

Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning

Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden

SONYA HÖRNOVIST BYLUND, med dr, handläggare, Staben för verksamhetsutveckling, Västerbottens läns landsting, Umeå sonya.bylund@vll.se
ULLA I JOHANSSON, med dr, forskare, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och

samhälle, sektionen för arbetsterapi, Karolinska institutet, Stockholm
CURT EDLUND, med dr, handläggare, Staben för verksamhetsutveckling, Västerbottens läns landsting, Umeå

I början av 2000-talet var en större andel av befolkningen i Sverige sjukskrivna eller hade förtidspension än i andra europeiska länder [1]. Sjukskrivningstider för samma diagnoser har varierat mellan könen och mellan olika landsdelar [2].

Genom den sk sjukskrivningsmiljarden 2006–2011 har landstingen fått ökad möjlighet att prioritera sjukskrivningsfrågorna. I Västerbottens läns landsting har medlen använts till att bli införda ett arbetssätt med syftet att förebygga eller korta ner sjukskrivningar. Detta har skett genom att bygga stabila strukturer för arbetet och en plattform för försäkringsmedicin inom landstinget, med nätverk och samarbete internt inom hälso- och sjukvården och med externa rehabiliteringsaktörer. Modellen bygger på ett pilotprojekt [3], där en modell för kartläggning av sjukskrivna personer [4] och ett arbetssätt som gynnar samverkan prövades. Betydelsen av nätverk med andra aktörer [5] och vardagslivets betydelse för arbete [6] har involverats i modellen.

Nyckelroller i Västerbottens modell

Nyckelroller i modellen har sk koordinators för sjukskrivning och rehabilitering och läkare med försäkringsmedicinskt uppdrag (FM-läkare). Koordinatorsfunktionen inrättades på alla hälsocentraler i Västerbotten och på nio kliniker vid sjukhusen i länet. I deras uppdrag ingår både organisatoriska och patientnära uppgifter, och huvuduppgiften är att samordna arbetet inom sjukskrivningsprocessen på hälsocentralen/kliniken i samarbete med verksamhetschef och övriga medarbetare och att bygga lokala nätverk med andra rehabiliteringsaktörer. FM-läkare samarbetar med koordinators i utvecklingsarbetet och ska leda enhetens läkargrupp i försäkringsmedicinska frågor.

Tidigare studier har visat att läkare uppfattar arbetet med

sjukskrivning som problematiskt [7]. Ökade krav på läkarintygens kvalitet och rehabiliteringskedjans införande kräver också större insatser. Syftet med studien var att undersöka om Västerbottens modell kan underlätta distriktsläkarnas arbete med sjukskrivningar.

METOD

Studien genomfördes med kvantitativ och kvalitativ design genom enkäter. Målgruppen var samtliga distriktsläkare i Västerbotten. Två enkäter skickades ut; en första enkät 2006 innan projektet startade och en uppföljningsenkät 2009. Enkäterna bestod av ett 40-tal frågor. I inledningen efterfrågades kön, födelseår, arbetsplats, utbildning och anställningsform. Andra frågor rörde patientkontakter, andelen sjukskrivningar och samverkan med andra yrkesgrupper och myndigheter. De flesta frågorna hade fasta svarsalternativ. Till vissa frågor fanns även möjlighet att ge egna kommentarer eller kompletterande information.

I 19 frågor undersöktes hur ofta läkarna uppfattade problem i olika sjukskrivningssituationer, t ex att skriva läkarintyg eller att bedöma i vilken grad patienten kan arbeta. Dessa frågor hade en 7-gradig svarsskala med »aldrig« på skalsteg 1 och »alltid« på skalsteg 7. Läkarna uppmanades också att beskriva vad som fungerade bra/mindre bra i sjukskrivningsprocessen och ge förslag på förbättring av arbetet med dessa frågor. I resultatdelen kompletterades statistiska uträkningar med kommentarer från de öppna frågorna.

De två enkäterna innehöll samma frågor med några undantag. I oktober 2006 skickades 181 enkäter, varav 109 (60 procent) besvarades. Den andra enkäten skickades i oktober 2009 till 206 läkare och besvarades av 141 (68 procent). Totalt 54 personer besvarade båda enkäterna.

En geografisk indelning av länet i tre regioner gjordes, eftersom arbetssättet inte tillämpades på samma sätt i hela länet.

