

Förstadagsintyg och sjukskrivningsbeteende

En treårsuppföljning

Bo Mikaelsson

Upprepade perioder av kort sjukfrånvaro är ett fenomen vi behöver mera kunskap om. Sådana perioder kan inleda en utveckling mot långa sjukskrivningstider och förtidspensionering. En fråga är om detta kan förebyggas. Våra nuvarande åtgärder inskränker sig till att i vissa fall kräva läkarintyg från första dagen, någonting som uppskattningsvis kan "kosta" 22 heltidsläkartjänster per år i landet. Ändå tycks detta fortfarande knappast ha några positiva effekter att döma av en nedan redovisad undersökning från Östergötlands län.

Docent Bo Mikaelsson är klinisk lärare i socialmedicin och biträdande överläkare vid Socialmedicinska kliniken, Regionssjukhuset i Linköping.

Bakgrund

Medvetenheten om betydelsen av ökad kunskap om upprepat korttidssjukskrivna har ökat i klinisk praxis kontinuerligt de senaste åren.

Bakgrunden till detta är dels

- att långtidssjukskrivna ofta har upprepade korta sjukskrivningar i anamnesen. Eriksen (1) har visat, att benägenheten till sjukfrånvaro, och typen av denna, reproduceras år efter år för samma personer, särskilt de som har få respektive många sjukdagar. Efter en tid ses ofta en viss ökning av antalet sjukfrånvarodagar, utvecklingen leder ibland till ett långt sjukfall (2). Sjukfallet avslutas ofta i sjukbidrag/förtidspension.

- att vi känner det angeläget att riskpatienter för sjukdom/utslagning tidigt spåras och preventiva hjälpåtgärder insättes.

Det lagrum som förstadagsintyget vilar på, är föga känt bland allmänheten. Enligt AFL 3 kap 7 § kan försäkringskassan förorda om förstadagsintyg, då en person haft minst sex korta sjukfall utan läkarintyg under en 12-månadersperiod.

Försäkringskassans beslut sker efter en sk kommunikation, då den försäkrade får förklara sin upprepade korttidssjukfrånvaro. Enligt praxis slipper patienten påföljden om det visar sig, att patienten haft kontakt med läkare, utan att denne sjukskrivit patienten, och/eller att patienten har en sjukdom som exacerberar, och således understundom leder till arbetsoförmåga.

Försäkringskassans åtgärd är, såvitt jag förstår, tvädelad:

1. Ett rehabiliterande syfte, på så sätt att patienten kommer till en läkare, som i bästa fall undanröjer orsaker till fortsatt sjukfrånvaro.
2. Ett preventivmedicinskt syfte, på så sätt att patienten kommer till en läkare i början av en sjukdomsutveckling, innan lång sjukfrånvaro och arbetsoförmåga inträtt.

Målsättning

Syftet med föreliggande undersökning är att studera sjukskrivningsbeteendet under tiden som förstadagsintyget kräves (12 månaders period), respektive efter att kravet släppts. Finns skillnader mellan denna grupp av personer och gruppen som efter kommunikation slipper sådant förstadagsintyg?

Material och metod

För studien användes ett konsekutivt retrospektivt urval av personer som efter kommunikation av försäkringskassan bedömts

Tabell I. Kvantitativa och kvalitativa skillnader och likheter mellan gruppen med och utan läkarintygskrav vid tiden för försäkringskassans handläggning.

	Läkarintygs- krav n = 150	Ej läkarin- tygskrav n = 151	Statistisk signifikans	
Genomsnittlig ålder (år)	28.4	31.1	*	
Andel män (%)	53	45	n. s.	
Genomsnittlig sjukpenning (kr)	117:90	130:40	***	
Civilståndsfördelning	Fler från- skilda, fler ogifta	Fler gifta	***	
Andel offentligt anställda	Större	Mindre	*	
Yrkesfördelning	Fler arbets- lösa	Fler sjuk- sköterskor Fler bygg- nadsarb	*	
Under "kvalifika- tionsåret"	Fördelning av besvär (uppgivna skäl till sjuk- frånvaro)	lika öli 45 % bukbesvär 25 %	n. s.	
	Förekomst av kronisk sjuk- dom (%)	1	5	n. s.
	Andel som icke besvarat för- säkringskassans brev	30	0	
	Genomsnittlig sjukfallsfrek- vens	8.8	8.0	n. s.
	Genomsnittlig varaktighet (dagar)	4.8	4.4	n. s.
	Genomsnittligt antal sjuker- sättningsdagar	41.9	35.1	*

n. s. = icke signifikant skillnad.

