

Sjukvården har möjlighet att påverka sjukskrivningarna

Läkarna anser att de borde vara mer restriktiva med att sjukskriva

BRITT ARRELÖV, med dr,
medicinskt sakkunnig,
försäkringsmedicin, CVU, Forum,
Stockholms läns
landsting
britt.arrellov@sll.se



Staten och dåvarande Landstingsförbundet har tecknat en överenskommelse om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. För de insatser som genomförs under treårsperioden 2006–2008 lämnar staten enligt fastställda villkor i överenskommelsen ekonomiskt bidrag till landstingen. I länsvisa överenskommelser med Försäkringskassan ska landstingen förbinda sig att »vidta strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården«.

Underlag till överenskommelsen är en rapport om problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning och Socialstyrelsens tillsynsrapport kring sjukskrivningsprocessen [1, 2]. Socialstyrelsen fann i sin tillsyn brister i dokumentationen både i journaler och i sjukintyg, att patienterna till en stor del ansågs vara »medicinskt färdigbehandlade«, dvs att behandlande läkare inte själv förväntade sig kunna bidra till att förbättra patientens arbetsförmåga, att lokala riktlinjer och riktlinjer avseende sjukskrivningsprocessen i stor utsträckning saknades, att läkarna alltför sällan gavs möjlighet att ta till sig all information de behövde och att de ofta hade svårt att få grepp om patientens verkliga funktionsbegränsning i relation till arbetsuppgifterna. I rapporten till Socialdepartementet angavs ett antal »copingstrategier« som utvecklats i vården för att hantera sjukskrivningar.

Läkarförbundet har tagit fram ett policyprogram om sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen, i vilket man föreslår ett antal åtgärder samtidigt som man konstaterar att läkarna idag inte har de förutsättningar som krävs för att hantera sjukskrivningsuppdraget [3]. Detta uttalande får stöd av de ovan nämnda rapporterna, samtidigt som dessa påpekar att varken läkarkåren eller sjukvården tagit tillräckligt ansvar i sjukskrivningsprocessen [1, 2]. Uppfattningar av detta slag har även framförts i debatten, och läkarkåren har angetts välja långtidssjukskrivning när de inte kan bota patienterna eller få dem tillbaka i arbete [4]. Enligt författarna har läkarkåren sannolikt fått svårare att stå emot ökade anspråk på att få ett sjukintyg från individer som befinner sig i besvärliga situationer i arbetet och i livet i övrigt. I en annan rapport konstaterades att det inte finns några studier som belägger att det utvecklats ett förändrat synsätt bland läkare när det gäller bedömning av sjukdom och arbetsförmåga, men att det kan ske långsiktiga förändringar i läkarnas bedömningar, som kan innebära att fler och andra tillstånd accepteras som sjukdom och anledning till sjukfrånvaro [5].

»Kunskapen om hur beskrivna brister ska kunna åtgärdas och hur sjukfrånvaron ska kunna påverkas av sjukvården är dock bristfällig ...«

Tidigare studier och rapporter kring läkarna i sjukskrivningsprocessen har framför allt handlat om roll och praxis, bedömning av arbetsförmåga, lojalitetsdilemman och patient-läkarrelationen, upplevda problem vid hantering av sjukskrivningspatienter samt brister i intygutfärdande och försäkringsmedicinsk kompetens [1, 2, 6–10]. Kunskapen om hur beskrivna brister ska kunna åtgärdas och hur sjukfrånvaron ska kunna påverkas av sjukvården är dock bristfällig [1, 11].

Syftet med denna studie var att belysa läkares uppfattning om sjukvårdens möjlighet att förkorta eller undvika sjukskrivningar samt att undersöka om det fanns skillnader i uppfattning mellan läkare beroende på kön.

METOD/URVAL

Studien är en delstudie i Försäkringskassans SKA-projekt (sjukförsäkring, kultur och attityder) med syfte att öka kunskapen om orsakerna bakom regionala skillnader i sjukfrånvaro [12]. Undersökningen genomfördes som en postenkät med tre påminnelser. Enkäten innehöll totalt 51 nummerade frågor och totalt cirka 140 delfrågor om sjukförsäkring och sjukfrånvaro. I denna studie har de frågor analyserats som belyser den aktuella frågeställningen.

