

**Förändringar i distriktsläkares
sjukskrivningspraxis
mellan åren 1996 och 2001
i ett svenskt landsting**



Lars Englund, leg läkare, specialist i allmänmedicin, Med dr

Centrum för Klinisk Forskning Dalarna

Arbetsrapport
Falun, November 2001

Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting.

Sammanfattning

Syfte – Att undersöka om distriktsläkares sjukskrivningspraxis har förändrats mellan åren 1996 och 2001.

Studiedesign – Medicinsk auditstudie bland distriktsläkare

Deltagare – 52 distriktsläkare under 1996 och 45 under 2001 registrerade under samma två vårveckor alla konsultationer där sjukskrivning övervägdes (300 respektive 371).

Huvudsakliga effektvariabler – Andel av alla konsultationer som rörde sjukskrivning, längd av utfärdad sjukskrivning, andel partiella sjukskrivningar, diagnoser samt könsskillnader mellan distriktsläkarna. Samarbetsformer med Försäkringskassan.

Resultat – Andelen konsultationer som rörde sjukskrivning ökade från 8,8% till 15,4% och som tidigare var det bara en marginellt liten andel av dessa som inte ledde till sjukskrivning. Medianlängden av utfärdad sjukskrivning ökade från 14 till 21 dagar, medelvärdet från 26 till 35. Värkbesvär var fortfarande den vanligaste diagnosen men andelen diagnoser som betecknade psykisk ohälsa hade ökat. De under 1996 påvisade skillnaderna mellan manliga och kvinnliga distriktsläkare hade minskat. Andelen partiella sjukskrivningar hade inte ökat. Andelen distriktsläkare som uppgav att de hade angivna samarbetsformer med Försäkringskassan hade minskat.

Konklusioner – Distriktsläkares sjukskrivningspraxis har förändrats mellan åren 1996 och 2001.

Inledning

I den samhällsdebatt som förts under de senaste åren om längre och fler sjukskrivningar har intresset fokuserats kring arbetslivets förändringar. Man har inte kunnat konstatera större ändringar i den allmänna sjukligheten i befolkningen som kunnat förklara ökningen utan har fokuserat intresset kring att arbetslivet har förändrats på ett sådant sätt att sjukdomar som tidigare inte omöjliggjort arbete nu gör det på grund av arbetslivets större krav.

Diagnoser som inte förekom i mitten av 1990-talet har tillkommit, som till exempel ”utbrändhet” och ”utmattningsdepression”. Samtidigt konstateras det att ökningen av sjukskrivningar i första hand gäller längre sjukskrivningsperioder, medan korta sjukskrivningar inte ökat i samma utsträckning. Detta innebär att det alltid i sådana långa sjukskrivningar är inkopplat en intygsskrivande läkare. Utan att något stort tillskott av nya läkare skett har sjukskrivningar ökat vilket därför rimligen måste betyda att läkare sjukskriver oftare och/eller längre. Dessutom sanktioneras nya diagnoser som skäl till sjukskrivning av den läkare som ställer diagnosen och av Försäkringskassan som godkänner sjukskrivningen.

Under de senaste fem åren har antalet anställda inom Försäkringskassan minskats samtidigt som trycket på handläggarna har ökat genom det ökade antalet sjukfall. Många läkare klagar på att de trots uttryckliga önskemål om kontakt med Försäkringskassan inte får sådan kontakt. Formellt är det Försäkringskassan på grundval av läkarens sjukskrivningsintyg som avgör om den sjukskrivne har rätt till sjukpenning. Riksförsäkringsverket uppger dock att de av läkare utfärdade sjukskrivningar som ändras inom Försäkringskassorna är få och utgör mellan en promille och en procent av alla sjukskrivningsfall. Detta innebär att läkarens ansvar för den utveckling som skett är stort.

I slutbetänkandet från den av Jan Rydh ledda sjukförsäkringsutredningen (1) konstateras det emellertid ”inte vara styrkt att den mycket snabba ökningen av antalet sjukskrivningar skulle bero på att läkare ändrat sina sjukskrivningsmönster”. Några vetenskapliga undersökningar som gör jämförelser mellan olika år som kunde legat till grund för sådana slutsatser presenteras dock inte.

Den undersökning som genomfördes under våren 1996 om sjukskrivningspraxis bland distriktsläkare i ett svenskt landsting och som publicerades i en referentgranskad vetenskaplig tidskrift år 2000 (2) visade att det fanns stora variationer mellan hur olika läkare sjukskrev. Det konstaterades att av alla de konsultationer som rör sjukskrivning hos distriktsläkare var det endast 6% av de aktuella patienterna som inte blev sjukskrivna. Även bland de patienter där distriktsläkaren bedömde att man inte skulle ha sjukskrivit om inte patienten hade begärt det sjukskrevs 87%.

Den vanligaste orsaken till sjukskrivning var att patienten hade värk från rörelseapparaten och till dessa utfärdades de längsta sjukskrivningarna. Medelvärdet för antal dagar av sjukskrivning för alla patienter var 26. Riskfaktorer för långa sjukskrivningar innebar att längre sjukskrivning utfärdades. Kvinnliga distriktsläkare sjukskrev en större andel av de patienter de såg och deras sjukskrivna patienter var oftare kvinnor och yngre jämfört med de manliga läkarnas sjukskrivna patienter.

I en undersökning bland ett stort stickprov personer i arbetsför ålder ur Dalarnas befolkning (3) ställdes frågan om man under det senaste året nekats sjukskrivning av någon läkare. De som svarade ja på frågan utgjorde närmare 0% än 1%. Således förefaller det som att läkarna inte utgör den ”grindvakt” till socialförsäkringen som det är meningen att de skall vara. Om det i samhället finns en ökad efterfrågan på sjukskrivning och den begränsande roll som läkarna skulle ha enligt socialförsäkringens bestämmelser inte fungerar, innebär detta automatiskt att sjukskrivningarna blir fler. Endast genom att läkarna oftare säger nej till sjukskrivning eller på andra sätt begränsar sjukskrivningarna, genom till exempel deltidssjukskrivning eller kortare sjukskrivningsperioder, kan man undvika att en ökad efterfrågan på sjukskrivning också leder till fler och längre sjukskrivningar på heltid.

Långa sjukskrivningar på heltid kan sägas ha samma negativa hälsokonsekvenser som arbetslöshet och den av regeringen tillsatta Sahlninggruppen påpekar att långa sjukskrivningar kan ses som en del av en önskad ”utslagning” från arbetslivet.

Med utgångspunkt från teoretiska överväganden enligt ovan borde en så uttalad ökning av antalet sjukskrivningar inte kunna ske utan att läkarens sjukskrivningspraxis förändras. Som ett sätt att undersöka hur denna praxis kunde ha förändrats mellan åren 1996 och 2001 beslöts att en ny likadan undersökning som den då genomförda skulle göras på nytt. Den övergripande frågeställningen var huruvida läkarens sjukskrivningspraxis har förändrats.

De mer detaljerade frågeställningarna utgår från de resultat den föregående undersökningen visade och är:

- Utgör konsultationer som rör sjukskrivning en större andel av distriktsläkarens alla konsultationer år 2001 än de gjorde 1996?
- Har andelen sådana konsultationer som inte leder till sjukskrivning ökat?