* = $p < 0.05$.

** = $p < 0.01$.

*** = $p < 0.001$.

1. skall lämna läkarintyg från första ersättningsda-
gen vid sjukfrånvaro.

2. skall slippa läkarintygsföreläggande.

Materialstorleken är 150 respektive 151 personer i Linköpings kommun. Demografiska bakgrunds-
variabler, sjukskrivningsdata ur försäkringskassans
registerhandlingar, sjukskrivningsdata från arbets-
givarnas personalregister (slumpurval 1/6 av perso-
ner utan arbetsgivarinträde), samt data som fram-
kommit vid kommunikationen kodifieras.

Den prospektiva observationsperioden som nu
avrapporteras utgöres av tre år efter försäkringskas-
sans beslut.

Personerna under observation har inte haft vet-
skap om studien.

Resultat

Tabell I visar de kvantitativa och kvalitativa skill-
nader och likheter som framkom mellan gruppen
med och utan läkarintygskrav vid tiden för försäk-
ringskassans handläggning (kommunikation och be-
slut). De allra yngsta, de arbetslösa, de frånskilda
och ogifta, och de som inte besvarar försäkringskas-
sans kommunikation, löper den största risken att
föreläggas läkarintygskrav.

Under 12-månadersperioden med förstadagsintyg

är 20% av gruppen utan sjukperioder, en frekvens som är stabil de närmaste två åren. Skillnaden gentemot gruppen utan förstadagsintyg är påtaglig under 12-månadersperioden efter kommunikation, men utjämnas möjligen därefter. (Tabell II).

Tabell III visar att den genomsnittliga sjukfallsfrekvensen sjunker med 60% under 12-månadersperioden med läkarintygskrav, och året därefter sker en ökning med ca 20%. Effekten av förstadagsintyg ett år efter att kravet på läkarintyg släppts (P_2), visar ingen skillnad gentemot gruppen som efter kommunikation slapp läkarintygskravet.

Tabell IV åskådliggör det genomsnittliga antalet sjukersättningsdagar för de båda grupperna under observation. Kvantitativa skillnader finns mellan

Tabell II. Andel personer (%) utan sjukperioder = andel "friska personer" bland personer med (A) och utan (B) läkarintygskrav från första sjukpenningdagen vid upprepade korttidssjukskrivning.

Grupp A har läkarintygskrav under P_1 .

12-mån period	A n = 150	B n = 151	Statistisk signifikans
P_{-1}	0	0	
P_1	20	9	*
P_2	18	18	n. s.
P_3	18	19	n. s.

n. s. = icke signifikant skillnad.

* = $p < 0.05$.

Tabell III. Registrerad sjuklighet för personer med (A) och utan läkarintyg (B) från första sjukpenningdagen vid upprepade korttidssjukskrivning. Grupp A har läkarintygskrav för 12-månadersperioden P_1 . Genomsnittliga värden $\pm$ sd för sjukfallsfrekvens.

12-mån period	Sjukfallsfrekvens		Statistisk signifikans
	A n = 150	B n = 151	
P_{-1}	8.8 ± 3.4	8.0 ± 1.75	*
P_1	3.3 ± 3.7	4.6 ± 2.9	***
P_2	4.4 ± 3.5	4.3 ± 3.0	n. s.
P_3	4.5 ± 3.8	4.0 ± 3.3	n. s.

n. s. = icke signifikant skillnad.

* = $p < 0.05$.

