t ex för att personen skall få mer ersättning än patienten skulle ha fått från andra ersättningssystem.
- En person vars sjukdom lett till nedsatt arbetsförmåga, är sjukskriven och samtidigt uppbär ersättning från andra system, från vilket ersättning inte skulle ha utgått om personen berättat han eller hon var sjukskriven.

I materialet nämns detta på följande sätt: Läkare tycker ibland det är svårt att veta om patienter verkligen är sjuka, speciellt när symptomen är svårbedömda och inte objektivt verifierbara. Ibland skriver läkare sjukintyg utan att det finns underlag för det, eller med diagnoser som inte helt stämmer, för att, som man upplever det, stötta patienten, eller för att man inte vill ta den konflikt man tror skulle uppstå om man sa nej till sjukskrivning. Inom försäkringskassan misstänker man att vissa privatläkare 'säljer' sjukintyg, alternativt utnyttjar sjuka personers behov av sjukintyg genom att sjukskriva för mycket korta perioder i taget och ta hög patientavgift vid varje nytt läkarbesök.

Grad av missbruk av en försäkring är relaterad till ett flertal faktorer, där grad av kontroll är en och grad av negativa konsekvenser i form av t ex ekonomiskt bortfall är en annan (12, 139). I varje sjukförsäkringssystem är det ett problem både om för få och om för många är sjukskrivna (140).

7.4 Ledning och styrning

Ambivalensen från läkarnas sida kring frågan om ledning framgår tydligt i vårt material. Den brist på ledning och ledarskap som beskrivs ger å ena sidan viss autonomi för läkarna i sin yrkesutövning. Å andra sidan beskriver många en arbetssituation som direkt påverkar sjukskrivningshanteringen negativt och som riskerar att leda till ökad sjukskrivning för

läkarna själva, framför allt inom primärvården. Styrning och ledarskap på olika nivåer i systemet är sannolikt nödvändigt för att motverka en sådan utveckling. Det är inte troligt att dessa problem enbart gäller för sjukskrivningsfrågan. Troligen beskrivs här snarare en generell brist på ledning och ledarskap, framför allt i den del av vården som rör ledning och ledarskap för läkargruppen.

Bristen på studier inom det här området är påtaglig. Vi har endast funnit få studier om effekt av administrativ styrning, ekonomiska incitament eller förändring av regler på sjukskrivningspraxis inom sjukvården. Resultaten från dessa studier är inte heller entydiga.

Svårigheterna att styra sjukskrivningsprocessen kan bland annat analyseras ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Sjukvården är en multiprofessionell organisation (141), bestående av flera distinkta yrkesgrupper i olika stadier av sin professionaliseringsutveckling. Den professionella autonomi sjukvårdens yrkesutövare hävdar har en legal bas i legitimeringsförfarandet och de tydliga krav på oberoende professionellt beslutsfattande som stipuleras i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Aktörerna sammansvetsas lätt i professionella grupper med interna mål och utvecklingsbehov. Kunskapsutvecklingen sker genom specialisering. De professionella drivkrafterna och den professionella kulturen påverkar aktörernas agerande starkast. Makt och status är knuten till specialistkunskapen. Direktiv som uppfattas som "administrativa" tillmäts inte samma betydelse och påverkar i lägre utsträckning professionell handläggning och professionella beslut (142).

Svårigheterna att styra bl.a. professionell verksamhet ledde till att man under 1980- och 1990-talen i hela västvärlden prövade företagsmässiga styrformer och (kvasi)marknadsmässiga lösningar också i hälso- och sjukvården (143). Erfarenheterna av dessa försök har i huvudsak varit nedslående. En del talar för att sjukvården skulle kunna ses som ett självstyrande system, starkt påverkat av sin inre kultur, och svårpåverkbar med "manageriell" styrning, oberoende av om den utövas genom administrativa direktiv eller ekonomiskt resultatansvar (144). Inomprofessionell, "kulturanknuten" styrning beskrivs t ex i litteraturen om evidensbaserad medicin, kliniska riktlinjer (clinical guidelines) och professionell kompetensutveckling (119, 145).

Sannolikt skulle dock en förändring av de styrsystem som påverkar ekonomi och resurser i vid bemärkelse och som särskilt skulle premiera enheters arbete med sjukskrivning förändra attityder och förhållningssätt till sjukskrivning som uppgift för sjukvården. På central nivå saknas en policy för hantering av sjukskrivningsärenden, t ex kompetensutveckling av personal, samarbetsformer med andra aktörer, ledningsstrukturer för kvalitetssäkring etc. De olika landstingen tar för närvarande, tillsammans med försäkringskassorna, fram handlingsplaner för hantering av sjukskrivningsfrågan. I det arbetet finns ofta en ledningsgrupp där högsta cheferna från både landsting och försäkringskassa ingår, vilket innebär en ökad möjlighet att ansvar för frågan tas.

Ett annat incitament för landstingens engagemang i frågan skulle den, ofta höga, sjukfrånvaron bland den egna personalen kunna vara. Ett närliggande incitament torde det faktum att en del läkare uppfattar den nuvarande situationen kring handläggning av sjukfrånvaroärenden som ett arbetsmiljöproblem, kunna vara.

I dagsläget är de kostnader osynliga som icke-optimal handläggning av sjukskrivningsärendena leder till för hälso- och sjukvården som organisation. Om dessa blev tydliga skulle antagligen intresset för en bättre handläggning öka. En klar prioritering av sjukskrivningsarbetet skulle antagligen underlättas om dess omfattning och direkta och indirekta kostnader för sjukvården kunde tydliggöras. Det är i sig en viktig forskningsuppgift.

En rimlig hypotes är att en ickeoptimal sjukskrivningsprocess leder till onödiga återbesök, onödigt belastar enheter för diagnostiska utredningar och komplicerar vårdförloppen.

7.5 Effekten av vidtagna åtgärder

När det gäller de olika åtgärder som prövats eller föreslås är det mycket svårt att dra några generella slutsatser om effekter av dem, pga. underlagets karaktär i form av ofta bristfälliga utvärderingar.

En generell utmaning är att det i hög utsträckning handlar om insatser som eftersträvar förändringar i organisation, samverkansformer, arbetsprocesser, individuell handläggning och enskilda personers beteende och attityder. Dessa förändringar sker i varierande lokala miljöer och de är, med samhällsvetenskaplig terminologi, kontextberoende. De enskilda insatserna är svåra att ”isolera” och övriga påverkande faktorer omöjliga att ”konstanthålla”. Det innebär svårigheter när effekten av dem skall studeras.

Ett stort antal projekt görs eller har gjorts inom området. Många är inte publicerade alls, t ex gäller detta sjukskrivningskommittéerna från Östergötland. Studierna om åtgärder är mycket varierande och har oftast låg vetenskaplig kvalitet. Ytterst få av studierna har tillräckligt kvalitet för att inkluderas i genomgångar av resultat som kan ligga till grund för uttalanden om vetenskaplig evidens, t ex inom SBU. Svagheter är bl a studiers bristfälliga design för att på ett stringent sätt kunna besvara frågeställningarna samt stora och möjligt systematiska bortfall, som kunnat påverka resultaten ofta har. Tillräcklig hänsyn till andra tänkbara påverkansfaktorer (bias) har inte tagits och det finns brister i analys och precision. Prospektiva studier av hög kvalitet saknas. Det är därför inte möjligt att dra några säkra generella slutsatser av dessa studier.

Forskningsområdet är med andra ord synnerligen utvecklat, både teoretiskt och metodologiskt. Här behövs en utveckling och satsning. En mycket preliminär värdering av de åtgärder som prövats i materialet och dess eventuella effekter på hanteringen av sjukskrivningsärenden skulle kunna beskrivas enligt följande:

Åtgärder som i materialet tycks ha haft negativa eller inga effekter:

- Att behandlande läkare inte får sjukskriva
- Tillgång till rehabiliteringsspecialister som läkare kan vända sig till eller remittera till - de används ofta inte
- Att starta kortsiktiga projekt utan tydlig plan för hur erfarenheterna skall tas tillvara
- Förändrad utformning av sjukintyg

Åtgärder som i materialet tycks ha positiva effekter:

- Case managers
- Feedback om egna sjukskrivningsmönster i förhållande till andras
- Guidelines, där patienten tidigt informeras om hur lång sjukskrivningstiden förväntas bli
- Konsensus på mottagningen om handläggning av sjukskrivningsärenden
- Kontaktperson från försäkringskassan på vårdcentral
- Utbildning i försäkringsmedicin
- Second opinion

- Utbildning i kommunikationsfärdigheter
- Att ledningen tar ansvar och visar intresse för frågan
- Multiprofessionella team i primärvården, framförallt tillgång till beteendevetare som kuratorer och psykologer
- Specialistkonsult på vårdcentral

Vårt uppdrag har inte varit att ge åtgärdsförslag, utan att kartlägga problem inom sjukvården och prövade åtgärder när det gäller dessa problem. Tyvärr medger inte materialet om åtgärder möjlighet att, utifrån vetenskaplig synpunkt, kunna förorda någon av de prövade åtgärderna. Det är naturligtvis besvärande att så lite resurser lagts på kunskapsgenerering inom detta område, liksom att det i systemet inte finns incitament för att få fram sådan kunskap, t ex i form av att personer har detta i uppdrag genom inriktade forskartjänster eller utbildningstjänster inom försäkringsmedicin.

I Sverige finns nu, enligt SCB 5,84 miljoner personer i yrkesverksamma åldrar (16-65 år). Andelen som av olika anledningar inte är i arbete pga. av sjukdom har ökat de senare åren, vilket är ett problem både för enskilda individer, arbetsmarknaden och samhället i stort. Olika aktörer behöver samarbeta för att hantera denna situation, ansvaret behöver delas. Sjukvården är i första hand inriktad på att hantera sjukdom (diagnostisera, bota, rehabilitera) inte på att främja återgång i arbete. Vidare är fokus inom sjukvården mer på andra åldersgrupper.

Att andra åldergrupper prioriteras i sjukvården beror i stor utsträckning på att deras sjuklighet rent kliniskt är allvarligare (109). Samtidigt är det arbetsförmågan hos personer i yrkesverksamma åldrar som ligger till grund för landets välstånd, för internationell konkurrenskraft etc. Det finns kanske anledning att se över sjukvårdens hantering av främjande av arbetsförmåga ur detta perspektiv, speciellt om aspekter av den nuvarande organisationen leder till att många människor passiviserats och att arbetsförmågehämmande tillstånd, som nedstämdhet och depression inte identifieras och behandlas.

En tydligare prioritering av sjukskrivningsarbetet kunde underlättas av att dess värde för patienten och vårdgivarna tydligare definieras. De professionella drivs av sin önskan att göra det bästa för patienten, och vill minimera skadliga effekter för patienten. Det finns en stor medvetenhet om sjukvårdens samhälleliga uppgift och samhällsansvar, och en beredskap att beakta det i den egna yrkesutövningen. Med en tydligare kunskap om sjukskrivningarnas konsekvenser för sjukvården ökar eventuellt också ledningens intresse att tydligare prioritera sjukskrivningsarbetet. Nuvarande system innebär att risken för att bli (långtids)sjukskriven varierar mycket strakt beroende på geografisk region och vilken läkare en person träffar.

Slutsatser som kan dras av detta projekt är att detta är ett synnerligen komplext område där kunskap saknas och där ofta ledning och strategier för kvalitetssäkring, kompetensutveckling och kunskapsgenerering saknas, resurser inte används optimalt, personer far illa, ingen 'äger' frågan och det är oklart vem som har rehabiliteringsansvaret. Samtidigt har bara under det senaste året medvetenheten om detta ökat betydligt i landstingen och olika initiativ har tagits för att hitta lösningar.

8 REFERENSER

1. Socialdepartementet. Den svenska sjukan II - regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder. Stockholm; 2003. Ds 2003:63.
2. Riksförsäkringsverket. Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro - erfarenheter från fyra länder. Stockholm; 2003. RFV Analyserar, 2003:16.

3. Riksförsäkringsverket. Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000. RFV analyserar. Stockholm; 2003: 17.
4. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. SOU 2000:78.
5. Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
6. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; 2002. SOU 2002:5.
7. Försäkringskassan. Slutbetänkande från GEORG, Försäkringskassans GENomförandeORGanisation. Stockholm: Socialdepartementet; 2004.
8. Socialdepartementet. Departementspromemoria om drivkrafter för minskad sjukfrånvaro. Ds 2004:16. Stockholm; 2004.
9. Sjukvården och de sjukskrivna - kan pengarna användas bättre?: Sveriges läkarförbund; 2003.
10. Alexanderson K, editor. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Bilagor. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
11. Thomsson H, Arrelöv B, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Söderberg E, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet, Linköpings universitet, Försäkringskassan Östergötland och Stockholm, Landstinget i Östergötland, Stockholms läns lansting; 2005.
12. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
13. Rydh J. Ett nytt sätt för att hantera sjukfrånvaron måste utvecklas. Bilaga 3. In: Försäkringskassan. Slutbetänkande från GEORG, Försäkringskassans GENomförandeORGanisation. Stockholm: Socialdepartementet; 2004. p. 165-171.
14. Marklund S, editor. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
15. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
16. Vahlne Westerhäll L. Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000: Norstedts Juridik; 2002.
17. Stendahl S. Communicating Justice Providing Legitimacy. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2004.
18. Twaddle A, Nordenfelt L. Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt. Linköping: Linköpings universitet; 1993.
19. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
20. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2002.
21. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-66.
22. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
23. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
24. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. Scandinavian Journal of Social Welfare 1997;6:301-309.
25. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. BMJ 2004;328(feb):461-462.

26. Riksförsäkringsverket. Försäkringsmedicin. Stockholm: Försäkringskassaförbundet; 1994.
27. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-6.
28. Rutle O, Forsén L. Almenpraksis-tema med variasjonar. Oslo: National Institute of Public Health, Department of Health Services Research.; 1984. Report No.: Nr 8.
29. Lunn JE, Rider JG, Waters WH, Charnock RB. Certification of unfitness for work. A mining area practice. *J R Coll Gen Pract* 1970;19(93):215-22.
30. Garraway WM. Sickness certification in a general practice. *Practitioner* 1973;210(258):529-34.
31. Himmel W, Sandholzer H, Kochen M. Sickness certification in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995;1:161-166.
32. Weingarten MA, Hart J. Sick leave certification in general practice. *Australian Family Physician* 1984;13(9):702-711.
33. Regeringens proposition 2002/03:132 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet; 2002.
34. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004;328(7431):88.
35. Söderberg E, Alexanderson K. Litteraturgenomgång - av publicerade studier om gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Linköping: Försäkringsmedicinskt Centrum, Linköpings universitet; 2001:1.
36. Liljeqvist M. Inventering av landstingens arbete med sjukskrivningsproblematiken utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv: Avd för hälso- och sjukvårdspolitik Landstingsförbundet; 2003.
37. Lindström I. Dagmarprojekt 2001, Västra Götaland, Sammanställning. Skövde: Försäkringskassan Västra Götalands Län, Västra Götalandsregionen; 2002.
38. Lindström I. Dagmarprojekt 2002, Västra Götaland, Projektsammanfattningar. Göteborg: Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen; 2003.
39. Riksförsäkringsverket S. Vad görs i SOCSAM? - en aktivitetskatalog. Underlagsrapport november 2001. Stockholm; 2001.
40. Dagmarprojekt i Nordöstra sjukvårdsområdet. Stockholm: Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling; 1998.
41. Jeppsson A. Tidig rehabilitering. Utvärdering av en arbetsmetod i tvärprofessionell samverkan. Grönabandsserien. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län; 2000:12-13.
42. Hydén A. Lära sig hantera smärta och förändra sjukskrivningsmönster: Högskolan i Gävle; 2002.
43. Israelsson B, Alm C, Håkansson M. Social rehabilitering av kranskärlspatienter. Ny samarbetsform ger förbättrat resultat. *Läkartidningen* 1995;92(48):4582, 4587-9.
44. SBU. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000.
45. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. Report No.: 166/1.
46. Utmattningssyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
47. Reed P, editor. The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Singapore: Reed Group Holdings, Ltd.; 2004.
48. Floderus B, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning. In: *Arbete och Hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003. p. 1-24.

49. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sjuk på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro. *Arbetsmarknad och arbetsliv* 1999;27-43.
50. Kivimäki M, Head J, Ferrie EJ, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal* 2003;327(364).
51. Ludvigsson M. Begreppet arbetsförmåga vid sjukfrånvaro - en litteraturgenomgång. Linköping: Linköpings universitet; 2003.
52. Lindqvist R. Lokal välfärd för funktionshindrade, exemplet Umeå kommun. In: Nygren L, editor. *Kris eller utveckling?* Umeå: Författarna; 2004. p. 74-93.
53. Sawney P. Current issues in fitness for work certification. *Br J Gen Pract* 2002;52(476):217-22.
54. Söderberg E, Vimarlund V, Alexanderson K. Experiences of public sector staff participating in inter-organisational projects aimed at promoting return to work among unemployed sickness benefit recipients. Submitted 2004.
55. Statskontoret. Sjukskrivning i väntan på vård. In: Rydh J, editor. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen.* Stockholm: Socialdepartementet; 2000. p. 273-301.
56. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning; 1999 April 1999. Report No.: 12/99.
57. Bergman M. Väntetidsstudie - Att utifrån ett försäkringskassesperspektiv analysera de flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall på utdrag av Projekt 4S Stenungsund. Stenungsund: Försäkringskassan Stenungsund; 2001.
58. *Genombrott 2 - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården:* Landstingsförbundet; 1999.
59. Grove B. Obstacles to solutions. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
60. Wessely S. Mental health issues. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
61. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003;45(12):1257-66.
62. Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(4):461-8.
63. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Bmj* 1991;303(6811):1181-4.
64. Haglund B, Rosén M. Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer- finns det regionala skillnader: Socialstyrelsen; 2003.
65. Björvell H. "Patient empowerment" - målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen* 1999;96(44):4816-4820.
66. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. *Patient Education and Counseling* 1995;26:257-63.
67. Malterud K. Empowerment as a clinical strategy for recovery and rehabilitation. In: EUMASS European Union of Medicine in Assurance and Social Security; 2002 13-15 juni 2002; Oslo; 2002.
68. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.

69. Thorén E, Håkansson A, Palmberg G-B, Larsson J. Inför två månaders generell havandeskapspenning. *Läkartidningen* 1992;3851-4.
70. Håkansson A, Thorén E, Cars H, Palmberg G-B, Larsson J. "Generell havandeskapspenning" Ändrad sjukskrivningspolicy minskar gravidas sjuktal. *Läkartidningen* 1993;90(28-29):2543-6.
71. Melsom H, Noreik K, Carlsen TG. Bruk av psykiater i trygdesaker. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113(30):3760-1.
72. Malcolm RM, Harrison J, Forster H. Effects of changing the pattern of sickness absence referrals in a local authority. *Occup Med (Lond)* 1993;43(4):211-5.
73. Cowie M. Cardiac rehabilitation. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
74. Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350(9071):96-100.
75. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain* 2001;91(1-2):155-63.
76. Löfvander M. Cognitive-behavioural treatment of chronic pain in primary care: a three-year follow-up. *Eur J Gen Pract* 2002;8:159-166.
77. Bergström G, Jensen I, Ljungqvist T, Bodin L. Kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvarig nack-/ryggvärk. En treårsuppföljning. Stockholm: Inst f Klinisk neurovetenskap, Sekt f Personskadeprevention; 2004.
78. Bengtsson K, Morén Hybbinette I. *Läkarroll i förändring. Att våga nya vägar: Författarna och Studentlitteratur; 2004.*
79. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 1992;18:209-231.
80. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21(2):199-203.
81. Waddell G. Low back pain. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
82. Kjellgren K, Ahlner J, Dahlgren LO, Haglund L. *Problembaserad inläring -erfarenheter från Hälsouniversitetet.* Lund: Studentlitteratur; 1993.
83. Larsson S. Försäkringsmedicin - ett försök till innehållsanalys. *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;9:414-18.
84. Janlert U. *Folkhälsovetenskapligt lexikon.* Stockholm: Natur och Kultur, Folkhälsoinstitutet; 2000.
85. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I.* Stockholm: Socialdepartementet; 2002. SOU 2002:5.
86. Condren L, Cox J, McCormick J, Sullivan A. Certification of unfitness for work. *Irish Med J* 1984;77:159-160.
87. Englund L. Sick-listing - attitudes and doctor's practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2000.
88. Davies WW, Harrison JR, Ide CW, Robinson IS, Steele-Perkins A. III-health retirement: a survey of decision making by occupational physicians working for local authority fire and police services. *Occupational Medicine* 2004;54:379-386.
89. Elder AG, Symington IS, Symington EH. Do occupational physicians agree about ill-health retiral? A study of simulated retirement assessments. *Occup Med* 1994;44:231-235.
90. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil* 2002;12(4):223-32.

91. Holland-Elliott K. What about the workers? London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
92. Mackey PV. Sickness certification system in the United Kingdom: maybe charging for certificates clarifies matters. *Bmj* 2004;328(7437):461.
93. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [, Doktorsavhandling, Monografi]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
94. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *Eur J of Public Health* 1995;5:215-219.
95. Getz L. Clinical concepts and dilemmas between disease and adverse life events. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(3):91-96.
96. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions—a qualitative study. *Fam Pract* 2003;20(5):578-82.
97. Ford F. Sickness Certification: Time to Scrap the Med 3? *The British Journal of General Practice* 1998:1367.
98. Novek JO. Vårt ansvar för sjukskrivningsepidemin. *Läkartidningen* 2003;100(18):1653-4.
99. Gauguin J. [Physician's role in sick leave: an idiot, a prostitute or just a hostage?]. *Ugeskr Laeger* 2003;165(35):3340-1; author reply 3341-2.
100. Novek JO. Avskaffa läkarintyget, inför hälsodeklaration. *Läkartidningen* 2004;101(7):609.
101. Murfin D. Medical sickness certification: why not review the role of the general practitioner? *Br J Gen Pract* 1990;40(337):313-4.
102. Hybbinette CH. Begränsa läkares rätt att sjukskriva. *Läkartidningen* 2003;100(39):3075.
103. Remissvar: Sjukskrivning; Distriktsläkarförbundet. 2003.
104. Webb CB, Broome JR. Sickness absence certification: time for a rethink? *Br J Gen Pract* 2003;53(489):325-6.
105. Zetterlund P. Läkare som sjukskriver frikostigt kostar samhället stora summor. *Dagens medicin* 2004 23;Sect. 4.
106. Hansen J. Fusk med laegeattester. *Ugeskrift for laeger* 2003(34).
107. Kjer T. Legers sykmeldingspraksis - bör rutine endres? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118(6):934-5.
108. Riksförsäkringsverket. FINSAM en slutrapport: Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen; 1997. Report No.: 1.
109. Jönsson B, Arvidsson G, Levin L-Å, Rehnberg C. Hälsa, vård och tillväxt. Valfärdspolitiska rådets rapport 2004. Stockholm; 2004.
110. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur; 1978.
111. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
112. Söderberg E, Shahrnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
113. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scand J Public Health* 2003;31(6):460-74.
114. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahrnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv: Försäkringskassan Östergötland och Jämtland; 2004: 2.
115. Utveckling av god företagshälsovård - ny lagstiftning och andra åtgärder. Stockholm: Näringsdepartementet; 2004.
116. Kerz J, Wernwer M, Wesser E. Vad vet vi om rehabilitering? Svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993. Ystad: Bokbox Förlag; 1995.

117. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. London: TSO; 2004.
118. Svanström L, Haglund B. Att förebygga - samhällsmedicin i praktiken. Lund: Studentlitteratur; 1987.
119. Grol R, Knowles J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003(362):1225-30.
120. Knowles M. *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass; 1985.
121. Soumerai S, Avorn J. Principles of educational outreach ("academic detailing") to improve clinical decision-making. *JAMA* 1990(263):549-56.
122. Tamblyn R, Battista R. Changing clinical practice: which interventions work? *Journal of Continuing Education Health Professionals* 1993;13:682-6.
123. Waddell G, editor. *The back pain revolution*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
124. Shaw WS, Feuerstein M. Generating workplace accommodations: lessons learned from the integrated case management study. *J Occup Rehabil* 2004;14(3):207-16.
125. Salazar MK, Graham KY. Evaluation of a case management program. Summary and integration of findings. *Aaohn J* 1999;47(9):416-23.
126. Malm U, editor. *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
127. Högelund J, Holm A. *Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees*. Köpenhamn: Research Department of Employment and Occupation; 2004.
128. DiBenedetto DV. HIPAA Privacy 101: essentials for case management practice. *Lippincotts Case Manag* 2003;8(1):14-23.
129. Björklund K, Lockner B. *Arbetsterapeuten som Case Manager, resurssamordning för långtidssjukskrivna: Örnsköldsviks hälso- och sjukvård*. Landstinget Västernorrland; 1996.
130. Beaumont D, Quinlan R. Vocational rehabilitation, case management and occupational health. *Occup Med (Lond)* 2002;52(6):293-5.
131. Timpka T, Leijon M, Karlsson G, Svensson L, Bjurulf P. Long-term economic effects of team-based clinical case management of patients with chronic minor disease and long-term absence from working life. *Scand J Soc Med* 1997;25(4):229-237.
132. Sledge WH, Astrachan B, Thompson K, Rakfeldt J, Leaf P. Case Management in Psychiatry: An Analysis of Tasks. *AM J Psychiatry* 1995;152(9):1259-65.
133. Olofsson C, Mikaelsson B, Ekholm J, Netz P, Borg K, Askergren A. Läkarkårens roll i den ökande sjukfrånvaron - vad vill och kan vi göra? *Läkartidningen* 2002;99(22):2548-50.
134. *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor: Socialdepartementet*; 1996. Report No.: SOU, 1996:133.
135. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000;28(2):88-94.
136. Colameco S, Becker LA, Simpson M. Sex Bias in the Assessment of Patient Complaints. *The Journal of Family Practice* 1983;16(6):1117-1121.
137. Pind R. Håndtering af rygpatienten i almen praksis. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 2002:1333-1343.
138. Halligan PW, Bass C, Oakley DA. *Malingering and illness deception*: Oxford University Press; 2003.
139. Henrekson M, Lantto K, Persson M. *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*. Stockholm: SNS Förlag; 1992.
140. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995(1):12-17.
141. Söderström M. *Managing Health Care as a Multiprofessional Organization*. In: the European Forum on Quality Improvement in Health Care; 2002 March; Edinburgh; 2002.

142. Anderson R, McDaniel R. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review* 2000;25:83-92.
143. Hallin B, Siverbo S. Jakten på den goda styrningen. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys; 2002.
144. Brommels M. Solister i kör. In: Sjörs G, Lindqvist L, Varlsson I-M, editors. "Så är det bara ...". Om läkares ledarskap, yrkesroller och arbetsvillkor vid Akademiska sjukhuset. Uppsala: Akademiska sjukhuset; 1998.
145. Nikkarinen T. Evaluation model for continuing medical education: a case study. Helsinki: University of Helsinki; 2002.

Bilaga till rapporten

'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'; sex delstudier

Januari 2005

Kristina Alexanderson, redaktör

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet, Stockholm



Huvudrapporten, liksom denna bilaga, kan laddas ner från www.personskadeprevention.nu där den ligger under 'publikationer – svenskspråkiga rapporter'.

eller beställas från

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
Box 12718
112 94 Stockholm

Fax: 08 - 653 94 13
Telefon: 08 - 692 22 51
E-post: riitta.holtt@cns.ki.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	3
DE SEX DELSTUDIerna.....	5
<i>Litteraturgenomgång</i>	5
<i>Fokusgruppsintervjuer</i>	5
<i>Individuella intervjuer</i>	5
<i>Enkät</i>	6
DELSTUDIE 1 PROBLEM INOM SJUKVÅRDEN NÄR DET GÄLLER HANDLÄGGNING AV PATIENTER SOM ÄR AKTUELLA FÖR SJUKSKRIVNING. EN LITTERATURGENOMGÅNG 7	
SAMMANFATTNING.....	8
SYFTE	10
MATERIAL OCH METOD	10
<i>Metod för litteratursökning</i>	10
<i>Metod för genomgång av litteratur</i>	11
<i>Begränsningar</i>	12
<i>Redovisning av studier</i>	12
PUBLIKATIONER OM PROBLEM	12
<i>Undersökningsmetoder gällande läkares sjukskrivningspraxis</i>	12
<i>Sjukskrivningspraxis</i>	13
<i>Intyg och deras kvalitet</i>	17
<i>Telefonsjukskrivning</i>	19
<i>Bedöma arbetsförmåga</i>	20
<i>Andra faktorer än rent medicinska tas med i bedömningen</i>	20
<i>Förmåga att förutsäga vilka som kommer resp inte kommer att återgå i arbete</i>	22
<i>Komorbidity, dvs. patienter med flera sjukdomar</i>	23
<i>Kompetens</i>	23
<i>Läkares inställning och attityder, rollkonflikter</i>	25
<i>Bemötande av patienter</i>	27
<i>Ojämlig bedömning av patienter</i>	28
<i>Incitament</i>	31
<i>Rehabilitering</i>	32
<i>Arbetsmarknaden, arbetslösa patienter</i>	34
<i>Väntetider</i>	35
<i>Samverkan</i>	37
PUBLIKATIONER OM ÅTGÄRDER SOM PRÖVATS	38
<i>Second opinion</i>	39
<i>Skärpta regler</i>	41
<i>Guidelines</i>	41
<i>Case management</i>	44
<i>Ekonomiska incitament</i>	46
<i>Samverkan</i>	47
<i>Utbildning av läkare</i>	51
<i>Befolkningsinriktad utbildning</i>	53
REFERENSER	54
DELSTUDIE 2 FÖRHÅLLANDEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SOM FÖRSVÅRAR EN OPTIMAL HANTERING AV PATIENTERS SJUKSKRIVNING - EN PROBLEMBESKRIVNING UR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS PERSPEKTIV.....	63
INLEDNING OCH SYFTE.....	64
MATERIAL OCH METOD	64
RESULTAT	68
<i>I. Faktorer som bidrar till för långa eller onödiga sjukskrivningar</i>	68
<i>II. Faktorer som bidrar till för korta sjukskrivningar</i>	84
<i>III. Faktorer som stödjer en optimal hantering av sjukskrivningsärenden</i>	85
<i>IV. Förslag till åtgärder, utifrån det problemområde de kan kopplas till</i>	86

DELSTUDIE 3 FÖRETAGSLÄKARES SYN PÅ HANTERINGEN AV SJUKSKRIVNINGSARENDEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	95
SAMMANFATTNING.....	96
INLEDNING OCH SYFTE.....	97
MATERIAL OCH METOD.....	97
RESULTAT.....	98
<i>Problem</i>	98
<i>Åtgärder</i>	107
DELSTUDIE 4 FÖRHÅLLANDEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SOM FÖRSVÅRAR OPTIMAL SJUKSKRIVNING -EN PROBLEMBESKRIVNING UR FÖRSÄKRINGSKASSANS PERSPEKTIV.....	111
SAMMANFATTNING.....	112
INLEDNING OCH SYFTE.....	113
METOD OCH MATERIAL.....	113
RESULTAT.....	114
<i>Problem</i>	114
<i>Slutsatser och förslag</i>	124
DELSTUDIE 5 INDIVIDUELLA INTERVJUER.....	127
BAKGRUND OCH SYFTE.....	128
MATERIAL OCH METOD.....	128
RESULTAT.....	129
<i>Problem</i>	129
<i>Förslag till åtgärder</i>	133
<i>Prövade åtgärder</i>	138
DISKUSSION.....	139
DELSTUDIE 6 ENKÄT TILL LÄKARE OM ARBETET MED SJUKSKRIVNING.....	141
BAKGRUND OCH SYFTE.....	142
MATERIAL OCH METOD.....	142
RESULTAT.....	142
DISKUSSION.....	154

FÖRORD

I sjukskrivningsärenden är ett flertal olika aktörer involverade, såsom arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling samt den sjukskrivne. För att få bättre underlag för ställningstagande till åtgärder när det gäller hälso- och sjukvården gav Socialdepartementet i maj 2004 undertecknad i uppdrag att leda ett projekt med syfte att identifiera problem inom hälso- och sjukvården när det gäller hantering av patienter som är aktuella för sjukskrivning.

Projektet, 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning' har genomförts på kort tid. En omfattande datainsamling har gjorts, i form av en litteraturgenomgång, individuella intervjuer, fokusgruppsintervjuer och enkätfrågor, och data har analyserats med syfte att identifiera problem samt åtgärder som prövats för att lösa dessa. Resultaten har sammanställts i sex delrapporter vilka presenteras i denna bilaga. I huvudrapporten har en sammanställning av resultaten från de olika delrapporterna gjorts.

Uppdraget innefattade att inhämta information om problemområdena från litteraturen samt via intervjuer av personer inom hälso- och sjukvården och av personer inom företagshälsovård och försäkringskassa, för att även få de två senares perspektiv på problem inom sjukvården. I uppdraget ingick inte att göra motsvarande kartläggning av problem kring sjukskrivning i företagshälsovårdens eller försäkringskassans egen organisation. Att ta fram övriga aktörers perspektiv har inte heller ingått i uppdraget.

Då problemställningen har synnerligen hög grad av komplexitet har en tvärvetenskaplig sammansättning av projektgruppen krävts. Projektmedlemmarna har haft täta möten inom respektive delstudie, och gruppen som helhet har träffats regelbundet för att stämma av riktning, resultatdiskussion etc. Delstudie sex har skett i samarbete med en annan projektgrupp.

Följande personer har ingått i och arbetat deltid i projektgruppen:

- Kristina Alexanderson, professor (projektledare)
- Mats Brommels, professor, specialist i invärtesmedicin
- Lena Ekenvall, docent, specialist i yrkesmedicin
- Eva Karlsryd, FoU-samordnare försäkringskassan, fil mag i sociologi
- Anna Löfgren, med mag i folkhälsovetenskap
- Linda Sundberg, leg psykolog, fil mag i psykologi
- Mia Österberg, leg psykolog, fil mag i psykologi

Dessutom har Kristian Hagfors, Riitta Hölttä och Mimmi Wernman varit engagerade som administrativa assistenter i projektet.

De flesta i projektgruppen är anställda vid eller knutna till Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. Mats Brommels och Linda Sundberg är anställda vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Medical management centrum, Karolinska Institutet. Mia Österberg är anställd vid båda dessa institutioner. Eva Karlsryd är anställd vid Försäkringskassan, Länskontoret Stockholm.

Forskningen om sjukfrånvaro är ännu både teoretiskt och metodologiskt outvecklad och förvånansvärt knapp, speciellt med hänsyn till de enorma kostnader sjukfrånvaron

genererar. Det är ett **mångfasetterat** område och det inte finns ingen självklar modell för hur det skall studeras, för vilka data som är relevanta, eller för hur data skall bearbetas. Det innebär också att en litteraturgenomgång inom området har tydliga begränsningar, varför den här kombinerats med andra typer av studier. Att olika datainsamlingsmetoder använts innebär en möjlighet till, vad som inom vetenskapen oftast kallas, en *triangulering* av resultaten. En sådan är viktig när området är komplext, svårfångat och relativt obeforskat. Om resultaten går i samma riktning oberoende av metod för datainsamling och analys kan detta sägas stärka resultatens giltighet. Det är i stor utsträckning fallet här.

Detta projekt är ett steg mot att få mer kunskap som underlag för åtgärder. Det har varit mycket stimulerande att få ta del av de synpunkter som ett stort antal personer generöst delat med sig av och att läsa litteraturen ur detta perspektiv. Trots att jag har arbetat med sjukfrånvaroforskning och undervisning i försäkringsmedicin i mer än 15 år är jag överraskad av en del av resultaten här.

Min förhoppning är att denna bilaga, tillsammans med huvudrapporten, kan bidra till ökad förståelse för och medvetenhet om problemområdets olika aspekter, en ökad fokusering på kunskapsgenerering och att beslutsfattare på olika nivåer inspireras till att ta sig an frågan. Den senaste tiden har flera olika initiativ tagits för att åtgärda en del av de problem vi identifierat i detta projekt. Jag hoppas de får god effekt och att man ser till att dokumentera effekten, så att det går att dra lärdom av åtgärderna.

Januari 2005

Kristina Alexanderson

Projektledare, professor i socialförsäkring

DE SEX DELSTUDIERNA

Underlaget till rapporten ”Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning”¹ består av sex delar, en litteraturgenomgång, tre delrapporter baserade på fokusgruppsintervjuer, en baserad på individuella intervjuer och en enkätstudie. Resultaten från dessa studier presenteras i denna bilaga.

Litteraturgenomgång

I litteraturgenomgången har studier publicerade på svenska, danska, norska och engelska i vetenskapliga tidskrifter, s.k. ’grå’ litteratur i form av rapporter etc., samt debattartiklar inkluderats. Relevant litteratur har sökts brett och med olika metoder, eftersom enbart litteratordatabassökningar inte varit tillräcklig metod inom området (1).

- Sökningar i sex olika litteratordatabaser
- Genomgång av referenslistor i funnen litteratur
- Egna referenslistor/material
- Sökningar på myndigheters, landstings och andra hemsidor på Internet
- Kontakt med personal på försäkringskassor och landsting i olika delar av landet
- Kontakter med andra personer insatta i området, till exempel andra forskare

Ca 700 publikationer bedömdes som relevanta och inkluderas i genomgången. Ett urval av dessa redovisas i delstudie 1.

Fokusgruppsintervjuer

För att få en fördjupad och kompletterande kartläggning av problem har data samlats in via fokusgruppsintervjuer. Kunskap som genererades i litteraturgenomgången låg till grund för utformning av en intervjuguide liksom för val av intervjupersoner. Femton fokusgruppsintervjuer har genomförts, nio med personer inom hälso- och sjukvård (delstudie 2), två med företagsläkare (delstudie 3) samt fyra grupper med personer verksamma inom försäkringskassor (delstudie 4). I samtliga grupper var fokus på upplevda problem inom sjukvården. Intervjuerna med företagsläkare och försäkringskasspersonal fokuserade alltså på de tillfrågades syn på problem inom sjukvården. Personer från olika delar av landet, från olika yrkeskategorier samt från olika organisatoriska nivåer har inkluderats för att få en så bred bild som möjligt.

Individuella intervjuer

Ovanstående har kompletterats med ca 20 individuella intervjuer, vilka redovisas nedan i delstudie 5. Dessutom har 30-40 personer kontaktats per telefon eller personligen och tillfrågats om publikationer kring projekt etc. Projektmedlemmarna har också kontinuerligt fört diskussioner och ställt frågor, utifrån projektets syfte, vid ett stort antal möten, seminarier samt nationella och internationella workshops och konferenser om sjukskrivning under det gångna halvåret.

¹ Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.

Personerna som intervjuats individuellt och i fokusgrupper har sökts selektivt för att få en bred spridning. En relativt stor del av läkarna inom sjukvården som inbjöds till fokusgruppintervjuer tackade nej till att delta. Detta gällde inte de övriga yrkesgrupperna och inte heller läkare inom försäkringskassan. Alla som inbjöds till de individuella intervjuerna deltog.

Enkät

I samarbete med ett annat projekt har några frågor som formulerats utifrån detta projektets syfte, inkluderats i en omfattande enkät om läkares arbete med sjukskrivning. Denna enkät har skickats ut till ca 7 800 läkare (71 % svarsfrekvens). Preliminära resultat från denna redovisas i delstudie 6.

DELSTUDIE 1
PROBLEM INOM SJUKVÅRDEN NÄR DET GÄLLER
HANDLÄGGNING AV PATIENTER SOM ÄR
AKTUELLA FÖR SJUKSKRIVNING.
EN LITTERATURGENOMGÅNG

Lena Ekenvall

Kristina Alexanderson

Sektionen för personskadeprevention,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet, Stockholm

SAMMANFATTNING

En litteraturgenomgång har genomförts för att identifiera problem inom hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden samt försök att åtgärda dessa. Cirka 700 publikationer på svenska, norska, danska eller engelska har inkluderats, såväl vetenskaplig som ”grå” litteratur i form av t ex rapporter, debattartiklar, ledare och policydokument. Någon bedömning av studiernas kvalitet har inte gjorts men studierna är generellt av låg vetenskaplig kvalitet, varför stor försiktighet måste iakttagas när det gäller att dra slutsatser av resultaten. Samtliga problem som beskrivs nedan finns beskrivna även internationellt för andra västländer.

Det finns vetenskaplig evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivningar som problematiskt. Olika förklaringar till detta framförs i studierna: läkare har svårt att gradera arbetsförmåga, de kan inte tillräckligt om patienternas arbeten för att kunna bedöma arbetsförmågan i relation till arbetet, de har bristande kompetens när det gäller socialförsäkringssystemet, frustration och negativa känslor inför patienter som läkare inte vet hur de ska behandla leder till onödiga undersökningar och behandlingar som förlänger sjukskrivningstiden.

Det finns vetenskaplig evidens för att läkare är dåliga på att fylla i ”sjukintyg” fullständigt vilket försvårar för arbetsgivare och försäkringskassor att ta ställning till rätten till sjukpenning och behovet av åtgärder. Intyg utfärdade av sjukhusläkare har sämre kvalitet än de utfärdade av allmänläkare eller företagsläkare, och intyg utfärdade för arbetslösa är av sämre kvalitet än de som utfärdas för andra. Telefonsjukskrivning har blivit allt vanligare i Sverige enligt några studier.

Studierna visar ganska entydigt att läkare tar hänsyn till andra faktorer än rent medicinska i sina bedömningar av behov av sjukskrivning. Flera studier visar dock att läkare inte känner till sina patienters psykosociala problem vilket kan medföra brister i behandlingen. En patient som vill bli sjukskriven nekas detta. Det framkommer i flera studier att det ofta är läkaren som tar initiativ till sjukskrivning. Ett genomgående problem för läkare är att hantera de två olika rollerna som patientens företrädare och som medicinskt sakkunnig vad avser socialförsäkringen. Många prioriterar rollen som patientens företrädare.

Väntetider inom och utanför vården är ofta mycket långa men effekten av detta på sjukfrånvarotider i stort är oklar. Effekten av en operation eller en specialistundersökning på sjukskrivning överskattas eventuellt.

Flera studier visar att det är vanligt med psykisk/psykiatrisk sjukdom hos människor sjukskrivna med fysiska sjukdomar och att dessa ofta inte diagnostiseras.

Flera studier visar att olika läkare bedömer liknande fall på olika sätt. Detta gäller även försäkringsläkare och medför en ojämlik bedömning av patienter och bristande rättssäkerhet.

Få studier om incitament och deras betydelse för kvaliteten i handläggningen av sjukskrivningsärenden finns gjorda. FINSAM-projekten, där vårdcentralerna fått möjlighet att ”låna” pengar från försäkringssystemet, verkar dock ha medfört lägre kostnader för sjukförsäkringen. FRISAM verkar inte ha lett till minskade kostnader. SOCSAM ledde till en omfördelning av kostnader för bidrag men effekten på de totala samhällskostnaderna var mer tveksam.

Av de åtgärder som provats har samverkan inom och utom sjukvården och kanske särskilt med en försäkringstjänsteman placerad på vårdcentral upplevts som mycket positivt. Även beteendevetenskaplig kompetens och tillgång till specialistkonsultationer på vårdcentralerna har varit positivt. Effekterna på sjukskrivningar har varit varierande.

En åtgärd som i flera studier visats ha god effekt när det gäller återgång i arbete är att använda en "case manager", en mentor som stöttar de sjukskrivna i kontakterna med de olika myndigheter som är inblandade i försök att återgå i arbete och normalt liv. "Second opinion", d.v.s. överprövning av ett sjukskrivningsärende, har i ett par studier visat sig ha god effekt, både rent medicinskt då nya diagnoser kunnat påvisas och vad avser sjukskrivningar. "Guidelines" behöver utarbetas för lämplig sjukfrånvaro vid specifika sjukdomstillstånd och arbetskrav, och skulle underlätta för läkare att bedöma behovet av sjukskrivning. Utbildning av läkare i sjukskrivningsfrågor har genomförts i många projekt. Få av dessa är utvärderade och där det skett är utvärderingen sällan adekvat. Ett par befolkningsinriktade kampanjer i form av massmedial information om lämpliga åtgärder vid ryggsbesvär ledde till ändrade attityder i befolkningen och bland läkare.

De flesta studier fokuserar på den enskilde läkaren och dennes kontakt med patienten. Betydelsen av hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad generellt eller för den enskilda mottagningen är inte belyst, inte heller läkarnas kontakter med försäkringskassan och organisationen kring detta eller orsaker till regionala skillnader. Primärvården står enligt flera studier för mellan 30 % och 50 % av sjukskrivningarna. Det är därför förvånande att så litet uppmärksamhet i litteraturen riktats mot andra läkare. Det saknas vidare nästan helt studier om vilka åtgärder läkare vidtar i samband med sjukskrivning, om hur arbetsförmågebedömning sker och om hur läkare samverkar med andra aktörer. Studierna är få och deras vetenskapliga kvalitet låg, då forskningsområdet ännu är relativt utvecklat teoretiskt och metodologiskt.

SYFTE

Att via en litteraturgenomgång identifiera problem inom hälso- och sjukvården kring hantering av patienters sjukskrivningsärenden samt försök att åtgärda dessa.

MATERIAL OCH METOD

Relevant litteratur har sökts brett och gått igenom för att identifiera sådana problem och åtgärder som prövats för att hantera dem.

Metod för litteratursökning

Publikationer från nationella och internationella tidskrifter, avhandlingar, böcker och rapporter som skrivits på svenska, norska, danska eller engelska har inkluderats. Såväl vetenskaplig litteratur som ”grå” litteratur, liksom debattartiklar, ledare och policydokument ingår. Att sökningen gjordes så bred beror på att den vetenskapliga litteraturen inom området fortfarande är mycket begränsad (1).

Relevant litteratur har sökts på följande sätt:

1. Sökningar i litteraturdatabaser
2. Genomgång av referenslistor i funnen litteratur
3. Egna referenslistor/material
4. Sökningar på myndigheters, landstings och andra hemsidor på Internet
5. Kontakt med personal på försäkringskassor och landsting i olika delar av landet
6. Kontakter med personer insatta i området

1. Sökningar i litteraturdatabaser.

Sökningar gjordes i följande sex litteraturdatabaser:

Medline/Ovid, PsycINFO, Current contents/Social & Behavioral Science

En kombinerad sökning i dessa litteraturdatabaser gjordes i juni 2004 för åren 2002-2004. Sökningar för åren innan dessa hade gjorts tidigare. Sammanlagt 1.117 träffar erhöles, varav cirka 950 i Medline. Kompletterande sökning gjordes i mitten av september vilket gav ytterligare 334 träffar. Följande sökord användes: ”sickness absence, sick leave, sickness presenteeism, work capacity, work ability, return to work”.

SveMed+

SveMed+ är en bibliografisk databas med referenser till nordiska artiklar inom det medicinska området. En del av materialet är av mer populärvetenskaplig karaktär. Det äldre materialet kommer från databaserna Spriline och Swemed. Databasen täcker år 1977 och framåt. Fr.o.m. år 2001 hämtas artiklar ur tidskrifter som tidigare indexerats för databasen Patric. Förutom biomedicin bevakas patientinformation och icke kliniska aspekter av hälso- och sjukvård.

Följande sökord användes i sökningen: ”sjukintyg, sjukskrivning, sjukfrånvaro”. Omkring 400 träffar erhöles på detta sätt. Ingen begränsning i publiceringsår gjordes. Det mesta av materialet är publicerat under de senaste 10 åren, endast ett fåtal är äldre än 1990.

MIKS

MIKS är Karolinska Institutets bibliotekskatalog och i en sökning begränsad till åren 1996-2004 användes sökorden: "sjukfrånvaro, sjukskrivning, sjuknärvaro, sjukintyg, arbetsförmågebedömning". Omkring 180 träffar erhöles.

Arblin

Sökningen i Arblin begränsades till åren 1995-2004. Ingen av de 846 träffarna på sökordet "sjukfrånvaro" bedömdes ha relevans för projektets syfte. Anledningen till detta är att studierna i denna databas inte fokuserade på hur sjukskrivningar hanteras inom hälso- och sjukvården utan snarare på sjukfrånvaro bland anställda inom sjukvården.

2. Genomgång av referenslistor i funnen litteratur

Referenslistor i funna publikationer har lästs igenom och de referenser, vilka utifrån titeln eller det som sagts om dem i texten, bedömts vara relevanta har beställts

3. Egna referenslistor

Forskargruppens egna tidigare insamlade referenser inom området. Pga. tidigare forskning och litteraturgenomgångar inom området är antalet sådana stort.

4. Sökningar på myndigheters, landstings och andra hemsidor på Internet

Sökningar efter projektrapporter, utvärderingar, policydokument och pågående projekt har gjorts på hemsidor tillhörande exempelvis landsting, försäkringskassor, Riksförsäkringsverket, högskolor och universitet.

5. Kontakt med personal på försäkringskassor och landsting i olika delar av landet

Telefonkontakt med personal på olika försäkringskassor och landsting runt om i landet har tagits, för att på så sätt ta del av pågående projekt, utvärderade projekt, policydokument med mera.

6. Kontakter med personer som är insatta i området

Genom kontakter med andra forskare som tagits på olika sätt, bl.a. vid seminarier och konferenser, via e-post och i samband med intervjuer med ett flertal särskilt insatta personer har ytterligare referenser hittats.

Metod för genomgång av litteratur

Samtliga titlar och abstracts har gått genom av två personer. Publikationer som då bedömts som av intresse för projektet, eller av eventuellt intresse, har införskaffats och gått igenom. Sammanlagt har drygt 1.200 publikationer gått igenom. Dessa har varit vetenskapliga artiklar, debattartiklar, böcker, rapporter, utvärderingar, skrivelser. Dessa har gått igenom för att bedöma om de var relevanta eller ej, utifrån projektets syfte. Cirka 700 bedömdes som relevanta. En stor del av dessa är debattartiklar.

Arbetet med litteraturgenomgången har framför allt genomförts av Lena Ekenvall, i samarbete med Kristina Alexanderson och Anna Löfgren. Gruppen tog fram en mall för sammanställning av uppgifter från relevanta publikationer, vilken testades genom att ett tiotal publikationer gick igenom och gruppen jämförde resultaten sinsemellan för att samordna vad som lyftes fram i varje publikation och vilken detaljeringsnivå redovisningen hölls på. När en stor del av materialet lästs kategoriserades sammanfattningarna efter nyckelord. Nyckelorden ledde till en kategorisering av olika

problemområden, där flera indelningar av dessa prövades. Efter diskussioner av olika indelningars lämplighet, utifrån projektets syfte, valdes nedanstående områden.

Begränsningar

Någon bedömning av de ingående studiernas vetenskapliga kvalitet har inte gjorts, men sammantaget måste sägas att studierna generellt är av ganska låg sådan kvalitet. Stor försiktighet rekommenderas därför när det gäller att dra slutsatser av resultaten. Vi har inte heller tittat på diagnostik och behandling av specifika sjukdomar, endast hantering av sjukskrivning för dessa. Det är dock problematiskt att den vetenskapliga kunskapen om just adekvat diagnostik, behandling och rehabilitering för merparten av de tillstånd som ligger bakom sjukskrivningarna är så begränsad.

Redovisning av studier

Här redovisas ett urval av de olika publikationer vi gått igenom för detta projekt. Urvalet av dessa har gjorts för att ge en så bred bild som möjligt om de problem som återfinns i litteraturen kring hantering av sjukskrivningsärenden i sjukvården. Först redovisas publikationer som lyfter fram olika problem, sedan studier om metoder som prövats för att åtgärda dessa problem. En del studier berör olika problem och har därför redovisats mer än en gång under olika rubriker.

PUBLIKATIONER OM PROBLEM

Som framgår av nedanstående är läkare ofta fokus i publikationerna.

Undersökningsmetoder gällande läkares sjukskrivningspraxis

En stor del av studierna inom området fokuserar på läkares sjukskrivningspraxis. I dessa studier har flera olika datainsamlingsmetoder använts, såsom enkäter, intervjuer, läkarintygsstudier, audits och observationer (t ex deltagande observationer eller videoinspelningar).

Frågeformulär används ofta, tyvärr vanligen med så låga svarsfrekvenser att generaliserbara slutsatser av studierna knappast kan dras. I en del av dessa studier ombeds läkare att ta ställning till sjukskrivning (och ibland även andra åtgärder) av skriftliga patientfall. Det är dock oklart om resultat av sådana studier alltid överensstämmer med hur läkare faktiskt sjukskriver riktiga patienter (2, 3). I andra enkätstudier har frågor istället ställts om attityder, förhållningssätt, kunskaper, önskemål, problem och hur dessa hanteras respektive påverkar läkaren. I de flesta av dessa enkätstudier har kvantitativa analysmetoder använts, men även kvalitativa studier har gjorts.

Intervjuer av läkare, framförallt individuella sådana (antingen i direkt möte eller via telefon), men även fokusgruppsintervjuer, har använts.

Flera *intygsstudier* har genomförts, där 'sjukintyg' har samlats in och analyserats med olika metoder och utifrån olika frågeställningar.

Endast i enstaka studier har *deltagande observation* vid läkarkonsultationer eller videoinspelningar använts och även om det funnits möjlighet att då fokusera på hantering av sjukskrivningsfrågor, har inte detta gjorts ännu.

En annan metod är att göra en *audit*, dvs. att låta läkare frivilligt rapportera sina sjukskrivningsfall till en central instans och därefter få återföring om sitt eget

sjukskrivningsmönster jämfört med gruppens. Nackdelen med denna metod är att oftast endast intresserade läkare deltar vilket minskar resultatens generaliserbarhet.

Sjukskrivningspraxis

Söderberg och medarbetare (4) genomförde en litteraturstudie om sjukskrivningspraxis och fann bl.a. att nästan alla studier var publicerade av läkare och oftast fokuserade på läkaren, ibland på både läkare och patient men aldrig på interaktionen dem emellan. Forskningsproblemen var sällan medicinska utan låg inom det beteende- eller socialvetenskapliga området utan att sådana metoder och teorier används fullt ut.

Problem läkare anger

I SBU:s systematiska litteraturgenomgång av studier om sjukfrånvaro (1) fann man vetenskaplig evidens för att läkare tycker att arbetet med sjukskrivningar är problematiskt, dvs. ett flertal studier av acceptabel kvalitet visar detta.

I en svensk studie (5) besvarades ett frågeformulär om upplevda svårigheter i hanteringen av sjukskrivningsärenden av sammanlagt 125 öppenvårdsläkare (allmänläkare, psykiatriker och privatpraktiker) vilket utgjorde 74 % av de som fick enkäten. Läkarna lyfte fram två typer av problem, dels försäkringsrelaterade, dels medicinska. Att gradera arbetsförmågan och bestämma längden på sjukperioderna bedömdes som svårt och läkarna tyckte inte heller att de förstod lagstiftningen. Fokus på biomedicinsk diagnos komplicerade hanteringen eftersom arbetsförmågan kan vara nedsatt utan att det finns en fastställd diagnos. Medicinska problem var relaterade till svårigheter att ställa diagnos, bedöma validitet i patientens berättelse respektive att få patienten att följa läkarens råd. Dessa problem ledde antingen till mer arbete eller till emotionell påfrestning för mer än hälften av läkarna, som använde olika sätt att hantera problemen, såsom att avvakta, att sjukskriva eller att kontakta andra vårdgivare eller myndigheter för att finna en lösning.

Gulbrandsen (6) skickade en enkät till norska läkare 1993 och 2000. Sex av sju läkare möter orealistiska förväntningar av sina patienter. Mer än en av tre upplever en del eller mycket stress på grund av förväntningar om hjälp med icke medicinska frågor. Nästan hälften av läkarna hade medvetet utformat intyg för att styrka patienternas sak och mer än hälften satte ibland eller ofta patienternas önskemål före sin egen medicinska bedömning. 86 % av läkarna hade själva gått till sina arbeten när de skulle ha sjukskrivit en patient med motsvarande symptom och liknande arbete. Andelarna var lägre bland äldre läkare och bland dem med hög arbetstrivsel.

Lien (7) intervjuade 10 norska läkare om deras arbete med förtidspensioneringar och granskade 45 av deras ärenden. Författaren fann att läkaren spelar en aktiv roll i processen som leder till förtidspension. De uppmuntrar aktivt sina patienter att söka en sådan lösning. Icke-medicinska hänsyn ledde till att många läkare kände frustration när de förberedde läkarutlåtandet. Läkarna kände ett behov av att få avsluta ärenden som vandrat mellan sjukskrivning, a-kassa och socialbidrag och där chansen att någonsin få ett arbete var minimal.

Fokusgruppsintervjuer med svenska allmänläkare (5 grupper med sammanlagt 27 läkare) rörande patienter med multipla medicinskt hittills ej förklarbara symptom (8) visade att frustration och negativa känslor inför patienter som läkarna inte vet hur de ska hantera ledde till onödiga undersökningar och behandlingar och de underliggande psykosociala faktorerna uppmärksammades inte.

Hussey et al (9) undersökte skotska allmänläkares hantering av sjukskrivningssystemet, deras syn på det och deras förslag till förändringar genom 11 fokusgrupper med 67 deltagande allmänläkare. Läkarna utvecklade olika strategier för att klara sjukskrivningar i svårbedömda fall. Det förekom medvetet fusk, möjligen relaterat till rollkonflikten mellan att vara patientens advokat och att vara opartisk medicinsk sakkunnig, där den förra rollen tydligen upplevdes som viktigare när det gäller sjukskrivningar. Bristande kontinuitet i vården medförde speciella svårigheter. Många önskade slippa rollen som medicinskt sakkunnig helt. Läkarna var dåligt insatta i hur systemet var tänkt att fungera och saknade intresse för det. En del av dem uppgav sig ofta använda täckdiagnoser och var snarast stolta över att kunna påpeka att statistiken måste vara meningslös. Alla förändringar som föreslogs innebar att läkare skulle få mindre arbete och patienterna skulle få som de ville. Läkarna ansåg sig behöva en tillgänglig personligen känd erfaren kollega att konferera med och remittera till.

Många läkare, och framförallt läkare i primärvården, anger tidsbrist som ett problem i samband med sjukskrivningsärenden (10).