- Har andelen sjukskrivningar på deltid ökat?
- Har längden på utfärdade sjukskrivningar ökat?
- Har diagnospanoramata förändrats?
- Har andelen konsultationer där läkaren inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om inte patienten hade begärt det men som ändå leder till sjukskrivning minskat?
- Har de påvisade skillnaderna mellan manliga och kvinnliga läkares sjukskrivningspraxis ökat?
- Har samarbetsformerna mellan läkare och Försäkringskassan förändrats?

Material, metod

På samma sätt som 1996 skickades auditformuläret ut till de c:a 130 distriktsläkare som våren 2001 fanns registrerade i Landstinget Dalarna. Formuläret bifogas som Bilaga 1. Precis som 1996 angavs att deltagarna skulle fylla i formuläret under samma två vårveckor. Samma brev med instruktioner som 1996 användes (Bilaga 2). Under 1996 erbjöds de som fyllde i formuläret boken "Allmänmedicinska perspektiv" av före distriktsläkaren Gustav Haglund. Under 2001 erbjöds en av tre böcker som litterärt belyser sjukskrivning, diagnossättande och sjukdomsbegrepp: Elsie Johansson – "Kvinnan som mötte en hund", Axel Munthe – "Boken om San Michele" och Karin Sveen – "Det kultiverade lidandet".

Deltagarna ombads att prospektivt under två veckor fylla i en rad för varje läkarbesök där sjukskrivning diskuterats eller där man hade reflekterat över sjukskrivning eller verkligen sjukskrivit. Diagnosen angavs i fyra grupper där "Inf" betydde alla akuta (eller kroniska) infektionssjukdomar, "Värk" betydde alla olika smärttillstånd och skador, "Psyk" betydde alla psykiska tillstånd och "Annat" var sådant som inte kunde hänföras till de andra grupperna. I enstaka fall angavs mer än en diagnos per inkluderad konsultation, framför allt i form av både "värk" och "psyk". Efter en gruppering av sådana konsultationer registrerades varannan som "värk" och varannan som "psyk".

I nästa kolumn registrerades en bedömning av huruvida arbetssituationen var stabil eller inte. En stabil arbetssituation definierades som en fast anställning utan överhängande hot om uppsägning eller permittering och en icke stabil som att det fanns en osäker arbetssituation där patienten var arbetssökande eller i någon form av arbetsmarknadsutbildning, omskolad, omplacerad, eller hade ett anpassat arbete.

Deltagarna ombads sedan göra en bedömning av huruvida den sjukskrivning som nu diskuterades eller övervägdes kunde bli lång definierat som att distriktsläkaren bedömde att det fanns en risk att sjukskrivningen blir längre än 4 veckor räknat från den aktuella konsultationen. Om patienten redan varit sjukskriven en tid bedömdes alltså risken att sjukskrivningen inte skulle vara avslutad inom 4 veckor.

Under kolumnrubriken "Redan sjukskriven" registrerades huruvida patienten redan var sjukskriven eller inte, uppdelat på fyra nivåer: ej sjukskriven, sjukskriven mindre än 1 vecka, 1-4 veckor eller mer än 4 veckor. Patientens egen sjukskrivning utan läkarintyg skulle ingå, vilket innebar att en registrering under "Ej sjukskriven" skulle betyda att sjukskrivningen påbörjades först i och med det aktuella besöket. Längden av tidigare sjukskrivning räknades som den sammanhängande perioden av sjukskrivning fram till det aktuella besöket oavsett grad.

Under frågan "Skulle föreslagit sjukskrivning" ombads deltagarna markera om de skulle föreslagit sjukskrivning om inte patienten tagit upp det. Under rubriken "Sjukskrivning kan skada" gjordes en riskbedömning med avseende på prognos för återgång i arbete och framtida hälsa.

I de fall sjukskrivning utfärdades ombads man även göra en bedömning under rubriken "Kunskap om alkohol". Med detta avsågs att distriktsläkaren tyckte att han/hon hade tillräcklig kännedom om riskfaktorn alkohol för att inte tro att sjukskrivningen kunde bli farlig för patienten med avseende på risk för farligt ökad alkoholkonsumtion.

Härefter angavs utfärdad sjukskrivning som partiell eller hel och antal dagar omräknat som nettodagar, det vill säga 10 dagar halvtids sjukskrivning blev 5 nettodagar. Man ombads kopiera bladet om man trodde det skulle behövas. På det sista bladet man fyllde i angav man hur många dagar man arbetat med "vanlig läkarmottagning", både akut och annan, under registreringsperioden och avrundat till tiotal hur många patienter man sammanlagt sett under samma period.

Utöver dessa frågor som skulle registreras under hela tvåveckorsperioden tillfrågades deltagarna om kön, ålder, på vilken vårdcentral man arbetade samt huruvida man var specialist i allmänmedicin eller inte. Det ställdes dessutom ett antal frågor om former för samarbetet med Försäkringskassan. Man angav huruvida vårdcentralen hade en fast samarbetsform med Försäkringskassan med möten på vårdcentralen, om distriktsläkaren hade en bestämd person på Försäkringskassan som han/hon kunde kontakta per telefon samt huruvida man regelbundet fick feedback från Försäkringskassan i form av sjukskrivningsdata.

Statistiska analyser

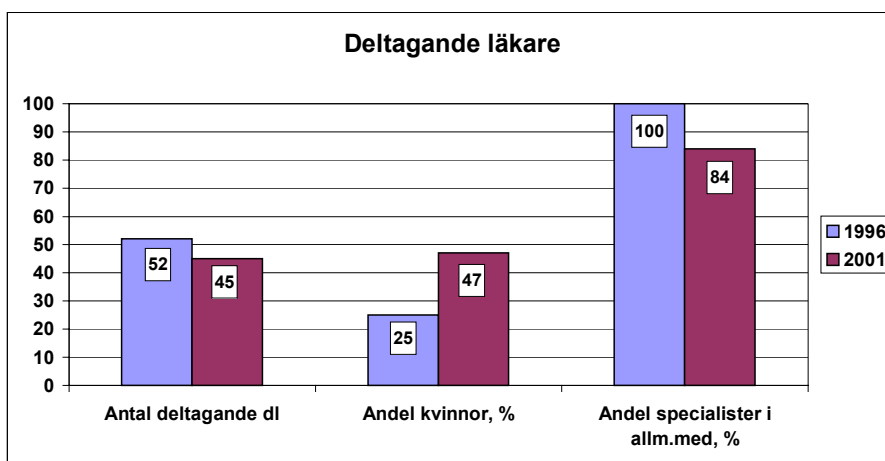
Sedvanliga statistiska metoder för jämförelser har använts och utförts i statistikprogrammet JMP. För kontinuerliga data har Student's T-test eller variansanalys använts. För nominella och ordinala data har chi-två-test använts. För vissa analyser har multivariata analyser utförts.