*** = $p < 0.001$.

grupperna under "kvalifikationsåret" (P_{-1}). Under året med läkarintygskrav sjunker det genomsnittliga

Tabell IV. Registrerad sjuklighet för personer med (A) och utan läkarintygskrav (B) från första sjukpenningdagen vid upprepade korttidssjukskrivning. Grupp A har läkarintygskrav för 12-månadersperioden (P_1). Genomsnittliga värden $\pm$ sd för totalantalet sjukersättningsdagar.

12-mån period	Sjukersättningsdagar		Statistisk signifikans
	A n = 150	B n = 151	
P_{-1}	41.9 ± 32.0	35.1 ± 34.0	n. s.
P_1	36.1 ± 54.4	35.0 ± 44.0	n. s.
P_2	34.0 ± 51.5	35.7 ± 64.4	n. s.
P_3	33.9 ± 60.9	26.7 ± 44.1	n. s.

n. s. = icke signifikant skillnad.

antalet sjukersättningsdagar med drygt 10% ner till nivån som gruppen utan läkarintygskrav har. Det mest frapperande i utvecklingen är den ökade spridningen (mätt i standardavvikelse), tydande på att de under "kvalifikationsåret" relativt homogena grupperna blir alltmer inhomogena vad beträffar antalet ersättningsdagar.

Tabell V åskådliggör det genomsnittliga varaktighetstalet för sjukfallen. Den genomsnittliga varaktigheten mer än fördubblas för gruppen med förstadagsintyg under perioden som detta krav gäller, medan i gruppen utan läkarintygskrav en något mindre ökning sker efter kommunikation. Därefter stabiliseras situationen, och överensstämmelsen mellan bägge grupperna är stor, med varaktighetstal på ca åtta dagar.

Den sk underrapporteringsfrekvensen, dvs det antal sjukfall, som anmäles till arbetsgivaren men inte till försäkringskassan, åskådliggöres i Tabell VI. Under perioden med läkarintygskrav finner man en explosionsartad utveckling av denna underrapporteringsfrekvens, så att ungefär vart tredje sjukfall inte rapporteras till försäkringskassan för den grupp som åläggs läkarintygskrav från första dagen, medan motsvarande utveckling inte märks i gruppen som efter kommunikation slipper läkarintygskravet.

Diskussion

De resultat som är iögonfallande, och som förtjänar att kommenteras är:

– De små skillnaderna i utfall mellan bägge grup-

Tabell V. Registrerad sjuklighet för personer med (A) och utan läkarintygskrav (B) från första sjukpenningdagen vid upprepad korttidssjukskrivning. Grupp A har läkarintygskrav för 12-månadsperioden (P_1). Genomsnittliga värden. Genomsnittliga värden $\pm$ sd för varaktighet (dagar).

12-mån period	Varaktighet		Statistisk signifikans
	A n = 150	B n = 151	
P_{-1}	4.8 $\pm$ 3.1	4.4 $\pm$ 3.8	n. s.
P_1	10.9 $\pm$ 31.4	7.6 $\pm$ 13.5	n. s.
P_2	7.7 $\pm$ 25.9	8.3 $\pm$ 47.1	n. s.
P_3	7.5 $\pm$ 42.2	6.7 $\pm$ 31.3	n. s.

n. s. = icke signifikant skillnad.

Tabell VI. Underrapporteringsfrekvens (%) av sjukfall till försäkringskassan jämfört med arbetsgivaren. Slumpurval 1/6 av personer utan A-inträde. Personer med (A) och utan (B) läkarintygskrav från första sjukpenningdagen vid upprepad korttidssjukskrivning.

Grupp A har läkarintygskrav under P_1 .

Period	A n = 150	B n = 151	Statistisk signifikans
P_{-1}	8	3	n. s.
P_1	32	5	**

perna avseende sjukskrivningsbeteende.