Undersökningspopulationen utgjordes av 4 200 verksamma läkare i Sverige. Urvalsramen skapades utifrån SCBs (Statistiska centralbyråns) lönestrukturregister för läkare i offentlig sektor och Cegedims register för läkare i privat sektor. Från urvalsramen drogs slumpmässigt ett stratifierat urval (kommun/församling och privata läkare/distriktsläkare/övriga läkare i offentlig sektor). Av dessa var 33 procent distriktsläkare, 24 procent privatläkare och 43 procent övriga läkare.

Svarsprocenten var 58 procent. Bortfallet bestod av överträkning, 46 (personer som fanns i registren, men som inte tillhörde populationen), och objektsbortfall, 1 738 individer. Bortfallsanalysen visade att den geografiska svarsfrekvensen mellan länen varierade mellan 49 och 78 procent och att läkare i offentlig sektor svarade i högre grad än de i privat. Svarspro-

SAMMANFATTAT

Av en enkätstudie om läkares syn på sjukskrivningar framgår att de:

- mötte patienter som var sjukskrivna och som de inte tyckte borde vara det
- skrev sjukintyg som de inte tyckte var motiverade ur medicinsk synvinkel
- mötte patienter som inte ville bli sjukskrivna i större utsträckning än de nekade att skriva intyg
- borde vara mer restriktiva

med att sjukskriva patienter

- ansåg att sjukvården kan minska sjukfrånvaron
- behövde bättre tillgång till paramedicinska resurser.

Manliga läkare bedömde i större utsträckning än kvinnliga att läkarkåren skulle kunna göra mer för att förkorta eller undvika sjukskrivningar.

Kvinnliga läkare angav ett större behov av samarbete inom vården och tillskott av paramedicinska resurser.

TABELL I. Studiepopulationens karaktäristika.

	Alla		Kvinna		Man	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Svarande ¹ (totalt)	2 416					
Kön	2 387		1 025	42,9	1 362	57,1
Ålder, år	2 390					
–35		9,5		11,2		8,3
35–50		32,8		37,6		29,2
51–		57,7		51,2		62,5
Specialistkompetens						
Ja		86,1		83,0		88,5
Huvudsaklig arbetsplats ²						
Vårdcentral		36,8		42,6		33,7
Akutsjukvård		33,3		29,7		36,3
Privatläkarvård		17,5		14,3		19,6
Psykiatrisk öppenvård		2,4		3,5		1,5
Företagshälsovård		1,7		2,0		1,5
Annat		10,6		12,2		9,2
Sjukskrivningspatienter varje månad		90,0		88,7		91,4

¹ Av det totala antalet svarande angav 29 inte kön och 26 inte ålder.

² Summorna blir mer än 100 då ett antal läkare angav flera alternativ.

centen för privatläkare var 51 procent, för distriktsläkare 61 procent och för övriga 60 procent. Det interna bortfallet för de i denna delstudie använda frågorna var 0,3–5 procent.

Undersökningens olika faser kvalitetskontrollerades via SCBs kvalitetssäkringsprogram. Dataanalysen gjordes i SPSS version 14,0, med användande av vikter för uppräkningsnivå. Den av SCB använda formeln för framtagande av vikter tog hänsyn till antalet individer i varje stratum, i bruttourvalet och antalet som svarat samt övertäckning. I artikeln presenteras deskriptiva data samt i några fall signifikansanalyser på 95-procentig nivå.

RESULTAT

Karaktäristika för studiepopulationen presenteras i Tabell I. De manliga läkarna var något äldre, fler var specialistkompetenta, arbetade i större utsträckning inom akutsjukvården och som privatläkare samt mötte fler sjukskrivningspatienter än de kvinnliga läkarna. I medeltal ägnade läkarna två timmar av en normal arbetsvecka åt sjukskrivningsintyg, och de utfärdade i medeltal 14 sådana per månad. Av dessa ansåg de att 9 procent inte var motiverade ur medicinsk synvinkel.

Under den senaste månaden hade 59 procent inte vid något tillfälle nekat att utfärda intyg, medan 47 procent hade mött någon patient som sagt nej till sjukskrivning. De som angav att de mötte patienter som var sjukskrivna och som de inte tyckte borde vara det var dubbelt så många som de som inte gjorde detta, Tabell II. Signifikant fler manliga läkare instämde i påståendet.

TABELL II. Läkarnas svar på enkätfråga.