Som statistiskt säkerställda (signifikanta) skillnader anges skillnader som med mindre än 5% risk beror på slumpen. I de flesta fall har de så kallade p-värdena angivits i figurena. Ett p-värde på $<0,05$ motsvarar att skillnaden med mindre än 5% sannolikhet kan ha uppstått av en slump, ett p-värde på $<0,0001$ innebär att skillnaden med mindre än 0,1 promilles sannolikhet kan ha uppstått av en slump. Mindre p-värden än 0,0001 anges som $<0,0001$ även om de var mycket mindre. Ju lägre p-värde desto mindre sannolikhet att skillnaden mellan de två undersökta åren har uppstått av en slump. Om skillnader inte var statistiskt säkerställda mellan åren har det i vissa diagram angetts som "ns" (not significant).

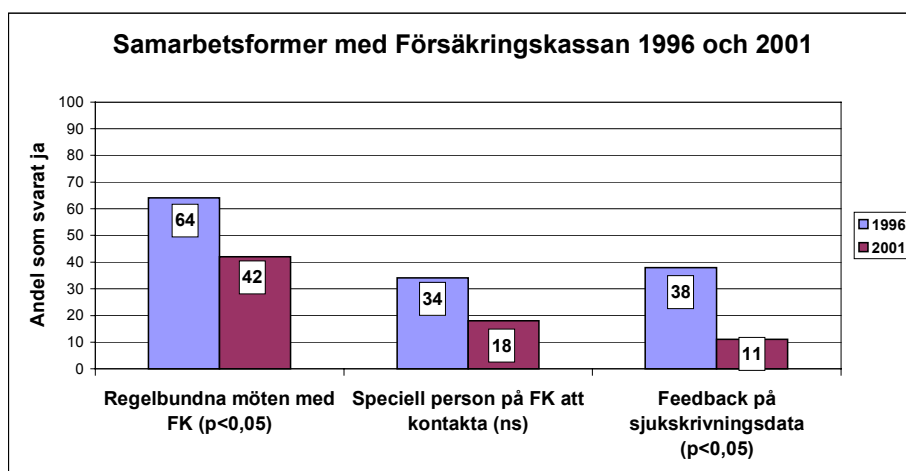
Resultat

På samma sätt som 1996 var det en mindre del av alla distriktsläkare som deltog. Antalet bedömdes 1996 som det normala för att delta i en sådan auditaktivitet. Liksom vid undersökningen 1996 var deltagare från vårdcentraler i alla delar av landstinget representerade. Antal deltagande läkare, könsfördelningen samt andelen deltagare som var specialister i allmänmedicin 1996 respektive 2001 framgår av Figur 1. Antalet registrerade konsultationer var 300 år 1996 och 371 år 2001.

Figur 1



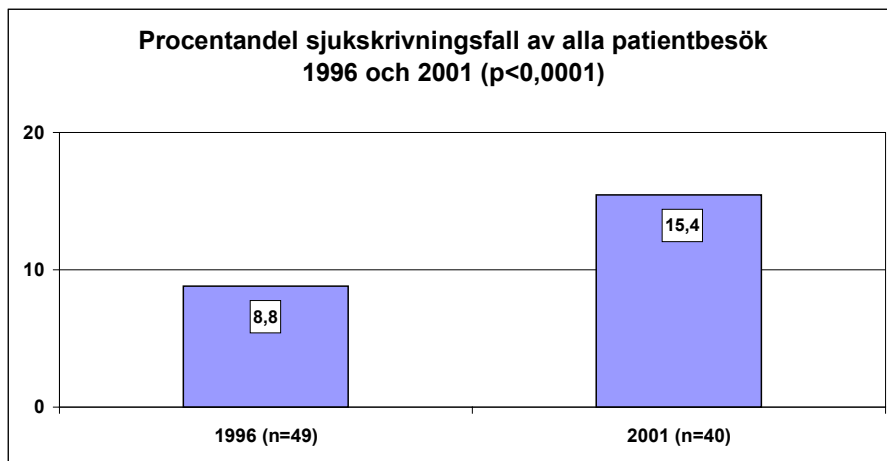
Den genomsnittliga åldern hos de deltagande läkarna var 1996 46,9 år och 2001 49,7 år. Skillnaden är statistiskt säkerställd. Hur stor andel av deltagarna som hade olika angivna former för samarbete med Försäkringskassan under 1996 respektive 2001 framgår av Figur 2



Figur 2

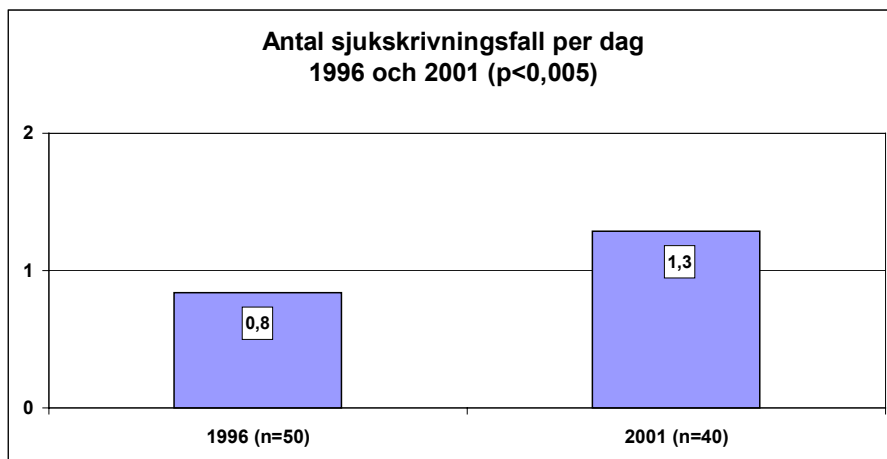
Figur 3 visar procentandelen av alla konsultationer 1996 respektive 2001 som berör sjukskrivning. Skillnaden är med stor säkerhet statistiskt säkerställd. Under bägge åren fanns ett antal deltagare som ej korrekt angett siffran för det totala antalet besök under registreringsperioden varför ett visst internt bortfall finns.

Varje deltagande distriktsläkare under 1996 registrerade i genomsnitt 5,5 konsultationer som rör sjukskrivning, under 2001 var motsvarande siffra 7,1. Det skall anmärkas att en stor del av deltagarna vid bägge tillfällena inte arbetade med patientmottagning alla 10 dagarna.



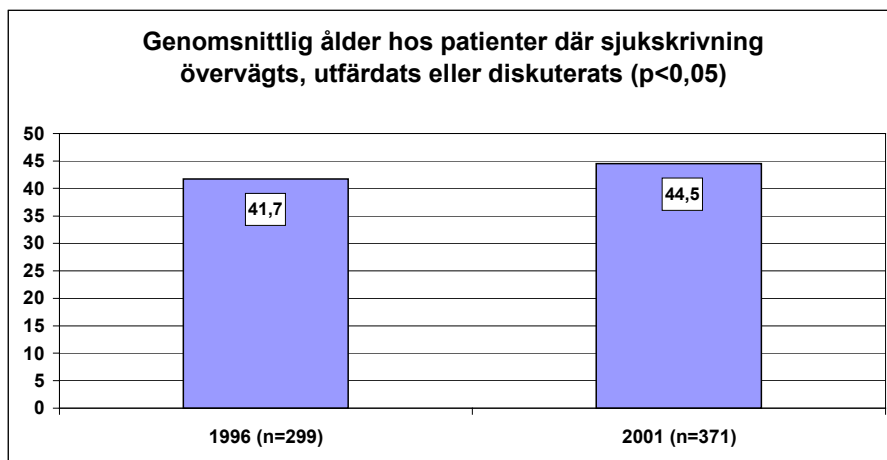
Figur 3

Omräknat som antal konsultationer som rör sjukskrivning per dag framgår skillnaden av Figur 4. Också här är skillnaden med stor säkerhet statistiskt säkerställd.