- Den mer än fördubblade genomsnittliga varaktigheten av sjukfallen i gruppen med läkarintygskrav under "kravåret" (P_1).
- Andelen "friska personer" är relativt lika i bägge grupperna.
- Den mycket höga underrapporteringsfrekvensen till försäkringskassan för gruppen med läkarintygskrav under "kravåret".

Sjukskrivningsbeteendet. Eftersom de studerade populationerna är retrospektivt utvalda efter försäkringskassans handläggning enligt gängse regler och praxis, är populationerna från början inte fullt jämförbara, om utvärdering av själva läkarintygsföreläggandet som regel är målsättningen. Resultatutfallet kan av dessa skäl bli olika för de båda grupperna.

Av alla personer i Sverige med minst sex korta sjukfall under en 12-månadersperiod – 109 800 personer i december 1982 – blev 18 %, knappt 20 000 personer, förelagda krav på läkarintyg från första

sjukpenningdagen (3). Om denna undersökning är representativ för landet torde dessa personer behöva 66 000 läkarbesök för att få dessa läkarintyg. Enligt Landstingsförbundets normer torde denna siffra kunna omskrivas i ett behov av 22 heltidsläkartjänster (+ tjänster för annan sjukvårdspersonal i förhållande till detta), och enbart samhällets vårdkostnad för dessa besök uppskattas till ca 20 milj kronor per år.

Mot denna bakgrund synes det angeläget att utvärdera läkarintygsföreläggandet som sådant, vilket även äger rum sedan drygt två år tillbaka i Östergötlands län, med Riksförsäkringsverkets och försäkringskassans tillstånd. Utvärderingen tillgår så, att varannan person med minst sex korta sjukfall under en 12-månadersperiod vilka efter sedvanlig handläggning vid försäkringskassan bedöms skall avkrävas läkarintyg från första sjukpenningdagen, slipper detta. Samtliga personer observeras prospektivt avseende sjukskrivningsbeteende, sjukvårdskonsumtion och sjuklighet. En studie, som visat att i en population med upprepade korta sjukfall (minst sex fall under en 12-månadersperiod) finns en anhopning av psykosocial (socialmedicinsk) problematik jämfört med en ålders- och könsmatchad grupp vårdsökande på en vårdcentral i samma område, talar ytterligare för nödvändigheten av en vetenskaplig utvärdering av läkarintygsföreläggandet (4).

Westrin (5) påpekar att misstänkt överförbrukning av korttidssjukskrivning i flera studier visat sig drastiskt minska vid krav på läkarintyg från första dagen. Föreliggande studie har inte haft målsättningen att studera graden av över- eller undersjukskrivning. Om den drastiska sänkningen av sjukfallsfrekvensen under "kravåret" är uttryck för en överförbrukning av korttidssjukskrivning under tiden dessförinnan, ökar dock denna efter att kravet på läkarintyget släppts igen.

Varaktigheten. Redan Fortuin (6) konstaterade, att längden av sjukskrivningar i stor utsträckning beror på läkaren. Det högre varaktighetstalet vid läkarmedverkan från första sjukpenningdagen kan måhända tolkas så, att sjuka personer verkligen spåras upp med läkarintygsföreläggande. I så fall har läkarintygsföreläggandet i viss mån nått sitt syfte. Huruvida sjukskrivning alltid är en adekvat åt-

gärd kan man givetvis diskutera, särskilt mot bakgrunden av studien som visar att en anhopning av socialmedicinsk problematik finns bland upprepat korttidssjukskrivna (4). En del av varaktigheten kan sannolikt bero på att patienterna inte har möjlighet att få tid hos läkaren samma dag, men att retroaktiv sjukskrivning med försäkringskassans goda minne göres. Det är även möjligt, att läkaren sjukskriver någon dag extra för att gardera sig om att arbetsförmågan verkligen återhämtas före återgång i arbete.