Svaren på frågan i vilken utsträckning läkarna instämde i påståendet »Jag möter patienter som är sjukskrivna och som jag inte tycker borde vara det«. Andelar i procent fördelat på tre grupper 1–2, 3–5, 6–7 utifrån svarens fördelning på en sjugradig skala från: instämmer inte alls = 1 till instämmer helt = 7. Internt bortfall 4,0 procent.

	1–2	3–5	6–7
Alla	21,8	35,4	42,8
Kvinna	22,9	36,0	41,1
Man	21,1	34,9	44,0

En majoritet ansåg att »Deltidssjukskrivning borde användas oftare än idag«, att »Bristen på lämpliga arbetsuppgifter är avgörande för om det blir långtidssjukskrivning eller förtidspensionering« och att »Förhållandena på patientens arbetsplats är avgörande för förmågan att arbeta trots sjukdom/skada«, Tabell III. Det fanns signifikanta skillnader mellan läkare av olika kön utom för påståendena »Deltidssjukskrivning borde användas oftare än idag« och »Endast läkare med särskild kompetens inom försäkringsmedicin ska få sjukskriva«.

Majoriteten av läkarna ansåg att vårdgivarna skulle kunna förkorta eller undvika sjukskrivningar genom olika åtgärder eller om tillgången till ett antal resurser var bättre, utom för påståendet »genom att undvika onödiga utredningar«, Tabell IV. Fler kvinnliga läkare svarade ja på alternativen om förkortning av väntetider, förbättrat samarbete och att involvera fler yrkesgrupper inom sjukvården och svarade generellt i större utsträckning ja på frågan om behoven av resurser. Manliga läkare svarade i större utsträckning ja på frågan om att undvika onödiga utredningar.

DISKUSSION

Utifrån de uppfattningar som kommit fram i denna studie tycks det finnas en stor potential att minska sjukfrånvaron genom insatser i sjukvården! I vilken utsträckning uppfattningarna kan omsättas i praktisk handling ger dock inte studien svar på. Även om generaliserbarheten är begränsad ger svaren på enkäten en bild av läkares uppfattning i enlighet med studiens syfte. Undersökningens svaghet är det stora antalet frågor, den låga svarsfrekvensen och den begränsade bortfallsanalysen. Styrkan är dess storlek, den nationella spridningen, urvalsprocessen, kvalitetssäkringsprocessen samt användandet av vikter i analysarbetet för att räkna upp svaren till populationsnivå.

Åtgärder som läkare kan vidta för att påverka sjukfrånvaron

Läkarna mötte patienter som är sjukskrivna och som de inte tyckte borde vara det, och de bedömde att nästan vart tionde av intygen var medicinskt omotiverat. Fler läkare hade under den senaste månaden mött en patient som sagt nej till sjukskrivning än läkare som nekat att utfärda intyg. De ansåg att patientens läkare kan påverka längden på patientens sjukskrivning

TABELL III. Läkarnas svar om olika faktorerers betydelse för utfallet av sjukskrivningar.

Svaren på frågor i vilken utsträckning läkarna instämde i ett antal påståenden om olika faktorerers betydelse för utfallet av sjukskrivningarna. Andelar i procent fördelat på tre grupper 1–2, 3–5, 6–7 utifrån svarens fördelning på en sjugradig skala från instämmer inte alls = 1 till instämmer helt = 7.

	Alla			Kvinna			Man		
	1–2	3–5	6–7	1–2	3–5	6–7	1–2	3–5	6–7
<i>Internt sjukvården</i>									
Deltidssjukskrivning borde användas oftare än i dag	5,4	36,7	57,9	5,5	36,8	57,7	5,3	36,7	58,0
Patientens läkare kan i stor utsträckning påverka längden på patientens sjukskrivning	9,9	46,6	43,5	10,1	48,0	41,9	9,7	45,5	44,8
Läkare borde vara mer restriktiva med att sjukskriva patienter	17,3	49,1	33,6	21,1	50,9	28,0	14,3	47,8	37,9
Brist på konsensus inom läkarkåren bidrar till onödiga sjukskrivningar	30,6	45,9	23,5	33,7	47,7	18,6	28,1	44,5	27,4
Hälso- och sjukvården ska ta ett större ansvar för sjukskrivningarna	34,7	45,2	20,1	32,2	46,8	21,0	36,7	43,8	19,5
Läkare gör omotiverade utredningar som förlänger sjukskrivningstiden	54,4	35,9	9,7	60,6	32,2	7,2	49,4	39,0	11,6
Endast läkare med särskild kompetens inom försäkringsmedicin ska få sjukskriva	61,8	23,6	14,6	61,9	22,7	15,4	61,6	24,3	14,1
<i>Externa faktorer</i>									
Bristen på lämpliga arbetsuppgifter är avgörande för om det blir långtidssjukskrivning eller »förtidspensionering«	5,0	40,9	54,1	3,1	38,1	58,8	6,6	43,0	50,4
Förhållandena på patientens arbetsplats är avgörande för förmågan att arbeta trots sjukdom/skada	4,5	43,9	51,6	3,1	40,6	56,3	5,6	46,6	47,8
Skillnader i bedömningen beror på vilken handläggare på försäkringskassan patienten får kontakt med	9,6	59,2	31,2	7,5	60,9	31,6	11,2	57,9	30,9
Patientens familje- och hemförhållanden är avgörande för förmågan att arbeta trots sjukdom/skada	18,4	59,2	22,4	17,5	58,7	23,8	19,1	59,6	21,3

