

*Läkares roll i samband
med
sjukskrivning*

– synpunkter från läkare i en enkätstudie

Ulla Gerner

2006

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	4
BAKGRUND	5
SYFTE	5
METOD	6
RESULTAT	7
A Läkarens roll	7
A 1 Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen.....	7
A 2 Vem ska sjukskriva?	8
A 3 Företagshälsovårdens roll.....	13
A 4 Läkarens dubbla roller.....	14
A 5 Tidsbrist	15
A 6 Utbildning och kompetenshöjning inom försäkringsmedicin.....	17
B Sjukskrivning	18
B 1 Problematik kring själva sjukskrivningen	18
B 2 Att sjukskriva anhöriga till sjuka.....	26
B 3 Klara diagnoser – oproblematisering sjukskrivning	27
B 4 Att sjukskriva vid graviditet	28
B 5 Sjukskrivning per telefon	29
C Medicinskt underlag – läkarintyg/-utlåtande	30
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	32
LITTERATURFÖRTECKNING	35

Förord

Sjukskrivning är ett synnerligen aktuellt ämne för Sverige och många har under de senare åren framfört synpunkter på läkares roll i sjukskrivningsprocessen. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU, 2003) visade dock nyligen, i en systematisk genomgång av studier om läkares sjukskrivningspraxis, att den vetenskapliga kunskapsbasen på området är synnerligen begränsad. För att få mer kunskap, bl.a. att utgå från vid ställningstagande till utbildning av läkare i försäkringsmedicin, genomfördes 2004 den hittills utan jämförelse största enkätstudien till läkare om deras sjukskrivningspraxis. I enkäten fanns även möjlighet att skriva ner egna synpunkter, vilket närmare en femtedel (ca 1000) av de som svarade gjorde.

Detta är den andra rapporten där resultat från analyser av dessa synpunkter redovisas. Ulla Gerner har genomfört en analys av vissa av svaren, bl.a. de som berör läkares egen roll.

I enkäten ställs en hel del frågor kring problem i samband med sjukskrivningsärenden, och många av synpunkterna ger en fördjupad bild av just olika typer av problem. Det är centralt att få en tydlig bild av problemen för att kunna åtgärda dem. Ett stort antal av problemen handlar om bristande kunskap och färdigheter – i några fall eftersom den typ av kunskap som behövs, faktiskt inte finns ännu. I andra fall handlar det mer om att utbildning och kompetensutveckling behövs. Glädjande är att ett stort antal av läkarna efterfrågar sådan kompetensutveckling. Det finns med andra ord goda möjligheter till konstruktiva insatser för att förbättra situationen för dagens och morgondagens läkare – vilket i sin tur bör kunna innebära en bättre situation även för läkarnas patienter och för Försäkringskassans personal.

Kristina Alexanderson
Professor i socialförsäkring
Karolinska Institutet
Stockholm

Sammanfattning

Hösten 2004 genomfördes en enkätstudie med läkare i Stockholms och Östergötlands län angående sjukskrivningsfrågor. Över 7000 läkare fick enkäten och det var 71 procent som besvarade den. En sammanställning av de fasta svarsalternativen finns publicerade i en rapport (Alexanderson m.fl. 2005). Det fanns även möjlighet att lämna egna synpunkter i enkäten. Dessa öppna svar har sammanställts och analyserats i två rapporter varav denna är den andra. Den första behandlar läkarnas synpunkter på kontakter med *Försäkringskassan* i samband med sjukskrivningsärenden (Karlsryd & Östling 2005). Föreliggande rapport behandlar läkarnas synpunkter rörande *sin egen roll i sjukskrivningsärenden, sjukskrivning i sig* samt de *medicinska underlagen/blanketterna*.

Något över 1000 enkäter innehöll synpunkter. Dessa synpunkter kodades först tillsammans med en av författarna till den tidigare rapporten för att identifiera gemensamma kategorier. De tre kategorier som studeras i denna rapport innehöll sammanlagt 700 synpunkter som grupperades i respektive kategori. Varje yttrande har skrivits ned och sedan kodats i nya underkategorier och subgrupper. Tydliga mönster växte fram under analysens gång och innehållet i rapporten avspeglar dessa.

Av resultaten framgår att de läkare som svarat med egna synpunkter är ganska oklara över vilken roll de har i sjukskrivningsfrågor. De uppger att de inte heller har tillräcklig kompetens för att bedöma arbetsförmåga och sjukskrivning. De efterlyser utbildning i regler och bestämmelser samt klarare ansvarsförhållanden mellan läkare och Försäkringskassa och gentemot andra aktörer. Läkarna anser att de har för lite kunskaper om arbetsmarknad och olika yrken för att göra rätt bedömningar. Många menar att detta inte tillhör rollen som läkare och det som de är utbildade för. De upplever att dessa bedömningar tar mycket tid i anspråk och de offentligt anställda har dessutom ett krav från arbetsgivarna att ta emot ett visst antal patienter per dag. Det framkommer förslag om att arbetsförmåga bör bedömas i team med flera kompetenser och inte av en person ensam. Läkarnas roll gentemot patienten, som dess ombud, kolliderar med kravet att skriva intyg till Försäkringskassan, anser några.

Det framkommer vidare att sjukskrivningar i dagens samhälle är en källa till frustration hos många läkare, som ser sin auktoritet ifrågasatt av en del krävande patienter med diffusa symtom. Läkarna beskriver konflikter i kontakter med Försäkringskassan och andra myndigheter. Man uppger inga problem med patienter med klara diagnoser, och många av sjukhusläkarna vill bara sjukskriva kortare tider efter operationer t.ex. Distriktsläkarna å sin sida anser att de är tyngda av arbetsuppgifter och vill inte slentrianmässigt överta patienter från sjukhusen. När det gäller att sjukskriva anhöriga till svårt sjuka patienter, är det flera läkare som uppger att de har haft konflikter med Försäkringskassan. I dessa fall önskar man att handläggarna skulle vara mer flexibla och mindre byråkratiska. Det gäller även kravet på rehabiliteringsplanering för svårt sjuka patienter.

Ett speciellt problem är sjukskrivning under graviditet, och här efterlyser läkarna riktlinjer och regler och en mer likformighet i bedömningarna. Några läkare menar att de flesta gravida kvinnor inte orkar arbeta hela graviditeten och det borde lösas på något annat sätt än med sjukskrivning. Det är t.ex. svårt att bedöma nedsättning i arbetsförmågan för arbetslösa gravida. Kan man stå till arbetsmarknadens förfogande i sista månaden i graviditeten, frågar sig en läkare. Det är ett stort antal läkare som har synpunkter på sjukskrivning per telefon, och de menar att man bara använder sig av det när patienterna är väl kända och inget nytt har tillstött. Ibland kan någon i ett team ha träffat patienten och gett läkaren underlag för sin bedömning.

Läkarna har många synpunkter på de medicinska underlag de ska lämna till Försäkringskassan vid sjukskrivning. Den nya blanketten för sjukskrivning får mycket lågt betyg.

Man anser att den är krånglig och svår att förstå och att Försäkringskassan okritiskt begär kompletteringar vid minsta felskrivning. Alla rutor måste vara ifyllda även där läkarna inte tycker att det är motiverat. Denna korrespondens innebär mycket merarbete för alla parter.

Sammanfattningsvis är de läkare som framfört synpunkter i enkäten kritiska till sin roll som sjukskrivande part. Det finns många förslag till förändringar som man borde beakta. Det gäller såväl klagomål på blanketter som önskemål om särskilda läkare som ska ha hand om sjukskrivningar efter en viss tid. Tydliga regler och en klarare rollfördelning i samband med sjukskrivning föreslås. Några föreslår speciella team att remittera till för bedömning av arbetsförmåga.

Bakgrund

Hösten 2004 genomfördes en enkätstudie om sjukskrivning med läkare i Stockholms och Östergötlands län. Studien ingår i ett samarbete mellan Karolinska Institutet, landstingen i Stockholm och Östergötland samt med Försäkringskassans länskontor i respektive landsting.

Det var drygt 7 600 läkare som fick enkäten sänd till hemadressen och 71 procent besvarade den. Enkäten innehöll frågor med fasta svarsalternativ inom områdena:

- Läkarnas specialistkompetens, arbetsområde och frekvens av sjukskrivningsärenden
- Hur problematiskt/oproblematiskt läkarna anser olika aspekter av sjukskrivningsärenden är
- Läkarnas kontakter med Försäkringskassan, hur regelbundet det sker och vilka svårigheter man eventuellt upplever i dessa kontakter
- Kunskap och färdigheter i försäkringsmedicin: hur läkarna har fått sådana kunskaper, vilket behov de har av fördjupad kompetens inom området och önskemål om fortsatt kompetensutveckling
- Praxis och stöd kring hantering av sjukskrivningsärenden i den egna verksamheten

I en första rapport (Alexanderson m.fl. 2005) finns en sammanställning av enkätsvaren med fasta svarsalternativ för hela populationen. Det fanns även möjlighet för de tillfrågade läkarna att i enkäten lägga till egna synpunkter på arbetet med sjukskrivning, s.k. öppna svar. Tidigare har läkarnas egna synpunkter på kontakter med Försäkringskassan redovisats i en rapport (Karlsryd & Östling 2005)¹. Den här rapporten kan ses som en fortsättning på den och berör synpunkter på *läkarnas roll och ansvar*, på *sjukskrivning* samt på *medicinska underlag/blanketter*.

Syfte

Syftet med denna rapport är att klarlägga och diskutera läkarnas synpunkter, i form av öppna svar, angående läkares egen roll i samband med sjukskrivning, sjukskrivning i sig samt de medicinska underlagen.

¹ Läkare anser – om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden.

Metod

Det material som har använts i denna rapport och den tidigare (Karlsryd & Östling 2005) är enkäter som innehöll öppna svar. En första grov kategorisering av svaren gjordes tillsammans med en av författarna i den tidigare rapporten (a.a.). Ett stort antal enkäter innehöll endast kommentarer som handlade om läkarnas specialitet eller att de inte sjukskriver i sitt dagliga arbete. Dessa sorterades bort, eftersom de inte bedömdes som väsentliga för den fortsatta kategoriseringen och analysen. Över 1000 enkäter innehöll synpunkter, som till att börja med kategoriserades på följande sätt:

- Kontakter med Försäkringskassan
- Sjukskrivning
- Medicinska underlag/blanketter
- Läkarens roll
- Samverkan
- Samhället, regelverket
- Enkäten

I föreliggande rapport behandlas kategorierna *läkarens roll*, *sjukskrivning samt medicinska underlag/blanketter*. Läkarnas synpunkter angående dessa områden sammanfördes under de tre kategorierna. Vid genomläsning av de samlade kommentarerna under respektive kategori framträdde tydligt vissa teman. Dessa sammanfördes i sin tur och ytterligare underkategorier och subgrupper och mönster kunde spåras. Metoden är en *dekontextualisering* (meningsbärande enheter från varje yttrande förs samman under en gemensam rubrik) och därefter en *rekontextualisering* (sätta samman bitarna igen) (Se t.ex. Malterud 1998). När man för samman kommentarer från många svarande i gemensamma kategorier framstår vissa mönster tydligt. Se figur 1 nedan där kategorier, underkategorier och subgrupper är schematiskt framställda.

Det är således endast svaren från de läkare som själva har haft synpunkter de velat framföra, som behandlas här. Synpunkterna kan därför inte sägas var representativa mer än för just dem själva. Att synpunkterna bildade mönster och teman framkom tydligt och i många fall var det många som förde fram liknande åsikter, varför man kan förmoda att det finns ett större underlag för synpunkten. Under varje kategori och underkategori samt subgrupper kan man räkna antalet synpunkter, vilket framgår av redogörelsen. Där kan en läkare stå för flera synpunkter och det är *antalet synpunkter* som anges. I förekommande fall anges även i varje kategori svarsfrekvensen på det fasta svarsalternativen.

I rapporten blandas texten med en hel del citat i kursiverad stil. Det är läkarnas skriftliga synpunkter och visst tillrättaläggande har skett för att göra texten läslig. Detta gäller framförallt förkortningar som har skrivits ut i hela ord.

Figur 1 Schematisk översikt över kategorier, underkategorier och subgrupper

A Läkarens roll	B Sjukskrivning	C Medicinska underlag
<p>A 1. Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen</p> <p>A 2. Vem ska sjukskriva? A.2.1 Att bedöma arbetsförmåga A.2.2 Arbetsplatsbesök A.2.3 Sjukhusläkare - Distriktsläkare A.2.4 Andras roller</p> <p>A 3 Företagshälsovårdens roll</p> <p>A 4 Dubbla roller</p> <p>A 5 Tidsbrist</p> <p>A 6 Utbildning A.6.1 Befintlig utbildning A.6.2 Behov av utbildning</p>	<p>B 1. Problematik B.1.1 Kritik mot samhälle och system B.1.2 Sjukskrivningsinstrumentet B.1.3 Problem med FK B.1.4 Konsensus och mallar B.1.5 Missbruk B.1.6 Rehabilitering</p> <p>B 2 Sjukskriva anhöriga</p> <p>B 3 Klara diagnoser</p> <p>B 4 Sjukskrivning vid graviditet</p> <p>B 5 Sjukskrivning per telefon</p>	

Resultat

A Läkarens roll

Till denna kategori fördes underkategorierna: *läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen, vem som ska sjukskriva, läkarnas roll i förhållande till patienter och sjukvård, synpunkter på företagshälsovårdens roll, tidsbrist samt utbildning.*

A 1 Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Rent allmänt uttrycker en del av läkarna att deras uppgift framförallt är att bota och behandla samt att man generellt inte har till uppgift att medverka till att sänka sjuktalet.