I Kanada studerades familjeläkares åsikter om vad som utgjorde de största hindren när det gällde återgång i arbete för sjukskrivna (11). Sex fokusgrupper med vardera mellan 6 och 12 läkare diskuterade frågorna. De största hindren ansågs vara brist på anpassat arbete att återgå till samt att arbetsgivare behandlar patienter med arbetsskador, som de själva får betala för, annorlunda än sjukskrivna med andra diagnoser. Läkarnas roll när det gäller arbetsåtergång var oklar, de hade inte utbildning i företagshälsovård och saknade kunskap om arbetsrelaterade faktorer. Förbättringsförslag var att underlätta snabbare undersökningar och behandlingar, att företagen skulle utse en ”company case coordinator” (case manager) och att läkare skulle få adekvat betalning för att arbeta med arbetsåtergång för sina patienter.

I ett flertal studier har ”sjukintyg” granskats ur olika aspekter. Tibblin (12) undersökte insamlade läkarintyg. Han fann att många läkare initialt sjukskriver personer under förvånansvärt lång tid, en fjärdedel blev sjukskrivna tre veckor eller mer och 2,5 % fick redan vid första sjukskrivningstillfället mer än två månader. Risken för en patient att bli sjukskriven 300 dagar eller mer ökade med den initiala sjukskrivningens längd. Av de 48 personer som sjukskrevs mer än 90 dagar initialt blev 29 % 300-dagarsfall.

I en norsk studie (13) ombads 133 allmänläkare att gradera i vilken grad de hade kännedom om sina patienter. Man analyserade om detta hade samband med hur läkarna utnyttjade olika resurser, inklusive sjukskrivning. Läkarna övervägde sjukskrivning i 823 av de inkluderade konsultationerna och i 700 av dessa utfärdades sjukintyg (85 %). Tidigare god kännedom om patienten ledde till signifikant större risk för sjukskrivning (Odds Ratio = 53,4; 95 % konfidens intervall: 16,2-184,1), således 53 gånger högre förekomst av sjukskrivning om läkaren uppgav sig ha god eller utmärkt kännedom om patienten. Detta gällde även om det rörde en annan sjukdom än den som patienten sökt för tidigare.

Clemence et al (14) studerade i en kvalitativ studie genom 22 semistrukturerade djupintervjuer (8 läkare, 8 sjukgymnaster och 6 patienter) varför engelska allmänläkare remitterar patienter till sjukgymnast. Han fann tre typer av remitteringsorsaker: adekvat, avlastning eller dumpning. Dessa orsaker till remittering stämmer till eftertanke: remitterar läkare till olika instanser för att dela arbetet (avlastning) eller för att dumpa problempatienterna till någon annan? Det senare leder åtminstone för någon till längre sjukskrivningar.

Att skriva intyg av olika slag är en väsentlig del av läkares vardag. Englund et al (15) analyserade sjukskrivningsmönstret hos allmänläkare (299 deltagande, svarsfrekvens 84,2 %), psykiatriker (143 deltagande, svarsfrekvens 80,8 %) och ortopedier (165 deltagande, svarsfrekvens 92,7 %) genom att skicka fallbeskrivningar med samma innehåll men med variationer i patientens önskan att bli sjukskriven. Patienter som ville bli sjukskrivna blev det i högre utsträckning än de som var motsträviga. Allmänläkare sjukskrev oftare än ortopedier medan psykiatriker sjukskrev oftare än allmänläkare. Kostnadsberäkningar gjordes och ortopederna var "billigast" när det gällde ortopedfall.

Edlund et al (16, 17) intervjuade 14 läkare i Västerbotten. Läkarna upplevde ökande krav med fler och sjukare patienter, samtidigt som de hade mindre tid och mindre inflytande. Känsla av isolering och minskad kontroll, brist på tid pga. ökat antal patienter och ökade krav ansågs bland läkarna utgöra hinder för optimalt arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Andra hinder var bristande kunskap om arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemet. Samverkan mellan öppenvård och slutenvård fungerade inte tillfredställande. Läkarna trodde själva att det var patienternas egna uppfattningar om behov av sjukskrivning som leder dem i arbetet, och att det var vanligt att patienter inte ville bli sjukskrivna eller väntade för länge med att sjukskriva sig. Flera läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som svårt pga. sina bristande kunskaper om arbetsmarknaden och socialförsäkringslagarna. De rekommenderade deltidssjukskrivning som ett sätt att underlätta återgång i arbete. De tyckte att försäkringskassan blivit mer aktiv vilket ansågs positivt. Avstämningsmöten med läkare, arbetsgivare och försäkringskassan ansågs mycket konstruktiva. Betydelsen av personliga kontakter betonades. Speciella svårigheter ansågs råda när det gäller sjukskrivning av arbetslösa. Försäkringskassan har en "åter till arbete" inställning medan läkarna har en bredare uppfattning om rehabilitering, och förtidspension kan för dem vara en lyckad åtgärd. Läkare vet inte heller när i tiden det är lämpligt att återgå i arbete efter ett sjukfall. Det kändes också meningslöst att lägga arbete och resurser på arbetslivsinriktad rehabilitering när följden blir arbetslöshet. Sjukhusläkare var mindre intresserade av samarbete och hade sällan kontakt med försäkringskassa eller arbetsgivare. För yrkesrehabilitering hänvisade de till företagshälsovård eller primärvård. Läkarna upplevde ett ökande gap mellan sina ideal och verkligheten.

Åsikter och förslag

I flera publikationer anses att läkare använder för mycket tid åt byråkratin med sjukintyg i stället för att koncentrera sig på orsakerna till arbetsförmågan (18). Det finns två typer av argument i litteraturen mot att läkare har (långvarigt) ansvar för att skriva sjukintyg. Det ena handlar om att det tar tid från andra viktiga uppgifter (ett argument för att läkare skall ha denna uppgift är att detta är en mycket viktig del i patientens liv och för patientens hälsa och därför bör läkaren vara involverad).

Det andra handlar om att det sätt sjukskrivningen hanteras av läkare nu ibland/ofta

- leder till medikalisering (18)
- uppmuntrar till inlärd hjälplöshet, (18)
- bidrar till att odla myten om att arbete är skadligt för hälsan (19)
- passivisering och marginalisering

Det finns två olika typer av förslag till lösning av detta problem:

1. Det ena är att läkare inte skall sjukskriva alls (20, 21) (18, 22) eller endast i början av sjukfall. Antingen föreslår man att patienten själv ansvarar för detta eller att efter en tids sjukskrivning, t ex 4-8 veckor (23) eller tre månader, skall specialutbildade läkare (23), Försäkringskassan (24), eller företagshälsovården (25) ta hand om dessa ärenden. Någon (26) föreslår att läkare som är under utbildning endast skall få sjukskriva 4 veckor, en annan (27) att läkare bara skall skriva intyg för arbetslösa, långa fall och i samband med förtidspension. Kjer (28) ansåg att patienterna skulle ha rätt att sjukskriva sig själva under hela arbetsgivarperioden (2 veckor). Om arbetsgivaren kräver intyg under perioden borde han liksom i Danmark få bekosta undersökningen och intyget själv.

2. Det andra är att utbilda läkare så att de bättre kan hantera dessa ärenden och/eller på andra sätt ge vården resurser att hantera dessa ärenden bättre, t ex via fler beteendevetare, bättre samarbete, kortare väntetider, parallella processer kring patienten, case manager etc.

Hur stor del av arbetet tar sjukskrivningsärenden för läkare?

I en studie (29) undersöktes allmänläkares sjukskrivningsmönster genom att protokoll fördes av läkarna under en 14-dagarsperiod i de fall sjukskrivning var aktuell. 150 läkare ombads delta, 53 deltog (35 %). I 8,8 % av alla konsultationer diskuterades sjukskrivning och i endast 6 % av dessa konsultationer utfärdades inte sjukintyg.

Englund et al (30) jämförde konsultationer där sjukskrivning diskuterades mellan 1996 och 2001 med samma metod som tidigare. Andelen konsultationer som rörde sjukskrivning ökade från 8,8 % till 15,4 % och som tidigare var det en marginellt liten del av konsultationerna där sjukskrivning önskades där sådan inte beviljades. Medianlängden ökade från 2 till 3 veckor. Andelen partiella sjukskrivningar hade inte ökat. Andelen distriktsläkare som hade samarbetsformer med försäkringskassan hade minskat. Färre än 1 % av patienterna nekades sjukskrivning. De läkare som hade en speciell kontaktperson på försäkringskassan sjukskrev signifikant färre dagar, likaså de som fick feed-back från försäkringskassan.

Himmel et al (31) fann i en studie av 14 tyska allmänläkare att 40 % av de patienter som var sjukpenningförsäkrade fick ett sjukintyg (variation 12,5-60 % på olika mottagningar). Det framgick inte hur stor andel av patienterna som var försäkrade.

I en dansk studie (32) fann man att en allmänläkare ser fem patienter med ett nytt ryggproblem under en två-veckorsperiod och ytterligare fem med redan kända problem. Åtta procent av dessa hade sökt för att få ett intyg för sjukskrivning.

Vem tar initiativet till att diskutera sjukskrivning

Larsen et al (33) lät 38 norska läkare (73 % av de tillfrågade) fylla i ett frågeformulär vid alla konsultationer som gällde sjukskrivning, 328 stycken. Frågan om sjukskrivning kom i 66-70 % av fallen upp på patientens initiativ. När patienten, enligt läkaren, tog initiativ till sjukskrivning blev 95 % sjukskrivna, när läkaren gjorde det 84 %. När inga objektiva undersökningsfynd fanns tog patienten initiativ till sjukskrivningen i 85 % av fallen och läkaren i 15 %.

I ovan nämnda studie av Englund (29) där allmänläkares sjukskrivningsmönster undersöktes genom att protokoll under en 14-dagarsperiod i de fall sjukskrivning var aktuell. 150 läkare ombads delta, 53 deltog. I 8,8 % av alla konsultationer diskuterades sjukskrivning och i endast 6 % av dessa konsultationer utfärdades inte sjukintyg. Medianlängden för sjukskrivningen var 14 dagar. Läkarna tillfrågades i formuläret om de

själva skulle ha rekommenderat sjukskrivning i respektive ärende. Även i de fall där läkarna inte själva skulle ha rekommenderat sjukskrivning sjukskrevs 87 % av de patienter som ville detta. Även om läkare ansåg att en lång sjukfrånvaro skulle skada patienten sjukskrev man för länge.

Himmel et al (31) rekryterade 14 tyska allmänläkare som deltog i en forskningskurs för allmänläkare (antalet elever på kursen redovisas inte) för en undersökning av sjukskrivning. Patienter som kom till mottagningarna vissa dagar och som var berättigade till sjukersättning ombads delta. De fick fylla i ett frågeformulär (64 % svarsfrekvens) och för varje sådan patient fick läkaren fylla i ett extra formulär. Studien visade att 40 % av försäkrade fick ett sjukintyg (variation 12,5-60 % på olika mottagningar). Om sjukskrivning alls behandlades under konsultationen fick patienterna intyg i 80 % av fallen. Det var oftast läkarna som tog upp frågan; i 69 % av fallen. 18,1 % av patienterna nekade till att bli sjukskrivna medan läkarna nekade att skriva intyg endast i 1,4 % av fallen. (Läkarintyg krävdes efter tre dagars frånvaro, många sökte alltså läkare snarare för att få sjukintyg än behandling.)

Pind (32) undersökte hur ryggpatienter hanteras av allmänläkare i Danmark. En allmänläkare ser fem patienter med ett nytt ryggsproblem under en två-veckorsperiod och ytterligare fem med redan kända problem. Data samlades in för konsekutiva patienter som sökte för ryggsproblem en vårdcentral där det fanns sju läkare. Åtta procent hade sökt för att få ett sjukintyg men intyg utfärdades i 26 % av fallen. Att 26 % blev sjukskrivna ligger enligt författaren i nivå vid resultaten från andra studier. Remiss till sjukgymnast skrevs för 41 %.

Åsikter och förslag

Denna fråga har debatterats en del i svensk media senaste åren, men får anses vara en pseudofråga. Det är oftast patienten som tar initiativ till hela konsultationen. Att patienten tar upp frågan om just läkarintyg för sjukskrivning är föga förvånande, det är patienten som behöver detta, liksom andra intyg till försäkringar etc. Det är trots allt förvånande att läkare så ofta tar initiativet till sjukskrivning.

Intyg och deras kvalitet

När det gäller läkares sjukskrivningspraxis fann man, i den nyligen genomförda systematiska litteraturöversikten kring sjukfrånvaro som Statens Beredning för medicinsk Utvärdering nyligen genomförde, vetenskaplig evidens för att läkares sjukintyg, medicinska utlåtanden, ofta har dålig kvalitet (34).

Vid en vårdcentral (35) fann man att primärvårdens andel av sjukskrivningarna kunde skattas till en tredjedel. Mindre än 10 % av sjukskrivningarna blev längre än 90 dagar men innefattade 54 % av alla sjukdagar. Av de längsta fallen (mer än 90 dagar) avslutades 24 % med återgång i arbete, 27 % med hel förtidspension och 16 % med deltidspension. 15 % väntade på beslut om förtidspension. Studien utfördes under en tid med låga sjuktal.

Söderberg et al (36) undersökte och analyserade 2909 läkarintyg utfärdade en bestämd dag vid 8 försäkringskassor. Primärvården hade utfärdat de flesta av intygen. Intyg som angav symptom från rörelseorganen och psykiska besvär som sjukskrivningsorsak var på 55 respektive 52 sjukdagar i genomsnitt. Män blev i genomsnitt sjukskrivna 55 dagar och kvinnor 54. 73 % av intygen innehöll uppgift om arbetsgivare respektive arbetslöshet. En period längre än 60 dagar hade utfärdats för 44 % av de arbetslösa och 34 % av de med arbete. Sannolikheten för att det förekom ett förslag på intygen om rehabiliteringsåtgärd

var signifikant lägre för de arbetslösa än för dem med arbete. Fördjupad bedömning av 10 % av intygen visade att 74 % utgjorde ett osäkert beslutsunderlag som med stor sannolikhet innebar behov av kompletterande uppgifter för att kassan skulle kunna göra en bedömning. 39 % av allmänläkarna och 46 % av företagsläkarna fyllde på intyget i att de inte kunde bedöma den sjukskrivnes möjlighet att återfå tidigare funktionsförmåga när intyget utfärdades.

En motsvarande undersökning (37, 38) gällande läkarintyg från ett av dessa åtta län visade att intygen fortfarande hade mycket dålig kvalitet ur försäkringskassans perspektiv. Den sjukskrivnas arbetsuppgifter redovisades endast på 42 % av intygen och 73 % gav ett bristfälligt underlag inför beslut om sjukpenning, antingen genom att medicinskt status saknades eller att information om funktionsförmågan saknades. Längden på sjukperioderna hade ökat jämfört med år 2002.

Även i en norsk studie (39) av 735 intyg för sjukfall gällande mer än 8 veckor framkom att viktiga uppgifter saknades i många intyg.

I en dansk studie (40) undersöktes läkares syn på och användning av ett utvidgat intyg vid långvarig sjukskrivning. En tredjedel av läkarna och nästan hälften av försäkringstjänstemännen ansåg att intyget inte var användbart för beslut i dessa ärenden. Läkarna angav följande orsaker till att de inte fyllde i intyget komplett: sjukdomsförloppet var oklart, de visste inte hur informationen skulle tolkas av mottagaren och de hade inte tillräcklig kännedom om regelverket.

Karlsryd har gjort ett flertal studier av läkarintyg ur olika perspektiv (41-44) och av läkares syn på läkarintyg (45, 46). Hon fann bl.a. att ifyllande av de olika uppgifterna på läkarintyget varierade mellan 47 och 87 procent (43). Det fanns inga skillnader mellan äldre och yngre eller mellan kvinnliga och manliga läkare. Intyg utfärdade av sjukhusläkare saknade oftare uppgifter.

Även en studie från Slovenien visar stora brister i ifyllandet av intyg (47).

I en norsk studie (48) utvärderades nyttan av de utökade intyg som i Norge ska utfärdas efter 8 veckors sjukskrivning. Behov av ytterligare uppgifter från läkaren i intygen bedömdes föreligga i nära en tredjedel av intygen, främst vad gäller uppgifter om patientens arbetsförhållanden. I färre än vart tionde fall ledde intygen till någon form av åtgärd av yrkesinriktat slag. Försäkringsläkarna och handläggarna hade olika åsikter om vilka fall som borde få någon åtgärd. Försäkringskassan gav avslag till sjukersättning i mindre än 2 % av fallen. Undersökningen tycks bekräfta att intygen sällan leder till åtgärder från försäkringskassan i Norge och författarna anser att nyttan med dessa intyg måste utvärderas mer för att säkerställa en bättre balans mellan nyttan av intygen och kostnaderna för att utfärda dem.

Benson-Dahlgren (10) granskade 2296 läkarintyg fördelade på 556 patienter utfärdade av distriktsläkare, företagsläkare, privatpraktiker, ortopedier och psykiatriker samt intervjuade 77 läkare som utfärdat mer än 10 intyg under en viss period om hur de sjukskriver. Samtliga läkare utom privatpraktiker ansåg att den tid de har för sina patienter är för kort. Det kan noteras att privatpraktiker ändå hade flest patienter per dag. Särskilt distriktsläkare upplevde tidsbrist. Inom samtliga läkargrupper togs hänsyn till sociala och ekonomiska förhållanden vid sjukskrivning, i minst utsträckning bland ortopedier. Detta verkade dock inte påverka sjukskrivningslängden, då de läkare som gjorde detta oftast sjukskrev korta perioder. Läkarna tog även hänsyn till patienternas uppgifter om arbetsgivarens möjligheter till omplacering. Alla läkargrupperna, utom ortopedier, trodde att de använde partiell sjukskrivning oftare än de i realiteten gjorde.

Läkare, med undantag av företagsläkare, kontaktade sällan patienternas arbetsgivare. Läkarna vill gärna göra arbetsplatsbesök men hinner inte. Att ha kontakt med handläggare på försäkringskassan påverkade vad som skrevs på sjukintyget.

Arrelöv och medarbetare (49) fann att allmänläkare sjukskrev kortare perioder (på varje sjukintyg, hur många perioder som varje sjukfall innehöll framgår inte av denna typ av studier) än andra läkare och bekräftade fynden i andra studier att företagsläkare använder mer deltidssjukskrivning än andra.

Fjällman och medarbetare (50) studerade ett stort antal intyg inkomna till sju försäkringskassor en viss dag. 45 % av sjukperioderna (28-dagarsintyg) avslutades vid månadsskiftet och intygen hade stora kvalitetsbrister. Deltidssjukskrivna fick längre sjukperioder och författarna undrar om partiell sjukskrivning har blivit en subventionerad form av deltidarbete. De ansåg att det enda sättet att höja kvaliteten är att alltid returnera ofullständigt ifyllda intyg.

Tidsåtgången för allmänläkare vid utfärdande av intyg studerades i en brittisk allmänläkarmottagning (51). Det visade sig ta ungefär 4 timmar per vecka, och författarna föreslår egensjukskrivning vid kortare frånvaro (intyg krävdes redan efter 3 dagars frånvaro), och utvidgad rätt för andra än läkare att utfärda intyg.

Sammanfattningsvis visar dessa studier av att läkare är dåliga på att fylla i sjukintygen vilket får till följd att arbetsgivares och försäkringskassans underlag för att fatta beslut om rätt till sjuklön, sjukpenning respektive rehabiliteringsåtgärder är undermåligt. Detta leder till förlängda handläggningstider, bristande rättsäkerhet och stor irritation.

Åtgärder och förslag

De åtgärder som föreslås för att förbättra kvalitén på sjukintygen kan sammanfattas på följande sätt:

- Returnera alla ofullständiga intyg med detsamma, antingen till patienten, som får ansvar för att få fram ett fullständigt intyg, eller direkt till den läkare som skrivit intyget. Ingen ersättning betalas ut om beslutsunderlaget är ofullständigt.
- Förenkla intygen, så att de blir lättare att fylla i för läkare.
- Utbilda läkare, om vad som skall ingå i intygen, om rollen som medicinskt sakkunnig, dvs den roll läkaren har vid all typ av intygsskrivning, samt om hur och av vilka intyget skall användas.

Telefonsjukskrivning

Auditregistreringar hos 110 allmänläkare (samtliga allmänläkare i Sverige erbjöds delta) i anslutning till patientbesök har visat att förlängning av sjukintyg i 40 % av sjukfallen gjordes per telefon (52). Hög arbetsbelastning eller att det gällde en, för primärvårdens del, färdigbehandlad patient angavs som orsak.

Enligt en studie av Englund et al (30) har telefonsjukskrivningarna ökat mycket mellan 1996 och 2001.

Åsikter och förslag

Lindenger (53) anser att majoriteten av landstingen stöder ”automatisk” telefonsjukskrivning genom att åtgärden nu finns upptagen på deras prislistor, i något fall t.o.m. som ”sjukskrivning utan läkarkontakt”. Att intyget är skrivet per telefon framgår

inte för försäkringskassan. De flesta datajournaler har en funktion för kopiering av tidigare intyg vilket är olyckligt eftersom samma gamla information då kommer att skickas upprepade gånger till försäkringskassan. Författaren anser att läkare måste ges en arbetssituation som möjliggör ett meningsfullt utfärdande av intyg. Landstingen måste inkludera läkarintyg i sin kvalitetskontroll och här måste beställarorganisationerna ställa krav.

Bedöma arbetsförmåga

Bedömning av arbetsförmåga är central inom sjukfrånvaroområdet, eftersom nedsatt arbetsförmåga är en av kriterierna för att få sjukpenning (1, 54, 55).

I en studie från Sverige (56) samlades data in från allmänläkare vid tre vårdcentraler, enligt ett särskilt framtaget bedömningsinstrument, om funktionsnivån hos 18 235 patienter under perioden 1981-1986. Denna bedömning relaterades till sjukskrivningsdata. Tolv procent av de nya sjukskrivna patienterna bedömdes ej ha sådan nedsättning av funktionsförmågan att det påverkade dagliga aktiviteter. Trettiofem procent av patienter med sådan funktionsnedsättning blev inte sjukskrivna, medan endast 60 procent av dem som redan var sjukskrivna bedömdes ha funktionsnedsättning när de fick sjukskrivningen förlängd. Patienter med uttalad nedsättning av funktionsförmågan kunde ibland arbeta utan obehag. Eftersom nedsatt funktionsförmåga inte nödvändigtvis är detsamma som nedsatt arbetsförmåga kan resultaten tolkas som att läkare också gör denna åtskillnad.

Andra faktorer än rent medicinska tas med i bedömningen

I en norsk studie undersökte Reiso et al (57) om patienternas och deras allmänläkares syn på arbetsförmågan överensstämde. 58 % av de utvalda läkarna deltog och fyllde i frågeformulär om 25 konsekutiva sjukskrivningsepisoder på sina mottagningar, och patienterna fyllde i motsvarande formulär (svarsfrekvens bland patienterna 66 %). Det befanns vara en god överensstämmelse mellan patienternas och läkarnas bedömning, trots att läkarna byggde sin syn på det medicinska tillståndet och patienterna sin på kraven i arbetet.

Reiso et al (58) undersökte 549 patienter hos 52 läkare. Närvaro av icke medicinska faktorer (bedömt av patienterna) ledde till långa sjukfall. Läkarnas bedömning av arbetstrivsel och icke medicinska faktorer var inte associerade med längden på sjukfallen. Studien visar att läkare ofta inte kan bedöma om icke medicinska faktorer bidrar till långa sjukskrivningar.

Gulbrandsen (59) bedömde genom en enkät i Norge till 144 läkare (89 svarade = 62 %) och 1401 av deras egna patienter (konsekutiva) i arbetsför ålder om sociala problem bidrog till sjukskrivningarna. 218 patienter, dvs. 16 %, uppgav att de fått ett intyg för sjukskrivning. Läkarna ansåg att sociala problem inkluderande arbetsrelaterade problem hade medverkat till sjukskrivningen hos 48 (22 % av de 218). Hos 34 var belastande arbete bidragande orsak och hos 5 enbart icke arbetsrelaterade problem bidragande till sjukskrivningen. De anser att studien tyder på att läkare sällan sjukskriver först och främst av sociala skäl. De patienter som läkaren hade god kunskap om blev något oftare sjukskrivna.

I samma grupp av läkare och patienter som ovan påverkade i 17 % av alla konsultationer patienternas sociala problem handläggningen av ärendet. Det vanligaste var längre tid för besöket, rådgivning, sjukskrivning och psykofarmaka. Endast ett par procent av patienterna hänvisades till sociala myndigheter.

Gulbrandsen och medarbetare (60) studerade också psykosociala faktorer som påverkar hälsan i samma grupp av läkare och patienter som ovan. Han fann att det bland dem som ansåg sig oförmögna att arbeta var minst dubbelt så vanligt med icke arbetsrelaterade problem som bland dem som inte upplever sig som arbetsoförmögna. Det finns alltså en relation mellan att känna sig oförmögen att arbeta och att ha psykosociala problem (sorg, utsatthet för våld, konflikter, anhöriga med missbruksproblem, ensamhetskänsla eller genomgången familjesplittring). Han bedömer att sjukskrivning kanske inte är bästa sättet att lösa dessa patienters problem och att det är viktigt att läkare sätter sig in i vilka problem utöver rent medicinska som deras patienter kan ha.

Samma författare (61) analyserade även enkätsvaren om psykosocial belastning som kunde påverka hälsan. Han fann att åtminstone en tredjedel av patienterna i primärvården har psykosociala problem som de upplever påverkar deras hälsa. Allmänläkarna kände endast till mellan en femtedel (varit utsatt för våld) och hälften (stressigt arbete) av dessa problem. Studien visar att allmänläkare dåligt känner till sina patienters sociala problem och alltså inte kan ta hänsyn till sådana i handläggningen. Behandlingen torde därför inte bli optimal.

I en studie (62) undersöktes 52 sjukskrivna (mer än 6 veckor) invandrare under 45 års ålder med multiaxiala metoder av två andra läkare än den sjukskrivande. Patienterna var oftast sjukskrivna för benigna ospecifika muskelsmärter men även för mild till måttlig depression. Två tredjedelar av patienterna bedömdes kunna arbeta åtminstone delvis. Trots att två läkare deltog verkade läkarna influeras av smärtbeteende när de gjorde sina funktionsbedömningar. Sociala förhållanden och iatrogena faktorer bedömdes ha spelat en viktig roll i sjukskrivningsmönstret hos dessa unga invandrare.

Löfvander et al (63) använde i en annan studie deltagande observationer för att studera konsultationer där 2 allmänläkare undersökte 49 män och 102 kvinnor invandrade från olika länder. Efter undersökningarna diskuterade läkarna, som turades om att vara undersökande respektive observerande läkare, de känslor patienterna väckt hos dem. De flesta patienterna upplevde psykosocial stress. 75 % ansåg sig inte vara arbetsföra och över 20 % var deprimerade. 39 % av männen klassades som oförmögna att arbeta och 26,5 % av kvinnorna. Författarna fann att faktorer som inte var klart relaterade till funktion påverkade deras bedömning av patienternas arbetsförmåga. Trots att bedömningarna ofta var påverkade av läkarnas emotioner var deras bedömningar av fallen mycket lika med god överensstämmelse. Trots att författarna i denna studie mycket ofta gjorde en annan bedömning än patienterna vad avser arbetsförmåga kunde de inte hålla sig till "rent medicinska faktorer". En slutsats som kan dras från studierna är att det sannolikt är omöjligt att inte påverkas av andra faktorer än rent medicinska i mötet med patienten.

Familjemedicinska institutet, Fammi (64) samlade in uppgifter från 38 läkare som frivilligt registrerade sina sjukskrivningsdata 2003 och 2004. Antalet sjukskrivna patienter uppgick till 916. Läkarna bedömde att det endast i 60 % av fallen var den sjukdom patienten led av som var huvudorsaken till att hon inte kunde återgå i arbete. Avsaknad av anpassat arbete låg bakom i 15 %, 13 % behövde ett nytt arbete, i 12 % av fallen var det orsaker utanför arbetet som gjorde att hon inte kunde återgå. Vid sjukskrivningar mer än 28 dagar (gällde 467 stycken, dvs 51 % av samtliga) var det ännu vanligare att patienterna tvingades vara sjukskrivna därför att inget annat stod till buds. 13 % väntade på röntgen, operation eller annan medicinsk åtgärd. 15 % väntade på åtgärder från försäkringskassan, 14 % på åtgärder från andra som arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren. Läkarna förväntade sig att 31 % av de sjukskrivna snart skulle återgå i arbete. Knappt 50 % var

föremål för åtgärder i någon form. Totalt sjukskrevs 35 % per telefon, i något enstaka fall skedde detta också när läkaren inte kände patienten eller vid ett nyinsjuknande. Drygt 89 % av patienterna hade ett arbete utom i diagnosgruppen ”övrigt” där bl.a. missbruk ingick där en tredjedel var arbetslösa. Av dem som sjukskrevs med diagnos utmattningssyndrom utgjorde deltidssjukskrivning 40 %, för övriga diagnoser 30 %. I 80 % av fallen bedömde läkarna att det var patienten som aktualiserat sjukskrivningen. 73 % ansåg att den aktuella sjukskrivningen var bra för patienten och 77 % ansåg att patienterna ville åter i arbete. Det kändes meningsfullt att sjukskriva i 78 % av fallen men endast i 10 % om patienten uppfattades inte vilja återgå i arbete eller om läkaren bedömde att sjukskrivningen inte var bra för patienten. Studien bygger på frivilligt deltagande, och det finns anledning att antaga att de deltagande läkarna inte är representativa för alla, varför resultaten inte kan generaliseras.

Benson-Dahlgren (10) intervjuade läkare som utfärdat mer än 10 intyg under en viss period. Inom samtliga läkargrupper togs hänsyn till sociala och ekonomiska förhållanden vid sjukskrivning, minst bland ortopederna. Läkarna tog även hänsyn till patienternas uppgifter om arbetsgivarens möjligheter till omplacering.

Förmåga att förutsäga vilka som kommer resp inte kommer att återgå i arbete

Reiso et al (58) undersökte om 549 patienter och 52 läkare kunde bedöma hur lång sjukskrivningen kunde bli i respektive korta, medellånga och långa sjukskrivningsfall. I långa fall (mer än 3 månaders sjukskrivning innan frågeformuläret skickades ut) där patienterna bedömde sin arbetsförmåga som kraftigt nedsatt blev sjukskrivningstiden längre än när de bedömde förmågan som måttligt nedsatt. Besvär från muskler och leder samt psykiska besvär ledde till långa sjukfall. Patienternas ålder predicerade långa sjukfall liksom den utsträckning i vilken läkarna använde remisser och provtagning. Samma författare (57) undersökte överensstämmelsen mellan patienter och läkare avseende arbetsförmågan i korta sjukfall och fann denna vara mycket god trots att patienterna grundade sin bedömning på arbetskraven och läkarna sin på det medicinska tillståndet.

Reiso et al (65) studerade läkares förmåga att förutsäga sina patienters sjukskrivningsstatus 4 veckor efter en konsultation. I studien kunde läkare förutsäga återgång till arbete i 84 % av de kortvariga fallen (upp till 2 veckor) men endast i 53 % av fallen med långvarig (3-20 veckor) sjukskrivning. De kunde förutsäga vilka av de kortvariga fallen som skulle vara sjukskrivna 4 veckor senare i 72 % av fallen och i 91 % av de långvariga. Sjukskrivningsdiagnoserna var associerade med förmågan att förutsäga utgången men läkares bedömning av arbetsförmågan var det inte. Den goda prognostiska förmågan vid långa fall kan bero på läkaren själv – sjukskrivning är ett resultat av en förhandling mellan läkare och patient.

Försök i Kanada att studera om en omfattande medicinsk undersökning (192 patienter, 83 % deltog) kunde förutsäga om en patient med arbetsrelaterade ländryggsbesvär kommer att kunna återgå i arbete eller ej visade att ingen medicinsk variabel kunde förutsäga vilka som skulle bli fortsatt sjukskrivna och vilka som skulle återgå i arbete (66). Författarna drar slutsatsen att de skadade arbetarnas egen inställning är en bättre prediktor för återgång i arbete än medicinska bedömningar. Detta är i överensstämmelse med tidigare studier.

Atroshi et al (67) lät i Sverige 189 patienter i arbetsför ålder som sökte primärvård för besvär från muskler och leder fylla i ett frågeformulär om hälsa (SF-36) och ett formulär

om känsla av sammanhang. 19 % av patienterna hade varit sjukskrivna minst tre månader före eller efter läkarbesöket. Resultaten var signifikant sämre i båda formulären för den sjukskrivna gruppen. SF-36 kunde predicera dålig prognos avseende sjukfrånvaro efter ett år och icke sjukskrivna personer som senare blev sjukskrivna hade signifikant sämre värden enligt instrumentet. Efter ett år hade de sjukskrivna litet mindre smärta men ingen förbättring av den fysiska funktionsförmågan hade skett. Det dåliga allmänna hälsoläget hos patienterna fanns alltså redan före sjukskrivning.

Komorbiditet, dvs. patienter med flera sjukdomar

Återgång i arbete efter hjärt-kärlsjukdom studerades hos 198 anställda personer som fick en beteendeorienterad rehabilitering (68). Depression vid rehabiliteringens början kunde med hög evidens förutsäga om patienten skulle återgå i arbete eller inte efter sin sjukdom. Det var dock oklart om depressionen hade behandlats. Utbildning och ålder var också prediktorer för återgång i heltidsarbete. Det är viktigt att diagnostisera och behandla depressioner hos patienter med hjärtsjukdom. Hur behandlingen ska gå till måste studeras vidare. Sannolikt är depression vanlig vid ett flertal sjukdomar och underdiagnostiseras också eftersom symptomen kan likna dem vid många sjukdoms- eller ohälsotillstånd, vilket säkerligen bidrar till onödiga sjukskrivningar.

En amerikansk studie av samtidigt förekommande andra sjukdomar hos personer med självrapporterad hypertoni, astma, artros och magsår (69) visade att alla sjukdomarna var associerade med ökad sjukfrånvaro och självrapporterade dagar med nedsatt arbetsförmåga den senaste månaden. De studerade personerna hade redan tidigare genomgått en omfattande psykiatrisk utvärdering. Det visade sig att den ökade frånvaron enbart hänförde sig till dem som hade samtidig psykiatrisk sjukdom. Samtidig förekomst av fysisk och psykiatrisk sjukdom ledde till större påverkan på arbetsförmågan än dessa tillstånd var för sig. Psykisk sjukdom var också mycket vanligare hos människor med de fyra undersökta fysiska sjukdomarna än hos befolkningen i stort. Författarnas slutsats är att intervention mot samtidigt förekommande psykiska besvär bland människor i yrkesverksam ålder har förutsättningar att minska sjukfrånvaron. (Om resultaten i denna studie stämmer är de viktiga – hur ofta letar läkare efter psykisk sjukdom hos astmapatienter, hypertoniker eller människor med artros eller magsår? Detta är också något som talar för överprövning efter viss tids sjukskrivning.)

I en tysk studie (70) undersöktes förekomst av psykiatrisk sjuklighet bland patienter som genomgick rehabilitering på grund av symptom från muskler och leder. Under den fyra-veckorsperiod som vården varade konstaterades att drygt 30 % hade psykiatrisk sjukdom. Vanligast var ångest, affektiva sjukdomar och drogrelaterad sjuklighet.

Sammanfattningsvis tycks det vara vanligt med psykisk/psykiatrisk sjukdom hos människor med fysiska sjukdomar och sannolikt diagnostiseras dessa sjukdomar sällan.

Kompetens

Timpka (5) visade att läkare i öppenvård (primärvård, psykiatriker och privatläkare) ansåg att de behövde mer kunskap om regelverket kring sjukskrivningen, om försäkringskassan och om bedömning av arbetsförmåga.

Edlund (17) fann att flera läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som svårt pga sina bristande kunskaper om arbetsmarknaden och socialförsäkringslagarna. Även (40) fann att läkare inte anser sig ha tillräcklig kännedom om regelverket i samband med sjukförsäkring.

I en svensk kvalitativ studie med intervjuer av 7 allmänläkare och 2 privatpraktiker (71) påpekade de intervjuade läkarna att begreppet arbetsförmåga är oklart och att läkare inte är utbildade i vad människor gör på sina arbeten utan måste lita på patienternas ord.

I en studie från USA (72) undersöktes hur amerikanska primärvårdsläkare uppfattade sin roll med att bedöma sina patienters arbetsförmåga genom fokusgruppsintervjuer (3 grupper med vardera 8 läkare) och med en enkät som skickades till 423 läkare, svarsfrekvens 43 %. I genomsnitt uppkom frågor om arbetsförmåga i 10 % av konsultationerna. Läkarna kontaktade sällan arbetsgivarna utan litade helt på patienternas information. Över hälften av läkarna uppfattade sig själva som patienternas advokat i första hand, även om de flesta insåg värdet av tidig återgång i arbete i för att minimera ”illness reinforcement”. 24 % av läkarna tyckte sig ha lågt inflytande över patienternas egen bedömning av sin arbetsförmåga. Endast en fjärdedel av läkarna hade fått någon utbildning i området. Brist på lättare arbete att återgå till var en barriär för återgång i arbete. Författarnas förslag till lösning var mer kommunikation mellan läkare och arbetsgivare om arbetskrav och arbetsinnehåll, utbildning av allmänläkare i rehabilitering och företagshälsovård samt guidelines för korrekt sjukskrivningspraxis.

En enkät om försäkringsmedicinska problem skickades till samtliga sektioner med en klinisk anknytning inom Svenska läkaresällskapet (73). Det framkom att läkarna framförallt ansåg sig behöva mer kunskap om regelsystem, praxis, prognos och rehabiliteringsmöjligheter. Man önskade även ökat samarbete med bl.a. försäkringskassan och möjlighet till mer enhetliga bedömningar. Man önskade få sådan kunskap på framförallt två sätt; antingen via kurser, eller via seminarier och föreläsningar i samband med kongresser, sektionmöten och Svenska läkaresällskapets årliga riksstämma. Regelbunden skriftlig information, gärna web-baserad, angavs också av många. I en hearing av läkare om försäkringsmedicinska problem lyftes bl.a. att det är problematiskt att bedöma personer som inte är sjuka men som har en personlighetsstörning, vilket ofta är svårdiagnostiserat. Många av dessa har svårt att fungera på dagens arbetsmarknad.

Åsikter och förslag

Getz (74) diskuterar de dilemman som allmänläkare ställs inför i sjukskrivningssammanhang. En motgång i livet leder, beroende på konstellationer av tre faktorer (händelsen, personen och omgivningen), till olika grad av påverkan på personen. Konsten att känna igen och diagnostisera patienter som upplever kroppsliga symptom som svar på känslomässig stress lärs inte ut till blivande läkare. Därför inleder läkaren konsultationen med utredning av de kroppsliga symptomen för att utesluta organisk sjukdom. Konsultationen avslutas dessutom ofta med att patienten ber om ett sjukintyg. Läkaren vet inte hur hon ska handskas med situationen; försäkringskassan kräver att patologi ska kunna dokumenteras och patienten skickas från den ena specialisten till den andra i letandet efter medicinska skäl. Författaren anser att läkare behöver lära sig mer om gapet mellan omgivningens krav och personens förmåga. Om läkares sätt att tänka och handla kunde ändras skulle sjukvården ändras i sin helhet. Psykosomatisk medicin är ett viktigt område för allmänläkare.

I debattartiklar kommer följande synpunkter fram: Sawney (75) ansåg att problemen för vården när det gäller sjukskrivningar var att kombinera rollen som patientens advokat med den som medicinskt sakkunnig. Problemen när det gäller patienterna var avsaknad av ”anställningsbarhet” på grund av bristande kontakt med arbetsmarknaden och ekonomiska incitament att förbli sjuk, i synnerhet om det allmänt anses vara godtagbart att vara sjukskriven och det är liten risk att förlora arbetet. Hans förslag till lösningar var att ge läkare kunskaper om förhandling och konfrontation, förmåga att ta en adekvat

yrkesanamnes och kunskaper om hur lång sjukskrivningstid som behövs vid olika tillstånd. Han rekommenderade också utbildning i försäkringsmedicin och företagshälsovård. Han tyckte också att arbetsgivare och patienter behövde utbildas i vad som menas med att vara arbetsför. Askergrén (76) ansåg att läkare med arbetsmedicinsk kompetens borde utnyttjas oftare i handläggning av sjukskrivningsärenden och att alla läkare borde utbildas i försäkringsmedicin. Han anser också att försäkringsläkare behöver arbetsmedicinsk kompetens. Även Cassis (77) trycker på behovet av mer utbildning av läkare i försäkringsmedicin.

Läkares inställning och attityder, rollkonflikter

I Gulbrandsens (6, 78) enkätstudie till norska läkare 1993 och 2000 hade nästan hälften av läkarna medvetet utformat intyg för att styrka patienternas sak och mer än hälften satte ibland eller ofta patienternas önskemål före sin egen medicinska bedömning. Detta gällde alla typer av intyg, där sjukintyg endast är en typ, här bland åtta andra. Orsakerna till att läkarna gjorde detta var flera; snabbare behandling, skydda patientens ekonomi, för att säkerställa rättvis behandling, patientens livssituation hade blivit mycket svårare annars, patienten behövde all möjlig hjälp och stöd, kraven för bidraget var för stränga, slippa diskutera med patienten, patienten hade rätt att bestämma själv, det var svårt att skriva något som patienten inte höll med om, några patienter behövde mer hjälp än de själva insåg, patienten hade bara sökt en annan läkare annars, andra borde inte få ta del av några uppgifter om patienten. Läkarna själva ansåg inte att det de skriver i intygen var osant, det handlade snarare om vilken vikt man lägger vid olika fakta i intyget. Författaren ställde frågan om inte den vikt som det nu är på modet att lägga på patientautomati har blivit en enkel ursäkt för att slippa sätta gränser

Wesley et al (71) intervjuade 9 svenska läkare. Läkarna framhöll att de önskade återkoppling från försäkringskassan i sina egna patientärenden. Försök har också gjorts att återföra sjukskrivningsmönstret till sjukskrivande enheter. Resultaten visade att de enheter som är benägna att förändra sitt mönster tar emot återföringen positivt (79) medan de enheter där skrivandet av intyg inte uppfattas som viktigt inte bryr sig om att konfronteras med sina resultat.

Englund et al (80) skickade ett frågeformulär till sjukskrivna personer, sjukskrivande läkare, arbetsgivare och försäkringskassa i samma ärende. Formuläret innehöll frågor om syn på smärta, psykosociala faktorer, inflytande, vila som behandlingsmetod, om det var bra med sjukskrivning, om den sjukskrivna vet bäst om sjukskrivning behövs, om det är bättre att vara sjukskriven än arbetslös, om läkaren har god kunskap om arbetslivets krav, om det vore bra med kontakt mellan läkaren och arbetsgivaren och om hur arbetsgivarens attityd till sjukskrivning på hel- eller deltid ser ut. De olika grupperna svarade förvånansvärt lika på frågorna. Enda skillnaden var att fler sjukskrivna än bland de andra tre grupperna trodde att sjukskrivning kunde vara bra och mer sällan att sjukskrivning kunde vara skadlig. Både äldre läkare och äldre patienter hade en något mer positiv syn på sjukskrivning. Patienterna trodde också att sängvila var nyttig, betraktade oftare arbetet som orsak till sina besvär och hade mindre kunskaper om hur icke-medicinska faktorer påverkar arbetsförmågan.

I en kvalitativ studie av 4 kassahandläggare och 4 läkare (81) studerades hur de striktare regler som infördes i Sverige 1997 påverkade personerna. Både kassapersonal och läkare upplevde svårigheter i sina "dubbelroller" som ombud för klienten/patienten och som kontrollanter vad avser rätt till sjukpenning/sjukskrivning. I enstaka fall där man misstänkte arbetsovilja kunde de nya reglerna vara till hjälp. Det finns stora konflikter i

det faktum att arbetsgivarna bara vill ha fullt ut arbetsföra personer vilket leder till att människor med små krämpor inte blir anställningsbara. Regeländringen har medfört försämrad arbetssituation för läkare och kassahandläggare.

Getz (82) intervjuade 24 allmänläkare i Norge om deras arbete med förtidspensioner generellt och speciellt vilken betydelse de skärpta reglerna som införts haft för läkarnas arbete. Hon fann att attityder och handlingssätt varierade betydligt. Många av läkarna upplevde en konflikt mellan de två rollerna som 'patientens advokat', som strävar efter vad han eller hon ansåg vara bäst för patienten, oberoende av reglerna, och rollen som 'konsulten' som ansåg sig vara neutral och lojal mot lagstiftarna. De skärpta reglerna innebar att läkarnas handlingsutrymme minskade. Många 'konsulter' välkomnade skärpningen medan en del 'advokater' försökte kringgå reglerna genom copingstrategier kopplade till sjukintyget. Den första tiden med sjukskrivning försökte läkarna aktivt återfå sina patienter i arbete. När detta gång på gång misslyckades fick läkarna mer och mer samma inställning som patienterna hade: Det här går inte. Då blir man 'patientens advokat'. Läkarnas inställning kunde också variera mellan olika patienter.

Även Getz (82) och Edlund (17) belyste den konflikt läkare ibland upplevde mellan dessa två roller. Gulbrandsen (83) lyfte fram två aspekter i samband med att skriva sjukintyg. Dels skall läkaren garantera att det finns ett samband mellan sjukdomen och funktionsnedsättningen, vilket han kallar den fackliga sidan. Dels skall läkaren garantera att funktionsnedsättningen, utifrån samhällets normer, är tillräcklig för att få avstå från arbete, vilket han kallar den moraliska sidan.

Åsikter och förslag

Hussey et al (9) ansåg att politiker måste känna till de svårigheter läkare står inför när det gäller sjukskrivningar och inte ändra regelsystemet utan att allmänläkarna är införstådda, annars leder inte regeländringar till ändring av sjukskrivningsmönstret. Extra utbildning är sannolikt ineffektivt om inte den grundläggande rollkonflikten löses först. Läkarna måste ha en tillgänglig erfaren kollega att konferera med eller remittera till och patienterna måste fräntas möjligheten att fritt söka ny läkare om de blivit nekade sjukskrivning på ett ställe. Andra (81) rekommenderar strukturerat socialt stöd till läkare i samband med komplicerade och konfliktfyllda sjukskrivningsärenden. Detta önskemål har också framkommit i ett flertal egna intervjuer. Edlund (17) föreslår korta sjukskrivningsperioder och upprepade undersökningar, deltidssjukskrivning och mer tid för läkare att diskutera med varandra. Specialistläkarkonsulter på vårdcentraler skulle underlätta. Läkarna skulle då känna sig mindre isolerade i sitt beslutsfattande, få bättre arbetsförhållanden, resultaten skulle bli bättre och sjukskrivningarna minska. Studier om behandling av ospecifika ryggbesvär visar att gällande rekommendationer om snabb återtagande av normala aktiviteter inklusive arbete ofta inte följs av läkarna trots att de ofta känner till "best praxis" inom området. Strategier för att åtgärda detta behöver utvecklas.

De frågeställningar som är av mer etisk karaktär har stor betydelse för sjukskrivningspraxis och hör till de områden där ytterligare forskning har hög angelägenhetsgrad. Kunskap behövs också om effekt av olika typer av utbildning och fortbildning på läkares kunskap, färdigheter och attityder inom området, samt inte minst på deras faktiska praxis. Fokus bör tydligare inriktas på de olika delarna i sjukskrivningsprocessen. Dessa aspekter har studerats för andra yrkesgrupper med liknande uppgifter och forskningen om läkares sjukskrivningspraxis skulle kunna dra nytta av detta, både vad gäller teorier och metoder. Den extrema snedfördelningen av

sjukfrånvaro i befolkningen utifrån kön, ålder, etnicitet och socialgruppsstillhörighet tydliggör behovet av studier som beaktar sådana perspektiv.

Bemötande av patienter

Det är väl känt att en del patienter, kanske särskilt kvinnor med ospecifika värtillstånd, upplevs som frustrerande av läkare. Johansson (84) genomförde en kvalitativ studie av hur sådana kvinnor upplever läkarkonsultationen. Kvinnorna kände sig misstrodda, ignorerade, inte sedda och avvisade av sina läkare. De hade strategier för att behålla läkarnas uppmärksamhet i sitt sökande efter en somatisk diagnos. De kunde upprätthålla sin självrespekt genom att göra sig till martyrer och genom att fördöma läkarna som inkompetenta.

Shaw et al (85) djupintervjuade 11 långtidssjukskrivna varav 7 senare återgick i arbete. Individens syn på sitt handikapp och på hur viktigt det är att arbeta påverkade arbetsåtergången. Dessa faktorer kan göra det möjligt att förstå varför en del svårt sjuka personer återgår i arbete medan andra, biologiskt mindre sjuka, inte gör det. Chew et al (86) undersökte hur patienter med ryggsmärta upplevde sin smärta, inflytandet på livet och hur deras problem hanterades i vården. Patienterna drog sig tillbaka från normalt socialt liv inkluderande arbete. Läkaren kunde inte hjälpa dem men var den tillgång genom vilken man fick legitimitet för sin oförmåga att arbeta och sin oförmåga att leva ett normalt liv. Författarna bedömde att patienterna på detta sätt fick en hel del makt över läkaren, och att det var svårt att gå ifrån patientens syn på ryggbesvären som permanenta förslitningar utan att fördärva patient-läkarrelationen.

En studie (87) undersökte vilka råd läkare gav till patienter med hjärtinkompensation, hjärtinfarkt, hypertoni, diabetes och depression och fann att kvinnor betydligt oftare än män fick råd om begränsning av fysisk aktivitet. Det finns i andra sammanhang ett flertal studier som visar en 'genusbias' i bemötande av kvinnor och män i vården, och det finns anledning att anta att detta även gäller de stora sjukskrivningsdiagnoserna.

Östlund (88) fann i intervjuer av långtidssjukskrivna patienter att dessa ansåg att det bemötande de fick från professionella kunde ha lika stor eller större betydelse än själva rehabiliteringsinsatsen de fick. I fokusgruppintervjuer om vad som hindrar respektive främjar återgång i arbete bland långtidssjukskrivna, nämndes bemötande, både positivt och negativt, som viktiga aspekter (89, 90).

I en studie (91) av personer som var sjukfrånvarande pga psykiska besvär analyserades skillnader mellan de som ville återgå i arbete och de som inte ville det. Den enda signifikanta skillnaden var att de som ville återgå hade personer kring sig som trodde på att de kunde detta, och de som inte ville hade inte sådana personer. Motivationen att återvända berodde i stor utsträckning på förväntningarna hos personer i omgivningen. Marginalisering från arbetslivet är med andra ord något som inte bara beror på individen utan även på omgivningen, där sjukvårdspersonal är sådana av stor betydelse.

Psykosocial problematik är aktuell även vid mer biomedicinska sjukdomstillstånd, t ex hjärtinfarkt (92). Ängest och depression är vanliga problem bland personer som haft hjärtinfarkt eller liknande tillstånd. Detta verkar vara relaterat till uppfattning om hälsa, om sin sjukdom och om vad som kan förvärra situationen. Läkare och övrig medicinsk personal är så involverad i ett biomedicinskt tänkande att man missar att de faktorer som påverkar återgång i arbete framförallt är psykologiska och relaterade till patientens uppfattningar om sjukdomen (92).

En viktig aspekt är motivationsarbete: "För att kunna övertyga en människa att hon kan klara mer än hon tror" måste vi först veta vad hon faktiskt tror (93). När man använder motivationsbegreppet utan närmare precisering så sker inte sällan en avsnävning som innebär att arbetsviljan står i centrum. Att personen uppfattas som omotiverad, blir då liktydigt med att denne ses som "arbetsovillig". Men ovillig till vilket slags arbete och under vilka omständigheter? Gerner (93) fann i en studie av långtidssjukskrivna kvinnor att följande faktorer som har betydelse för återgång i arbete: Att få en diagnos. Många beskriver betydelsen av att få träffa andra sjukskrivna. Att ha ett team kring sig så att man inte måste berätta sin historia gång på gång. Att inte bli misstrodd, bli sedd som den man är, dåligt när läkare går över huvudet på dom, bra när de är informerade. Kontinuitet var också viktigt.

Ojämlig bedömning av patienter

Ett stort antal studier visar på stora skillnader i hur läkare bedömer behovet av sjukskrivning för patienter. Speciellt gäller detta patienter där symptomen är svårbedömda. Många av dessa studier har genomförts med hjälp av enkäter där skriftliga beskrivningar av patientfall, s.k. case vignettes, använts. Undersökningsspersonerna har ombetts ta ställning till olika åtgärder, såsom sjukskrivning, för dessa. Ibland har detaljer, såsom kön, arbete, motivation, ändrats i en del av fallen för att studera i vilken utsträckning detta påverkar svaren.

Brage et al (94) undersökte om mäns och kvinnors arbetsförmåga bedömdes på samma sätt av norska manliga och kvinnliga läkare med hjälp av ett frågeformulär till 53 (av 91 inbjudna) läkare, (85 % primärvårdsläkare) och 442 av deras sjukskrivna patienter. Bortfallet var stort bland läkarna och även bland de sjukskrivna. Författarna fann att fler män än kvinnor bedömdes ha mycket nedsatt arbetsförmåga. Fler kvinnor sjukskrevs på deltid. Manliga läkare bedömde kvinnors arbetsförmåga som mindre nedsatt än mäns men detta gällde inte kvinnliga läkare.

Condren (95) skickade fallbeskrivningar till irländska läkare och kunde visa att läkare bedömer behovet av sjukskrivning för patienter med svårbedömda symptom mycket olika och att många tog stor hänsyn till sociala och andra skäl.

Ett frågeformulär med sex fallbeskrivningar skickades till allmänläkare i Sverige (159 deltog, 86 % svarsfrekvens) som skulle ange vilka åtgärder de skulle vidta vid ett sådant fall (96). Det var mycket stor variation mellan läkare i fråga om vilka åtgärder, inklusive sjukskrivning, de bedömde som lämpliga. För tre av fallen var samstämmigheten stor, i två av fallen måttlig och i ett var variationen mycket stor. Variationen motsvarade en 6-faldig skillnad i totala kostnader mellan de "billigaste" och de "dyraste" läkarna och den största kostnaden utgjordes av skillnader i sjukskrivningspraxis. Ju längre läkarna hade till sjukhus ju längre sjukskrev de. De läkare som sjukskrev flest dagar använde sig också av fler laboratorieundersökningar och läkemedel.

I en enkätstudie ombads 360 norska läkare (varav 62 % svarade) ta ställning till förtidspension utifrån fallbeskrivningar för två patienter. Läkarna fick också svara på ett antal frågor om sina attityder och värderingar (97). Läkarna bedömde fallen mycket olika och deras bedömningar var influerade av deras allmänna attityder. Författarna konkluderar att fynden tyder på en stor rättsosäkerhet för patienterna.

En motsvarande studie (98) där 10 fallbeskrivningar av människor som ansökte om förtidspension bedömdes av 35 skotska företagsläkare visade att antalet godkända fall varierade mellan ett och alla tio. Även detta fynd visar på stor godtycklighet och ojämlikhet i bedömningar. Man delar in läkarna i 'duvor' och 'hökar' utifrån deras

attityder. Man föreslår fyra möjliga åtgärder: ändra kvalifikationskriterierna, bättre utbildning av läkarna, utveckla guidelines in consensus mellan läkare och försäkring, samt audits.

En norsk studie (99) jämförde allmänläkares (160 tillfrågade, svarsfrekvens 55 %) med försäkringsläkare (122 tillfrågade, svarsfrekvens 75 %) i synen på sex komplexa patientfall presenterade som fallbeskrivningar. I båda grupperna fanns stor variation i hur man bedömde fallen och spridningen var lika stor bland försäkringsläkare som bland allmänläkare. Läkarnas individuella förhållningssätt varierade från att vara genomgående restriktiva till att vara genomgående liberala. Försäkringsläkare var något mer restriktiva än allmänläkare, men detta gällde inte en snävare syn på sjukdomsbegreppet utan en mer offensiv hållning till rehabiliteringsmöjligheterna. Författarna drar slutsatsen att de försäkringsmedicinska bedömningarna måste kvalitetssäkras.

Olika professionellas ställningstagande till sjukskrivningar studerades i Norge (100) genom att 12 fallbeskrivningar skickades till 436 allmänläkare, 111 försäkringsläkare, 457 försäkringskassetjänstemän och 600 representanter för allmänheten. 194 allmänläkare, 76 försäkringsläkare, 307 kassahandläggare och 321 representanter för allmänheten svarade, studien behäftas alltså av ett stort bortfall. När det gällde symptom från muskler och leder saknades helt konsensus om vilka fall som borde sjukskrivas och sjukskrivningen verkade snarast ske slumpmässigt. Det var inte så att vissa läkare var liberala och andra restriktiva. Alla grupper tvekade att kalla depression och sociala problem för sjukdomar och att acceptera sociala problem som orsak till sjukskrivning. Författarna ansåg att beslutskriterier kring sjukskrivning måste identifieras och systematiseras så att konsensus kan uppnås när det gäller subjektiva besvär.

I en engelsk studie av företagsläkares åsikter om förtidspensioneringar skilde sig också åsikterna mellan olika läkare (101). Ju längre erfarenhet en företagsläkare hade desto mer överensstämde hans åsikter med vad som bedömts vara ”golden standard”.

Sammantaget visar studier som jämför olika läkares bedömningar av samma fall på stora olikheter. Detta gäller även bland försäkringsläkare. Patienternas rättssäkerhet är inte garanterad.

Vid ländryggsbesvär finns stark evidens för att prognosen vad avser besvär blir bättre om patienterna lever ett så normalt liv som möjligt inklusive arbete (102). Det finns ett flertal studier om hur patienter med ryggsbesvär behandlas inom sjukvården.

I en holländsk studie (103) av en kohort av 467 ländryggspatienter som varit sjukskrivna 3-4 månader kontaktades deras företagsläkare som fick svara på ett frågeformulär. Företagsläkare som ansvarade för 300 av patienterna deltog i studien. De ansåg att hinder för att återgå i arbete var klinisk väntetid, duration av behandlingar och den syn som behandlande läkare hade på återgång i arbete. Personliga faktorer bedömdes mer sällan vara hinder för återgång i arbete. Rekommendationen blev att öka kontakterna mellan behandlande läkare och företagshälsovården.

Jensen (104) studerade i en omfattande studie om expertstöd kan ge bättre bas för bedömning av behovet av intervention när det gäller ryggpatienter. Logistisk regression visade att experternas bedömning grundades nästan helt på patienternas ålder, inte medicinska eller hälsorelaterade faktorer.