TABELL IV. Andelen läkare i procent som svarade ja, nej, vet ej på frågan om vårdgivarna skulle kunna förkorta eller undvika sjukskrivningar.

Internt bortfall per fråga 0–0,5 procent.

	Alla			Kvinna			Man		
	Ja	Nej	Vet ej/ ej aktuellt	Ja	Nej	Vet ej/ ej aktuellt	Ja	Nej	Vet ej/ ej aktuellt
<i>Genom att</i>									
• förkorta väntetider till behandling	88,4	4,0	7,5	89,6	3,2	6,8	87,5	4,5	8,0
• förbättra samarbetet mellan olika verksamheter inom sjukvården	83,3	5,2	11,3	86,9	3,0	9,7	80,4	6,9	12,6
• förkorta utredningstiden	68,8	14,0	17,2	64,5	15,1	19,9	72,1	13,1	14,7
• involvera fler yrkesgrupper inom sjukvården	53,2	21,4	25,1	58,4	15,9	25,2	49,1	25,8	25,1
• undvika onödiga utredningar	32,5	36,8	30,6	25,4	40,0	34,6	38,1	34,4	27,5
<i>Om tillgången till följande resurser var bättre</i>									
• smärteam/smärtemottagningar	74,8	10,1	15,0	78,7	6,8	14,4	71,6	12,8	15,5
• kuratorer/psykologer	66,8	15,9	17,3	74,8	8,9	16,3	60,3	21,4	18,2
• kognitiv terapi	61,2	12,2	26,6	70,4	6,4	23,2	53,9	16,8	29,3
• specialiserade sjukgymnaster	61,2	16,1	22,7	65,8	11,2	22,9	57,5	19,9	22,6
• sjukgymnaster	61,3	21,9	16,8	65,2	17,8	17,0	58,1	25,2	16,7

»De ansåg att patientens läkare kan påverka längden på patientens sjukskrivning och att läkare borde vara mer restriktiva med att sjukskriva patienter.«

och att läkare borde vara mer restriktiva med att sjukskriva patienter. Dessutom tyckte de att deltidssjukskrivning skulle användas oftare. Allt detta kan påverkas av läkarna själva.

Bristen på lämpliga arbetsuppgifter och förhållandena på arbetsplatsen angavs vara de viktigaste anledningarna till långvarig sjukskrivning. Detta är förhållanden som enskilda läkare eller sjukvården har svårt att påverka och förklarar säkerligen till en del att läkarna utfärdar medicinskt omotiverade intyg. Även det förhållandet att läkarna sjukskriver patienter i väntan på insatser hos arbetsgivare, på arbetsförmedling och på Försäkringskassan medför förlängningar av sjukskrivningar [9].

När det gäller patienter som har svårt att klara sig på dagens arbetsmarknad och som kommer i kläm mellan välfärdssystemen förväntas dock att läkarna inte utfärdar intyg. I relationen till denna typ av patienter får läkarna en social kontrollfunktion, vilket medför att de kan uppleva lojalitetskonflikter gentemot den enskilde patienten [13, 14].

De ansåg även att läkare kunde vara mer restriktiva med att sjukskriva patienter samt deltidssjukskriva oftare. Ett antal studier har visat att läkare i stor utsträckning väljer att bifalla patienternas önskemål om att bli sjukskrivna [15-18]. Orsaken till detta anges bland annat vara att man inte vill äventyra relationen med patienten.