För statistisk bearbetning användes »Statistical Package for the Social Sciences« (SPSS 18). Resultatet presenteras främst med deskriptiv statistik. Datanivån i frågorna kring läkarnas skattning av uppfattade problem betraktades som ordinaldata och redovisades med median. Jämförelse av skattningarna gjordes mellan könen och mellan de två enkäterna med Mann-Whitneys rangsummetest respektive Wilcoxon's teckenrangtest. För data på intervallskalenivå, t ex ålder och antal kontakter, angavs resultaten som medelvärde, och skillnader analyserades med t-test. När frågorna besvarats med <1, t ex i fråga om antal kontakter, användes 0,5 för

■ sammanfattat

Flera studier har visat att läkare uppfattar arbetet med sjukskrivning som problematiskt. Ökade krav på läkarintygens kvalitet kräver också större läkarinsatser.

I denna enkätstudie undersöktes effekterna av ett arbetssätt infört i Västerbottens läns landsting med medel från sjukskrivningsmiljarden.

Västerbottens modell stöder samverkan och innebär införande av funktionerna sjukskrivningskoordinator och försäkringsmedicinsk läkare.

Positiva effekter av modellen är tätare samråd med kollegor och andra yrkesgrupper, ökad teamsamverkan och förbättrad extern samverkan, främst genom koordinators insatser.

Läkarna värderar att slippa bära hela bördan själva och anser att teamarbetet leder till bättre kontroll över ärendena och skapar bättre underlag för bedömningar.

Flera problematiska arbetsuppgifter i arbetet med sjukskrivna kvarstår dock.

TABELL I. Läkarnas bakgrundsdata.

	2006	2009
Kön, procent		
Kvinnor	49	47
Män	51	53
Medelålder, år		
Kvinnor	47	44
Män	51	51
Deltidsanställning, procent		
Kvinnor	27	20
Män	15	27
Antal år sedan läkarlegitimation, medelvärde		
Kvinnor	15	14
Män	19	20
Specialistexamen, procent		
Kvinnor	74	58
Män	79	78
Antal patientbesök per vecka, procent		
1–5 besök	1	2
6–20 besök	16	14
>20 besök	83	84
Antal patienter aktuella för sjukskrivning per vecka, procent		
0 patienter	4	7
1–5 patienter	66	83
6–20 patienter	30	10
>20 patienter	–	–

uträkningar. Jämförelse mellan enkät I och enkät II gjordes både individuellt för dem som svarat på båda enkäterna och för samtliga deltagare. Signifikansnivå i statistiska analyser sattes till $P = 0,05$.

Studien betraktades som en kvalitetsutvärdering, varför ingen etisk prövning gjorts.

RESULTAT

Ungefär lika många kvinnor och män besvarade enkäterna (Tabell I). Läkarna hade fått sin läkarlegitimation för i genomsnitt 17 år sedan. Andelen med specialistexamen sjönk från år 2006 till år 2009. År 2009 var signifikant fler män än kvinnor specialistutbildade. Av läkare med specialistexamen var nära 95 procent specialister inom allmänmedicin.

Arbete i team på hälsocentralerna

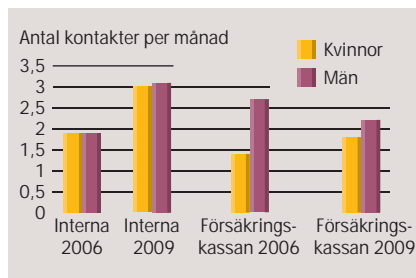
Andelen som angav att de arbetade i team ökade från 47 till 95 procent. Kvinnor uppgav i högre grad än män att de arbetade i team. På hälften av de hälsocentraler där mer än en läkare besvarade enkäten 2006 hade läkarna olika uppfattning om huruvida man arbetade i team eller inte. Den vanligaste kombinationen av professioner i teamet var arbetsterapeut, kurator, läkare och sjukgymnast.

I 2006 års enkät efterfrågades samverkan kring patienterna: »Det saknas tid att samråda kring bedömning av sjukskrivningsärenden. Ofta sitter man själv med beslutet och det känns ibland tungt. Ser fram emot någon form av teamsamverkan«, var en kommentar.

År 2009 kommenterade många läkare arbetet i team och beskrev fördelar som att det skapar samlad kompetens och ger bättre underlag för bedömningar: »Fantastiskt med teamarbete och mycket samlad kompetens runt patienten. Känns vettigt och man får stöd som Dr när det blir teambedömningar. Som med allt annat känns det då och då tidspressat ibland med alla andra uppgifter som finns.«

TABELL II. Andel av läkarna som angett att de samarbetar med olika yrkesgrupper på hälsocentralen i sjukskrivningsärenden år 2006 och 2009 redovisat för kön. Resultatet anges i procent.