Läkarens etiska uppdrag är att minska lidandet orsakat av sjukdom/ohälsa för de patienter (medmänniskor) som sökt henne/honom, vilket kan sägas vara läkekonsstens mål. Det primära kan aldrig vara att sjukskriva så lite som möjligt utan måste bedömas från fall till fall. /.../ Det är jättebra om sjukskrivningskostnaderna i landet reduceras, men det får aldrig bli läkarkårens huvuduppgift, utan får i sådana fall bli en positiv bieffekt.

Ett flertal läkare anser att arbetet med sjukskrivningar tar tid från det, som de bedömer, är deras huvudsakliga arbete med medicinska frågor och som de är utbildade för.

Läkarna ska befrias från detta tidskrävande arbete som ändå blir godtyckligt och

oprofessionellt. Att utbilda läkare i detta är inte realistiskt! Vi behövs på mottagningen för patientarbete – ANNAT än sjukskrivningsärenden! Mycket läkartid skulle kunna frigöras till att sköta patientens medicinska/psykiatriska och psykologiska problem. Väntetiden till vårdcentralen skulle minska dramatiskt tror jag!

Man menar att läkarna har fått allt större uppgifter med att lösa ”sjukskrivningsfrågan” samtidigt som deras bedömningar ifrågasätts alltmer, framförallt från Försäkringskassan. Den medicinska bedömningsgrunden skiljer sig mellan läkarna och Försäkringskassan såväl vid korttidssjukskrivning som i längre fall, anser en läkare. Några anser att sjukskrivningsärendena innebär en stor och ”kränkande arbetsuppgift” samt att det är ”allmänläkarens största arbetsmiljöproblem” och man talar om ”sjukskrivningsträsket”, som man helst vill slippa befatta sig med. En läkare känner sig kränkt av Försäkringskassans bedömningar av hans/hennes läkarutlåtanden.

Det som plågar mig mest nu är att jag plötsligt fått flera avslag på LU-ansökan om sjukersättning, dvs. 30 års specialisterfarenhet (psykiatri och rehabilitering och försäkringsläkarefarenhet) är inte grund nog för att bli betrodd i sin bedömning.

Några läkare menar att vissa sjukdomar såsom cancer, ortopediska och kirurgiska sjukdomar är lätta att diagnostisera och ta ställning till. Problemen finns bland de patienter som har diffusa besvär, som inte går att objektivt påvisa. Rollen som läkare upplevs som mycket problematisk när patienter vill ha sjukintyg fastän det inte finns någon påvisbar sjukdom.

Mitt arbete som psykiater skulle kännas mer meningsfullt om jag slapp sjukskrivning. Då skulle jag möta patienter som önskade bli bättre eller patienter som söker för att få hjälp med att hantera sina problem. Som det är nu ställs jag dagligen inför patienter som önskar/kräver att få vara sjukskrivna, ej i första hand för att förändra något. Patienter som t.ex. hotar med självmord om jag ej sjukskriver. Detta är ett problem och gör att arbetet ej känns meningsfullt. Tag gärna ifrån mig min sjukskrivningsmöjlighet och jag hoppas få patienter som önskar hjälp. Återupprätta läkaren i sjukvården.

Det finns många liknande synpunkter och flera framhåller att det finns olika typer av hot med i bilden. Som läkare känner man inte heller att man har stöd från politiker i sjukskrivningsfrågan. Man har i den offentliga vården inte heller stöd av arbetsgivaren som endast räknar produktionen, d.v.s. hur *många* patienter man kan ta emot. Det är endast i ett svar det finns en läkare som tycker att det är självklart att det är läkare som ska ha hand om sjukskrivningarna.

A 2 Vem ska sjukskriva?

Temat om vem som ska sjukskriva är så omfattande och svaren delades in i fyra stycken subgrupper. De flesta synpunkterna där rör sådant som *vem som ska bedöma arbetsförmåga, arbetsplatsbesök – kontakter med arbetsgivare, sjukhusläkare kontra distriktsläkare/primärvård* och slutligen ett tema om *vem som egentligen ska sjukskriva om inte den behandlande läkaren*.

A 2.1 Att bedöma arbetsförmåga

I svaren med fasta svarsalternativ var det drygt en tredjedel av samtliga läkare och nästan två tredjedelar av läkare vid vårdcentral som ansåg att det var problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga var nedsatt. Det var en större del av läkarna i Stockholm som ansåg det än läkarna i Östergötland. Det var över 80 procent av läkarna som i enkäten uppgav att de ville ha ett gemensamt verktyg eller mall för att *bedöma arbetsförmåga*.

Över 90 procent av läkarna vid vårdcentraler i Stockholm ansåg det.

Det framkom bland de öppna svaren att det är ganska oklart vilken roll man som läkare bör ha respektive har i detta sammanhang. Dessutom verkar det råda oklarheter om det är funktionsförmåga eller arbetsförmåga man bedömer.

Många oklarheter – men egentligen vill jag inte syssla så mycket med detta. Skulle önska att ”någon annan” bedömde arbetsförmågan och sjukskrev på lämpligt sätt i samråd med mig på basis av mitt medicinska underlag. Jag vill vara läkare: bota, lindra, trösta ...

eller

I praktiken sitter man ensam med sin patient där situationen blir ”att ord står mot ord” – patienten säger sig inte kunna arbeta – ”jag får mer ont” och hur argumenterar man emot det – om man ens skulle få för sig att argumentera emot? /.../.

Det framförs önskemål om någon instans att remittera till för att göra bedömning av en patients arbetsförmåga samt att det behövs en mer fyllig bedömning som en distriktsläkare varken har tid eller utbildning för. Någon pekar på att läkare för att bedöma arbetsförmåga även behöver ytterligare befogenheter vid sidan av kunskaperna.

Vi behandlar Försäkringskassan rehabiliterar!/? Delat ansvar ingens ansvar? Ska vi verkligen bedöma arbetsförmågan utifrån detaljerad kunskap och krav på arbetsplatserna och specifikt för varje yrke? När ska vi hinna ta hand om sjuka patienter?

En annan menar att det inte finns någon *skyldighet* för läkare att bedöma patientens arbetsförmåga.

/.../Det är en bedömning och skyldigheten ligger i intygsskrivning. Om ej vår bedömning räcker så är det bättre att ni gör dem själva.

En psykiater menar att läkare inte ska bedöma arbetsförmåga, eftersom denna konflikt med patienter inte är hanterbar och är en av anledningarna till att det är brist på psykiater, ”eftersom alla har slutat”.

I enkätens slutna frågor anger tre fjärdedelar av läkarna vid vårdcentraler behov av utbildning i att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringspotential. En del anser att man helt saknar utbildning och kompetens för detta.

Enligt en läkare är arbetsförmåga inte heller alltid medicinskt bestämbar och därför bör andra än läkare göra dessa bedömningar.

A 2.2 Arbetsplatsbesök – kontakter med arbetsgivare

I enkätens frågor med fasta svarsalternativ framkom betydelsen av kontakter med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Kontakter med arbetsgivare och arbetsplatsbesök bedömdes ha betydelse för nära tre fjärdedelar totalt och för mellan 86 och 90 procent av läkare vid vårdcentral. Det var två tredjedelar av läkarna vid vårdcentral som ansåg att de har behov av utbildning i vilka krav som ställs i olika yrken.

Även under denna subgrupp framkommer många synpunkter på svårigheten att bedöma en patients arbetsförmåga utan kännedom om vilka krav som ställs i respektive yrke samt hur arbetsplatsen ser ut. I de öppna svaren uppger några att de inte har tid att göra arbetsplatsbesök och risken är att bedömningarna blir rena skrivbordsprodukter. Av svaren framgår även att många läkare aldrig har varit ute på en arbetsplats, förutom inom vården.

Som läkare kan man intyga att patienten har en sjukdom, men man anser sig inte kunna bedöma om detta berättigar till sjukskrivning, eftersom det skulle kräva att man var insatt i alla slags arbeten.

Generellt så tycker jag att alla sjukskrivande doktorer som inte har erfarenhet av just den sökande patientens arbetsplats inte är kompetenta att bedöma patientens arbetsförmåga på dennes specifika jobb. Jag tycker att all sjukskrivning över 6-8 veckor borde skötas av företagshälsovård. Alla doktorer kan inte göra arbetsplatsbesök på alla arbetsplatser!!

En läkare anser att arbetsgivarna skulle hantera sjukskrivning.

Det är omöjligt att ha någon åsikt om patienten klarar sitt arbete eller ej. Man är helt utlämnad till patientens uppfattning. Vi sjukskriver, de svartjobbar. Sjukskrivning skulle förtroendefullt hanteras mellan arbetsgivarna och arbetstagarna. Endast vid tvist borde andra behöva kallas. 9 av 10 läkare skulle gladeligen slippa denna del av yrket.

En rehabiliteringsläkare framhåller att man inom den specialiteten arbetar i team.

Situationen som rehabiliteringsläkare är speciell då man t.ex. har ett helt teams bedömningar ofta inklusive arbetsplatsbesök för att göra arbetsförmågebedömningar och relatera till patientens arbete. Att samverka med Försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetsgivare etc. är en stor del i vårt ordinarie arbete.

Några läkare anser att de inte har tid till avstämningsmöten och inte heller till kontakter med Försäkringskassa och arbetsgivare. I de fasta svarsalternativen fick läkarna svara på frågan om de önskade fler avstämningsmöten. Drygt hälften önskade det och vårdcentralsläkare i Stockholm till större del än andra.

A 2.3 Sjukhusläkare kontra distriktsläkare/primärvård

Av svaren visar det sig att det råder mycket delade meningar mellan sjukhusläkare och distriktsläkare om rollfördelningen dem emellan beträffande sjukskrivning. Några sjukhusläkare anser att sjukskrivning helt och hållet borde skötas av distriktsläkarna.

Arbetstid ger inte utrymme för mig inom kirurgisk disciplin att fördjupa mig i sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor (ytterligare kontakter med Försäkringskassan m.m. skulle ytterligare öka väntetider som redan är för långa till bedömning och operation). Min uppfattning är att primärvård/husläkaren bör ha huvudansvaret för sjukskrivning i nära samarbete med Försäkringskassan och eventuellt arbetsgivare.

Lyft frågan om sjukskrivning från specialister till husläkaren. Ex. sjukskrivning mer än 3 mån efter operation kan skötas av husläkare efter samråd med specialist. Ge pengar till att korta vårdköer.

Distriktsläkarna i sin tur tycker att sjukhusläkare skulle kunna sjukskriva i vissa fall.

Ofta hänvisas patienter till vårdcentralen för sjukskrivning i avvaktan på åtgärder hos specialistläkare t.ex. inom ortopedi. Om de själva handlade även sjukskrivningsproblemen skulle det säkert vara mycket snabbare, detta har vi dock ej kunnat lösa med de specialisterna.

Men en del av distriktsläkarna uppger att de känner sig osäkra och ensamma i sin roll när det gäller sjukskrivning.

Jag tycker att det läggs för stort ansvar på mig som distriktsläkare. När jag inte längre har något att erbjuda en patient som inte är arbetsför borde annan specialist eller t.ex. Försäkringskassan ta över.

A 2.4 Synpunkter på andras roller i arbetet med sjukskrivning: Försäkringskassan, försäkringsläkare, arbetsmedicinsk specialitet och patienten själv

I de fasta svaren uppgav över hälften av läkarna att de upplevde ärenden angående sjukskrivningar som problematiska åtminstone några gånger per år och en tredjedel gjorde det varje vecka. Bland läkare vid vårdcentraler i Stockholm var det 45 procent som uppgav problem flera gånger i veckan. Det var endast 15 procent av samtliga, som uppgav att de aldrig hade problem med sjukskrivningar.

Många av de öppna svaren, ca 60 stycken, handlar om vem som ska sjukskriva. Att alla läkare har ansvar för sjukskrivning, är en källa till stor frustration och ilska som kommer fram i dessa svar. Några anser att sjukskrivningar är ett gissel som de helst vill slippa. I en del av svaren framkommer önskemål om att flytta sjukskrivningsrätten från behandlande läkare till Försäkringskassan och speciella försäkringsläkare där.

Låt oss jobba som läkare. Låt oss slippa skriva intyg för att patienter ska ha ekonomisk vinning. Det är inte en medicinsk uppgift. All bedömning för en patients möjlighet att få ersättning efter, säg 4 veckor, bör försäkringskassan sköta med personen och arbetsgivaren. Självklart kan Försäkringskassan anställa doktorer som sköter eventuella intyg. LÅT OSS ANDRA LÄKARE FÅ SKÖTA SJUKVÅRD!

