

Korttidssjukskrivning och livskvalitet

Preliminär utvärdering av klinisk socialmedicinsk intervention

Jan Olof Hörnquist

Bo Mikaelsson

Kan livskvalitetsmätning fånga och återge framgång i medicinsk behandling? Denna utvärdering av en försöksverksamhet för upprepat korttidssjukskrivna vid Socialmedicinska kliniken i Linköping, visar på en markant förbättring av patienternas livskvalitet och välbefinnande. Resultaten sammanfaller oberoende av mätmetod och är samstämmiga över i stort sett samtliga livsområden och välbefinnandekomponenter. Uppläggningsen av och innehållet i utvärderingen ter sig således mycket lovande vad gäller reliabilitet, validitet och särskilt sensitivitet. Följaktligen torde motsvarande modell kunna appliceras mer generellt vid utvärdering av hälso- och sjukvård.

Jan Olof Hörnquist har varit verksam som psykolog/forskare vid Socialmedicinska kliniken/institutionen, Regionsjukhuset i Linköping, sedan 1971. Docent Bo Mikaelsson har uppehållit tjänsten som klinisk lärare och biträdande överläkare vid samma avdelning sedan 1980.

Inledning och metod

Försäkringskassan i Sverige kan föreskriva om att upprepat korttidssjuka (>6 sjukfall/år) skall förete läkarintyg från och med första nya insjuknandedag. Åtgärden har visat sig endast ha begränsad kortsiktig preventiv effekt i fråga om fortsatt sjukfrånvaro (1). En anledning härtill kan vara att de upprepat korttidssjuka ofta bär på en djupare liggande socialmedicinsk problematik. Det har också framkommit att personer med upprepad korttidssjukfrånvaro har en anhopning av psykosocial problematik jämfört med en ålders- och könsmatchad grupp av vårdssökande vid vårdcentral (2).

Som ett led i ett framtagande av ett lämpligare

vårdalternativ än enbart läkarintygsföreläggande har försäkringskassan i Linköping under en tid remitterat upprepat korttidssjuka till en försöksverksamhet vid Socialmedicinska kliniken, Regionsjukhuset i Linköping. Detta har skett med personernas samtycke. Den remitterade gruppen utgjorde inte alla korttidssjukskrivna utan bestod av de, som bland dessa ej hade en uppenbar medicinsk bakgrund till sin upprepade sjukfrånvaro. Läkare vid Socialmedicinska kliniken tog sedermera ställning till om den remitterade behövde fortsatt socialmedicinsk stödkontakt med antingen psykolog, kurator eller sjuksköterska.

Syftet i föreliggande studie är att utvärdera betydelsen av den fortsatta socialmedicinska stödkontakten för livskvaliteten hos de 87 korttidssjuka som passerat försöksverksamheten i sin helhet. Att få personernas egen syn på försäkringskassans handlägningsprocedur ingår också i undersökningens målsättning.

Betydande metodologiska svårigheter brukar anföras vid utvärderingsforskning. Ware framhåller att litet är känt om förändringar i hälsomått och att dessa är mycket svåra att fånga och belysa. Han fastslår att teori- och metodutveckling härvidlag utgör fronten av livskvalitetsforskningen (3). Mot denna bakgrund vore det oförsiktigt att förvänta ett entydigt och klart positivt utfall i den aktuella utvär-

.....

Läkare vid Socialmedicinska kliniken bedömde om patienten behövde fortsatt stödkontakt med antingen psykolog, kurator eller sjuksköterska.

.....

deringen. Arbetshypotesen måste ändå vara att korttidssjukas livskvalitet påverkas positivt av en vårdkontakt med ett socialmedicinskt behandlingslag.

Patienterna skattade själva sitt aktuella välbefinnande omedelbart före och efter stödkontakten utan explicit instruktion om att relatera skattningen till just stödkontakten. Vidare skattade de själva retroaktivt de förändringar av livssituationen som de relaterade just till den socialmedicinska interventionen. En till den senare sk livsområdesskattningen parallell version, ifylldes också av den vid Socialmedicinska kliniken som var ansvarig för stödkontakten. Slutligen besvarade patienterna, efter vårdkontaktens avslutande, allmänna frågor om försäkringskassans handläggning av upprepade korttidssjukfall.

.....
Patienternas livskvalitet och välbefinnande förändrades överlag i positiv riktning. Andra studier talar för att detta på sikt kan ha mycket stor betydelse.

Instrumentet för välbefinnandemätningen har i tidigare studier visat sig reliabelt, valitt och även sensitivt (4–17).