Kroniska ryggsbesvär som orsak till konsultation hos läkare undersöktes i en kvalitativ studie bland 20 engelska allmänläkare (105). Läkarna kände sig frustrerade över sin oförmåga att bemöta dessa patienter och ansåg att det fanns betydande samband mellan kroniska ryggsbesvär och psykologisk stress eller psykiska besvär som ledde till långvarigt

sjukdomsbeteende och sjukskrivningar. De var bekymrade över risken att genom sjukskrivning legitimera en sjukroll. Samtidigt angav flera att de sjukskrev patienter för att de var rädda att patient-läkarrelationen annars skulle försämrans. Läkarna var pessimistiska om sina möjligheter att lindra eller bota symptomen. Författarna undrade om läkarna kanske överförde en del av denna pessimism till sina patienter som är helt fast i den biomedicinska tolkningen av problemen som "nerslitning". I en annan studie (106) där "counsellors" fick ge sin syn på anställningsbarhet för personer med olika funktionshinder visades att ryggbesvär upplevs som problematiska. Svårigheter när det gällde anställningsbarhet upplevdes för ryggbesvär i 97 % av fallen, vilket kan jämföras med 93 % vid mental retardation och 70 % efter amputation av ett ben. Denna syn på ryggbesvär är anmärkningsvärd och visar på en pessimism inför en i de flesta fall ganska lindrig åkomma.

En prospektiv studie av 76 amerikanska patienter (70 % av de tillfrågade) som sökte 10 allmänläkare på grund av ryggont genomfördes med videoinspelningar av konsultationen. Patienterna besvarade också ett frågeformulär direkt före besöket och en månad senare (107). Vid de flesta besöken bedömde inte läkaren den smärtrelaterade funktionsbegränsningen och diskuterade inte hur patienten skulle klara att återta normala aktiviteter. Det verkade inte vara någon skillnad i bemötande av patienter beroende på hur smärtpåverkade de verkade vara. Hos patienter som var kraftigt smärtpåverkade ledde diskussion om begränsning av aktiviteter och om hur normala aktiviteter skulle kunna återupptas till större förbättring än hos kraftigt smärtpåverkade patienter där sådan diskussion inte fördes under uppföljningsmånaden. Patienterna uttryckte i frågeformuläret före besöket att information om aktivitetsbegränsningar och hur normal aktivitet skulle kunna återupptas var mycket väsentlig. Ingen läkare rekommenderade dock sängvila vid någon konsultation. Studien gällde högutbildade personer och kan inte generaliseras till patienter med annan bakgrund eller till andra vårdgivare.

Kanadensiska allmänläkares syn på möjligheter och hinder när det gäller återgång i arbete efter ryggbesvär (108) studerades genom en enkät (53 % svarsfrekvens). De 232 läkarna som deltog ansåg att den faktor som mest underlättade återgång i arbete var deras egen förmåga att förklara sjukdomens natur och prognos för patienten, därefter kom arbetsplatsens möjlighet att ordna anpassat arbete. Det största hindret ansågs vara patientens rädsla för och missförstånd om sina symptom, därefter brist på stöd från arbetsledare och arbetskamrater. Endast en tredjedel av läkarna skulle råda sina patienter att fortsätta med sina normala aktiviteter trots att detta är vad som officiellt rekommenderas som 'best praxis' vid ryggbesvär.

Sextio svenska allmänläkare och 71 sjukgymnaster fick svara på ett frågeformulär (109) som gällde deras s.k. "fear avoidance" och deras behandling av ryggpatienter. De flesta var väl förtrogna med vad som är vetenskapligt visat, men mer än två tredjedelar angav ändå att de skulle råda en patient att undvika smärtsamma rörelser och mer än en tredjedel ansåg att smärtreduktion krävdes innan patienterna kan återgå i arbete och mer än 25 % rapporterade att de tyckte sjukskrivning var en bra behandling vid ryggsmärta. De läkare och sjukgymnaster som hade hög grad av "fear avoidance" ansåg oftare att sjukskrivning var en bra behandlingsmetod, gav mer sällan adekvat information om vikten av aktivitet och var oftare osäkra i bedömningen av vilka patienter som skulle utveckla kroniska besvär. Författaren ansåg att läkare måste lära sig att sjukskrivning inte är en bra behandlingsmetod vid ryggbesvär utan snarare ett ibland nödvändigt resultat av ryggont.

Incitament

Incitament kan vara av olika typer, ekonomiska, utbildning, erkännande (från chefer, kollegor och/eller patienter), eller känsla av att göra ett bra eller meningsfullt jobb.

I Norge försökte man genom att ge vissa utbildade läkare extra betalt för att utfärda speciella intyg för långtidssjukskrivna. Trots det ekonomiska incitamentet var det få läkare som sände in det utvidgade intyget till försäkringsmyndigheten (110).

I en studie av amerikanska allmänläkares syn på arbetsförmåga (72) uppgav 18 % av läkarna att de inte hade några incitament för att arbeta med att återfå patienter till arbete.

FINSAM, försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvården, har inneburit att man inom fem försöksområden haft ett gemensamt ansvar för kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning och möjlighet att disponera sjukförsäkringspengar till olika typer av åtgärder. FINSAM medförde en ekonomisk besparing i socialförsäkringen på 154 miljoner kronor under perioden 1993 – 1997 och deltagande personal upplevde i allmänhet samverkan som mycket positiv. Sjukfrånvaron mätt som ohälsotalet minskade i försöksområdena med 2,5 % medan ohälsotalet i riket under samma period ökade med 2,1 %. En särskild studie av FINSAM:s effekter på sjukskrivningen med kontroll för variationer mellan kommuner och för skillnader mellan individer har genomförts. Denna påvisade att FINSAM minskade antalet sjukskrivningsdagar per sjukfall med 7,7 dagar 1995 och 5,5 dagar 1996 (111).

I SNS:s välfärdspolitiska rapport 2004 diskuteras konsekvenser av att två olika huvudmän har hand om finansieringen av sjukvård respektive sjukförsäkringen (112, sid 157). En slutsats som dras är att det inte är troligt att de största kostnaderna för sjukskrivning/förtidspensionering beror på detta, samtidigt som olika modeller för sådan samordning mellan sjukförsäkring och sjukvård redovisas, vilka t ex bygger på utbildning, information, incitament, och förändring av organisationer. Man trycker på att det med dagens kunskapsunderlag inte är möjligt att avgöra vilka åtgärder som är bäst. Istället förordas lokala och regionala försök där de långsiktiga effekterna av olika modeller kan studeras och jämföras med varandra. Vidare poängteras en eventuell underfinansiering av de sjukvårdsresurser som riktas mot personer i yrkesverksamma åldrar. Äldre och barn prioriteras, eftersom deras sjukdomar ofta är allvarligare rent medicinskt sett. Man visar även att antalet personer i Sverige som försörjs av sociala bidrag och ersättningar (sjukpenning, förtidspension, arbetslöshetsersättning, socialbidrag och arbetsmarknadsåtgärder) snarare har minskat än ökat sedan 1993. Däremot har det skett en förändring inom denna grupp, så att fler nu är försörjda via sjukförsäkringen än arbetslöshetsersättning.

Åsikter och förslag

Sveriges läkarförbund (113) anser att utformningen av incitamentsstrukturen när det gäller handläggning av sjukskrivning inom sjukvården leder till samordningsproblem. Bristerna i läkares förutsättningar att bedöma arbetsförmåga i samband med sjukskrivning är stora och landstinget har bristande ekonomiska incitament att satsa på att utveckla detta. Bristande tillgänglighet i delar av sjukvården är en annan orsak till långa sjukskrivningar. Detta leder till höga utgifter inom socialförsäkringen. Läkarförbundet föreslår ordentlig och relevant fortbildning till läkare i försäkringsmedicin, samt att landstingen tillförs budget och budgetansvar motsvarande 10 % av sjukförsäkringskostnaderna. Detta skulle motivera och ge läkarna möjlighet att vara mer restriktiva i sjukskrivningsfrågor. Pengarna skulle hamna på primärvårdsnivå liksom kostnadsansvaret. Läkarförbundet

anser att stora belopp skulle kunna sparas på detta sätt och har fått instämmande från kommun- och landstingsförbund (114) och från näringslivet (115, 116).

Även i andra länder föreslås incitament för att komma till rätta med höga sjuktal. Mackey (117) anser att engelska patienter själva ska betala kostnaden för sjukintyget. Systemet förekommer i Kanada och leder enligt skribenten till en stor reduktion i behov av sjukintyg.

Rehabilitering

Det ligger utanför syftet med denna rapport att titta på olika typer av rehabilitering och deras effekt. Det finns ett flertal publikationer om rehabilitering, även om ett problem är att studierna sällan har återgång i arbete som ett utfallsmått. Vi lyfter här fram några publikationer inom rehabiliteringsområdet som berör olika typer av problem inom sjukvården.

Ett sådant är att rehabiliteringsinsatser sätts in mycket sent i förloppet, vilket i sig blir ett problem även för sjukvården som har att ta ställning till sjukskrivning och rekommendationer under sjukskrivning i väntan på rehabiliteringsinsatser från andra. Ett exempel på en studie som visar att rehabilitering sätts in mycket sent är en av Marnetoft et al (118). Man jämförde tidig med sen yrkesrehabilitering genom att följa upp 612 sjukskrivna under 4 år. De sjukskrivna hämtades ur försäkringskassans register och utgjordes av sjukskrivna som fått yrkesinriktad rehabilitering. *Medelsjukskrivningstiden före rehabiliteringen var för kvinnor 323 dagar och för män 310 dagar.* Man fann ett säkert samband bland kvinnor, i synnerhet bland de yngre, där 30 dagars extra sjukskrivning före åtgärd innebar 6,8 % lägre chans att "bli frisk" (ej vara sjukskriven) efter 4 år. Studien tar inte hänsyn till vilken typ av rehabilitering som de sjukskrivna fått.

Hyberg (119) undersökte framgångsfaktorer och hinder vid köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. En framgångsfaktor visade sig vara att någon annan än försäkringskassan (läkare, försäkrad eller arbetsgivare, det senare dock mycket sällsynt) tagit initiativet till åtgärden. Förslaget till åtgärd blev att få läkare att tidigt bedöma om arbetsbyte eller annan åtgärd behövs och själva tillsammans med patienterna ta initiativ. Är det så att läkare inte tar denna typ av initiativ, utan väntar att någon annan skall göra det, även om behovet är uppenbart? En svaghet i denna studie är att ett stort antal faktorer, som sannolikt är beroende av varandra, undersökts var för sig, varför det är svårt att dra säkra slutsatser.

I en norsk studie (120) lät Claussen 60 allmänläkare under en vecka registrera data om de av sina patienter de trodde löpte risk att falla ur arbetslivet. Han fann att läkare ofta tänkte på rehabilitering men att de tvivlade på att rehabilitering ledde till några resultat, speciellt yrkesinriktad rehabilitering för arbetslösa med hälsoproblem. Författaren tror att detta kan bero på att läkare endast får information om resultaten av åtgärderna via sina patienter, dvs de som fortsätter att vara patienter och som alltså inte rehabiliteringen lyckats för.

I ett Dagmar-projekt (121) studerades effekterna av social rehabilitering efter kranskärloperation eller hjärtinfarkt. Nya fall diskuterades snabbt i ett rehabiliteringsteam där försäkringskassan deltog. Patienterna hade också kontinuerligt kontakt med en sköterska både för medicinsk uppföljning och för social rehabilitering. Sjukfrånvaron blev lägre i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, och den beräknade vinsten när hänsyn endast togs till kostnaderna för sjukersättning och lönen för den sjuksköterska som var patienternas kontaktperson uppgick till över 400 000 kr. Trots god effekt upphörde försöket då Dagmarmedlen upphörde.

Åkerlind et al (122) genomförde telefonintervjuer med primärvårdschefer i Östergötland, gruppintervjuer med kuratorer och en psykolog, intervjuer med sjukgymnaster och smärteam och företagshälsovård samt ett idéseminarium med primärvårdsläkare för att få en överblick av hur stressrelaterade besvär hanterades inom primärvården. Läkarna noterade en stadig ökning av sådana besvär både bland kvinnor i vård och omsorg och bland unga män i databranschen. De ville ofta remittera till kurator eller psykolog men köerna var långa. Kuratorerna saknade tvärprofessionella team och angav särskilt att läkarna inte hade tid och att hyrläkare inte arbetade långsiktigt. Man lyfte fram samarbete med försäkringskassan och med Loka brunn. Vad läkarna önskade sig var möjligheten att skapa team som kunde arbeta multidisciplinärt utifrån patienternas behov. Om patienterna hade behov av regelrätt psykoterapi fanns inga remissinstanser. Psykiatrin hade inte tid att arbeta med denna patientgrupp. Övergripande ansåg de intervjuade att den arbetsrelaterade sjukligheten borde hanteras inom företagshälsovården där man också kan arbeta direkt mot arbetsgivarna för att minska inflödet av nya fall. Visionen var att företagshälsovården skulle få en annan finansiering (statsbidrag) för att kunna arbeta förebyggande och rehabiliterande. Företagshälsovården, där det finns kompetens, begränsades av de ekonomiska avtal som finns med arbetsgivarna. Förslag till åtgärder var att mer konsekvent införa multidisciplinära team med samordnad tidig rehabilitering som mål i det reguljära arbetet på alla vårdcentraler och att förbättra samarbetet mellan primärvård och företagshälsovård. Den specialiserade psykosociala kompetensen borde förstärkas. Andra förslag var att använda externa handledare för att integrera ett psykosocialt och pedagogiskt förhållningssätt och inskolning i en strukturerad metod, som kognitiv beteendeterapi eller problembaserat förändringsarbete.

Åsikter och förslag

Många lyfter som ett problem att tillgången till kognitiv beteendeterapi (123), är mycket begränsad sjukvården, samt att försäkringskassan inte får bekosta sådan behandling eftersom den anses medicinsk.

Läkare behöver tid för eftertanke och reflektion och verktyg att hantera den sjuklighet som inte kan angripas med sedvanlig medicinsk metodik.

Värdet av tidig rehabilitering lyfts ofta fram. Flygar (124) påpekade att detta dock kan vara en försäkringsmedicinsk villfarelse. De som får rehabilitering är ofta sjukare än de som inte får det. Om alla fått rehabilitering tidigt skulle flera ändå återgått i arbete, utan åtgärder. De som t ex får rehabilitering efter fyra månader är alltså bara en delmängd av dem som t ex var sjukskrivna i två månader där en del redan spontant återgått i arbete. Vid tidig rehabilitering utsätts ett antal personer som ändå skulle ha återgått i arbete för onödiga åtgärder. Författaren ansåg att patienterna genomgår något som liknar en krisreaktion med chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorientering och att det krävs en tids eftertanke för att fatta viktiga beslut. Vi känner inte till det terapeutiska tidsfönster där vi har störst chans att lyckas med ingripanden för att hindra utslagning.

Lidbeck (125) instämde i slutsatsen att tidig rehabilitering rekommenderas trots att forskningen på området knappast talar för att sådan är effektiv. Hans åsikt var att sjukskrivning, ibland långvarig sådan, kan vara nödvändig för att lyckas med rehabilitering. Han tyckte också att sjukdomsbegreppet måste vidgas för att rehabiliteringen ska bli effektiv så att man tar hänsyn till alla faktorer, alltså även andra än rent medicinska, som nedsätter arbetsförmågan vid rehabiliteringen.

Många har åsikter om rehabilitering, såsom att det är problem med att många snurrar runt mellan de olika ersättningsystemen (126), att det är viktigt att beteendevetare kopplas in

tidigt (127) samt att det ibland inte är bra att rehabilitera människor tillbaka till sin egen arbetsplats, som av patienterna ofta anses vara orsaken till besvär (128).

Arbetsmarknaden, arbetslösa patienter

Andelen sjukskrivna bland arbetslösa är betydligt högre än för övriga enligt flera studier. Karlsryd (42) fann t ex i en studie av läkarintyg att arbetslösa sjukskrevs tre gånger så ofta för psykiska besvär och de sjukskrevs längre perioder första gången än de som har en anställning. I regel står sjukhusläkare för den största andelen sjukskrivningar men för arbetslösa i Stockholms län är intyg från privatläkare vanligast (42). Karlsryd (46) undersökte även via en enkät till 206 läkare (svarsfrekvens 83 %) läkarnas syn på sjukskrivning av arbetslösa. Läkarna uppgav sig känna till om deras patienter var arbetslösa och ansåg att de fyllde i uppgiften på 80 % av intygen. Den verkliga siffran var dock 50 %. Hälften av läkarna tyckte det var svårt att bedöma en arbetslös persons arbetsförmåga i relation till ett fiktivt arbete. De ansåg att arbetslösa oftare begärde sjukskrivning och de saknar policier och riktlinjer gällande sjukskrivning av arbetslösa. 60 % uppgav att de ofta eller ibland, på patienternas begäran, anger en annan diagnos än psykiska besvär. Trots att första sjukperioden i verkligheten är längre för arbetslösa än för anställda anser läkare att den i princip borde vara kortare. Författaren drog slutsatsen att sjukförsäkringen i viss mån finansierar arbetslösheten.

Även i Norge var arbetslösa överrepresenterade bland dem som sjukskrevs mer än 8 veckor (39). Ca 7 % av de sjukskrivna var arbetslösa. Endast i 11 % av fallen angav läkare på intygen att åtgärd eller kontakt med annan instans behövdes.

I en annan norsk undersökning (129) av arbetslösa patienter på vårdcentraler befanns 7 % av patienterna i arbetsför ålder vara arbetslösa. De hade fler psykiatriska diagnoser än anställda och sökte betydligt oftare vård. En femtedel av de arbetslösa sökte för sjukdomar och symptom som av läkarna ansågs direkt relaterade till arbetslösheten.

I en undersökning av 11 pensionsintyg rörande långtidsarbetslösa vars a-kasseersättning drogs in efter 3 år, studerades läkarnas strategier för att hantera fallen (130) I den första fasen försökte läkarna sätta press på de arbetslösa att ta erbjudet arbete. Ibland var inte läkarna informerade om indragningen av ersättningen, men när de var informerade var de ibland motsträviga att utfärda sjukintyg. När patienterna återkom med sina medicinska besvär kunde läkaren ge efter och auktorisera sjukrollen genom att leta efter ett medicinskt tillstånd som kan motivera sjukpension. Patienterna fick genomgå diverse utredningar och behandlingar utan effekt på besvären. Läkarna och patienterna närmade sig då en gemensam ståndpunkt att förtidspension var bästa utvägen. I några fall begärde försäkringskassan in ytterligare uppgifter om hur patientens tillstånd hade försämrats sedan hon faktiskt var i arbete och läkarna försökte då ge ”objektiva” bevis eller ändra huvuddiagnos och lägga till ytterligare en diagnos, oftast av psykiatrisk natur. Författaren ansåg att patienterna i realiteten inte hade fler sjukdomar än när de var i arbete. På ett sätt hade dessa patienter inte råd att bli friska – deras sjukdom behövdes som led i en copingstrategi. På detta sätt döljs arbetslöshet i sjukförsäkringen. Författarens förslag till lösning är att införa en social pension som inte är beroende av ett medicinskt tillstånd när möjligheterna på arbetsmarknaden är uttömda. Människor skulle då inte behöva anta sjukrollen för att få en grundläggande ekonomisk trygghet. En sådan lösning för människor som permanent var utanför arbetskraften utan att egentligen ha en pga sjukdom nedsatt arbetsförmåga har också föreslagits från intervjuade personer.

Ruud et al (131) undersökte med hjälp av ett frågeformulär till 132 norska allmänläkare (70 % svarsfrekvens) hur ofta de sjukskrev arbetslösa. Läkarna ansåg att deras arbete

blivit tyngre och de konfronterades ideligen med patienter med psykosociala problem. Det upplevdes som svårt att friskförklara arbetslösa och läkarna upplevde att sjukligheten i befolkningen hade ökat då arbetslösheten steg. Arbetslösa kunde ha uppmanats av arbetsförmedlingen att sjukskriva sig. Gränsdragningen mellan a-kassa och sjukförmåner är svår. 80 % av de arbetslösa bedömdes av läkarna ha psykiska eller psykosomatiska symptom som det viktigaste hälsoproblemet.

Söderberg och medarbetare (132) granskade sjukintyg som kommit in till försäkringskassan i två län. Endast i hälften av de utfärdade sjukintygen framgick det medicinska tillståndet relaterat till funktionsförmågan. Den största skillnaden mellan länen var att i Jämtland sjukskrevs arbetslösa i genomsnitt 94 dagar per intyg, i Östergötland 56 dagar. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden per sjukintyg för anställda skiljde sig inte mellan länen. Författarna drar slutsatsen att praxis vad avser sjukskrivning av arbetslösa måste ses över, åtminstone i Jämtland.

Väntetider

Landstingsförbundet (133) skickade en enkät till 1 336 patienter (79 % svarade) i tre patientgrupper som väntade på ortopedisk operation (höftledsartros, rygg och meniskskada). Många patienter behövde vård och extra hjälp under väntetiden och upplevde att tillståndet förvärrades. Drygt 20 % av de som väntade på höftoperation, 50 % av de som väntade på ryggoperation och 80 % av de med meniskskada var förvärvsarbetande. Av de förvärvsarbetande var 66 % av höftledspatienterna, 72 % av ryggpatienterna och 36 % av meniskpatienterna sjukskrivna. Tre månader postoperativt var 58 % av höftledspatienterna, 72 % av ryggpatienterna och 8 % av de meniskopererade fortfarande sjukskrivna. För höftlederna var väntetiden i genomsnitt nästan 6 månader (en vecka till 23 månader), ryggarna 2,1 månader (en vecka till 18 månader) och meniskerna 1,8 månader (1 vecka – 12 månader). Det saknas uppgifter om hur länge de sjukskrivna fick vänta på operation. Studien talar enligt författarna inte entydigt för att väntetider till ortopediska operationer förlänger sjukskrivningar, men slutsatsen är osäker. En tidigare enkätundersökning med 15 fiktiva ortopediska fall, riktad till chefer på ortopedkliniker (134) visade att det var mycket stora skillnader i väntetider mellan kliniker och att samma fall prioriterades mycket olika på de olika klinikerna. En studie av samtliga patienter som köade för ortopedisk operation i Göteborg visade att 159 patienter var sjukskrivna, hade sjukbidrag eller förtidspension under samma diagnos som de skulle opereras för (135). Kostnaderna skattades till nästan 90 miljoner kronor. En hälsoekonom (136) hade invändningar mot beräkningsmetoderna och påpekade att vård ska ges efter behov och inte med tanke på försäkringskostnader. Han ansåg att om samhället ska ge finansiellt stöd för att korta operationsköer behöver flera olika beräkningar göras men att onödiga väntetider som leder till ökat vårdbehov och ökade behandlingskostnader är ett problem som måste undersökas ytterligare. Flera Dagmar-projekt satsades på att korta väntetider till operation. Väntetiderna kortades också men någon säkerställd effekt i form av kortare sjukskrivningstider har inte kunnat konstateras (137).

Värmlands läns allmänna försäkringskassa (138) granskade fall där sjukskrivna som väntade på ortopedkonsult eller operation. Försäkringsläkarna bedömde att ortopedisk åtgärd skulle förkorta sjukfallet för 23 av 30 män. Motsvarande siffror för kvinnor var 15 av 34. Av de 64 fallen genomfördes operation hos 22 efter varierande väntetider. Endast 4 av dessa 22 opererade avslutade sin sjukskrivning efter genomförd operation. Väntetiden för de friskskrivna var betydligt kortare än för dem som var fortsatt sjukskrivna, både innan de sattes i kö till operation och själva kötiden. Försäkringsläkare överskattade alltså möjliga effekter på sjukskrivning av genomförd ortopedisk operation. De som friskskrevs

var opererade i knä, tumme, axel respektive med borttagande av mörghälsknä. Operationens art bland de fortsatt sjukskrivna anges inte i studien.

Läkare i primärvården upplever att väntetider till sjukhusen vid remittering är en orsak till långa sjukskrivningar (10).

I Danmark gick Lous et al (139) igenom 27 långtidssjukskrivnas (>13 veckor) ärenden för att studera förlopp och kommunikation. Väntetiderna identifierades och diskuterades i panelgrupper med deltagande av försäkringskassa, sjukhusläkare och allmänläkare. I 19 av fallen fann man ett komplicerat medicinskt förlopp med samtidigt fysiska och psykiska sjukdomar. Det var ofta många aktörer inblandade – i 20 av fallen 4-8 instanser, ofta flera olika sjukvårdsinstanser. Där flera var inblandade blev det ofta en fördröjning av förloppet och bristen på koordinering var iögonfallande. Det befanns vara överraskande korta väntetider för försäkringskassan att få in utlåtanden men mycket långa väntetider för specialistundersökningar, behandlingar och speciellt för rehabilitering. Rehabilitering användes enligt panelen ofta i onödan för att legitimera förtidspension. Författarnas förslag till lösning på väntetidsproblemen var förbättrat samarbete mellan vård och försäkringskassa. Rehabilitering skall inte användas som byråkratisk nödvändighet för förtidspensionering, det blir då bara ett fördröjande mellanled. Om rehabilitering ska genomföras bör det ske utan väntetider.

Petersen et al (140) skickade ett frågeformulär till sjukskrivna om deras väntetider när de för första gången skulle undersökas polikliniskt vid ett regionsjukhus. Röntgen och ortopedi exkluderades. Den genomsnittliga väntetiden var 86 dagar och totalt var det 11.000 sjukdagar bland 901 patienter. 44 % av de sjukskrivna trodde att de skulle kunna återgå i arbete efter behandlingen eller undersökningen. Bortfallet i studien var stort och uppföljning saknas varför man inte vet om och i vilket utsträckning de väntande verkligen återgick i arbete.

Fölster och medarbetare (115) telefonintervjuade 234 allmänläkare (34 % av de man ville nå gick att nå, de andra var trots upprepade försök ej möjliga att kontakta per telefon, svårast i Västra Götaland där också köerna var längst). Läkare ansåg att väntetider i vården var ett stort problem. Läkarna ansåg att den genomsnittliga sjukskrivningstiden skulle kunna minska med tre månader för patienter med symptom från rörelseorganen om köerna inom vården minimerades.

I Delta-projektet på Hisingen (141) studerades passiva väntetider i sjukskrivningsärenden. Man fann långa interna väntetider på försäkringskassan på grund av personalbrist, långa väntetider för röntgen, speciellt magnetröntgen och datortomografi men även väntetider på att få in läkarintyg. En liknande studie (142) fann att remiss till specialist medförde en passiv väntetid på i genomsnitt 95 dagar, remiss till operation 59 dagar, kontakt med behandlande läkare 41 dagar. Den passiva interna väntetiden på försäkringskassan hade inte en statistiskt säkerställd betydelse för väntetiden men oförklarad liggtid hos handläggare konstaterades i 17 % av fallen. (Studien är behäftad med stor osäkerhet, men man kan dra slutsatsen att om remiss till specialist ska utfärdas bör det ske tidigt i förloppet, och det vore en stor tillgång om specialister kunde finnas regelbundet på vårdcentralerna.)

Sammanfattningsvis finns belegg för långa väntetider inom vården. Kunskap om effekt av väntetider på sjuktalet saknas dock, men antas inte vara så stor (143, 144). Mer kunskap behövs om effekten av väntetider för sjukskrivningarna. I stort torde de dock vara små. Inte i någon av de olika studier vi hittat om sjukfrånvaro och väntetider i vården går det att bedöma om dessa väntetider, eller förkortning av dem, har någon betydelse för längden av ett sjukfall. Bättre studier behövs inom detta område. Ofta verkar den

betydelse en utredning eller operation har på utgången av ett sjukfall överskattas med avseende på återgång i arbete.

Åsikter och förslag

I debattartiklar inom området framhålls bl.a. att många stressutlösta tillstånd behöver psykoterapi och att detta inte finns att tillgå inom sjukvården (145). Författaren ansåg att försäkringskassan borde få möjlighet att köpa sådan tjänst. Cagnell et al (146) ansåg att psykoterapeuter borde anställas på vårdcentralerna för korta terapier, individuellt eller i grupp och för utbildning av patienterna. Författaren ansåg också att sjukgymnaster borde kunna ge rörelseterapi och att psykiatrikerkonsult borde finnas på vårdcentralerna. Landstingsförbundet (147) har beskrivit hur vissa kliniker använt sig av den s.k. genombrottsmetodik för att korta köer och väntetider till och inom sjukvården. Metoden går ut på att man på lokal nivå identifierar flaskhalsar och försöker åtgärda dem genom små förändringar som testas kontinuerligt. Det är oklart om liknande metodik använts i sjukskrivningssammanhang.

Samverkan

Flera projekt och studier syftar till att öka team-samverkan inom vården, och att tillföra beteendevetenskaplig kompetens. I projekten saknas ofta kontrollgrupp varför det är svårt att säga om eventuella förändringar beror på projektet eller på något annat. När förändring i sjukfrånvaro använts som utfallsmått har måttet på sjukfrånvaro sällan varit optimalt varför ev förändring eller brist på sådan är svår att värdera. Exempel på sådana är ett samverkansprojekt där 'Linköpingsmodellen' använts i ett tre-årigt projekt i primärvården för patienter med besvär från rörelseorganen där utbildning i beteendevetenskap, handledning, samverkan internt och externt etc. fokuserades (148).

I en svensk sociologisk studie (149) av arbetsrehabilitering, olika myndigheters regelverk och de domänkonflikter som uppstår när olika regelverk kommer i konflikt med varandra konstateras att försäkringskassan är den enda myndighet som har ett mycket strikt regelverk medan Arbetsförmedlingen rehab och primärvården har en holistisk syn på hälsa och arbetsförmåga. Patienten ska inte bara ha en presumtiv arbetsförmåga utan ska faktiskt också kunna arbeta på den arbetsmarknad som finns i dag. Läkare har stor självständighet i bedömningen. Modern forskning visar allt tydligare på hur medicinska, sociala, psykosociala och arbetsmarknadsmässiga faktorer inverkar på hälsan. Allt fler tillstånd blir bedömda som sjukdomar och medikaliseras. Det finns enligt författaren mycket som talar för att kliniska bedömningar allt mer skiljer sig från de socialförsäkringsmässiga bedömningar som försäkringsläkare ska göra. I olika samarbetsprojekt försöker man hitta vägar att gå förbi de hinder som finns i lagstiftningen. Författarens slutsats är att arbetslinjen inte passar för människor med begränsad arbetsförmåga eller med multipla problem eftersom arbetsmarknaden inte kan ta emot dem.

Wesley et al (71) intervjuade nio svenska läkare. Läkarna framhöll att de önskade återkoppling från försäkringskassan i sina egna patientärenden. Försök har också gjorts att återföra sjukskrivningsmönstret till sjukskrivande enheter. Resultaten visade att de enheter som är benägna att förändra sitt mönster tar emot återföringen positivt (79) medan de enheter där skrivandet av intyg inte uppfattas som viktigt inte bryr sig om att konfronteras med sina resultat.

I en dansk artikel (150) utvärderades samarbetet kring sjukskrivna genom intervjuer med läkare och tjänstemän i socialförvaltningen. Läkarna önskade att förvaltningen var mer tillgänglig, de vill ha en 'snabbtelefon' till förvaltningen, bättre kommunikationer med mer telefon- och faxkontakt, information om lagändringar, att förvaltningen berättar om de åtgärder de vidtar för läkaren och konferenser i tunga fall. Den nya sociala lagen i Danmark förutsätter att inte bara den fysiska invaliditetsgraden skattas utan även att en resursprofil inom områdena arbetsrelevanta önsknings och drömmar, utbildning, inlärningsförmåga och intelligens, arbetsmarknadserfarenheter, arbetsidentitet, prestationsförväntningar, social kompetens och konfliktberedskap, omställningsförmåga och -beredskap, sociala nätverk, fritidsintressen, bostad och ekonomi och hälsoförhållanden. Författarna föreslog att en "gensidighetsprincip" tillämpas där läkare och förvaltningar upplyser varandra om väsentliga ändringar i förhållande till den enskilde sjukskrivne. Läkaren upplyser om hälsomässig situation och vad som planeras för att förbättra den, förvaltningen upplyser om ändringar i det sociala systemet och om den sociala handlingsplan som upprättas och sänder eventuellt om patienten tillåter det resursprofilen till behandlande läkare. Läkare och förvaltning bör sätta sig ner tillsammans med den sjukskrivna och samtala om möjliga perspektiv och handlingar. (Resursprofilen påminner något om arbetsverktyget SASSAM. Kanske bör läkare inte uttala sig om arbetsförmåga innan en adekvat social utredning ad modum resursprofil gjorts. Det framgår inte i artikeln vem som gör resursprofilen och vilken utbildning hon har.)

Flera studier om företagshälsovårdens insatser i sjukskrivningar finns från Holland där företagsläkare förutsätts undersöka och bedöma sjukfall. Patienterna förutsätts alltså ha kontakt både med en sjukskrivande företagsläkare och med en behandlande läkare. Buijs et al (151) genomförde en litteraturstudie, en enkät och intervjuade allmänläkare och företagsläkare. Författarna fann ett ömsesidigt misstroende mellan de två läkarkategorierna. Båda kategorierna ville ha mer kontakt men allmänläkarna var osäkra på vilken roll företagsläkarna egentligen hade och misstänkte att de kunde gå arbetsgivarnas ärenden. Joling et al (152) kunde inte påvisa någon effekt i form av återgång i arbete för patienter som kallades till företagshälsovården. Återgång i arbete för personer som överlevt en cancersjukdom studerades prospektivt (153). Endast 3 % av fallen fick en optimal behandling eftersom kommunikationen mellan företagsläkaren och behandlande läkare inte fungerade och företagsläkare hade dåliga kunskaper om cancer och dess behandling. Företagsläkarnas kompetens och kontinuitet i vården var relaterade till återgång i arbete och till högre tillfredsställelse hos både läkare och patient. Företagshälsovårdens insatser avseende stressrelaterade tillstånd analyserades i en retrospektiv kohortstudie (154). Kontinuiteten i vården befanns vara låg. God kontinuitet ledde till arbetsåtergång 61 dagar tidigare än när den brast. Interventioner riktade mot arbetsplatsen var också förenade med tidigare återgång i arbete. Tillgång till individuell behandling ökade inte chansen att återgå i arbete.

PUBLIKATIONER OM ÅTGÄRDER SOM PRÖVATS

Landstingsförbundet (155) har gjort en inventering av landstingens arbete med sjukskrivningsproblematiken utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Genomgången visar att ungefär hälften av landstingen har någon form av övergripande arbete på regional nivå med bäring på området, ofta i samarbete med andra, främst försäkringskassan. Det verkar finnas en oklarhet om var ansvaret för hur sjukskrivningsärenden hanteras inom landstingen ligger eller borde ligga och om hur problemen ska angripas. Vid förfrågningen till landstingen gick associationerna oftast till

sjukfrånvaro bland den egna personalen. Några tydliga trender gick att urskilja: Samverkan är etablerad, både internt på vårdcentralen i form av teamarbete och externt med andra aktörer, vårdcentralen och försäkringskassan inser behovet av nära samarbete och samverkan blir vanligare, vårdcentralen utrustas allt oftare med beteendevetenskaplig kompetens, hälso- och sjukvården samarbetar allt oftare med företagshälsovården, samverkanstradition t ex i form av Socsamprojekt ger spridningseffekter och så kallade sjukskrivningskommittéer inrättas. Erfarenheter av framgångsrikt arbete är att den sjukes egenansvar poängteras och hennes delaktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna måste säkras. Bemötandet av och respekten för den enskilda är viktiga utgångspunkter, individualisering utifrån ett helhetsperspektiv, aktivitet i stället för passivitet i form av t ex deltidssjukskrivning eller motion på recept, fokus på det friska, arbete och arbetsförmåga i stället för sjukdom och brister är andra faktorer som leder till framgång. En bred kompetens med multidisciplinärt samarbete och tydligt och gemensamt mål för alla som deltar i processen är nödvändigt. Arbetsgivare måste involveras tidigt i processen och en strukturerad långsiktig plan för återgång i arbete måste utarbetas tidigt. Personalen har en viktig pedagogisk uppgift vid t ex smärtproblematik genom att ge råd, lugna och avdramatisera. Det är viktigt att det finns tid för samverkan och reflektion och det krävs stöd från ledningen. Landstingsförbundets uppfattning är att det behövs starkare ekonomiska incitament för att stimulera landstingen att arbeta med frågan.

Second opinion

Löfvander (62) undersökte i sitt avhandlingsarbete 52 långtidssjukskrivna (mer än 6 veckor) invandrare under 45 års ålder. 61 % av de möjliga fallen deltog i studien. En klinisk undersökning gjordes av två läkare utöver läkaren som sjukskrivit patienten. Patienterna var oftast (94 %) sjukskrivna för benigna ospecifika muskelsmärter men även för mild till måttlig depression. Samtliga patienter bedömdes av två externa läkare genom intervjuer, speciella tester och kroppsundersökning fokuserad på funktionsbedömning. Två tredjedelar av patienterna bedömdes kunna arbeta åtminstone delvis. Trots att två läkare deltog verkade läkarna influeras av smärtbeteende när de gjorde sina funktionsbedömningar. Sociala förhållanden och iatrogena faktorer bedömdes ha spelat en viktig roll i sjukskrivningsmönstret hos dessa unga invandrare. Löfvander har senare arbetat med att omsätta projektet i rutinsjukvård (156). Samtliga patienter, vid den aktuella vårdcentralen, som varit sjukskrivna mer än 6 veckor och ej fyllt 46 år under åren 1993-97 remitterades till en undersökning och behandling av en behandlingsgrupp bestående av författaren, ytterligare en distriktsläkare och en sjukgymnast. Av 129 aktuella personer kom 119, 108 genomförde hela månadsprogrammet. Av de 119 hade 116 utländskt härkomst. Smärta och värk dominerade problematiken. Initialt var 76 % helt sjukskriva och efter ett års behandling 42 %.

I en norsk studie (157) remitterade försäkringskassan 90 långtidssjukskrivna (64 kvinnor, 26 män) med oklara sjukdomstillstånd, speciellt smärttillstånd och lättare psykiska störningar, till psykiatriker för en specialistbedömning. Detta ledde till att de diffusa diagnoserna minskade från 16 till 1, antalet med fibromyalgidiagnoser från 17 till 6. I 13 fall bedömdes att ingen sjukdom förelåg och 20 av patienterna blev förklarade arbetsföra. Flera blev förtidspensionerade och andelen med pågående rehabilitering minskade. För 61 av patienterna ledde konsultationen till någon typ av förändring i sjukskrivningsstatus. 28 patienter bedömdes ha stor medicinsk nytta av specialistutredningen och ytterligare 19 viss nytta. Tre odiagnostiserade psykoser hittades, liksom ett fall av Huntingtons chorea, ett fall av multipel skleros, ett fall av kronisk mastoidit och tre fall av organisk

demenssjukdom. Det framstår som uppenbart av studien att läkare missar medicinska sjukdomstillstånd, även allvarliga sådana, hos personer som blir långvarigt sjukskrivna.

Malcolm et al (158) undersökte i England hur kostnaderna för sjukskrivningar ändrades i en kommun då personalavdelningen började remittera samtliga långtidssjukskrivna till företagshälsovården för en second opinion. Kostnaderna minskade genom att både tiden till återgång i arbete och tiden det tog innan beslut om förtidspension fattades minskade drastiskt.

Allmänläkares och företagsläkares inställning till second opinion undersöktes genom en registrering av läkarna själva i anslutning till konsultationen (52). Samtliga allmänläkare och de flesta företagsläkare erbjöds att delta. 110 läkare valde att delta. Second opinion ansågs kunna vara värdefull i knappt en fjärdedel av fallen och möjlig i drygt hälften. I vart sjätte fall ansågs second opinion kunna skynda på rehabiliteringsprocessen eller göra det lättare att inte förlänga sjukskrivningen. Second opinion ansågs vara kontraproduktivt speciellt i fall med psykiska symptom. Studien gäller läkare som frivilligt ställt upp och kan inte generaliseras till hela läkarkåren.

Åsikter och förslag

Olika åsikter om överprövning efter viss tid kommer fram; somliga förordar detta, efter t ex 60 dagars sjukskrivning (159) medan andra anser att det bara skulle öka belastningen på läkarkåren (160). Ett förslag är att försäkringsläkaren går in i den rollen och träffar patienten (160). Second opinion används bl.a. i Storbritannien, där ca 3.000 specialutbildade läkare tar över ansvaret för bedömning av sjukskrivningsfall som varat länge än 6 månader.

Sammanfattningsvis har ”Second opinion”, dvs. utlåtande från en annan läkare, i ett par studier visats ge effekter både i form av nyupptäckt sjukdom och också minskad sjukskrivning när det gäller patienter med diffusa diagnoser. Försäkringskassan har möjlighet att begära sådan överprövning t ex i form av ett särskilt läkarutlåtande från specialutbildade läkare eller rehabiliteringsutredning.

Second Opinion:

Författare	Metod	Resultat
Melsom et al 1993 (Norge) (157)	Försäkringsläkare remitterade 90 långtidssjukskrivna med diffusa diagnoser till kliniskt erfaren psykiatriker, som också vid behov kunde vidareremittera patienterna	13 patienter bedömdes som friska, 3 oupptäckta psykoser hittades liksom 9 fall av biomedicinsk sjukdom där endast 3 var kända tidigare.
Malcolm et al 1993 (England) (158)	Alla sjukskrivna i en kommun remitterades efter 90 dagar (senare 60) via personalsekreterare och lönesystemet till företagshälsovården	Kraftig reduktion av tiden innan återgång i arbete och tiden innan förtidspension beviljades under försöksperioden jämfört med perioden innan försöket vidtogs.
Löfvander 1997 (161) (Sverige)	Sjukskrivna invandrade patienter under 45 år vid en vårdcentral undersöktes av två andra läkare	Två tredjedelar av patienterna bedömdes kunna arbeta åtminstone deltid
Löfvander 2003 (63) (Sverige)	Som ovan	Endast 39 % av männen och 27 % av kvinnorna klassades som arbetsoförmögna
Ovhed et al 2003 (52) (Sverige)	Läkare fick efter en konsultation ange om en second opinion skulle kunna vara till nytta	Second opinion ansågs kunna vara värdefull i 25 % av fallen och eventuellt i drygt 50 %. I vart 6:e fall ansågs second opinion kunna skynda på rehabiliteringsprocessen

Skärpta regler

Englund et al (162) undersökte om ändrade regler kring sjukskrivning påverkade hur läkare fyllde i sjukintygen genom att studera intyg före och efter reformen. Intygen omfattade alla 14-dagarsfall i vissa regioner (första dagen för arbetslösa) och uppgick till 183 personer den första insamlingen och 182 den andra. Läkarintygen var mer komplett ifyllda efter reformen än före, men många uppgifter saknades fortfarande, t ex saknades uppgift om typ av arbete fortfarande i 22 % av intygen efter reformen. Det fanns ett samband mellan ofullständigt ifyllda intyg och lång sjukskrivningsperiod.

Claussen fann i två studier (163, 164) från Norge att när reglerna för rätt till förtidspension skärptes minskade ansökningarna med 39 %, från 2,7 till 1,6 per 100.000 invånare. Andelen som varit föremål för yrkesinriktad rehabilitering före ansökan ökade från 19 till 23 %. Läkarna föreslog avslag i lika stor andel av ansökningarna som tidigare, medan de faktiska avslagen ökade från 8 till 21 % trots den minskade ansökningsfrekvensen.

Även (165) studerade om läkarnas sjukskrivningspraxis ändrades i samband med att reglerna skärptes 1995. Antalet sjukintyg minskade temporärt men antalet sjukdagar tenderade att öka och det skedde ingen förändring i andelen deltidssjukskrivna. Studien visar att skärpningen av reglerna inte ledde till ändringar i sjukskrivningsmönstret.

I en kvalitativ studie av fyra kassahandläggare och fyra läkare (81) studerades hur de striktare regler som infördes i Sverige 1997 påverkade personerna. Både kassapersonal och läkare upplevde svårigheter i sina "dubbelroller" som ombud för klienten/patienten och som kontrollanter vad avser rätt till sjukpenning/sjukskrivning. I enstaka fall där man misstänkte arbetsovilja kunde de nya reglerna vara till hjälp. Det finns stora konflikter i det faktum att arbetsgivarna bara vill ha fullt ut arbetsföra personer vilket leder till att människor med små krämpor inte blir anställningsbara. Regeländringen har medfört försämrad arbetssituation för läkare och kassahandläggare.

I ovan nämnda studie av Getz (82) där 24 allmänläkare i Norge intervjuades om bl.a. vilken betydelse de skärpta reglerna som införts haft för läkarnas arbete. De skärpta reglerna innebar att läkarnas handlingsutrymme minskade. Många 'konsulter' välkomnade skärpningen medan en del 'advokater' försökte kringgå reglerna genom copingstrategier kopplade till sjukintyget.

Guidelines

Det finns ett flertal studier om vanlig tid till återgång i arbete efter olika kirurgiska ingrepp, såsom kranskärlskirurgi, ballongvidgning av kranskärl (1) och ljumskbräck (166, 167). I USA används alltmer en omfattande genomgång av guidelines för lämplig sjukfrånvarotid vid olika tillstånd och arbetskrav (168).

Återgång i arbete efter appendectomi har undersökts av Wagener et al (169). Den viktigaste faktorn för återgång till normal aktivitet, inklusive arbete, var vad opererande läkare säger om lämplig tidpunkt för detta. Hög ålder, annan sjuklighet och tungt arbete förlängde sjukskrivningstiden men den absolut viktigaste faktorn var läkarens råd. Sjukfrånvaro efter operation av ljumskbräck var längre vid komplikationer till operationen, tungt arbete, låg sjukersättning och familjebekymmer. Män som fick information om lämplig frånvarotid av opererande kirurg hade kortare sjukfrånvaro än genomsnittet (166).

När lindrigare operationsmetoder introducerades, som laparaskopi, borde sjukfallen bli kortare. I realiteten fick patienterna ganska långa sjukskrivningsperioder och restriktioner

av sina allmänläkare (170). Författaren föreslår att opererande kirurg ska ge skriftligt besked till patienter och allmänläkare om lämplig tid för återgång i arbete.

I en studie från USA (171) undersöktes effekten av kommunikation från vårdgivaren (läkare, osteopat eller kiropraktor) avseende grad av aktivitet för att underlätta återgång i arbete för 850 (75 % av dessa deltog i studien) sjukskrivna personer med ländryggsvärk. Vårdgivares råd om återgång i arbete kunde förkorta sjukskrivningen något under den akuta fasen, men inte därefter. En stor andel av de intervjuade ansåg dock att de inte fått sådan information.

Ambach et al (167) undersökte anställda i flottan som opererades för ljumskbråck. Den rekommenderade frånvarotiden postoperativt var 14 dagar. Nu råddes patienterna av opererande kirurg att de som hade fysiskt lätt arbete skulle återgå efter en vecka och de fick samma råd per telefon av en sköterska vid uppföljning 72 timmar postoperativt. 74 % var åter i lätt arbete inom en vecka och 90 % var åter i tungt arbete efter 30 dagar. Råden sparade 385 arbetsdagar i en grupp av 99 personer jämfört med den standardiserade rekommendationen om 14 dagar.

I en annan typ av studier har synpunkter på hur lång tid man bör vara sjukskriven efter olika operationer efterfrågats. Ett frågeformulär skickades till 80 allmänläkare och till 50 kirurger om hur länge de skulle rekommendera en nyopererad patient att vara borta från arbetet efter fem vanliga operationer (172). Allmänläkare rekommenderade dubbelt så lång sjukfrånvaro som kirurger vid samtliga dessa operationer, utom en där de rekommenderade 50 % längre frånvaro. Variationen inom grupperna var också mycket stor. Robertson et al (173) undersökte med hjälp av frågeformulär hur lång sjukfrånvaro nyblivna kirurger, opererade patienter respektive allmänläkare ansåg behövdes efter ljumskbråcksoperation. Kirurger tillrådde i genomsnitt 4,4 veckors frånvaro, allmänläkare 6,2. Patienterna var i realiteten sjukskrivna 7,0 veckor.

I en studie (174) undersöktes vad företagsläkare tror är arbetshindrande för stomiopererade. Läkare hade alla möjliga åsikter från smittspridning från den opererade till risker med arbetsmiljöexponering. I själva verket är det endast arbete i mycket varma omgivningar som är mindre lämpligt liksom arbete som innebär tunga lyft nära buken. Privat toalett och tvättmöjligheter är viktigt. Detta är ett försök till guidelines vid ett biomedicinskt tillstånd, och flera sådana riktlinjer borde fastställas så att inte människor med funktionshinder helt i onödan utsätts för restriktioner i sitt arbetsliv.

Rainville et al (175) undersökte i USA, via en enkät, vilka råd 79 allmänläkare och 63 ortopedier skulle ge till patienter med kroniska ryggbesvär presenterade som fallbeskrivningar. Ortopederna rekommenderade färre restriktioner avseende aktivitet och arbete än allmänläkarna men variationen mellan olika ortopedier (liksom olika allmänläkare) var stor. Variationen reflekterade läkarnas personliga attityder och patienternas kliniska symptom.

Guidelines för hur lång den minsta respektive den normala sjukskrivningstiden bör vara efter operativa ingrepp eller vid biomedicinska sjukdomar har också visats leda till kortare sjukskrivningstider (168). De studier där detta har haft bäst effekt har innefattat att riktlinjer för förväntad sjukskrivningstid även har förmedlats till patienten och till sjukskrivande läkare (oftast primärvårdsläkare) i samband med ingreppet.

Åsikter och förslag

Walsh et al (176) anser att det finns stor variation i sjukfrånvaro efter vissa sjukdomstillstånd, speciellt efter sjukhusvård för specifika tillstånd. Allmänläkare intygar

vad de tror att patienten vill ha och företagsläkare anser att detta närmar sig "iatrogenes" när det fördröjer återgång i arbete. Författarna anser att det behövs guidelines för minsta frånvaro och för normal frånvaro efter specifika tillstånd för patienter med olika arbetstyg. Författarna gjorde ett försök att fastställa riktlinjer för sjukfrånvaro efter ett stort antal specifika tillstånd (diverse operationer och medicinska tillstånd) genom ett utvidgat konsensusförfarande.

Ett vanligt problem vid långtidssjukskrivningar är att man saknar beredskap hur dessa skall hanteras. Många fall bli långa innan man har hunnit göra någon ordentlig probleminventering eller börjat vidta några åtgärder. Det finns idag goda exempel på basenheter inom landstinget Blekinge där man utarbetat välfungerande modeller och manualer för hur sjukskrivningar inom basenheten skall handläggas (177). Det finns även en tidigare "sjukskrivningspärm" utarbetad.

Möller Thomsen et al (178) diskuterade sjukskrivningar bland gravida och ansåg att policier för gravida bör utarbetas på arbetsplatserna.

Annebäck (179) diskuterar behovet av långa sjukskrivningar vid t ex utbrändhet. Han anser att dessa kan vara nödvändiga. Han bedömer att rehabilitering i dessa fall kan ta 2-3 år och kräver integrering av medicinsk, arbetslivsinriktad, psykisk och somatisk rehabilitering.

Det kanadensiska läkarförbundet (180) har utfärdat riktlinjer för hur läkare ska kunna hjälpa människor att återgå i arbete efter sjukdom eller skada. Man rekommenderar en övergång från ett totalt beroende av sjukintyg utfärdade av läkare till samarbete mellan den anställde och hans arbetsgivare med användning av medicinska fakta, råd och stöd från behandlande läkare och andra sjukvårdsinstanser. Läkare bör uppmuntra patienter att så snart som möjligt återgå i arbete förutsatt att detta inte medför risker för patienten, arbetskamraterna eller samhället. Läkare bör upprätta en behandlingsplan där lämplig tid för återgång i arbete inkorporeras från början. Onödiga väntetider ska identifieras. Företagshälsovården kan vara till hjälp om sådan finns. Direkt kommunikation mellan patienten och hennes arbetsgivare är väsentlig för att arbetsgivaren ska ha en chans att anpassa arbetet. Läkaren bör vara så specifik som möjligt när det gäller eventuella begränsningar av arbetsförmågan t ex rekommendera att arbete med höger arm över axelhöjd eller lyft på mer än 20 kg ska undvikas. Det är arbetsgivarens ansvar att förse läkaren med en skriftlig arbetsbeskrivning. När läkaren anser att patienten kan återgå i arbete ska patienten klart informeras om detta.

Sammanfattas dessa studier kan man dra slutsatsen att riktlinjer behöver utarbetas för lämplig sjukfrånvaro vid specifika sjukdomstillstånd och att sådana riktlinjer skulle underlätta för läkare att bedöma behovet av sjukskrivning. Riktlinjer behövs också över vilka arbetsrestriktioner människor med vissa handikapp faktiskt behöver och för sjukskrivning av gravida. Dessa riktlinjer kan t ex upprättas genom konsensusförfarande mellan specialistläkare. Sådana riktlinjer skulle också kunna vara till hjälp för patienter som anser att de blivit sjukskrivna för länge, för försäkringskassan i deras bedömningar, liksom för fackföreningar när de stöttar medlemmar.

Guidelines:

Författare	Metod	Resultat
Wagner 2003 (169) (Nya Zeland)	Återgång i arbete efter blindtarmsoperation	Den viktigaste faktorn för återgång till normal aktivitet inklusive arbete var opererande läkares råd
Semence 1980 (England) (166)	Återgång i arbete efter operation av ljumskbräck	Män som fick information av opererande kirurg om lämplig frånvarotid hade lägre frånvaro än andra
Jarret 1998 (England) (172)	Frågeformulär till 80 allmänläkare och 50 kirurger om lagom frånvaro efter 5 vanliga operationer	Allmänläkare rekommenderade dubbelt så lång sjukfrånvaro som kirurger utom i ett fall då de rekommenderade 50 % längre frånvaro. Stor variation inom de båda grupperna
Robertsson 1993 (England) (173)	Frågeformulär till kirurger, allmänläkare och opererade patienter om lämplig frånvaro efter ljumskbräckoperation	Kirurger tillrådde 4,4 veckors frånvaro, allmänläkare 6,2. Patienterna var i realiteten sjukskrivna 7,0 veckor.
Ambach et 2000 (USA) (167)	Frånvarotid efter operation av ljumskbräck studerades sedan patienterna fått råd av opererande kirurg att återgå i lätt arbete efter 1 vecka	Jämfört med den i amerikanska flottan rekommenderade frånvarotiden 14 dagar sparades 385 arbetsdagar i en grupp av 99 opererade
Wyke et al 1989 (England) (174)	Jämförelse mellan en experts råd om arbete till stomiopererade och vad företagsläkarna tror	Företagsläkare tror att många arbetshinder finns, i verkligheten är det arbete i varm miljö och tunga lyft nära buken samt brist på toalett och tvättmöjligheter som utgör arbetshinder

Case management

I en studie (181) undersöktes vad tidig intervention betydde för återgång i arbete. En grupp fick tidig intervention genom en intervju på försäkringskassan där utom kassatjänstemannen även en ergonom/arbetsterapeut deltog medan kontrollgruppen behandlades som vanligt. En vecka efter intervjun genomfördes också ett arbetsplatsbesök. Viss skillnad i arbetsåtergång kunde ses efter 6 månader och en klar skillnad efter 12 månader.

Green-McKenzie et al (182) undersökte hur kostnaderna för arbetsskada minskade genom att en specialutbildad företagssköterska fick i uppgift att vara "case manager". Detta gällde ett sjukhus med drygt 6.000 personer anställda. Inga nya resurser tillfördes, verksamheten organiserades om och en sköterska specialutbildades till case manager. Alla fall omhändertogs på företagshälsovården och även de sjukskrivna som sköttes av annan specialist besökte företagshälsovården minst en gång i månaden. Företagshälsovården hade tillgång till uppgifter om lättare arbeten och patienter som kunde fick snabbt tillgång till ett sådant. Antalet fall med arbetsskadesjukpenning minskade drastiskt genom att många fick tillgång till anpassat arbete medan kostnaderna per kvarvarande fall ökade vilket kan motsvara att de svåra fallen inte klarar ens ett lättare arbete. Totalt blev det en kostnadsminskning. Studien visar att case management systematiskt letande efter lättare arbeten och obligatoriska besök i företagshälsovården kraftigt förbättrar möjligheterna till återgång i arbete för personer med arbetsskador.

Nilsson et al (183) visade att förbättrad kontinuitet i vården efter hjärtinfarkt eller hjärtoperation, bl.a. genom att patienterna fick en personlig sjuksköterska som stöttade dem under konvalescensen. Projektet ledde till halverad sjukfrånvaro och stora samhällsekonomiska vinster. Trots de goda resultaten upphörde projektet efter projekttidens utgång.

Björklund et al (184) studerade resultaten i ett projekt där en arbetsterapeut anställdes. Till henne remitterades alla långtidssjukskrivna oberoende av diagnos där tidigare rehabilitering inte lett till något resultat. Verksamheten omfattade 37 individer med i genomsnitt 238 sjukskrivningsdagar året före inremitteringen. Terapeuten började med att besöka de sjukskrivna i hemmet och ställa frågor. Hon upprättade tillsammans med den sjukskrivne en plan för åtgärder. Planen var allsidig och utgick inte från vad som var praktiskt möjligt. Planeringen skedde stegvis, sträckte sig flera år fram i tiden och fokuserade på möjligheter i stället för på svårigheter. Patienterna skulle själva agera men terapeuten kunde finnas på plats som stöd i olika situationer. Hon ordnade också socialt stöd genom gruppverksamheter. Vid inremitteringstillfället var fyra personer i deltids arbete. När åtgärden avslutades arbetade 8 personer, sex var i arbetsträning eller arbetsprövning och sju i utbildning. 16 månader senare hade antalet i arbete ökat ytterligare medan gruppen som arbetstränade eller utbildade sig hade minskat. Uppföljning av en del av gruppen efter ytterligare 14 månader visade ytterligare förbättring med minskade sjuktal och ökat lönearbete.

I en studie där långtidssjukskrivna intervjuades om faktorer som hindrar och främjar återgång i arbete föreslog både de som återgått och inte återgått i arbete att en case manager som en faktor som skulle kunna främja återgång (88).

Åsikter och förslag

I Gerard Larssons utredning (185) förordas en case manager funktion, där kallad mentor. I Stockholms län har närsjukvårdens ansvar för rehabiliteringen beskrivits (186). Nästan all rehabilitering förväntas ske inom närsjukvården och organiseras efter behov i samarbetande team. Bland annat föreslås en professionell mentor eller ett rehabiliteringsombud, som skulle vara en av alla parter utsedd och gemensamt finansierad person med ansvar för att alla insatser riktade mot en person samordnas. Sawney (75) ansåg att fokus i utredningarna måste riktas mot restarbetsförmåga och inte bara invaliditeten. Han föreslog att personliga rådgivare med inriktning mot arbetsmarknaden måste kopplas in i ärendena. I Storbritannien satsar man nu i stor skala på införandet av en case manager (kallade 'personal advisers') för att stötta långtidssjukskrivna till återgång i arbete, efter flera lyckade projekt. En viktig del i detta är även samverkan mellan olika aktörer.