Jag anser att sjukskrivningar över t.ex. 3 månader bör speciella läkare, som sjukkasse – transfereringssystemet får finansiera, sysselsätta sig med. Min roll som läkare störs av att behöva sjukskriva ”d.v.s. bestämma patientens ekonomi”. Låt oss slippa den rollen!

I dessa yttranden tillskriver man försäkringsläkarna en helt annan roll än de har i dag och kanske har man missuppfattat försäkringsläkarnas roll och aktuell kompetens och befogenheter. En sjukhusläkare anser:

/.../Tycker därför att hela frågan kring sjukskrivning bör lyftas över till försäkringsläkare som ju är specialister på detta område och låta oss kliniker slippa hela detta frågekomplex som vi varken har tid eller kunskap att sköta. Försäkringsläkarna uttalar sig ofta hur dåligt detta sköts ute i vården och jag tycker att de kan kavla upp ärmarna och ta på sig detta ansvar själva helt.

Gemensamt för många av dessa yttranden är således förslag om att man efter en viss tid flyttar över sjukskrivningsrätten till särskilda läkare vid Försäkringskassan. En allmänläkare anser att man på vårdcentralen ska ha rätt att sjukskriva några veckor vid infektioner och andra skador, men att efter tre veckor en annan funktion såsom t.ex. försäkringsläkare ska träda in och de ska då givetvis ha direkt kontakt med patienterna².

En annan läkare föreslår att särskilda rehabiliteringsläkare ska ta vid tillsammans med Försäkringskassan efter 1-2 månaders sjukskrivning när medicinsk utredning är klar och endast rehabilitering återstår. En läkare uttrycker sig i skarpa ordalag och avsäger sig helt sjukskrivning som arbetsuppgift.

Det är orimligt att läkare ska sköta sjukskrivning. Det ska försäkringskassan göra. Fullkomligt omöjligt att bedöma. Den enskilt viktigaste frågan och som ni missat.

² Försäkringsläkare träffar inte patienter i dagens läge.

Det går 30 % fortare att sjukskriva än att argumentera om motsatsen. Därför sjukskriver stressade läkare. Det är enklare. Jag har inte tid att syssla med sjukskrivning. Därav mitt totala ointresse. Förbättra samhällsekonomin. Ta ifrån läkare sjukskrivningsrätten!

Några läkare har mer radikala förslag angående vilka som ska ha ansvaret för sjukskrivningar innebärande att en speciell grupp av läkare ska sköta den uppgiften och man menar då inte försäkringsläkare. Någon föreslår exempelvis att speciellt intresserade läkare, som t.ex. socialmedicinare, skulle sköta alla långa sjukskrivningar i samarbete med Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling, kuratorer och psykologer. Att sjukskriva ska inte vara en persons arbete, anser denne läkare, och fortsätter med att föreslå att alla vårdcentraler borde ha tillgång till kuratorer och psykologer. En annan uppger att man redan har möjlighet att arbeta i team med psykolog och kurator, vilket är givande.

Några föreslår att speciellt utbildade läkare i försäkringsmedicin eller arbetsmedicin ska ha ansvar för sjukskrivningar och man återoppar då även andra länders system.

Jag tycker att speciella försäkringsmedicinskt utbildade läkare skall överta sjukskrivningen efter ca 4 veckor för fortsatt bedömning av arbetsförmågan och grad av funktionsnedsättning. Husläkare har inte den tid och de resurser som krävs för att göra en adekvat bedömning, besöka arbetsplatser etc. Vi remitterar patienter för funktionsbedömningar vilket medför långa sjukskrivningar under väntetider.

En läkare framhåller som en lösning på problematiken att

Försäkringskassan mer tydligt än i dag tar över rollen som den som beviljar eller avslår ett anspråk på sjukskrivning från en patient.

Bland yttranden under detta tema framstår det tydligt att en del av läkarna gärna avstår från arbetsuppgiften att bedöma arbetsförmåga och därefter sjukskriva. De anser sig inte utbildade för uppgiften och vill enbart syssla med medicinska ting som att ställa diagnos och redogöra för medicinsk status. Rätten att sjukskriva ligger i Sverige hos fel läkare, uppger en läkare.

/.../ Det enda sätt att få ner sjukfrånvaron i detta land är att endast företagshälsovården, försäkringsläkare eller andra med specialkunskaper i dessa bedömningar äger rätt att sjukskriva folk i mer än 6 veckor.

Någon vill kunna remittera patienter till särskilt utbildade försäkringsläkare i speciellt svåra fall. En annan återoppar det holländska systemet med försäkringsmedicinare som bedömer sjukskrivning.

/.../Ändra systemet och inför sjukskrivningsläkare!!!

En annan läkare efterlyser gruppdiskussioner om sjukskrivning och särskilda specialistläkare.

Alla sjukskrivningar borde diskuteras i någon form av grupp – på vårdcentralen och på sjukhusmottagningen. Man borde ha ett möte en gång per vecka och diskutera alla sjukskrivningar och planera för dem, precis som man diskuterar patienternas diagnoser och behandling rent medicinskt. Enligt en finsk kollega får en finsk läkare sjukskriva patienten. i sex månader maximalt. Sedan måste patienten. remitteras till en specialistmottagning för eventuell fortsatt sjukskrivning. Varför inte införa detta i Sverige?

En del av synpunkterna under temat om vem som ska sjukskriva rör patienterna själva.

Sjukskrivningsärendena är mycket störande i patient – läkarrelationen. Starkt önskvärt att sjukskrivningsärenden sköts av myndighetspersoner och inte läkare. Det tar för mycket tid och energi och är en irritationskälla mellan läkare och patient och har en negativ effekt på patienters hälsa på sikt.

En läkare framhåller att det ganska ofta uppstår en lojalitetskonflikt visavi patienten samt även med Försäkringskassan/myndigheten kring sjukskrivning och därför helst ser att någon annan tar över sjukskrivningar.

En läkare anser att det alltid blir patienten som bestämmer och om denne inte får som den vill kan de bli hotfulla och gå till någon annan läkare, som kan känna sig tvingad att sjukskriva. Det upplevs som problematiskt att patienterna anser sig ha rätt att själva bedöma sin arbetsförmåga samt att läkarnas auktoritet har sjunkit. En annan läkare menar också att patienten får som den vill och att det inte går att tvinga en patient som inte vill arbeta tillbaka till arbete.

Min bestämda uppfattning är att det är primärt patientens egen vilja att återgå till arbete och ej den medicinska diagnosen som styr sjukskrivningens längd. Således anser jag ej att detta primärt är ett medicinskt problem utan ett samhällsekonomiskt, därav den generellt negativa inställningen i mina svar. Jag tycker att man borde hänvisa samtliga längre och frekvent återkommande sjukskrivningar till specialutbildade läkare och andra yrkeskategorier vid Försäkringskassan.

Jag upplever att konflikten med patienterna angående sjukskrivning är lättare att hantera om jag är säker i min medicinska bedömning. Jag skulle också vilja veta när det är viktigt att patienten är sjukskriven, min ambition är att göra rätt, inte vara "duktig doktor" som aldrig sjukskriver. Ofta känns sjukskrivningsärendena som en kohandel med patienterna. Jag kan ofta bara lita till vad patienterna säger, har ofta väldigt få "objektiva" fynd att gå efter i min undersökning av patienten. Dessutom är det då svårt att bedöma i vilken utsträckning fynden utgör en begränsning av arbetsförmågan.

Slutligen säger en läkare om svårigheten att gå emot en patient som vill bli sjukskriven.

Det borde inte vara läkarna som får bära hundhuvudet för att folk är/vill bli sjukskrivna. Det är svårt att ifrågasätta patientens egen uppfattning om arbetsförmåga vid t.ex. psykiska åkommor så som "utmattningsdepression". Det vore bättre med ett system där någon form av försäkringsläkare får stå för bedömningen efter en viss tid, när det är dags för långtidssjukskrivning eller förtidspension så att detta bara händer när alla andra möjligheter har uteslutits.

En annan läkare anser dock att det inte är rimligt att någon annan yrkeskategori än läkare sjukskriver.

A 3 Företagshälsovårdens roll

På frågan om hur ofta man remitterade till företagshälsovård, uppgav knappt hälften av alla läkarna, att de aldrig gjorde det. Av läkare på vårdcentraler uppgav majoriteten att de gjorde det några gånger per år eller någon gång i månaden.

Det var endast ett fåtal öppna svar som berörde företagshälsovårdens roll vid bedömning

av arbetsförmåga och rätt till sjukskrivning. De som har synpunkter härvidlag menar dock att företagshälsovården skulle vara bättre skickad för denna uppgift än behandlande läkare.

Anser att företagsläkare, om sådana finns tillgängliga, många gånger har bättre kunskap om patientens arbetsförmåga och aktuell arbetssituation. Hos patienter där akut andra medicinska sjukdomar (än de som ligger till grund för aktuell sjukskrivning) uppstår, är en dialog mellan företagsläkaren lika viktig som kontakt med Försäkringskassan..

Några av läkarna arbetar själva på en företagshälsovård och intygar att de inte har några problem med långtidssjukskrivningar och rehabilitering samt att de är väl förtrodda med patienternas arbetsvillkor. Några framhåller det faktum att det i dag inte finns så många arbetsplatser som har företagshälsovård och beklagar detta.

Företagshälsovården är idag oftast obefintlig. Att primärvården ska ha huvudansvaret för utredning och bedömning av arbetsförmågan samt någon djupare kunskap inom försäkringsmedicin ser jag som en orimlig tanke. Det finns många andra medicinska områden och områden med sjukdomsprevention som är och bör vara mycket högre prioritet på.

När man drog in ”statliga bidragen” till företagshälsovård började alla de problem vi ser idag!! Det borde berörda politiker erkänna!! Sjukskrivning från arbete borde endast hanteras av just företagsläkare med rätt att inspektera arbetsplatsen och arbetsmiljön. Fysiska, ergonomiska, psykiska.

Observera att det inte finns för många som har företagshälsovård – eller att den ej är tillgänglig för patienter av ekonomiska skäl – eller sysslar med fel saker såsom sjukvård och hälsokontroller.

A 4 Läkarens dubbla roller

Här handlar det bland annat om läkarens dubbla roller som patientens ”ombud” och rollen som medicinskt sakkunnig. I de fasta svaren var det drygt en tredjedel av alla läkare samt två tredjedelar av vårdcentralsläkarna, som tyckte att det var problematiskt att hantera båda dessa roller.

En läkare betonar problematiken.

Den viktigaste frågan: Ska läkare ha en dubbel lojalitet? Sitta på två stolar? Nej!!! Hela systemet är oetiskt och har skadat patient – läkarrelationen på ett katastrofalt sätt. All sjukskrivning borde skötas så att patientens läkare inte är involverad. Läkarens uppgift är att göra allt för patienten enligt läkarinstruktionen. Alla system som saboterar detta borde snarast tas bort.

Medan en annan menar att de olika rollerna inte innebär något problem.

Jag biträder patienten. Jag erkänner läkarens statstjänstemannaroll utan formaliteter.

Det var drygt två tredjedelar av läkarna som i de fasta svarsalternativen uppgav att de upplevde konflikter med patienter kring sjukskrivning, var femte läkare på vårdcentral gjorde det varje vecka.

Jag kommer ofta i konflikt med patienten om förmåga till arbete trots olika symptom. Två gånger har detta lett till att jag blivit anmäld till ansvarsnämnden. Jag älskar mitt arbete som distriktsläkare men konflikter som uppstår i sjukskrivningsärenden gör att jag starkt överväger att gå i förtida pension.

Det finns även andra yttranden som tyder på rädsla för konflikter med patienter om sjukskrivning och eventuell åtföljande anmälan. I enkätsvaren var det endast en liten andel som uppgav att de kände sådan oro.

En läkare tar patienternas parti och ser på dessa roller enligt citatet nedan.

Som läkare är dessa två roller svåra: att stimulera och stödja patienten att få så mycket självkänsla att de vill/vågar försöka arbeta – och att å andra sidan se hur verkligheten och (o)möjligheter ser ut för denna patientgrupp (psykiskt sjuka) – och då ha beredskap att skydda och trösta patienterna när de blir avvisade i ett allt hårdare arbetsklimat (och försämras psykiskt p.g.a. detta). Personligen tycker jag att det är väldigt givande att arbeta med patienternas rehabilitering, men ärendena är så många och tunga – och man skall samtidigt vara primärvårdsläkare åt så många andra, ha så många patientbesök/dag – så många möten – och registrera så mycket – så det är svårt att få ihop alla trådar när man känner engagemang. När det bli för mycket blir det som kändes givande som ett överhängande hot. Man blir trött, arbetar över – blir tröttare.

En husläkare understryker att det är hans uppgift att vara ”patientens advokat” och inte samhällets kontrollverktyg. Andra har samma syn och menar att man som husläkare vill undvika att stöta sig med patienterna.