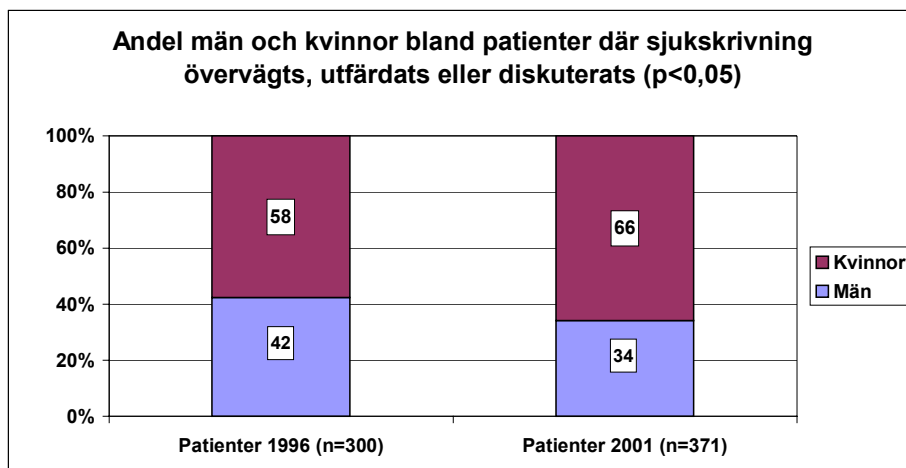
Figur 4

De patienter som registrerades i konsultationer som rör sjukskrivning under 2001 var statistiskt säkerställt äldre än de som ingick 1996. (Figur 5)



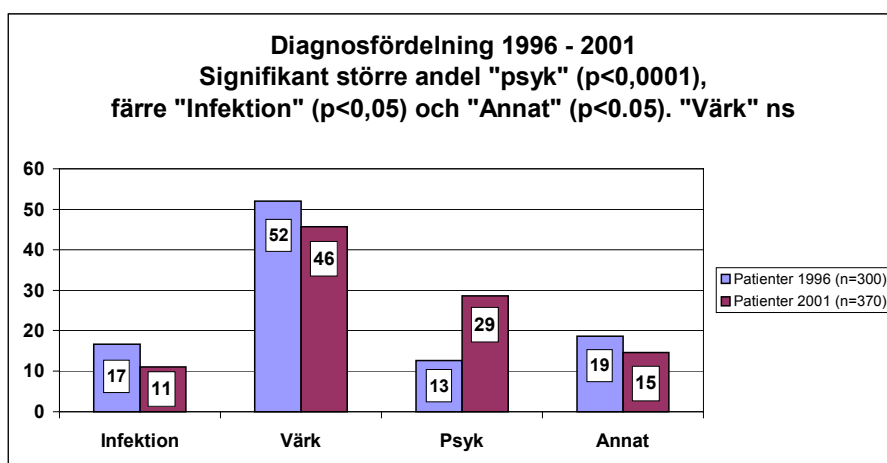
Figur 5

Antalet kvinnor i de inkluderade konsultationerna ökade mellan 1996 och 2001 som framgår av Figur 6.



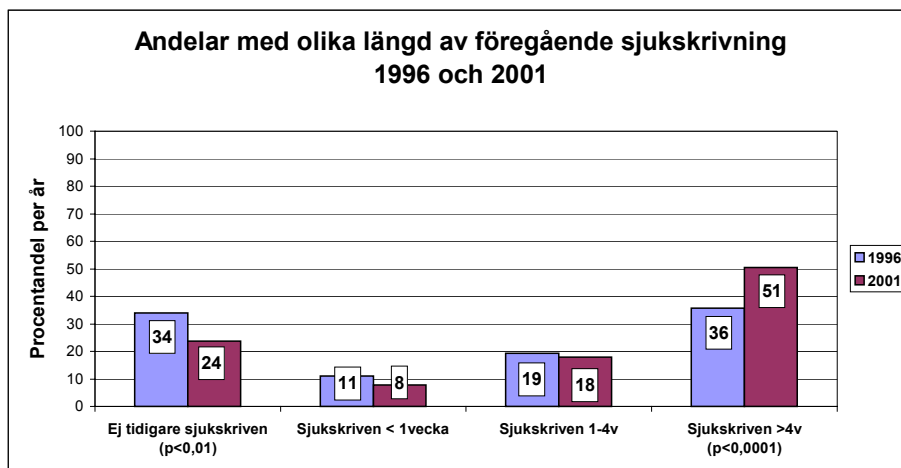
Figur 6

Diagnosfördelningen skiljer sig på ett statistiskt säkerställt sätt mellan åren. Fall som registrerats som "värk" är både under 1996 och 2001 den vanligaste diagnosen men andelen fall som registrerats som "psyk" har ökat kraftigt. Andelen fall under diagnos "infektion" eller "annat" har minskat. (Figur 7)



Figur 7

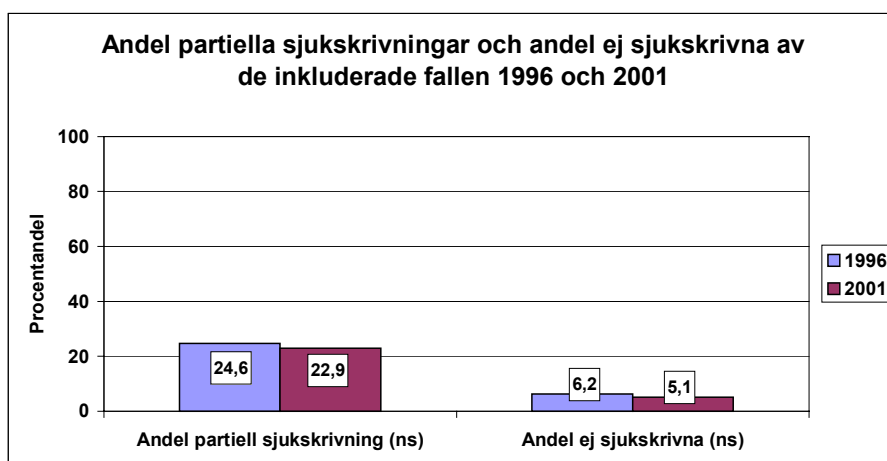
Fördelningen mellan fall av olika längd av föregående sjukskrivning framgår av Figur 8. Det framgår att det skett en förskjutning mot fall som redan vid inklusionen varat längre under 2001 jämfört med under 1996.