Det är känt sedan gammalt, att människor i lägre åldrar är de som svarar för merparten av korttids-sjukskrivningarna. RFV:s statistik alltsedan 1950-talets slut visar detta, likaså Eriksens resultat (1). En del människor upp i 20–25-årsåldern har de facto en ökad infektionsbenägenhet med recidiverande sjukdomsfall och arbetsoförmåga som följd. Föreligger därutöver ett (inlär)t beteende bland den unga generationen i Sverige under 1960–1980-talet att då och då samla krafter, vila upp sig från ett många gånger oinspirerande, kravlöst eller alltför kravfyllt arbete? Därom vet vi föga.

Andelen friska personer. Eriksen (1) har efterlyst ytterligare ett sjuklighetsmått, nämligen andelen "friska personer", förutom sjuktal, varaktighetstal och antalet sjukfall. Hans resultat visar på att andelen "friska" år från år är samma personer. Om så är fallet i föreliggande studie är ännu inte undersökt.

Andelen "friska personer" i totalbefolkningen i Sverige under ett år är 35–40%.

Underrapportering till försäkringskassan. Den abrupta ökningen av underrapporteringsfrekvensen ses som en direkt konsekvens av att människorna får krav på sig att visa läkarintyg från första sjukpenningdagen. Vilka är skälen till att man tar en inkomstminskning vid sjukdom, och avstår från sin lagliga rätt till sjukpenning? Är besvären, kostnaderna, praktiska svårigheterna för stora för att söka läkare? Är skälet vetskapen om att en läkare knappast kan intyga arbetsoförmåga p.g.a. uppgivna sjukdomssymtom? Svarar endast en andel av alla personerna under observation för denna underrapportering, eller är underrapporteringen spridd på alla personer? Frågorna är många, och förhoppningsvis kan en del besvaras inom det projekt, varifrån föreliggande studie emanerar.

Sammanfattning och slutsatser

Ett urval av två retrospektiva konsekutiva populationer, bestående av 150 fall med krav på läkarintyg från första dagen, och 151 fall som efter kommunikation sluppit detta krav, har varit under prospektiv observation tre år efter försäkringskassans prövning. Kvantitativa och kvalitativa skillnader finns mellan grupperna under "kvalifikationsåret". Utfallet mätt i sjukfallsfrekvens, varaktighetstal och andel "friska personer" visar sig på den tiden vara frapperande överensstämmande mellan grupperna. Varaktigheten då patienterna tvingas ha läkarintyg från första sjukpenningdagen, mer än fördubblas under denna period jämfört med gruppen som slipper läkarintygsföreläggande. Frekvensen sjukfall, som under "kravåret" icke rapporteras till försäkringskassan ökar mycket kraftigt till vart tredje sjukfall, jämfört med ingen ökning alls i gruppen som slipper läkarintygskravet. Dessa och andra tidigare publicerade resultat (4) talar för nödvändigheten av en vetenskaplig utvärdering av läkarintygsföreläggandet som sådant. Denna utvärdering är sedan drygt två år tillbaka på gång i en prospektiv studie i Östergötlands län.

Bristen på kunskap om den upprepade korta sjukfrånvaron är fortfarande stor. Betydelsen av fortsatta studier kring detta fenomen synes angelägen av flera skäl, framför allt för att försöka på ett tidigt stadium spåra riskgrupper för en framtida utslagning. I kliniskt arbete ser vi ofta att långtids-sjukskrivna i 40–50-årsåldern under en följd av år tidigare haft en upprepade korttidssjukfrånvaro.

REFERENSER

1. Eriksen T.: Den ökade sjukfrånvaron – en statistisk analys. Delegationen för Social Forskning, rapport 1980: 1.
2. Froggatt P.: Short-term absence from industry. British Journal Industrial Medicine. 1970: 27.
3. Riksförsäkringsverket: Fördelning av bevakningskoder, december 1982. Stencil.
4. Leijon M., Mikaelsson B.: Sociala problem bakom upprepade korta sjukfall. Social Försäkring 11, 1982.
5. Westrin C-G.: Sjukskrivning – sjukvård i skymundan. Socialmedicinsk tidskrift 9, 1981.
6. Fortuin G. J.: Sickness absenteeism. Bulletin of WHO 13, 1955.