Sammanfattningsvis är användandet av en case-manager eller mentor, vars uppgift är att stötta patienter i deras kontakter med olika aktörer; ha kunskap om hur systemet fungerar och vilka olika möjligheter som finns; en väg att komma till rätta med bristande samordning vid rehabilitering av långtidssjukskrivna och kunna ge stöd för återgång i arbete. Det är en åtgärd som i flera studier visats ha god effekt när det gäller återgång i arbete. 'Case manager' och olika metoder för 'case management' är vanliga inom socialtjänsten i västvärlden, och har, enligt de få studier där detta prövats för sjukskrivna, god effekt på återgång i arbete.

Case management:

Författare	Metod	Resultat
Sjögren et al 1998 (Sverige) (187)	Intervju på försäkringskassan med deltagande av arbetsterapeut/ergonom, tidigt arbetsplatsbesök	Klar skillnad i arbetsåtergång efter 1 år
Green-McKenzie et al 2002 (182) (Storbritannien)	Företagshälsovård vid sjukhus om drygt 6.000 anställda. Inga nya resurser, men omorganisation till bl.a. case management. Bl.a. specialutbildades sköterska som hade kontakt med alla patienter, inklusive de sjukskrivna.	Drastiskt minskning av antalet sjukskrivna och av kostnader.
Nilson et al 1996 (183) (Sverige)	En personlig sköterska stöttade patienterna efter hjärtinfarkt eller hjärtoperation	Halverad sjukfrånvaro
Björklund et al 1996 (Sverige) (184)	Alla långtidssjukskrivna oberoende av diagnos där tidigare rehabilitering inte lett till några resultat remitterades till arbetsterapeut som tillsammans med den sjukskrivne utarbetade en plan och stöttade patienterna under processen. Socialt stöd och gruppverksamheter	Andelen personer i yrkesinriktad verksamhet ökade allt eftersom och var efter 30 månader 81 % av de deltagande

Ekonomiska incitament

I en studie av Lie et al (110) använde sig Försäkringskassan av ekonomiska incitament för att påverka läkare i primärvården till att ta mer tid till patienter som varit sjukskrivna mer än 16 dagar. Läkare som tog en halvtimme extra för detta fick 300 kronor från Försäkringskassan. Efter ett halvår höjdes denna summa till 600 kronor, eftersom få använde sig av möjligheten. Det framgår inte av studien om andelen som använde sig av denna möjlighet ökade då.

Finsam innebar att del av kostnaderna för sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringsersättning belastade sjukvården. Upp till 10 % av beräknade sjukskrivningskostnader "lånades" från försäkringskassan och skulle betalas tillbaka om inte kostnaderna sjönk. Projekten genomfördes i Södermanland, Gotland, Malmöhus, Gävleborg och Västmanland. Varje område fick genomföra försöken efter eget önskemål. Söderfeldt och Söderfeldt (188) utvärderade utvecklingen av sjukfrånvaron i de fem Finsamområdena. Enligt deras beräkningar och utvärdering är det statistiskt säkerställt dels att Finsam haft klara effekter på sjukskrivningarna 1995 och 1996, dels att negativa "gräddfilseffekter" inte kunnat spåras. Preliminära iakttagelser från Socialstyrelsen (188) tydde inte på att kostnader vältrats över på socialtjänst eller A-kassan.

I Västmanland har betydligt mindre än det disponibla beloppet (10 % av de beräknade sjukskrivningskostnaderna) utnyttjats. Rehabiliteringshandläggarna, som fått möjlighet att använda en mindre del av det disponibla beloppet utnyttjade praktiskt taget inte denna möjlighet alls. Inte heller vården utnyttjade sina delar av beloppet. Kostnadsansvaret kom efter familjeläkarreformen att falla på landstinget centralt och har därför i efterhand fått mindre betydelse som drivfjäder i försöket. Sjukskrivningskostnaderna minskade mer i Finsam-området än i kontrollområdena. Utvärderingar (189, 190) har dock haft svårt att visa vad minskningen egentligen berodde på. Man kunde inte hitta säkra skillnader mellan läkare med och utan Finsam-avtal.

Samverkan

I en uppföljning av Dagmar avtalet 1997 (191) uppgav författarna att avtalet lett till en satsning på kuratorer och annan beteendevetenskaplig kompetens till primärvården på många håll. Vårdkedjetänkandet mellan sluten vård och öppen vård utvecklades. Flera projekt visade på tydliga minskningar vad avser sjukskrivningsfrekvens och vårdkonsumtion. Av det 30-tal projekt som avslutades under året har ca hälften införlivats i den ordinarie verksamheten i någon form. Projekten har ofta lämnat kvarstående spår i form av ny kunskap och högre kompetens hos personal eller effektivare samarbetsformer. Insatsen har lett till ökat samverkan mellan verksamheter. Man har lärt känna varandras strukturer, arbetssätt m.m. och har på så sätt kunnat samverka bättre om patienter.

Ett flertal projekt inom och utanför Socsam eller Frisam har genomförts där olika myndigheter har samverkat kring speciella ärenden, ofta riktade mot människor som faller mellan olika myndigheters primära uppdrag. Utvärdering av Deltaprojektet på Hisingen (192) visade att personalen i de olika myndigheterna i stort sett var nöjda med samverkan. Gränserna mellan myndigheternas uppdrag blev tydligare och det blev uppenbart att de regler och verksamhetsmål som myndigheterna har delvis är motverkande. De flesta ”brukarna”, d.v.s. de patienter/klienter som varit involverade i projekten var nöjda med de samlade insatserna. Effekten på samhällets kostnader var svårbedömd: sjukpenningutgifterna minskade och det skedde en förskjutning från socialbidrag och i viss mån a-kassa till utbildningsbidrag, rehabiliteringsersättning och sjukbidrag/förtidspension.

Utvärdering av Socsam i Stenungsund (193) visade att samordningen var speciellt svår när det lokala samarbetet kommit i konflikt med de regler som kringgärdar de statliga organen som försäkringskassa och arbetsförmedling. Det statliga regelverket motverkar i stället för att gynna samverkan. Detaljreglering av försäkringskassa och arbetsmarknadsmyndigheter kan omöjliggöra skräddarsydda lösningar för individuella behov. Reglerna för socialtjänst och sjukvård medger ett tolkningsutrymme som saknas för de statliga organen. De olika ersättningsystemen och reglerna inom kommun, landsting och statliga organ leder till rundgång i systemen. Författaren uppger att det traditionella styrsystemet är inriktat på huvudmännens produktivitetsmål för den egna verksamheten. Att styra och organisera verksamheter för sammansatta sektorsövergripande behov strider mot den traditionella styrningen.

Lokalt på vårdcentralerna har samverkansprojekten i allmänhet upplevts som mycket positiva.

I Delta, Kärra-Rödbo har enligt egenutvärderingen som genomförts (194) samverkan över fackgränserna medverkat till kompetensutveckling, avlastat hårt ansträngda läkare och givit möjligheter att samarbeta. Avgörande för det positiva resultatet har varit samlokalisering. I Delta, tidig och samordnad rehabilitering i Backa (195) visades att bemanningsproblem, speciellt på läkarsidan, gjorde det svårt att arbeta med tidig och samordnad rehabilitering. Stor personalomsättning och många omorganisationer försvårade också arbetet. Avsaknad av ortopedkonsult i projektet förlängde sjukskrivningstiderna. Hinder fanns också på lagstiftnings-, regel- och organisationsnivå. Den sjukvården och försäkringskassan vill ha är inte anpassad till regelsystemet. Författarens förslag till förbättringar är att lokalisera kassapersonal på vårdcentraler, vilket betyder mycket för personalens kompetensutveckling. Anställning av kurator eller psykolog på vårdcentralen var mycket positivt och teamarbete kring sammansatta fall avlastar läkarna som annars står ensamma med svåra beslut.

I Deltaprojektet i Biskopsgården (196) fanns betydande problem att genomföra projektet trots tillskott av resurser. Den ansträngda situationen på vårdcentralen, stor personalomsättning och tungt patientunderlag bidrog till att försvåra samarbetet. Delaktigheten i projektet var mindre god, de prioriteringar som måste göras i en bristsituation gjordes inte. Projektet kan i Biskopsgården sägas ha finansierat en del av landstingets verksamhet vilket inte var en del av den gemensamma målsättningen. Trots problemen innebar samverkan främst och tätast med försäkringskassan ett lyft och det nya arbetssättet kan knappast frångås.

Socsamförsöket i Haninge (197) var mycket oklart initialt, förbättrades sedan, men gav ingen grund för ett permanent samarbete. Det fanns tendenser att bortprioritera samarbetet. En rygg/nackegrupp där vårdcentral och försäkringskassa samarbetade bedömdes som lyckosamt.

En utvärdering av hur organiseringen av samverkan skedde i Grästorp och Kärra-Rödbo (198) visade att på inget av ställena har förutsättningar för hållbart samarbete mellan organisationer etablerats. Delta är beroende av fortsatt extra resurstilldelning (vilket bekostar psykolog, sjukgymnast, kurator, ekonomisk rådgivare och psykiatrikonsult) för överlevnad.

Sammantaget visar Socsamprojekten att det tätare samarbetet mellan primärvård och främst försäkringskassan varit mycket positivt och att det spelat en stor roll att en tjänsteman från försäkringskassan lokaliserats på vårdcentralerna.

En svensk kvalitativ intervjustudie med nio allmänläkare och fem försäkringskassehandläggare (71) visade att både handläggare och läkare ansåg att det var patienten som styrde om de skulle bli sjukskrivna eller inte. Vid psykiska besvär kunde handläggare vara rädda att skada genom att ta upp känsliga ämnen. Läkare ansåg att tidsbrist styrde kvaliteten på sjukintygen och handläggarna påpekade att ofullständigt ifyllda intyg orsakade mycket merarbete. Vid psykiska besvär fanns ej tillgång till behandlingsmetoder i form av stödsamtal eller dylikt. Både läkare och handläggare ansåg att det var patientens vilja som styrde både rehabiliteringens längd och resultatet. Om patienten inte vill är det omöjligt. Läkare ansåg att det måste göras en bedömning av hur realistisk en rehabilitering är. Båda grupperna beskrev hur patienterna spelade olika roller beroende på vilken aktör de träffade. Handläggare sa sig upptäcka försäkrade som gav förslag eller accepterade rehabiliteringsåtgärder som de trodde att handläggaren ville att de skulle genomföra. Läkare rekommenderade medicinska åtgärder vid förlängning av sjukintyg, oftast sjukgymnastik, utan att egentligen vara övertygade om att behandlingen hade någon effekt. Begreppet arbetsförmåga var oklart och läkare poängterade att de inte var utbildade i vad folk gör på sina arbeten utan måste lita på vad patienterna säger. Författarna rekommenderade mer personligt samarbete med kassahandläggare tillgänglig på vårdcentralen. Kanske borde också andra yrkesgrupper som sjukgymnaster eller hälsovägledare delta för att patientens situation ska bli allsidigt belyst.

I ett projekt där specialister (psykiatriker, ortopedier, rehabiliteringsmedicinare) samverkat med försäkringskassan (199) fick 63 % av patienterna en psykiatrisk diagnos, oftast depression men också personlighetsstörning. 34 % fick en ortopedisk diagnos och 56 % fick minst en diagnos av rehabiliteringsspecialist. Patienterna hade i medeltal varit sjukskrivna 713 dagar (median 466) innan försäkringskassan remitterade dem till projektet. 47 % hade inte svenska som modersmål och 49 % var arbetslösa. Någon effektutvärdering hade inte gjorts då artikeln skrevs men författarna tycker att försöket varit givande och försäkringskassan har varit nöjd med utlåtandena. (Varför hade inte

patienterna remitterats betydligt tidigare? Remitterade FK dem nu snarare för att få underlag för sjukersättning?)

I Kristianstad har ett kontrollerat försök gjorts (200, 201) och utvärderats med avseende på sjukskrivningstider vid ryggbesvär. Interventionen innebar att på en vårdcentral träffade en samordnare från Försäkringskassan vårdcentralschefen 15 minuter varje morgon. Samordnaren svarade också för utredning och journalföring på försäkringskassan och i detta ingick en närmare kontakt än vanligt med patienten och i många fall även med patientens arbetsplats, arbetsförmedling och företagshälsovård. Samtliga läkare träffade dessutom, under två timmar varannan vecka, samordnaren och en expertgrupp bestående av specialister i reumatologi, habilitering och smärtproblematik. Samtliga patienter som varit sjukskrivna mer än 60 dagar diskuterades i gruppen. Vidare inrättades bevakningssystem för att så tidigt som möjligt identifiera de som riskerade att bli sjukskrivna mer än 21 dagar för besvär i rörelseorganen. Hundra fall från denna vårdcentral jämfördes sedan med 100 matchade fall från kontrollcentraler. Sjukskrivningarna minskade bland männen på interventionscentralen där medianen för antalet sjukskrivningsdagar var 34,5 jämfört med 48,5 dagar på kontrollcentralerna. Kvinnornas resultat skiljde sig dock inte från kontrollvårdcentralernas. De 100 fallen utnyttjade totalt 1895 färre sjukdagar än kontrollerna då högst 365 dagar räknades in per person. Efter maximalt 730 sjukskrivningsdagar blev skillnaden mellan fall och kontroller ännu större och uppgick till 3323 dagar. Vidare jämfördes sjukskrivningen i hela kommunen med den för alla patienter vid denna vårdcentral. Efter ett år hade sjukskrivningstiden ökat för hela kommunen, men ökningen hade varit signifikant lägre vid interventionsvårdcentralen; 7,5 respektive 1,5 dagar. Projektet bedrevs 1987-1988 men arbetssättet fanns då artiklarna skrevs fortfarande kvar. (Detta kan vara en väg att gå för att minska väntetider och för att öka kompetensen hos personalen på vårdcentralerna och som borde kunna genomföras utan stora problem.)

I Värmland har det s.k. Kugghjulsprojektet drivits (202). Det innebär att alla läkare på en vårdcentral tillsammans med handläggare från ansvarig försäkringskassa genomgår en utbildning i en metodik som avser att på ett strukturerat sätt ta hand om svåra patientfall där klar biomedicinsk diagnos inte kan sättas. Läkarna rekommenderas att inte ge någon behandling alls de första 4 veckorna av sjukskrivningen. Under den tiden sker snabbt en remissrunda till ortoped, sjukgymnast, psykiatriker eller beteendevetare. Distriktsläkaren ska delta vid specialistkonsultationerna. Företagshälsovården är inblandad och handläggare från försäkringskassan vistas regelbundet på vårdcentralen. Utvärderingen visar på minskad sjukfrånvaro i de områden där Kugghjulsmetodiken används jämfört med områden i Värmland där inte Kugghjulet införts vid vårdcentralerna. Dessutom är, enligt författaren, både personal och patienter nöjdare på interventionscentralerna. (Från vissa kommer dock andra åsikter, där man anser att projektet tar för mycket tid från patientarbetet)

Ett liknande samarbetsprojekt, Rehabpiloten, innebar samverkan mellan en vårdcentral, försäkringskassan samt beteendevetare och sjukgymnast från en företagshälsovårdscentral (203). Vid utvärdering två år efter start uppgavs resultatet vara gott då 42 % av de patienter som behandlats gått från någon grad av sjukskrivning till att ej vara sjukskrivna. Kontrollgrupp saknas varför resultaten ej går att bedöma. Arbetssättet planerades enligt rapporten införas på alla husläkarmottagningar i Uppsala.

Lindqvist (204) har intervjuat personer som deltagit i samarbetsprojekt mellan olika myndigheter utan att ha tilldelats extra resurser. Han fann positiva effekter i form av ökad professionalism, och bättre förståelse för klientens behov och bättre

rehabiliteringsmetoder. Projekten ledde också till ökad klientmobilisering och ökad motivation och självförtroende. Det negativa i projekten var brist på gemensamma mål och visioner, problem med att definiera rätt klienter och bristande ekonomiska resurser. Hans bedömning är att det finns för många olika typer av ersättningar på för många olika nivåer och att beslutsfattandet är hierarkiskt vilket motverkar syftet.

Jacobsson och medarbetare (205, 206) har utvärderat två samverkansprojekt riktade mot särskilt utsatta personer, de så kallade Beta-projektet och Stockholmsprojektet. I Beta-projektet skedde samarbetet via en speciell grupp med stadigvarande handläggare från socialtjänst, försäkringskassan, primärvården, arbetsförmedlingen och AMI. Detta samarbetsprojekt skiljer sig från övriga genom att en grupp med kontinuerligt samarbete hade hand om de komplexa fallen. Resultaten var goda, speciellt ur sjukskrivningssynpunkt och ledde till färre sjukskrivna, fler arbetslösa men också fler i arbete. I Stockholmsprojektet samarbetade arbetsgivare för anställda i Stockholms stad, försäkringskassan med en permanent handläggare och företagshälsovården. Även här var resultaten goda vad avser ohälsodagar och pensionsförmåner.

Jeppsson (207) utvärderade ett projekt där en samverkansgrupp med 5-6 personer skulle arbeta med tidig rehabilitering, dock utan att ta över sjukskrivande läkares eller andra behandlares roll. Det är stort bortfall i utvärderingen och det remitterades också mycket få patienter till det stora teamet. Kuratorns insatser bedömdes som väsentliga. En liknande rehabiliteringsgrupp med teamsamverkan i primärvården Bollnäs/Ovanåker (208) fick också mycket få patienter in i projektet och resultaten var inte så goda som man förväntat.

En statistisk studie genomfördes (209) för att undersöka om FRISAM-aktiviteterna påverkade sjukskrivningar. Frisam ledde enligt denna studie inte till mindre sjukskrivningar.

I Stockholmsprojektet (205) samarbetade företagshälsovården, försäkringskassan och arbetsledare för att återfå långtidssjukskrivna i arbete. Verksamheten var enligt utvärderingen lyckosam: färre sjukskrivna, fler i arbete men också fler förtidspensionerade.

En randomiserad kontrollerad studie (210) utvärderades effekter av tidig och samordnad kontakt mellan Försäkringskassa och psykiatrisk klinik vid sjukskrivning pga av psykiska besvär. Vid ettårsuppföljning var större andel i sysselsättning i försöksgruppen. Likaså var det totala antalet sjukdagar lägre i denna.

Riksförsäkringsverket (211) sammanställde en aktivitetskatalog över de projekt som pågick inom ramen för Socsam. Endast enstaka av det stora antalet projekt som ingick inlemdes i den ordinarie verksamheten.

Sammantaget visar alla de projekt som genomförts att det kan vara svårt för myndigheter med olika mål för verksamheten att samarbeta. I alla projekt där försäkringskassan lokaliserat en handläggare till vårdcentralerna har deltagarna varit mycket nöjda. Det har också visat sig vara av stort värde med beteendevetenskaplig kompetens på vårdcentralerna. Att skapa genvägar utan väntetider för specialistutredningar har också visat sig mycket positivt, och detta har också i en kontrollerad studie visat sig korta sjukskrivningstiderna för män med symptom från rörelseorganen och i en annan visa sig minska sjuktalen jämfört med kontrollvårdcentraler (200-202, 212). Samverkan mellan olika organisationer och inom sjukvården har i vissa fall haft en effekt på sjukskrivningsmönstret och har i flera utvärderingar visats ge nöjdare patienter och nöjdare personal. Viss effekt på sjukskrivning av dessa samverkansprojekt har erhållits. Den samhällsekonomiska vinsten har varit mer tveksam eftersom ofta andra

bidragsformer har fått tillgripas. Sammantaget verkar effekterna av samverkansprojekt ebba ut då projekten avslutas och grund för fortsatt samarbete utan extra resurser inte finns.

Samverkan:

Åtgärd	Författare	Metod	Resultat
Samverkan Delta	Allebeck 2001 (192)	Samverkan primärvård, försäkringskassa, socialtjänst och i viss mån arbetsförmedling. Förstärkning av primärvården genom specialistkonsulter, beteendevetare.	Personalen i stort sett nöjd med samverkan liksom brukarna som varit föremål för åtgärderna. Minskade sjukpenningutgifter, en förskjutning från socialbidrag och i viss mån a-kassa till rehabiliteringsersättning och sjukbidrag/förtidspension Totala kostnaderna svårbedömda
Socsam Haninge	Sandström 2003 (197)	Enligt ovan	Ingen grund lades till permanent samarbete
Kristianstad	Eilertson et al 1992, Leden et al 1991 (200, 201)	Tät och regelbunden tillgång till specialister och handläggare från försäkringskassan på en vårdcentral, stöd från vårdcentralens chef	Sjukskrivningarna minskade bland män på vårdcentralen i jämförelse med kontrollvårdcentraler, ingen effekt bland kvinnor
Beta-projektet	Jacobsson et al 1998 (205)	Samverkan via en speciell grupp med stadigvarande handläggare från socialtjänst, försäkringskassa, primärvård, arbetsförmedling och AMI	Färre sjukskrivna, fler arbetslösa men också fler i arbete
Stockholmsprojektet	Jacobsson et al 2000 (206)	Samverkan mellan en arbetsgivare (Stockholms stad), företagshälsovården och försäkringskassan	Goda vad avser sjukskrivningar
Frisam	Söderfeldt 2001 (209)	Frisam	Ingen påverkan på sjukskrivningar
Sandlund	Sandlund, 2003 (210)	Samverkan FK och psykiatrisk klinik vid sjukskrivning pga psykiska besvär	Fler i arbete, färre sjukdagar efter ett år än i kontrollgruppen
Kugghjulet	Engström et al 1999 (202)	Utbildning av läkare på vårdcentral och försäkringskassan i samma område, specialister på vårdcentral, kontrakt med vårdcentralchef	Minskning av sjukskrivning på ”Kugghjulscentralerna”, nöjdare personal och patienter jämfört med kontrollcentraler i samma område

Utbildning av läkare

Utbildning i försäkringsmedicin anses ofta som en lösning på sjukskrivningsproblematiken. En enkät till AT-läkare (213) visade att dessa upplevde sig ha fått mycket lite försäkringsmedicinsk undervisning under grundutbildningen, speciellt om utfärdande av intyg till privata försäkringar. En studie visade på god effekt (214) av praktikorienterat, problembaserat och individualiserat utbildningsprogram under 2 hela

dagar för AT-läkare och tre dagar för ST-läkare i form av sjunkande sjuktal och ohälsotal i regionen.

I en annan studie (215) studerades om en intervention i form av diverse information till norska läkare i vissa kommuner samt en resursperson i form av en sjukgymnast kunde leda till ökad användning av aktiv sjukskrivning (modifierat arbete där arbetsgivaren fick ersättning från försäkringssystemet) vid ländryggsbesvär jämfört med kommuner där ingen intervention skedde. Aktiv sjukskrivning användes oftare i interventionskommunerna men ledde inte till färre sjukdagar på aggregerad nivå. Inte en enda allmänläkare hänvisade patienter till resurspersonen för aktiv sjukskrivning utan hon fick själv leta upp patienter genom personliga kontakter. Patienterna var alltså mer intresserade än läkarna av aktiv sjukskrivning. Denna studie visar att det är svårt att genom information och stöd påverka läkare.

Lie et al (110) undersökte om norska allmänläkare kunde påverkas i sitt sjukskrivningsmönster när det gällde rörelseorganens sjukdomar genom utbildning och ekonomiska incitament. Ett mycket omfattande utbildningspaket gavs till 24 frivilligt deltagande läkare och som kontroller användes de läkare som inte ville delta. Utbildningen var omfattande och bestod av litteraturinläsning, 15 timmars kurs, en video med 90 minuters utbildning i diagnostik, besök av en specialist i fysikalisk medicin på mottagningen, erbjudande om att auskultera hos specialisten, 2 halvdagars seminarier samt en nyhetsbulletin. Läkarna fick även 300 kronor från Försäkringskassan för att lägga en halvtimme extra på en noggrannare undersökning av patienter som varit sjukskrivna mer än 16 dagar. Pengarna utbetalades till läkaren när denne skickade in ett papper om detta. Efter ett halvår höjdes denna summa till 600 kronor, eftersom få skickade in. Man fann ingen skillnad i sjukskrivningsmönstret mellan fall- och kontrollgrupperna. Svårbedömda patienter remitterades inte oftare till specialist trots korta väntetider. Studien antyder att utbildning är meningslös när det gäller sjukskrivningsmönstret och författaren föreslog obligatorisk överprövning hos specialist efter viss tids sjukskrivning

Cassis et al (77) undersökte hur expertläkare vid den schweiziska försäkringskassan bedömt arbetsförmåga för 120 slumpmässigt valda ärenden, dels i procentuell nedsättning dels genom beskrivning i omfattande text. I 17 % av fallen, dvs. för var sjätte fall stämde inte de två bedömningarna – det fanns en stark tendens att procentangivelserna klustrades kring gränserna för olika ersättningsnivåer. Han lyfte fram att den exakta procentangivelse av arbetsförmågenedsättning som krävs i försäkringssystemet inte stämmer överens med vad som är vare sig medicinskt möjligt att ange eller går att säga utifrån de mycket komplexa fenomen detta rör sig om. Han bedömde att det finns ett ökande gap mellan rollen en medicinsk diagnos har i sjukvårdssystemet och dess roll i socialförsäkringssystemet.

En utbildningsintervention bland 78 slovenska läkare, där de bl.a. fick återföring från den expertkommitté som ska bedöma rätten till sjukpenning efter 60 dagar och riktlinjer för hur journalföring borde ske, ledde till att andelen ofullständigt ifyllda intyg sjönk från 44 % till 27 % (47). Interventionen bestod av skriftliga rekommendationer baserade på problem man identifierat i deras sjukskrivningspraxis, samt utfall av baslinjeobservationer avseende vissa sjukskrivningsparametrar, särskilt kvalitén på intygen och allmän handläggning. Materialet redovisades också muntligt för läkarna.

Självklart måste läkare, genom utbildningsinsatser, kontakter, information, reflektion etc. få kunskap inom det försäkringsmedicinska området. Effekter av olika program för *utbildning av läkare* har dock studerats förvånansvärt litet. I några av dessa studier har sjukskrivning använts som ett utfallsmått, vilket komplicerar bedömningen av både studie

och resultat. Förändringar i sjukfrånvaro, eller avsaknad av sådana förändringar, kan bero på många andra faktorer, vilket sällan problematiseras i studierna. Utbildningsinsatsen syftar till utveckling av kunskaper, färdigheter och attityder. I vilken utsträckning detta sker mäts dock inte i mer än en av studierna vi hittat

Utbildning av läkare:

Författare	Metod	Resultat
Mikaelsson 2000 (Sverige) (214)	Praktikorienterat, problembaserat, individualiserat utbildningsprogram för AT- (2 dagar) och ST-läkare (3dagar)	Sjunkande sjuk- och ohälsotal i regionen
Scheel et al 2001 (Norge) (215)	Riktad information till läkare plus en resursperson för att införa aktiv sjukskrivning	Ingen läkare remitterade någon till resurspersonen som själv fick leta sjukskrivna. Ingen effekt på sjukskrivningsmönster
Lie et al 2003 (Norge) (110)	Till läkare som själva valt att delta i projektet: Omfattande utbildningspaket, inklusive möjligheter att auskultera hos och remittera patienter till specialist utan väntetider.	Inga skillnader mellan fall- och kontrollgrupp i sjukskrivningslängd eller avseende remiss till specialist.
Kersnik 1999 (Slovenien) (47)	Skriftlig och muntlig information till läkare om problem i sjukskrivningspraxis för fall >30 dagar, särskilt intygsskrivning.	Klar förbättring av intygen: 73 % var fullständiga efter interventionen, jämfört med 56 % före.
Engström et al 1999 (Sverige) (202)	Utbildning av läkare på en vårdcentral tillsammans med den försäkringskassa som ansvarar för området med flera åtgärder	Minskad sjukskrivning vid de vårdcentraler där Kugghjulsmetodiken införts jämfört med kontrollcentraler i samma område

Befolkningsinriktad utbildning

En annan typ av interventionsstudie/utbildning kan nämnas här. Det finns vetenskaplig evidens för att personer med ryggont bör bibehålla eller tidig återgå till normal aktivitet för att snabbast reducera besvären. Flera studier har visat att läkare trots detta ofta tillråder aktivitetsbegränsningar. Buchbinder et al (216) utvärderade effekten av en populationsbaserad intervention i Australien för att ge ändrad syn på ryggbesvär. Interventionen, som bestod av TV-reklam, radioprogram, affischer, seminarier, spridning av en brittisk 'rygginformationsbok' mm, genomfördes i en stat som sedan jämfördes med en stat där ingen kampanj genomförts. Syftet var att informera om bästa sättet att bete sig vid ländryggsbesvär. Efteråt telefonintervjuades allmänheten och läkare fick ett frågeformulär. Kampanjen ändrade både allmänhetens och läkarnas inställning till ryggbesvär och sänkte sjukfrånvaron och kostnad i interventionsstaten men inte i kontrollstaten.

I en liknande intervention från Skottland (217) genomfördes en massiv informationskampanj via massmedia, främst radio, Internet och skriftlig information. Sammanlagt har ca 30.000 personer tillfrågats om effekt av kampanjen, 1.000 varje månad. Innan kampanjen ansåg 55 % att vila var bästa behandlingen vid ryggont, efter kampanjen mindre än 30 % medan 70 % ansåg man bör vara aktiv. Siffran har

kontinuerligt ökat över de tre år kampanjen fortsatt. Detta resultat är mycket gott, denna typ av kampanjer brukar endast leda till en förändring på högst 5 %. Man frågade även vilka råd de som sökt primärvårdsläkare fått. Även här var det en tydlig förändring över åren. Andelen som fick rådet att vara fortsatt aktiva fördubblades, och betydligt färre fick rådet att vila och undvika aktivitet. Det var dock ingen större förändring i andel som rekommenderades sjukskrivning av läkarna. En slutsats som dras är att:

Giving GPs or occupational health practitioners more resources, more support or more time may be unlikely to have much impact on sickness absence or long term incapacity unless there is also a fundamental shift in thinking about what healthcare about back pain is all about. Clinical management should not only be about symptomatic relief, but there should also be equal emphasis on restoration of function (217, sid. 40).

Befolkningsinriktad utbildning:

Åtgärd	Författare	Metod	Resultat
Kampanj riktad till allmänhet om bästa sätt att bete sig vid ländryggsbesvär	Buchbinder et al 2001 (Australien) (216)	TV-reklam, radioprogram, affischer, spridning av informationsbok, seminarier mm	Kampanjen ändrade både allmänhetens och läkarnas inställning till ryggbesvär och minskade sjukfrånvaro och kostnader i interventionsstaten men inte i kontrollstaten.
Kampanj riktad till allmänhet om bästa sätt att bete sig vid ländryggsbesvär	Waddell 2004 (Scotland) (217).	Radioprogram, multimedia	Kampanjen medförde förändrad inställning till hantering av ryggbesvär och andra råd från allmänläkare. Dock ej sänkning av sjukfrånvaro

REFERENSER

1. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
2. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations: do they predict physicians' behavior? J Clin Epidemiol 1990;43(8):805-15.
3. Morrell DC, Roland MO. Analysis of referral behaviour: responses to simulated case histories may not reflect real clinical behaviour. Br J Gen Pract 1990;40(334):182-5.
4. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. Scand J Public Health 2003;31(6):460-74.
5. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. Eur J of Public Health 1995;5:215-219.
6. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122(19):1874-9.
7. Lien L. Legers initiativ, samarbeidsvane og holdning i arbeidet med uførepensjonssaker. Tidsskr Nor Laegeforen 1992;112(2):210-2.
8. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. Fam Pract 2004;21(2):199-203.
9. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. Bmj 2004;328(7431):88.
10. Benson-Dahlgren L. Studie om läkares sjukskrivningsmönster: Landstinget och Försäkringskassan i Älvsborgs län; 1997.
11. Schweigert MK, McNeil D, Doupe L. Treating physicians' perceptions of barriers to return to work of their patients in Southern Ontario. Occupational Medicine 2004;54:425-429.

12. Tibblin G, Eriksson M. Studier av sjukskrivningspraxis. Uppsala: Inst för allmänmedicin; 1992.
13. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Bmj* 1991;303(6811):1181-4.
14. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. *Fam Pract* 2003;20(5):578-82.
15. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(1):48-52.
16. Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil* 2002;24(14):727-33.
17. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
18. Ford F. Sickness Certification: Time to Scrap the Med 3? *The British Journal of General Practice* 1998;1367.
19. Novek JO. Vårt ansvar för sjukskrivningsepidemin. *Läkartidningen* 2003;100(18):1653-4.
20. Gauguin J. [Physician's role in sick leave: an idiot, a prostitute or just a hostage?]. *Ugeskr Laeger* 2003;165(35):3340-1; author reply 3341-2.
21. Novek JO. Avskaffa läkarintyget, inför hälsodeklaration. *Läkartidningen* 2004;101(7):609.
22. Murfin D. Medical sickness certification: why not review the role of the general practitioner? *Br J Gen Pract* 1990;40(337):313-4.
23. Hybbinette CH. Begränsa läkares rätt att sjukskriva. *Läkartidningen* 2003;100(39):3075.
24. Remissvar: Sjukskrivning; 2003.
25. Webb CB, Broome JR. Sickness absence certification: time for a rethink? *Br J Gen Pract* 2003;53(489):325-6.
26. Zetterlund P. Läkare som sjukskriver frikostigt kostar samhället stora summor. *Dagens medicin* 2004 23;Sect. 4.
27. Hansen J. Fusk med laegeattester. *Ugeskrift for laeger* 2003(34).
28. Kjer T. Legers sykmeldingspraxis - bør rutinene endres? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118(6):934-5.
29. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-6.
30. Englund L. Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting. Falun: Centrum för Klinisk Forskning Dalarna; 2001.
31. Himmel W, Sandholzer H, Kochen M. Sickness certification in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995;1:161-166.
32. Pind R. Håndtering af rygpatienten i almen praksis. *Månedsskrift for praktisk laegegerning* 2002:1333-1343.
33. Larsen BA, Förde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. *Tidsskrift for Den norske laegeforening* 1994;114(12):1442-44.
34. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. Report No.: 166/1.
35. Sjukskrivningspraxis på en vårdcentral. En ettårsstudie vid Lyckeby vårdcentral.: Socialstyrelsen; 1997.
36. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahrnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv: FOU Oktaven; 2002.
37. Söderberg E, Shahrnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
38. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004;Accepted.
39. Berg JE, Tellnes G, Noreik K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110(11):1393-7.
40. Bredkjaer-Rask S, Hvas AC, Vass M, Nielsen H. Er Den Udvidede Attest LAE 355 Anvendelig ved Langvarige Sygedagpengesager? *Ugeskr Laeger* 1996;158(5):603-606.
41. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster - en studie av utfärdade läkarintyg. Stockholm: Försäkringskassan; 1991. Report No.: 3.

42. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster - en studie av utfärdade läkarintyg för arbetslösa i Stockholms län. Stockholm: Enheten för Socialförsäkringsforskning; 1994.
43. Karlsryd E. Det nya särskilda läkarutlåtandet fr o m den 29:e dagen. Socialmedicinsk tidskrift 1997(8-9):426-429.
44. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster - en studie av utfärdade läkarintyg för arbetslösa i Jämtlands län: Enheten för Socialförsäkringsforskning; 1994. Report No.: 1995:2.
45. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster - en enkät till sjukskrivande läkare. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län; 1992. Report No.: 7.
46. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster - läkares syn på sjukskrivning av arbetslösa. Östersund: Centrum för socialförsäkringsforskning Mitthögskolan; 1995. Report No.: 8.
47. Kersnik J. Management of sickness absence: a quality improvement study from Slovenia. Qual Health Care 1999;8(4):262-9.
48. Maeland JG, Ringdal PR, Haug K. Kvalitetsvurdering av Sykmelding II - en nyttig legeerklæring eller et unødvendig skjema? Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122(2):161-4.
49. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svardsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. Fam Pract 2001;18(4):393-8.
50. Fjällman L, Hammarlund C, Lundberg T. Läkarintyg för 35 miljoner - en studie av 2199 läkarintyg inkomna till sjuk försäkringskassor den 7 mars 2003: FOU Oktaven Försäkringskassan; 2003.
51. Garraway WM. Sickness certification in a general practice. Practitioner 1973;210(258):529-34.
52. Ovhed I, Strandberg EL, Olofsson C. Allmänläkarens sjukskrivningsbeslut och inställning till second opinion: Blekinge FoU-enhet; 2003.
53. Lindenger G, Krafft SO, Zachrisson J, Roos K, Weibring J. Majoritet av landstingen stöder "automatisk" telefonsjukskrivning. Läkartidningen 2002;99(36):3532-3.
54. Swedenborg Br, Nilsson Bågenholm E, Hallqvist B, Johansson P, Kruse A, Palme M, et al. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003.
55. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2002.
56. Krakau I. Severity of Illness and Diagnoses in a Swedish General Practice Population. Fam Pract 1990;8(1):28-31.
57. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. Fam Pract 2000;17(2):139-44.
58. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. Scand J Public Health 2001;29(3):218-25.
59. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1998;317:28-32.
60. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. Work disability and health-affecting psychosocial problems among patients in general practice. Scand J Soc Med 1998;26(2):96-100.
61. Gulbrandsen P. General practitioners knowledge of their patient's psychosocial problems: multipractice questionnaire survey; 1997.
62. Löfvander M, Engström A, Theander H, A-K F. Young immigrants on long-term sick-leave. A clinical study of diagnostic factors, psychosocial stressors, functional ability and sick-leave patterns. Scand J Soc Welfare 1997;6:54-60.
63. Löfvander M, Engström A. An observer-participant study in primary care of assessments of inability to work in immigrant patients with ongoing sick leave. Scand J Prim Health Care 2003;21(4):199-204.
64. Registrering sjukskrivningsaudit. In. www.fammi.se: Fammi; 2004.
65. Reiso H, Gulbrandsen P, Brage S. Doctors' prediction of certified sickness absence. Fam Pract 2004;21(2):192-8.
66. Hunt DG, Zuberbier OA, Kozlowski AJ, Berkowitz J, Schultz IZ, Milner RA, et al. Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? Spine 2002;27(23):2715-9.
67. Atroshi I, Andersson IH, Gummesson C, Leden I, Odenbring S, Ornstein E. Primary care patients with musculoskeletal pain. Value of health-status and sense-of-coherence measures in predicting long-term work disability. Scand J Rheumatol 2002;31(4):239-44.
68. Söderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. Soc Sci Med 2003;56(1):193-202.

69. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003;45(12):1257-66.
70. Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(4):461-8.
71. Wesley G, Wiklund-Johansson, E., Öhrling, K. Primärvårdens och försäkringskassans samverkan kring rehabilitering. *Socialmedicinsk tidskrift* 2002;79(3):263-270.
72. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil* 2002;24(16):867-74.
73. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
74. Getz L. Clinical concepts and dilemmas between disease and adverse life events. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(3):91-96.
75. Sawney P. Current issues in fitness for work certification. *Br J Gen Pract* 2002;52(476):217-22.
76. Askergrén A. Sjukskrivning - rehabilitering - pension. Ett kvalitetsproblem? *Läkartidningen* 2001;98(30-31):3354-5.
77. Cassis I, Dupriez K, Burnand B, Vader JP. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *Int J Qual Health Care* 1996;8(6):567-75.
78. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. *Nor Lægeforen* 2004;192:194.
79. Ekman M. Kommunikationen kring den sjukskrivne patienten: Allmänna Försäkringskassan i Örebro Län & Örebro Läns Landsting; 1993.
80. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Opinions, attitudes and knowledge on sick-listing issues among sick-listed patients and their doctors, employers and National Health Insurance officials. In: Englund L, editor. *Sick-listing - attitudes and doctor's practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care.* Uppsala: Faculty of Medicine, Uppsala universitet; 2000.
81. Kemi A. Motstridiga roller i människovårdande arbete. Stockholm: Försäkringskassan, Stockholms län; 1999. Report No.: 30.
82. Getz L, Westin S. Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1994;114(12):1435-40.
83. Gulbrandsen P. Sygemelding - minste motstands vej? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119(16):2369-70.
84. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way"--qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13(6):498-503.
85. Shaw L, Segal R, Polatajko H, Harburn K. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disabil Rehabil* 2002;24(4):185-95.
86. Chew CA, May CR. The benefits of back pain. *Fam Pract* 1997;14(6):461-5.
87. Gelb Safran D, Rogers WH, Tarlov AR, McHorney CA, Ware Jr JE. Gender Differences in medical treatment: The case of physician-prescribed activity restrictions. *Soc Sci Med* 1997;45(No 5):711-722.
88. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;29(4):285-291.
89. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *J Occup Rehabil* 2003;13(3):183-95.
90. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work* 2004;22:247-254.
91. Grove B. Obstacles to solutions. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
92. Cowie M. Cardiac rehabilitation. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
93. Gerner U. Tillbaka till arbetslivet- trots allt. En intervjustudie om åtta kvinnors väg tillbaka till arbete efter sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län FoU-enheten; 2004.

94. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn - legers vurderinger av sykmeldte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999;119(25):3737-40.
95. Condren L, Cox J, McCormick J, Sullivan A. Certification of unfit for work. *Irish Med J* 1984;77:159-160.
96. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997;15(2):68-75.
97. Terum LI, Nergard TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. Legar som portvakter i fordelinga av offentlege goder. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119(15):2192-6.
98. Elder AG, Symington IS, Symington EH. Do occupational physicians agree about ill-health retirement? A study of simulated retirement assessments. *Occup Med* 1994;44:231-235.
99. Getz L, Westin S. Assessing medical disability - variations in physicians' judgement in a patient management problems study. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1995;115(14):1748-53.
100. Håland Haldorsen E, Brage S, Johannesen T, Tellnes G, Ursin H. Musculoskeletal pain: concepts of disease, illness and sickness certification in health professionals in Norway. *Scand J Rheumatol* 1996;25:224-232.
101. Davies WW, Harrison JR, Ide CW, Robinson IS, Steele-Perkins A. Ill-health retirement: a survey of decision making by occupational physicians working for local authority fire and police services. *Occupational Medicine* 2004;54:379-386.
102. SBU. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapsmanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000.
103. Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med* 2002;59(11):729-33.
104. Jensen IB, Bodin L, Ljungqvist T, Gunnar Bergstrom K, Nygren A. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine* 2000;25(21):2816-23.
105. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999;16(1):46-9.
106. Schriener K, Greenwood R, Johnson V. Counselor perception of employer concerns about workers with disabilities and employer-rehabilitation partnerships. *Rehabil Couns Bull* 1989;33(2):140-150.
107. Turner JA, LeResche L, Von Korff M, Ehrlich K. Back pain in primary care. Patient characteristics, content of initial visit, and short-term outcomes. *Spine* 1998;23(4):463-9.
108. Guzman J, Yassi A, Cooper JE, Khokhar J. Return to work after occupational injury. Family physicians' perspectives on soft-tissue injuries. *Can Fam Physician* 2002;48:1912-9.
109. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil* 2002;12(4):223-32.
110. Lie H. Reduseres sykefravaer ved kompetansehevende tiltak overfor primaerlegen? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123(15):2068-71.
111. Riksförsäkringsverket. FINSAM en slutrapport: Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen; 1997. Report No.: 1.
112. Jönsson B, Arvidsson G, Levin L-Å, Rehnberg C. Hälsa, vård och tillväxt. Välfärdspolitiska rådets rapport 2004. Stockholm; 2004.
113. Sjukvården och de sjukskrivna - kan pengarna användas bättre?: Sveriges läkarförbund; 2003.
114. Fridolf M. Samordning - nya möjligheter inom välfärdsområdet. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet; 2004.
115. Fölster S, Morin A. Varannan sjukskriven i onödan: Svenskt näringsliv; 2004.
116. Uhlebäck K. Sjukskrivningarna - vems är felet, Bernhard Grewin? *Läkartidningen* 2003;100(16):1469-70.
117. Mackey PV. Sickness certification system in the United Kingdom: maybe charging for certificates clarifies matters. *Bmj* 2004;328(7437):461.
118. Marnetoft SU, Selander J. Long-term effects of early versus delayed vocational rehabilitation--a four-year follow-up. *Disabil Rehabil* 2002;24(14):741-5.
119. Hyberg B. Med- eller motgång vid rehabiliteringsköp. En studie av framgångsfaktorer och hinder vid köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster vid Försäkringskassan Stockholms län. Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län; 2002. Report No.: 40.

120. Claussen B, Nygard JF. Pasienter som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Undersøkelse fra allmennpraksis. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114(16):1811-4.
121. Israelsson B, Alm C, Håkansson M. Social rehabilitering av kranskärlspatients. Ny samarbeidsform ger förbättrat resultat. Läkartidningen 1995;92(48):4582, 4587-9.
122. Åkerlind I, Hallgren I-M, Voise P. Behandling av stressrelaterade besvär i primärvården -En utredning på uppdrag av Lokala Samverkansgruppen i Norrköping.: Landstinget Östergötland; 2001.
123. Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. Lancet 1997;350(9071):96-100.
124. Flygar M. Försäkringsmedicinsk villfarelse. Läkartidningen 2002;99(41):4084.
125. Lidbeck J. Förlegade teorier och statliga direktiv hinder för effektiv rehabilitering. Läkartidningen 2003;100(46):3782-3.
126. Landstad B, Bergroth A, Ekholm J. Rehabiliteringshandläggarnas uppfattning om sitt handlingsutrymme: KS, Stockholms Universitet, Försäkringskassorna i Jämtlands och Stockholms län; 1995.
127. Lindberg E. Sjukskrivningsexplosionen ett mångfacetterat problem. Läkartidningen 2003;100(46):3784.
128. Norberg B. Sjukskrivning och strukturförnyelse. Läkartidningen 2002;99(44):4402.
129. Claussen B, Nygard JF. Arbeidslöse pasienter i 60 allmennpraksiser. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114(16):1806-10.
130. Westin S. Becoming disabled: a sociomedical analysis of individual adaptations to life after long-term unemployment. Trondheim: University of Trondheim; 1990.
131. Ruud J. Primaerlegen og de arbeidsledige. Tidsskr Nor Laegeforen 1992;112(5):669-72.
132. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv: Försäkringskassan Östergötland och Jämtland; 2004. Report No.: 2.
133. Väntetid till operation - Enkät till tre patientgrupper inom ortopedi: Landstingsförbundet; 2003.
134. Vad händer med remissen till Ortopeden? En enkätundersökning om remissrutiner och remissprioritering: Landstingsförbundet; 2001.
135. Hansson T, Hansson E, Karlsson J. Fyra år i operationskön - en dyr historia. Läkartidningen 2003;100(16):1428-30, 1433-4.
136. Norlund A. Dyrt med operationsköer - det beror på hur man räknar. Ingen beräkningsmetod okontroversiell. Läkartidningen 2003;100(16):1416-8.
137. Strandberg U, Lindholm C, Sundblad I, Sandström U, Mellegård M, Soares J, et al. Åtta år med Dagmar. Utvärdering av Dagmarsatsningen i Stockholms län åren 1991-1998: Försäkringskassan Stockholms län; 1999.
138. Elfstrand T, Lundberg T. Ortopedkliniken i Karlstad. En studie av väntetider till specialistbedömning och operation.: Värmlands läns allmänna försäkringskassa; 2001. Report No.: 25.
139. Lous J, Nord-Larsen M, Olesen F. [Prolonged sick-leave: the role of general practitioners]. Ugeskr Laeger 1997;159(27):4266-9.
140. Petersen H, Hilt B, Kaasa S. Sykefravaer mens man står på venteliste. Tidsskr Nor Laegeforen 1999;119(21):3137-9.
141. Bengtsson B-M. Väntetidsstudien. Ett försök att analysera flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall. Göteborg: Försäkringskassan Hisingen; 1999.
142. Bergman M. Väntetidsstudie - Att utifrån ett försäkringskassaperspektiv analysera de flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall på utdrag av Projekt 4S Stenungsund. Stenungsund: Försäkringskassan Stenungsund; 2001.
143. Statskontoret. Sjukskrivning i väntan på vård. In: Rydh J, editor. Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. p. 273-301.
144. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning; 1999 April 1999. Report No.: 12/99.
145. Wahl I. Så kan långtidssjukskrivningarna förkortas: Låt försäkringskassorna betala för psykoterapi. Läkartidningen 2002;99(34):3337-3338.
146. Cagnell H, Eldh U, Halvarsson Å, Sjölander I, Tornhammar G, Wallin U, et al. SOCSAM i Haninge: Processanalys Psykisk ohälsa. Haninge.

147. Genombrott 2 - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården: Landstingsförbundet; 1999.
148. Admyre L, Norgren C. Rehabilitering i primärvård av patienter med besvär från rörelseorganen. Slutrapport från samverkansprojektet Linköpingsmodellen. Del 2: Utvärdering och slutsatser.: Landstinget i Östergötland; 2001.
149. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
150. Thieden H, Bruun K, Lehmann M. Det socialt-laegelige samarbejde om arbejdsfastholdelse. Månedsskrift for praktisk laegegerning.
151. Buijs P, van Amstel R, van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med* 1999;56(10):709-13.
152. Joling C, Janssen PP, Groot W. Modelling return-to-work intervention strategies: a method to help target interventions. *J Occup Rehabil* 2004;14(1):43-62.
153. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003;60(5):352-7.
154. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003;60 Suppl 1:i21-5.
155. Liljeqvist M. Inventering av landstingens arbete med sjukskrivningsproblematiken utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv: Avd för hälso- och sjukvårdspolitik Landstingsförbundet; 2003.
156. Löfvander M. Unga invandrare med kronisk smärta. Överförbarhet och utveckling av kognitiv beteendeterapi i primärvård. Stockholm: Enheten för Transkulturell Allmänmedicin, Rinkeby vårdcentral, SLL och Allmänmedicin Stockholm; 2000.
157. Melsom H, Noreik K, Carlsen TG. Bruk av psykiater i trygdesaker. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113(30):3760-1.
158. Malcolm RM, Harrison J, Forster H. Effects of changing the pattern of sickness absence referrals in a local authority. *Occup Med (Lond)* 1993;43(4):211-5.
159. Olofsson C, Mikaelsson B, Ekholm J, Netz P, Borg K, Askergren A. Läkarkårens roll i den ökande sjukfrånvaron - vad vill och kan vi göra? *Läkartidningen* 2002;99(22):2548-50.
160. Waldenström H. Visst sjukskriver vi oss i onödan! *Läkartidningen* 2002;99(50):5114.
161. Löfvander M. Illness, disease, sickness. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine; 1997.
162. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(4):215-9.
163. Claussen B. Rehabilitation efforts before and after tightening eligibility for disability benefits in Norway. *Int J Rehabil Res* 1997;20(2):139-47.
164. Claussen B. Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? *Scand J Prim Health Care* 1998;16(4):199-203.
165. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svardsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy* 2003;63(3):259-68.
166. Semmence A, Kynch J. Hernia repair and time off work in Oxford. *J R Coll Gen Pract* 1980;30(211):90-6.
167. Ambach R, Weiss W, Sexton JL, Russo A. Back to work more quickly after an inguinal hernia repair. *Mil Med* 2000;165(10):747-50.
168. Reed P, editor. The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Singapore: Reed Group Holdings, Ltd.; 2004.
169. Wagener J, Windsor J. Factors determining the return to normal activity after appendicectomy. *ANZ J Surg* 2003;73(9):707-11.
170. McLauchlan GJ, Macintyre IM. Return to work after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1995;82(2):239-41.
171. Dasinger L, Krause N, Thompson R, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2001;43(6):515-525.

172. Jarrett ME. Pre-operative advice given by general practitioners and consultants to patients concerning return to work. *Ann R Coll Surg Engl* 1998;80(4 Suppl):171-3.
173. Robertson GSM, Haynes IG, Burton PR. How long do patients convalesce after inguinal herniorrhaphy? Current principles and practice. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1993;75:30-33.
174. Wyke RJ, Aw TC, Allan RN, Harrington JM. Employment prospects for patients with intestinal stomas: the attitude of occupational physicians. *J Soc Occup Med* 1989;39(1):19-24.
175. Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. *Spine* 2000;25(17):2210-20.
176. Chapman Walsh D, Connor E, Tracey LV, Goldberg GA, Egdahl RH. Posthospital convalescence and return to work. *Health Aff (Millwood)* 1989;8(3):76-90.
177. Olofsson C, Liljekrants B. Projekt minskad sjukfrånvaro 2003-2004: Landstinget Blekinge; 2003.
178. Møller Thomsen U, Knudsen, H., Schaumburg, I. Fraværsmedling af gravide. *Månedsskrift for praktisk lægegering* 2002:711-717.
179. Annebäck B. Snedspark mot sjukskrivna. *Läkartidningen* 2003;100(36):2789.
180. Association CM. The physician's role in helping patients return to work after an illness or injury. *Canadian Medical Association Journal* 1997;156(5).
181. Sjögren B, Rydén B, Arnetz B, et al. Aktiv rehabilitering. Förkortar sjukskrivning och förebygger ohälsa. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län; 1998.
182. Green-McKenzie J, Rainer S, Behrman A, Emmett E. The effect of a health care management initiative on reducing workers' compensation costs. *J Occup Environ Med* 2002;44(12):1100-5.
183. Nilsson G, Tornberg G, Sorensen S. Kortare sjukskrivning efter hjärtinfarkt. *Läkartidningen* 1996;93(34):2826-8.
184. Björklund K, Lockner B. Arbetsterapeuten som Case Manager, resurssamordning för långtidssjukskrivna: Örnsköldsviks hälso- och sjukvård. Landstinget Västernorrland; 1996.
185. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. Report No.: SOU 2000:78.
186. Arrelöv B. Närsjukvårdens ansvar för rehabilitering inklusive ansvaret för samarbete med Försäkringskassan. Stockholm: Stockholms läns landsting, vård; 2004.
187. Sjögren B. Resursteam vid länets husläkarmottagningar. Ett samarbete mellan Landstinget och Försäkringskassan i Uppsala län. Uppsala; 2003.
188. Arrelöv B. FINSAM Västmanland - ett samhällsexperiment. Borås: Försäkringskassaförbundet; 1997.
189. Arrelöv B, Rudolfsson R. En studie av tidiga insatser för sjukskrivna som riskerar långvarig sjukskrivning. *Finsam Västmanland Rapport Nr 9*; 1996.
190. Arrelöv B, Rudolfsson R. Hur sjukskriver läkarna i KAK-området? *Finsam Västmanland Rapport Nr 10*; 1996.
191. Dagmarprojekt i Nordöstra sjukvårdsområdet. Stockholm: Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling; 1998.
192. Allebeck P, Eriksson M, Ferraz-Nunes J, Holmer J, Jonsson J, Löfström M, et al. Utvärdering av DELTA-projektet på Hisingen - samverkan mellan myndigheter och dess effekter på organisation, personal, brukare och samhällsekonomi: DELTA, Göteborgs universitet; 2001.
193. Gustafsson M. Utvärdering SOCSAM Stenungsund; 2001.
194. Bramwall L. DELTA-projektet Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo. Hisingen: DELTA Finansiell samordning på Hisingen; 2001.
195. Lundin A. Tidig och samordnad rehabilitering i Backa. Rapport om utvärdering av ett primärvårdsintegrerat DELTA-projekt. Hisingen: DELTA Finansiell samordning på Hisingen; 2001.
196. Andreasson R-M. DELTA-projektet Tidig och samordnad rehabilitering i Biskopsgården. Hisingen: DELTA Finansiell samordning på Hisingen; 2001.
197. Sandström U. SOCSAM i Haninge: Uppföljning av SOCSAM-försöket i Haninge - hur kan samverkan utvecklas vidare? Slutrapport. Haninge: Stockholms läns landsting. Samhällsmedicin och Beställarkontor Vård; 2003.

198. Selander M, Damm, M., Löfström, M. Delta: Organisering av samverkan i Grästorp 5S och Kärra-Rödbo. Göteborg: Handelshögskolan, Göteborgs universitet, Avd. för studier av organisation och samhälle; 2002.
199. Linder J, Schüldt, K., Jansson, K.-Å., Ekholm, J. Samverkan mellan psykiatri, ortopedi, rehabiliteringsmedicin och försäkringskassa - en möjlighet till bättre underlag för beslut? *Socialmedicinsk tidskrift* 1999;76(5):461-469.
200. Ejlertsson G, Berglund P, Henrysson I, Leden I. Färre sjukdagar när vård och försäkringskassa arbetar tillsammans. *Vårdfacket* 1992;16(9):XVIII-XIX.
201. Leden I, Berglund P, Ejlertsson G, Henrysson I. Effektivare samverkan minskar behovet av sjukskrivning vid besvär i rörelseorganen. *Läkartidningen* 1991;88(22):2081-3.
202. Engström L-G, Lundberg T, Pütsep M. Kugghjulet - Ett samverkansprojekt kring den "vansklige patienten". Karlstad: Värmlands Läns Allmänna Försäkringskassa; 1999.
203. Uppföljning av Rehabpiloten fr.o.m. April 2003 t.o.m. Mars 2004; 2004.
204. Lindqvist R, Grape O. Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: inter-organizational co-operation between welfare state agencies. *Scand J Public Health* 1999;27(1):5-10.
205. Jacobsson B, Olsson I, Bergroth M, Kärrholm J, Schuldt-Håård U, Bergroth A, et al. Samverkan i rehabilitering. En utvärdering av Betaprojektet i Kungälv kommun, kort om utvärdering av Stockholmsprojektet, samt en jämförelse med utvärdering av FRISAM. Östersund: Mitthögskolan, Institutionen för vård- och hälsovetenskap, Centrum för socialförsäkringsforskning; 1998.
206. Jakobsson B, Schüldt U, Bergroth M, Kärrholm J, Bergroth A, Ekholm J. Utvärdering av Stockholmsprojektet: Rehabilitering i samverkan. Stockholm: Inst f Folkhälsovetenskap; 2000.
207. Jeppsson A. Tidig rehabilitering. Utvärdering av en arbetsmetod i tvärprofessionell samverkan. Grönabandsserien. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län; 2000: 12-13.
208. Hydén A. Lära sig hantera smärta och förändra sjukskrivningsmönster: Högskolan i Gävle; 2002.
209. Söderfeldt B. Samverkan inom rehabiliteringsområdet. Påverkar samverkansaktivitet sjukskrivningen?: *Socialstyrelsen*; 2001.
210. Sandlund M, Fransman E-M, Hedenljung M. PoF. Effekter av tidig och samordnad kontakt med Försäkringskassan vid sjukskrivning pga psykisk ohälsa. En randomiserad kontrollerad studie. Umeå: Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten; 2003.
211. Riksförsäkringsverket S. SOCSAM - försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport. Stockholm; 2001. Report No.: 2001:1.
212. Iglesias E, Johansson S-E. Utvärdering av kugghjulet - enkätdelen till läkare och försäkringskassehandläggare. Stockholm: Allmänmedicin; 2003.
213. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin. *Läkartidningen* 2001;98(11):1261-2.
214. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen* 2000;97(46):5324-7.
215. Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Oxman AD. A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with low back pain. *Spine* 2002;27(6):561-6.
216. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *Bmj* 2001;322(7301):1516-20.
217. Waddell G. Low back pain. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.