Resultat och kommentar

Som framgår av *tabell 1–3* förändrades patienternas livskvalitet överlag i positiv riktning. En kvalificerad majoritet om 58 (68%) av 85 svarande ansåg att försäkringskassan gör rätt som ingriper vid upp-

Tabell 1. Retroaktivt självskattade (S) och av vårdansvarig bedömda (B) Livsområdesförändringar (–1 = "försämring", 0 = "ingen påverkan", 0,5 = "sannolik försämring hejdad", 1 = "förbättring") hos 87 korttidssjuka till följd av kontakten med Socialmedicinska kliniken

Livsområde	Antal skattande					Förändring				
		-1	0	0,5	1	Bortfall	Medelpoäng	Standardavvikelse	t-värde	P< Enkelsidig prövning
Kroppslig hälsa	S		69	5	13		0.18	0.37	4.55	0.001
	B		66	14	6		0.15	0.30	4.71	0.001
Nervösa besvär	S		61	4	9	13	0.15	0.34	3.78	0.001
	B	1	72	9	4	1	0.09	0.28	2.90	0.01
Allmänt välbefinnande	S		61	4	18	4	0.24	0.42	5.28	0.001
	B		61	12	12	2	0.21	0.37	5.35	0.001
Umgänge med allra närmaste	S		72	1	13	1	0.16	0.36	4.02	0.001
	B		77	3	5	2	0.08	0.25	2.82	0.01
Övrigt umgänge	S	1	74	1	8	3	0.09	0.32	2.55	0.01
	B		79	2	3	3	0.05	0.20	2.19	0.05
Arbete/sysselsättning	S	1	66	3	15	2	0.18	0.41	4.13	0.001
	B		75	2	9	1	0.12	0.31	3.44	=0.001
Aktiviteter under ledig tid	S		74	3	8	2	0.11	0.30	3.41	=0.001
	B		77	3	5	2	0.08	0.25	2.82	0.01
Inkomster	S	3	75	2	6	1	0.05	0.33	1.30	NS
	B		83	2	1	1	0.02	0.13	1.65	=0.05
Boende	S		80	1	5	1	0.06	0.24	2.47	0.01
	B		85		1	1	0.01	0.11	1.00	NS
Förmåga att klara krav	S		70	3	14		0.18	0.37	4.45	0.001
	B		67	10	9	1	0.16	0.33	4.58	0.001
Övrigt	S		25	1	1	60	0.06	0.21	1.36	NS
	B		34	1	3	49	0.09	0.28	2.02	0.05

Tabell 2. Självskattat välbefinnande hos 87 korttidssjukskrivna före och efter vårdkontakt med Socialmedicinska kliniken

Välbefinnandeskala	Medel-poäng före	Medel-poäng efter	Medel-diffe-rens	Standard-avvikelse (differens)	t-värde	P< Enkelsidig prövning
Bemötande	13.2	12.9	-0.37	4.02	-0.85	NS
Tillbakadragenhet	4.4	4.2	-0.20	2.68	-0.72	NS
Ensamhet	1.6	1.3	-0.30	1.59	-1.75	0.05
Mindervärde	2.3	1.5	-0.80	1.86	-3.97	0.001
Psykosomatiskt neurotiska drag	3.9	3.3	-0.58	2.03	-2.64	0.01
Självhjälp	2.7	2.6	-0.14	1.53	-0.84	NS
Sårbarhet	4.1	3.6	-0.55	1.86	-2.77	0.01
Skuld	2.2	1.7	-0.54	1.69	-2.98	0.01
Trygghet	8.6	10.1	+1.53	2.88	+4.95	0.001
Häglöshet	2.1	1.8	-0.32	1.83	-1.64	0.05
Självförverkligande behov	4.0	4.4	+0.38	2.01	+ .76	0.05

Tabell 3. Inbördes rangordning av lämplig åtgärd från försäkringskassans sida enligt de korttidssjuka

Åtgärd	Rang i lämplighetsgrad				
	1	2	3	4	Medel- (lämp- ligast)
Kontakt motsvarande aktuell kontakt med Socialmed kliniken (n = 73)	51	13	4	5	1.5
Begära sjukintyg av läkare fr o m första nya insjuknandedag (n = 59)	8	22	19	10	2.5
Begära sjukintyg av speciell läkare fr o m första nya insjuknandedag (n = 58)	3	14	25	16	2.9
Annan åtgärd (n = 41)	17	5	5	14	2.4

repad korttidssjukskrivning. Efter ett medelantal om 7,6 sjukfall (standardavvikelse = 1,6) ansåg 51 svarande att försäkringskassan skall agera.

Resultaten är konvergenta utifrån de olika självskattningarna och den externa bedömningen. De är också konsistenta över nästan alla välbefinnande-komponenter och livsområden. Att förändringarna i vårdpersonalens livsområdesskattningar är något

mindre uttalade än patienternas egen skattning, tyder på en naturlig försiktighet hos vårdpersonalen i utvärderingen. Rangordningen av olika alternativa interventioner utfaller kraftigt till den aktuella socialmedicinska försöksverksamhetens favör.