Figur 8

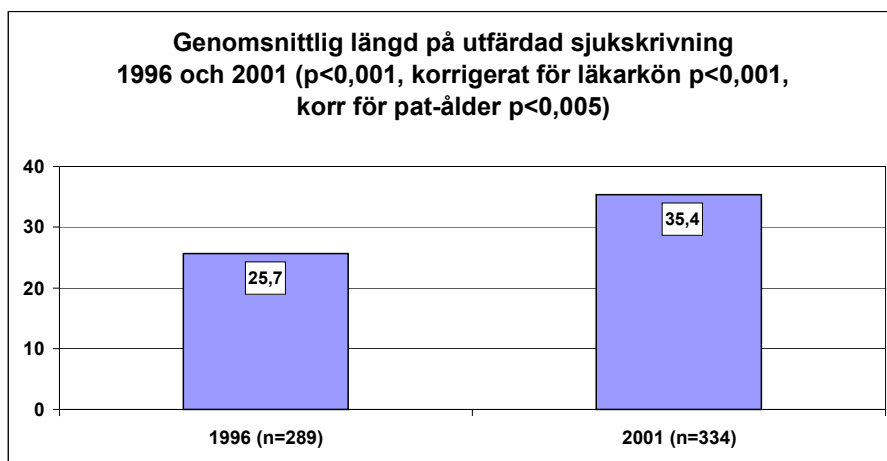
Andelen av de konsultationer som rör sjukskrivning men som ej resulterade i en sjukskrivning var liksom under 1996 liten under 2001. Siffran som framgår av Figur 9 är något lägre 2001 men skillnaden är ej statistiskt säkerställd. Andelen fall där partiell sjukskrivning utfärdats har likaså sjunkit något men skillnaden är inte heller här statistiskt säkerställd.

Figur 9



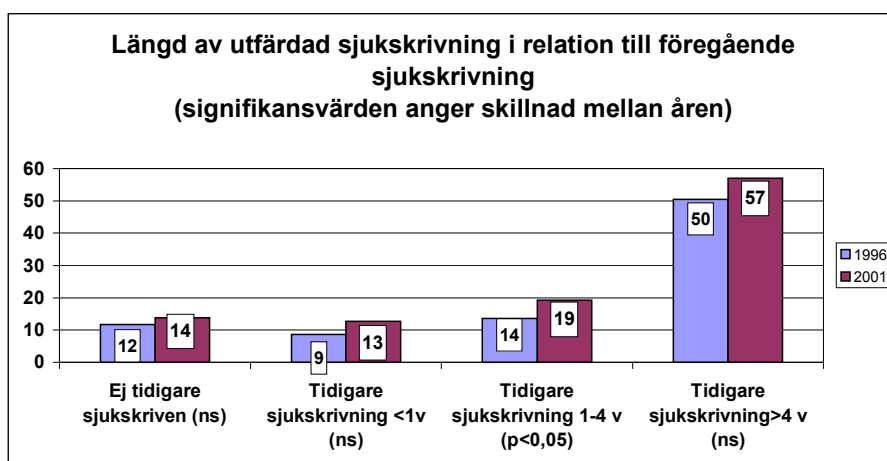
Den genomsnittliga längden på de sjukskrivningsperioder som utfärdats har ökat markant mellan åren. Skillnaden är med mycket stor säkerhet statistiskt säkerställd. Med tanke på att de inkluderade patienterna var något äldre och att en större andel av de deltagande distriktsläkarna var kvinnor under 2001 har en korrektion för dessa faktorer gjorts men skillnaden är fortfarande statistiskt säkerställd om man tar hänsyn till dessa faktorer. (Figur 10)

Det skall anmärkas att denna siffra avser den nu utfärdade sjukskrivningsperioden och är inte detsamma som den totala längden av hela sjukskrivningsperioden. Siffran tyngs ner av ett antal mycket långa sjukskrivningar. Om man i stället jämför medianvärdet var det för 1996 exakt 14 dagar och under 2001 exakt 21 dagar.



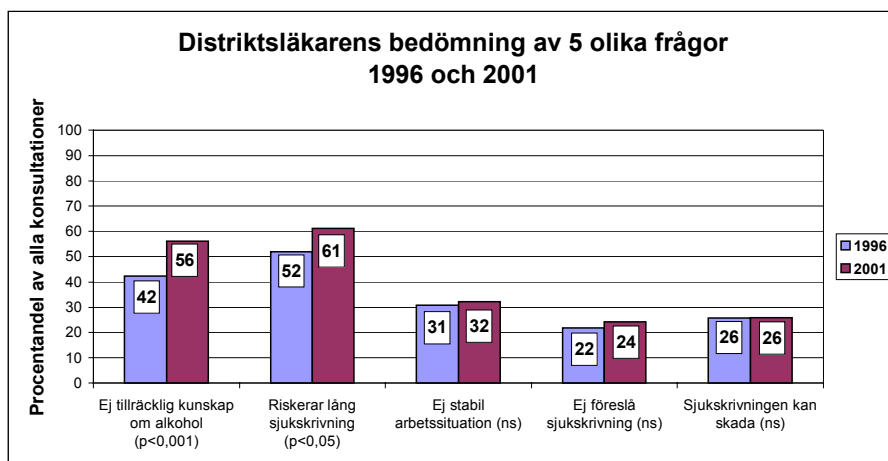
Figur 10

Då antalet konsultationer som rör sjukskrivning där den redan utfärdade sjukskrivningen var lång hade ökat kan en förklaring till de längre perioderna av utfärdad sjukskrivning vara att ökningen skett enbart eller framför allt vid dessa redan långa sjukskrivningar. Som det framgår av Figur 11 har dock ökningen skett vid all de fyra olika längderna av föregående sjukskrivning. Endast skillnaden vid föregående sjukskrivningsperiod av 1-4 veckor är dock statistiskt säkerställd.



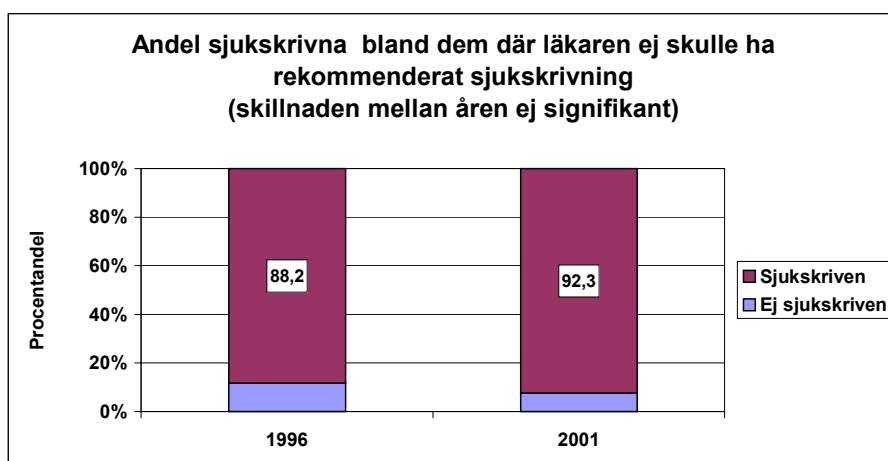
Figur 11

Bedömningen av de fem olika områden som deltagarna ombads bedöma under bägge åren framgår av Figur 12. Andelen konsultationer som rör sjukskrivning där man bedömde att man inte hade tillräcklig kunskap om riskfaktorn alkohol har ökat signifikant. Detsamma gäller andelen fall där man bedömde att den nu utfärdade sjukskrivningen innebar en risk att sjukskrivningen skulle bli lång. För andelarna av konsultationer där man bedömde att arbetssituationen inte var stabil, att sjukskrivningen kunde vara till skada för patientens framtida hälsa eller att distriktsläkaren inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om patienten inte hade begärt det var skillnaderna mellan åren inte statistiskt säkerställda. Inte för någon av dessa tre aspekter sågs en minskning.