Yrkesgrupp	2006		2009	
	Kvinnor, n = 53	Män, n = 56	Kvinnor, n = 65	Män, n = 73
Arbetsterapeut	49	41	79	75
Barnmorska	19	9	5	7
Dietist	6	2	6	6
Distriktssköterska	36	27	20	29
Kurator	76	68	75	79
Läkare/kollega	60	64	74	66
Sjukgymnast	85	89	92	92
Psykolog	25	27	32	26



Figur 1. Antal kontakter per månad med kollegor och Försäkringskassan.

Bättre kontroll över ärenden och regelbundenhet i gemensamma träffar och att man som läkare slipper ta hela tyngden på sig själv nämndes: »Det fina är att man jobbar i team och inte är ensam om svåra beslut. Fler tänker bättre.«

Kontakter med interna aktörer

Sjukgymnaster var den yrkeskategori som läkarna samarbetade mest med i sjukskrivningsfrågor (Tabell II). Andelen läkare som angav att de samarbetade med arbetsterapeuter ökade från 45 till 78 procent. Både 2006 och 2009 angav 40 procent att de ville samarbeta med yrkesgrupper som de inte hade tillgång till, varav de flesta ville ha tillgång till psykolog. Antalet samråd mellan kollegor ökade signifikant från i medeltal 1,9 till 3,1 per månad (Figur 1). Ingen skillnad kunde ses mellan män och kvinnor. Andelen som ansåg att de i tillräcklig omfattning hade möjlighet att samråda med kollegor ökade från 56 till 76 procent.

Kontakter med Försäkringskassan

I enkät I angav 31 procent att de i tillräcklig utsträckning hade planerade/regelbundna kontakter med Försäkringskassan. Detta ökade till 56 procent år 2009. Tre fjärdedelar av läkarna i ett område angav 2009 att de var nöjda med omfattningen av kontakten med Försäkringskassan, medan motsvarande andel i ett annat område var en fjärdedel. Skillnader mellan orter i antalet kontakter med Försäkringskassan var signifikanta. Många hade negativa kommentarer om Försäkringskassan i enkät I. Kommentarer handlade bl a om alltför få kontakter med Försäkringskassan, missnöje med bedömningar, långa väntetider, täta byten av handläggare och stelbenta och byråkratiska handläggare.

Antalet negativa kommentarer om Försäkringskassan minskade, medan antalet positiva kommentarer ökade från 2006 till 2009: »Mycket bra med rehabteam varje tisdag eftermiddag 1 timme, sedan patientbesök för att bedöma sjukskriv-

ning.« *»Styrka – samarbete mellan olika yrkesgrupper (framför allt vårdpersonal och Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan)!«*

Uppfattade problem i arbetet med sjukskrivningar

Andelen patienter aktuella för sjukskrivning var högre år 2006 (Tabell I). Många frågor i enkäten gällde läkarnas uppfattning av olika situationer i samband med sjukskrivningar. De arbetsuppgifter som uppfattades som besvärliga och de problem som förändrades mellan 2006 och 2009 presenteras i Tabell III. Kvinnorna, liksom de yngsta läkarna, uppfattade fler av de efterfrågade situationerna som mer problematiska än männen. De arbetsuppgifter som ansågs välla störst problem var att hantera sjukskrivningsärenden och bedömningar av patienter med psykosocial problematik och att överta sjukskrivningsärenden från andra.

Signifikanta förbättringar hade skett i fråga om tillgången till person som kunde samordna patientens kontakter med olika aktörer samt att hantera sjukskrivningar av gravida. Minskade problem kunde också ses vad gäller samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsärenden och att få kunskap om hur patientens sjukdom påverkat arbetsförmågan. Många av situationerna hade dock inte förbättrats, och tex tidsbrist angavs även 2009 som ett problem.