En synpunkt är, att allmänheten behöver bättre information om vad sjukförsäkringen omfattar, som ett stöd för de sjukskrivande läkarna. Dessa uppfattar sig ibland som patientens ”advokater” mer än som läkare. Ännu en läkare uppger att han inte blivit distriktsläkare just av den anledningen att han tyckte att sjukskrivningar var problematiska. Det var en svår balansgång mellan att ha god relation patient – läkare och att inte gå med på sjukskrivning när patienter har problem på arbetsplatsen.

En läkare uttrycker sig drastiskt.

Rollen har ändrats med tiden. Nu känner man sig ibland som en militärläkare som ska få en värnpliktig att vara med på en övning.

Ytterligare en synpunkt rör den dubbla rollen att vara ”advokat” och ”bödel” eller ”polis” samtidigt, medan någon uppger att det inte är två roller utan att han ser sig som enbart patientens läkare.

Är det verkligen jag som läkare som ska stå för bedömningen av sjukskrivning? Det är en vanlig konfliktsituation där man ska stå som behandlande läkare och fungera i en slags ”allians” med patienten samtidigt som man ska ”hålla igen” med sjukskrivningar. Det har jag varken tid till, utbildning eller intresse för!

Det finns också en synpunkt om att läkarens roll är marginell i dagens svenska sjukförsäkringssystem.

A 5 Tidsbrist

Ett trettiotal yttranden rör tidsbrist. Flera läkare uppger att de känner sig hårt pressade

med för många patienter och för lite tid avsatt för varje besök.

P.g.a. stor arbetsbelastning, mindre o mindre tid för patienterna. Avsevärd ökning av administrativa uppgifter, mindre hjälp från kringpersonal. Datoriseringen medförde att läkarens arbetsuppgifter avsevärt har ökats. Mindre tid för kontakt med försäkringskassan och bedömningarna blir sämre.

Sjukskrivningsärendena upplevs som svåra och borde få ta mer tid i anspråk om man som läkare ska ha den uppgiften, anser någon.

Det finns ingen tid avsatt för diskussion om sjukskrivning eller ej vid mötet med patienten. Läget är pressat inom sjukvården. Vi har 10-15 min/patient och skall då behandla och eventuellt diskutera arbetssituation/sjukskrivning. Omöjlig uppgift. Måste skötas av Försäkringskassan.

Att ta ställning till sjukskrivning och eventuellt utfärda intyg är en arbetsuppgift som kräver mer tid än vad som ofta beräknas. Doktorn och patienten måste vara överens om varför man sjukskriver och vad som ska göras under tiden och hur långt tidsperspektiv det handlar om, och då krävs alltså tid för det. Oftast mer än 15 min!

Om man ska arbeta med engagemang i dessa frågor, krävs att man har tid för det, menar en läkare och fortsätter att risken blir att man sjukskriver i stället. Sjukhusläkarna anser att de inte har tid tillräckligt för att göra dessa bedömningar.

Som kliniker med placering på en invärtes medicinsk klinik med oerhört tung belastning och med restriktioner kring hur många återbesök som får tas emot anser jag att det varken finns tid eller utrymme att göra mer än ytliga och snabba bedömningar i sjukskrivningsfrågor.

Sjukskrivningshandläggandet tar redan alltför mycket tid. På en akutmottagning finns inte något som helst utrymme för kontakt med försäkringskassan, varför jag aldrig någonsin har haft det. Det är mer relevant för husläkare.

Men även distriktsläkarna anser att de är hårt tidspressade och sjukskrivningarna förlängs ibland slentrianmässigt utan att man hunnit skaffa sig tillräcklig information.

Några tar specifikt upp frågan om att skriva mer omfattande läkarutlåtanden, benämnt läkarutlåtande om hälsotillstånd (förkortas på olika sätt: LUH, LOH, LUT).³

För mig som läkare i en i realitet tidspressad arbetssituation är LUH-skrivandet en "belastning" som tar mycket tid. Dock är genomgången inför patienten inför skrivandet ofta mycket givande.

Flera läkare framhåller att de skriver dessa utlåtanden på obetald fritid, eftersom det kliniska arbetet tar all tid. En annan menar att förutom att man inte hinner skriva läkarutlåtande om hälsotillstånd, inte heller borde göra det. Och en läkare framhåller ambitionen att göra bra utlåtanden, men att tiden för detta inte finns.

Svårt hitta tiden att göra bra LOH. Krävs tid att sammanfatta, reflektera, se framåt. Mycket pressad vardag på vårdcentralen idag. LOH skrivs nästan uteslutande utöver arbetstid! Avstämningsmöten viktigt, men idag finns ej tid för sådana möten i någon större utsträckning. De höga ambitionerna för läkares bedömning och sjukskrivningar är ej i samklang med kravet på hög effektivitet (många, korta besök).

³ Se även speciellt avsnitt om medicinskt underlag.

Och det finns inte heller tid för utbildning eller andra kompetenshöjande insatser.

Det känns närmast meningslöst att besvara fråga 8-9⁴ eftersom det i praktiken ändå inte kommer att finnas tid för utbildning och dialog kring dessa frågor. Våra beställares krav är ökade prestationer = ökat antal patientbesök!

Tidsbrist och okunskap om hantering av sjukskrivning är en del av min vardag som vikarierande distriktsläkare. Det är en källa till stor stress och känsla av otillräcklighet.

A 6 Utbildning och kompetenshöjning inom försäkringsmedicin

A 6.1 Befintlig utbildning

Det ingick ett antal frågor, med fasta svarsalternativ, om befintliga kunskaper om sjukskrivningsfrågor och var man inhämtat dessa kunskaper. Knappt 15 procent ansåg att de fått dessa kunskaper genom grundutbildningen i läkarutbildningen. En tredjedel uppgav att de fått kunskaperna i AT-utbildningen och en något större andel i specialistutbildningen (ST). Det är dock flera som uppger att de inte haft någon utbildning om sjukskrivning i ST-utbildningen. I AT-utbildningen ingår en kursdag.

I kursdag i försäkringsmedicin under AT-tiden var bra. Gärna "samma" till någon utbildningsdag – Det finns säkert mycket kunskap och många goda råd vi doktorer kan ta till oss.

Mycket viktigt att AT- o ST-läkare handleds även i sjukskrivningspraxis särskilt i primärvården. Allmänläkaren/fasta läkarkontakten har en viktig roll i all rehabilitering (fysisk o psykisk).

Det var en tredjedel som i de fasta svaren ansåg att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit positivt till ökade kunskaper. Det framgick även i en del av de öppna svaren.

Har nyligen gått Försäkringskassans kurs för AT- läkare där jag fick lära mig en hel del nytt från basen s.a.s. Mkt bra!! Mer sådant och kanske "de äldre" skulle behöva fräscha upp sitt minne angående detta också.

Det är flera som nyligen har deltagit i en 3-dagarskurs i socialförsäkring, som de uppskattar mycket. Flera efterlyser fler sådana kurser med fallstudier i stället för katedrala föreläsningar.

Den aktuella kursen som jag nyligen genomgått i att hantera sjukskrivning, i Försäkringskassans regi, var mycket bra! Jag tycker att jag fått nya/fler verktyg att hantera dessa frågor. Mycket bra med annonskampanjen i Dagens Nyheter! Allmänheten behöver informeras om vad som gäller för sjukskrivning o.s.v.

A 6.2 Behov av fördjupade kunskaper

Ungefär hälften uppgav i de fasta svaren, att de hade behov av fördjupade kunskaper om regelsystem och hela två tredjedelar av läkare vid vårdcentraler i Stockholm ansåg det. Bland de öppna synpunkterna anser någon, att efter grundutbildningen är de flesta läkare utlämnade åt sina personliga erfarenheter och bedömningar. En del önskar mer utbildning

⁴ Angående fördjupad kompetensutveckling respektive fler möten och kontakter med andra inblandade parter.

inom området.

Jag tror och anser att läkare behöver lära sig dels konsensus och normer för sjukskrivning, dels lära sig utnyttja sin egen pedagogiska kompetens. Den läkare som ej förstår att använda sin pedagogiska förmåga kommer att uppleva sig som maktlös, han/hon utför bara något som någon annan (=patienten) kräver. Den läkaren kommer garanterat att må dåligt. Här ligger en stor del av dagens problem med otillständiga långtidssjukskrivningar. Doktorn har kapitulerat. Alltså: läkare behöver utbildas i sjukskrivningsnorm + pedagogik, argumentationskonst m.m.

Det är flera läkare som anser att de behöver regelbunden uppdatering av regler inom området. En läkare understryker att med anledning av den aktuella debatten bör alla läkare känna till regler och lagar. Tydliga regler behövs också.

Skulle önska mig regelbunden uppdatering av regelverk och möjligheter vid sjukskrivningar. Gått en försäkringsmedicinsk kurs i Norrbotten under min AT-tjänstgöring som var oerhört värdefull för mitt arbete inom "vuxenvärlden" som AT-läkare.

Årlig utbildningsdag för samtliga sjukskrivande läkare framförallt oss allmänläkare! Vi har flest knepiga sjukskrivningsfall. Utbildningsdag med diskussioner föreläsningar och exemplifierade patientfall/sjukskrivningsfall önskas.

Några anser att det behövs mentorer och handledare för nya doktorer.

Över hälften av alla läkarna ansåg i de fasta svaren att de behövde fördjupa sina kunskaper om läkarrollen vid sjukskrivning och drygt en tredjedel om hur man hanterar konflikter med patienter. Bland vårdcentralsläkarna i Stockholm ansåg nästan två tredjedelar det. I de öppna svaren anser en del att man behöver utbildning i att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov⁵.

B Sjukskrivning

Under denna kategori har förts sådana synpunkter som handlar om själva sjukskrivningen och eventuella problem i samband därmed. Även här utkristalliserades underkategorier: *Problematik kring själva sjukskrivningen, att sjukskriva anhöriga till sjuka, klara diagnoser, att sjukskriva vid graviditet samt att sjukskriva per telefon.*

B 1 Problematik kring själva sjukskrivningen

Temat *problematik kring själva sjukskrivningen* är relativt stort och omfattar 230 synpunkter. Dessa kan i sin tur grupperas i subgrupper, vilket framkommer av rubrikerna nedan. Se även figur 1 sid. 7.

B 1.1 Kritik mot det rådande samhällsklimatet samt mot systemet

Här tar man upp många olika frågor allt från systemet i stort till problem med enskilda patienter. Någon läkare menar att läkarna inte kan sätta stopp för eventuellt överutnyttjande av systemet, eftersom man då blir ovän med patienterna, som går till en "bättre kollega". Någon anser att det inte är läkarna som har introducerat nya diffusa sjukskrivningsgrundande "diagnoserna" utan att det är en värdeförskjutning i samhället som politi-

⁵ Se även respektive avsnitt.

kerna är ytterst ansvariga för.

Problemet med sjukskrivning beror sällan på kunskapsbrist hos läkare. Utbildning, information m.m. är alltid bra och nödvändigt vad gäller sjukskrivning som allt annat. Sjukskrivning kompliceras av mycket tydliga normförändringar i samhället. Jämför Sverige med Frankrike som är ett samhälle med starka sociala koncept. Jag som en del andra av mina kollegor blir anmälda till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSN) p.g.a. sjukskrivningskonflikt. Detta är enormt påfrestande, jobbigt och energikrävande. Folk söker inte läkare för sjukdomsbedömning, man har beställt tid för sjukskrivning.

Ett annat yttrande som tar upp hela problematiken i stort och även några frågetecken är följande:

Bara det faktum att sjukskrivningarna kan öka med 100 % på 5 år talar sitt tydliga språk. Det är uppenbart att detta inte har något med sjuklighet att göra. Den är tvärtemot extremt konstant och ändrar sig mycket långsamt över tiden. All denna fokusering på sjukvården och läkarna är en katastrofal pseudodebatt och de verkliga problemen kan man fortsätta att sopa under mattan och låtsas som de inte finns. Bl.a. arbetslöshet, social utslagning, utanförskap (invandrare!), attitydförändring och sist men inte minst – ersättningssystemen. Innan man tar dessa problem på allvar kommer inget verkligt att hända. Inom ortopedin borde man aldrig sjukskriva någon på heltid? Bara sjukskrivning av läkare 3-6 månader?

Man menar även att kampanjer för att minska sjukskrivningar inte får gå ut över patienter som behöver sjukskrivning oavsett diagnos. Det rör sig om en större samhällsproblematik och man glömmer att det finns personer som faktiskt inte kan få ett arbete trots att de vill arbeta, eftersom det inte finns några lättare eller anpassade arbeten på dagens arbetsmarknad.

I dag talar nästan alla om de som sjukskriver sig i onödan och glömmer dem jag träffar dagligen som är så sjuka men som gärna vill jobba men ingen vill ha dem. – KATASTROF. Jag vill lära mig stötta dem i detta byråkratiska samhälle – dem tycks alla ha glömt bort.

Även en läkare som arbetar med reumatiska patienter beklagar att lättare arbeten för dem inte finns längre. Ytterligare ett problem framhålls i följande yttrande:

När övergår sjukskrivning i arbetslöshet för patient med t.ex. handeksem p.g.a. jobbet. Eksemet läkt – inga jobb finns utan utbildning – kan inte tillgodogöra sig utbildning!?