DELSTUDIE 2
FÖRHÅLLANDEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
SOM FÖRSVÅRAR EN OPTIMAL HANTERING
AV PATIENTERS SJUKSKRIVNING
- EN PROBLEMBESKRIVNING UR HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDENS PERSPEKTIV

Linda Sundberg¹

Mia Österberg^{1,2}

¹Medical management centrum, LIME,
Karolinska Institutet, Stockholm

²Sektionen för personskadeprevention,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet, Stockholm

INLEDNING OCH SYFTE

Hälso- och sjukvården är en av flera aktörer som arbetar med handläggningen av sjukskrivningsärenden. Sjukvården ansvarar för undersökning, behandling och rehabilitering samt för bedömning av om sjukdom eller skada föreligger och om denna lett till funktionsnedsättning som har betydelse för arbetsförmågan. Denna bedömning ligger sedan till grund för försäkringskassans ställningstagande till frågan om rätt till sjukersättning. Syftet med denna delstudie var att, ur sjukvårdens perspektiv, identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan ha betydelse för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden.

Samtliga intyg som rör sjukskrivningar utfärdas idag av läkare (eller tandläkare), även om flera professioner inom sjukvården, framför allt paramedicinska yrkesgrupper, bidrar med kompetens vad gäller ställningstagande till diagnos, behandling, rehabilitering och sjukskrivningslängd. Faktorer som påverkar varje enskild individs sjukskrivning återfinns även på andra nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet och i dess kontext. Idealt bör dessa faktorer stödja en så optimal hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården som möjligt. Denna studie, som bygger på fokusgruppintervjuer med läkare, paramedicinare samt chefer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, visar dock att det motsatta ofta är fallet. De intervjuade beskriver ett flertal problem i hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården där olika faktorer snarare motverkar än stödjer en optimal hantering. En dominerande majoritet av dessa problem bidrar enligt de intervjuade till felaktiga eller för långa sjukskrivningar. I vissa fall beskrivs dock även problemen leda till att nödvändiga sjukskrivningar blir för korta eller helt uteblir.

MATERIAL OCH METOD

Nio fokusgruppintervjuer har genomförts och data analyserats utifrån en grounded theory ansats. Denna metod valdes som komplement till övriga datainsamlingsmetoder i det övergripande projektet. Fördelar med fokusgrupper som datainsamlingsmetod är att intervjuareffekten på svaren minimeras och att interaktionen inom gruppen kan generera fler tankar och synpunkter än vad summan av flera enskilda intervjuer skulle ha gjort. Nya infallsvinklar kan introduceras av de olika deltagarna, som inte behöver enas om en uppfattning.

Val av intervjupersoner

För att få så många perspektiv som möjligt på problemområdet har olika kriterier använts i urvalet av intervjupersoner. Intervjupersonerna har valts utifrån vilken yrkeskategori, klinik, verksamhet samt vilket landsting de arbetar i.

- De yrkeskategorier som inkluderats är chefer på landstingsnivå, verksamhetschefer, läkare och paramedicinare. Majoriteten av de intervjuade är läkare, ett val som baserats på denna yrkeskategoris centrala roll i arbetet med sjukskrivningsärenden.
- De kliniska verksamheter som finns representerade är allmänmedicin, medicin, mödravård, onkologi, ortopedi, psykiatri och rehabiliteringsmedicin. Dessa har valts utifrån att sjukskrivningsärenden är vanligt förekommande där. Även personer från privata vårdcentraler inkluderades.

- Typer av verksamhet är primärvård, länssjukhus, regionsjukhus och sjukvårdsadministration.
- Personerna som intervjuats var verksamma i följande landsting: Blekinge, Dalarna, Kalmar, Stockholm, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västmanland, Västra Götalandsregionen och Örebro.

Av metodologiska skäl är det av vikt att få en viss grad av homogenitet i sammansättningen av fokusgrupper, varför detta blev styrande vid sammansättningen av fokusgrupperna. Vi valde, utifrån studiens syfte, att intervjua en grupp med högre tjänstemän inom landstingen, en med chefer på verksamhetsnivå, en med paramedicinare, ett par grupper med primärvårdsläkare och en grupp med psykiatriker, en med ortopedier och ett par grupper med läkare från olika specialiteter och kliniska verksamheter. Av Tabell 1 framgår antal deltagare i de nio grupperna.

Rekrytering

Deltagarna i intervjuerna rekryterades genom olika metoder. En av grupperna rekryterades genom s k snöbollsmetod, d v s att någon i forskargruppen kände någon som kunde passa för intervjun utifrån de kriterier som formulerats för deltagande i intervjuomgången. Denna person uppmanades i sin tur att ge förslag på personer som hon uppfattade skulle passa syftet och kriterierna. Dessa personer inbjöds att delta i en fokusgrupp via ett brev. Även övriga gruppers deltagare rekryterades genom personliga inbjudningar per brev. Adresser erhöles på tre sätt. För en grupp via en adresslista över deltagare till ett nationellt möte. För en annan grupp via en deltagarlista till en utbildning i försäkringsmedicin. Till de övriga sex grupperna beställdes adresser från ett företag som förmedlar adresser till medicinsk personal.

I den skriftliga inbjudan beskrevs syftet med studien, principer kring konfidentialitet och möjlighet att när som helst dra sig ur studien.

Som alltid vid inbjudan till fokusgruppsintervjuer tackade en stor del av de inbjudna nej. En uppenbar orsak till detta är att tiden för genomförandet av intervjun ej är flexibel på samma sätt som vid individuella intervjuer. Andra orsaker som angavs var tidsbrist eller att man inte ville delta utan ekonomisk ersättning. Några av dem som inte hade möjlighet att delta har istället valt att ge skriftliga synpunkter. Dessa synpunkter ingår dock inte i denna rapport.

Tabell 1. Antal personer och verksamhetsområde för de nio fokusgrupperna.

Grupp	Antal deltagare	Kategori
1	6 (2 kvinnor, 4 män)	Chefer på landstingsnivå
2	6 (4 k, 2 m)	Sjukhusläkare
3	4 (1 k, 3 m)	Sjukhusläkare och primärvårdsläkare
4	3 (3 k)	Primärvårdsläkare
5	6 (5 k, 1 m)	Paramedicinare
6	4 (2 k, 2 m)	Verksamhetschefer
7	5 (4 k, 1 m)	Primärvårdsläkare
8	6 (1 k, 5 m)	Sjukhusläkare
9	2 (2 m)	Sjukhusläkare
Totalt	42 (22 k, 20 m)	

Intervjuguide

En intervjuguide konstruerades baserat på resultat från litteraturgenomgången (Bilaga 1) och de individuella intervjuer som tidigare genomförts inom ramen för projektet. Intervjuguiden diskuterades även med flera personer med kunskap om området. Den utvecklades och förändrades delvis efterhand i enlighet med metodiken för fokusgruppintervjuer. Intervjuguiden fokuserade följande tre områden:

- Problem och svårigheter i hanteringen av sjukskrivningsärenden utifrån den egna rollen i hälso- och sjukvården
- Prövade åtgärder och dessas utfall
- Behov av förändring och utveckling

I anslutning till området förändringsbehov ställdes också en s k mirakelfråga: ”Om du fick ‘en miljon’ - vad skulle du då göra för att förbättra hanteringen av sjukskrivningsärenden?”

I tabell 2 nedan återfinns ett exempel på intervjuguiden, den som användes för läkargrupperna. Guiden anpassades något i sina formuleringar för att passa de olika yrkesgrupperna men frågeområdena var de samma för samtliga grupper.

Tabell 2: Intervjuguide för läkargrupperna

<p>Utifrån din roll som läkare – vilka svårigheter ser du:</p> <p>a. inom sjukvården när det gäller hantering av patienters sjukskrivningsärenden?</p> <p>b. i ditt arbete som sjukskrivande läkare i mötet med patienter?</p> <p>Vad har ni hittills prövat i Er verksamhet för att komma tillrätta med eventuella svårigheter? Hur har detta fallit ut?</p> <p>Vad enligt din uppfattning skulle krävas för att du skulle kunna hantera din egna sjukskrivningsärenden mer optimalt?</p> <p>Hur kommuniceras erfarenheter och goda idéer på det här området?</p> <p>Om du fick ”1 miljon”, vad skulle du göra på din klinik för att åtgärda de problem du ser/förbättra situationen?</p> <p>Av allt vi pratat om här idag, vad är det absolut viktigaste för dig?</p> <p>Innan vi avslutar intervjun, finns det något som ni vill lägga till, som inte kommit upp kring detta område?</p> <p>Hur var det att delta i den här intervjun? Finns det något vi kan förbättra?</p>

Procedur

Intervjuerna genomfördes på olika platser i landet, oftast i nära anslutning till deltagarnas kliniska verksamhet eller i en lokal centralt belägen i respektive stad.

Intervjuerna leddes av rapportförfattarna som omväxlande tog rollen av moderator eller bisittare. Båda rapportförfattarna är legitimerade psykologer med tidigare erfarenhet av fokusgruppintervjuer som metod för datainsamling. I metoden ingår som moderatorns uppgift att hålla fokus och att värna en positiv, öppen och tolerant stämning i gruppen. Syftet är att etablera ett fritt samtal mellan deltagarna om det som är fokus för intervjun. Varje intervju varade 1,5-2 timmar och spelades in på ljudband. Bisittaren förde

anteckningar under intervjun och det gavs vid några tillfällen för denne möjlighet att ställa klargörande frågor.

Ljudbanden transkriberades ordagrant och kategoriserades i ett dataprogram för kvalitativ analys. En innehållsanalys av materialet genomfördes med utgångspunkt i metoden ”grounded theory”.

Disposition av resultatredovisning

I det följande kommer redovisas samtliga faktorer inom hälso- och sjukvården och i dess kontext som enligt de intervjuade påverkar hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. Tidigt i analysen blev tre aspekter av sjukskrivningslängd tydliga och faktorerna kommer att presenteras utifrån dessa, och därefter presenteras de intervjuades förslag till åtgärder av olika problemområden.. Resultatet kommer att redovisas enligt följande:

- I. Faktorer som bidrar till för långa eller felaktiga sjukskrivningar
- II. Faktorer som bidrar till för korta sjukskrivningar
- III Faktorer som stödjer en optimal hantering
- IV Förslag till åtgärder

Definitioner och förtydliganden

Begreppet ”sjukskrivningsperiod” kommer i rapporten förenklat att benämnas ”sjukskrivning”.

Med ”paramedicinska yrkesgrupper” avses här, där inget annat anges, psykologer, socionomer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och barnmorskor.

Då parenteser förekommer inom ett citat anger detta att ord tillförts eller uteslutits ur citatet. Detta för att öka begripligheten i talspråket. Ljud, upprepningar eller ord som inte påverkar betydelsen i citatet har i några fall också uteslutits för läsbarhetens skull.

För långa, för korta och optimala sjukskrivningsperioder:

Med *för långa eller felaktiga sjukskrivningsperioder* avses här sjukskrivningsperioder som uppfyller något eller några av följande kriterier:

- Sjukskrivningsperioder som enligt de intervjuade inte stödjer individens möjlighet till återgång i arbete.
- Sjukskrivningsperioder som enligt de intervjuade är orsakade av andra faktorer än de som kan kopplas till individens medicinska tillstånd.
- Sjukskrivningsperioder som faller utanför lagstiftarens intention.

Med *för korta sjukskrivningsperioder* avses här sjukskrivningsperioder som uppfyller något eller några av följande kriterier:

- Sjukskrivningsperioder som på någon parts initiativ avbrutits trots att patienten bedömts medicinskt arbetsförmögen.
- Sjukskrivningsperioder som inte inletts trots att patienten bedömts medicinskt arbetsförmögen, eller av hälsoskäl skulle behöva avstå från arbete.

- Sjukskrivningsperioder som inte inletts eller på någon parts initiativ avbrutits trots att läkare bedömt att en kortare sjukskrivningsperiod nu skulle kunna förebygga en långtidssjukskrivning senare.

Med *optimala sjukskrivningsnivåer* avses här sjukskrivningsperioder som uppfyller något eller några av följande kriterier:

- Sjukskrivningsperioder som enligt de intervjuade ses som rimliga tidsmässigt och innehållsmässigt utifrån den medicinska bedömningen av individens arbetsförmåga på kort och lång sikt.
- Sjukskrivningsperioder som överensstämmer med lagstiftarens intention.

Definitionerna ovan är slutsatser dragna från intervjuerna och bör således ses som resultat från denna studie snarare än teoretiska definitioner. Begreppen ”för lång”/onödig/”för kort”/optimal sjukskrivningsperiod är relativa och skall ses som riktningssångivelser snarare än som absoluta begrepp.

RESULTAT

I intervjuerna framkom 12 faktorer (för en samlad bild se tabell 3) som bidrar till en icke-optimal hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. Den icke-optimala hanteringen kan sägas få två utfall, problemen kan leda till för långa eller för korta sjukskrivningar. Samspelet mellan dessa faktorer är dock komplext. Faktorerna kan inte ses som oberoende av varandra utan framträder i samspel och ibland även motstridiga mönster. Aspekter av samma problem kan därför återkomma under flera rubriker.

I. Faktorer som bidrar till för långa eller onödiga sjukskrivningar

1. Bristande helhetssyn och kontinuitet

Ett centralt problem som lyfts fram i samtliga intervjugrupper kan beskrivas som *bristande kontinuitet och helhetssyn*. I intervjuerna beskrivs hur sjukvården är organiserad på ett sätt som motverkar ett processtänkande kring patienten. Fokus ligger på förståelse av delar och enskilda symtom snarare än helheter och hur delarna samverkar. Man beskriver en fragmentisering där olika enheter, vårdcentraler eller kliniker bidrar med sin kompetens på ett isolerat sätt utan tillräcklig samverkan med andra kompetensområden.

Flera av de intervjuade tar upp de senaste årens kraftiga fokusering på ekonomi inom hälso- och sjukvården som bidragande till problemen, genom att enheterna i högre utsträckning än tidigare tvingats att fokusera på egna uppdrag och ekonomiska nyckeltal, snarare än samverkan mellan enheter och gemensamma uppdrag och nyckeltal. Flera beskriver dessutom att den kliniska vården, administrationen av vården och sjukvårdspolitiken var för sig bygger på olika logiker som har svårt att kommunicera vilket försvårar en utveckling mot kontinuitet och helhetssyn. I intervjuerna beskrivs att detta fått flera konsekvenser för hanteringen av sjukskrivningsärenden. Bland annat ser man hur patienter bollas runt mellan enheter på ett sätt som förlänger såväl behandlingstider som sjukskrivningsperioder. Flera beskriver hur detta bidrar till passivitet både hos patienter och hos läkare. Man beskriver en slags ”praxis av väntan” där både läkaren och den sjukskrivne inväntar signalen som leder vidare i systemet. Signalen kan vara remissvaret, resultatet på laboratorieprovet, beskedet om tid för röntgen eller för bedömning av specialistläkare. I intervjumaterialet beskrivs detta som en

sjukvård som *skapar* ohälsa och där patienterna lockas in i passivitet, en väntan på ”att få”.

En annan sidoeffekt av enheternas isolerade verksamhet är att information om patienten ofta inte når den sjukskrivande läkaren som därmed har små möjligheter att ge en helhetsbild av patientens arbetsförmåga och behov av rehabilitering på det sätt som sjukintygen kräver. I intervjuerna beskrivs också att den bristande kommunikationen mellan enheterna kan leda till för långa sjukskrivningsperioder genom att sjukskrivningar förlängs utan egentlig bedömning. Genom den bristande kommunikationen möjliggörs också ett utnyttjande av systemet. Nedan kommer två aspekter av detta problem närmare att beskrivas och exemplifieras.

1.1 Länken mellan akutmottagning, sjukhusvård och primärvård

Det beskrivs hur akutmottagningen inte sällan är en olycklig ingång i sjukvården ur sjukskrivningssynpunkt. Överföringen av patienten från sjukhusens akutmottagningar till primärvården beskrivs som problematisk, med brister i kontinuitet och kommunikation. Patienter som söker akut sjukskrivs ofta en kortare period. Mer omfattande utredningar inleds sällan på akuten utan patienten ombeds kontakta sin vårdcentral. Man beskriver hur patienter riskerar hamna i ett vakuum där ingen enhet inom sjukvården ansvarar för ärendet och patienten får korta möten med olika läkare som inte leder till något annat än sjukskrivning. Några beskriver hur denna lucka i kommunikationen också möjliggör kryphål i systemet, att personer som i första hand söker vården för sjukskrivning snarare än behandling på detta sätt kan få långa sjukskrivningar utan att någon egentlig medicinsk bedömning görs.

“Det ger ju en usel kontinuitet. Att ta ställning till arbetsförmågan blir ju aldrig gjort om det bara är en serie akutbesök. Då blir det bara medicinska ställningstaganden och arbetsförmågan kommer att ligga helt i händerna på den sjuke”.

“Enheterna verkar utifrån sina traditioner och sin kultur, inte för patienten. Till exempel i akutsjukvården där allt sorteras efter ett akut tänkande. Kommer någon med en sjukskrivning som behöver förlängas så får de det direkt. Man tar inte några diskussioner på akuten.”

På liknande sätt är kommunikationen mellan primärvårdsläkarna och sjukhusläkarna bristfällig. Inte sällan är väntetiden lång till sjukhusspecialist och under tiden är patienten ofta sjukskriven. Flera i primärvårdsläkargruppen beskriver också hur de sällan får den information av specialisterna på sjukhuset som de behöver för att kunna bedöma om patienten, i väntan på, eller efter bedömning eller behandling av specialisten, är i behov av fortsatt sjukskrivning och i så fall i hur länge. Detta menar man förlänger sjukskrivningarna.

“Sjukhusläkarna initierar sjukskrivning och remitterar sedan ärendet tillbaka till primärvården. Sjukskrivningen går ut innan jag hinner ge en besökstid med rimlig tid avsatt för bedömning. Det leder till att jag inte hinner säga nej vid vårt möte. Vid nästa möte har patienten tio andra symtom, inte sällan orsakat av passiviteten sjukskrivningen orsakar. Så permanentas ofta sjukskrivningsärenden...”

1.2 Tillfälligt anställda läkare

Förekomsten av s k stafettläkare och andra tillfälliga anställningar i sjukvården bidrar också till bristande kontinuitet i vården. Man beskriver hur tillfälliga lösningar erbjuds patienten och att dessa ofta innebär sjukskrivning. Fördjupade bedömningar och

långsiktig planering för patienten uteblir på ett liknande sätt som vid sjukhusens akutmottagningar.

”Vi har många hyrläkare inne som bara stannar en kort tid. Då tar de det säkra före det osäkra och sjukskriver och hoppas att det är någon annan som tar hand om rehabiliteringen förhoppningsvis. Men då är det återigen en hyrläkare som är inne en vecka och så sjukskriver man. Så i det systemet har vi byggt in ett problem.”

2. Rollkonflikter, sammanblandning av roller och etiska dilemman i läkarprofessionen

De intervjuade beskriver aspekter knutna till läkarrollen och dess tradition som får konsekvenser för läkarens bemötande av patienter i sjukskrivningsärenden. Man beskriver hur läkaren är skolad i att arbeta för patientens bästa. Ett ifrågasättande av patientens sjukskrivning kan mot bakgrund av det i vissa fall upplevas som ett etiskt dilemma. I intervjuerna beskrivs fyra typer av rollförvirring eller rollkonflikter kopplade till detta.

2.1 Att vara patientens ombud kontra att vara medicinskt sakkunnig

I intervjuerna beskrivs hur två av de roller som finns inbyggda i läkaryrket - att dels vara patientens ombud och dels medicinskt sakkunnig – kan leda till konflikter i läkarrollen. Man beskriver att den typen av konflikt i yrkesrollen visserligen alltid funnits men flera beskriver att de upplever konflikten extra mångfasetterad och problematisk i just sjukskrivningsärenden. Konflikten accentueras av den kraftigt ökade mängden sjukskrivningsärenden samt den fokusering man upplever finns i den allmänna debatten på läkarens roll i sjukskrivningsfrågan. Att avbryta en sjukskrivning mot en patients vilja även om man som läkare bedömer det vara medicinskt motiverat innebär att man ställs inför flera svåra frågor. De intervjuade beskriver vandan i och svårigheten med att ifrågasätta patientens upplevelse av sina symtom och att kanske behöva överväga om patienten ljuger.

”Det är det här att vi har de dubbla rollerna. Vi är ansvariga för skattebetalarnas pengar och måste vara kritiska och ifrågasätta. Samtidigt som vi ju lär oss att alltid lita på vad folk säger. Det är liksom grundstenen i vår kontakt med alla människor genom åren att vi tror på vad folk säger. De här dubbla rollerna är sjukvårdens dilemma.”

2.2 Att ta ansvar för patienten kontra att ”ta ansvar för skattebetalarnas pengar”

Citatet ovan illustrerar ytterligare en rollkonflikt. Flera av de intervjuade beskriver hur de känner ett ansvar för det som de kallar skattebetalarnas pengar och den vända de upplever när det ansvaret kommer i konflikt med ansvaret för patienten. I intervjuerna beskrivs hur läkare, i vissa fall intagit en ”gatekeeper-roll” där fokus i det närmaste har övergått från att bedöma och behandla patienter till att hänvisa vidare eller ”mota bort dem” ur vården. Denna ”gatekeeper-roll” beskrivs också av flera som ett resultat av den pressade arbetssituationen (se vidare under rubriken arbetsmiljö):

”...vi måste hela tiden försöka få ut patienterna från mottagningen...”

I intervjuerna tar flera upp svårigheten i att bidra till att patienten försätts i en svår ekonomisk situation. Man tar också upp att man som läkare kanske tvingas bidra till att negativ identitet och låg självkänsla hos patienten förstärks.

”Det är mer acceptabelt att vara sjukskriven än att gå på socialbidrag. Det är som jag ser det en grundläggande problematik. Där vi som doktorer - ja vi tycker synd om våra patienter och vill att de ska ha ett bättre liv så att deras

självkänsla (blir bättre) och alltihop det där... Jag tror att det kan bidra till en del av sjukskrivningarna.”

Några intervjuade beskriver också vandan i att på medicinska grunder avbryta en sjukskrivning om det innebär att patienten tvingas återgå till en arbetssituation som läkaren bedömer vara skadlig för patienten.

“Man är liksom i en återvändsgränd för jobbet är olämpligt. (...) Så det känns som att det blir fel (hur man än gör). Det är rena mordet att säga till patienten att nu slutar jag sjukskriva dig för det finns ingen annan utväg. Det finns inget annat sätt för dem att få mat till sina barn än att be dem gå till socialen. Det känns som att be dem hoppa över en ravin och se om dom landar.”

I intervjuerna beskrivs upplevelsen av vanmakt över att ingen annan del i systemet tar ansvar för patientens hela situation.

2.3 Att vara en ”doer” - att vilja åtgärda kontra att avvakta

Andra beskriver hur läkarrollen innebär en orientering mot att vidta åtgärder och att detta förhållningssätt inte alltid gynnar patienterna. Några beskriver att det ibland kan leda till ”överbehandling” av patienter och bidra till längre sjukskrivningsperioder än nödvändigt.

2.4 Att bestämma själv kontra att samverka med andra

Man beskriver också hur läkarkåren av tradition verkat självständigt i vårdorganisationen och inte behövt samverka med andra yrkeskategorier.

”Det är faktiskt inte så lätt... Vi läkare är en yrkeskår som väljer det här arbetet därför att vi är högpresterande, det är fritt, man vill kunna bestämma och styra själv. Och läkarna är svårstyrda, skulle jag vilja säga. Man vill kunna göra sina egna bedömningar. Det här är min patient och jag vet bäst och så vidare...”

3. Bristande och felaktigt utnyttjade resurser

Bristande resurser i sjukvården nämns av flertalet av de intervjuade som bidragande till att patienters sjukskrivningar riskerar att permanentas eller bli längre än nödvändigt. Resursbristen tycks ha flera dimensioner och får konsekvenser inom flera områden som berör sjukskrivningarnas längd. I intervjuerna framkommer tydligt att det inte alltid är en ekonomisk fråga utan också en fråga om att inte kunna utnyttja de resurser man har.

3.1 Köer till bedömning och behandling

Den bristande tillgängligheten hos sjukhusspecialister, framför allt ortopedier och psykiatriker, i förhållande till behovet och mängden remisser, är ett område som tas upp i intervjuerna. Flera beskriver hur väntetiden efter att en remiss skickats ofta leder till att sjukskrivningen nästan automatiskt förlängs lika länge som väntetiden, vilket kan handla om dryga året i vissa fall. Man beskriver också hur väntetiden oftast blir en passiv och innehållslös del av behandlingen som inte gynnar rehabiliteringsprocessen. De problem man upplever med väntetider kopplas i intervjuerna framför allt till de senaste årens ekonomiska nedskärningar, men också till interna ekonomiska styrsystem där de resurser som finns inte kan användas fullt ut för att förkorta väntetider på ersättningssystemen i hälso- och sjukvården (se vidare under rubriken Incitament nedan).

3.2 Tidspress

Flera intervjuade, framförallt i primärvården, beskriver en situation av konstant tidsbrist där man bland annat inte har den tid som krävs för att motivera patienten att återgå i arbete eller hinna ta kontakter med patientens arbetsgivare eller med Försäkringskassan.

”Och jag tror att den viktigaste saken i det här det är tid. Det tar tid att motivera en patient att inte vara sjukskriven, eller att de inte behöver det. Det har jag gjort mycket tidigare när jag jobbade på vårdcentral. Man försökte ta reda på vad de jobbar med och så vidare. Det tar ju massor med tid. Idag har man en kvart.”

Flera beskriver också hur man heller inte har tid att möta försäkringskassans krav på kompletteringar eller utökade intyg.

”Så då har man det dilemmat, hur fördelar man jobbet? Och hur är vården dimensionerad? Inte är den dimensionerad för att fylla i FKF3200 och de här intygen på ett sådant sätt att Försäkringskassan alltid godkänner dem. Och då menar jag inte, godkänner sjukskrivningen, utan godkänner intyget. Det är två olika saker.”

Flera av läkarna beskriver i intervjuerna hur de utvecklat olika slags praxis för att hantera tidspressen och den frustration den väcker. Nedan beskrivs två ”copingstrategier” som de intervjuade beskriver och som får direkta konsekvenser för sjukskrivningarnas längd.

a) Sjukskrivningstiden anpassas till tidboken

- Flera av de intervjuade läkarna beskriver att den sjukskrivningstid de rekommenderar primärt inte grundas i den medicinska bedömning de själva önskar utan snarare motsvarar tiden till nästa möjliga återbesök. Patienten informeras i stället om möjligheten att själv återgå i arbete tidigare. Majoriteten av patienterna beskrivs dock ha uppfattningen att sjukskrivningar gäller i väntan på att läkaren friskskriver. Sjukskrivningens längd påverkas här direkt av bristen på tid genom att man inte kan ge så täta återbesök.

”Och där finns det ju många som..., jag menar vi säger ju så här: ‘jag sjukskriver dig två månader, för att du ska ha den här tiden. Men blir du bra, så är det bara att du friskskriver dig och går tillbaka till arbetet. Så säger man ju för att vi inte har tid att ta tillbaka patienten, den tiden har vi liksom inte, vi måste hela tiden försöka få ut patienterna från mottagningen... Du säger att du har tio remisser i veckan, jag får trettio om dagen!’”

b) En och samma läkare hanterar en stor del av förlängningar av sjukintyg

I intervjuerna ges exempel på en praxis som utvecklats inom sjukhusvården där de önskemål om förlängning av sjukskrivning som inkommer till en enhet under en dag administreras av *en* läkare i stället för att gå till respektive patients behandlande läkare. I de här fallen har man utvecklat en strategi för att hantera arbetet där syftet är att snabbt beta av dagens ”sjukskrivningshöj” genom att om möjligt sjukskriva patienterna och remittera vidare till primärvården.

”Jag går igenom journalen på patienten och är väldigt välmenande – jag granskar inte journalen kritiskt, om det finns något skäl att inte sjukskriva. Utan jag vill snarare tvärtom se skäl för att sjukskriva då. Och jag brukar få sekretariatet - om de ber mig göra någonting som inte jag känner till - att tala om lite bakgrundsfakta. Till exempel, om sjukgymnasten också har angivit att han/hon är olämplig att återgå (i arbete). Och då försöker jag nämna det på intyget för att minimera risken för att få tillbaka det från Försäkringskassan för yttrande om hälsotillståndet. Som är en börda till sedan då.”

Sjukskrivningarnas förekomst och längd tycks här direkt påverkas av att sjukskrivningshanteringen kommer långt ner i prioriteringsordningen och snarast ses som ett störande moment i en tidspressad ”kärnverksamhet”.

4. Resursbristen ett arbetsmiljöproblem – att inte ha möjlighet att göra ett fullgott jobb

Flera av de intervjuade tar upp att i delar av hälso- och sjukvården, framför allt inom primärvården, håller resursbristen på att utvecklas till ett arbetsmiljöproblem i läkarkåren. Man beskriver en sjukvård som är kraftigt överbelastad och tycks ha hamnat i en situation där man inte längre förmår överblicka de resurser man har och utnyttja dem effektivt. Den situation man beskriver riskerar att få allvarliga konsekvenser inom flera områden. När det gäller sjukskrivningshanteringen beskriver flera hur de själva på grund av arbetssituationen bidrar till felaktiga eller för långa sjukskrivningar i allt högre utsträckning.

”Det händer, och inte sällan heller, att jag förlänger sjukskrivningar av ren utmattning för man orkar inte... Visst är det så. Jag orkar inte ta det, jag orkar inte ta den diskussionen idag, vi förlänger en månad till. Och så är det två månader till.”

Många av de intervjuade inom primärvården upplever att de inte längre kan göra ett bra arbete och känner en stor frustration över det.

”Jag håller på att explodera av den här sjukskrivningssituationen, när jag känner att jag är ett led i systemet. Och det betyder inte att jag inte ser de här individerna (som verkligen behöver sjukskrivning), för vi ser dem ju, de som har kommit längst i den änden, där det (sjukskrivning) faktiskt kanske har varit en livräddning. Då känner jag att det kanske är andra som har det som en för snabb utväg, som gör att just de här (som behöver sjukskrivning) nästan inte vågar (be om det). Men det här är bara en reflektion, det här är inte en färdig tanke. Jag känner bara att jag håller på att bli tokig.”

Många beskriver en situation med hög arbetsbelastning på grund av underbemanning och en tilltagande ström av patienter med svårbedömda tillstånd. Man beskriver hur man inte räcker till vare sig tidsmässigt eller kunskapsmässigt. Detta har för flera lett till en känsla av vanmakt, brist på kontroll och i vissa fall en kris i yrkesidentiteten. Det finns också flera beskrivningar av brist på stöd och handledning. Behovet av handledning gäller såväl i sjukskrivningsfrågan i stort (exempelvis hur man ska se på sjukvårdens uppdrag) som i handläggning av enskilda sjukskrivningsärenden där stöd och handledning önskas från såväl andra specialistläkare som psykologer och kuratorer.

”Det här är jättejobbigt att hålla på med. Vad gör man när så många mår så dåligt? Vi har dessvärre en helt obefintlig stöttning ifrån våra psykmottagningar, och då blir det jätte, jättetungt. Man kan sitta med fyra stycken deprimerade smärtpatienter på en eftermiddag. Och då är man inte vare sig bra doktor eller speciellt trevlig när man kommer hem, utan man mår faktiskt rätt dåligt då själv.”

”Det här med underbemanningen, görs det ingenting på den här frågan, så kommer..., görs det inget på den punkten, så kommer det här bli ett förödande arbetsmiljöproblem för primärvårdsläkarna. Och för sjukvården som helhet. Och naturligtvis sekundärt drabbar det också patienterna.”

Flera beskriver hur den pressade arbetssituationen inte sällan leder till att man som läkare inte orkar ta konflikter med patienter eller ta sig den extra tid som ibland krävs för att motivera patienter som varit sjukskrivna en längre tid att återgå i arbete. Andra beskriver det som att det blir den egna dagsformen som avgör om man en dag orkar följa reglerna stringent eller inte.

”Det är mycket enklare att bara skriva det här intyget, och så får patienten det, och så slipper man problemet, och så är patienten sjukskriven, och så är det förhoppningsvis någon annan som träffar dem nästa gång när de kommer och vill ha förlängning.”

5. Problem i samverkan med andra myndigheter

Ett problem som var återkommande i intervjuerna var kontakten med andra myndigheter och då främst med försäkringskassa och arbetsförmedling. Att ha kontakt med försäkringskassan under hela sjukskrivningsprocessen beskrivs som viktigt. Men många av de intervjuade beskriver stora svårigheter att komma i kontakt med försäkringskassan. Kommunikationen sker ofta via skriftväxling i blanketter och intyg. Några beskriver hur de vid upprepade tillfällen begärt avstämningssmöte med försäkringskassan utan att något hänt. Detta bidrar till att rehabiliteringsprocessen går i stå och att sjukskrivningarna förlängs.

“Jag kan ta upp någonting som är helt konkret just nu. Jag har sjutton sjukintyg där jag har skrivit på sista rutan, ni vet, övrigt. Där har jag skrivit, obs önskar Rehabbedömningsmöte. Detta har jag begärt på varje intyg de senaste tre åren. Det jag har nu är en ung kille som jag tyckte det var extra viktigt för. Ingen hör av sig. Nästa gång skrev jag, om ni över huvudtaget läser detta så kan ni ringa till min mobil som är på dygnet runt. Jag hör ingenting. Så ringer jag till handläggaren till sist, de har bytt handläggare elva gånger på den här 25-åriga killen. Så det är ju inte bara att peka på att vi sjukskriver för mycket, utan man måste titta på hur agerar de andra aktörerna. Och det är uruselt, i alla fall när det gäller många utav mina.”

Flera beskriver vidare hur man även i kontakten med försäkringskassan utvecklat något som i det närmaste kan beskrivas som copingstrategier för att på ett effektivare sätt hantera det som man upplever som orimliga krav och kommunikationssvårigheter i samverkan. Bland annat beskrivs i intervjumaterialet hur man försöker ge försäkringskassan uppgifter som gör att de inte kräver komplettering och ytterligare yttranden från läkaren. Flera beskriver att vissa diagnoser ger upphov till mer krav från försäkringskassan än andra, till exempel utmattningssyndrom och missbruks- och beroendediagnoser. En strategi som beskrivs i detta sammanhang är att man i vissa fall tänjer något på sanningen eller föregår bedömningsfasen och tidigt skriver en diagnos som man bedömer att försäkringskassan accepterar. Man beskriver det här som ett nödvändig men olycklig strategi; olycklig eftersom att patienten riskerar att identifiera sig med fel diagnos och därmed fördröja patientens process av acceptans för den egentliga diagnosen. Ett annat problem är när patienter identifierar sig med en allvarligare sjukdom, med ett längre sjukförlopp och en större arbetsförmåga, än vad hans eller hennes problem egentligen medför.

”Det finns ju en grupp som har en trötthet som det är min medicinska bedömning att det behöver få vara sjukskrivna för. Då gäller det att formulera det på något sätt... Kassan har ju vissa diagnoser. Alltså det är hela tiden en kamp att få till rätt diagnos. Att hitta en diagnos som patienten accepterar och kassan kan godta. Men trötthet, det är för kassan ett rött skynke. Då kommer sådana råa, fula dumheter som att, 'trött på morgonen, det är väl jag också'. Och då gäller det, då måste vi hitta en diagnos. Och bekymret är att om man hittar en tillräckligt allvarlig diagnos för kassan så är ju det också ett sätt att göra patienten mer sjuk också.”

”Ibland tar jag ett samtal med patienten och säger, att nu, vi vet att du är beroende, det är huvuddiagnosen. Men för att du ska få sjukpenning skriver jag något annat, som också i och för sig inte är ljug, men där tyngdpunkten förskjuts och jag går med i ett medberoende och mörkar beroendeproblematiken. Då gräver man en grop åt sig själv igen, därför att när depressionen då anses vara färdigbehandlad efter max 3-4 månader, då är inte beroendet färdigbehandlat. Då kommer från försäkringskassan, jaha, och hur länge ska det här pågå, är han inte färdig med sin depressionsbehandling. Så att man har ändan bak hur man än vrider sig och vänder sig.”

Utifrån de intervjuades berättelser kan man dock sluta sig till att det finns stora skillnader i hur försäkringskassan samverkar med läkarna i olika delar av landet.

I materialet finns exempel på läkare som har mycket goda erfarenheter av samverkan med försäkringskassan och som beskriver en förbättring de senaste åren, bland annat när det gäller försäkringskassans tillgänglighet på telefon. När samarbetet fungerar bra tillskriver de flesta dock detta enskilda handläggare på försäkringskassan.

Problem med samverkan accentueras i de fall patienten är student eller helt arbetslös. I de fallen deltar inte försäkringskassan i rehabiliteringsprocessen vilket medför att man förlorar en viktig samverkanspart. Även samverkan med arbetsförmedling och arbetsgivare beskrivs som bristfällig i vissa fall. Några beskriver erfarenheter av att ha bjudit in dessa aktörer till möten men att de varit svåra att få tag på eller uteblivit från inbokade möten.

Samverkansproblemet förstärks också av andra svårigheter i sjukvårdsorganisationen, som t ex tidsbrist och brist på ledningsstruktur för hantering av sjukskrivningsärenden. Flera av läkarna beskriver hur de upplever att de sitter ensamma med ansvaret för sjukskrivningsfrågan i varje ärende och med otillräckliga resurser för att själva kunna underlätta samverkan med andra myndigheter och aktörer.

”Det skulle krävas en rejäl insats för att få till ett samtal med andra yrkeskategorier eller aktörer. Den tiden har jag bara inte.”

Några av de intervjuade läkarna beskriver hur de trots allt försöker göra detta men då sträcker sig utanför sitt egentliga uppdrag och använder delar av sin fritid för att få till en samverkan.

6. Attityder till hälsa, sjukdom och arbete

Attityder rörande hälsa, sjukdom och arbete hos patienter, läkare och försäkringskassans personal lyfts fram som ett problemområde som av flera associeras till för långa sjukskrivningar.

6.1 Attityder till hälsa, sjukdom och sjukskrivning

Flera beskriver hur många patienter har en svart-vit syn på hälsa och sjukdom. Läkarna uppfattar att även försäkringskassan förmedlar en liknande syn på hälsa och sjukdom i sjukintygets utformning. Flera av läkarna beskriver en mer glidande skala där smärta och lidande i viss mån bör ses som en del av livet som nödvändigtvis inte bör medikaliseras eller leda till sjukskrivning. Man menar att ”sjuk-frisk”-inställningen riskerar leda till för långa sjukskrivningar när upplevelsen av att vara ”helt frisk” inte infinner sig.

”Det är många patienter som säger så här, jag kan inte gå tillbaka till mitt arbete om jag inte är fullt frisk. De påstår med full emfas att det inte går att gå tillbaka till arbetet om man inte är fullt frisk.”

”En del hävdar ju att man inte ska arbeta om man har det minsta ont någonstans ungefär. Då säger jag, att det gör ont hindrar inte att du kan arbeta med det här jobbet. Och då säger man, ska jag behöva arbeta fast det gör ont. Ja, säger jag då, det är en del av livet. Det är en del som inte accepterar det, det kan leda till väldiga konflikter.”

En del beskriver också att de ser en förändrad attityd till sjukskrivning hos patienter, och ibland även hos kollegor. Man tycker sig se att det finns personer som ser sjukskrivning som en utväg ur svåra livssituationer eller som en rättighet. Man talar i flera fall om hur det blivit socialt accepterat att vara sjukskriven, att det är den socialt minst skamliga bidragsformen. Flera beskriver hur attityder som dessa kan göra relationen till patienten

ansträngd och fylld av konflikter. I intervjuerna beskriver flera läkare att dessa situationer ofta hanteras genom olika typer av kompromisser alternativt att man som läkare går med på patientens krav för att undvika konflikt. Båda strategierna resulterar i längre sjukskrivningar.

”Men sedan också det som du var inne på, att sjukskrivning är socialt accepterat. Att vara arbetslös därför att jag har bråkat med chefen, det är fult. Att gå till socialen, då slutar folk att prata med mig. Och när jag sjukskriver, det är så att säga högst på den här skalan, och det accepterat man. Och det är därför, tror jag, som patienterna söker, vill ha en diagnos och en sjukskrivning även för livsfrågorna. Därför att då är man fortfarande med i gemenskapen.”

6.2 Attityder till arbete

I intervjuerna beskrivs också en förändrad syn på arbete både hos läkare och hos patienter, där arbete inte längre värderas lika högt eller nödvändigt.

”Att man även inom läkarkåren inte riktigt har den känslan, eller om det är en ny generation, jag kanske börjar bli gammal, liksom den här känslan för att det liksom är hedersamt att ha ett arbete och att klara av det, att försörja sig och så vidare. Jag vet inte.”

”Det ligger i attitydfrågor, det ligger otroligt djupt alltså. Det ligger i att det är fult att vara flitig, det är okej att vara lat, det är okej att säga nej till saker, det är aldrig okej att slita ut sig på att jobba.

Flera av de intervjuade ser dock också en motsatt attitydförändring i sina patientgrupper. Att patienter arbetar för mycket och för intensivt utan att kunna sätta gränser mellan arbete och fritid (se faktorer som bidrar till för korta sjukskrivningar).

7. Bristande tillit och lojalitet mellan aktörerna inom systemet

Flera av de intervjuade beskriver en bristande tillit till sjukskrivningssystemet eller till aktörerna som verkar inom det. Problemet beskrivs på delvis olika sätt av de intervjuade beroende på vilken yrkesgrupp de tillhör och vilken position de innehar. Problemet återspeglas också i hur man uppfattar att patienter agerar i systemet. De intervjuade beskriver hur bristande tillit och bristande lojalitet mellan olika aktörer får konsekvenser för sjukvården i stort och därmed också för sjukskrivningsuppdraget.

7.1 Relationen mellan patient och läkare

Flera av läkarna uppfattar en påtaglig risk för sjunkande tillit och förtroende i patient-läkarrelationen när man alltmer utmanar sin roll som patientens företrädare och ombud till förmån för att vara talesman för försäkringskassans föreskrifter och krav.

Man beskriver också hur man i mötet med patienter känner sig tvingad att ifrågasätta patientens arbetsoförmåga allt oftare och gå emot dennes önskan att vara sjukskriven på att det finns en farhåga eller i vissa fall en övertygelse om att det finns personer som utnyttjar systemet. Men flera beskriver också hur ett sådant ifrågasättande kan rymma risken att patientrelationen skadas. Några har erfarenheter av patienter som vid ett ifrågasättande går till någon annan läkare som sjukskriver. Detta upplever många som ett stort problem och resursslöseri. Flera beskriver hur de sjukskriver för att undvika att patienten bryter relationen eller för att visa att tilliten i patient/läkarrelationen trots allt finns kvar.

“Om man säger nej så gör man sig en otjänst, för då går patienten någon annanstans och då är det någon annan doktor som sjukskriver. Och så går dom till nästa och till nästa... Jag har aldrig sett så mycket rundgång. Det är tusentals kronor som bara... Jag blir alldeles matt när jag ser på det.”

7.2 Relationen mellan läkarna och "sjukskrivningssystemet"

Framför allt av primärvårdsläkare beskrivs med flera exempel hur man alltmer tappat tilliten till "sjukskrivningssystemet". Den kraftiga arbetsbelastning, bristen på behandlings- och utredningsmöjligheter samt den undermåliga samverkan med andra aktörer bidrar till att man upplever det svårt att genomföra sjukskrivningsuppdraget enligt regelboken.

"Jag tycker vad gäller lojalitetskänslan, alltså man känner sig ifrågasatt man känner att man verkar i ett system som man inte ställer upp på reglerna för, det kommer nya regler som rymmer värderingar som man inte delar."

7.3 Relationen mellan primärvårdsläkare och sjukhusläkare

Även i relationen mellan primärvård och sjukhusvård framkommer i intervjuerna vissa ömsesidiga spänningar på ett sätt som får konsekvenser för samarbete, kommunikation och därigenom bidrar till att sjukskrivningar förlängs i onödan. Framför allt beskrivs en bristfällig kompetens från båda parter (se vidare under rubriken "Otillräcklig kompetens").

7.4 Relationen mellan läkare och försäkringskassan

I intervjuerna är den ansträngda relationen till försäkringskassan ett återkommande och affektladdat tema. Det är en ömsesidig brist på tillit som beskrivs. Flera beskriver hur försäkringskassan alltmer ifrågasätter och överprövar sjukintygen. Läkarna tolkar detta som ett tecken på att försäkringskassan inte litar till läkarnas bedömningar och utlåtanden. Under rubriken "Problem i samverkan med andra myndigheter" ges exempel på beskrivningar om hur försäkringskassan sällan eller aldrig tar kontakt med läkarna på annat sätt än genom blanketter, trots att man upprepat ber om avstämningsmöten etc. De läkare som i stor utsträckning varit med om detta ger uttryck både för ilska och bristande tillit till försäkringskassans vilja att aktivt delta som samarbetspart i patienters rehabiliteringsprocess utan ser dem alltmer som en kontrollinstans. I intervjuerna beskrivs också en bristande tillit till att försäkringskassan har den kompetens som krävs för att t ex bedöma riskerna med att för snabbt dra in sjukersättningen för långtidssjukskrivna med psykisk problematik.

"Jag skulle vilja att jag inte betraktades som en skurk av försäkringskassan, bara för att jag vill sjukskriva någon eller några till. Jag skulle vilja bli betraktad som en kompetent, professionell person som kan sitt yrke."

7.5 Relationen mellan chefer i landstingsorganisationen och läkare

En annan aspekt av temat tillit som mer indirekt bidrar till sjukskrivningsfrågan förs fram av chefer på landstingsnivån och rör relationen mellan "landstingsorganisationen" och läkargruppen. I intervjuerna beskriver man hur det är legitimt för läkare att kritisera landstingsorganisationen öppet i media. Detta upplever man bidrar till uppluckring av förtroendet till sjukvården, både bland dem som brukar den och de som arbetar i den. Man upplever också att detta "hot om uthängning och anmälan" urholkat handlingsutrymmet i landstingsorganisationen. Man ser en risk i att organisationen förstelnas, då man som politiker, tjänsteman eller chef i landstinget inte vågar ta initiativ till förändringar och styra verksamheten i tillräckligt hög utsträckning p g a risken att bli uthängd i media. Detta tror man kan bidra till en bristande styrning även i sjukskrivningsfrågan inom landstinget.

"Om vi diskuterar en förändring på något sätt som hotar några läkares position, så har vi då under resans gång ett antal gånger haft tidningsartiklar där läkaren med hela sin auktoritet talar om att nu kommer länet att fyllas av döende

patienter längs vägarna. Alltså det finns inte en divisionschef på Saab som går ut och säger att detta blir döden för företaget när vi tar fram den nya bilen. Då är man inte divisionschef längre.”

”För vårdpersonal är det legitimt att gå ut och kritisera förslag och förändringar utifrån sitt professionella perspektiv och frammana stämningar av katastrof. Och även om så att säga klinikchef A säger att detta är det bästa förslag som finns så går klinikchef B ut och säger, död och pina, därför att hans revir blir hotat. Och sedan säger man till klinikchef A, ja men du kan väl gå ut och bemöta din kollegas beteende här i tidningen, för du vet ju att han ljuger. ‘Ja, men det kan jag inte göra’. Alltså det finns ingen lojalitet i organisationen för beslut som man inte tycker stämmer med den egna uppfattningen. Det här med att man diskuterar fram till beslutet och sedan försöker man genomföra det, det finns inte inom sjukvården.”

8. Problem med regelverken och dess tillämpning

I intervjuerna beskrivs också en upplevelse av att regelverken ibland försvårar handläggningen av sjukskrivningsärenden. En aspekt av detta är att man upplever en brist på flexibilitet i sjukskrivningssystemet som bland annat begränsar vilka aktiviteter man tillåter som rehabilitering. Att studera på halvtid och vara sjukskriven på halvtid är inte tillåtet för närvarande, vilket flera tar upp som ett problem. Även kombinationer av föräldraledighet och sjukpenning har man erfarenhet av att försäkringskassan nekar. Ett annat problem är att arbetsträning i mer social bemärkelse inte heller uppfattas vara förenligt med sjukersättning. Det tycks också finnas skillnader mellan handläggare i hur rätten till sjukersättning bedöms.

”Att vara mamma med små barn, gör att man aldrig kan vara helt sjukskriven, därför då räknar Försäkringskassan med att man i alla fall i någon utsträckning sköter sina barn. För att få hel sjukskrivning, ska man i stort sett ligga med brutet ben på sjukhus. Anser vissa handläggare, dock inte alla. Det där är också ett problem.”

Man ser det också som problematiskt att de olika sociala försäkringssystemen är så separerade från varandra och att ersättningsnivåerna är olika. Man uppfattar att den höga ersättningen vid sjukskrivning jämfört med de ofta lägre ersättningarna för arbetslöshet eller socialbidrag gör sjukskrivning mer attraktiv både ekonomiskt och statusmässigt vilket riskerar leda till för långa sjukskrivningar. Man upplever också att regelverket hindrar de olika myndigheternas insatser att löpa parallellt vilket försvårar rehabilitering och därmed förlänger sjukskrivningarna.

“Den ena vägrar att göra något så länge den andra har om fallet, och tvärtom på något sätt. Det är ju uppenbart att här måste man göra både det och det samtidigt på något sätt. Men det sker inte utan först måste man bli utförsäkrad eller sluta sjukskrivningen, då kan Arbetsförmedlingen börja på något sätt. Och det upplever jag ofta är ett problem. Ta till exempel någon som brutit sin korshäl och som har tungt kroppsarbete. Man ser redan från akutrummet att den här personen kommer aldrig att kunna fortsätta med det arbetet. Men ändå måste de gå de här två åren sjukskrivna först innan man börjar fundera på det här med omskolning och hela den grejen. Jag tycker att det är helt otroligt.”

Man upplever det också som ett problem att de intyg man som läkare enligt lagen ska skriva är så omfattande. Många upplever att det tar en orimligt stor andel av arbetstiden att fylla i försäkringskassans blanketter och intyg och därför försöker undvika detta i det längsta, vilket bidrar till förlängda sjukskrivningar.

”Ta ett sånt här LoH-intyg. Om jag ska göra det riktigt tar det mig minst tre möten på en halvtimme var. Plus att jag ska sitta på min fritid och skriva det, för det är ett språk som inte kommer så lätt till mig.”

Några av de intervjuade resonerar också kring orimligheten i att regelverken kräver att läkare ska bedöma arbetsförmågan. Man menar att det rent medicinska utgör en mycket liten del av frågan om en patient ska vara sjukskriven eller inte.

”Det största problemet är ju naturligtvis att när vi skriver i våra intyg att vederbörande inte kan arbeta, så är det lite av en chimär. Därför att i grund och botten så handlar det ju om, om vederbörande vill arbeta eller inte. Ytterst få människor är ju oförmögna till arbete över huvudtaget, om man tänker på alla. Och av våra patienter, om vi tar bort dem som befinner sig i ett akut skede i anslutning till ett ingrepp eller en skada, så är ju de flesta arbetsförmögna. Vi ser ju som ortopedier mängder med invaliderade människor, med permanenta handikapp, som är heltidsarbetande. Och ögonläkarna har de blinda, neurologerna ser sina. Så det finns ju en dålig koppling mellan sjukdomen och arbetsförmågan.”

9. Otillräcklig kunskap och kompetens

9.1 Att bedöma och behandla vissa patientgrupper

Ett problem som nämns av i stort sett samtliga intervjuade är svårigheten att bedöma och behandla vissa symptom och diagnosgrupper. I intervjuerna framkommer att framför allt primärvården möter en allt större grupp patienter som söker för tillstånd som saknar tydlig diagnos och där läkarna beskriver symtombilden som diffus. Det rör sig till största del om patienter med olika typer av utmattnings- och/eller smärttillstånd. Med undantag för de läkare och paramedicinare i intervjugrupperna som är specialister inom just dessa områden, beskriver de intervjuade att man i flera fall står handfallen inför uppgiften att bedöma och behandla dessa patienter.

Många av läkarna beskriver hur läkarutbildningen rustar för att göra rent medicinska bedömningar och behandlingar men att dessa tillstånd ofta involverar hela patientens livssituation, vilket inkluderar både sociala och psykologiska aspekter. Man beskriver att tillstånden inte kan bedömas med de objektiva instrument som man är van att arbeta med. Man uppfattar också att kunskap i form av litteratur eller artiklar inte är tillgänglig på samma sätt som för andra diagnosgrupper. I samtliga intervjugrupper beskrivs ett stort behov av paramedicinsk kompetens i samband med såväl bedömning som behandling för dessa patienter. Man talar då om yrkesgrupper som psykologer, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

“Läkarrollen är att göra medicinska bedömningar, vara medicinsk rådgivare till kassan. Vi kan inte väga in hela livssituationen, med ekonomi, familj, arbetsmarknad etc. Det är andra kompetenser som krävs för det, ex. psykologer, kuratorer.”

”Vi har inte utbildning. Jag menar vore det lätt att läsa i någon bok, så att säga, att har man den typen av besvär då ska man vara sjukskriven i sex veckor – men det är så subjektivt och det bygger så mycket på... det är så mycket känslor också som kommer in.”

Svårigheten att bedöma symptom och diagnos beskrivs få flera konsekvenser. En av dem är att patienten riskerar att skickas runt i sjukvården på tidsödande, dyra och ibland onödiga utredningar i en önskan att ”ändå ge patienten något”. Under tiden är patienten ofta sjukskriven.

”Jag tycker det är okej att de vänder sig till sjukvården, men dilemmat är att de fastnar här. (...) Ja vi tar dem i knät på olika sätt, eller så bollar vi hit och dit och skickar hit och dit för att, ja, gärna inom systemet, se om någon annan kollega kan fixa det här.”

En annan konsekvens är att när symtomen och diagnosen uppfattas som diffus så blir det också svårt att bedöma optimal sjukskrivningslängd.

”Det är svårt att sjukskriva rätt personer i rätt längd så att säga, när de kommer och presenterar sådana diffusa symptom och sådant. Och sedan då hur länge man ska fortsätta att sjukskriva innan man bryter, det är jättesvårt, tycker jag.”

”Och objektiviteten förstås, det där bedömer vi som sjukskrivningsgrad och sådant där. Jag menar, hos gravida har man samma problematik, det är ju symptom som så att säga är rätt svåra att verifiera.”

Man beskriver också hur bristen på behandling för dessa patienter är påtaglig. Ofta är sjukskrivning den enda åtgärd man kan erbjuda. Flera påtalar ett behov av psykoterapeutisk kompetens i primärvården, för behandling av patienter och/eller handledning av personal.

”Beteendevetarna är inte till för lösa patienternas problem, det är inte så, alla kan inte gå i terapi. Men att de finns i primärvårdsorganisationen, det är en markering både för oss och för patienterna. Oftast fungerar de väldigt bra som handledare, alltså de kan stötta personalgruppen i ärendet någonstans.”

”Det som jag börjar bli mer och mer uppmärksam på är att jag sjukskriver folk - det blir långa sjukskrivningar - därför att det inte finns någon aktiv behandling att erbjuda. Någon bra rehabilitering, det finns inte. Man vet att det här är inte bra, det som jag gör nu, det räcker inte till, men det finns inga alternativ. Om vi tar psykoterapi t ex., det är väldigt svårt att få komma till en psykoterapeut inom landstinget, och det kostar mycket om de ska gå till en privat. Eller om man ska få någon annan form av aktiv rehabilitering när det är utbrändhet eller kronisk trötthet. Man skulle vilja ge dom patienterna flera saker. Sjukgymnast och sådana där saker, men det finns helt enkelt inte. Det blir bara sjukskrivningar.”

”De patienter som är klart sjuka, ett sjukt ben eller en riktigt ordentligt kroppsligt sjuk patient, det är liksom inte något bekymmer. Men alla de här andra som bara mår dåligt, och som man inte har så mycket att erbjuda, det känns ju jättetungt ibland. Därför det är så segt, man kommer inte vidare, man har ingenstans att hänvisa dem till rehabilitering. Det tar månad ut och månad in, och det segar på.”

Det finns också beskrivningar av brist på kunskap om rörelseapparatens sjukdomar främst i primärvården. De ortopedier som intervjuats uppfattar att det skrivs onödigt mycket remisser från primärvården till ortopederna som leder till långa väntetider och sjukskrivningar.

”Det är väldigt tråkigt, därför att om man tar en vårdcentral, vilken som helst, så söker någonstans mellan 25 och 40 % av patienterna för bekymmer i rörelseapparaterna på något sätt. Det vill säga, det är en stor andel, en vanlig sak. Allmänmedicinarnas kunskaper är väldigt svaga alltså. De lär sig på något ‘trial eller error’, och de får ibland de mest konstiga funderingar kring de här sjukdomarna, som ju leder till onödiga utredningar ibland, eller avsaknad av utredningar. Sjukskrivningar som inte borde vara och så vidare. Så att där finns ju väldigt mycket att göra.”

9.2 Att bedöma vad arbetet innebär

Flera av läkarna tar upp svårigheten att bedöma vad patientens arbete innebär som något som potentiellt kan bidra till för långa sjukskrivningar. Man upplever sig ha för begränsade kunskaper om arbetslivet och vad olika yrken innebär.

”Det går ju inte att lära sig alla yrken som finns i samhället på läkarutbildningen. Så därför är just att dela kompetensen viktigt, att ta in till exempel paramedicinska resurser, kuratorer och andra kompetenser för att göra bra bedömningar.”

”Det finns ju massor med udda yrken och sysselsättningar, som man inte har den minsta möjlighet att kunna sätta sig in i. Och förstå om det går att arbeta med den här skadan, den här sjukdomen då, det är nästan omöjligt.”

