

Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning

Rapport
Januari 2005

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

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



Rapporten kan laddas ner från www.ki.se/ip
där den ligger under Publikationer > nedladdningsbara publikationer

eller beställas från

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Fax: 08 – 524 832 05
Telefon: 08 – 524 832 18
E-post: eva.nilsson@ki.se

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

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

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

SAMMANFATTNING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 INLEDNING

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

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

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

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

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

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

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

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

2 MATERIAL OCH METOD

Material har samlats in på följande fyra sätt

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

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

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

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

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

Materialet har lästs, kategoriserats och sammanställts i problemområdeskategorier.

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

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

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

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

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

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

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

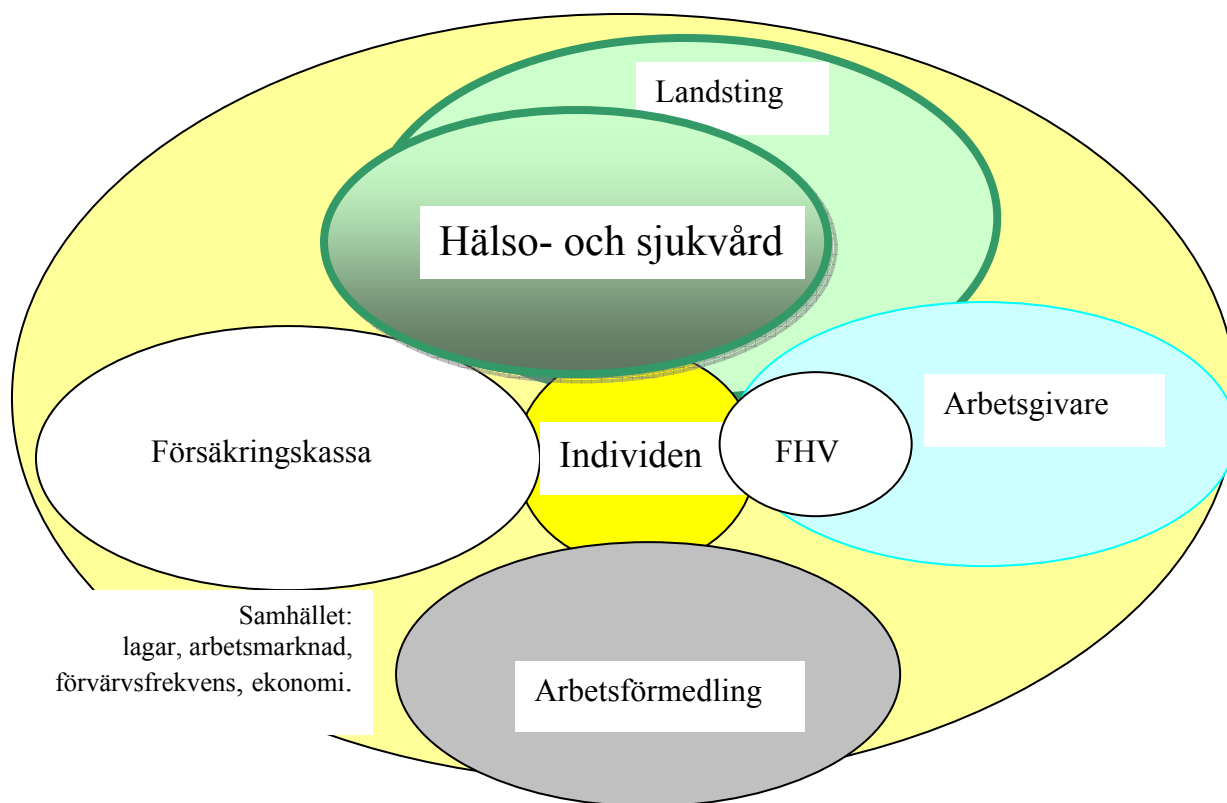
I denna rapport refereras ibland till litteratur. Avsikten är då inte att vara uttömmande, dvs. nämna samtliga eller ens de flesta referenser inom respektive område, utan att ge något exempel.