Det finns flera liknande synpunkter om att dagens arbetsmarknad inte ger utrymme för icke fullt arbetsföra och att arbetsgivarna oftast varken har kapacitet eller resurser att erbjuda anpassade arbetsuppgifter för medicinskt handikappade. En läkare menar att om man har ett samhälle som tillåter att även lågt presterande får arbete så skulle sjuktalen minska. När det inte finns plats på arbetsmarknaden för personer med lägre kapacitet tenderar man att sjukskriva dem i stället för att lyfta upp det till en politisk fråga i samhället. Det är svårt att hjälpa dessa personer tillbaka till arbetslivet, menar en läkare. Man efterlyser vidare ett forum för diskussion med arbetsgivare för att finna lämpliga arbetsuppgifter vid återgång i arbete, vilket kan vara svårt i ”organisationer i ständig förändring”. Arbetsgivarna uppges ofta vara negativa till omplaceringar och även till deltidssjukskrivningar. Man efterlyser även samarbete med Försäkringskassan⁶.

⁶ Finns redan i form av avstämningsmöten etc.

Men det finns även synpunkter som rör högpresterande personer.

/.../Samhället ställer idag så stora krav på individer att de som är högpresterande ibland upplevs i behov av sjukskrivning men accepterar inte sjukskrivning. (hög sjuknärvaro) medan de lågpresterande är sjukskrivna och ej förmår arbeta.

Flera yttranden vittnar om den oklarhet som råder i dagens samhälle angående vilka som ska ha rätt att vara sjukskrivna och hur man definierar sjukdom.

Uppenbarligen finns det ett stort tolkningsutrymme vad gäller rätt till och behov av sjukskrivning från såväl politiker, lagstiftande församling (riksdag), försäkringskassorna, läkare och patienter. Variationer i sjukskrivningsstatistiken olika år och olika regioner talar för det. Det vore stimulerande att ta del av den kunskap (!), som finns på området – inte bara den slagordsmässiga eller förnumstiga vulgärdebatt som bedrivs i massmedia. Finns det forskning, data, evidens? Hur påverkar socialpolitik och ersättningsformer sjukskrivningsnivån? Har sysselsättningen minskat eller? Eller har bara arbetslösa och ”socialfall” flyttats runt mellan kategorierna?

Även arbetsmarknadsmyndigheten får sin del av kritiken och man menar att arbetsförmedlingen är för passiv som låter unga människor gå sjukskrivna och uppbära socialbidrag.⁷ Att det blir ekonomiskt ofördelaktigt att friskskrivas till arbetslöshet framhåller flera och menar att detta faktum kan leda till en systemkollaps. Det uppges också vara svårt att tidsbegränsa sjukskrivning för arbetslösa.

I de fall problem uppstår gäller det oftast att patienter ej klarar det tunga eller krävande arbete de har och vet med sig att det inte finns något arbete att få och att sannolikt en friskskrivning till arbetslöshet innebär en ekonomisk försämring. Detta är svåra situationer och i diskussionen förlorar man oftast matchen som läkare och skriver på förlängningen av sjukintyget.

En läkare menar att sjukskrivningsfrågan färgas av den socialistiska ideologin som råder i det svenska samhället där man förklarar allt med ”dålig arbetsmiljö” medan vi i själva verket har ”väsentligt friskare befolkning och bättre arbetsmiljöer än på de flesta andra platser i världen”. En annan uppger enkelt och koncist att

för mig är sjukskrivning en politisk fråga. Jag följer den politik som gäller.

Andra ifrågasätter dock starkt om sjukdom och behov av sjukskrivning kan styras av politiska hänsyn. En del menar att sjukskrivning nu upplevs som en rättighet på ett helt annat sätt än tidigare. Det framhålls också förmodan om allmänhetens förändrade attityd till vad man ska sjukskrivas för.

/.../Vantrivsel på jobbet, konflikter på arbete, sjukskrivning semestertid m.m. Dessutom har sjukgymnaster, psykoterapeuter mycket åsikter om hur lång sjukskrivningen ska vara utan att överhuvudtaget kontakta den läkare som sjukskriver. Det behövs teamarbete runt en patient som är långvarigt sjukskriven.

Flera läkare som uttrycker problem med att avgöra rätt till sjukskrivning när diagnoserna är oklara och man inte finner något objektiva underlag för sjukskrivning. Det är svårt att värdera de symtom patienten beskriver, men en del läkare framhåller vikten av att tro på patienterna. Sjukhusläkarna uppger att de har svårt med dessa s.k. socialmedicinska dia-

⁷ De är oftast inte formellt berättigade till sjukpenning, men har vid sjukskrivning rätt att uppbära socialbidrag.

gnoser, speciellt för unga människor som inte är motiverade till återgång i arbete och som även känner rädsla för det. En läkare uppger att

det är klart vetenskapligt visat i flera undersökningar att individens arbetsförmåga inte är relaterad till grundsjukdom eller handikapp utan till individens inställning om den vill/kan arbeta. Därför är det inte egentligen en läkarfråga att avgöra om patienten är arbetsför.

Det är flera läkare som menar att återgång i arbete har mycket att göra med den egna viljan och motivationen till att arbeta. Att patienterna är olika framkommer i många av synpunkterna och några läkare menar att många människor inte orkar med den höga stressen på arbetsmarknaden och att de blir sjuka av den.

Det är framförallt patientens arbetsuppgifter och vilja att arbeta som styr. De flesta som jag träffat som arbetar på kontor jobbar gärna trots bruten fotled eller liknande. Problempatienter är arbetslösa, missbrukare, personlighetsstörda, och individer med fysiskt tunga arbeten. Det finns några lata också. Hög stressnivå är oroväckande och många jobbar trots att de mår dåligt vilket leder till längre sjukskrivningar i framtiden.

En läkare framhåller olikheterna i sjukskrivningsprocesserna mellan patienter med ryggproblematik, psykiska besvär och trötthet å ena sidan och de med tydliga funktionsnedsättningar å andra sidan. En del läkare anser att arbetet inte har så stor betydelse vid sjukskrivning utan mer den sociala situationen. En annan relaterar dock till arbetet.

En bonde mjölkar kon med gipsat ben medan den ensamstående mamman med två blöjbarn måste sjukskriva sig för en stukad tumme.

Någon framför det radikala förslaget att patient och Försäkringskassa tillsammans ska avgöra rätten till sjukskrivning efter avslutade behandlingar och utredningar.

Medicinsk sjukskrivningstid torde sällan överskrida 6 månader. Det är välkänt och "allmänt accepterat" att alltför många sjukskrivs av andra än medicinska orsaker. En patient som önskar sjukskrivning (av andra än medicinska skäl) kan med 100 % säkerhet ordna detta. Varför ska då läkare vara inblandade? (Jämför Holland!). Inför hårdare karensbestämmelser så minskar detta. Den tid läkare lägger ned på arbete med och omkring sjukskrivning är improduktiv.

Flera läkare försvarar korta sjukskrivningstider, men menar att långa "stjälper ofta mer än vad de hjälper". Att åsikterna om s.k. okynnessjukskrivningar skiljer sig åt framgår av detta citat.

Få patienter frågar själva om längre sjukskrivningar. De flesta som är yrkesarbetande vill arbeta så snart det är möjligt. Även deltid. Enstaka patienter är svåra att nå i en dialog när man är oense om hur nedsatt en arbetsförmåga egentligen är. I dessa fall skulle en kontakt med Försäkringskassa eller arbetsgivare vara av värde.

Flera läkare efterlyser en nyanserad och analytisk debatt om förskjutningen i sjukdomsbegreppet.

/.../och gärna från officiellt håll att man går ut och "undervisar" allmänheten om skillnader mellan sjukdom och annat som trötthet etc. Det är inte ok att vi läkare får ta all skit för denna glidning i normerna.

Man tar också upp att det finns olika policier i olika delar i landet och att det i Norrland är

vedertaget med arbetsmarknadspolitiska skäl som orsak till sjukskrivning.

Gjorde AT-tjänst i glesbygden och där var det många/ofta kvinnor i arbetsför ålder som yrkade sjukskrivning p.g.a. att de inte hade lust att jobba eller för att det var en alternativ inkomstkälla till t.ex. a-kassa eller socialbidrag. Det vore svårt att nå fram med budskapet att sjukpenning helst inte ska nyttjas på det viset.

/.../Patienterna är idag så välinformerade att blir de inte sjukskrivna för en åkomma prövar de med en annan. Utlandsfödda medborgares bristande integration är ett problem i dessa sammanhang.

Hur slumpartat många läkare anser att sjukskrivningarna går till illustreras av citatet som följer.

Trial and error i sjukskrivningsärenden.

Någon anser att det är enklare att förtidspensionera/bevilja sjukersättning/ för såväl arbetsgivare som arbetsförmedling och Försäkringskassa.

För arbetsgivaren och för den enskilde handläggaren på arbetsförmedling och Försäkringskassa är det enklast om fallet avslutas med sjukersättning eftersom de då inte behöver anstränga sig mer med de krångliga fallen utan kan ta nästa. Även för läkaren är det enklare och mindre arbete om patienten får sjukersättning. Detta driver fram processen mot sjukersättning även för de patienter som med längre rehabilitering skulle ha kunnat återgå i arbete i visst skede.

Några läkare menar att det ”administrativa och byråkratiska” krånglet har ökat med åren.

B 1.2 Sjukskrivningsinstrumentet

Det är många synpunkter, över etthundra, som rör själva sjukskrivningen som ”fenomen” eller som ett instrument att använda.

Väntar på den matematiska formel som kan presentera patientens sjukskrivningsgrad (från 0 till 100 %) vilket löser hela ”problemet med sjukskrivningen”. Om riktiga indata så får man en perfekt reproducerbarhet (alla läkare får samma ”resultat” på en given patient med ett visst symptompanorama). I väntan på detta får vi acceptera att ”sjukskrivningsinstrumentet” är trubbigt och subjektivt och att processen influeras av faktorer som inte konfirmerar eller dementeras på strikt logiskt sätt. Försäkringskassans beslut är inte mer exakta än läkarens eller patientens.

I detta yttrande finns även en inriktning mot konsensus eller riktlinjer i sjukskrivningen, vilket behandlas i ett särskilt avsnitt nedan. Det är flera läkare som framhåller att det är problem med fasta gränser på nivåerna i sjukskrivningen.

Frustrerande är att patienten ofta har en annan verklighet än vad regelverket på försäkringskassans rutiner klarar. Exempelvis en patient som jobbar 12 tim per vecka, då måste hon vara sjukskriven 50 % inte 70 % som hon egentligen är sjuk, 28 timmar av 40 per vecka.

Och det finns även andra rent tekniska problem.

Om en patient är sjukskriven kan den inte vara på arbetsplatsen och utföra lättare arbetsuppgifter eftersom arbetsskadeförsäkringen ej gäller. Vissa patienter skulle kunna arbeta 5 timmar eller 7 timmar men det är omöjligt eftersom vi styrs av 25 %, 50 % eller 75 % sjukskrivning.

Man påpekar även problem med regler inom rehabiliteringsområdet.

Exempelvis: en patient kan börja arbetsträna 2-3 tim/vecka (psykpatienter) behöver lång tid, ibland 2-3 år för att kunna komma upp till sin max arbetstid och liknande. Enligt reglerna skall rehabilitering vara klar inom 3 månader! Möjligheter att arbeta 3 tim/vecka eller 15 tim/vecka saknas.⁸

En del av synpunkterna speglar en otydlighet i fråga om sjukskrivning eller inte och man menar att det finns ”friska patienter” med sjukersättning medan sjuka ställs på bar backe och inte anses berättigade till någon ersättning trots att de inte kan arbeta. En del läkare använder sig dock av sjukskrivning som behandling.

Ser sjukskrivning som ett utmärkt sätt att ta till när patienten skall stanna upp och tänka till på kropp och själ. Jag tar initiativ till sjukskrivning och använder den som en del av behandling.

Jag sjukskriver endast då vila har en positiv utläkande verkan. Är således helt ointressant för mig som läkare vad patienten har för arbete! Vila är vila!

B 1.3 Problem med Försäkringskassan i samband med sjukskrivning

I den tidigare rapporten, som behandlar läkarnas synpunkter om Försäkringskassan (Karlsryd & Östling 2005), ventileras denna problematik men en del passar in under sjukskrivningsproblematiken, varför det behandlas även i denna rapport.

Mycket handlar om restriktivitet ifråga om sjukskrivning från Försäkringskassans sida och många av läkarna förstår inte varför en sjukpenning plötsligt dras in.

I ganska många fall säger Försäkringskassan att det inte finns underlag för sjukskrivning. Beslutet är fel och patienten får psykiatriska problem när han/hon inte kan jobba – men blir tvingad att försöka ändå. Det finns dålig kunskap i samhället om somatiseringssyndrom och hysteriforma som är vanliga bland invandrare. Smärtpatienter med spolierade liv är sjuka, även om det inte syns på röntgen eller provsvar. Dessa patienter blir ofta trakasserade och ifrågasatta. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) patienter får ofta tillbaka sina symptom i situationer av ifrågasättande, onödiga utredningar och besked att de är arbetsföra bara för att kroppssjukdom ej kan påvisas. Detta är ju en psykiatrisk sjukdom som möjligen syns i Hippocampus⁹. Men diagnos ställs vid psykiatrisk undersökning. Jag jobbar i ett område med många (traumatiserade) invandrare.