”För det första så ska man då intyga någonting som kräver nästan att man går in i den här människan, och för det andra ska jag veta vad det innebär att jobba som tråddragare. Det är klart, att jag kan intervjua patienten, men det är ändå ganska svårt att föreställa sig vad det innebär att vara exempelvis tråddragare för den här onda ryggen eller någonting sådant där. Det är svårt.”

9.3 Kunskap om sjukskrivningsfrågor

Några tar upp en brist på kunskap om försäkringsmedicinska frågor och en svårighet att hålla sig uppdaterad på försäkringsområdet, bland annat när det gäller lagstiftning.

9.4 Bristande kunskap inom försäkringskassan om psykiatriska diagnoser

Både läkare och behandlare med psykoterapeutisk kompetens beskriver i intervjuerna att försäkringskassans personal i många fall har begränsade kunskaper om vissa psykiatriska tillstånd, t ex utmattningssyndrom eller beroendediagnoser. Detta märker man bland annat i de frågor man får från försäkringskassan. Några uppfattar att det finns en cynisk ton och ett ifrågasättande av såväl dessa patienters sjukdom som av läkarnas bedömning. Man märker det också i en ökning av krav på komplettering eller avslag på sjukersättning för vissa patientgrupper.

”Jag blir ifrågasatt med frågor som, ‘är det så att han inte kan arbeta?’. Och då har han haft tre delirium under fyra månader, går på 10 mg neuroleptika och sov inte på nätterna utan på dagarna. ‘Jaha, kan du inte sänka neuroleptikan då, det är väl den han blir trött på?’”

”Tidigare har jag haft ungefär 10 % nej på beroendepatienter, nu har jag 60 % nej på beroendepatienter. Och sjukskriver jag en beroendepatient på grund av en stroke, så får jag nej i alla fall, för att intyget utgår från beroendepsykiatrin. Om jag tar och går till en kollega på strokeenheten och ber honom sjukskriva, med prick samma intyg, då blir det ja. Så det är inkonsekvenserna, jag vill vara grov och säga fördomarna, okunnigheten som har skapat mera jobb.”

Att dessa patienter får avslag på sin begäran om sjukersättning upplever läkarna som en stor risk och beskriver de konsekvenser man sett hos sina egna patienter med ökad social utslagning, försämring av patientens tillstånd och hinder för behandlingseffekter. Man beskriver dessutom att den indragna sjukersättningen lett till att vägen tillbaka till arbete blivit uppenbart längre för patienten.

9.5 Konflikthantering

Flera läkare beskriver svårigheter att hantera de konflikter som ibland uppstår i relation till patienter kring sjukskrivningsfrågan och som i flertalet fall handlar om att patienten vill vara sjukskriven längre tid än vad läkaren bedömer är nödvändigt. Man känner sig i vissa fall rädd för patientens reaktioner eller för att patienten ska gå till en annan läkare. Det finns också beskrivningar av hur brist på tid och ork gör att man inte tycker sig kunna ta de konflikter som skulle krävas. Dessa konflikter hanteras ofta genom kompromisser alternativt att man som läkare går med på patientens krav, båda strategierna resulterar i längre sjukskrivningar.

”Och då finns det två lösningar, det enklaste är alltid att skriva på då förstås, det tar en minut till och sedan är det klart. Att göra det andra, är betydligt mer tidsödande. Och det betyder ju då, att oftast får de en förlängning, ett tag till, och ett tag till.”

10. Bristfällig styrning och ledning av sjukskrivningsfrågan

Flertalet av de intervjuade – både bland läkare, paramedicinare och chefer på alla nivåer i landstingsorganisationen - formulerar problemen kring hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården som en ledningsfråga. Samtidigt har alla, inklusive cheferna, mycket svårt att svara på var ansvaret för att hantera frågor som rör sjukskrivning ligger inom hälso- och sjukvården. Flera av läkarna identifierar sig själva och kanske patienten som ansvariga. Några nämner statsministern eller socialministern som ansvarig för frågan, någon annan sjukhusdirektören. Flera beskriver hur sjukskrivningsfrågan inte ägs eller ansvaras för på någon övergripande nivå inom landstinget överhuvud taget. Man upplever att ingen har överblicken, vare sig i den enskilda patientens sjukskrivningsprocess eller i sjukskrivningsfrågan som riksangelägenhet, varken inom hälso- och sjukvården eller utanför den. Ingen ”äger” frågan.

Flera av de intervjuade uttrycker ett behov av ledning på en övergripande nivå för att hanteringen av sjukskrivningsärenden ska fungera bättre. Några beskriver också ett behov av tydligare riktlinjer från politikerna:

”Det här är ju ytterst ett politiskt problem. Vill man åstadkomma en förändring så måste ju politikerna förklara tydligare vad de vill med försäkringen. De behöver säga om det här en försäkring för den som av rent medicinska skäl inte är arbetsförmögen. Om det är det de vill med försäkringen. Så där är det viktigt att de tar ansvar för att tala om vad det här ska gå ut på.”

Man beskriver också ett kommunikationsproblem, man vet inte hur information om de problem och erfarenheter man upplever i hanteringen av sjukskrivningsärenden kan nå ledningen, var den nu finns. Några beskriver hur denna frånvaro av ledning och möjlighet att kommunicera uppåt i en tid då sjukskrivningsfrågan debatteras så friskt i media, ytterligare bidrar till frustration och isolering för sjukvårdens personal och för läkargruppen i synnerhet.

”Jag skulle önska att det fanns en överblick och att man hade ett system för att få det här att fungera, med vettiga kriterier och med någon slags förståelse. Det går inte bara att säga att nu ska vi dra ner sjukskrivningar till hälften på en ganska kort tid för att oj, oj, nu går Sverige i putten liksom.”

Flera av de intervjuade ser dock svårigheter i att någon skulle ha ett ledningsansvar i denna fråga – både p g a frågans komplexitet, men också p g a en upplevd svårighet att leda läkare, något som i intervjuerna även tas upp av några läkare som ett problem. I intervjuerna framkommer också en tydlig ambivalens kring frågan om ledning och styrning bland en del av läkarna.

”Men på landstinget centralt och så där, det finns ju ingen som har hand om det. Och det kanske är bra det, för det skulle nog bara bli trassel har jag en känsla av. Det är liksom ingen sak som ska hanteras på nivån, tycker inte jag i alla fall. Då skulle det kunna bli olika på olika ställen. Det är det redan nu, det skulle kunna bli ännu mer olika. Dessutom så ökar risken för administration och allt det här. Har man tur, så får man fler som går åt rätt håll, än de som går åt fel håll. Det finns nog ingen enkel lösning på det problemet.”

11. Sjukskrivning inte sjukvårdens primära uppdrag

Flera beskriver hur sjukskrivningsuppdraget inte prioriteras i sjukvården så länge det inte anges som ett prioriterat mål för verksamheten. Detta i synnerhet när sjukskrivningsuppdraget i vissa fall uppfattas stå i konflikt med sjukvårdens och läkarkårens djupt rotade uppdrag att bota, trösta och lindra. Man beskriver hur det idag

inte finns några incitament vare sig för enheten, kliniken, den enskilde läkaren eller patienten för att arbeta mot optimala sjukskrivningsnivåer.

”Det är ju inte vårt uppdrag egentligen, det är väl också så, så att säga. Om det vore vårt uppdrag, men vi ska bedriva sjukvård - sjukskrivning är någon slags bisyssla som vi ändå får lite pengar för men det är inte det vi är där för.”

”Det är ändå politikerna som beställer sjukvård. Då ska de också beställa det här, det här ska ingå i något slags uppdrag: 'Nu har ni faktiskt också uppdraget att ni ska sjukskriva, och för det får ni de här resurserna eller ska göra de här prioriteringarna'.”

Denna brist på incitament eller prioritering av sjukskrivningsuppdraget från ledningsnivån anser flera vara en bidragande faktor till en icke optimal hantering av sjukskrivningsärenden i hälso- och sjukvården. För beskrivning av behov av incitament; se vidare rubriken: ”Åtgärdsförslag kopplade till problemområdet Bristfällig styrning och ledning av sjukskrivningsfrågan”.

12. Problem kopplade till arbetsmarknaden

Flertalet av de intervjuade inom hälso- och sjukvården beskriver hur sjukskrivningsproblematiken även samspelar med rådande villkor på arbetsmarknaden. Tre aspekter lyfts fram i detta sammanhang:

1) Den första aspekten som beskrivs i intervjuerna är en arbetsmarknad som i delar är *mättad på arbetskraft*. En betydande del av de patienter man möter i hälso- och sjukvården saknar arbete. Många av de yngre har ännu inte kommit in på arbetsmarknaden alls. Både läkare och paramedicinare beskriver vid flera tillfällen i intervjuerna att för många patienter finns det inte någon arbetsmarknad att friskskriva eller rehabilitera till, vilket indirekt bidrar till förlängda sjukskrivningstider och ökad passivitet och utanförskap för individen.

Andra beskriver hur den hårda konkurrensen på arbetsmarknaden samt den ökande andelen osäkra anställningar (exempelvis vikariat eller projektanställningar) leder till att människor i samband med sjukskrivningsperioden lätt tappar sin tillfälliga plats på arbetsmarknaden.

”Vi har idag över en miljon av en arbetsför befolkning som antingen är sjukskrivna, arbetslösa eller går på socialbidrag. Samtidigt har vi ingen efterfrågan på arbetskraft, så vart ska folk ta vägen? Om vi ska minska sjukskrivningarna strikt, ja, då skickar vi över kostnaden till kommunen och kanske passiviserar de här människorna ännu mer, de får socialbidrag då.”

2) Den andra aspekten är bilden av en *krävande arbetsmarknad*. Man beskriver hur enklare, mindre kvalificerade arbetsuppgifter försvunnit i dagens arbetsliv. Detta begränsar många möjlighet att ta sig tillbaka till arbetslivet. Det är också svårt att hitta former för arbete som är i rimlig omfattning och kravnivå under rehabiliteringsfasen av en sjukskrivningsperiod. Man beskriver hur detta får ogynnsamma konsekvenser för friskskrivningsprocessen då patienter riskerar tappa sin motivation att friskskrivas när arbetslöshetsunderstöd eller socialbidrag är den försörjning som väntar. Andra negativa konsekvenser kan vara att man går tillbaka till en alltför hög belastning för snabbt och därmed riskerar återinsjukna med följande längre sjukskrivningsperiod.

”Situationen har förändrats väldigt mycket och blivit alltmer orimlig under senare år. Det känns som att sjukskrivningarna alltmer blir kopplade till en orimlig arbetsmarknad. Jag säger inte att man sjukskriver fel, men det är något orimligt i situationen mellan de arbetande och de arbetssituationer som ett antal ganska svårt kläna människor ska gå tillbaka till. Det är en väldigt laddad

situation där sjukskrivning är någon slags livräddning för ett antal desperata människor.”

”Vi har ju gjort det många gånger, skrivit och intygat att den här patienten bör göra det och det, men så ser det inte ut på jobbet, det finns inte det där enklare sysslorna längre.”

”Så om vi har motiverat en patient som vi bedömer inte ska vara sjukskriven längre, som vi uppmuntrar ska gå tillbaka till arbetsgivaren. Då vill de inte ha dem, för de vill bara ha sådana som är helt bra.”

3) En tredje aspekt är det faktum att arbete kan vara en källa till sjukdom. Många av de intervjuade beskriver hur patienter söker för arbetsrelaterade besvär, man ser inte sällan arbetssituationen som en hälsorisk. När patienter skadats av sitt arbete och/eller har en upplevelse av arbetet som en hälsofara kan såväl patient som läkare ha svårt att se vägen tillbaka till arbete. Läkare beskriver ett etiskt dilemma i att friskskriva patienter till en arbetssituation som man vet kommer vara ogynnsam eller rent av skadlig för patienten. Detta gör att man i vissa fall väljer att fortsätta sjukskriva trots att det ligger utanför lagstiftarens intention för att ge patienten utrymme att ordna en rimligare arbetssituation eller för att det inte finns något annat alternativ.

“Man vet dessutom, det har man sett ett antal gånger, att slutar jag sjukskriva den här människan, då kommer han eller hon tillbaka inom tre månader sjukskriven via psyk för då har hon brutit ihop. Vi ser ett antal suicid också...”

“Jag tycker inte det är så konstigt, att bränt barn skyr elden. Och att, så att säga, dels så ska man då ifrågasätta någons upplevelse, och sedan ska man då försöka övertala den här personen att gå tillbaka till det som har skadat den personen förut. Det är liksom inte riktigt rimligt.”

II. Faktorer som bidrar till för korta sjukskrivningar

I intervjumaterialet beskrivs problem i hälso- och sjukvården kring hanteringen av sjukskrivningsärenden som i de allra flesta fall beskrivs bidra till för långa eller helt onödiga sjukskrivningar. Det finns dock några beskrivningar av problem som får den motsatta konsekvensen, att sjukskrivningarna blir för korta eller uteblir trots att behov finns.

Problem kopplade till arbetsmarknaden

Några beskriver hur en krävande arbetsmarknad kan bidra till att patienter inte vill bli sjukskrivna trots att de behöver. Man har erfarenhet av att patienter av rädsla för att arbetsgivaren ska betrakta dem som mindre kompetenta än tidigare eller för att de är rädda att förlora sin anställning, arbetar trots att det äventyrar deras hälsa. Det faktum att patienter sällan ser någon möjlighet till att anpassa arbetet, vare sig i omfattning eller i typ av arbetsuppgifter beskrivs också bidra till rädsla både för hel- och deltidssjukskrivning.

”Mitt problem med sjukskrivning, det är precis tvärtom. Det vill säga att patienten vill gå tillbaka och jobba, och jag säger, du ska inte göra det, det är helt enkelt inte lämpligt, det är för tidigt, det är en stor risk att det kommer att gå åt pepparn. Vi har en, det är ju inte en sådan flexibel arbetsmarknad kan jag känna också, det är också ett hinder där. Där man kan tycka, att de skulle nog klara ett annat jobb, men man är så rädd om sin fasta anställning, och rädda att byta. Det är ett bekymmer.”

Attityder till hälsa, sjukdom och arbete

Några beskriver hur attityder bland såväl patienter, som inom sjukvården, försäkringskassan, i arbetslivet och i samhället i stort bidrar till en syn på arbete och hög prestation som positivt och eftersträvansvärt, samtidigt som arbetsrelaterad ohälsa i vissa fall bemöts med skepsis. Attityder som dessa har man erfarenhet av kan leda till att patienter sjukskrivs kortare tid än vad som är rimligt, att sjukskrivningarna ifrågasätts av försäkringskassan eller att patienter väljer att återgå i arbete för tidigt eller inte går med på att sjukskrivas alls.

”Det finns en hyperprestationskultur. Och en del av den här utslagningsproblematiken idag, utbrändhet, det handlar faktiskt om människor som är alldeles för ambitiösa för sitt eget bästa. Som inte stannar hemma fast dom varit sjuka länge.”

Bristande helhet och kontinuitet

Som tidigare beskrivits har den bristfälliga kommunikationen mellan akutsjukvård, annan sjukhusvård och primärvård fått konsekvenser av otillräckliga och försenade utredningar och att information om patienter går förlorad på vägen. Några ser att patienter i vissa fall sjukskrivs för korta tider eller inte alls pga av detta fenomen.

Otillräcklig kunskap och kompetens

Bristen på kompetens att bedöma och behandla vissa tillstånd beskrivs av flera även leda till att man missar diagnoser och följaktligen också adekvat behandling och sjukskrivning.

III. Faktorer som stödjer en optimal hantering av sjukskrivningsärenden

Trots att fokus för denna studie har varit att identifiera problem och svårigheter i hälso- och sjukvården har det i intervjuerna framkommit ett antal faktorer som bidrar till att hantering av sjukskrivningsärenden fungerar bra. Viktigt att beakta är att detta område inte efterfrågats specifikt och därmed ska detta inte ses som en fullständig beskrivning av det som fungerar väl på området.

Sjukvårdens yrkeskategorier vill patientens bästa

I flertalet intervjuer framkommer tydligt att läkare och övriga intervjuade yrkeskategorier i vården framförallt vill sina patienters bästa. Patientens hälsa och utveckling framstår som den viktigaste principen för man agerar i vården, inklusive hur man agerar i sjukskrivningsärenden. Många beskriver en medvetenhet om de risker som finns med att sjukskriva såväl långa som korta perioder och att sjukskrivning i många fall kan vara skadligt för patienten.

Sjukvårdens samhällsansvar

Flertalet beskriver också en medvetenhet om de kostnader sjukskrivningarna idag innebär och man uttrycker en önskan att bidra till en förändring av den nuvarande situationen genom en ökad uppmärksamhet på hur man själv agerar i sjukskrivningsärenden.

Samlad kunskap och erfarenhet av sjukskrivningsfrågor

Det finns gott om beskrivningar av den långa erfarenhet av sjukskrivningsfrågor som finns i hälso- och sjukvården och att denna bidrar till möjligheten att göra korrekta

bedömningar Den brist på kunskap som läkargruppen beskriver kring vissa tillstånd pareras flexibelt i flera fall genom teamarbete och genom att paramedicinare används vid behov i en slags konsultroll till läkaren.

Fokusering av frågan

Några beskriver hur försäkringskassans striktare förhållningssätt och den nya blanketten för sjukintyg bidragit till att man som läkare tvingats tänka efter och motivera varför och hur man sjukskriver. Några beskriver att försäkringskassan numera tar ansvar för frågan och tvingar läkaren att ställa viktiga frågor till patienten. De nya intygen beskrivs av någon ge möjlighet att beskriva mer konkret vad patienten kan och inte kan. Möjligheten att deltidssjukskriva minskar risken för alltför långa eller för korta sjukskrivningar genom en ytterligare möjlighet att kompromissa med patienten. Denna utveckling beskriver några bidrar till man sjukskriver ”mer rätt” idag. Tack vare politikernas och medias ifrågasättande och bevakning av sjukskrivningsfrågan beskriver några hur man har fått en press på sig som läkare att göra striktare bedömningar i frågan samt även fått en legitim anledning att ibland ifrågasätta sina patienters krav på sjukskrivning.

”Sedan vill jag också lägga till, att faktiskt, tycker jag (...) att vi har fått hjälp av medias inställning, där vi kan ifrågasätta inför patienten. ’Ja, men du vet ju att det inte är bra att bli sjukskriven så länge och försäkringskassan går inte med på att vi bara sjukskriver, vi måste göra någonting...’. Så att alla, hela samhället är med på det här, att sjukskriva är ett problem, och att sjukskrivning i sig inte alltid löser problem.”

IV. Förslag till åtgärder, utifrån det problemområde de kan kopplas till

I det följande kommer de intervjuades förslag på åtgärder vilka kan bidra till en mer optimal hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården att redovisas. Förslagen kommer att kopplas till de problemområden de adresserar. Noteras bör dock att frågan om förslag inte kopplades specifikt till de problemområden som framkom i intervjuerna.

De förslag som presenterades i intervjuerna rör både stora och små förändringar i hälso- och sjukvårdens interna organisation och arbetssätt, men även externa aktörer berörs. Noteras bör också att en stor del av förslagen berör, och potentiellt skulle ha effekter på, flera problemområden samtidigt.

Ett mycket vanligt svar på ”miljonfrågan”, hur man skulle vilja använda en större summa pengar för att åtgärda de olika problemen, var att lösningen i första hand inte är mer pengar. Problemet beskrivs snarare som att de resurser som finns inte används, eller behöver användas på andra sätt. De förslag som framkom från de intervjuade som ändå beskrev idéer om vad man kunde använda ”sin miljon” till, återfinns under denna rubrik om förslag till åtgärder.

Åtgärder; ”Bristande helhetssyn och kontinuitet”

- Lägg till en ruta på sjukintyget som anger om intyget utfärdats vid akutbesök för att begränsa systematisk förlängning av sjukskrivning vid akutbesök. Alternativt ta bort/begränsa möjligheten att sjukskriva vid akutbesök.

<p>Tabell 3. Faktorer som, enligt de intervjuade, bidrar till för långa, för korta, respektive optimala sjukskrivningar, samt vilka nivåer i systemet dessa faktorer hänförs till.</p>	Faktorer som bidrar till för långa sjukskrivningar	Faktorer som bidrar till för korta sjukskrivningar	Faktorer som bidrar till optimala sjukskrivningar	Faktorer inom hälso- och sjukvården T ex. i patient-läkarrelationen, mellan yrkeskategorier	Faktorer i samverkan med andra myndigheter T ex. i mötet med FK, AF	Faktorer utanför hälso- och sjukvården T ex. FK, AF, politiker, arbetsgivare, allmänheten
Bristande helhetssyn och kontinuitet	X	X		X		
Rollkonflikter och etiska dilemman i läkarprofessionen	X			X		
Bristande resurser	X			X	X	X
Resursbristen ett arbetsmiljöproblem	X			X		
Problem i samverkan med andra myndigheter	X				X	
Attityder till hälsa, sjukdom och arbete	X	X		X	X	X
Bristande tillit och lojalitet mellan aktörerna	X			X	X	X
Regelverken och dess tillämpning	X					X
Otillräcklig kunskap och kompetens	X	X		X	X	X
Bristfällig styrning och ledning	X			X		X
Sjukskrivning inte sjukvårdens primära uppdrag	X			X		X
Problem kopplade till arbetsmarknaden	X	X				X
Sjukvårdens yrkeskategorier vill patientens bästa			X	X		
Sjukvårdens samhällsansvar			X	X		
Samlad kunskap och erfarenhet av sjukskrivningsfrågor			X	X		
Fokusering av frågan			X	X	X	X

Åtgärder, "Bristande resurser"

- Förkorta väntetiderna till ortopedi och psykiatri.
- Utöka psykiatrin, så att de kan ta emot fler patienter i såväl slutenvård som öppenvård.
- Starta team som specifikt arbetar med gruppen unga sjukskrivna och har flera vårdcentraler som uppdragsgivare. Teamet skulle träffa patienterna efter högst två veckors sjukskrivning och innehålla olika kompetenser - beteendevetenskaplig, sjukgymnastisk, medicinsk. Teamet arbetar för att stödja patienterna att utifrån sina förutsättningar komma ut i arbetslivet. Det skulle kunna lära ut vad som är viktigt att tänka på och förmedla vad som faktiskt är hälsosamt i att arbeta och vilka risker som finns med att vara sjukskriven.
- Starta grupper för unga människor med psykosomatiska besvär
- Försäkringskassan bör erbjuda samtals- och aktivitetsgrupper för sjukskrivna unga kvinnor för att förhindra lång sjukskrivning och erbjuda ett sammanhang med möjlighet till fysisk och social aktivitet.
- Behandlingsalternativ vid utmattningssyndrom måste kunna erbjudas.
- Göra evidensbaserade behandlingsinsatser och rehabiliteringsprogram tillgängliga.
- Bemanna alla läkartjänster.
- Skapa mer tid och utrymme i kontakten med patienter för att intervjua och samtala på det sätt arbetet kräver.
- Läkarna bör ta mindre "i sin famn", bättre avgränsa och förtydliga sitt uppdrag och sin kompetens. Anställ istället fler beteendevetare på vårdcentralerna, vars kompetens behövs för att hjälpa patienterna att "förstå att det onda i ryggen ofta inte behöver röntgas eller undersökas av ortoped utan sitter i själen".
- Anställ andra yrkeskategorier som kan avlasta och backa upp den enskilde läkaren, t ex sekreterare, undersköterska, psykolog eller kurator. När patienten inte längre kan sjukskrivas på medicinska motiv bör läkare kunna remittera ärendet över till annan kompetens. Paramedicinsk kompetens bör spridas i sjukvården. Det skulle frigöra tid för läkarna som skulle kunna användas bättre.

Åtgärder; "Resursbristen ett arbetsmiljöproblem"

- Läkare inom primärvården bör inte ha fler än 1500 patienter/läkare.
- Satsa på friskvård och förebyggande hälsovård. Fri massage. Etablera fruktpauser som arbetsavbrott istället för rökpaus. Utöver de uppenbara hälsovinsterna så skulle det även kunna stärka arbetsgruppen.
- Anställ personer som kan avlasta övrig personal med småjobb. Någon som har tid att koka kaffe, baka, ordna den fysiska miljön, sprida god stämning. Skulle vara en liten investering med stora vinster.
- Satsa mer på psykiatrin för att stoppa upp de ökande sjukskrivningarna bland äldre medarbetare i psykiatrin och för att säkra en kompetens för framtiden i psykiatrin. För det krävs det att alla enheter bemannas upp. Man behöver avlasta de enheter och avdelningar som arbetar med de svårt sjuka, akutavdelningar och

psykosenheter. Det kan ske genom exempelvis handledning, utbildning och en förändrad attityd till psykiatrin inom den egna organisationen.

- Yrkesstoltheten i psykiatrin behöver återupprättas, för att förbättra den nuvarande arbetsmiljösituationen men också för att kunna attrahera framtida arbetskraft. Man ser idag problem av att personalen har gett upp, tröttnat och tappat respekten för sitt arbete och för varandra. Genomför en insats för att förändra stämningen, utveckla professionaliteten, ge glädje och stolthet tillbaka i psykiatrin.

Åtgärder; ”Problem i samverkan med andra myndigheter”

- Inför obligatoriskt samverkansmöte med alla inblandade myndigheter och arbetsgivaren efter fyra veckors sjukskrivning.
- Satsa på att få ett fungerande samarbete mellan psykiatrin och representanter från socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Avsätt tid och pengar så att vi kan träffa nätverket kring en patient. Det finns stora fördelar med att ha fysiska möten kring patienten. Man kan direkt ge varandra respons på vad som är möjligt utifrån de olika aktörernas verksamheter. Detta skulle kunna korta sjukskrivningsprocessen en hel del.

Åtgärder; ”Attityder till hälsa, sjukdom och arbete”

- Verka för en attitydförändring i samhället så att sjukdom och smärta i högre utsträckning kan accepteras som en del av livet.
- Förändra synen på sjukdom i sjukskrivningssystemet till att vara inriktad på hela människan - kropp och själ - inte bara renodlat medicinsk.
- Verka för attitydförändring hos patienter så att man accepterar en lägre ersättning om man är sjukskriven.
- Satsa på pedagogisk upplysning om vad sjukskrivningssystemet är till för. Det handlar om att uppnå en attitydförändring i hela samhället.

Åtgärder; ”Bristande tillit och lojalitet mellan aktörerna inom systemet”

- Ta tid att diskutera med patienten vad sjukskrivning eller frånvaro av sjukskrivning betyder för honom eller henne. Både när man sjukskriver första gången och när man avbryter den, för att motverka kränkning.
- Läkarna måste vara tydligare i sjukskrivningsförfarandet inför patienten och informera om att det är försäkringskassan som fattar beslutet om ersättning och att försäkringskassan kommer att bli inblandad i allt större utsträckning ju längre sjukskrivningen fortlöper.
- Samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård bör förbättras för att skapa snabbare vägar och forum för kommunikation.
- Sjukhusläkare bör - i de fall de inte själva håller i sjukskrivningen - i sina remissvar ge primärvården råd i frågan om arbetsförmåga, rimlig sjukskrivningstid och rehabiliteringstid. Detta skulle utgöra ett stöd för primärvården.
- Etablera ökat samarbete mellan primärvård och psykiatri. Bättre remisshantering och kortare väntetider.

Åtgärder; ”Problem med regelverken och dess tillämpning”

- Förändra lagstiftningen om föräldraledighet så att man låser två eller tre månader av ersättningen till tiden före förlossningen istället för efter. Därigenom skulle mycket onödigt sjukskrivning undvikas.
- Öka antalet lönebidrag för att möjliggöra sysselsättning för personer som varit långtidssjukskrivna.
- Ändra de regelverk som motverkar en optimal sjukskrivningshantering, t ex olika ersättningsnivåer i socialförsäkringarna, interna ersättningssystem inom hälso- och sjukvården.
- Försäkringskassan bör ges möjlighet att köpa vård från olika leverantörer. Konkurrens bland “vårdsäljare” skulle förbättra kvaliteten och effektiviteten.
- Utforma en lista på diagnoser som enligt evidens inte bör leda till heltidssjukskrivning.

Åtgärder; ”Otillräcklig kunskap och kompetens”

- Öka kompetensen kring rörelseapparatens sjukdomar och kring smärta - både själslig och kroppslig. Skapa betydligt mer plats för beteendevetare och sjukgymnaster på vårdcentralerna. Det behövs fler än läkare som kan möta de nya patientkategorierna.
- Utbilda allmänläkare i ortopedi eftersom besvär i rörelseapparaten i dag utgör 40 procent av ärendena inom primärvården.
- Kunskap i rörelseorganens sjukdomar skulle ingå som ett obligatorium i specialiteten i allmänmedicin.
- Låt primärvårdsläkare gå utbildning och auskultera på ortopedkliniken för att skapa kontaktytor för bättre kommunikation och effektivare handläggning av sjukskrivningsärenden.
- Anställ kuratorer och psykologer på vårdcentralerna för att få in kompetens som att arbeta med livskrisproblem som allt fler människor söker läkare för. Läkare saknar kompetensen att arbeta med sådana frågor. Läkarna kunde fungera som medicinska konsulter vid behov, för dessa patienter.
- Ge läkare stöd och handledning av kuratorer eller psykologer kring svåra patientärenden.
- Utbilda läkare i samtalsmetodik för att förbättra bedömningarna.
- Skapa förutsättningar för ett bra första möte vilket bland annat kräver mer tid. Ett bättre samtal i början av kontakten kan leda till att man inte behöver vara sjukskriven lika länge.
- Ge utbildning i kognitivt förhållningssätt. Utbildningen ska ges för den person eller de personer som respektive enhet väljer, antingen kurator, sjukgymnast, distriktsköterska eller arbetsterapeut. Kunskapen och förhållningssättet sprids sedan vidare ut i organisationen och ger redskap för att arbeta förebyggande och med bättre samtalsmetodik.
- Inrätta en särskild funktion på vårdcentralen som ansvarar för kontakten med försäkringskassan. En person som kan reglerna och håller sig uppdaterad och kan

fungera som en samordnare av försäkringsärenden och hålla i de kontakter gentemot försäkringskassan och andra aktörer som behövs för en bra handläggning av det rent försäkringsmässiga. Syftet skulle vara att ha försäkringskompetensen nära och att varje läkare får en kanal för sjukskrivningsfrågor och slipper sätta sig och ringa runt för att hitta rätt handläggare på kassan och i varje patientärende.

- Starta team på vårdcentralerna som arbetar med rehabilitering och sjukskrivningsförebyggande åtgärder. Dessa team skulle bemannas med bred kompetens - läkare, psykolog, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut. Teamen skulle arbeta fokuserat för återgång i arbete och med förebyggande insatser.
- Sprid tillgänglig kunskap och aktuell forskning kring sjukskrivningar, till exempel SBU-rapporten. Etablera en kultur av att enbart arbeta med evidensbaserade metoder och insatser.
- Satsa på upplysningsarbete kring sjukskrivningsfrågan i hela hälso- och sjukvården.
- Följ sjukskrivningsstatistiken på landets enheter och diskutera öppet på enhetsnivå hur sjukskrivningsmönstren ser ut.
- Satsa på forskning om sjukskrivningens betydelse. När är sjukskrivning bra för patienten och när är det dåligt?
- Hitta kloka medieslagkraftiga personer i Sverige som man skulle kunna lobba tillsammans med i sjukskrivningsfrågan. Skapa en riktigt genomgripande diskussion om vad sjukskrivningsproblemet egentligen handlar om. Skapa intresse hos politiker som har inflytande att sätta sig ner i verkligheten och se var problemen finns.
- Underlätta det pågående generationsskifte i psykiatrin. För det krävs att man skapar utrymme för de äldre att introducera de yngre eller nya på ett bra sätt.
- Utvärdera befintliga och utveckla behandlingsinsatser. Genomför en evidensbaserad av behandlingens utbud.
- Satsa på korta utbildningsserier inom klinikerna med vissa teman, exempelvis "Forskningsläget kring rehabiliteringsåtgärder för utmattningsdepressioner" eller "Att skapa goda förutsättningar för ett första möte". Sätt samman en arbetsgrupp där alla yrkeskategorier är representerade i förberedelserna av temat. Ge öppna föreläsningar där det erbjuds möjlighet att bolla tankar och idéer. Syftet skulle vara att sprida kunskap men framför allt att starta ett gemensamt samtal över yrkes- och hierarki gränserna.

Utvärdera de vårdinsatser och behandlingsmetoder vi använder idag. Vi måste "köpa" oss tid att uppdatera oss på forskningsläget och implementera nya evidensbaserade behandlingar i verksamheten.

- Bygg ut företagshälsovården som har unika möjligheter att förstå den arbetssituation som råder i varje enskilt fall. Detta skulle dels möjliggöra arbetsförmågebedömning i betydligt större utsträckning, samt ge möjlighet att hitta alternativa arbetsuppgifter under sjukskrivning och rehabilitering. Företagshälsovården har bättre förutsättningar att kommunicera med arbetsgivaren.

Åtgärder; ”Bristfällig styrning och ledning av sjukskrivningsfrågan”

- Politikerna borde gå över partigränserna och enas i en prioritering av den här frågan. Det är ett nationellt problem.
- Ställ krav på arbetsgivare att stå för kostnaden även om patienten inte kommer tillbaka. På det sättet skulle arbetsgivare vara mer intresserade av att delta i rehabilitering.
- För in en konsekvens av att vara sjukskriven för individen genom att införa ett individuellt konto med en pott av tillgänglig sjukskrivningstid för varje person. När kontot är slut skall en ordentlig utredning göras. Syftet skulle dels vara att individen tog mer ansvar och prioriterade om man ville använda “sina dagar” nu eller spara dem, dels vara en ”spark i baken” till sjukskrivande läkare och övriga aktörer.
- Ställ mer krav på patienter att under sjukskrivningen medverka i t ex rehabilitering. Sjukskrivning bör inte göras utan att man tänkt kring innehållet.
- Inför ekonomiska incitament för arbetsgivare som innebär att det blir lönsamt om sjukskrivna kommer tillbaka till arbetet.
- Inför en ekonomisk samordning där sjukskrivningsrelaterade aktiviteter i sjukvården, t ex motivationsarbete eller arbetsplatsbesök skulle premieras ekonomiskt för enheten eller kliniken. I dag premieras bara antalet patientbesök vilket bidrar till längre sjukskrivningstider.
- Lämna ett uppdrag till dem som jobbar med sjukskrivningsfrågor på vårdcentralerna och säg att nu får ni jobba med det här. Och sedan får ni belöning utifrån de resultat som ni presenterar.
- Subventionera utvecklingsåtgärder inom sjukskrivningsområdet. Enheter som satsar på sådana utbildningar ska få ersättning för det.
- Göra en affärsuppgörelse med försäkringskassan. Varje miljon som sparas genom förkortade sjukskrivningar ska gå till de vårdcentraler som bidragit till minskade sjukskrivningar. Bygg in en ekonomisk vinst av att göra ett bra jobb i den här frågan.

Åtgärder; ”Sjukskrivning inte sjukvårdens primära uppdrag”

- Politiker som beställare behöver prioritera sjukskrivningsuppdraget i sjukvården.
- Överflytta ansvaret för den del av sjukintyget som rör arbetsförmågebedömning och hantering av sysselsättningsfrågan till försäkringskassa eller arbetsmarknadsmyndigheter Läkaren bör endast svara för den medicinska bedömningen.

Åtgärder; ”Problem kopplade till arbetsmarknaden”

- Återskapa enklare arbetsuppgifter som går att sköta även om man inte är 100 procent arbetsför.
- Se till att arbetsgivare anställer. Det måste löna sig att anställa personal i mindre kvalificerade yrken.
- Ge ersättning till arbetsgivare som anställer människor med funktionshinder

- Återskapa de jobb som tidigare fanns, som var flexibla och där möjlighet fanns att anpassa prestationsnivån. Jobben behövs särskilt till de unga vuxna som ännu inte kommit ut på arbetsmarknaden. Utveckla samarbetsformer mellan landsting och arbetsgivare för att slussa in dem i arbetslivet på ett bättre sätt. Och det gäller även sysselsättning för gruppen rörelsehindrade.
- Eftersom Af-rehab inte fungerar skulle sjukvården behöva anställa arbeidskonsulenter för att skapa arbetsmöjligheter och söka praktikplatser som så småningom skulle kunna leda till arbete med lönebidrag.
- Utveckla samarbetet med kommunen för att skapa möjligheter till sysselsättning och arbetsträning.

DELSTUDIE 3
FÖRETAGSLÄKARES SYN PÅ HANTERINGEN AV
SJUKSKRIVNINGSSÄRENDEN INOM HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDEN

Anna Löfgren

Sektionen för personskadeprevention,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet, Stockholm

SAMMANFATTNING

Två fokusgruppsintervjuer med läkare inom företagshälsovården har genomförts.

Företagsläkarna ansåg att det finns ett flertal problem inom sjukvården när det gäller sjukskrivningsärenden. Ett centralt sådant är de långa väntetiderna till bedömning och behandling, vilket ses som en av de främsta anledningarna till de långa sjukskrivningarna. Bristen på specialistläkare inom ortopedi och psykiatri betonas särskilt som en orsak till långa väntetider.

Ett område kopplat till väntetider är remissförfarandet. Att läkare ”håller” på patienten för länge, alternativt gör sig av med patienten fortast möjligt, är två problem relaterade till detta. Företagsläkarna ser problem med att remisser ofta skickas innan patienten är ordentligt utredd, prognos för tillfrisknandet saknas, specialistbedömning av arbetsförmåga saknas liksom åtgärdsförslag och planering av sjukskrivningen.

Ett annat problem som företagsläkarna tar upp är att sjukvården inte prioriterar handläggning av sjukskrivning. Detta relateras till att det saknas ekonomiska incitament för en god handläggning, det finns snarare incitament som gynnar en dålig handläggning. Incitament i form av uppskattning och erkänsla för ett väl utfört arbete tycks i stor utsträckning saknas. Detta hänger också ihop med ett annat problem som företagsläkarna nämner, den dåliga psykosociala arbetsmiljön inom vården.

Företagsläkarna upplever att företagshälsovården inte finns med på landstingets ”karta” över möjliga resurser och samarbetspartner och därför inte utnyttjas som en resurs, trots att man inom landstinget säger sig behöva mer stöd och hjälp. Exempelvis finns inga rutiner för att ta reda på om och på vilket sätt en patients företagshälsovård skulle kunna vara till hjälp. Företagshälsovården skulle kunna bidra med bättre kunskap om patientens arbetsplats och arbetsuppgifter, en närmare kontakt med patientens arbetsgivare, snabbare vägar till bedömning och behandling av specialister samt tillgång till multidisciplinära team.

När det gäller lösningar på dessa problem anser man inte att det primärt är mer resurser till vården som krävs, utan ett effektivare utnyttjande av befintliga resurser.

Företagsläkarna förordar att sjukskrivningsproblematiken ses ur ett samhällsperspektiv, där hänsyn tas till de totala kostnaderna, för att det inte ska löna sig att ”bolla” patienter mellan de olika myndigheterna. De föreslår även ett bättre samarbete med primärvården och ger förslag på olika tänkbara sätt att åstadkomma detta. Ytterligare ett förslag till förändring är att skapa nya ekonomiska incitament eller förbättra de nuvarande.

INLEDNING OCH SYFTE

I denna bilaga presenteras resultat från analys av data från fokusgruppsintervjuer läkare verksamma inom företagshälsovården (FHV). Arbetet är en del av ett övergripande projekt med syfte att identifiera problem inom hälso- och sjukvården när det gäller handläggning av patienters sjukskrivning och åtgärder för att hantera dessa problem. Avsikten här är att belysa sådana problem ur FHV:s perspektiv.

Den här delrapporten handlar om företagsläkares synpunkter på problem inom landstinget när det gäller handläggning av sjukskrivningsärenden. Företagshälsovårdens egen roll och egna problem, vilka också är av stort intresse med tanke på de stora förändringar verksamheten genomgått det senaste decenniet, behandlas inte i denna rapport. *Syftet* med denna delrapport är att utifrån företagsläkarnas perspektiv identifiera och beskriva förhållanden inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården som kan bidra till att hanteringen av patienters sjukskrivningsärenden inte blir optimal.

MATERIAL OCH METOD

Resultaten bygger på två fokusgruppsintervjuer med läkare som arbetar inom FHV. Fokusgruppsmetodiken valdes för att få så många och så varierade synpunkter som möjligt på ämnet.

Intervjupersonerna rekryterades på två olika sätt. Till fokusgruppsintervju nummer ett inbjöds deltagarna på en av Arbetslivsinstitutets utbildningar för företagsläkare och till nummer två inbjöds alla företagsläkare i ett visst län. Inbjudan till fokusgrupp nummer ett skedde dels via e-post och dels muntligen i samband med en utbildningsdag på Arbetslivsinstitutet. Grupp nummer två rekryterades genom inbjudningar via brev. Adresserna till dessa företagsläkare beställdes från ett företag som förmedlar adresser till medicinsk personal. Ytterligare en företagsläkare, som initialt inte fått inbjudan, rekryterades till studien genom en kollega som mottagit brevet.

Deltagarna i de båda grupperna kom från olika delar av landet och hade olika lång erfarenhet av att arbeta inom företagshälsovården. Intervjuerna genomfördes under oktober 2004.

Fokusgrupp	Antal (kön)	
1	3 st (3 kvinnor)	Deltagare vid en av Arbetslivsinstitutets företagsläkarkurser
2	5 st (1 kvinna, 4 män)	Företagsläkare i ett mellansvenskt län

Till stöd för fokusgruppintervjuerna i samtliga 15 intervjuer som genomförts i projekten konstruerades en intervjuguide, baserad på tidigare studier och diskussioner (Se bilaga 2 och 4 för övriga intervjuer). Intervjuguiden som användes vid intervjuer av företagsläkare hade följande teman: vilka svårigheter ser företagsläkarna när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden inom den av landstinget bedrivna hälso- och sjukvården, hur skulle man skulle kunna förändra och förbättra hanteringen samt vilka åtgärder känner företagsläkarna till som vidtagits för att förbättra hanteringen av sjukskrivningsärenden. I anslutning till området förändringsbehov ställdes även en s.k. mirakelfråga: "Om du fick 'en miljon' - vad skulle du göra för att förbättra hanteringen av sjukskrivningsärenden?"

Intervjuerna genomfördes i Arbetslivsinstitutets lokaler i Stockholm respektive på en företagshälsovårdsmottagning i en mellansvensk stad. Intervjuerna varade omkring 1,5 timme och spelades in på ljudband. Diskussionen leddes av en moderator, medan en

bisittare förde anteckningar under intervjun och kom in med någon fråga om det behövdes.

Moderator för fokusgruppsintervju nummer ett var leg psykolog Linda Sundberg och för nummer två leg psykolog Mia Österberg, båda med stor vana att arbeta med fokusgruppsmetodik. Bisittare vid båda intervjuerna var Anna Löfgren, forskningsassistent. Moderatorns uppgift var att verka för en god och öppen stämning, att ange vilka teman som skulle diskuteras och uppmuntra deltagarna att säga sina åsikter.

Ljudbanden transkriberades ordagrant och analyserades av Anna Löfgren i samarbete med Linda Sundberg och Mia Österberg. Under processens gång har analys och resultat diskuterats med de båda moderatorerna för att stämna av att materialet uppfattats på samma sätt och även diskuterats på flera möten med Kristina Alexanderson och Eva Karlsryd. Explorativa innehållsanalyser utifrån en grounded theory ansats har genomförts. Nedan presenteras de olika kategorier av problem analysen lett fram till, och exemplifieras med citat från intervjuerna. Parenteser i citaten signalerar att författaren lagt till eller strukit något för att underlätta läsningen. I slutet av resultat-delen presenteras de förslag till åtgärder som kommit upp under fokusgrupperna.

I läsningen av resultaten kan det vara värt att notera att samtliga av de intervjuade tidigare har arbetat inom den offentliga hälso- och sjukvården. Minst hälften av de intervjuade företagsläkarna är specialister i allmänmedicin och arbetade inom primärvården innan de blev företagsläkare. Ingen direkt fråga kring tidigare yrkesbakgrund ställdes, utan detta kom upp spontant under båda fokusgruppsintervjuerna. Att majoriteten av företagsläkarna har arbetat i primärvården gör troligtvis att även erfarenheter från den delen av hälso- och sjukvården speglas i intervjuerna. Till detta kommer att läkaryrket som sådant har många gemensamma nämnare, som till exempel att skriva medicinska underlag, eller "läkarintyg" som det benämns i dagligt tal. De intervjuade läkarna kan alltså sägas ha tre olika perspektiv när de uttalar sig om problem med hantering av sjukskrivningar: företagshälsovårdens, primärvårdens och, mer generellt, läkarens.

RESULTAT

Problem

Företagshälsovården – en "vit fläck på kartan" för landstinget

I diskussionerna om den av offentliga hälso- och sjukvården framkom synpunkter på hur problem i samarbetet eller bristen på samarbete med företagshälsovården leder till att sjukskrivningarna inte blir optimala. När företagshälsovårdsläkare pratar om problem inom landstinget är det framför allt primärvårdens roll som tas upp. Att företagsläkarna själva har en bakgrund inom primärvården är möjligen en anledning till detta. (Vissa av läkarna tycks identifiera sig med primärvårdsläkarna, möjligen inte bara på grund av sina tidigare yrken utan även på grund av att man i det nuvarande yrket har en roll som i viss mån liknar primärvårdens.)

Företagsläkarna menar att man inom primärvården av olika skäl inte utnyttjar FHV som en resurs på ett optimalt sätt. För företagsläkarna framstår det som paradoxalt att primärvården å ena sidan efterfrågar resurser och stöd i arbetet med sjukskrivningar men å andra sidan inte utnyttjar det stöd som FHV skulle kunna utgöra.

Om det är någonting där man behöver företagshälsovården, så är det just när det är arbetsrelaterad åkomma, man kan vara med om hela bedömningen, och göra utredningen samtidigt (...) Jag har läst ett arbete om familjeläkarens inställning

vid sjukskrivning, och de efterlyser företagshälsovården. Men min upplevelse är att de vänder sig heller inte dit och ber om den hjälp de kan få. Så det är liksom en, det är lite konstigt det där, man saknar någon, men man använder det inte, inte ens där man har det.

Det är klart, jag har själv arbetat som distriktsläkare, och visst, jag tror inte att jag frågade efter det här (företagshälsovården). Alltså det var nog alltså en vit fläck på något sätt på kartan, det här att ta in det.

Man upplever också att man inom landstinget inte intresserar sig för företagshälsovårdens verksamhet eller på vilket sätt samarbete skulle kunna ske kring sjukskrivningsfrågor.

Utifrån min horisont så har jag en känsla av att landstingets sjukvård är dels ointresserad och omotiverad att ta reda på hur vi inom företagshälsovården arbetar, och vad vi skulle kunna bidra med för att få ner ohälsotalet. Och även svårigheter att hitta en bra samarbetskanal.

Samarbete och kommunikation

Företagsläkarna beskriver brister i kommunikationen mellan landstinget och företagshälsovården både på en generell nivå och när det gäller specifika ärenden. När det gäller kommunikationen kring enskilda patienter, nämner företagsläkarna att det kan vara ett problem att kommunikationen enbart består av remisser fram och tillbaka och det är svårt att hinna prata med varandra direkt. Det enda sammanhang som nämnts där företagsläkare och primärvårdsläkare träffas personligen är i samband med avstämnings- eller rehabiliteringsmöten i försäkringskassans regi. Bristen på samarbete och kommunikation illustreras av ett fall som en av läkarna minns, där patienten nekats sjukskrivning av företagshälsovården och därför gått vidare till primärvården och blivit sjukskriven där, men även av erfarenheter som den här:

Det är sällan att jag blir uppringd av någon distriktsläkare, det är det, mycket sällan.

Landstingets samarbete med företagshälsovården tycks ofta bygga på att den enskilde läkaren har personliga kontakter eller på annat sätt känner till företagshälsovården. Enligt företagsläkarna vet ofta varken patienten eller primärvårdsläkaren ifall patienten är ansluten till någon företagshälsovård eller vad den i så fall skulle kunna bidra med. Detta gäller kanske särskilt de enheter som har hög omsättning på läkare, dessa hinner inte lära sig vilka de effektiva vägarna är.

De remisser jag får, det kommer ju då liksom från de här två som jobbar hela tiden, som känner till att jag finns. Stadsdelsläkarna vet inte vad de ska göra, de slänger bara upp det i luften och sticker.

Företagsläkarna menar också att primärvårdsläkarna inte känner till företagshälsovårdens verksamhet, ansvar och kompetens. En orsak till detta antar de vara att företagshälsovårdens verksamhet skiljer sig åt beroende på vilket företag man arbetar för och vilken inriktning man har. Att det inte finns klara regler utan mycket är upp till den enskilde arbetsgivaren kan göra att det blir otydligt för exempelvis primärvården vilken typ av stöd företagshälsovården skulle kunna erbjuda. Andra faktorer som kan bidra till att det är svårt att få grepp om företagshälsovården kan vara att de olika enskilda företagshälsovårdsföretagen inte har så mycket samarbete mellan varandra, de presenterar ingen gemensam linje. Ett problem med samverkan med primärvården är att patienter som hör till en viss företagshälsovård hör till olika vårdcentraler, så det blir svårt att rikta insatserna på ett bra sätt.

Företagshälsovården – en resurs som inte utnyttjas tillräckligt

Företagsläkarna kommer in på flera olika sätt på vilka hälso- och sjukvården skulle kunna ta hjälp av företagshälsovården. Det som företagshälsovården anser sig kunna bidra med presenteras nedan i fyra grupper, vilka, enligt företagsläkarna, skulle kunna innebära mer optimala sjukskrivningar.

1. Kunskap om patientens arbetsplats/arbetsuppgifter

Företagsläkarna menar att det är svårt för primärvårdsläkarna att göra sig en bild av patientens arbetsplats och på vilket sätt arbetsuppgifterna utförs. Det kan göra att det blir problematiskt att göra en rimlig bedömning av patientens arbetsförmåga. Brist på kunskap om arbetsplatsen kan göra att det är svårt att överhuvudtaget ställa rätt frågor till en patient. Detta kan leda till sjukskrivningar som är onödigt långa, på heltid i stället för deltid, för korta eller på deltid trots att heltid är motiverat, enligt företagsläkarna. God kännedom om arbetsplatsen gör att man inte tvingas godta patientens beskrivning utan kan göra en egen bedömning.

Jag vet, som distriktsläkare själv, så hade jag en man som jobbade inom läskindustrin eller något sådant där, något bryggeri av något slag, där jag uppfattade att han hade så ont i sina armar och så, så jag tänkte, att det klarar han ju aldrig. Och jag föreställde mig ett tungt arbete. Men det visade sig att han satt på en stol och tryckte på en knapp då och då, övervakade en maskin. Och det hade jag inte en möjlighet att föreställa mig, jag hade ställt för få frågor, för att förstå vad hans arbete innebar egentligen.

2. Närmare kontakt med patientens arbetsgivare

Primärvårdsläkare har inte, enligt företagsläkarna, lika nära kontakt med patientens arbetsgivare som företagshälsovården. En konsekvens av detta kan enligt företagsläkarna vara att man inom primärvården sjukskriver för ofta på heltid i stället för deltid, ifall patienten begär det, till exempel med hänvisning till arbetsgivarens inställning. Som företagsläkare kan det vara lättare att höra av sig till berörd arbetsplats och diskutera hur arbetsuppgifterna kan anpassas under sjukskrivningen. Företagsläkarna upplever sig i den meningen kunna göra bättre bedömningar av behovet av sjukskrivning. Kontakten med arbetsgivaren har också en annan funktion, nämligen att arbetsgivaren också lär sig hur sjukskrivningsfall kan hanteras på ett bra sätt, vilket kan göra kommande sjukfall kortare.

En medicinläkare som har sjukskrivit en man i över ett år för hjärtproblem, och skickat tillbaka honom med halv sjukskrivning, utan arbetsprövning, till ett arbete, där han säger, att han får inte jobba skift, och det finns bara skiftarbete på detta, den arbetsplatsen. Vilket resulterar i att de säger upp den här personen, och sedan har han ingenting, och de vill inte betala det, mer än de här tre månaderna som är när han är uppsagd. De vill inte betala 50 % arbete för honom.

I det enskilda fallet, så kan sjukskrivningsprocessen te sig ungefär likadant på FHV-sidan som primärvården gör, men skillnaden är att vi under processen lär ut till arbetsgivaren till nästa sjukfall, de har alltså fått en lärdom hur vi jobbar, att man fångar upp och lyssnar och agerar och hur vi tänker. Så att nästa sjukfall är mycket kortare då, det är svårare tror jag.

3. Tillgång på multidisciplinära team

Tillgången på multidisciplinära team i företagshälsovården nämns av företagsläkarna som mycket viktig i bedömningen av till exempel arbetsförmågan. Man ser inte att primärvården har samma tillgång till sådana resurser. Bristen på psykologer och kuratorer nämns speciellt.

Inom företagshälsovården är det helt annat, där kan jag delegera och höra med sköterskan, har du möjlighet att prata med chefen, och kolla av hur det ser ut idag, har han möjlighet att gå tillbaka, och så meddela mig om det är okej med halvtid, den här halvtiden till exempel. Kan sjukgymnasten, kan du gå ut och titta på lyftteknik, för han klagar på det. Det finns inte resurser inom landstinget för det, men inom FHV har vi det av olika skäl alltså.

Det som jag upplever som problem, det är alltså avsaknaden av psykologen och beteendevetaren. Det är det ju ont om i primärvården, och det har vi ju liksom ett jättesamarbete med inom företagshälsovården.

4. Snabbare vägar till bedömning och behandling av specialister

Företagsläkarna beskriver att de har god tillgång till bedömning och behandling av specialister, åtminstone för de patienter vars arbetsgivare godkänner utgiften. Man upplever att detta är en stor skillnad från den offentliga vården där bristen på specialister inom ortopedi, psykiatri och samtalsterapi är stor och väntetiderna till både bedömning och behandling är långa.

Jag skickar också till privatortoped, just för att komma snabbare in på ortopeden på något sätt, för då är de färdigutredda när de kommer dit, och sedan är det frågan om operation eller inte. Det kan han ju ta. Psykolog, tycker jag också, vi har ju psykolog på företagshälsan.

Den här ortopeden har ju någon genväg över till ortopeden (ortopedkliniken), och få in på väntelistor och så här, om det ska opereras och så. Så det tycker jag känns bra. Sedan är det likadant med psykologhjälpen. Där har vi, vi har ingen intern eller egen psykolog, utan vi har några som vi brukar anlita, och då vet man att personen kan komma till den närmaste veckan, en eller två veckor, och det är kanonbra alltså.

Jag har faktiskt flera patienter som har sagt, det var ju jättebra att de kom hit, och nu börjar det hända något. Det har jag faktiskt hört flera som har sagt, och det är roligt alltså ändå.

När det däremot gäller själva sjukskrivningen uttrycks en viss tvekan. Man vill gärna hjälpa till med problem relaterade till arbetslivet, men inte behöva ta det fulla ansvaret för hela patienten, utan överlåta det till primärvården.

Men det är ju inte säkert att jag ska sjukskriva bara för det, det behöver inte vara jag som sjukskriver, bara för att det kommer en remiss (...). Jag tycker inte jag behöver alltid vara inblandad i det. För då skulle jag drunkna i sjukskrivningar, om jag skulle sjukskriva alla, som är 5000 då, som är anslutna hos oss, det skulle inte jag hinna med.

Vi har företagsläkare i vårt län som aldrig sjukskriver, som menar att de ska inte sjukskriva, utan de har, de menar, att det finns en behandlande läkare, och att de tittar bara på relationen till arbetsplatsen, jobbar bara med att försöka göra det så bra som möjligt, att de kommer tillbaka i arbetet, jobbar förebyggande.

Remisser kommer för sent, för tidigt eller är ofullständiga

När det gäller de remisser som kommer till företagshälsovården beskrivs tre typer av problem, att de kommer för sent, för tidigt eller är ofullständiga, de två sistnämnda är ofta kombinerade. I stället för att skicka vanliga remisser kan patienten uppmanas att söka till företagshälsovården på egen hand. Problemet med remisserna kan möjligen, enligt företagsläkarna, relateras till att företagshälsovården ligger utanför hälso- och sjukvården, och därför inte fungerar som en vanlig remissinstans. Föreslagna åtgärder kan endast bli aktuella om det finns ett godkännande från den anställdes chef, så det är inte säkert att personen får hjälp för att man går via företagshälsovården.

Däremot har jag fått, jag har fått remisser från distriktsläkare till mig, men då kan man säga, att vi är egentligen inte någon remissinstans. Vi är privata och våra uppdragsgivare är arbetsgivaren. Alltså när vi får en remiss, då måste vi kontakta arbetsgivarna och höra liksom, är det okej.

Företagsläkarna menar att primärvården ibland ”håller” på sina patienter för länge, vill inte släppa taget om ”sin” patient. I andra fall kan det vara patienten som vill gå kvar hos sin läkare. Remissen kommer inte förrän försäkringskassan ställer krav på nya intyg, arbetsgivaren hör av sig eller patienten själv agerar.

Att komma till rätt instans fort och påbörja rehabilitering tidigt ses som viktigt bland företagsläkarna. Återkommande nämns att den medicinska och den yrkesinriktade rehabiliteringen bör ske parallellt. Här följer några olika citat om detta.

Jag tror ju att någonstans så måste vi veta om att det finns, vi har de här två olika resurserna inom hälso- och sjukvården. Vi har en arbetsmedicinsk expertis som vi sitter på, och sedan finns det då en allmänmedicinsk expertis som då ska prioritera. Det är viktigt att lämna över stafettpippen i tid, så vi hinner så att säga rehabilitera, innan det går för långt.

Jag tycker snarare att det är tvärtom, att man håller egentligen alldeles för länge, och på något sätt, när det börjar bli ohållbart, eller när det där intygskravet från försäkringskassan börjar närma sig, eller.

Idag så tycker jag att det känns som att distriktsvården har kommit på det, att vi kan använda företagshälsovården. Och då gör man det lite i desperation, när man inte kommer längre, så har man företagshälsovården. Bra, då skickar vi dem dit. Oavsett i princip vad det gäller.

Eller när arbetsgivaren säger, ska du inte gå till din företagsläkare. Eller patienten själv säger, nu tycker jag att jag har varit sjukskriven så länge, finns det ingenting man kan göra. Då någonstans kommer remissen.