3 BAKGRUND

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

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

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



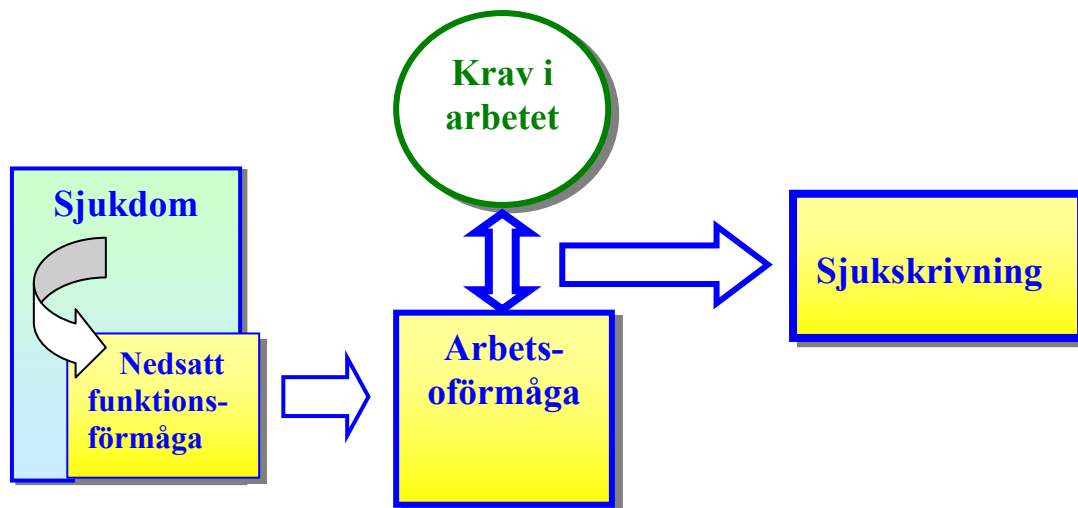
Figur 1. Olika aktörer av betydelse för handläggning av sjukskrivningsärenden. I denna rapport är fokus på hälso- och sjukvården och de problem som finns där kring handläggning av sjukfrånvaroärenden. Försäkringskassans, företagshälsovårdens samt sjukvårdens syn på problem i sjukvården fokuseras.

3.1 Sjukförsäkringen

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

Sjukvården har alltså två typer av uppgifter i detta sammanhang:

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



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

3.1.1 Begrepp

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Hur definieras sjukdom i sjukförsäkringen?

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Sjukvårdens ansvar

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

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

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

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

3.2 Läkares uppgifter och roll i samband med sjukskrivningsärenden

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

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

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

3.2.1 Läkares roller

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

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

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

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

² Vår översättning.

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

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

3.2.3 Att skriva intyg

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

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

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

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

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

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

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

3.2.4 Hur vanliga är sjukskrivningsärenden i vården?

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

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

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

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

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

4 ÖVERGRIPANDE OM PROBLEMMOMRÅDEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 PROBLEMMOMRÅDEN

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

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

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

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

5.1 Kunskapsläget

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Patientens väg genom systemet

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

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

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

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

5.2.1 Väntetider leder till längre sjukskrivningar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Främja helhetssyn i vården (15).

5.2.3 Stor spridning i hur läkare bedömer behov av sjukskrivning

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

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

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

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

5.2.4 Dåligt bemötande av patienter kan bidra till längre sjukskrivningar

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

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

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

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

5.2.5 Sjukskrivning under graviditet

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

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

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

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

5.2.6 Bristande kontinuitet innebär risk för längre sjukskrivningar

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

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

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

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

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

5.2.7 Bristande hantering av psykiska besvär och psykosocial problematik

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

5.2.7.1 Svårigheter inom sjukvården att upptäcka psykiska besvär och psykosocial problematik

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

5.2.7.2 Svårigheter att bedöma symtom av psykisk karaktär

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

5.2.7.3 Behandlingsalternativ saknas för psykiska besvär

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

5.2.7.4 Brist på psykologisk och psykosocial kompetens i sjukvården

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

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

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

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

5.2.7.5 Medikalisering

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

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

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

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

5.3 Läkarrollen

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

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

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

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

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

5.3.1 Kunskap

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

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

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

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

I Norge används följande definition (56):

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.2 Färdigheter

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

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

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

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

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

- Utbildning
- Strukturer och organisation som främjar sådan utbildning

5.3.3 Attityder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁶ Vår översättning

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

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

5.4 Läkares arbetssituation

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

5.4.1 Hög arbetsbelastning och svårt göra ett bra jobb

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.2 Tid under läkarbesöket

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

1) För kort tid för besöket.

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

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

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

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

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

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

5.4.3 Copingstrategier

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

5.4.3.1 Sjukskrivningar förlängs ”av ren utmattning”

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

5.4.3.2 Sjukskrivningstiden anpassas till tidboken

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

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

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

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

5.4.3.4 *Väljer diagnoser som accepteras av försäkringskassan*

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

5.4.3.5 *Undviker skriva omfattande intyg*

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

5.4.3.6 *Telefonsjukskrivningar*

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

5.4.3.7 *Avvakta*

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

5.4.3.8 *Patienter ’bollas över’ till andra.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Ledning