Läkarna föreslog 2009 att andra yrkesgrupper/aktörer borde göra mer i tex bedömning av arbetsförmåga/sjukdom: *»Fler direkta avstämningsmöten med FK/AF. Mindre krångel med krav på LU när patienten redan är känd och sjukskriven flera gånger. Detta ökar belastningen avsevärt på läkaren.«*

Några kommenterade 2006 bristen på samordnande funktion. Kommentarererna 2009 om koordinatörerna var positiva. Att de underlättade arbetet med sjukskrivningar och gjorde sjukskrivningarna säkrare samt skötte kontakten med patienter och andra myndigheter ansågs positivt: *»Att ha en sjukskrivningskoordinator på arbetsplatsen (hälsocentralen) underlättar väsentligt och ger säkrare sjukskrivningar, liksom antalet avstämningsmöten har ökat.«*

De 54 personer som svarade på båda enkäterna uppfattade en signifikant förbättring och minskade problem genom tillgången till en person som samordnade patientens kontakter

med olika aktörer och underlättade samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsärenden. De uppfattade också en signifikant förbättring i fråga om avsatt tid för läkarbesöket.

DISKUSSION

Denna studie utvärderade effekten av införandet av Västerbotens modell på distriktsläkares arbete med sjukskrivningar. En högre svarsfrekvens, 68 procent år 2009 jämfört med 60 procent år 2006, tyder på att intresse och engagemang för sjukskrivningsfrågor ökat. Betydligt fler lämnade kommentarer i 2009 års enkät, och dessa var mer positiva än i enkäten 2006.

Studier har visat att arbetet kring sjukskrivningar uppfattas som ett arbetsmiljöproblem [7-10]. En orsak till de uppfattade svårigheterna kan vara att det innebär ett stort mått av osäkerhet [11]. Läkarna känner sig ensamma i sitt arbete [12, 13]. Vår studie visade att antalet samråd med läkarkollegor i det närmaste fördubblades, men från en låg nivå, och att fler än tidigare var nöjda med dessa samråd kring patienten.

Fördelar med teamarbete

Ett av miljardsatsningens målområden var samverkan. Tidigare studier har visat ett lågt intresse för samarbete med andra professioner hos läkarna [14, 15]. Ståhl et al har funnit två olika synsätt på teamsamarbete där de »traditionella« läkarna betonar missnöjet med förändringar i sjukförsäkringsreglerna, medan de »samverkansorienterade« läkarna deltar i en multiprofessionell planering av rehabiliteringsåtgärder och arbetsförmågebedömningar [16].

Många i vår studie betonade värdet av teamarbete. Det som speciellt lyftes fram var att slippa bära hela bördan själv och att teamarbetet ledde till bättre kontroll över ärendena och skapade bättre underlag för bedömningar. Arbetet i team fördubblades. Att arbetet i team ökat kan bero på att koordinatörer införts och att flera hälsocentraler börjat arbeta med multimodal rehabilitering. Många av koordinatörerna var arbetsterapeuter, vilket delvis kan förklara läkarnas ökade samarbete med denna yrkesgrupp.

Positiva kommentarer om koordinatörerna

Situationer som uppfattades som problematiska år 2006 var

TABELL III. Läkarnas uppfattning om hur ofta problematiska situationer förekommer. Resultaten anges i procent (n = 98–107 respektive 125–129).

Hur ofta uppfattar Du det som problematiskt	År	7-gradig skala (1 = aldrig, 7 = alltid)						
		1	2	3	4	5	6	7
• att få kunskap om hur patientens sjukdom/skada påverkar förmågan att utföra ordinarie arbetsuppgifter?	2006 ^{1,2}	1	7	11	21	39 ³	16	5
	2009 ^{1,2}	3	12	19	22 ³	25	15	4
• att bedöma i vilken grad patienten kan arbeta trots sjukdom/skada?	2006	–	10	11	15	36 ³	22	6
	2009	–	11	20	17	31 ³	18	3
• att hantera frågor om fortsatt sjukskrivning där någon annan på vårdcentralen tagit emot ärendet och lämnar över till dig?	2006	2	7	11	10	30 ³	31	9
	2009	3	10	12	18	23 ³	26	8
• att hantera sjukskrivningsärenden när det gäller gravida?	2006 ²	5	15	14	15	20 ³	20	11
	2009 ²	5	21	16	20 ³	21	13	4
• att hantera sjukskrivningsärenden och bedömningar när det gäller psykosocial problematik?	2006 ¹	1	9	15	12	29 ³	22	12
	2009	1	8	16	15	28 ³	19	13
• att det saknas någon person som kan samordna patientens kontakter med olika aktörer?	2006 ^{1,2}	3	14	15	22 ³	12	26	8
	2009 ²	21	31 ³	14	14	8	8	4
• att det saknas samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsärenden?	2006 ²	3	6	14	20	20 ³	28	9
	2009 ²	7	25	15	17 ³	19	13	4
• att det är avsatt för lite tid för besöket när sjukskrivning är aktuell?	2006	1	11	10	12	21 ³	29	16
	2009	–	16	12	15	20 ³	29	8