Någon läkare befارar att Försäkringskassans ”framfart mot utmattningssyndromet och depressionsdiagnoserna” snart kan resultera i självmord. Även andra uppger att Försäkringskassan och läkarna inte har samma syn på sjukskrivning. Man menar också att det inte är funktionsnedsättningen som bedöms utan hur väl skrivna och väl motiverade intygen är. Man kritiserar att man måste motivera sjukskrivningen ingående även vid självklara ortopediska diagnoser. Över huvudtaget saknar en del läkare flexibilitet från Försäkringskassans sida vad det gäller utredningar.

Jag sjukskriver nästan uteslutande p.g.a. kraftiga biverkningar av en behandling (infektionssjukdomar). Behandlingen pågår oftast i 6-12 månader därefter är patienten åter arbetsföra. Trots att jag anger detta och informerar Försäkringskassan

⁸ Oklart vad läkaren menar. Ett år är normalt gränsen för rehabilitering.

⁹ Del av hjärnan

måste jag alltid göra en rehabiliteringsutredning efter några månaders sjukskrivning även när det är helt onödigt arbete.

Det finns också synpunkter på att Försäkringskassan ibland gör ensidiga prognoser som inte stämmer med verkligheten.

Några pekar på skillnader generellt för kvinnor och män, som att t.ex. kvinnor under 30 år ofta vill vara heltidssjukskrivna för ringa arbetsförmåga medan Försäkringskassan ofta inte accepterar sjukskrivning för äldre män, över 58 år, med förslitningsskador efter tunga arbeten.

Det är flera läkare som anser att Försäkringskassan är dålig på att uppfatta deras signaler angående patienterna, som de ofta inte kan skriva i klartext.

Jag skulle önska att man på Försäkringskassan läser vad doktorn har skrivit. Ibland "tvingas" jag skriva ett intyg, men den som läser det kan förstå att det är skrivet på patientens begäran (utan statusfynd eller symtom). Ibland vill jag att Försäkringskassan avslår intyget. I regel skriver jag inga intyg som jag inte står för, men vissa gånger händer det att jag är tvungen (hotfull patient etc). Försäkringskassan borde våga avslå vissa intyg.

B 1.4 Konsensus och riktlinjer för sjukskrivning

I de fasta svarsalternativen framkom att tre fjärdedelar ansåg att det skulle vara värdefullt med konsensusöverenskommelser i sjukskrivningsärenden. Bland vårdcentralsläkare var det hela 87 procent som ansåg det. Av de öppna svaren framgår att det finns två läger i denna fråga med skilda uppfattningar. Den ena sidan efterlyser konsensus för olika sjukdomar.

Försäkringskassan i samverkan med olika specialister skulle kunna göra en förteckning över normal lämplig sjukskrivningstid efter olika typer av operationer vid olika typ av yrken (yrkeskategorier). En sådan förteckning skulle vara till stor hjälp för yngre kirurger, speciellt i de fall där patienterna propsar på längre sjukskrivning.

Särskilt när det gäller stress och utmattningssyndrom behövs enhetliga riktlinjer menar en annan läkare och fortsätter:

vi gör mycket för att få patienter i arbete, men vi är inga poliser. Det måste stötts även politiskt att man bör jobba om man inte är sjuk. Vi jobbar i motvind så länge man politiskt försvavar "trötthet" som sjuklighet.

I denna grupp eftersträvar man baslinjer för gemensamma strategier. Patienten ska inte kunna gå till en annan läkare och bli sjukskriven. En del vill ha riktlinjer för vad man kan kräva ifråga om omplacering för t.ex. en kroppsarbetare som brutit benet. Man tar också upp den förskjutning i praxis som har skett de senaste åren och i citatet nedan efterlyses mer utbildning och bättre metoder.

Det har skett en kraftig glidning i rutiner och regler genom åren mot orimligt långa sjukskrivningar. Saknas diskussioner och seminarier etc. om sjukskrivning inom vården. Saknas instrument, metoder och riktlinjer. Saknas kännedom om vad forskningen visar angående effekter av sjukskrivning.

Den andra gruppen är emot konsensus och menar att varje enskilt fall är individuellt och ofta komplext.

I debattinlägg får jag ibland känslan av att Försäkringskassan tror att sjukskrivning

kan ske utifrån en konsensusmall där en typ av diagnos renderar en viss tids sjukskrivning. Detta är olyckligt och behöver belysas från alla håll för att en optimal och individualiserad vård ska kunna ges patienten.

Ingen patient är den andra lik t.ex. vad det gäller smärtupplevelser och därför kan man inte behandla patienter efter ”mallar” anser en annan.

Den patientcentrerade modellen innebär att man utgår från patientens egen subjektiva uppfattning av sjukdomen. Därför är det omöjligt med riktlinjer för sjukskrivningsgrad och längd – det beror helt och hållet på patientens egna resurser och motivation.

En läkare som har arbetat i Finland i många år menar att

där är detta problem mycket mindre eftersom man har ganska tydliga, gemensamma och praktiska riktlinjer/verktyg för sjukskrivningar. Alla sjukskrivningar som överstiger några månader ska gå genom expertteamet på försäkringskassan (Kela, folkpensionsanstalten). Dessa team finns över hela landet. Andra aktörer är inte inblandade i detta.

Slutligen frågar sig en läkare vad som egentligen är konsensus i samhället och vad man kan sjukskrivas för.

B 6.5 Missbruk av försäkringen

Det är endast ett fåtal läkare som har synpunkter på direkt missbruk av försäkringen.

Alla jag har haft kontakt med är helt medvetna om att sjukskrivningsinstrumentet missbrukas. Det finns ingen som kan bedöma i vad mån en sjukdom förhindrar arbetsförmåga. Såvida inte patienten är medvetslös, då är det möjligt.

Några uttrycker sitt ogillande över att sjukskrivning används som instrument mot arbetsgivare vid vissa konflikter. Det finns också några som antyder att ”svartjobb” förekommer.

B 6.6 Rehabiliteringsproblematik

Det är ganska få yttranden, ett 20-tal, som berör problematiken med rehabilitering.¹⁰ Ett par läkare påpekar svårigheter med rehabiliteringsresurser för patienter med psykiska besvär och stressproblematik.

Sjukskriver längre än nödvändigt p.g.a. utebliven respons på föreslagna utredningar deltagande i projekt vid Försäkringskassan etc. Pat. får ofta ej heller kallelse till Försäkringskassan trots förslag om detta. Att arbetsgivaren ofta struntar i sitt rehabiliteringsansvar. Kognitiv beteendeterapi är ”trendigt”, men definitivt inte alltid indicerat jämfört med andra metoder. Finns generellt en katastrofal brist på tillgång till psykoterapi inom offentliga psykiatrin. Få har råd att söka privat. Detta är en viktig försvårande faktor vad gäller rehabilitering av stressproblematik och andra psykiska besvär.

Här framförs således kritik mot arbetsgivare och Försäkringskassan angående att ta sitt ansvar för rehabilitering. Många av läkarna anger att rehabilitering ofta sätts in för sent, att det är brist på resurser samt att många patienter sjukskrivs i väntan på rehabilitering.

¹⁰ Behandlas delvis under ”bedömning av arbetsförmåga”.

Angående när en patient ska ha sjukbidrag kan det i Stockholm ta 6-8 månader efter utfärdat läkarintyg om detta. Patienten blockerar då läkartider för fortsatt sjukskrivning i stället för att Försäkringskassan tar över ärendet. Om detta fungerade skulle mina sjukskrivningar minska radikalt om patienten fick hjälp till arbetsträning inom rimlig tid. Nu väntar man månad efter månad på hjälp som aldrig kommer. Patienter "passar" inte. Då får man väl anpassa rehabiliteringsinsatser efter patienterna.

En läkare menar att förutom att det är brist på rehabiliteringsmöjligheter ställs för höga krav på personer, som efter långvarig sjukskrivning, ska återvända till arbetslivet. Någon anser att patienter som väntar på rehabilitering behöver stimulans under väntetiden, vilket skulle påskynda rehabilitering och återgång i arbete. En del läkare efterlyser multidisciplinära insatser och saknar Riksförsäkringsverkets sjukhus, som lades ned för några år sedan.¹¹ Man saknar även resurser på rehabiliteringskliniker.

B 2 Att sjukskriva anhöriga till sjuka

Framförallt är det två kategorier läkare som anger denna problematik: barnläkare och cancerläkare. Föräldrar till svårt sjuka barn behöver ofta en periods sjukskrivning för att bearbeta den kris de kan hamna i. Flera barnläkare uppger att de har policyn att sjukskriva föräldrar en månad under diagnosen "krisreaktion" och att man därefter remitterar till husläkare t.ex. för fortsatt sjukskrivning. En annan barnläkare har haft problem med detta.

/.../ om föräldrarna är arbetsföra eller ej är ganska givet men tillståndet är inte ett sjukdomstillstånd med diagnoskod. Det är oerhört jobbigt att sätta diagnoskod på fullständigt normala reaktioner på adekvata föräldrar bara för att tillfredsställa administratörernas (Försäkringskassans) behov av att passa in på deras papper.

Flera barnläkare uppger problem vid bedömning av rätt till "vård av sjukt barn" (vab) och konflikter med föräldrar angående denna rätt.

/.../Detta behöver stagas upp och jag har sammankallat till ett gemensamt möte med Försäkringskassan och vårt team.

Problematiskt då föräldrar kräver sjukskrivning då deras barn varit "förkyllt" > 7 dagar. Jag beviljar ytterst sällan en dylik förfrågan vilket ofta lett till konflikt. Endast om ställt utan allt tvivel att barnet ifråga haft sjukdom som krävt heltids sjukfrånvaro exempelvis från dagis och annan vårdnad.

Några barnläkare efterlyser utbildning och information från Försäkringskassan angående dessa bestämmelser.

Handlägger sällan sjukskrivning men däremot "läkarintyg för vård av sjukt barn" och "intyg för vårdbidrag" har stort behov av utbildning i ämnet – kan ni erbjuda 1/2 el 1 – dagskurs – vore jättebra.

En läkare har haft konflikter med Försäkringskassan menar att

vi sjukskriver föräldrar för akut krisreaktion i samband med födelse av sjuka/mycket för tidigt födda barn. Det finns Försäkringskassor som inte godkänner detta!!!

Även intensivvårdsläkare och läkare med patienter i livets slutskede har problem med

¹¹ Numera finns i stället Försäkringsmedicinska centra (FMC), vilket många verkar vara okunniga om.

sjukskrivning av anhöriga och efterlyser information.

Mer lättillgänglig information om anhörigas rättigheter och möjligheter till att bli sjukskriven för att delta i vården vore bra.

Även här efterlyses en gemensam policy.

B 3 Klara diagnoser – oproblematisering sjukskrivning

I denna underkategori finns ca 40 synpunkter. Det rör sig framförallt om yttranden från kirurger, cancerläkare samt hudläkare. Man uppger t.ex. att "kirurgiska patienter är ganska renodlade i sjukskrivningshänseende". Inom dessa specialiteter rör det sig om klara sjukdomstillstånd och man menar att

sjukskrivning är ofta enkel och självklar (cancerpatienter)

och den ifrågasätts inte av vare sig patienter eller Försäkringskassa. Däremot menar några läkare att det kan komma in realistiska förfrågningar från Försäkringskassan.

Har en stor andel i patienter i arbetsför ålder i slutskede av livet (cancerpatienter). Oftast är sjukskrivningen inget problem, men ibland kan det inkomma begäran om helt realistiska rehabiliteringsutredningar. Det är inte alltid möjligt att vid snabba sjukdomsförlopp på första eller andra intyget skriva att återgång i arbete inte är aktuellt.

Eller

Varför ifrågasätter Försäkringskassan att patienten är svårt sjuk om patienten har metastaserande cancer?

Några av dessa läkare framhåller att många av deras patienter sällan ställer krav på sjukskrivning och i stället försöker arbeta så mycket som möjligt.

Mina svar grundar sig på kirurgens verksamhet. Jag förlänger ej en sjukskrivning på en ej opererad patient. Jag kan begränsa mina åtaganden till sjukskrivning efter operation och det handikapp en sådan åtgärd medför t.ex. vagotomisyndrom, dumping och diarrésymtom som patienten får när den är botad från en svåropererad cancer. Om patienten kräver sjukskrivning efter orimligt lång tid efter benign (godartad) kirurgi hänvisar jag patienten till primärvården.

På min mottagning arbetar många patienter trots sjukdom. De vill ej vara sjukskrivna. Tror att den gruppen är stor! Kanske större än gruppen som sjukskriver sig i onödan.

Både kirurger och dermatologer uppger att de oftast sjukskriver en kortare tid efter operation eller annan behandling och därefter hänvisar patienterna till primärvården. Det finns också de som menar att deras patienter arbetar för mycket.