Det pågående nationella arbetet med försäkringsmedicinska riktlinjer kommer förhoppningsvis tillsammans med pågående utbildningsinsatser i försäkringsmedicin att ge läkarna det stöd de behöver för att kunna hantera sjukskrivningarna på ett önskvärt sätt [19].

De utökade resurser som landstingen fått tillgång till genom överenskommelsen med staten kan bidra till att korta väntetider samt förbättra samverkan och tillgången till de kompetenser som läkarna anger att de saknar.

Åtgärder som sjukvården kan vidta mot sjukfrånvaron

Läkarna bedömde att sjukvården skulle kunna påverka sjukfrånvaron genom att förkorta väntetider, förbättra samarbetet mellan olika verksamheter, involvera fler yrkesgrupper samt förbättra tillgången till vissa verksamheter. De tillfrågade läkarna ansåg inte att bristande konsensus inom läkarkåren bidrar till onödiga sjukskrivningar, att hälso- och sjukvården ska ta ett större ansvar för sjukskrivningarna eller att endast läkare med särskild kompetens inom försäkringsmedicin ska få sjukskriva. Detta är synpunkter som delvis avviker från det som föreslås i rapporten kring beslutsstöd och även det som är utgångspunkten för dåvarande Landstingsförbundets överenskommelse med staten [1, 19].

Skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare

Det fanns skillnader i svar mellan kvinnliga och manliga läkare på nästan alla frågor. Tidigare studier har inte varit entydiga när det gäller skillnader i sjukskrivningspraxis och attityder till sjukskrivning mellan kvinnliga och manliga läkare [6-8, 20]. Kvinnliga läkare har bland annat i en casevignette-studie visat sig vara mer generösa än manliga läkare i sin bedömning av sjukskrivning [7], medan andra studier inte kunde påvisa några skillnader mellan könen [8, 20]. Skillnaderna mellan manliga och kvinnliga läkares uppfattningar kan åtminstone delvis för-

klaras av att de baserar sina svar på olika erfarenheter, att de arbetar inom olika verksamheter och att de möter olika typer av patientgrupper [8]. I kapitlet »Läkares sjukskrivningspraxis« i SKA-undersökningens huvudrapport kan den intresserade läsa mer om de skillnader i uppfattningar som påvisades mellan läkare beroende på var och med vad man arbetade [12].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Alexandersson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning [rapport]. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet; 2005.
- Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 – sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
- Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2005.
- Hetzler A, Melén D, Bjerstedt D. Sjuk-Sverige. Eslöv: Brutus Östlings Bokförlag Symposion; 2005.
- Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, redaktörer. Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Stockholm: Safirgruppen, Arbetslivsinstitutet; 2005.
- Wahlström R, Alexandersson K. Physicians' sick-listing practices. Scand J Public Health. 2004;32 Suppl 63:1-37.
- Englund L. Sick-listing – attitudes and doctors' practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care [avhandling]. Uppsala universitet; 2000.
- Arrelöv B. Toward understanding of determinants of physicians' sick-listing practice and their interrelations [avhandling]. Uppsala universitet; 2003.
- Alexandersson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie. Stockholm: Försäkringskassan; 2005. Rapport nr 46.
- Söderberg E, Alexandersson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. Scand J Public Health. 2005;3(4):314-20.
- Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003. SBU-rapport 167.
- Palmer E, redaktör. Sjukförsäkring, kulturer och attityder. Fyra aktörers perspektiv. SKA-projektet. Stockholm: Försäkringskassan; 2006. Försäkringskassan analysrapport 2006:16.
- Claussen B. Physicians as gatekeepers: Will they contribute to restrict disability benefits? Scand J Prim Health Care. 1998;16:199-203.
- Murray TH. Divided loyalties for physicians: Social context and moral problems. Soc Sci Med. 1986;23:827-32.
- 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;328:88.
- Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Primary Health Care. 2000;18:81-6.
- Gulbrandsen P, Brage S. Livssituation som grunn for sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen. 1998;118:2463-6.
- Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen. 1994;114:1442-4.
- Utbildning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Svar på regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen och Försäkringskassan; 2006. S2005/9201/SF.
- Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2006;24:104-9.

42 nummer per år.

Ring vår annonsavdelning,
08-790 35 30, och boka utrymme i
Läkartidningen.

Utmanande
saklig

Läkartidningen