Att en remiss kommer för tidigt till företagshälsovården beskrivs som ett resultat av att distriktsläkaren vill bli av med patienter som man inte vet vad man ska göra med eller som man inte har tid med. Företagsläkarna kan därmed uppleva att de blir en ”slasktratt”, eller att patienter ”dumpas” hos företagshälsovården. Till detta kommer att remisserna ofta är ofullständiga på ett eller flera av följande sätt:

- Patienten har inte genomgått adekvat medicinsk undersökning.
- Prognos för tillfrisknandet saknas, exempelvis efter en operation.
- Specialistbedömning av patientens arbetsförmåga saknas.
- Åtgärdsförslag och planering för vad som ska ske under sjukskrivningen saknas.

Det är inte alls ovanligt alltså, utifrån min horisont. Att jag får en remiss, och att man ska titta, ja, om man kan hjälpa till och titta på ergonomi för personen och så vidare. Men när man börjar på att titta på det, så är inte personen medicinskt korrekt utredd, som jag tycker i alla fall. Det saknas, det är bristfälligt alltså, man har inte tittat på hela biten. Utan man har tittat väldigt snabbt på en liten grej, och sedan så, där ser jag chansen att skicka iväg det ungefär. Och det är lite grann, som du var inne på, att det är trötthet i organisationen, man ids inte, man orkar inte, man, skyggglappar eller vad det än är, jag vet inte.

Så ringer de, och så har vi inga som helst papper. Man vill egentligen inte ha bara en massa kopior, utan man vill ju ha en bedömning och prognos, vad man tänker sig att den här personen, hur den här personen kommer att må, vad det finns att göra med den här personen rent tekniskt, behandlingsmässigt, på en specialklinik. Hur mycket kan vi pressa den här personen. Man får sällan en sådan bra remiss heller, utan det är bara lite, ja, det här är nog ert bord nu, för

nu kan inte vi göra så hemskt mycket. Men det är inget ordentligt övertagande där.

Väntetider

Väntetider är ett problem som nämns i flera olika sammanhang i grupperna. En av företagsläkarna formulerar det som att det inte är sjukskrivningarna som är problemet, utan att sjuka människor inte kan få den hjälp de behöver i tid.

Jag menar, kan inte folk jobba på grund av att de har en sjukdom, då kan de inte jobba, det är inget snack om det. Fixar du deras sjukdom, hjälper du dem med det, ja, då kan de jobba.

Förutom att väntetiderna är långa, tar man även upp att väntetiderna många gånger är passiva. De passiva väntetiderna uppstår till exempel om patienten är sjukskriven och väntar på operation, men inte är aktuell för omskolning eller andra åtgärder under tiden. Detta ses som ett stort problem som riskerar att göra patienten sämre och kan sluta i förtidspensionering på sikt. Som en särskild riskgrupp nämns de patienter som har andra problem i livet än bara sjukskrivningen.

Hur många intyg får man inte i sin hand som väntar på ortoped, väntar på röntgen, väntar på ditten, väntar på datten. Och sedan händer det inte så mycket under väntetiden, det tycker jag är kanske ett utav det verkligt stora sakerna.

Är det så att de då väntar på plats hos ortoped, eller ofta är det inom psykiatri som det är långa väntetider, då sitter vi med sjukskrivningarna. Och det är också, jag menar, om det inte händer någonting, så känns det hemskt alltså att sitta och hantera detta.

Väntetider till bedömning

Att få en tidig bedömning av en specialist anses värdefullt av olika anledningar. Dels att patienten i de fall han eller hon är helt arbetsförmögen kan komma till behandling snabbare vilket gör att risken för långa sjukskrivningar och på sikt förtidspensionering minskar, dels att den tidiga bedömningen hjälper läkaren att motivera patienten att arbeta i fall där det inte kan anses vara skadligt att arbeta trots sjukdomen/symtomen.

Orsaken till väntetiderna beskrivs på många olika nivåer. Ett problem kan vara att den vanlige medborgaren alltid måste gå genom primärvården, inte direkt till en specialistläkare.

Om jag får ont i knäet, vad gör jag som medborgare i det här landet (...) Då måste jag titta på det här, blöder det, håller jag på att förblöda. Nej, då kan jag inte ringa 112, då kan jag inte komma in i sjukvården den vägen. Då finns det en väg kvar, och det är att ringa till min familjeläkare och beställa en tid. Och han kommer då och tittar på alla gamlingar som håller på att dö, och så tittar han på mitt knä. Du har ingen som helst prioritet, du kommer om en månad kanske, jag vet inte hur det ser ut idag, någonting sådant tippas jag, det är väl olika. Och så ska du träffa en läkare, som ska tala om för dig att du har ont i knäet. Och så ska man då skissa på nytt, ? av det här knäet, och så småningom då, efter (...) ungefär elva månader, ja då har du MR-verifierade röntgenförändringar i knäet, då har du en prioriterad väntetid på elva månader. Har du ingenting i knäet, så är det längre väntetid, innan någon ortoped tittar på knäet, och bedömer utifrån deras synpunkt, vad är att göra. Det är den offentliga vården. Hur mycket tid tar det här? Hur mycket tid kostar det?

Ett annat problem som nämns är att om lång tid förflyter mellan bedömning och behandling måste vissa undersökningar göras om på nytt, till exempel röntgen, vilket ytterligare fördröjer behandlingen och dessutom kostar extra pengar.

Väntetider till behandling

Företagsläkarna nämner som ett problem att det är så långa väntetider till bedömning och behandling av specialitläkare. Främst gäller detta ortopedi och psykiatri.

Jag ser ju när privat vård går in och jobbar, de fixar ju alltså, om vi nu tar knä, det fixar de på ett par veckor, då är du bedömd och opererad och klar. När det gäller offentlig vård, då har det inte ens kommit en bedömning. Det har inte ens kommit den här första inträdesbiljetten alltså till primärvården.

Det är ju det som är det värsta då, att det kan vara sjukskrivningsärenden alltså som fortlöper, i värsta fall ett halvår, ett år, kanske i väntan på olika utredningar och åtgärder.

Där jag arbetar har vi möjlighet att remittera till privat ortoped till exempel, som har en väntetid som rör sig om några veckor, en månad. Och skickar jag remissen till lasarettet, så kan jag veta att väntetiden är minst sex månader eller någonting sådant där. Och alltså det känns ju oerhört frustrerande.

Incitament saknas för optimal sjukskrivning

Enligt företagsläkarna saknas i stor utsträckning incitament för optimal sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Det kan till och med finnas incitament för att inte arbeta aktivt med frågan, exempelvis nämns att det kan vara mer lönsamt att ha lång kö till en klinik än att inte ha det, menar en av företagsläkarna.

Kliniken har ju mera betalt att ha kö, än att inte ha kö, som det är idag. Det är mera lönsamt att ha en kö och administrera den, än att verkligen de facto göra det man ska göra.

För att undvika kostnader inom landstinget beskriver företagsläkarna att det verkar löna sig att försöka skicka vidare patienten till någon annan instans, till exempel försäkringskassan eller företagshälsovården.

Man har bollat människor för att slippa att ta betalningsansvaret. Istället för att samarbeta, eftersom det är samma individer, man kunde lösa det på en bråkdel av tiden, men med en mycket större värdighet för människor. Så att det där är ett sådant där konkurrerande system, där man försöker bli av med kostnader, fungerar det är det bra.

Att landstinget inte har kostnadsansvaret för sjukskrivningarna anges som en anledning till att problemet med sjukskrivningar inte står högre på dagordningen inom landstinget. Det som prioriteras av landstinget verkar vara att hålla budgeten och att tillfredsställa medborgarna så att landstingspolitikerna blir omvalda. Inget av dessa mål anses gynna större ansvarstagande för sjukskrivningsproblematiken.

Hade landstinget också haft ett visst budgetansvar för sjukskrivningsprocessen, då hade sett annorlunda ut, tror jag. Landstinget bollar ju sin budget med hjälp av försäkringskassan. Ju mera de kan låta bli att göra, desto mer lägger vi över på försäkringskassan, ju bättre ser landstingets budget ut. Stäng så mycket dörrar som möjligt, så får vi så lite kostnader som möjligt.

En läkare beskriver sin egen erfarenhet från landstinget, där medarbetarna lovades någon ekonomisk belöning om man arbetade bra, men att denna sedan drogs tillbaka. Detta inte bara minskar trovärdigheten utan även motivationen att göra ett bra arbete i framtiden.

När jag jobbade inom landstinget, så fick vi en stimulans att vi skulle få behålla och göra någonting för pengar som vi fick över, om vi jobbade bra. Så hade vi då fått någon miljon över, då tar vi de pengarna och flyttar in dem i en förlustverksamhet på akuten. Och jag menar, nästa år, då har man inget intresse av att göra någonting extra för, i den resultatvägen alltså.

Sjukvården prioriterar inte handläggning av sjukskrivning

Att sjukskriva på att optimalt sätt tycks inte vara ett prioriterat mål för hälso- och sjukvården, varken på organisationsnivå eller för den enskilde medarbetaren. Inom primärvården prioriteras andra patientgrupper än de sjukskrivna eftersom i den medicinska prioriteringsordningen måste den som är allvarligast sjuk gå först. Det innebär att det framför allt blir äldre och barn som prioriteras. Att medicinska hänsyn måste gå först ses som nödvändigt om än problematiskt i sjukskrivningshänseende.

- FHV: Då kommer de här gamlingarna då in, som naturligtvis då tar väldigt mycket från en medicinskt hög prioritet. Vi kan inte låta någon ligga och dö för att vi ska behandla en rygg. Jag menar, då hamnar ju läkaren i dilemma. Och självklart, så tar vi den som dör.
- I: Så den prioritering som görs blir logisk inom det system som finns. Kan man säga så?
- FHV: Ja, ur humanitär synpunkt så är det ju helt logiskt. Ur läkarets synpunkt är det helt logiskt. Vi ska naturligtvis rädda liv, det är det första.
- I: Och inte få ner sjukskrivningstalet?
- FHV: Nej.

Det blir alltså ett fokus på de gamla och barnen. Och de här som ändå är de som är sjukskrivna, de arbetsföra som är sjukskrivna, är ju inte riktigt lika sjuka kanske som många av de gamla, som har mycket svårare sjukdomar. Så att på något sätt så blir det inte, det blir inte prioriterat. Så upplevde jag det.

Psykosocial arbetsmiljö i vården

Den psykosociala arbetsmiljön i vården tas upp av företagsläkarna som ett stort problem. Företagsläkarna beskriver att arbetssituationen för landstingsläkarna inte stödjer ett gott arbete med sjukskrivningar. Primärvårdsläkarna beskrivs som uttröttade och tidspressade. Detta relaterar man dels till underbemanning och dels till att läkarna har svårigheter att själva kunna planera sitt arbete och lägga mer tid på vissa patienter än andra. Inom företagshälsovården däremot, finns möjlighet att styra över besökstiderna, vilket ses som värdefullt.

Om jag nu sätter mig ner med en människa, och hela livet har kraschat, och jag ska försöka då som primärvårdsläkare, du får 20 minuter. Jag ska etablera en kontakt, jag ska ha fullt förtroende, patienten ska öppna sig, berätta sitt livs historia, och jag ska hinna bilda mig en uppfattning, och så ska jag göra en åtgärd. Det ska ske på tjugo minuter. Jag tror inte att någon egentligen tror att det går, men ändå så försöker alla att göra det. Och där ser ju jag, i alla fall det jag har sett från företagshälsovården, att vi lägger mer tid på det.

Att inte ha möjlighet att hantera sjukskrivningsärenden på ett bra sätt gör att läkare kan känna sig frustrerade och välja den minst besvärliga vägen ut, vilket i många fall innebär att sjukskriva patienten och hoppas på att han eller hon ska bli bra av sig själv under sjukskrivningstiden. Att höra av sig till försäkringskassan, arbetsgivare eller andra aktörer finns det ofta inte heller tid eller ork till.

All tid och resurs går åt till det här som vi nämnde förut, alltså de här multisjuka, äldre, handikappade, det finns inte en resurs för distriktsköterskan att lyfta luren eller som distriktsläkare att ringa en arbetsgivare, inte en sportslig chans.

Man (patienten) träffar distriktsläkaren i juni, och så blir man sjukskriven i tre månader eller fyra månader, och så får man ett nytt besök dagen innan sjukskrivningstiden går ut. Och så på något sätt hoppas doktorn att allting har blivit bra, man kanske har gått hos en sjukgymnast.

Ett annat problem är brist på erkänsla, stimulans och bekräftelse för ett väl utfört arbete. Detta kan även kopplas till att det saknas incitament för goda sjukskrivningar. Man upplever att vårdpersonalen inte får uppskattning för sitt arbete utan det enda som räknas är att man fyller sin funktion i systemet, oavsett om arbetet blir välgjort eller ej. Bristerna visar sig även gentemot patienterna eftersom personalen inte orkar med arbetet utan bygger upp ”murar” mot patienterna, som en av företagsläkarna formulerar det.

Alla blir tröttare och tröttare, på något sätt skyddar sig mer och mer genom upplägget på verksamheten, och bristen på erkännande och stimulans för det man gör. Det finns ingen som egentligen intresserar sig för om du är duktig eller inte, bara du fyller din plats där.

Man är på något sätt både, man är överstimulerad av arbetet, men understimulerad i bekräftelse ifrån den arbetsgivare eller organisation man har. Det är för långa vägar, man får inte bonus i någon form.

Det behövs säkert någon stimulans på något sätt, att det blir väldigt tydligt vad var och en gör, att man får credit för det. Ja, incitament för att göra på bästa möjliga sätt, effektivast, möjliga sätt.

Brister i resursutnyttjande

Diskussionerna kring problemen med sjukskrivningar inom landstinget handlar ofta om brist på resurser men än mer om hur landstingets befintliga resurser utnyttjas. Tillskott av ekonomiska medel utan någon förändring av landstingets verksamhet och organisation skulle inte lösa problemen. Att skapa incitament för ett effektivare utnyttjande av resurserna och ett bättre samarbete inom landstinget skulle ha större effekt än att skjuta till nya pengar.

Det här till exempel med väntetider, det hjälper inte att liksom lägga mycket pengar på fler doktorer och så ... Det är ungefär som när man, när vi hade problem med sekreterarna alltså, de kommer så mycket efter när de skriver, och det är alltid två veckor eller fyra veckor efter. Men sedan är det där, alltid liksom (...) Om man alltid var fyra veckor efter, då skulle man ju alltid kunna vara bara en dag efter. Och likadant är det med de här köerna, de är ju ändå ungefär tre, sex månader eller någonting sådant där. Men skulle man på något sätt få dem att vara noll eller en vecka.

Jag tror att incitament och riva murar och riva de här hierarkierna är viktigt, för jag tror alltså att vi har resurser att få bort väntetider (...) Utnyttjar man pengarna optimalt, då tror jag det räcker både till faster Agda och till knäet, betydligt bättre än vad vi tror idag.

Vi har ju operativ personal i landet som kan operera på två veckor, vad du än har, de resurserna finns ju. Men vi kan inte utnyttja dem, för man lägger inte pengarna på det viset.

Brist på vissa specifika resurser nämns, särskilt när det gäller omhändertagande av patienter med psykiska besvär. Här nämns brist på bedömning och behandling, till exempel snabb tillgång på samtalsterapi för personer med symtom på utmattningssyndrom. Att lägga resurser på tidiga insatser för dessa personer kan göra att de kommer tillbaka till arbetet ganska snart eller åtminstone löper mindre risk för förtidspensionering, menar några.

I diskussionen om resursanvändning nämns även som ett problem att försäkringskassan inte får köpa medicinska åtgärder av landstinget, för att underlätta för en sjukskriven att komma tillbaka till arbetet snabbare, utan personen måste stå i kö och vara sjukskriven i väntan på behandling. Om pengarna hade lagts på behandling i stället för på sjukskrivning hade resurserna utnyttjats effektivare.

Åtgärder

Förslag till åtgärder

De flesta av förslagen under denna rubrik kom upp genom frågan ”Om ni fick en stor summa pengar, vi kan säga en miljon rent symboliskt, vad skulle ni satsa dem på för att förbättra hanteringen av sjukskrivningar i landstinget?”

Låt arbetsgivaren rapportera till FHV så fort någon är sjukskriven så blir det lättare att fånga upp patienten.

- Se till att man inom primärvården och försäkringskassan frågar patienten om dennes möjligheten att ha kontakt med företagshälsovården.
- Låta patienter komma direkt till specialistläkare inom till exempel ortopedi, utan att behöva gå till allmänläkaren först.

Ett försäkringsbolag, jag får ont i mitt knä, jag ringer ett telefonnummer. De frågar, var har du ont. Jag har ont i knäet. Okej, du kommer till en ortoped om tre dagar. Kostar ortopederna mera pengar än familjeläkaren. Nej, de har i stort sett samma lön. Det finns alltså ingen kostnadsaspekt, varför en familjeläkare ska titta på det om en månad, eller om en ortoped om två dagar, tre dagar.

- Integrera företagshälsovårdens resurser med primärvårdens verksamhet.

Företagshälsovården, tycker jag, ska integreras på något sätt inom primärvården. Eller på något sätt finns med i landstingets tänk som en resurs i det totala folkhälsoarbetet, inte någonting som katten har släpat in, utan vi är en resurs. Vi avlastar definitivt primärvården, vi gör hanteringen mycket snabbare.

Skapa bättre kanaler för att kommunicera kring en patient.

- Skapa system som tillåter den medicinska och den yrkesinriktade rehabiliteringen att ske parallellt.
- Kräv att den som remitterar en patient samtidigt rekommenderar lämplig sjukskrivningstid och -grad. Särskilt viktigt vid remittering från specialistvård till primär- eller företagshälsovård.
- Se till att företagshälsovården ges tillgång till de av landstingets resurser som krävs för att kunna göra ett bra arbete kring patienten. Frågan härrör från en diskussion inom landstinget kring vilka medicinska funktioner som ska kunna nyttjas av företagshälsovården. Olika åsikter finns kring huruvida företagshälsovården ska bedriva sjukvård eller inte. Från företagshälsovårdens synvinkel anser man att för att kunna göra de bedömningar som krävs vid till exempel en arbetsskada eller sjukskrivning, måste man ha tillgång till vissa av landstingets resurser. I annat fall menar man att patientens rättssäkerhet kan vara i fara. Detta har även betydelse för företagshälsovårdens roll när det gäller de sjukskrivna. Där är det viktigt att ha tillgång till hela kedjan av utredning och behandling, enligt några av företagsläkarna.

Servicefunktionerna, som vi håller vi på att diskutera här nu ganska så akut just nu, att få tillgång till att göra utredningar för arbetsmedicinska bedömningar, för att få göra dem, för att minska så att säga omloppstiden. Att inte skicka folk via familjeläkare, att göra utredningen, och sedan tillbaka till oss, och sedan kanske komplettera en gång till med familjeläkaren, utan att vi kan sköta utredningen för att kunna göra då en bedömning av arbetsförmågan.

- Anordna utbildningsmöten för att öka förståelsen mellan företagshälsovården och primärvården, bl. a. för att primärvården ska få kunskap om när det är lämpligt att kontakta företagshälsovården.
- Skapa mötesplatser mellan företagsläkare och landstingsläkare. Som exempel nämns att de av distriktsläkare många gånger välbesökta mötena i Svensk förening för allmänmedicins (SFAM) regi skulle kunna vara öppna för även företagsläkare, vilken även verkar vara fallet på vissa håll.
- Ta in företagshälsovården i olika samarbeten kring vård och hälsa, som det är nu lämnas man ofta utanför.

Det finns ju sådana här möten med företrädare för, om man sitter på chefsnivå eller högre upp, för landsting och kommuner, något sorts samarbetsorgan i olika landsting. Och där skulle ju också företagshälsovården kunna vara med som en aktör.

När jag jobbade som distriktsläkare då, där vi har jobbat med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och Socialförvaltningen, så att säga i kommunen, att man då jobbar tillsammans ändå, och pratar lite övergripande frågor. Och där skulle ju företagshälsovården kunna vara med i en sådant här lite mer övergripande samarbete med kommun och landsting, som en aktör.

- Se över hela landstingets organisation, det räcker inte med tillskott av pengar i det befintliga systemet.
- I övervägandet kring sjukskrivning skulle en bredare bedömning kunna göras, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Liksom när det gäller förskrivning av läkemedel där hänsyn tas till vilket preparat som är billigast skulle man kunna göra det även här. Införande av en motsvarighet till läkemedelskommittéer är ett förslag på hur man skulle kunna åstadkomma detta. Att remittera patienter till specialistvård i andra länder ifall det blir mer kostnadseffektivt är ett annat förslag.

Låt den som är duktig få grejen, göra den. Med Ryan Air, lyfta ner till Milano för 1600 spänn fram och tillbaka. Det finns massor med medicinska specialister i Italien, eller Tyskland, eller Frankrike, vad du än har. 1600 spänn, det är en spott i havet, du kan transportera folk precis kors och tvärs idag, hur billigt och enkelt som helst. Vi skjutsar maten över hela Europa, men vi tror att vi måste ta hand om all sjukvård i (X-köping).

- Skapa incitament för varje medarbetare att göra ett bra jobb, ge någon form av bonus, värdesätta arbetet tydligare.
- Inför ekonomiska incitament som kortar köerna till undersökning och behandling.
- Slå ihop landsting och försäkringskassa till en och samma organisation för att kostnadsansvaret ska ligga på samma organisation som är ansvarar för sjukskrivningarna.

Varför ska du ha två system som hanterar samma grej, en sjuk individ, olika grejor i den sjuka individen. Det är hur enkelt som helst, jag menar, sjukskrivningen är ju en åtgärd, som man kan ungefär jämställa med läkemedel. Är mycket svårare att hantera, med mycket mera bieffekter och mycket dyrare.

Prövade åtgärder

- Remittering av personer med symtom på utmattningssyndrom till en psykoterapeut inom en till två dagar prövades inom företagshälsovården.

Resultatet blev att man slapp långa sjukskrivningar, och personerna kom tillbaka ganska snabbt, ibland till och med bättre fungerande än innan.

- Att ändra den ekonomiska ersättningen för en viss typ av ögonoperation så att ersättning utgick per ingrepp ledde till kortare operationsköer.
- FINSAM i början på 1990-talet fungerade utmärkt enligt en av företagsläkarna. Projektet avslutades enligt en av läkarna på grund av den debatt om ”gräddfiler” som uppstod och som gjorde att berörda politiker valde att avsluta projektet.
- Landstingsprojekt där läkarna kunde remittera till vilket sjukhus de ville fungerade mycket bra.
- Inköp av röntgenundersökningar av privata företag för landstingets räkning gjorde att kön till vanliga skelettundersökningar försvann och undersökningar kunde göras samma dag. Även landstingets kö till röntgen försvann i och med detta.

DELSTUDIE 4
FÖRHÅLLANDEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
SOM FÖRSVÅRAR OPTIMAL SJUKSKRIVNING
-EN PROBLEMBESKRIVNING UR
FÖRSÄKRINGSKASSANS PERSPEKTIV

Eva Karlsryd

Försäkringskassan, länskontoret Stockholm

SAMMANFATTNING

Denna rapport är resultatet av en delstudie i projektet ”Problem inom sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning”. Syftet var att, ur försäkringskassans perspektiv, identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan försvåra optimal hantering av sjukskrivningsärenden. För ändamålet har fyra fokusgruppsintervjuer genomförts under september 2004 och därefter analyserats kvalitativt.

I intervjuerna med försäkringskassans personal framkom uppfattningen att läkarna inom primärvården har svårt att bedöma arbetsförmågan hos patienter med diffusa besvär. Vidare upplever man svårigheter med att remittera patienter med psykiska besvär, såvida det inte handlar om allvarliga psykiatriska tillstånd. Medicinska underlag som försäkringskassan får från läkare är ofta undermåliga och kräver komplettering, och man upplever att läkarna saknar incitament att snabbt ge försäkringskassan underlag som är nödvändiga för vidare handläggning av ärendet och för att kunna fatta beslut om rätt till sjukpenning. Detta förlänger sjukskrivningarna enligt de intervjuade. I intervjuerna framkom att arbetet med att inhämta underlag från läkare till försäkringskassan ibland skapar konflikter, som till viss del tros bero på statuskillnader mellan läkare och handläggare. Remisser som skickas till specialistvården skapar långa väntetider som fördröjer behandling och förlänger sjukskrivningar.

Man framhöll även att tillräcklig tid för patientbesök verkar saknas. Det tar längre tid att motivera en patient att inte vara sjukskriven än att skriva ut ett läkarintyg. Tidsbristen leder till att telefonsjukskrivningarna ökar och skapar fler och längre sjukskrivningar. För att delvis råda bot på detta problem föreslås att tiden för patientbesök differentieras. Läkarens roll som patientens ombud kan innebära att, om patienten vill bli sjukskriven så sjukskriver läkaren. Detta innebär troligen att sjukskrivningarna blir fler och längre. De s.k. stafettläkarna upplevs inte ta ett långsiktigt ansvar för sina patienter, vilket antas påverka sjukskrivningarna negativt. Vissa privatläkare anses missbruka sjukskrivningsrätten och en skärpt kontroll av de läkare som ”säljer” läkarintyg efterlyses.

Hierarkier och statuskillnader inom hälso- och sjukvården kan innebära att sjukhusläkare ”lämpar över” sjukskrivningar på primärvårdsläkarna, som inte alltid har rätt kompetens att bedöma alla patienter. Man anser att primärvården behöver stärkas kompetensmässigt. Läkarna där bör ha tillgång till resurser med olika former av kompetens, till exempel multidisciplinära team. De behöver också mer utbildning i försäkringsmedicin.

Inom företagshälsovården antas förutsättningar finnas för att göra bra arbetsförmågebedömningar. Därför föreslås en satsning på en stark och utbyggd företagshälsovård.

Bristen på gemensamma mål för försäkringskassan och hälso- och sjukvården försvårar arbetet med att förhindra och förkorta onödiga sjukskrivningar. Det saknas bra metoder att mäta kvalitet och kvantitet inom hälso- och sjukvården. Samverkan mellan olika aktörer bör utvecklas och för att skapa incitament för vården att delta i samverkansarbete måste tid som används till detta värdesättas och mätas.

INLEDNING OCH SYFTE

Detta är en delrapport i projektet ”Problem inom sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning”.

Syftet med denna delstudie är att, ur försäkringskassans perspektiv, identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan försvåra optimal sjukskrivning och sjukfrånvaro.

METOD OCH MATERIAL

Sammanlagt fyra fokusgruppsintervjuer med personal inom försäkringskassan har genomförts under september 2004. Intervjuerna leddes av en moderator, Eva Karlsryd från forsknings- och utvecklingsenheten vid försäkringskassan i Stockholm. Bisittare var Anna Löfgren, forskningsassistent vid Karolinska Institutet.

Tabell. Antal deltagare per fokusgrupp.

Grupp	Antal (kön)	Kategori
1	9 (6 kv, 3 m)	Ansvariga ohälsoområdet
2	6 (4 kv, 2 m)	Handläggare ohälsoområdet
3	6 (5 kv, 1 m)	Handläggare ohälsoområdet
4	6 (2 kv, 4 m)	Försäkringsöverläkare
Totalt	27 (17 kv, 10 m)	

I den första gruppen deltog nio personer, alla från olika län och i någon form av ansvarig ställning vid försäkringskassan. Deltagarna inbjöds via Karolinska institutet och intervjun genomfördes i anslutning till en sammankomst med representanter från landets försäkringskassor och landsting om sjukfrånvaroproblematik.

Den andra gruppen bestod av sex handläggare från tre olika lokalkontorsområden inom försäkringskassan i Stockholms län. Samtliga deltagare arbetar inom ohälsoområdet. Dessa rekryterades med hjälp av en enhetschef vid respektive lokalkontor. När personerna valts ut fick de en inbjudan via e-post. Intervjuerna genomfördes vid försäkringskassans centralkontor i Stockholm.

I den tredje gruppen ingick sex handläggare från olika delar av försäkringskassan i Värmland. Samtliga deltagare arbetar inom ohälsoområdet. Dessa personer rekryterades med hjälp av FoU-ansvarig vid försäkringskassan i Värmland. När deltagarna valts ut fick de en inbjudan via e-post. Intervjuerna genomfördes vid Värmlandsskassans centralkontor i Karlstad.

Den fjärde gruppen, slutligen, omfattade sex försäkringsöverläkare från olika län. Dessa rekryterades med hjälp av Riksförsäkringsverket och intervjun genomfördes i anslutning till ett möte som ett antal försäkringsöverläkare hade i Stockholm.

De tre första intervjuerna varade i en och en halv timme och den fjärde gruppen en timme. Moderatören använde en intervjuguide som stöd vid intervjuerna. Intervjuguiden var uppbyggd i enlighet med fokusgruppsmetodiken med ett fåtal öppna frågor som skulle ge information för att uppnå syftet med intervjuerna. Den omfattade också en inlednings- och en avslutningsfråga. Samtalen spelades in på ljudband som transkriberades ordagrant och därefter analyserades dessa data var för sig av moderator och bisittare som därefter stämde av resultaten med varandra. Teman har identifierats i datamaterialet och dessa har kategoriserats och beskrivits. Resultaten har dessutom diskuterats i hela projektgruppen.

RESULTAT

Resultatredovisningen baseras helt på vad intervjupersonerna har sagt och texten varvas med citat för att tydliggöra innehållet i intervjuerna.

Problem

Ökande antal patienter med svårbedömda besvär

I intervjuerna framkom att det inom försäkringskassan finns en uppfattning om att antalet patienter med svårbedömda besvär har ökat vilket skapar problem inom hälso- och sjukvården. Det handlar ofta om olika typer av smärttillstånd vilka leder till långa sjukfall. Detta är ett samhällsproblem som i dagsläget försäkringskassan får ta kostnadsansvaret för. Det framkom tveksamheter kring huruvida hälso- och sjukvården tar sitt fulla ansvar för patienter med svårbedömda symptom och man efterlyser mer samarbete och mer multidisciplinär kompetens för att hantera detta. Man upplever även en oförmåga hos sjukvården att hantera multisjuklighet.

Kan vi, på ett bättre sätt, möta dom nya moderna sjukdomarna, där mer och mer talar för att det är multidisciplinära team, och att man inkluderar försäkringskassan, att ska det vara sjukskrivning så blir det en naturlig del i behandlingsplaneringen. Inte att behandlingen är här (pekar åt ena hållet) och sjukskrivningen här borta (pekar åt andra hållet).

Då tycker jag att sjukvården inte tar sitt ansvar när det gäller att utreda dom här patienterna rent medicinskt.

Alltså för att utreda det hela och hitta dom verkliga problemen. En anledning till att det blir så långa sjukfall det är att man inte hittar dom.

Flera uttryckte en oro över att många unga människor hamnat i långtidssjukskrivning, bland annat med svårbedömda besvär.

Unga människor, jag blir beklämd. Och man ser, det är ju otroligt många som är födda på slutet av 60-70- och början av 80-talet som är sjukskrivna.

I dag hade vi 30 ärenden i 'prognosgruppen', och jag skulle kunna tänka mig att det var 3-4 som var födda före 1960.

Stressdiagnoser och svårbedömda symptom upplevs inte sällan uppkomma på grund av patientens arbetsplats och arbetsuppgifter. Detta, menade man, kan ha en negativ inverkan på sjukskrivningar och sjukskrivningars längd.

Mycket med det här med stress och utmattning, minst 1/3 av dom skulle inte vara sjukskrivna om dom fick ett annat jobb.

Dom är trötta på jobbet eller dom trivs inte. Det är mycket kvinnor runt 40-50 som kanske borde ha gjort något för ett tag sedan. Och nu är det för sent att omskola sig, men som egentligen är utslitna, värkproblematiken i det jobbet dom har inom vård eller någonting. Jag har mycket lärare, förskolelärare.

Brister i hanteringen av patienter med psykiska besvär

Utöver smärtproblematik lyfte man fram psykiska besvär som ett problemområde. Intervjupersonerna anser att det är av stor vikt att personer med psykiska besvär får relevant vård och behandling och möjligheterna till detta borde öka om dessa patienter når rätt instans inom hälso- och sjukvården. Det kan innebära att läkaren vid vårdcentralen kanske måste utfärda en remiss till specialistläkare, vilket tros vara behäftat med vissa problem.

Om det är en hjärtinfarkt eller en cancerpatient så har ju alla distriktsläkare möjlighet att remittera dom för bra utredning. Men när det gäller dom här patienterna så har dom ingen möjlighet att remittera.

Då måste dom ha bestämt sig för att det här är en psykiatrisk svår diagnos och så kan man remittera till en psykiater.

Läkarutlåtanden som inkommer till försäkringskassan från en vårdcentral och som gäller någon form av psykisk åkomma uppgavs det ibland vara problem att dra slutsatser av. Kommer däremot utlåtandet från en psykiatrisk mottagning brukar det vara mer fylligt och tydligt. Ibland anges trötthet som diagnos, vilket kan skapa problem.

Den här diagnosen håller inte. Trötthet är ju ingen sjukdomsdiagnos. Det har vi diskuterat i dagarna, men lik förbaskat så står det ju det på vissa medicinska underlag.

Flera hade upplevt att en del läkare verkar ha problem med att patienten styr sin egen sjukskrivning. Detta problem antas bli extra besvärligt i samband med sjukskrivning av patienter med psykiska besvär.

Psyk är väldigt svåra för dom får ju i stort sett bestämma själva när dom är friska. Så har dom kommit under psyk:s vingar så då är det svårt.

I intervjuerna framkom att läkarna ibland upplevs osäkra och lite rädda för att ta tag i ärenden med otydliga diagnoser. En ökad kompetens för att hantera dessa patienter efterfrågades.

Jo, det pratade jag med en läkare om, symptomen är oftast lika som när det kan vara något allvarligt, då måste dom skicka dom på MR (magnetrontgen) och utesluta, för det kan ju vara någonting som är bakomliggande.

Ofullständiga medicinska underlag och läkares attityder

För att kunna fatta beslut i enskilda ärenden måste personalen på försäkringskassan erhålla nödvändiga underlag från läkarna. Kring detta beskrivs ett flertal problem. Det kan till exempel handla om ofullständigt ifyllda medicinska underlag som skickats tillbaka till läkaren för komplettering. En del verkar vara slarvigt ifyllda och ibland kan motsägande uppgifter vara ikryssade. Intygen kan även dröja upp till ett år att få ifyllda trots påminnelser från försäkringskassan. Ett annat problem som nämns är att underlagen eller kompletteringar av dessa kan försenas på grund av läkarbyten.

Dom (läkarna) har för bråttom när dom fyller i.

Det blir längre sjukfall helt enkelt, där vi inte får in underlagen.

Införandet av medicinska underlag skapar ibland konflikter mellan försäkringskassan och läkarna.

Vi skickar tillbaka ganska mycket för komplettering och detta har blivit ett irritationsmoment, för allmänläkarna speciellt, men även för specialister.

Där får vi lite spydigheter tillbaka på läkarintyget, att "Varför inte ta telefonen?" eller nånting sånt där.

En fundering om mottagningssköterskans och läkarsekreterarens roll och mandat diskuterades. Det upplevs oklart om vad en dessa får svara på när försäkringskassan ringer och undrar över olika frågor.

Ungefär 50 procent av gångerna som man pratar med en mottagningssköterska så vågar dom säga vad det står i journalen.

Det kanske dröjer jättelänge innan jag får tag på doktorn och det kanske hade räckt med att jag pratat med sköterskan. Så dom kanske skulle behöva veta vad dom har rätt att säga till oss.

Det händer att handläggaren på försäkringskassan måste använda patienten som ”slagträ” och upplysa läkaren om att sjukpenningen kommer att dras in om det medicinska underlaget inte inkommer. Ett problem i sammanhanget verkar vara att läkarna inte tycks inse betydelsen av att intyg och underlag uppfyller de krav som ställs från försäkringskassans sida.

Dom tycker enbart att vi trasslar med dom och att vi är besvärliga när dom inte får skriva ”Se tidigare intyg”.

I samhället finns olika attityder till sjukskrivningar samt till regelverket kring sjukskrivningar och den praktiska tillämpningen av dessa regler. De intervjuade påpekade att attityder förändras över tid och det som inte upplevdes legitimt för 25 år sedan kanske värderas annorlunda i dag. Attityder och värderingar hos försäkringskassornas personal och hos den enskilde individen antogs påverka sjukskrivningsprocessen och den enskildes sjukskrivning.

Och det är likadant i läkarkåren, hos allmänheten, hos ministrarna och politikerna.

Det som jag tänker mig som styr mest där, det är doktors egen värdering.

I intervjuerna framkom att det vore önskvärt att det, inom olika delar i samhället, fanns en mer enhetlig och gemensam syn på dessa frågor.

Jag går inte till läkaren för att bli sjukskriven, utan jag går till läkaren för att undvika att bli sjukskriven.

Läkares värderingar och attityder till försäkringskassan visar sig också i hur vissa läkare bemöter försäkringskassans handläggare. En del tar inte försäkringskassans personal på allvar och nonchalerar, i vissa fall, handläggarna.

När jag pratar med en läkare märker man att han tycker att jag är helt novis. Pratar han med försäkringsläkaren så blir det ju på en annan nivå. Det är ju lite nedlåtande mot mig som jobbar utifrån helt andra aspekter, från hans synpunkt så att säga.

Remisser skapar väntetider

Intervjupersonerna förde fram remisshanteringen som ett problem med stor inverkan på sjukskrivningarnas längd. Man har en bild av att vårdcentralernas läkare ibland dröjer med att remittera patienter till specialisläkare, troligtvis av bland annat kostnadsskäl.

Man väntar in i det längsta för att det kostar pengar, alltså för själva vårdcentralen.

Jag tycker att det är väldigt bristfälligt. När man går hos husläkaren och sedan, iväg med en remiss, och hur mycket får man tjata på den att den kommer iväg den här remissen? Det tycker jag är bedrövligt. Där behövs det, om någonstans, insatser.

De ofta långa väntetiderna till ortopedisk och psykiatrisk bedömning/behandling förlänger, enligt de intervjuade, sjukfallen och fördröjer återgång i arbete. Det skulle vara värdefullt att få en snabbare bedömning eftersom försäkringskassan då skulle kunna starta sitt arbete tidigare. Det händer även att remisser ”kommer bort” och att sjukskrivningen då löper på under tiden.

De (sjukskrivna) etablerar en sjukroll väldigt snabbt. För det är ju inte ovanligt med ett halvår innan de kommer in för en ortopedbedömning.

Den (remissen) ligger väl i någon hög där, på sjukhuset nånstans kanske. Det kan vara ett halvår sen remissen gick iväg för nån bedömning inför nån operation och så händer ingenting.

Behov av incitament

Olika typer av incitament och brist på sådana diskuterades.

Det finns, så vitt jag vet, inga som helst ekonomiska incitament för sjukvården att minska sjukskrivningarna.

I intervjuerna framkom att man tror att läkarna inte alltid är särskilt motiverade att lägga tid på att utforma de underlag som försäkringskassan behöver.

För då sätts de i konflikten att det är bättre att ta två (patienter) till som sitter och väntar i väntrummet än att sätta sig och skriva ett bra underlag till försäkringskassan.

Man lyfte fram att försäkringskassan, i vissa fall, kan betala ut en ersättning för att läkaren ska skriva ett underlag.

Det där med särskilda läkarutlåtanden som vi numera kan betala, men vi kan inte betala till landstingsläkare. Det är ju en kullerbytta som jag uppfattar det.

Bristen på ekonomiska incitament tros också påverka läkarnas motivation till kompetensutveckling och till förändringar av sin sjukskrivningspraxis.

Vad är det för anledning för en distriktsläkare att gå en utbildning i fördjupad försäkringsmedicin?

Att arbeta i team med olika professioner framhölls som en framgångsfaktor när det gäller att förkorta sjukskrivningsperioderna och där behöver landstingen diskutera möjligheter att införa ekonomiska incitament.

Det är mängder med individuellt lidande och gigantiska kostnader för samhället. Ska det bli intressant för landstinget att ge sig på det, då måste dom ha någon form av ekonomiska incitament, tror jag.

Det framkom en uppfattning att ledningen inom landstingen inte delar ut några ”morötter” och inte premierar en läkare för att han/hon utreder och kartlägger en patient ur ett helhetsperspektiv.

Den enskilde läkaren har intet att vinna på att göra en god sjukskrivning, sett ur ledningens perspektiv.

Det är omöjligt i dag att driva våra (försäkringskassans) frågor på ideell basis om det inte finns ett tydligt styrinstrument, ekonomiskt eller lagmässigt ... för att man i vården ska se sjukskrivningen och dess konsekvenser som en del i en vårdplan.

Läkare som saknar ekonomiska incitament och ledningens stöd och som dessutom inte har tillräckliga kunskaper har förmodligen mycket svårt att prioritera försäkringsmedicin och rehabilitering.

Dom har ett inre incitament att göra nånting, men dom har väldigt små möjligheter att de facto göra det. Det finns bara den inre viljan i dag.

Det framkom även en stor skepsis till att ekonomiska incitament måste utgöra en drivkraft i arbetet.

Vem säger så här? ”Försäkringskassans tjänstemän måste ha lite mer ekonomiska incitament för att minska sjukskrivningarna.” Varför ska det hela tiden vara ekonomiska incitament för läkare och sjukgymnaster?

När det gäller sjukskrivningar ur olika aspekter anser intervjupersonerna att det behövs mätinstrument av skilda slag. Intervjuer med läkare och patienter ger viss information. Produktivitet och effektivitet mäts på andra sätt.

Vården har lika dåliga mätinstrument som försäkringskassan har. Vården räknar läkarbesök och har du varit duktig och infört dina vårdteam och har fungerande tvärdisciplinära team och så mäts man bara på läkartid och utifrån det så döms man ut som mindre duktig ... jämfört med dom som har en relativt lätt målgrupp med mycket förkyllningar ...

Vad som är möjligt att mäta diskuterades och en jämförelse gjordes mellan sjukskrivning och läkemedelsförskrivning.

Man borde kunna följa sjukskrivningsmönstret hos läkaren om man nu tycker att det är legitimt och etiskt rätt att följa läkarens förskrivning av läkemedel.

I Hallands län har sjukskrivningsmönstret studerats på vårdcentralnivå. Varje vårdcentral kan, om de så önskar, därefter själva studera mönstret per läkare.

Vi har gått in och plockat ur deras egna system i primärvården, varje vårdcentral, ur BMS-systemet, sjukskrivningssystemet.

Syftet med studien var att få igång en dialog och öka kunskapen och kanske förändra attityder.

Men också att man ska förstå att detta inte är någonting som vi har plockat ut, utan vi har plockat ut det ur deras eget system. Finns det ett intresse hos dom så ska vi gärna visa dom hur dom plockar ur sitt eget system.

Begränsad tid för patientbesöken

De intervjuade har en bild av att läkarnas möjligheter till en mer djup och omfattande diskussion med patienterna är begränsade och, i många fall, obefintliga. Tiden verkar inte medge tillräckligt långa besök för att läkaren ska kunna sätta sig in i patientens situation och, i förekommande fall, belysa fördelar och nackdelar med en sjukskrivning.

Det jag hör från sjukskrivande doktor är att man har för lite tid med den enskilde patienten i samband med sjukskrivningstillfället. Mer tid skulle kunna få patienten att förstå att sjukskrivning inte alltid är det optimala.

Intervjupersonerna diskuterade differentierade besökstider som ett medel att delvis komma åt problemet med den tidsbrist som man upplever finns bland primärvårdens läkare.

Ser man att det är en person i arbetsför ålder skulle man kanske avsätta en kvart eller halvtimme mera för det patientbesöket.

En annan uppläggnings hur man avsätter tid till patienter, lite fingertoppskänsla för att använda mer tid till patienter med diffusa sjukdomsbesvär.

När tidspressen är stark på läkarna antar de intervjuade att telefonsjukskrivningarna blir fler och att det finns en risk att sjukskrivningarna då blir längre.

Det finns ju undersökningar som visar att dom tvingas till telefonförlängningar fast dom vet att det förlänger sjukskrivningarna.

För patienterna tycker man inte heller att det är bra med telefonsjukskrivningar.

Det är många som ringer och är förtvivlade över att "Jag får aldrig träffa en läkare för han bara sjukskriver mig på telefon jämt".

Läkares hantering av sina olika roller

I intervjuerna diskuterades de olika roller en läkare har och det antas inte vara helt lätt att kombinera rollen som den enskilde patientens ombud med den som medicinsk sakkunnig.

Man måste ikläda sig två roller ... att vara patientens ombud och att ta till sig socialförsäkringssystemet ... jag tror att det är ett problem därför att man har svårt att förena dom här två sakerna.

Det finns ju dom läkare som säger att dom är patientens försvarsadvokat.

Därför att det är ju otroligt starka signaler från läkarna som säger att "Vi har jättesvårt när vi sitter där och möter patienterna, för att vi känner i väldigt många fall att det här inte är medicinskt".

Många läkare har olika uppdrag, vilket bland annat tros bidra till en svår arbetssituation.

Äldre, barnomsorg, fängelse, jourverksamhet.

Inte minst äldreomsorgen i kommunen, eftersom dom inte får anställa läkare.

Flera av de intervjuade menar att patienten, i stor utsträckning, styr sin egen sjukskrivning. Handläggaren upplever ibland att läkaren, på patientens begäran, utelämnar information eller på annat sätt påverkar vad som ska stå i underlagen, vilket kan leda till att patienten hamnar i fel typ av åtgärd. Försäkringskassan vill att läkarna, i större utsträckning, arbetar med att motivera patienten till arbete.

Dom (läkarna) skriver precis det patienten själv vill att dom skriver.

Osäkerhet i själva sjukskrivningssituationen gör att det är ännu svårare att hantera dom här stora mängderna av dom här problempatienterna.

Dom (läkarna) känner sig emotionellt pressade.

Man tycker sig se ett behov av en intern dialog i landstingen, mellan läkarna och deras närmaste ledning när det gäller att hantera tveksamma sjukskrivningar.

Bristande kontinuitet

Bristande kontinuitet i läkarkontakten tros påverka sjukskrivningarna negativt och farhågor finns att systemet med så kallade stafettläkare är en bidragande orsak till långa sjukskrivningar.

Man har inte det långa ansvaret för patienten, man hinner inte läsa in vad föregående (läkare) har gjort och man vet att det inte är till mig vederbörande kommer tillbaka när jag sätter tre veckors sjukskrivning, eller två månader.

Journaler och sånt där är dåligt ifyllda.

Hierarkier och statuskillnader inom vården

De intervjuade menar att statuskillnader mellan läkare och sjukgymnaster respektive mellan psykiatriker och psykologer påverkar sjukskrivningarna negativt. Bland annat leder det till att potentialen i det multidisciplinära samarbetet kring patienter inte utnyttjas optimalt, vilket kan få stora konsekvenser på sjukfrånvarolängd.

Vilka är det som styr landstingstjänstemannen när han säger att det inte ska vara fler avtal med sjukgymnaster? Administratören kanske har en bakgrund i läkarkåren och då värderar man inte den kunskapen (sjukgymnastens).

Nästa steg då är det psykologerna man inte värderar för att det är läkarprofessionen som överdriver sin egen kunskap i förhållande till en annan kategori.

De hade även uppfattat statuskillnader mellan sjukhusen och primärvården.

Vi lägger fokus på primärvården där den mesta av vår sjukskrivning sker och där vi pratar om vårt samhälles ekonomi och vi låter fortfarande sjukhuset stå rent hierarkiskt över primärvården.

Sjukhusläkare tycks, i stor utsträckning, överlåta sjukskrivningen på vårdcentralerna.

Jag vet inte exakt hur reglementet ser ut inom landstinget, men jag vet att husläkarna känner sig väldigt utsatta och utelämnade.

Det är ett Svarte-Petter-spel internt för sjukhusläkarna vill ju egentligen inte hålla i det här med sjukskrivning utan man är nog ganska snabb med att remittera tillbaka till vårdcentralen och primärvården för att dom ska hålla i sjukskrivningen.

Jag tycker faktiskt att det är synd om vårdcentralsläkarna, när det gäller psykidiagnoser. Dom är tvungna att sjukskriva, men dom har inte kompetensen.

Man anser att allmänläkarens roll behöver stärkas.

Man måste få en vettigare arbetsmiljö så att nån vill jobba som allmänläkare för hos oss börjar det bli lite snack om B-lag nu.

Allmänläkare i Göteborg har ju jättedålig status. Dom får ju ingenting göra, ute på vischan får dom ju skära i nå't finger ibland, men i Göteborg går ju alla som ska sy ett stygn till Sahlgrenska.

Ett annat exempel på skillnader i status och villkor man har från försäkringskassan är en bild av att läkare i allmänhet kan göra en akademisk karriär eller en institutionskarriär och att man inte kan göra en akademisk karriär inom primärvården.

Om du vill göra akademisk karriär är det specialistvård som gäller. Därför får småsjukhusen B-lag eller dom som inte vill göra karriär likaväl som landsbygden får det och primärvården får inte samma status i storstaden heller.

Primärvården behöver stöd och utökad kompetens

De intervjuade diskuterade den enskilde primärvårdsläkarens arbetssituation och det framkom att de upplever att dessa läkare befinner sig i en utsatt position, framförallt när det gäller att hantera de stora diagnosgrupperna, rörelseorganens sjukdomar och psykiska besvär. Om primärvårdsläkarens kompetens ska finnas närmast medborgarna anser de intervjuade att dessa läkare behöver team med olika professioner omkring sig, för att snabbt kunna nå den kompetens som han eller hon själv saknar.

Den tvärprofessionella kunskap som ska finnas inom primärvården har kanske inte lyckats fullt ut.

Ta vara på andra yrkesgrupper. 'Vad säger arbetsterapeuten? Vad säger sjukgymnasten? Vad säger beteendevetaren?'

Jag är förvånad över att sjukvården inte, på ett bättre sätt, tar vara på arbetsterapeuterna som kompetens och att det stärks upp.

Vi har människor som är sjukskrivna i dag av sociala problem, livssituationer, konflikter och kriser. Det behövs faktiskt ett möte i arbetsmiljön, annars kommer vi aldrig åt det, tror jag.

De anser också att, när problem uppstår, bör primärvårdsläkarna ha tillgång till en kollega med mer fördjupad utbildning i olika specialiteter.

Och när man stöter på patrull där så vill vi att rehabkliniken på sjukhuset ska vara ett ställe där man kan söka ytterligare stöd.

Vårdcentraler borde ha flera läkare på konsultbasis, som kom till vårdcentralen ... ortoped, smärtläkare, psykiatriker ... dom borde få mer stöd, primärvården.

Någon föreslog att nyutbildade läkare ska ha tillgång till en mentor, i form av en mer erfaren läkare, under en tid.

Om man har jobbat länge inom primärvården är man tryggare och vågar ta ställning och säga nej, förkorta sjukskrivning, till skillnad mot om man är ny i branschen och inte känner sig stödd i sin situation.

Det är en jättebra kompetensutveckling mot att åka i väg på en kurs en dag, kanske.

Man framhöll att försäkringsmedicinsk kompetens, i större utsträckning än i dag, bör tillföras primärvårdens läkare.

Det är ju det försäkringsmässiga som brister hos läkarna.

Varje distriktsläkare borde ha tillgång till en försäkringsmedicinsk och medicinsk konsult i svåra ärenden.

Förutom medicinska kunskaper måste läkarna ha hög kompetens i att föra dialog med patienterna.

Och där tror jag att läkarna behöver ha stöd i att börja nysta i det här och kunna ställa rätt frågor. Dom (patienterna) som är svårast att hantera är ju dom som redan har bestämt sig att det ska vara sjukskrivning.

Intervjupersonerna framhöll att det krävs omfattande och gedigna kunskaper hos den läkare som ska hantera patienten i det inledande skedet av en sjukdom/sjukskrivning. Vidare anser man också att det finns ett stort behov av fortlöpande utbildning för läkare, gärna tillsammans med olika aktörer. Man vet, till exempel, att det är komplicerat att bedöma en patients arbetsförmåga och att detta kräver särskild kompetens. Inom detta område anser man att det finns stora brister inom läkarkåren.

Ibland är det som om läkarna inte förstår vad som krävs på dagens arbetsmarknad.

Försäkringskassan i Sörmland har tagit fram en checklista med krav på hur man för journal, vad som ska dokumenteras och hur man gör arbetsförmågebedömningen.

Som man satte i händerna på alla nya läkare på vårdcentralerna.

Läkarna upplevs ibland inte ha särskilt stort handlingsutrymme när det gäller mötet med patienterna.

Om man hårdrar det läkaren kan göra är det att antingen ordinera medicin eller sjukskrivning.

Satsa på företagshälsovård

Flera förordade en stark och utbyggd företagshälsovård. För att den ska fungera bra anses det viktigt att den har en så stor självständighet som möjligt.

Då måste företagshälsovården komma i en annan situation än den beroendeställning som dom har gentemot sina uppdragsgivare, arbetsgivaren i det här fallet, för annars är det inte nån framgångsrik modell heller.

Företagshälsovården anses ha stora möjligheter att kunna göra riktiga arbetsförmågebedömningar. Tidpunkten för att involvera företagshälsovården är också av betydelse för sjukskrivning och framgångsrik rehabilitering.

Växla över till företagshälsovården tidigare, för när vi pratar om arbetsförmågebedömning kan den inte göras med mindre än att man är på arbetsplatsen.

Man har liksom inte kommit till skott med att stärka upp företagshälsovården, men det är ju egentligen deras naturliga roll att, när primärvårdsläkarna får in

ett sånt ärende ska det gå direkt över till företagshälsovård och så gör man arbetsförmågebedömning i samråd med andra eller primärvårdsläkare.

En modell med att bygga upp kompetens i företagshälsovården, både med utbildning av företagsläkare och olika former av teamsamverkan runt patienterna, borde utvecklas, enligt de intervjuade.

Det förutsätter att man hittar flödena mellan primärvården, arbetsgivaren och företagshälsovården.

Det torde krävas ett flertal förändringar för att modellen ska lyckas.

Hela branschen måste i så fall förändras, från finansiering till organisation, struktur och bemanning.

Finansieringen borde kunna vara den nuvarande, för drivkraften måste rimligtvis öka hos arbetsgivaren att dom kostar på dom tusenlapparna. Det förutsätter att företagshälsovården kan enas om ett gemensamt koncept.

Ett exempel på problem inom företagshälsovården, som framfördes, är att företagsläkare inte längre har möjlighet att remittera till röntgen.

Det finns landsting där man inte längre ens kan skicka för att ta prover. Alltså man har ingen möjlighet att påverka.

De intervjuade saknar och efterfrågar här politisk styrning.

Det måste bli en tydlig styrning så att det faktiskt blir något som prioriteras. Det blir ju ett politiskt beslut att fatta.

Gemensamma mål saknas

I intervjuerna framkom att man upplever att de aktörer som är involverade i sjukskrivningsärenden har olika mål, till exempel har försäkringskassan för närvarande uppdraget att halvera antalet sjukskrivningar, medan vården inte har det målet. Att två huvudinstanser inte har gemensamma mål ser intervjupersonerna som ett stort hinder för ett effektivt arbete för optimal sjukskrivning. Politikerna bör samordna landstingens uppdrag med övriga intressenters.

Dom (politikerna) ger inga regleringsbrev till landstingen, men nog kan man väl ändå tycka att även landstingen ska omfattas av mål som man sätter upp på nationell nivå.

Vi (försäkringskassan) ska alltså rehabilitera tillbaka till arbete och undvika sjukskrivning och bidrag, men i hälso- och sjukvården räcker det med att en patient har fått ökad livskvalitet för att man ska ha nått sitt mål, så vitt jag vet.

Om vi nu ska sätta gemensamma mål med AMS så måste vi väl kanske våga titta på gemensamma mål även med sjukvården.

Alla var inte odelat positiva till gemensamma mål.

Vi får inte glömma att vi har olika professioner, alltså vår profession är att tillämpa lagen på rätt sätt. Det finns ju ingen läkare som inte vill göra ett bra jobb, det är jag övertygad om och för hans eller hennes del så är det att bota patienten.

Man menar dock att det ena inte utesluter det andra.

Ett gemensamt mål måste ju vara utgångspunkten och därifrån kan man då hitta vilka aktiviteter som vi ska jobba med för att nå det målet.

Sjukskrivningsrätten

Frågan om andra yrkesgrupper än läkarna ska ha rätt att sjukskriva har varit föremål för diskussion och det har framförts önskemål om att sjukgymnasterna skulle kunna vara en sådan grupp.

I dag är det bara att doktorn sjukskriver och sen är det en remiss till sjukgymnasten och sen rullar det på och sjukgymnasterna har inget intresse av att försöka stoppa sjukskrivning egentligen.

I intervjuerna framkom synpunkter på vissa privatläkares rätt att sjukskriva.

Jag har kollat flera gånger med privatläkare och dom kan ta 1000 kronor för varje besök och dom sjukskriver inte mer än en månad för då måste dom (patienterna) komma tillbaka och betala 1000 kronor för att få ett nytt läkarintyg.

Dessa läkarintyg måste bedömas av försäkringskassan varje månad, trots att de ser likadana ut

Det är jättetidsödande för oss (försäkringskassan). När man tittar på läkarintygen ser man att dom följer samma mönster, det är samma grejor som står på dom. Dom klipper och klistrar.

Det finns ju aldrig några planeringar, vad som ska hända framöver.

Man kunde önska att det stramades upp lite kring dom här privatläkarna, att det var lite hårdare kontroll.

Kugghjulet och annan samverkan

Under åren har olika former av samverkan mellan aktörer, som har med sjukskrivning att göra, prövats. Ett framgångsrikt projekt är det så kallade Kugghjulet. Kugghjulet i Värmland innebär att försäkringskassan har möten med primärvårdens läkare och, i förekommande fall, deltar även Arbetsförmedlingen.

På mitt kugghjul har vi haft en vårdcentralschef som också har varit behandlande läkare och har vetat vad konceptet har inneburit, så han har stöttat försäkringskassan och pushat på sina kollegor.

Kugghjulet kan fungera och fungerar också på flera håll som en kommunikationskanal.

Om läkarna kryssar i att dom vill ha kontakt med försäkringskassan eller om dom vill ha ett avstämningsmöte, då anmäler jag det till Kugghjulet. Så har vi gjort upp.

Avstämningsmöten är ett nytt inslag i arbetet med sjukfrånvaron. Försäkringskassan träffar behandlande läkare, den sjukskrivne och kanske en arbetsförmedlare för att stämna av situationen och göra en planering.

Någon refererade till Hälsosamprojektet, där två handläggare från försäkringskassan finns på ett sjukhus och arbetar med den personal som är sjukskriven där.

Dom jobbar tätt ihop med deras arbetsledare, möten och rehabutredningar och dom har väldigt täta kontakter.