Patienterna arbetar oftast mer än de borde. Regeln är att det är svårt att få dem att gå med på sjukskrivning till den grad de borde vara sjukskrivna. De gör allt för att bortse från sin sjukdom och sliter ut sig i förtid.

Denna läkare framhåller även problemet med sjukskrivning under väntetider, vilket kan

få konsekvenser.

Jag sjukskriver i "onödan" ganska många personer/år p.g.a. bristen på ortopedkirurger, framförallt för ortopeder och ryggortopeder. Väntans längd kan leda till obotbara skador t.ex. på ryggmärgen och till förtidspension.

Hudläkarna framhåller att deras patienter oftast är totalt oförmögna att arbeta under ett aktivt skede av sjukdomen. Därefter kan det vara problematiskt om de inte kan återgå till tidigare arbete. En kirurg framhåller att rehabiliteringen kan gå snabbare efter en operation.

Vidare så är det enklare för patienter att faktiskt visa upp att de är sjuka då de har ett operationsärr. Dessutom brukar patienterna efter en rehabiliteringsperiod återgå till arbetet inom 4-6 veckor och kan oftast arbeta fullt ut, eftersom den kirurgiska åtgärden har löst ett många gånger sjukskrivningsgrundande problem.

Det framgår av synpunkterna att klart definierade sjukdomar inte är något problem för specialisterna, men kan bli det för distriktsläkarna som i många fall får ta över ansvaret för sjukskrivningen.

B 4 Att sjukskriva vid graviditet

Många gynekologer framhåller problem om vad som ska gälla ifråga om sjukskrivning eller inte för gravida kvinnor. Ett trettiotal synpunkter rörde detta. Ett förslag:

Vad det gäller graviditet skulle det underlätta om alla gravida erbjöds moderskapsersättning från graviditetsvecka 32. Denna ersättning skulle ej vara möjlig att spara till efter förlossningen utan endast möjliggöra för den höggravida kvinnan att dra ned/minska arbetstiden utan att situationen betraktas som sjuklig. En fullgången normal gravid kvinna är tröttare, har mer värk, sömnsvårigheter, mag-tarmbesvär jämfört med en icke gravid population vilket är visat i vetenskapliga studier.

Flera gynekologer menar dock att det inte är något problem med att sjukskriva gravida kvinnor med komplicerade tillstånd, eftersom det är en begränsad tid (graviditeten) och det inte kan bli aktuellt med t.ex. rehabilitering. Men många är osäkra och undrar varför det kan vara så olika med dessa sjukskrivningar i olika delar av landet. En läkare som själv har fört fram förslag till förändringar uppger följande.

Vanligaste konfliktorsak är regeln att havandeskapspenning avslutas 10 dagar före beräknad Partus (förlossning) (BP), då patienten får återgå till föräldrapenning. Jag tillämpar samma regel vid sjukskrivning av gravida i enlighet med en konsensusöverenskommelse vid ett läkarmöte mellan Stockholms gynekologiska kliniker efter havandeskapspenningens införande. Naturligtvis borde bägge gälla fram till faktisk partus (förlossning), vilket jag skrivit om flera gånger, senast i skrivelse till patientnämnden/.../ Svenska Dagbladet /.../ om gravidas rätt att sjukskriva sig, samt Dagens Nyheter /.../ I skrivelse /.../ utvecklas frågan utan att få en lösning, vilket kräver Riksdagsbeslut.

En privatläkare inom denna specialitet anser dock att de få fall han sjukskriver är helt solklara och fortsätter

/.../Jag har klara symptom att bedöma efter och ser eg inte en lång uppsats som medicinskt underlag som nödvändig. Diagnosen säger allt /.../.

En läkare uppger att han använder koden för "normal graviditet" för "gravida kvinnor med ledighetsbehov" och som inte har någon funktionsnedsättning och menar att graviditet inte är någon sjukdom. En annan läkare menar dock att

även om graviditet ej är sjukdom så har en majoritet av kvinnorna svårt att klara sitt ordinarie arbete de sista månaderna.

En läkare som arbetar på mödravårdscentral menar att nästan alla kvinnor där vill bli sjukskrivna under åtminstone en del av graviditeten. Hur problematisk sjukskrivning kan vara för arbetslösa gravida kvinnor framgår av citatet nedan.

Gravida kvinnor där sjukskrivning p.g.a. bäckeninsufficiens trötthet förekommer i stor utsträckning. En del är arbetslösa, har sjukskrivit många kvinnor p.g.a. trötthet framför allt mot slutet av graviditeten, ibland i stället för att anmäla sig till arbetsförmedlingen, det finns ändå ingen som anställer en höggravid kvinna i v.32.

Flera läkare uppger svårigheter i dessa fall och menar att det är subjektivt i många fall om "normala" graviditetssymtom, trötthet, ska anses som sjukdom eller inte och uppger att allmänheten har en tendens att betrakta trötthet under graviditeten som sjukdomstillstånd och tillägger

ser att många kollegor sjukskriver på svaga indikationer eller av psykosociala skäl.

En kvinnlig gynekolog undrar hur informationen om havandeskapspenning m.m. är och beskriver problematiken på följande sätt.

Det är många gånger svåra ställningstaganden med gravida kvinnor som önskar sjukskrivning tidigt i graviditeten vecka 20, då det inte finns någon riktig orsak till sjukskrivning. Det är också många som är uppsatta på läkartid i v. 36 och de undrar hur länge de ska jobba. Informerar inte Försäkringskassan om havandeskapspenning och att man kan ta ut föräldradagar/semester/jourkompensation fram till dess att barnet kommer? Jag (kvinnlig läkare) och många kollegor med mig upplever dessa MVC-mottagningar (mödravårdscentraler) som rena rama "sjukskrivningsfabriker" och det är många gånger frustrerande...

Någon framhåller att fack och arbetsgivare borde ha som ansvar att ordna en bra arbetsmiljö för den gravida kvinnan. Dessa sjukskrivningar skulle då kunna begränsas. En annan tar också upp arbetsmiljön.

Det är en speciell problematik där patienten ofta har ont i ryggen (gravida) och inte klarar av ett tyngre arbete. Patienten säger oftast att de har pratat med sin arbetsgivare och att denne inte kan erbjuda omplacering till lättare arbetsuppgifter. De flesta säger att det inte är möjligt att arbeta halvtid för då får de göra 100 % arbete på 50 % av tiden. Andra säger att arbetsgivaren inte accepterar halvtid p.g.a. schematekniska skäl. Jag hinner inte kontrollera detta.

En läkare framhåller, liksom många av yttrandena visar, att man skulle behöva se över sjukförsäkringssystemet vad det gäller gravida kvinnor, eftersom en betydande del av dessa ej klarar av sitt arbete den sista månaden.

B 5 Sjukskrivning per telefon

I enkäten fanns en fråga med fast svarsalternativ, om hur ofta läkare sjukskriver en patient utan att träffa denne (t.ex. per telefon). I denna fråga var det stor skillnad mellan länen.

Totalt var det drygt hälften av alla läkare som sjukskrev per telefon. Över en tredjedel av läkarna vid vårdcentraler i Östergötland gjorde det varje vecka medan endast elva procent av motsvarande läkare i Stockholm gjorde det.

Denna fråga har engagerat många av de läkare som har skrivit egna synpunkter. De allra flesta har stora förbehåll för sjukskrivning per telefon och uppger t.ex. att det bara är patienter de känner som de sjukskriver på detta sätt. Man uppger också att det endast är kortare sjukskrivningar och vid förlängning av sjukskrivning som man gör detta. Alla som har yttrat sig på den här punkten menar att de aldrig sjukskriver per telefon när det är första gången patienten begär sjukskrivning.

Telefonkontakt: Förutsätter att med frågan menas att patient och läkare har telefonkontakt för avstämning när intyget skrivs. Tycker detta är ok – dessa samtal och bedömningar förutsätter ej nytt status utan är snarare så att vid det personliga besöket finns oftast en preliminär bedömning som gäller.

En del kliniker arbetar dock i team även i själva sjukskrivningsprocessen och kan ge andra personer i teamet uppdrag att sjukskriva.

Vid pågående process där konsult/sjukgymnast etc. på mitt uppdrag/ordination behandlar kan jag förlänga på telefonkontakt. Processen är dock inledd med bedömning, kontrollerad med uppföljningsbesök.

Ett flertal svar uppger att någon i teamet kan bedöma rätt till sjukskrivning. En psykiatrisk klinik har detta som rutin.

Jag arbetar på ett psykiatriskt behandlingsteam i öppenvård vilket innebär "indirekt läkarkontakt" via behandlare, i hög grad. Förlängning av sjukskrivning sker alltså ofta i samråd med behandlare som ofta träffar patienten och utan patientkontakt när ny bedömning ej behöver göras p.g.a. ändrade omständigheter. (symtommässigt, socialt etc). Helt nya sjukskrivningsärenden är sällan aktuella där vi på mottagningen har ett s.k. nybesöksteam som utreder/tar emot, ett ärende till mig är ofta redan "kroniskt" i fråga om sjukskrivning.

Någon menar att man sjukskriver per telefon i väntan på beslut från Försäkringskassan.

C Medicinskt underlag – läkarintyg/-utlåtande

Det fanns inga frågor i enkäten om blanketterna som läkare ska använda sig av vid sjukskrivning. Många läkare, ungefär 100, har dock haft spontana synpunkter på denna hantering. Speciellt finns mycket synpunkter på det nya sjukintyget. Det finns dock även synpunkter på att skriva längre utlåtanden såsom "Läkarutlåtande om hälsotillstånd" FKF 3200, som har flera olika förkortningar LUH, LOH, LUT. En allmän synpunkt till att börja med:

Sjukskrivningsblanketten och blankett för FKF 3200 är hopplösa. De är så generell hållna att de inte passar för något specifikt fall riktigt bra. De är utformade för att ersätta diskussionen med Försäkringskassan, men det går ju inte så bra! Vissa sjukskrivningar är ju både enkla och okomplicerade och då är blanketterna väldigt komplicerade. Å andra sidan är de för generellt hållna för komplicerade ärenden.

En läkare tycker att det är krångligt med de två olika intygen för sjukskrivning respektive för längre arbetsförmåga, FKF 3200.

Försäkringskassans hantering av intyg är rörig. Ganska liten skillnad mellan sjukintyget och LOH. Det innebär att så fort man försöker göra något initiativ med patienten önskar Försäkringskassan ett intyg till (LOH) trots att ett flertal sjukintyg med i stort sett samma innehåll skrivits det senaste året. Förslag: baka ihop intyget och LOH till en enda blankett. Vi använder alldeles för mycket tid på att skriva dubbla intyg på patienter som har lång sjukskrivning.

Vad det gäller den nya blanketten för vanlig sjukskrivning, är det många som tycker att den är för komplicerad att fylla i och anser att den måste göras om. Man anser t.ex. att kryssalternativen för heltidssjukskrivning ej är definierade och att de är oklart formulerade och man förstår inte hur de kan vara till någon hjälp för Försäkringskassan. Men även vid deltidssjukskrivning anses frågorna svåra att svara på. Ett flertal läkare tycker att man kan förenkla blanketten för korttidssjukskrivningar med okomplicerade diagnoser. En sida kunde räcka i sådana fall och skulle förenkla mycket. Några anser att man kan ha två olika blanketter:

Jag tycker att de nya intygen är ovanligt krångliga. Jag har skrivit att patienten är opererad med esofagektomi. Då vet alla läkare att en sjukskrivningstid på några månader inte är orimlig. Jag får då tillbaka blanketten för att fylla i alla dessa kryss som fullständigt saknar relevans i sammanhanget. Inför två olika blanketter. En för sjukskrivning och en för tveksam sjukskrivning.

Blanketten passar över huvud taget inte för kirurgisk verksamhet och de korta sjukskrivningar som sker efter en operation, anser många kirurger och även infektionsläkare och gynekologer. Inom akuta specialiteter passar blanketten inte alls uppger flera läkare. Man anser vidare att det är en "skrivbordsprodukt" utan förankring i verkligheten.

Kryssfrågorna är för rigida, svåra att ta ställning till och kan missförstås av patienten. Bör tas bort helt!

Läkarintyget är hopplöst med "kryssfrågorna" som är så in i den fyrkantiga! Ur-dumma i många situationer.

Man menar att Försäkringskassans handläggare begär att alla kryssen ska vara ifyllda oavsett om det är rimligt eller inte. Läkarna uppger att de får tillbaka alla intyg som inte är fullständigt ifyllda oavsett diagnos etc. Man tycker att det ibland kan vara svårt att ta ställning till prognos för arbetsåtergång.

Frågan om prognos för arbetsåtergång saknar alternativet "kan ej bedömas för närvarande". Om man ej fyller i får man intyget i retur för komplettering, vilket skapar irritation, merarbete och försening med ersättning för patienten.

En läkare påpekar att samma blankett används vid sjukskrivning om en patient uppstår socialt försörjningsstöd och läkaren anser att detta leder helt fel.