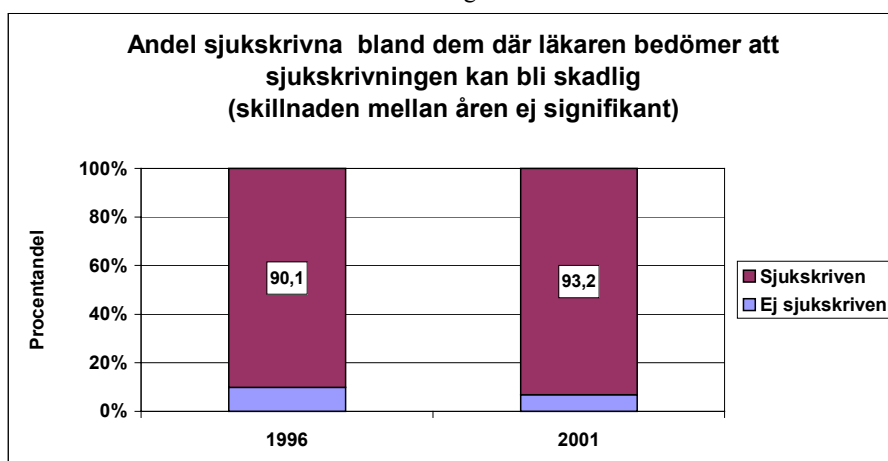
Figur 12

Av figur 13 framgår andelen av de fall där distriktsläkaren inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om inte patienten hade tagit upp det men där sjukskrivning ändå har utfärdats. Figur 14 visar motsvarande analys för de konsultationer som rör sjukskrivning där man bedömt att sjukskrivningen kan innebära en risk att patientens framtida hälsa eller arbetsförmåga kan riskera att skadas.

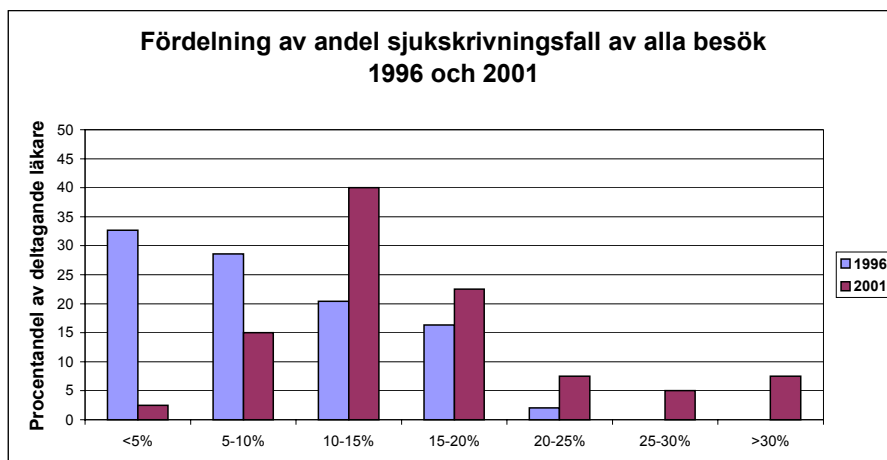


Figur 13

Figur 14

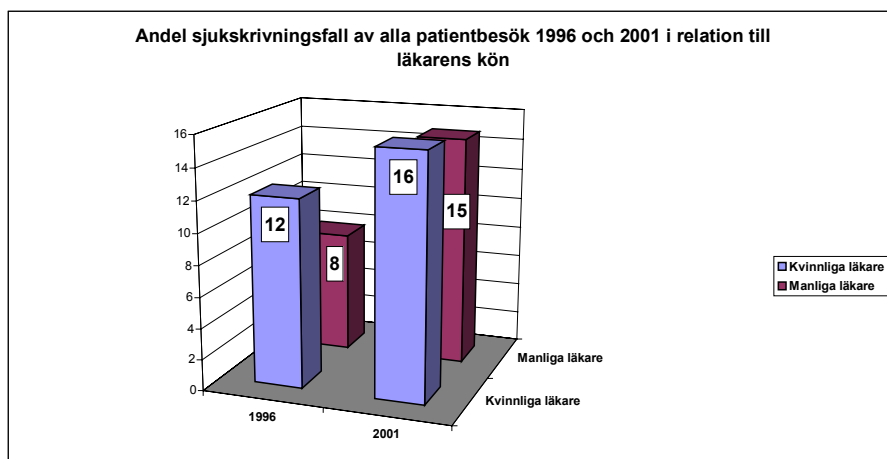


Figur 15 visar den stora variation som finns bland de deltagande distriktsläkarna när det gäller andelen konsultationer som rör sjukskrivning av det totala antalet läkarbesök under registreringsperioden. Den ökning av andelen sådana konsultationer som skett mellan åren (se ovan) framgår också tydligt.



Figur 15

Vid registreringen 1996 sågs en tydlig skillnad mellan kvinnliga och manliga distriktsläkare när det gäller denna andel. Denna har utjämnats under 2001, det vill säga att de manliga distriktsläkarna nu sjukskriver mera som de kvinnliga gör. Samtidigt har andelen också ökat för de kvinnliga distriktsläkarna. (Figur 16)

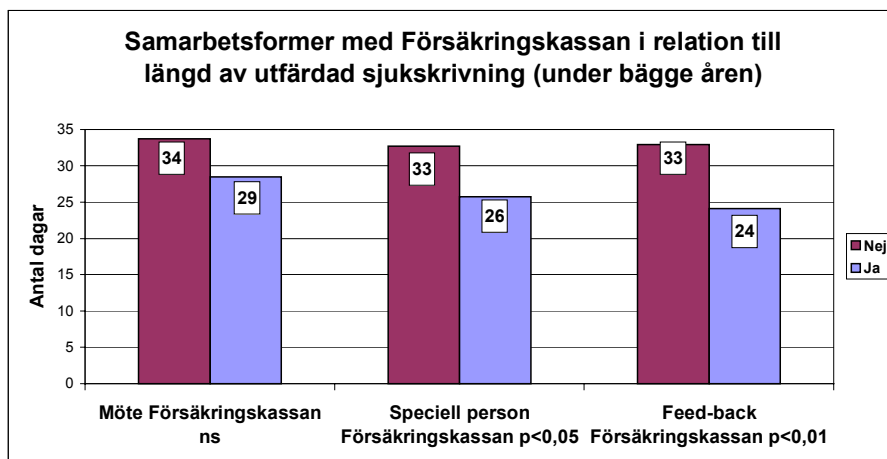


Figur 16

Den skillnad i könsfördelning mellan manliga och kvinnliga distriktsläkares patienter som sågs 1996 innebar att kvinnliga läkares patienter till 70% bestod av kvinnor och männens till 53%. Skillnaden var statistiskt säkerställd ($p < 0,01$). Under 2001 är motsvarande andelar för kvinnliga läkare 69% och 63%. Skillnaden har således utjämnats och är inte längre signifikant.