Avspeglar resultaten bara en förväntanseffekt? Betyder det förhållandet att utvärderingen i stor utsträckning expedieras av de vårdansvariga, att patienterna viker undan för ett outtalat tryck att gå dessa tillmötes? Möjligen spelar förväntanseffekter in i liten grad. Av följande skäl torde dock detta bidrag vara att betrakta såsom helt marginellt:

1. Utfallets tydliga och starka konvergens och konsistens, särskilt vad gäller samstämmigheten mellan den till vårdkontakten *orelaterade* före/efter skattningen av välbefinnande och den *direktrelaterade* retroaktiva livsområdesskattningen.
2. Utfallet av de parallella livsområdesskattningarna, patientens egen och den kontaktansvariges, uppvisar rimliga inbördes proportioner.
3. Förändringarna är trovärdiga vad gäller antalet berörda i livsområdesskattningen. För varje livsområde gäller att en majoritet av patienterna genomgår vårdkontakten utan att rapportera några förändringar alls.
4. De svarande ger själva konstruktivt kritiska förslag om bland annat åtta i stället för sex sjukfall som kritisk gräns. Det återfinns dessutom också en rimlig variation i svaren på de allmänna frå-

gorna dvs inte bara svar som går i utvärderarnas och vårdgivarnas favör.

Slutsatsen av föreliggande utvärdering är att en stödkontakt, motsvarande den aktuella socialmedicinska, har stora utsikter att påverka de korttidssjukas livskvalitet i positiv riktning. En begränsning i sammanhanget är dock den selektion eller urvals-procedur som ägde rum inom ramen för försöks-verksamheten. Även om livskvalitetsförändringarna i många fall och avseenden ej framstår som särskilt dramatiska, talar andra studier för att de ändå på sikt kan ha mycket stor betydelse (11–13, 15–17).

Det blir intressant att följa upp föreliggande utvärdering av livskvalitetsförändringar med en utvärdering av sjukskrivningsbeteendet och se om också detta minskar i intensitet och omfattning.

REFERENSER

1. *Bo Mikaelsson*: Förstadagsintyg och sjukskrivningsbeteende. En 3-års uppföljning. Socialmed tidskrift, 2, 1984.
2. *Margareta Leijon, Bo Mikaelsson*: Sociala problem bakom upprepade korta sjukfall. Social Försäkring, 11, 1982.
3. *John E Ware*: Methodologic considerations in the selection of assessment procedures. I Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies. Le Jacq publishing incorporated, USA, 1984.
4. *Jan Olof Hörnquist*: The concept of quality of life. Scand J Soc Med 10: 57–61, 1982.
5. *Martin Elton & Jan Olof Hörnquist*: Abusers of alcohol immediately prior to pension. Acta Psychiatr Scand 1983; 68: 44–54.
6. *Martin Elton & Jan Olof Hörnquist*: Grounds for disability pension. Younger abusers of alcohol as compared with older ones. Scand J Soc Med 11: 53–58, 1983.
7. *Jan Olof Hörnquist & Martin Elton*: A prospective longitudinal study of abusers of alcohol granted disability pension. Scand J Soc Med 11: 91–96, 1983.
8. *Jan Olof Hörnquist, Martin Elton & Ragnar Östlund*: Predictors of the outcome of disability pension for alcohol abusers. Acta Psychiatr Scand 1983; 68: 426–436.
9. *Martin Elton & Jan Olof Hörnquist*: Abusers of alcohol granted disability pension. Prospective longitudinal and multidisciplinary studies. Linköping University Medical Dissertations no 158, 1983.
10. *Ingemar Åkerlind & Jan Olof Hörnquist*: Loneliness as an obstacle to rehabilitation of alcoholics. Scand J Soc Med, under tryckning.
11. *Jan Olof Hörnquist*: The working capacity of the alcohol abuser. Prognostic multiple regression analyses, under bedömning.
12. *Jan Olof Hörnquist & Ingemar Åkerlind*: Loneliness correlates in advanced alcohol abusers I. Social factors and needs, under bedömning.
13. *Jan Olof Hörnquist & Ingemar Åkerlind*: Loneliness correlates in advanced alcohol abusers II. Clinical and psychological factors, under bedömning.
14. *Jan Olof Hörnquist*: Farmakologisk behandling och livskvalitet vid angina pectoris. Livskvalitetsbegrepp och livskvalitetsmätning i en prospektiv komparativ studie. Manuskript, 1985.
15. *Ingemar Åkerlind & Jan Olof Hörnquist*: Prognos av arbetsförmåga vid rehabilitering av alkoholmissbrukare. Sociala, psykologiska och medicinska faktorer relativa betydelse. Manuskript, 1986.
16. *Jan Olof Hörnquist*: Perceived loneliness in somatically disabled individuals. Bivariate and multivariate cross-sectional and longitudinal correlates. Manuskript, 1986.
17. *Jan Olof Hörnquist*: Changes in perceived loneliness in alcohol abusers. Bivariate and multivariate change correlates. Manuskript, 1986.