En separat blankett för arbetsförmedling/socialtjänst (AF/SOC); där man bara anger nedsatt arbetsförmåga (ej oförmåga till arbete) med specifikation i rutan med fritext för viss tid, skulle förhindra en del onödiga sjukskrivningar för arbetslösa.

Även för cancerpatienter är intyget olämpligt och kan upplevas som kränkande, anser en läkare. Flera gynekologer menar att intyget inte alls passar för gravida patienter och att man bör ta fram ett särskilt intyg som passar deras situation.

*/.../Det skulle underlätta avsevärt för både oss läkare, barnmorskor, patienter och Försäkringskassan. Jag kan tänka mig att själv delta och hjälpa till vid utformning-
en av en sådan sjukskrivningsblankett.*

De läkare som fyller i blanketten på dator verkar ha stora problem och arbetet underlättas inte av datoranvändning utan snarare försvåras det.

Det nuvarande formuläret "Medicinskt underlag" är långt ifrån användarvänligt. Trots att jag verkligen bemödat mig att fylla i alla frågor på formuläret kommer ändå bugruta att det saknas information = Alla gånger. Dessutom att informationen sjukskrivning, arbetsgivare, yrke mm "trillar bort" när intyget skall förlängas. Skapar mycket frustration! Punkten återgång till arbete saknar en ruta = Vet ej.

Många anser vidare att det tar mycket tid att fylla i blanketten, att den är onödigt tillkrånglad och svåröverskådlig. Kryssrutorna bedöms överlag vara svåra att svara på och någon anser att de ändå bara bygger på patienternas utsagor. En läkare uppger att inte någon av alla läkare han talat med, finner stöd i blanketten vid sjukskrivning, vilket angavs som skäl vid införandet av den. Ett radikalt förslag är däremot följande.

På en tidspressad mottagning (är väl många nuförtiden) är varje intyg till Försäkringskassan en belastning. Ett alternativ till dessa intyg skulle kunna vara att läkaren skickar en kopia på journalanteckning med angivande av lämplig sjukskrivningstid (separat rubrik i journalen).

En annan läkare tycker att man kan ersätta läkarintyget med patientens egen intygande om arbetsförmåga, vilket skulle frisätta läkartid till vård i stället för byråkartiskt arbete. En barnläkare som sjukskriver föräldrar efter barns död blir frustrerad över "alla fullständigt omöjliga rutor som man kan fylla i fel."

Slutligen finns det en hel del kommentarer att det är för dålig ekonomisk ersättning för att skriva det mer omfattande utlåtandet FKF 3200.

Den ekonomiska ersättningen för kontakt med/intygsskrivning till FK är helt orealistisk om man arbetar på tidstaxa. T.ex. att skriva ett normalt noggrant utlåtande som kan ta allt från 30 min till 2 timmar att färdigställa – beroende på komplexitet i fallet – ersätts av FK med 275:-! Detta innebär för mottagningen en förlust på 1000 till 2500 kr!! --- Noggranna utlåtanden/intyg skrivs sålunda idag endast av ren välvilja till patienten.

Diskussion och slutsatser

Föreliggande rapport är en redogörelse för en del av de öppna svaren i en enkät till ett stort antal läkare (över 5000 svarande) i Stockholms och Östergötlands län. Det är cirka 1000 läkare som har lämnat synpunkter och i denna rapport har ungefär 700 synpunkter analyserats.

Metodologiskt kan man ha vissa funderingar över de öppna svaren. Eftersom frågorna med fasta svarsalternativ i enkäten var problemorienterade är det troligt att de som velat uttrycka egna åsikter färgats av detta och mest lyft fram problem i sina svar. Man har främst haft synpunkter som utvecklat de fasta svarsalternativen ytterligare. Enkäten innehöll dock inga frågor om de medicinska underlagen eller blanketterna, men det är många som i öppna svar framhåller att blanketterna är mycket dåliga, vilket finns anledning att beakta i ett större sammanhang. Man bör även beakta att vi inte vet varför det stora flertalet av dem som besvarade de fasta frågorna i enkäten inte har skrivit några egna synpunkter. Är det de mest negativa som har yttrat sig och får man därigenom en skev bild? Det

kan så vara, men inte desto mindre är dessa synpunkter viktiga och kan förhoppningsvis leda till förändringar där det har framkommit en hel del brister.

I den aktuella debatten om den höga sjukfrånvaron i Sverige finns förvisso många åsikter och många försök till orsaksförklaringar. Det sägs ofta att det är en komplex problematik och att det inte rör sig om en förklaring. Att Sverige har bland den högsta sjukfrånvaron i Europa kan dessutom betraktas som en paradox med hänsyn till vår höga medellivslängd, vårt utbyggda välfärdssystem och relativt sett höga levnadsstandard. Den höga sjukfrånvaron bedöms av forskare inte heller avspegla den verkliga sjukligheten i landet. Utöver sjuklighet måste förklaringar sökas på annat håll som i regler, system etc.

När man tar del av läkarnas egna synpunkter på sjukskrivning i föreliggande rapport och i den tidigare (Karlsryd & Östling 2005), kan man ana åtminstone *en* förklaring till den höga sjukfrånvaron. Det framstår som om de läkare, som har yttrat sig, känner en förvirring och en osäkerhet i rollen att bedöma patienternas funktionsförmåga och därefter behov av sjukskrivning. När rollfördelningen mellan aktörerna¹² är så oklar, blir resultatet givetvis godtyckligt. Det framstår klart av svaren att såväl hälso- och sjukvårdens som Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen behöver tydliggöras. Det framkommer en del förslag som att t.ex. särskilda läkare skulle ha hand om all sjukskrivning. Detta finns delvis genomfört i en del andra länder t.ex. i Holland. Där har man dock en hög sjukfrånvaro och exemplet kan därför ifrågasättas. Av läkarnas synpunkter i denna studie framgår dock att det kan vara svårt att ha två roller gentemot patienten. Som husläkare t.ex. ska man vara "patientens ombud", men man ska även samarbeta med myndigheter och skriva intyg t.ex. Dessa båda roller borde gå att förena med att göra det bästa för patienten, men en del läkare anser inte det.

Det är många läkare i studien som framhåller svårigheter med att bedöma arbetsförmåga, vilket är väsentligt för att kunna ta ställning till sjukskrivning. Enligt läkarna kräver det kunskaper om olika yrken, vilket de inte har, samt arbetsplatsbesök, vilket det inte finns tid för. Man kan tycka att dessa bedömningar i många fall med nödvändighet måste bli amatörmässigt gjorda. Hur kan man relatera till en arbetsplats man inte har kännedom om? En del beklagar att tillgången till företagshälsovård i Sverige sedan några år tillbaka är så knapp och man skulle önska att fler arbetsplatser hade sådan. Man menar att det bara är vid företagshälsovården man kan bedöma en patients arbetsförmåga korrekt. Som exempel kan nämnas att i Finland och Tyskland arbetar man i socialförsäkringen intimt tillsammans med företagshälsovård, såväl förebyggande som vid bedömning av arbetsförmåga (Riksförsäkringsverket 2003).

Det framkommer även en stor okunskap, bland de läkare som svarat, om regler och bestämmelser och många läkare vädjar om mer utbildning i socialförsäkringens område. Det framkommer att det inte ingår mycket om detta i läkarnas utbildning och trots den stora satsning på utbildning, som Försäkringskassan har genomfört under det senaste året, tycks det finnas behov av mer kunskap i dessa frågor.

Vad det gäller riktlinjer och mallar för bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivningens längd finns två olika läger bland synpunkterna. En del efterlyser sådana och tycker att sjukskrivningarna därmed skulle bli mer likformiga. Andra menar dock att varje fall ska bedömas individuellt och att man då inte kan tillämpa mallar som är lika för alla. Även här kan man göra internationella jämförelser. Vissa länder i Europa, t.ex. Tyskland och Frankrike, har delvis sådana "guidelines". En forskare i USA, P Reed,¹³ har skrivit en bok med omfattande riktlinjer för bedömning av sjukskrivningens längd vid olika diagnoser.

¹² Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan framför allt, men även arbetsförmedlingen, arbetsgivare och patienten själv.

¹³ Föreläsning vid läkarstämman i Stockholm 2005-12-02 samt artikel i Dagens Socialförsäkring nr 10 december 2005.

Boken ska tjäna som stöd för läkare, men också för de andra aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Reed har konstaterat att vi i Sverige har många långa sjukfall. Han frågar sig varför det tar så mycket längre tid för svenska sjukskrivna att ta sig tillbaka till arbetet än för sjukskrivna i andra länder. Riktlinjerna är inte till för att slaviskt följas, men kan vara ett led i att underlätta återgång till arbete efter sjukskrivning. För patienterna kan dessutom tillfrisknandet ske snabbare om dessa på förhand vet hur lång tid de förväntas vara sjukskrivna vid en viss sjukdom. Man måste dock hålla i minnet att alla patienter ska bedömas individuellt och att läkningstider etc. kan variera från person till person (Läkartidningen 2005). Här kan nämnas att regeringen nyligen har gett Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta riktlinjer för sjukskrivning i Sverige.

Det finns olika instrument för bedömning av arbetsförmåga i många andra länder (EU-rapport 2002; Gerner 2005). I Sverige finns det inte något som används generellt för att bedöma rätt till sjukpenning och sjukersättning. Vid diffusa symtom och oklara diagnoser passar inte alltid sådana instrument. Många av de läkare som lämnat synpunkter i enkätstudien menar att det är så komplicerat att bedöma arbetsförmåga att man helst bör vara ett team med olika specialiteter. Det finns i Sverige speciella Försäkringsmedicinska centra och Rehabiliteringskliniker att anlita för sådana bedömningar, men många av de läkare som lämnat egna synpunkter, verkar vara okunniga om detta. Det framkommer dessutom en okunnighet om försäkringsläkarnas roll och befogenheter.

Läkarna upplever sjukskrivningsinstrumentet som fyrkantigt och svårt att använda vid deltidsarbete, eftersom det bara finns fyra nivåer. Många anser att en steglös modell skulle vara mer flexibel. Det har man exempelvis i Norge. Det finns dock även länder som inte har någon partiell sjukskrivning, annat än i undantagsfall, t.ex. Frankrike.

Blanketterna får stor kritik av läkarna. Den senaste blanketten för sjukskrivning är nyligen framtagen, men av svaren här att döma behövs förändringar av den. Det framförs önskemål om en större flexibilitet och bedömning från fall till fall vid Försäkringskassan, innan man begär kompletteringar. Ett flertal vetenskapliga studier visar vikten av att blanketter för sjukskrivning är tydliga och att man tar fasta på uppgifter som är väsentliga för bedömningen.

Sammanfattningsvis är de läkare som har skrivit egna yttranden i denna enkät, ca 1000 stycken, kritiska till mycket i samband med arbetet med sjukskrivning. Här krävs riktlinjer att tillämpas med varsamhet, tydligare rollfördelning, mer utbildning, tydligare blanketter och bättre kontakter mellan aktörerna. Även inom läkarkåren behövs klagörande av roller mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare. De slutsatser man kan dra av läkarnas synpunkter är:

- Tydligare rollfördelning mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen
- Särskilda sjukskrivande läkare efter några veckors akut sjukskrivning
- Utarbeta former för att bedöma arbetsförmåga, eventuellt speciella team med olika kompetenser
- Utvidga tillgången på företagshälsovård
- Riktlinjer för längden på sjukskrivning vid olika diagnoser, men ändå utrymme för individuella bedömningar
- Riktlinjer för sjukskrivning under graviditet
- Utbildning och fortbildning för läkare om lagar och regler
- Större flexibilitet och mindre byråkrati från Försäkringskassans sida vid bedömningar, speciellt vid allvarliga sjukdomstillstånd
- Mer ändamålsenliga blanketter
- Mer tid för varje patient när man ska bedöma rätt till sjukskrivning
- Steglös sjukskrivning i stället för fyra nivåer

Litteraturförteckning

Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Söderberg E (2005) *Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie*. Grönabandrapport nr 46. Försäkringskassan Länskontoren Stockholm och Östergötland, Landstingen i Stockholm och Östergötland, Karolinska Institutet. Stockholm: Försäkringskassan Länskontoret Stockholm.

Dagens Socialförsäkring nr 10 2005 sid. 8. Inspiratör från USA

EU-rapport (2002) *Definitions of Disability in Europe: a Comparative Analysis*. Final report 2002. Brunel University UK.

Gerner U (2005) *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen - hinder och möjligheter*. Stockholm: Stockholms Universitet. Rapport i socialt arbete nr 113-2005. Doktorsavhandling.

Karlsryd E & Östling E (2005) *Läkare anser – om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden*. Grönabandrapport nr 47. Försäkringskassan, Landstingen i Stockholm och Östergötland, Karolinska Institutet. Stockholm: Försäkringskassan Länskontoret Stockholm.

Läkartidningen december 2005 sid. 3766 Svenskarnas sjukskrivning ett mysterium enligt Reed.

Malterud K (1998) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Riksförsäkringsverket (2003) *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenhet från fyra länder*. RFV analyserar 2003:16 Bergendorff S, Larheden H. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU. 2003.