1996 gällde de kvinnliga läkarnas konsultationer som rörde sjukskrivning yngre patienter än de manligas (38,8 år mot 43,0 år; $p < 0,01$). Under 2001 har också denna skillnad utjämnats till 43,7 respektive 45,9, men den är fortfarande statistiskt säkerställd ($p < 0,05$).

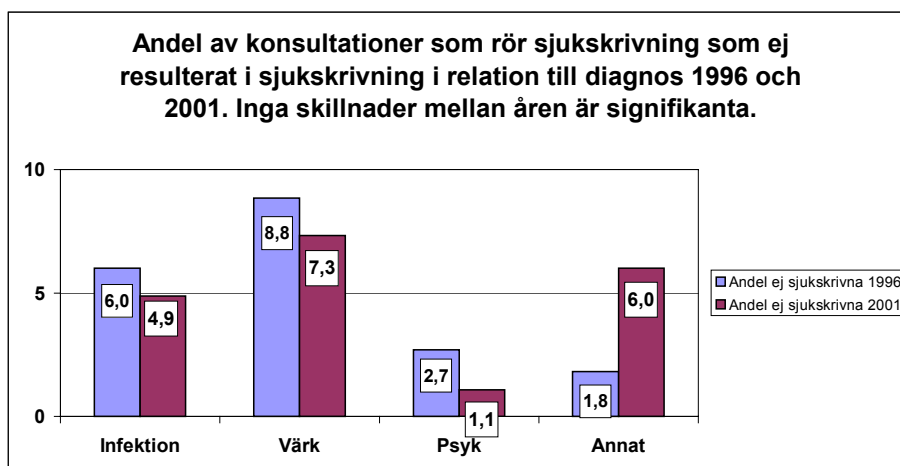
Av Figur 17 framgår det att de läkare som anger att de har de angivna samarbetsformerna med Försäkringskassan utfärdar kortare sjukskrivningsperioder.



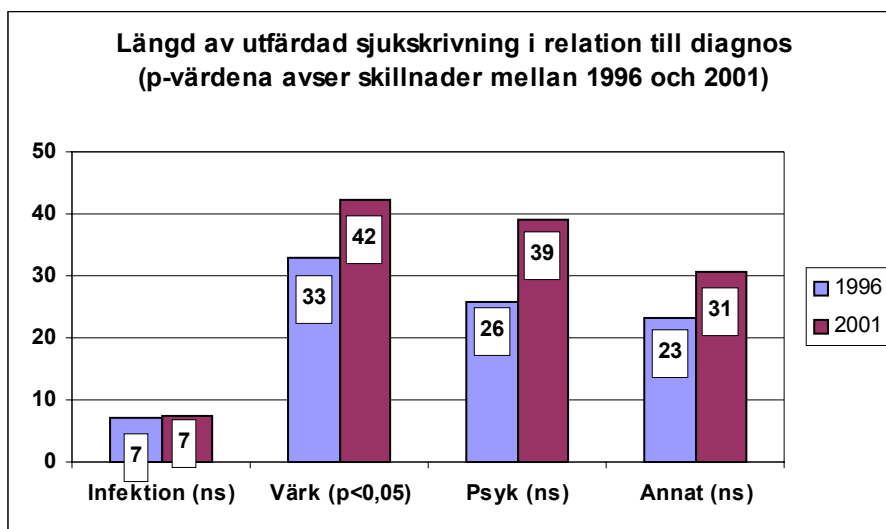
Figur 17

Andelen fall som inte lett till sjukskrivning i relation till de fyra diagnosgrupperna under de två åren framgår av Figur 18. Andelen där sjukskrivning inte utfärdats är minst för diagnoser inom området ”psyk”. Endast för diagnoser inom gruppen ”annat” ses en ökad andel konsultationer där sjukskrivning inte utfärdats. Inga skillnader mellan åren är statistiskt säkerställda.

Figur 18



Av Figur 19 framgår att värktillstånd fortfarande utgör de diagnoser där de längsta sjukskrivningsperioderna utfärdas. De har också ökat signifikant i längd mellan åren. Längden av sjukskrivningar under psykiatriska diagnoser har också ökat men inte statistiskt säkerställt.



Diskussion

Metoddiskussion

På samma sätt som under 1996 har en mindre andel av distriktsläkarna valt att delta i auditen under 2001. För de aktiviteter av detta slag som genomförts har andelen som aktivt deltagit med registrering av konsultationer varit av denna storleksordning. Under 2001 var en större andel av de distriktsläkare tjänstlediga eller sjukskrivna och andelen deltagande distriktsläkare av alla i tjänst var lika stor under 2001 som under 1996. Vårdcentraler från alla delar av länet var representerade vid bägge tillfällena och antalet vårdcentraler som var representerade vid undersökningen var vid bägge tillfällena 31.

Möjligheten finns under bägge tillfällena att de som deltagit var mer intresserade av sjukskrivning än de som inte deltog. Sannolikt är de distriktsläkare som är mer intresserade av sjukskrivningsfrågor mer restriktiva med sjukskrivning än de som inte är det.

Under 2001 deltog ett antal distriktsläkare som inte var färdigutbildade specialister i allmänmedicin. De flesta av dessa var läkare under utbildning men ett mindre antal var vikarier under kortare tid, så kallade stafettläkare. Kompletterande analyser enbart av de läkare som inte var specialister i allmänmedicin visade att deras sjukskrivningar var kortare och oftare rörde tillstånd av mer akut karaktär som till exempel infektioner. Deras sjukskrivningar rörde också oftare personer med kortare föregående sjukskrivning. Således kan deltagandet av sådana läkare under 2001 inte ha legat bakom de ökade längderna av utfärdade sjukskrivning i hela materialet.

Ålders- och könsfördelningen av distriktsläkare i Dalarna har under de fem åren mellan undersökningarna förändrats på ungefärligen samma sätt som i materialet. Sammanfattningsvis kan det bedömas att representativiteten av de deltagande distriktsläkarna för alla distriktsläkare i Landstinget Dalarna är tillfredsställande. Huruvida distriktsläkare i Dalarna har en annan sjukskrivningspraxis än distriktsläkare i andra delar av landet är genom denna undersökning inte möjligt att fastställa. Under samma tid som den i Dalarna genomförda auditen gjordes dock samma undersökning på ett mindre antal distriktsläkare i Örebro Läns Landsting som visade påfallande likartade resultat.

Huruvida distriktsläkares sjukskrivningspraxis och de förändringar som här påvisats har relevans också för andra läkarkategorier går heller inte att avgöra. I en nyligen publicerad svensk studie konstateras dock att distriktsläkare jämfört med andra läkarkategorier sjukskriver kortare perioder både på det enskilda intyget och för sjukskrivningsperioden i sin helhet (4).

Det interna bortfallet är under 2001 liksom under 1996 för de flesta frågor litet och under 10%. Frågorna utarbetades under den första omgången av fem erfarna distriktsläkare och synes med tanke på det låga bortfallet ha uppfattats som relevanta.