¹ P < 0,05; P för skillnad mellan kvinnor och män. ² P < 0,05; P för skillnad mellan de två enkäterna. ³ Medianvärde.

att det saknades någon person som kunde samordna patientens kontakt med andra aktörer, handledning angående sjukskrivningsfrågor och samverkan mellan aktörer i sjukskrivningsärenden. I enkäten år 2009 gav många läkare positiva kommentarer om koordinatörerna, tex att de underlättade arbetet med sjukskrivningar och var viktiga för kontakterna med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten.

Antalet läkare som var nöjda med kontakterna med Försäkringskassan ökade mellan undersökningstillfällena, trots att antalet kontakter inte ökat, vilket tyder på att kvaliteten i kontakterna förbättrats och att man blivit skickligare i att ta kontakt när det behövs. I 2009 års enkät gavs många fler positiva kommentarer där man underströk betydelsen av samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten.

Antalet planerade, regelbundna kontakter med Försäkringskassan skilde sig mellan olika distrikt. För Umeås del har sannolikt det sk närsjukvårdsprojektet bidragit, ett samarbete på samtliga hälsocentraler i Umeå och dess kranskommuner där personal från hälso- och sjukvården träffar handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och social-

tjänsten för samverkan i gemensamma ärenden.

Även i flera andra studier har värdet av samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten poängterats [17-19].

Intresset för sjukskrivningsfrågor ökade

Studien visar att läkarnas intresse för sjukskrivningsfrågor ökat efter det att modellen med sjukskrivningskoordinator och försäkringsmedicinsk läkare införts. Exempel är tätare samråd med kollegor, ökad teamsamverkan och fler regelbundna kontakter med andra yrkesgrupper och med Försäkringskassan. Läkarnas arbete med sjukskrivningar har underlättats genom koordinators insatser och ökad samverkan. Läkarna uppskattade speciellt att slippa bära hela bördan själva och ansåg att teamarbetet leder till bättre kontroll över ärendena och skapar bättre underlag för bedömningar.

Flera problematiska situationer i arbetet med sjukskrivna kvarstår dock, som att bedöma i vilken grad en person kan arbeta trots sjukdom/skada.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Projektet har delvis finansierats med medel från Strategiska forskningsområdet vårdforskning (SFO-V), Umeå universitet.*

REFERENSER

- Bergendorff S. Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007. Försäkringskassan; 2009. Socialförsäkringsrapport 2009:10.
- Goine H, Edlund C. Regionala skillnader i försörjningskostnad? En analys av regionala skillnader i fem län 2003. I: Upmark M, Edlund C, redaktörer. Den komplexa sjukfrånvaron. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 141–60.
- Sackrisson L, Edlund C. Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral. Kortversion av rapport om Vindeln-projektet. Umeå: Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting; 2007.
- Hansen Falkdal A. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2005.
- Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2001.
- Johansson U, Bernspång B. Predicting return to work after brain injury using occupational therapy assessments. *Disabil Rehabil.* 2001;11:474–80.
- Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, et al. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. *SOU* 2010:107.
- von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, et al. Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(1):22–8.
- Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificate: A difficult task for physicians: A qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health.* 2009;37:57–63.
- Arrelöv B. Läkarna i sjukskrivningsprocessen. I: Palmer E, redaktör. SKA-projektet: Sjukskrivning, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv. Försäkringskassan analyserar. 2006;16: 423–77.
- Stone D. *The disabled state.* Philadelphia: Temple University Press; 1984.
- Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil.* 2002;24:727–33.
- Sawney P. Current issues in fitness for work certification. *Br J Gen Pract.* 2002;52:217–22.
- Hansson A. Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkarens yrkesroll och attityder till samarbete [dissertation]. Göteborg: Sahlgrenska akademien; 2008.
- Johansson H. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2010.
- Ståhl C, Svensson T, Petersson G, et al. The work ability divide: Holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *J Occup Rehabil.* 2009;19:264–73.
- Ståhl C. In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return-to-work and labour market reintegration [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 2010.
- Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, et al. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disabil Rehabil.* 2006;28(7):457–67.
- Jakobsson B, Bergroth A, Schöldt K, et al. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work.* 2005;24:279–90.