

Myter styr sjukskrivningspraxis

Kunskap och ledningsstrategier saknas, resurser används inte optimalt, ingen äger frågan, samverkan brister och personer far illa.

II Så kan man sammanfatta den rapport som Kristina Alexanderson, professor vid Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska institutet, presenterade nyligen. Hon har på uppdrag av Socialdepartementet lett en kartläggning av problemen i sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Förutom intervjuer och en enkät till över 7 000 läkare har 700 publikationer använts.

LT: Blev du förvånad över något?

– Ja, att det skulle vara så tydligt att det var en ledningsfråga. Forskningsprojekt fokuserar inte på det, men det finns stora problem i ledningen.

Många i sjukvården upplever det som oklart var ansvaret för sjukskrivningshandläggningen ligger.

– Sjukskrivningsfrågan finns inte på hög nivå i landstingen, och inte heller på enhetsnivå.

– Jag blev också överraskad över att mycket i sjukvårdsorganisationen främjar långa sjukskrivningar.

De vanligaste myterna om sjukskrivning

II Kristina Alexanderson kommenterar utbredda föreställningar som det inte finns vetenskapligt belägg för, men som ibland styr läkares agerande:

• *»Om inte jag sjukskriver går patienten bara till en annan läkare och blir sjukskriven där.«*

– Det finns inget vetenskapligt underlag för det. Vi vet inte om det stämmer och i så fall hur många det handlar om. Det är möjligt att de går till jobbet.

• *»De flesta patienter vill bli sjukskrivna och det kommer att ta mer tid att säga nej än att sjukskriva.«*

– När vi frågar patienter i andra studier är det inte så. Till exempel: 8 procent av patienter med ryggproblem som kommer till en vårdcentral vill bli sjukskrivna, men 26 procent blir det. Och ibland jobbar man ändå.

• *»Patienten uppskattar om jag 'bjuder' på sjukskrivningen.«*

– Nej, det är inte alls säkert.

• *»Kostnaderna för sjukfrånvaro drabbar inte hälso- och sjukvården.«*

– Kostnaderna drabbar också sjukvården, detta behöver studeras. Till exempel kan långa väntetider göra att pati-

Till exempel premierar ersättningsystem och kvalitetsuppföljningar antalet besök och inte arbete med sjukintyg.

Kunskapsluckorna är stora. I rapporten står: »Vården ska 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.«

Brister gäller konsekvenser av sjukskrivning och hur man ska bedöma arbetsförmåga, men också lämplig behandling och rehabilitering av de stora grupperna med psykiska besvär eller sjukdomar i rörelseorganen.

– För läkarna är det viktigt att känna att man gör ett bra jobb, att man gör det som är bra för patienten. Det blir problem när man inte vet vad som är optimal sjukskrivningsgrad, eventuella biverkningar av sjukskrivning och hur de kan motverkas. Utan sådan kunskap och utan tydlig ledning blir det annat som avgör hur man agerar.

Känd sedan tidigare sjukskrivningsmer

Stora skillnader i praxis uppstår, särskilt när det gäller värkproblem och psykiska besvär. Enligt en studie kan risken att bli

enten måste göra om en röntgenundersökning. Och många läkare mår dåligt av situationen idag.

• *»Patienter som verkar omotiverade till att arbeta är det ingen idé att satsa på rehabilitering för.«*

– För det första har vi inga bra instrument för att bedöma motivation. För det andra, en stor del av dem som bedöms sakna motivation är eventuellt deprimerade och behöver behandling för detta.

• *»Primärvården står för nästan alla sjukskrivningar.«*

– Läkare i primärvården uttrycker mer problem kring sjukskrivningar, men 50–70 procent av sjukskrivningarna görs av slutenvården, företagshälsovården eller privatläkare. De flesta åtgärder riktas dock mot primärvården.

• *»Läkare tycker försäkringsmedicin är tråkigt och vill inte lägga ner tid på att lära sig detta.«*

– Nej, intresset är ofta stort för att få mer kunskap om detta.

• *»Jag kan bli prickad av Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, om jag inte sjukskriver.«*

– Vad jag förstår jobbar inte HSN med den typen av ärenden. **LT**

sjukskriven öka 53 gånger när patienten och läkaren känner varandra sedan tidigare.

Förutom brist på evidens och ledning har läkare inte tillräcklig kunskap om lagstiftningen, hur samhället är organiserat, vilka möjligheter som finns för patienterna, vilka kontakter som kan tas inom och utom sjukvården, hur sjukintyg används och vilka krav olika arbeten ställer.

Läkarna behöver hjälp

Bristande färdigheter i att bedöma arbetsförmåga, att föra journal, samarbeta med andra, göra upp handlingsplan eller hantera psykosociala orsaker leder också till långa, onödiga eller ibland för korta sjukskrivningar.

Hög arbetsbelastning i primärvården ökar risken för att sjukskrivningar permanentas och att läkarna själva blir sjuka.

Läkarna behöver få hjälp i att förhålla sig professionellt. Ett sätt kan vara att komma överens på den egna vårdcentralen om hur man ska förhålla sig.

– Där man har en överenskommelse på sin enhet rapporterar inte läkarna så mycket problem. Det är en sak man kan verka för.

Läs rapporten på www.personskadeprevention.nu.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Åtgärder som troligen – evidens finns ej – har god effekt:

En »case manager« som lotsar den sjukskrivne.
»Guidelines« för sjukskrivningens längd.
Feedback på eget sjukskrivningsmönster.
Konsensus på vårdcentralen om handläggning.
Kontaktperson från försäkringskassan på vårdcentralen.
Utbildning i försäkringsmedicin och kommunikation.
Second opinion.
Ökat ledningsansvar.
Multiprofessionella team.
Specialistkonsult på vårdcentralen.

Åtgärder som troligen har negativ eller ingen effekt:

Att inte tillåta behandlande läkare att sjukskriva.
Att ge läkare tillgång till rehabiliteringsspecialister – de utnyttjas inte.
Kortsiktiga projekt utan tydlig plan.
Ändrad utformning av sjukintyg.