Med tanke på att det under 1996 påvisades skillnader mellan manliga och kvinnliga distriktsläkares sjukskrivningspraxis och att det i materialet från 2001 ingick en större andel kvinnliga distriktsläkare och att patienterna var äldre har det i analysen av längden av de utfärdade sjukskrivningsperioderna gjorts en korrektion för dessa skillnader.

Resultatdiskussion.

Att det är färre distriktsläkare som anger att de har de angivna formerna för samarbete med Försäkringskassan kan antas avspegla både den ökade arbetsbördan för tjänstemännen på Försäkringskassan efter de neddragningar i personalen som genomförts där och den ökande arbetsbördan för distriktsläkarna. De läkare som anger att de har de angivna samarbetsformerna med Försäkringskassan utfärdar kortare sjukskrivningsperioder. Huruvida detta beror på att de har ett sådant samarbete eller att de läkare som har sett till att de har ett sådant redan från början är sådana som sjukskriver kortare perioder, går inte att avgöra. Huruvida den ökning av längden av utfärdade sjukskrivningar som ses under 2001 till någon del har ett samband med det minskade samarbetet har analyserats. Om samarbetet under 2001 hade haft samma omfattning som under 1996 hade längden av de utfärdade sjukskrivningarna ökat från 25,3 till 33,5 i stället för 35,4 som nu var fallet.

Varken andelen konsultationer som rör sjukskrivning som inte leder till sjukskrivning eller andelen partiella sjukskrivningsperioder har ett samband med formerna för läkarnas samverkan med Försäkringskassan.

Det är tydligt att konsultationer som rör sjukskrivning utgör en större andel av distriktsläkarnas arbete 2001. Skillnaden mellan åren förklaras inte av skillnaderna i deltagande läkares kön eller ålder. Detsamma gäller antalet konsultationer som rör sjukskrivning per arbetad dag.

Ett fenomen som inte ingick i undersökningen men som kommenterats på formuläret av flera av deltagarna är att det under 2001 förutom sjukskrivningar i samband med läkarbesök på mottagningen förekom sjukskrivningar efter enbart telefonkontakt. En erfaren distriktsläkare skriver: "Förutom dessa konsultationer som rör sjukskrivning har jag under samma tid haft lika många sjukskrivningar per telefon. Detta hade varit otänkbart under 1996 när vi gjorde den förra undersökningen."

De utfärdade sjukskrivningsperioderna var klart längre under 2001. Förutom den korrektion för skillnader i deltagande läkares könsfördelning och patienternas ålder som framgår av Figur 10 har motsvarande korrektioner gjorts för skillnader i läkarnas ålder, diagnosfördelning, längd av föregående sjukskrivning eller den lägre andelen specialister i allmänmedicin bland de deltagande distriktsläkarna. Ingen av dessa faktorer neutraliserar den ökning som konstaterats.

Andelen kvinnor som sjukskrivits är alltså större under 2001. Den ökade längden på de sjukskrivningar som utfärdats förklaras inte till någon större del av detta faktum. Korrigerat för patienternas kön blir siffran för 2001 i genomsnitt 35,1 dagar mot 35,4 utan denna korrektion. Det var inte heller någon signifikant skillnad mellan längden av sjukskrivningsperioderna för män respektive kvinnor vid någondera undersökningen.

Konklusioner

Med likartad teknik som under 1996 har den nu genomförda undersökningen visat på både skillnader och likheter i distriktsläkares sjukskrivningspraxis 2001 jämfört med 1996.

- Konsultationer som rör sjukskrivning utgör en betydligt större andel av distriktsläkarens alla konsultationer år 2001 än de gjorde 1996.
- Andelen sådana konsultationer som inte leder till sjukskrivning har inte ökat.
- Andelen sjukskrivningar på deltid har inte ökat.
- Längden på utfärdade sjukskrivningar har ökat betydligt.
- Diagnospanoramata har förändrats.
- Andelen konsultationer där läkaren inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om inte patienten hade begärt det men som ändå leder till sjukskrivning har inte minskat.
- De 1996 påvisade skillnaderna mellan manliga och kvinnliga läkares sjukskrivningspraxis har minskat.
- Samarbetet mellan läkare och Försäkringskassan har minskat.

Tack

Till de deltagande distriktsläkarna. Till Försäkringskassan i Dalarna och Landstinget Dalarna som genom Dagmarmedel har finansierat studien. Till arbetskamraterna på Centrum för Klinisk Forskning i Dalarna (CKF) som bidragit med värdefulla synpunkter vid seminarier. Till Maria Pilawa på CKF som varit ett ovärderligt administrativt stöd.

Referenser

1. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121) Stockholm 2000.
2. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish County. *Scand J Prim Health Care* 2000;2:81-6.
3. Granvik M. Folkhälsorapport Nr 103, Landstinget Dalarna, November 1998.
4. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Fam Pract*. 2001 Aug;18(4):393-8.

FYLL I AUDITFORMULÄRET SÅ HÄR!

Under vecka 19 och 20 (7-18 maj 2001) fyller Du i en rad för alla läkarbesök där *sjukskrivning har diskuterats* eller där Du har *reflekterat över sjukskrivning* eller verkligen *har sjukskrivit*. Sjukskrivning för vård av sjukt barn skall inte vara med.

Diagnos: Inf betyder alla akuta (eller kroniska) infektionssjukdomar. **Värk** betyder alla olika smärttillstånd och skador. **Psyk** betyder alla psykiska tillstånd. **Annat** är sånt som inte platsar i de andra grupperna. Flera kryss är möjliga!

Stabil arbetssituation: fast anställning utan överhängande hot om uppsägning eller permittering

Osäker arbetssituation arbetssökande eller i någon form av arbetsmarknadsutbildning, omskolad, omplacerad, anpassat arbete.

Risk lång ss: Du bedömer att det finns en risk att sjukskrivningen blir längre än 4 veckor. Om patienten redan varit sjukskriven en tid bedömer Du risken att sjukskrivningen inte är avslutad om 4 veckor.

Redan sjukskriven : Patientens egen sjukskrivning ingår! **Nej** om sjukskrivningen påbörjas först i och med dagens besök. Längd av sammanhängande sjukskrivning fram till dagens besök, oavsett grad.

Skulle föreslagit ss: Hade Du föreslagit sjukskrivning om inte Din patient tagit upp det.

SS kan skada: riskbedömning med avseende på prognos för återgång i arbete och framtida hälsa.

Resten av frågorna kan Du lämna om det inte blev någon sjukskrivning.

Kunskap om alkohol: Du tycker att Du har *tillräcklig kännedom* om riskfaktorn alkohol för att inte tro att sjukskrivningen kan bli farlig för Din patient med avseende på risk för farligt ökad alkoholkonsumtion.

Min SS nu: Grad av sjukskrivning och hur många dagar. Om Du sjukskrev partiellt kan Du räkna om det till hela dagar.

Kopiera bladet om Du tror Du behöver fler än ett. På det sista bladet Du fyller i anger Du hur många dagar Du arbetat med "vanlig läkarmottagning", både akut och annan, under registreringsperioden. Du anger dessutom avrundat till tiotal hur många patienter Du sammanlagt sett under samma period.