I Östergötland finns en sjukskrivningskommitté.

Tanken är att man i ett funktionellt nätverk, där det bara är läkare, lyfter dom här svårigheterna och den tysta praxiskunskap som trots allt finns. Det är bara läkare som diskuterar, just den här otäcka känslan i magen där vi nånstans vet och kan, men vi behöver sätta ord på vad vi vet och kan.

Samarbetet mellan försäkringskassan och vårdcentralerna kan ta sig olika uttryck. Exempel som ges är att vissa försäkringskassor har särskilda ”läkartelefoner” på vilka

läkarna kan nå en handläggare direkt utan att passera telefonväxeln. En del försäkringskassehandläggare befinner sig på vårdcentraler och informerar om socialförsäkringen. På en del orter har särskilda kontaktpersoner utsetts som en form av mellanhand mellan försäkringskassans personal och vårdcentralernas läkare. Syftet är att underlätta kontakterna när problem och konflikter uppstår.

Jag vet att psykiatrin också vill ha kontaktpersoner från försäkringskassan, men dom har inte fått det.

För att få igång och upprätthålla en bra samverkan föreslogs att man skulle öronmärka pengar i sjukvården för att finansiera samverkansinsatser.

Det ingår att samverka med försäkringskassan, men det är inte kvantifierat.

Tidsätt samverkan! Man har så många hundra kronor i timmen för samverkan, precis som man har för ett patientbesök.

Modell för samverkan anses kunna variera mellan länen beroende på olika förutsättningar.

Det man har i Jämtland kanske inte passar i storstadsregionen Stockholm.

Problem i samverkan mellan försäkringskassa och sjukvård som nämns är vidare att läkare är mycket svåra att få tag på och oklarheter kring sekretessbestämmelser.

Bristande tillgång på rehabiliteringsåtgärder

Personer med psykiska diagnoser av olika slag har ibland behov av samtalsterapi i någon form. De intervjuade menar att tillräckliga resurser för till exempel kognitiv terapi saknas och ytterligare ett problem är att försäkringskassan inte får finansiera rehabiliteringsåtgärder av det här slaget.

Det är så pass dyrt så det har folk inte råd med själva.

I intervjuerna pekades på problem med att Samhall med alla arbetsträningsverkstäder i stort sett är nedmonterat. Det innebär att en del personer med nedsatt arbetsförmåga saknar eller har fått mer begränsade möjligheter att pröva ”lättare” arbetsuppgifter. Detta ses som ett stort problem för rehabiliteringen och sysselsättningen i samhället.

Det blev nån reform och allting gick över i kommunernas regi, stadsdelarna skulle spara, allting försvann.

Jag tycker att det mer ligger åt landstingens ansvarsområde. Det har ju funnits inom psykiatrin på vissa ställen, att man har haft dagvårdscenter, men det har man ju också dragit ner på.

Det finns inte plats för dom som har lite små defekter.

Enligt intervjupersonerna finns det lönebidragspengar, men inga lönebidragsarbeten, vilket innebär att sjukfallen kan bli väldigt långa och ofta slutar i en tidsbegränsad sjukersättning (tidigare benämnd förtidspension).

Det är resurser hos Arbetsförmedlingen, för jag tror att dom inte har tid att leta dom där lönebidragsarbetena.

Slutsatser och förslag

Det rådde en stor enighet mellan de fyra intervjugrupperna om vilka problem och hinder som finns inom hälso- och sjukvården. Intervjupersonerna uttryckte sina erfarenheter med en säkerhet som gjorde att synpunkterna verkade genomtänkta och välgrundade. Eftersom studien omfattar ett begränsat antal intervjuer kan resultatet inte generaliseras, men det kan ändå utgöra ett underlag för diskussioner om förändringar och utveckling för att

eliminera hinder för en optimal sjukskrivning. Nedanstående punkter har av intervjupersonerna från försäkringskassan identifierats som faktorer som, i olika utsträckning, påverkar sjukskrivningarna negativt. Underförstått föreslås att varje problem bör åtgärdas, men några förslag uttalades explicit. Dessa framgår i anslutning till respektive problem.

Läkarna inom primärvården har svårt att bedöma arbetsförmågan hos patienter med svårbedömda symptom. Det finns, till exempel, ingenstans att remittera patienter med psykiska besvär, såvida det inte handlar om allvarliga psykiatriska tillstånd.

Medicinska underlag som försäkringskassan får från läkare är ofta undermåliga och kräver komplettering. Det är också ett problem att det dröjer länge innan begärda underlag inkommer. Läkarna upplevs sakna incitament att snabbt ge försäkringskassan de medicinska underlag som systemet kräver. Detta kan tänkas förlänga sjukskrivningarna.

Remisser som skickas till specialistvården skapar långa väntetider och ibland ”försvinner” remisser, vilket fördröjer behandling samt förlänger sjukskrivningen.

Läkare inom primärvården har för lite tid för patientbesök och hinner inte diskutera patientens situation ordentligt. Det tar längre tid att motivera en patient att inte vara sjukskriven än att skriva ut ett läkarintyg. Tidsbristen gör att telefonsjukskrivningarna ökar. Läkarnas tidsbrist ökar och förlänger sjukskrivningarna.

Förslag: Differentiera tiden för patientbesök, med hänsyn till patientens besvär och ålder (i arbetsför ålder eller inte).

Läkaren har två roller dels som patientens ombud, dels som medicinsk sakkunnig. Det uppfattas som ett dilemma för många läkare, vilka i första hand verkar se sig som patientens ombud. Det kan innebära att om patienten vill bli sjukskriven så sjukskriver läkaren, vilket troligen innebär att sjukskrivningarna blir fler och längre.

De s.k. stafettläkarna tar inte ett långsiktigt ansvar för sina patienter och har inte samma känsla för historiken i sjukfallet. De sjukskriver en period utan att närmare ”sätta sig in i” patientens situation. Detta förlänger antagligen sjukskrivningarna.

Vissa privatläkare bör inte ha sjukskrivningsrätt.

Förslag: Hårdare kontroll av de läkare som missbrukar sjukskrivningsrätten och ”säljer” läkarintyg.

Hierarkier och statuskillnader inom hälso- och sjukvården påverkar sjukskrivningarna negativt. Sjukhusläkare ”lämpar över” sjukskrivningarna på primärvårdsläkarna, som inte alltid har rätt kompetens att bedöma alla patienter. Primärvårdsläkarna ses som ett B-lag, såväl inom som utanför läkarkåren.

Primärvården behöver stärkas kompetensmässigt. Läkarna bör ha tillgång till resurser med olika former av kompetens. Det kan vara sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och läkare med fördjupad utbildning. Många saknar försäkringsmedicinsk kompetens. Nyutbildade läkare skulle behöva en mentor under en viss tid.

Förslag: Inför multidisciplinära team inom primärvården.

Förslag: Mer utbildning av läkare i försäkringsmedicin.

Inom företagshälsovården skulle förutsättningar kunna finnas att göra bra arbetsförmågebedömningar, vilket många läkare i dag saknar kompetens att göra.

Förslag: Satsa på en stark och utbyggd företagshälsovård.

Bristen på gemensamma mål för försäkringskassan och hälso- och sjukvården försvårar arbetet med att förhindra och förkorta sjukskrivning.

Det saknas bra metoder att mäta produktionens kvalitet och kvantitet inom hälso- och sjukvården. Till exempel mäts antalet patientbesök, men inte andelen patienter med förkylningar respektive svårbedömda besvär, vilka innebär skilda insatser från läkarens sida.

Förslag: Följ den enskilde läkarens sjukskrivningsmönster (jämför läkemedelsförskrivningen)

Samverkan mellan olika aktörer bör utvecklas. För att skapa incitament för vården att delta i samverkansarbete måste tid som används till detta värdesättas inom landstinget.

Förslag: Avsätt tid för samverkansarbete.

Det råder en stor brist på arbetsträningsplatser och lönebidragsarbeten.

DELSTUDIE 5
INDIVIDUELLA INTERVJUER

Kristina Alexanderson
Lena Ekenvall
Anna Löfgren

Sektionen för personskadeprevention,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet, Stockholm

BAKGRUND OCH SYFTE

Syftet med intervjuerna har varit att få ytterligare information om problemområden och vidtagna åtgärder, som komplement till det som finns i litteraturen. Ett annat syfte har varit att få tips om relevanta kontakter, projekt och litteratur samt att stämma av giltigheten i fynden under projektets gång.

MATERIAL OCH METOD

Tjugo individuella intervjuer av personer med specialkunskaper inom området har genomförts. Flera av dessa har varit aktiva i olika samverkansprojekt, arbetar som läkare eller är på annat sätt verksamma inom området. Urvalet av intervjuade har baserats på att få kompletterande information, utifrån projektets syfte, till datainsamlingen via litteratur och fokusgruppsintervjuer. En lista om ca 50 personer med kunskap och erfarenhet inom området sammanställdes och kontaktades för att få spridning vad gäller organisationstillhörighet, erfarenhet, kön etc. Av dem som inbjudits till intervju har samtliga tackat ja till att delta.

De tre intervjuerna, Lena Ekenvall, Kristina Alexanderson och Anna Löfgren, konstruerade en kortfattad intervjuguide med grundläggande frågor kring vilka problem de intervjuade ser inom hälso- och sjukvården när det gäller hantering av sjukskrivningar, vilka åtgärder för att lösa dessa problem som de intervjuade känner till samt en fråga kring relevanta publikationer och insatta personer att prata vidare med. Guiden modifierades beroende på den intervjuades specialkunskaper. Intervjuerna varade allt från ca 20 minuter till över två timmar. De genomfördes på olika ställen; på vederbörandes arbetsplats, på Karolinska Institutet eller i någon annan lämplig lokal. Några genomfördes som telefonintervjuer. Anteckningar togs under intervjun och sammanfattades sedan skriftligt. Resultaten har använts som underlag vid val av andra kontakter och för inskaffande av litteratur. Vidare har resultaten av intervjuerna använts för validering av resultaten i övriga datainsamlingsmetoder. En sammanställning av problem och prövade åtgärder har gjorts, med sammanfattningarna av intervjuerna som grund.

Problemen och åtgärderna som presenteras är både av mer generell och mer specifik karaktär. Resultaten av intervjuerna presenteras i korthet i punktform, uppdelat på några olika teman.

Följande personer har intervjuats:

Peter Allebeck, professor i socialmedicin

Ola Andersson, verkställande tjänsteman, Delta, Hisingen

Britt Arrelöv, allmänläkare, dr.med.vet., Stockholms läns landsting

Erling Cronqvist, Socsam Laholm

Katarina Enqvist-Bolin, projektledare, RAR, landstinget Sörmland

Ulla Gustavsson, ordförande Försäkringskassaförbundet

Kjell-Åke Hansson, försöksledare, Socsam 5S, Grästorp

Sven-Olof Krafft, försäkringsöverläkare, Västra Götaland

Claes Lenngerd, försäkringsöverläkare, försäkringskassan Borås

Margareta Liljeqvist, utredare hälso- och sjukvårdspolitik, Landstingsförbundet

Annika Lundin, chef för Kärra vårdcentral, Hisingen

Monika Löfvander, distriktsläkare, dr.med.vet., Stockholm

Kerstin Marinko, företagsläkare, blivande ordförande Svensk företagsläkarförening

Monika Mortimer, dr. med. vet. Arbetslivsinstitutet

Karola Norell, chef för personalutveckling, Landstinget Gävleborg

Margareta Palmberg, Riksförsäkringsverket

Sven Rosén, allmänläkare, försäkringsläkare, läkare på AF - rehab, Värmlandsmodellen

Karl-Edward Rudebäck, allmänläkare Västervik, dr med vet

Torbjörn Rudström, försäkringsläkare, företagsläkare

Helene Sandmark, med dr, universitetslektor, Karolinska Institutet och Örebro universitet

RESULTAT

De problem och åtgärder som presenteras i resultat-delen är korta sammanfattningar i punktform av intervjuer som varade mellan 20 minuter och 2 timmar. Problemen och åtgärderna presenteras utan markering över vem som sagt vad, hur många gånger samma tema kommit upp och vilken relevans olika uttalanden kan tänkas ha. Texten ska ses som en uppräkningslista utan inbördes ordning på olika problem och åtgärder som kan komma upp i samband med diskussioner om sjukskrivning. Det finns både överensstämmelser och motsägelser i materialet, tolkningarna överläts till läsaren.

Problem

Brist på samordning med andra aktörer

- Rehabilitering riskerar att utebli på grund av brist på samordning mellan aktörer, trots nuvarande vårdprogram och strategier.
- De olika system som patienten rör sig inom stödjer inte varandra. En läkare kan till exempel träffa en patient utan att veta om att personen är sjukskriven, eller få annan viktig information.
- Problem om patienten får olika budskap från olika aktörer i hälso- och sjukvården, exempelvis om patienten remitteras till rehabiliteringsutredning och sedan kommer tillbaka därifrån till vårdcentralen med en ”beställning” på ett visst antal dagars sjukskrivning.
- Om mottagningsköterskan vid tidsbeställningen ger patienten intrycket att sjukskrivningen i stort sett är självklar och oproblematiserad, gör detta att det blir svårare för läkaren att ha en förutsättningslös diskussion.
- Svårt att sjukskriva arbetslösa på deltid eftersom arbetsförmedlingen helst inte vill ha halvtidssjukskrivna.
- Oklart för de inblandade vilket ansvar de olika aktörerna kring patienten har.
- Olika aktörer har olika mål med sin verksamhet.
- Dålig samordning gällande patienter med psykisk ohälsa.

Relationen till arbetsgivaren

- Arbetsgivaren har rehabiliteringsansvar men får inte automatiskt tillgång till diagnos och andra uppgifter kring patienten. Läkaren måste be om tillstånd av patienten för utlämnande av uppgifter.
- Sekretesslagstiftningen hindrar läkare och arbetsgivare att prata fritt kring patienten.
- Tidskrävande för läkaren att kontakta arbetsgivaren, varför detta ofta inte sker, utan patienten sjukskrivs och inget mer.

Läkares kunskaper

- Läkare har för dåliga kunskaper kring förebyggande sjukpenning.
- ICF, den nya klassificeringen av förmåge- respektive aktivitetsbegränsning, är inte känd bland läkare.
- Begreppsförvirrig kring vad som är funktionsnedsättning på organnivå respektive arbetsförmågebegränsning.
- Kunskap saknas kring hur man på ett lämpligt sätt avbryter en sjukskrivning, särskilt inom psykiatrin.
- Läkare har svårigheter att hantera sjukskrivningsärenden som grundas på andra skäl än rent medicinska.
- Kunskap saknas kring hur man ska fylla i intyget.
- Värdefullt med bra ”verktyg” i arbetet med sjukskrivningar.
- Bristande kunskaper om varför regelverket ser ut som det gör.
- Kunskap saknas kring vilka tidsramar som är lämpliga att hålla sjukskrivningen inom.
- Läkare behöver mer kunskap kring vilka rehabiliteringsmöjligheter som finns.
- Läkaren har inte kompetens att göra bedömningar av arbetsliv och social situation.
- Läkare behöver mer kunskaper kring hur man hanterar den växande psykosociala sjukligheten.
- Läkare har för lite kunskap kring vilka konsekvenser en felaktig sjukskrivning får.
- Läkarna har för dålig utbildning i förhållande till den makt de har på området.

Medicinskt underlag

- Underlaget upplevs som krångligt att fylla i och dessutom kan alla kryssrutor uppfattas som ”förmynderi”.
- Läkare uppfattar den stora mängden kryss som besvärligt när det gäller korta sjukskrivningar.
- Problem med att medicinska intyg i datoriserad form hanteras i många olika sorters system.
- Besvärligt att inte kunna se hela intyget samtidigt på skärmen.

- Svårt för försäkringskassan att få svar från läkare angående ofullständigt ifyllda intyg. Patienten är vanligen sjukskriven i väntan på att läkaren skickat in alla intyg och handläggaren kan göra en bedömning.
- Det medicinska underlaget kan väcka irritation hos patienten, särskilt inom psykiatri.
- Problematiskt i de fall där läkaren bara skriver en diagnos och inte en bedömning av funktionsförmågan, vilket ska vara med på underlaget.

Multidisciplinära team

- Läkare måste förstå vilka uppgifter som ligger inom deras kompetens och ansvarsområde och kunna lämna över de delar de inte behärskar till andra yrkesgrupper.
- Svårare med sjukskrivningar för primärvårdsläkarna som sitter ensamma och inte kan diskutera med andra läkare.
- Arbetet i team gör ibland att andra yrkesgrupper har närmare kontakt med patienten och därför ”styr” sjukskrivningen mer än läkaren. Läkaren blir ”gisslan” och tvingas skriva intyg de andra kräver.
- Psykologer har ett annorlunda arbetssätt, med principer om ömsesidigt förtroende där man inte utelämnar vad som händer till andra. Detta leder till svårigheter i teamsamarbete.
- Psykologer har ofta inte ingått i multidisciplinära team och därför har deras kompetens inte kunnat tas tillvara.
- Läkarna kan vara misstänksamma mot att jobba i team till att börja med, men att när de lärt sig det sättet att arbeta, uppskattar de det.

Arbetsmarknaden

- Arbetsmarknaden har inte plats för personer som inte kan prestera till hundra procent.
- Stora problem att ”friskskriva” någon när man vet att personen inte kan få jobb eller inte är önskad tillbaka på jobbet.

Medikalisering

- Vården medikaliserar andra problem än sjukdom på grund av brist på andra försörjningsalternativ än sjukskrivning. Gränsdragning mellan social missanpassning och sjukdom kan vara svår.

Relationen med patienten

- Läkare tänker att ”om jag inte sjukskriver går patienten till någon annan”.
- Yngre läkare rädda att bli anmälda vilket bidrar till att de inte vågar säga nej till sjukskrivning om patienten kräver det.
- Problem i sjukskrivningshänseende om man på mottagningen tänker i banor av att ha ”nöjda kunder”.

- Specialisterna ger intryck av att det kan vara farligt för patienten att arbeta, vilket ofta inte behöver vara fallet.

Väntetider

- Väntetid till bedömning och behandling.
- Passiva väntetider är inte bra för patienten.
- När patienten skall på olika undersökningar och ha kontakt med flera aktörer skulle detta kunna ske parallellt, istället för en sådan process i taget. Det senare innebär mycket längre väntetider än vad som skulle behövas.

Brist på specialistresurser

- Problem för primärvårdsläkaren om det inte finns psykiatrispecialister att tillgå, de måste då ta dessa patienter själva trots kunskapsbrist gällande allt från behandlingsplaner till sjukskrivning.
- Specialistläkare har för få återbesökstider.

Ekonomiska incitament

- Ersättning per besök ett problem, ger inte förutsättningar för goda sjukskrivningar. Läkaren måste ges tid för att till exempel kunna motivera patienten till arbete.
- Viktigt att avtalen med de privata vårdcentralerna gynnar goda sjukskrivningar eftersom man gör det som beställts och det man ersätts för och inget annat.
- Hur avtalen med vårdcentralerna skrivs styr på vilket sätt de arbetar. Ekonomiska incitament i form av betalt per patient eller avtal som bygger på en bredare grund ger potentiellt olika sjukskrivningsmönster.
- Ersättningssystemen i den offentligt finansierade primärvården motverkar samverkan.
- Läkare vill inte delta i rehabiliteringsmöten eftersom de inte får någon ersättning.
- Läkarna ser inte de pengar som försäkringskassan betalar för deras intyg eller avstämningsmöten.
- Att ha många patienter på väntelista gör att kliniker kan visa att de behövs, vilket ger pengar till verksamheten, men utan att kön nödvändigtvis försvinner.
- För att göra ett bra Särskilt läkarutlåtande, SLU, till försäkringskassan krävs minst två patientbesök, men man får bara betalt för ett.
- Valfrihet i vården för patienterna i kombination med anbudsförfarande vid beställning av vård kan innebära att läkarna inte nekar en patient sjukskrivning av andra skäl än sådana relaterade till arbetsförmågan, exempelvis ekonomiska.
- Vårdcentraler konkurrerar om patienterna, som går emellan dem för att få det de vill.
- Många läkare känner inte till att en ersättning betalas ut till läkarens arbetsgivare i samband med avstämningsmöten.

Relationen till försäkringskassan

- Läkare ha bättre samarbete med försäkringskassan - en ”bro” mellan organisationerna.
- Att ha en handläggare från försäkringskassan placerad på vårdcentralen uppskattat.
- Handläggare från försäkringskassan på vårdcentralen är inte bra ur ett rättsäkerhetsperspektiv. Risk finns att handläggare och läkare pratar ihop sig i förväg.
- Viktigt ta in försäkringskassan tidigt i processen.
- Försäkringskassan hör inte av sig när läkaren kryssar i en önskan om kontakt på det medicinska underlaget.
- Försäkringskassan har ofta mer information om patienten än den enskilde läkaren.
- Ofta svårt att få till stånd direktkontakt mellan försäkringskassan och behandlande läkare.
- Brister i kontinuiteten för patienten.
- Svårt att få med FK på rehabiliteringsmöten.
- Att olika handläggare ansvarar för olika saker hos en och samma patient upplevs som osmidigt för läkaren.

Övrigt

- Svårt med datajournaler när det gäller att se patientens sjukhistorik, pappersjournal bättre ur den synvinkeln.
- Svårt att bedöma arbetsförmåga utan att ta andra hänsyn än rent medicinska, tex humanistiska, ekonomiska, sociala och etiska.
- Läkarbrist och inhyrda läkare gör att helhetssyn på sjukskrivning försvåras.
- För många läkare i primärvården kan ge högre sjukskrivningstal.
- Hälso- och sjukvården är dålig på att bedöma patienters funktionsförmåga.
- Läkaren bedömer patientens bedömning av arbetsförmågan, inte arbetsförmågan i sig.
- Förlängningar av sjukskrivningar på telefon är ett stort problem.
- Ingen tar ansvar för frågan.

Förslag till åtgärder

Samverkan/samordning

- Inför case managers som följer patienten.
- Utveckla ett gemensamt förhållningssätt på hela vårdcentralen, gemensamma mål.
- Skapa personliga nätverk mellan de inblandade aktörerna.
- Hitta former för att kunna arbeta med patienten i olika processer samtidigt. ”Samtidigarbete”, snarare än samarbete.

- Personalen på vårdcentralen har ett gemensamt förhållningssätt och gemensamma mål och starkt stöd från ledningen för att kunna hålla en gemensam linje i sjukskrivningsfrågor.
- Samlokalisering av olika myndigheter som behöver samarbeta.
- Skapa samarbetsformer på ”systemnivå”.
- För att implementera nya arbetssätt krävs att ledningen engageras.
- Sjukskrivningskommittéer som kan utgöra ett forum för diskussioner kring utbildningsinsatser, analys av sjukskrivningsmönster med mera. Fokus är på primärvården. Deltagarna i kommittén ska vara allmänläkare, psykiater, kurator, försäkringskassehandläggare, försäkringsläkare.
- Sjukskrivningskommittéer kan vara ett sätt för ledningen i landstinget att ta ansvar för frågeställningarna.
- För att få igång engagemanget måste det finnas en politisk ledningsgrupp och sen måste alla nivåer samverka.

Försäkringskassan

- FK bör kunna köpa in tjänster av medicinsk karaktär.
- Låt även små producenter, t ex företagsläkare, få rehabiliteringsfall, inte bara de stora aktörerna. De skulle ha mer tid för de svåra fallen och kunna ”coacha” patienten bättre.
- Krypterad e-post skulle kunna vara en lösning på kommunikationsproblemen med försäkringskassan.
- Ha handläggare från försäkringskassan på vårdcentralen. Leder till en levande diskussion kring de olika myndigheternas uppdrag. Viktigt att läkaren har tillgång till stöd från FK när patienten sitter i rummet.
- Bra att hålla rehabiliterings- och avstämningsmöten på vårdcentralen för att få läkaren att komma.
- Ha både utrednings- och samordningskompetens placerad i primärvården för att inte teamarbetet kring patienten ska brytas.
- Skapa bättre relationer och mer samarbete mellan försäkringskassans personal och läkarna.
- Låt försäkringskassan ta fram statistik på vårdcentralnivå kring sjukskrivning samt sjukhistorik i enskilda ärenden. Svart på vitt på den enskilde läkarens sjukskrivning gör att läkarna förvånas över hur få problemfallen är.
- Feedbacksystem där varje läkare får feedback på de egna sjukskrivningarna i förhållande till andra läkare.
- Låt patienten hålla i vissa kontakter med försäkringskassan. Om försäkringskassan var mer lättillgänglig för patienten slapp läkaren ta tid till att kontakta dem i varje fråga.

Samarbete med arbetsgivaren/arbetsförmedlingen

- Mer samarbete mellan läkare och arbetsgivare, som är den som har rehabiliteringsansvaret.
- Sjukskrivande läkare bör ta direkt kontakt med arbetsgivaren.
- Tidigt få in arbetsgivaren i processen.
- Kontaktperson i vården som arbetsgivaren kan vända sig till om det blir problem.
- Patienter bör kunna sjukskrivas på halvtid genom att ha 8 timmars närvaro men 4 timmars effektivt arbete.
- Specialister, t ex inom psykiatri, borde komma ut till arbetsplatserna och se hur arbetsträningen fungerar så de vet vad patienterna klarar.
- Läkaren ska kunna skriva remiss till arbetsförmedlingen och föreslå att de tittar på möjligheterna att hitta ett annat arbete.

Företagshälsovården

- Använd företagshälsovården som en resurs i planeringen av hur arbetsplatsen kan anpassas.
- Bra med tydliga roller mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården. Ur den synpunkten en fördel att företagshälsovården inte får nyttja röntgen, labb mm.
- Primärvården skulle kunna ta företagshälsovården till hjälp mer än idag. Svårt som det ser ut nu p g a organisation och finansiering.
- Kontakta företagshälsovården tidigt, även om patienten inte är färdigutredd eller behandlad för att initiera parallella processer.

Samverkan med övriga samhället

- Flytta ut viss verksamhet utanför vården, till exempel samtalsgrupper, motion med mera.
- Arbeta med ”goda exempel” i stället för rekommendationer.
- Skapa spridningseffekter i de kommuner som har SOCSAM.

Förlängning av sjukintyg

- Inför lag på att sjukskrivning ska vara förenad med ett möte med patienten, utom i vissa undantagsfall.
- Gör fysisk undersökning av patienten vid vartannat besök.

Utbildning av läkare

- Läkare behöver kunskaper som sitter så grundmurat att de kan arbeta reflexmässigt med sjukskrivningsfrågor. Sätt att nå detta är att ge tid till kvalitetssäkringsarbete
- Få läkare att ändra attityder och ta till sig icke-medicinska kunskaper.
- Se till att utbildningen i försäkringsmedicin för läkare har klinisk relevans. Den ska ge verktyg i arbetet.

- Utbilda läkare i försäkringsmedicin.
- Utbilda läkare i att bedöma funktionsförmåga.
- Lära läkare säga nej utan att avvisa, utbilda i kommunikationsfärdigheter t ex genom rollspel.
- Ändra på läkares grundutbildning, måste lära sig att se hela människan.
- Använda de projekt som redan finns i utbildningssammanhang.
- Utbilda handledare till FQ-grupper. Utbildningen ska ges av läkare som kan försäkringsmedicin, har kliniskt kunnande och tillgång till en icke-medicinsk verktygslåda.

Patientmötet

- Viktigt att ge patienten hjälp till självhjälp.
- Ge sjukskrivningen samma tyngd som att exempelvis skriva ut benzodiazepiner. Inse att det är lätt att ta till men kan vara svårt att bryta.
- Formulera sjukskrivningen som en åtgärd med risker i samtalet med patienten: ”Nu tar vi en risk, vi prövar en farlig behandling (dvs. sjukskrivning) i fyra veckor och så utvärderar vi sedan.”
- Utforma gemensamma strategier för att hantera olika typer av situationer.
- Ge korrekt information till patienten tidigt och på ett pedagogiskt sätt.
- Man måste göra helhetsbedömningar av sjukskrivningens betydelse för livskvaliteten. Vårdbehovsbedömningen ska vara en helhetsbedömning.
- Att inte låta patienten ta kommandot under konsultationen utan själv ta upp sjukskrivningsfrågan tidigt under mötet.
- Läkaren måste vara bestämd även när ingen medicinsk förklaring kan hittas.
- Läkaren bör vara redo med ordinationer om vad patienten ska göra under de 2-4 veckornas sjukskrivning.
- Ge den blankett angående arbetsgivarens rehabiliteringsutredning till patienten och be denne fundera över den och sedan gå till sin arbetsgivare och diskutera. Många patienter återkommer inte med blanketten utan har återgått i arbete.
- Sjukgymnasternas roll är att vara pedagoger snarare än behandlare.
- Läkare måste kollektivt utveckla strategier för att försöka ”normalisera” patientens tillstånd i stället för att medikalisera.
- Läkaren måste lära sig förklara för patienten att det är normalt att ha ont/vara orolig/få psykosomatiska reaktioner om man t ex inte blir sedd på sin arbetsplats.
- Be patienten om tillstånd att kontakta arbetsgivaren. Detta för att arbetsgivaren ska kunna fullfölja sitt rehabiliteringsansvar.

Samarbete med andra yrkesgrupper än läkare

- Läkaren måste ta hjälp av andra yrkesgrupper.
- Inför multiprofessionella team, där även försäkringskassan finns med.

- Läkaren måste skilja på helhetssyn på och totalansvar för patienten, det senare hör inte till läkarens kompetens eller uppgift.
- Friare grundbemanning på vårdcentralen, läkare har hittills definierat arbetsorganisationen och så behöver det inte vara.
- Ha en stark grundbemanning med hela team på alla vårdcentraler.
- Få med kuratorer i arbetet.
- Tillför psykosocial kompetens i primärvården.
- Viktigt att det finns flera olika yrkesgrupper i vården. Bättre bedömningar i enskilda ärenden om man arbetar i multidisciplinära team.

Läkarens psykosociala arbetsmiljö

- Ge stöd till läkaren efter att man nekat någon sjukskrivning, kanske även om man bifallit.
- Kollegialt stöd inom verksamheten. Göra upp med varandra hur man ska förhålla sig så brukar det inte bli något problem.
- Stöd från ledningen, gemensamt förhållningssätt.
- Systematisk reflektion bland personalen kring arbetssättet.
- Ledarskap som tar tillvara på personalens reflektioner kring arbetet.
- Mer pengar till kvalitetskontrollarbete på vårdcentralnivå i sjukskrivningsfrågor och konsultationsteknik.

Väntetider

- Mer värdefullt med förstärkningar på undersökningssidan än behandlingssidan.
- Tillför extra pengar för att korta köerna.
- Låt samverkansgrupper poola pengar till att korta väntetider.
- Aktiv sjukskrivning viktigt.

Tidiga bedömningar och insatser

- Påskynda tempot i sjukskrivningsfallen, särskilt de som redan initialt känns problematiska.
- Frigöra resurser för de svåraste fallen tidigt.
- Tidig intervention viktigt.
- Tidig bedömning viktigt.
- Snabb tillgång på resurser viktigt.
- Höja kvaliteten i de tidiga bedömningarna.

Tillgång på specialistresurser

- Tillräckliga resurser måste tillföras psykiatrin så att man klarar att ta hand om de fall vårdcentralen inte klarar av.

- Psykiaterkonsult i primärvården.

Ekonomiska incitament

- Landstingsförbundet föreslår att man ska skapa ekonomiska incitament för att minska sjukskrivningarna genom att insparade pengar från FK ska gå tillbaka till landstingen. Dessa pengar kan användas som bonus, till utbildning etc.
- Skapa ett belöningssystem riktat mot kvalitetsarbete i sjukskrivningsfrågor och samverkan.
- Det är inte fler resurser som behövs, utan att nuvarande resurser används bättre.

Övrigt

- En fördel att kunna erbjuda behandlingar lokalt vilket gör att fler kan sjukskrivas på deltid.
- Omorganisationer krävs, inte fler läkare generellt.
- Ledningen, både på landstingsnivå, sjukhusnivå/primärvårdsnivå, kliniknivå/vårdcentralnivå måste ta ansvar för frågan, hur den handläggs och för kvalitetssäkring av arbetet.

Prövade åtgärder

- Arbete i multidisciplinära team gör att personalen blir duktigare i sitt eget yrke och ser sitt eget arbete i relation till de andras vilket ger en känsla av meningsfullhet i arbetet.
- Att använda SASSAM (en metod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering som har utvecklats av försäkringskassan) i samband med rehabiliteringsutredningar kan vara ett bra sätt att göra patienten delaktig. Användas av vissa i samband med utfärdande av SLU (särskilt läkarutlåtande).
- Försök med rehabiliteringsgaranti har inte lyckats eftersom för få patienter har kommit in beroende på brist på patienter, att man glömmer bort, att patienten inte vill träffa rehabteamet, läkaren har inte tid, patienten vill inte att arbetsgivaren ska blandas in.
- FINSAM Västra Sandviken blev lyckat, fick pengar över som användes till projekt om arbetsliv och hälsa.
- KBT i primärvården i Falun har fungerat bra.
- Fler vårdcentralsläkare gav högre sjukskrivningstal i Grästorp.
- ”Stafettläkare” ger längre sjukskrivningar finns det exempel på från Tanums vårdcentral.
- FQ-grupper är ett bra instrument för kvalitetskontroll.
- En ”hot-line” för läkare till försäkringskassan har varit uppskattad av läkarna.
- ”Direktremisser” till sjukgymnast vid maximalt 5 tillfällen utan remiss från läkare fungerat bra.

DISKUSSION

Detta material har inte samma vetenskapliga stringens, varken i datainsamling eller bearbetning, som de i övriga delstudier, men trots detta stämmer resultaten väl överens med resultaten i samtliga dessa, och bekräftar dem i stor utsträckning. Samtidigt blir spridningen i resultat tydlig även här. Erfarenheter och synpunkter skiftar på flera sätt. Det som går som en röd tråd igenom flertalet intervjuer är dock dels behovet av att ett centralt ledningsansvar tas för dessa frågor, dels behovet av samverkan med inblandade aktörer.

DELSTUDIE 6

ENKÄT TILL LÄKARE OM ARBETET MED SJUKSKRIVNING

Kristina Alexanderson¹ professor i socialförsäkring
Britt Arrelöv² Med Dr, överläkare
Eva Karlsryd³, fil mag sociologi, FoU-samordnare
Anna Löfgren¹, med mag folkhälsovetenskap
Sari Ponzer⁴, docent, universitetslektor, överläkare
Elsy Söderberg⁵, fil mag, med mag folkhälsovetenskap, FoU ansvarig
Heléne Thomsson⁶, fil dr i psykologi

¹Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

² Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting

³Försäkringskassan, Länskontoret Stockholm

⁴Institutionen Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholm

⁵Försäkringskassan Östergötland och Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsa och samhälle, Hälsouniversitetet, Linköping

⁶Transferens AB, Stockholm

BAKGRUND OCH SYFTE

Denna delstudie bygger på ett projekt kring läkares kunskaper om försäkringsmedicin som genomförts på initiativ av ett nätverk av sjukfrånvaroforskare i Stockholm, ”Stockholmsnätverket för sjukfrånvaroforskning”(SNäFF). Projektet var ett samarbete med Stockholms Läns Landsting, Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan Stockholm, Försäkringskassan Östergötland, Linköpings universitet och Karolinska Institutet och finansierades av dessa organisationer.

Syftet med projektet var att få ökad kunskap om läkares arbete med sjukskrivningsärenden, med fokus på färdigheter och kunskaper samt upplevt behov av kunskaper om sjukskrivning. I förlängningen var syftet att få underlag till intervention, till exempel i form av utbildningsinsatser.

MATERIAL OCH METOD

Data om detta samlades in via en postenkät som skickades ut hösten 2004 till läkare i Stockholms och Östergötlands län. Enkätens utformning baserades på tidigare studier inom området, på dokumentation kring läkares arbete med sjukskrivning, samtal med anställda inom hälso- och sjukvård och försäkringskassa samt kontakter med två referensgrupper med bred kunskap och erfarenhet inom området. Synpunkter på frågornas relevans och utformning inhämtades från ett flertal sakkunniga och enkäten testades i en pilotstudie där 100 slumpvis utvalda läkare i Uppsala län inkluderades. Enkäten kompletterades med anledning av föreliggande projekt med frågor kring problem i arbetet med sjukskrivningar. Totalt innehöll enkäten ca 90 frågor. Projektet godkändes i ett rådgivande yttrande av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Enkäten skickades per post till läkare i de båda länen. Studiepopulationen utgjordes av alla läkare i dessa län, med undantag av dem som normalt inte arbetar med att sjukskriva patienter, till exempel geriatriker och pediatriker. Sammanlagt inkluderades ca 7.800 läkare, varav ca 1.200 stycken arbetade i Östergötlands län och övriga i Stockholms län. Två påminnelser skickades ut per post. Enkätutskick, påminnelser, inscanning av data, bearbetning av resultat och preliminära analyser har gjorts av Statistiska centralbyrån.

Svarsfrekvensen uppgick till 71,2 %. Skillnaden i svarsfrekvens mellan Stockholms och Östergötlands län liksom mellan kvinnor och män var obetydlig. Statistisk bearbetning av resultaten pågår för närvarande och här presenteras vissa preliminära resultat på några frågor.

RESULTAT

Bland de tillfrågade läkarna var det omkring en tredjedel som uppgav att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning någon gång i månaden eller mer sällan (någon gång/månad, några gånger/år, aldrig/i stort sett aldrig). 26 % möter patienter aktuella för sjukskrivning 1-5 gånger per vecka, 31 % 6-20 gånger i veckan och 7 % av läkarna träffar sådana patienter fler än 20 gånger i veckan. Det senare gäller i särskild utsträckning för ortopedier, av vilka 25 % svarat att de möter patienter aktuella för sjukskrivning mer än 20 gånger i veckan (tabell 1). Denna fråga besvarades av alla, medan resultaten på frågorna som redovisas nedan baseras på svar från läkare som sjukskriver åtminstone några gånger per år, dvs. de som svarat alternativet ”aldrig/i stort sett aldrig” finns inte med i dessa resultat.

Några av enkätfrågorna handlade om vilka delar i arbetet med sjukskrivning som upplevs som problematiskt av läkarna. På första frågan, hur ofta sjukskrivningsärenden är problematiska, svarade två tredjedelar någon gång i månaden eller mer sällan (någon gång/månad, några gånger/år, aldrig/i stort sett aldrig). 27 % angav att de upplevde detta 1-5 gånger per vecka, 6 % 6-20 gånger per vecka och 1 % mer än 20 gånger i veckan (tabell 2).

På frågan om hur problematiskt man tycker det är att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning svarade 39 % att det inte var problematiskt (knappast problematiskt, oproblematiskt), medan resterande 61 % svarade att det var ganska eller mycket problematiskt (tabell 3). Vidare svarade 53 % av läkarna att det är ganska eller mycket problematiskt att bedöma i vilken grad en patients funktionsnedsättning begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter. Endast 11 % svarade att det var oproblematiskt.

På frågan om hur problematiskt det är att hantera de två rollerna som läkare har, den som patientens läkare och den som medicinskt sakkunnig inför olika myndigheter svarade 10 % att det var mycket problematiskt, 29 % att det var ganska problematiskt och 61 % att det var knappast problematiskt eller oproblematiskt. På frågan om hur ofta läkare sjukskriver en patient för att denne ska få en högre ersättningsnivå än vad a-kassa eller socialbidrag hade gett, svarar 92 % att de "aldrig/i stort sett aldrig" gör detta. I detta fall skulle man alltså inte kunna säga att läkare agerar enbart i rollen som patientens "advokat", utan i de allra flesta fall följer gällande regler kring sjukförsäkringen. Dock var det 6 stycken läkare i materialet som uppgav att de sjukskriver för högre ersättningsnivå 6-20 gånger per vecka, vilket är anmärkningsvärt.

Andra problem som diskuteras är sjukskrivning per telefon och hanteringen av förlängningar av sjukskrivningar där en annan läkare skrivit tidigare intyg. I denna studie uppger 55 % av läkarna att det senare är mycket eller ganska problematiskt.

Telefonsjukskrivningar verkar däremot inte vara så vanliga, 47 % av läkarna sjukskriver "aldrig/i stort sett aldrig" en patient utan att träffa denne. 42 % gör det någon gång per månad eller någon gång per år, 9 % 1-5 gånger i veckan och 1 % 6-20 gånger i veckan.

Inte bara läkarens utan även patientens roll i sjukskrivningsärendena har kommit i fokus i samband med den kraftiga ökningen de senaste åren. Men att patienter skulle vilja bli sjukskrivna av andra skäl än arbetsoförmåga pga. sjukdom verkar inte vara så vanligt enligt de tillfrågade i denna studie. 19 % svarade att de möter patienter med en sådan inställning en gång i veckan eller mer, medan övriga gör det någon gång i månaden eller mindre.

I tabell 4-7 presenteras svaren på en fråga som handlar om olika anledningar till att läkare eventuellt sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Främst handlar frågan om effekten av väntetider inom vården, men även väntetider i relation till andra aktörer, till exempel försäkringskassan. 34 % av läkarna svarade att de sjukskriver patienter längre än vad som skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning inom vården någon gång per månad eller mer (någon gång/månad, någon gång/vecka, dagligen). Samma siffra gällande väntetider till utredning hos försäkringskassan är 30 % och när det gäller väntetider till behandling är den 34 %. På frågan om hur ofta avsaknad av adekvat behandling gör att man sjukskriver längre än nödvändigt svarade 24 % att de gör det någon gång per månad eller mer (tabell 4-7).

På frågan om ifall läkarna upplever att de har stöd från ledningen i hanteringen av sjukskrivningsärenden svarade en tredjedel att de inte hade det. 41 % svarade att de "i viss mån" hade stöd och 26 % att de hade stort stöd från ledningen (tabell 8).

49 % av läkarna svarade nej på frågan om det på mottagningen/kliniken finns en gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden. 37 % svarade att det ”i viss mån” fanns en sådan och 15 % svarade att det fanns en som var väl förankrad. Stora variationer tycks finnas mellan olika verksamheter, till exempel svarade dubbelt så många läkare som arbetar på vårdcentral ja på frågan än läkare inom ortopedi, 14 % respektive 7 % (tabell 9).

Till skillnad från frågan om stöd från ledningen, där olika läkarna svarade på liknande sätt oberoende av utbildningsnivå, så skiljer sig svaren kraftigt åt mellan olika utbildningsnivåer när det gäller om man har en gemensam linje eller ej. Det skulle kunna tyda på att mekanismer som t ex att läkare under utbildning byter arbetsplats ofta och inte hinner sätta sig in i rutiner med mera, har påverkan på sjukskrivningshanteringen. Detta skulle kunna vara en av förklaringarna till att läkare under utbildning upplever sjukskrivningsärenden som något mer problematiska än färdiga specialister (tabell 2).

En av de insatser som initierats för att förbättra hanteringen av sjukskrivningar är utbildningar för läkare i försäkringskassans regi. Bland de områden som läkarna svarar att de har störst behov av att fördjupa sina kunskaper och färdigheter hittas hur man ska bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning för en patient samt kunskap om vilka skyldigheter och möjligheter andra aktörer har i samband med sjukskrivning, t ex försäkringskassa, arbetsgivare och arbetsförmedling. Att skriva medicinska underlag (”sjukintyg”) däremot, var inte något läkarna ansåg att de hade behov av att fördjupa kunskapen kring. Endast 4 % av läkarna svarade att de hade stort behov av denna kunskap. 16 % svarade att de hade ganska stort behov medan 81 % hade litet eller inget behov.

Samarbete med försäkringskassan är en central aspekt av arbetet med sjukskrivningsärenden och därför ställdes en fråga kring hur läkare skulle önska att kontakterna med försäkringskassan var organiserade. Alternativen som gavs var följande: fler avstämningsmöten, generell dialog, regelbundna förutbestämda möten på försäkringskassan, regelbundna förutbestämda möten på mottagningen, kontakt via e-post/Internet, kontakt via postgång, kontakt via telefon, kontaktperson som man snabbt kan nå vid behov, handläggare från försäkringskassan placerad på mottagningen, möjlighet att få information om patientens tidigare sjukfrånvaro och möjlighet att tidigt träffa patient och försäkringskassehandläggare samtidigt. Bland dessa alternativ var det ett som urskiljde sig som extra viktigt, nämligen möjligheten att ha en kontaktperson på försäkringskassan som snabbt kan nås vid behov. Hela 50 % av läkarna svarade att det skulle vara ”mycket viktigt”. Liksom i andra frågor skiljde sig denna andel en hel del mellan olika verksamheter, bland vårdcentralsläkare uppgav 75 % att kontaktperson skulle vara mycket viktigt. 21 % av läkarna och 10 % av vårdcentralsläkarna tyckte inte detta är viktigt.

Endast 10 % av läkarna anser att det är viktigt med en kontaktperson från försäkringskassan på den egna mottagningen, medan 78 % inte anser det är viktigt. För läkare som arbetar på vårdcentral är motsvarande siffror 23 % respektive 51 %.

Den nedrustning av företagshälsovården som skett under de senaste tio åren speglas i detta material av att 47 % av läkarna svarar att de ”aldrig/ i stort sett aldrig” remitterar eller hänvisar patienter till företagshälsovården. Några få, 5 %, hänvisar dit 1-5 gånger per vecka, övriga mer sällan.

Tabell 1. Fråga: Hur ofta i ditt vanliga arbete möter du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?

Andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Fler än 20 gångar/vecka	6-20 gångar/vecka	1-5 gångar/vecka	Någon gång/ månad	Några gångar/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	Totalt %	Totalt antal
Totalt		7 ±0	31 ±1	26 ±1	7 ±0	4 ±0	24 ±1	100	5293
Kön	Män	7 ±1	31 ±1	26 ±1	8 ±1	4 ±0	25 ±1	100	2671
	Kvinnor	7 ±1	31 ±1	27 ±1	6 ±1	5 ±0	23 ±1	100	2622
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	6 ±1	28 ±2	27 ±2	5 ±1	1 ±1	32 ±2	100	458
	Pågående ST-utbildning	8 ±1	36 ±2	31 ±2	5 ±1	2 ±1	18 ±1	100	893
	Specialist	7 ±0	31 ±1	25 ±1	8 ±0	5 ±0	24 ±1	100	3871
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	23 ±3	49 ±4	15 ±3	4 ±1	1 ±1	8 ±2	100	197
	Vårdcentral	6 ±1	55 ±2	35 ±2	2 ±1	1 ±0	1 ±0	100	966
	Missbruksvård, psykiatri	8 ±1	50 ±3	22 ±2	7 ±1	5 ±1	9 ±1	100	437
	Ortopedi	25 ±3	53 ±4	14 ±3	3 ±1	0 ±0	6 ±2	100	200
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	7 ±1	34 ±1	39 ±2	9 ±1	4 ±1	7 ±1	100	1126
	Annan, ingen klinik	5 ±0	14 ±1	20 ±1	9 ±1	7 ±1	45 ±1	100	2255

Tabell 2. Fråga: Hur ofta i ditt vanliga arbete upplever du att sjukskrivningsärenden är problematiska?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Fler än 20 gångar/vecka		6-20 gånger/vecka		1-5 gångar/vecka		Någon gång/ månad		Några gånger/år		Aldrig/ i stort sett aldrig		Totalt		Antal	
Totalt		1	±0	6	±0	27	±1	30	±1	21	±1	16	±1	100	±0	3949	
Kön	Män	1	±0	6	±1	28	±1	28	±1	22	±1	15	±1	100	±0	1985	
	Kvinnor	0	±0	6	±1	25	±1	32	±1	21	±1	16	±1	100	±0	1964	
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	0	±0	9	±2	28	±3	36	±3	15	±2	12	±2	100	±0	310	
	Pågående ST-utbildning	1	±0	7	±1	29	±2	35	±2	19	±2	10	±1	100	±0	723	
	Specialist	1	±0	5	±0	26	±1	28	±1	22	±1	18	±1	100	±0	2887	
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	1	±1	10	±2	30	±4	30	±4	17	±3	13	±3	100	±0	181	
	Vårdcentral	1	±0	13	±1	46	±2	32	±2	6	±1	2	±0	100	±0	946	
	Missbruksvård, psykiatri	1	±1	5	±1	35	±3	30	±2	16	±2	13	±2	100	±0	393	
	Ortopedi	1	±1	10	±2	42	±4	29	±3	11	±2	7	±2	100	±0	185	
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	0	±0	3	±1	16	±1	34	±2	29	±1	18	±1	100	±0	1040	
	Annan, ingen klinik	0	±0	2	±0	14	±1	25	±1	30	±1	27	±1	100	±0	1184	

Tabell 3. Fråga: Hur problematiskt/oproblematiskt tycker du i allmänhet det är att hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Mycket problematiskt		Ganska problematiskt		Knappast problematiskt		Oproblematiskt		Totalt	
Totalt		18	±1	43	±1	30	±1	9	±0	100	±0
Kön	Män	15	±1	42	±1	34	±1	9	±1	100	±0
	Kvinnor	22	±1	43	±1	27	±1	8	±1	100	±0
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	24	±3	46	±3	25	±3	6	±1	100	±0
	Pågående ST-utbildning	26	±2	51	±2	19	±2	4	±1	100	±0
	Specialist	16	±1	40	±1	34	±1	10	±1	100	±0
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	11	±2	36	±4	44	±4	9	±2	100	±0
	Vårdcentral	33	±2	50	±2	16	±1	2	±0	100	±0
	Missbruksvård, psykiatri	12	±2	46	±3	35	±3	7	±1	100	±0
	Ortopedi	13	±3	46	±4	37	±4	4	±2	100	±0
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	16	±1	42	±2	33	±2	9	±1	100	±0
	Annan, ingen klinik	12	±1	37	±2	36	±1	15	±1	100	±0

Tabell 4. Fråga: Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning inom vården?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	Totalt	Antal
Totalt		2 ±0	11 ±1	21 ±1	28 ±1	38 ±1	100 ±0	3956
Kön	Män	2 ±0	12 ±1	21 ±1	28 ±1	37 ±1	100 ±0	1991
	Kvinnor	2 ±0	11 ±1	21 ±1	28 ±1	39 ±1	100 ±0	1965
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	3 ±1	11 ±2	23 ±3	27 ±3	36 ±3	100 ±0	308
	Pågående ST-utbildning	1 ±0	11 ±1	25 ±2	36 ±2	27 ±2	100 ±0	723
	Specialist	2 ±0	12 ±1	20 ±1	26 ±1	40 ±1	100 ±0	2897
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	8 ±2	21 ±3	28 ±4	25 ±3	18 ±3	100 ±0	180
	Vårdcentral	4 ±1	23 ±1	39 ±2	26 ±2	8 ±1	100 ±0	952
	Missbruksvård, psykiatri	2 ±1	11 ±2	17 ±2	26 ±2	45 ±3	100 ±0	392
	Ortopedi	6 ±2	30 ±4	27 ±3	18 ±3	19 ±3	100 ±0	188
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	0 ±0	4 ±1	15 ±1	34 ±2	48 ±2	100 ±0	1045
	Annan, ingen klinik	0 ±0	4 ±1	12 ±1	27 ±1	56 ±2	100 ±0	1181

Tabell 5. Fråga: Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos försäkringskassan?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	Totalt	Antal
Totalt		2 ±0	10 ±1	18 ±1	22 ±1	48 ±1	100 ±0	3934
Kön	Män	2 ±0	10 ±1	18 ±1	22 ±1	48 ±1	100 ±0	1975
	Kvinnor	3 ±0	10 ±1	17 ±1	23 ±1	47 ±1	100 ±0	1959
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	2 ±1	8 ±2	16 ±2	22 ±3	52 ±3	100 ±0	307
	Pågående ST-utbildning	1 ±0	7 ±1	15 ±1	23 ±2	53 ±2	100 ±0	718
	Specialist	2 ±0	11 ±1	19 ±1	22 ±1	46 ±1	100 ±0	2884
Klinik (fråga 1d)	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	9 ±2	19 ±3	24 ±3	21 ±3	26 ±3	100 ±0	180
	Vårdcentral	4 ±1	23 ±1	37 ±2	27 ±2	9 ±1	100 ±0	945
	Missbruksvård, psykiatri	4 ±1	15 ±2	27 ±2	24 ±2	30 ±2	100 ±0	394
	Ortopedi	2 ±1	15 ±3	22 ±3	26 ±3	35 ±4	100 ±0	187
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	0 ±0	2 ±0	5 ±1	19 ±1	74 ±1	100 ±0	1038
	Annan, ingen klinik	1 ±0	3 ±1	8 ±1	21 ±1	66 ±1	100 ±0	1172

Tabell 6. Fråga: Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till behandling?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	Totalt	Antal
Totalt		2 ±0	11 ±1	21 ±1	33 ±1	32 ±1	100 ±0	3930
Kön	Män	2 ±0	13 ±1	22 ±1	33 ±1	30 ±1	100 ±0	1975
	Kvinnor	2 ±0	10 ±1	20 ±1	34 ±1	34 ±1	100 ±0	1955
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	2 ±1	10 ±2	23 ±3	32 ±3	33 ±3	100 ±0	308
	Pågående ST-utbildning	2 ±1	10 ±1	25 ±2	40 ±2	23 ±2	100 ±0	714
	Specialist	2 ±0	12 ±1	20 ±1	32 ±1	34 ±1	100 ±0	2880
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	7 ±2	21 ±3	24 ±3	33 ±4	14 ±3	100 ±0	181
	Vårdcentral	3 ±1	23 ±1	37 ±2	30 ±2	6 ±1	100 ±0	946
	Missbruksvård, psykiatri	2 ±1	9 ±2	18 ±2	30 ±2	40 ±3	100 ±0	390
	Ortopedi	9 ±2	31 ±4	28 ±3	20 ±3	11 ±2	100 ±0	186
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	1 ±0	4 ±1	16 ±1	40 ±2	39 ±2	100 ±0	1039
	Annan, ingen klinik	1 ±0	4 ±1	12 ±1	32 ±1	51 ±2	100 ±0	1170

Tabell 7. Fråga: Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi)?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	Totalt	Antal
Totalt		2 ±0	7 ±0	15 ±1	22 ±1	55 ±1	100 ±0	3917
Kön	Män	2 ±0	7 ±1	14 ±1	21 ±1	57 ±1	100 ±0	1969
	Kvinnor	2 ±0	8 ±1	16 ±1	22 ±1	53 ±1	100 ±0	1948
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	2 ±1	6 ±1	19 ±2	24 ±3	49 ±3	100 ±0	303
	Pågående ST-utbildning	1 ±0	8 ±1	14 ±1	23 ±2	54 ±2	100 ±0	715
	Specialist	2 ±0	7 ±1	15 ±1	21 ±1	55 ±1	100 ±0	2873
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	3 ±1	14 ±3	24 ±3	28 ±4	31 ±4	100 ±0	180
	Vårdcentral	3 ±1	16 ±1	35 ±2	32 ±2	13 ±1	100 ±0	942
	Missbruksvård, psykiatri	3 ±1	12 ±2	20 ±2	29 ±2	36 ±3	100 ±0	393
	Ortopedi	2 ±1	4 ±1	11 ±2	18 ±3	66 ±4	100 ±0	187
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	0 ±0	2 ±0	5 ±1	15 ±1	78 ±1	100 ±0	1035
	Annan, ingen klinik	1 ±0	2 ±0	6 ±1	16 ±1	75 ±1	100 ±0	1162

Tabell 8. Fråga: Har du stöd från Din ledning i hantering av sjukskrivningsärenden?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Ja, stort stöd		I viss mån		Nej		Totalt		Antal
Totalt		26	±1	41	±1	33	±1	100	±0	3797
Kön	Män	27	±1	38	±1	36	±1	100	±0	1898
	Kvinnor	26	±1	45	±1	30	±1	100	±0	1899
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	25	±3	51	±3	24	±3	100	±0	299
	Pågående ST-utbildning	28	±2	52	±2	20	±2	100	±0	713
	Specialist	26	±1	38	±1	37	±1	100	±0	2755
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	44	±4	21	±3	35	±4	100	±0	175
	Vårdcentral	34	±2	45	±2	21	±1	100	±0	951
	Missbruksvård, psykiatri	28	±2	40	±3	33	±3	100	±0	363
	Ortopedi	24	±3	37	±4	39	±4	100	±0	181
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	19	±1	45	±2	35	±2	100	±0	1003
	Annan, ingen klinik	22	±1	39	±2	40	±2	100	±0	1106

Tabell 9. Fråga: Har ni på Din mottagning/klinik en gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden?

Skattning av andel personer angett med 95-procentiga konfidensintervall

		Ja, och den är väl förankrad		I viss mån		Nej		Totalt		Antal
Totalt		15	±1	37	±1	49	±1	100	±0	4776
Kön	Män	16	±1	34	±1	51	±1	100	±0	2389
	Kvinnor	13	±1	40	±1	47	±1	100	±0	2387
Utbildningsnivå	Läkarexamen, Leg. läkare	9	±2	37	±3	54	±3	100	±0	390
	Pågående ST-utbildning	8	±1	43	±2	50	±2	100	±0	850
	Specialist	17	±1	35	±1	48	±1	100	±0	3491
Klinik	Företagshälsovård, FK, försäkringsbolag, rehabilitering	35	±4	32	±4	33	±4	100	±0	194
	Vårdcentral	14	±1	54	±2	32	±2	100	±0	971
	Missbruksvård, psykiatri	19	±2	40	±3	41	±3	100	±0	409
	Ortopedi	7	±2	35	±4	58	±4	100	±0	193
	Gynekologi, obstetrik, invärtesmedicin, kirurgi, onkologi	11	±1	40	±2	49	±2	100	±0	1087
	Annan, ingen klinik	14	±1	26	±1	60	±1	100	±0	1881

DISKUSSION

Resultaten från enkätstudien som redovisas här är preliminära och behöver analyseras mer, ett arbete som pågår. Det finns, som framgår av delstudie 3 i detta projekt, ett flertal intervjustudier med läkare om sjukskrivningspraxis, och några enkätstudier. I denna studie är antalet läkare som inkluderats betydligt större än i andra liknande studier, och svarsfrekvensen är dessutom god, vilket möjliggör en bred kunskap kan fås från studien.

Resultaten går i linje med dem från de andra fem delstudierna i projektet. Att många läkare inte har stöd från ledningen har till exempel visats även i fokusgruppsintervjuerna. I detta material är det dock en fjärdedel som uppger att de har stort stöd från ledningen i dessa frågor, vilket är positivt.

Den stora övervikten för ”kontaktperson jag snabbt kan nå vid behov” i kontakten med försäkringskassan stämmer också väl överens med övriga delstudier.