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

5.5.1 Oklart ansvar för sjukskrivningsfrågor inom hälso- och sjukvården

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

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

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

5.5.2 Styrssystem och incitament

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.3 Kvalitetssäkring

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

Tid för kvalitetssäkring

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

- Handledning
- Tid för reflektion

⁸ Författningshandbok 2005 är den senaste, ges ut av Liber

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

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

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

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

Tid för fortbildning

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

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

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

5.5.4 Bristande tillit mellan olika aktörer och till "systemet"

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

Bristen på tillit har i intervjuerna beskrivits på fem nivåer:

1) I relationen mellan patient och läkare

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

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

2) I relationen mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare

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

3) I relationen mellan chefer i landstingsorganisationen och läkare

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

4) I relationen mellan läkare och "sjukskrivningssystemet"

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

5) I relationen mellan läkare och försäkringskassa

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

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

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

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

5.5.5 Statuskillnader inom sjukvården

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

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

5.6 Faktorer utanför sjukvården

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

5.6.1 Arbetsmarknadssituationen

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

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

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

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

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

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

5.6.2 Sjukförsäkringsregler

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

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

- Förändring av reglerna enligt ovan.

5.7 Samverkan med andra aktörer

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

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

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

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

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

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

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

5.7.1 Undermålig kvalitet på läkarintyg

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

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

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

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

5.7.2 Samverkan mellan sjukvården och företagshälsovården

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

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

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

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

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

5.7.3 Rehabiliteringsbegreppet

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7.4 Oklart vem som skall ansvara för rehabiliteringsinsatser

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

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

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

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

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

6 PRÖVADE ÅTGÄRDER

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

6.1.1 Utbildning

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.1.1 Befolkningsriktade utbildningsinsatser

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

6.1.2 Snabb tillgång till rehabilitering

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

6.1.3 Case manager

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

6.1.4 Guidelines

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

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

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

6.1.5 Second opinion

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

6.1.6 Samverkan

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

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

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

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

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

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

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

6.1.7 Handläggare från försäkringskassan på vårdcentral

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

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

6.1.8 Beteendevetenskaplig kompetens

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

6.1.9 Specialistkonsult på vårdcentral

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

6.1.10 Sjukskrivningskommittéer

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

6.1.11 Skärpta regler

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

7 DISKUSSION

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

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

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

Ett flertal problem finns även i:

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

7.1 Metodologiska överväganden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Positiva exempel

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

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

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

7.3 Vad saknas i materialet?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4 Ledning och styrning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.5 Effekten av vidtagna åtgärder

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

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

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

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

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

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

Åtgärder som i materialet tycks ha positiva effekter:

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

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

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

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

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

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

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

8 REFERENSER

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

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

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

49. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sjuk på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro. *Arbetsmarknad och arbetsliv* 1999;27-43.
50. Kivimäki M, Head J, Ferrie EJ, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal* 2003;327(364).
51. Ludvigsson M, Svensson T, Alexanderson K. Begreppet arbetsförmåga - en litteraturgenomgång. *Arbete och hälsa*; 2006;8:1-19.
52. Lindqvist R. Lokal välfärd för funktionshindrade, exemplet Umeå kommun. In: Nygren L, editor. *Kris eller utveckling?* Umeå: Författarna; 2004. p. 74-93.
53. Sawney P. Current issues in fitness for work certification. *Br J Gen Pract* 2002;52(476):217-22.
54. Söderberg E, Vimarlund V, Alexanderson K. Experiences of public sector staff participating in inter-organisational projects aimed at promoting return to work among unemployed sickness benefit recipients. Submitted 2004.
55. Statskontoret. Sjukskrivning i väntan på vård. In: Rydh J, editor. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen.* Stockholm: Socialdepartementet; 2000. p. 273-301.
56. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning; 1999 April 1999. Report No.: 12/99.
57. Bergman M. Väntetidsstudie - Att utifrån ett försäkringskassperspektiv analysera de flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall på utdrag av Projekt 4S Stenungsund. Stenungsund: Försäkringskassan Stenungsund; 2001.
58. *Genombrott 2 - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården:* Landstingsförbundet; 1999.
59. Grove B. Obstacles to solutions. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
60. Wessely S. Mental health issues. In: Holland-Elliott K, editor. *What about the workers?* London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
61. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003;45(12):1257-66.
62. Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(4):461-8.
63. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Bmj* 1991;303(6811):1181-4.
64. Haglund B, Rosén M. Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer- finns det regionala skillnader: Socialstyrelsen; 2003.
65. Björvell H. "Patient empowerment" - målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen* 1999;96(44):4816-4820.
66. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. *Patient Education and Counseling* 1995;26:257-63.
67. Malterud K. Empowerment as a clinical strategy for recovery and rehabilitation. In: EUMASS European Union of Medicine in Assurance and Social Security; 2002 13-15 juni 2002; Oslo; 2002.
68. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.

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

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

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

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