

Uppföljande stödsamtal istället för läkarintygsföreläggande

Ett vårdprogram för klinisk samverkan i primärvården beträffande fall med upprepad korttidssjukskrivning.

Bo Mikaelsson

Bland patienter med upprepad korttidssjukfrånvaro utvaldes slumpvis en grupp med och en grupp utan läkarintygsföreläggande. Utvecklingen av sjukskrivningsbeteendet följdes under tre år. En väsentlig minskning av sjukskrivningstendensen skedde i båda grupperna. För gruppen med krav på läkarintyg minskade antalet sjukfall under det första året men den genomsnittliga varaktigheten ökade. Efter att läkarintygskravet släppts förelåg ingen egentlig skillnad mellan gruppen med och gruppen utan läkarintygsföreläggande.

Underresultatet har sammanställt med tidigare fynd om socialmedicinsk problematik hos korttidssjukskrivna varit utgångspunkt för ett vårdprogram för socialmedicinsk behandling av patienter med upprepad korttidssjukfrånvaro. Vårdprogrammets uppläggning presenteras i artikeln.

Docent Bo Mikaelsson är klinisk lärare och bitr överläkare vid socialmedicinska kliniken, Regionsjukhuset i Linköping.

Bakgrund

Enligt lagen om allmän försäkring (3 kap § 7) kan försäkringskassan pröva behovet av läkarintygsföreläggande från första sjukpenningdagen för sjukfall under den närmaste 12-månadersperioden om minst 6 korta sjukfall utan läkares intygande om sjukdom förevarit under den sista 12-månadersperioden.

Registrerad sjuklighet vid läkarintygsföreläggande

I socialmedicinska kliniken samarbete med försäkringskassan i Östergötlands län har under 1981 inletts försök till utvärdering av sjukskrivningsbeteendet hos de patienter som blir föremål för försäkringskassans utredning pga minst 6 korta sjukfall under en 12-månadersperiod. Sammanlagt 150 konsekutiva fall, där försäkringskassan beslöt om läkarintygsföreläggande utvaldes slumpmässigt och i lika många fall som kontrollgrupp, där försäkringskassan beslöt att inte förelägga om läkarintyg från första sjukpenningdagen under den närmaste 12-månadersperioden. Man fann vissa kvantitativa och kvalitativa skillnader mellan grupperna under det sk kvalifikationsåret före försäkringskassans beslut (P_{-1}): Gruppen som ålades läkarintygskrav hade något lägre ålder, hade något lägre sjukpenninggrundande inkomst, var i något högre frekvens ogifta och frånskilda, var oftare offentligt anställda än den grupp som bedömdes inte behöva lämna läkarintyg från första sjukpenningdagen. Dessutom hade 30% av gruppen icke besvarat brev från försäkringskassan, jämfört med 0% i gruppen som slapp läkarintygskravet. Sjukfallsfrekvensen var något högre, (8,8 resp 8,0 sjukfall genomsnittligt) och antalet ersättningsdagar var något högre än i gruppen som slapp läkarintygskravet. (Mikaelsson, B., 1981).

Under året, då den ena gruppen hade läkarintygskrav och den andra gruppen inte (P_1), sjönk i bägge grupperna det genomsnittliga antalet sjukfall,

Tabell I. Registrerad sjuklighet för personer med (A) och utan läkarintygskrav (B) från första sjukpenningdagen vid upprepad korttidssjukskrivning. Grupp A har läkarintygskrav för 12-månadersperioden (P_1). Genomsnittliga värden.

12-mån period	Sjukersättningsdagar		Sjukfall		Varaktighet	
	A	B	A	B	A	B
	Li-krav n = 150	Ej li-krav n = 151	Li-krav	Ej li-krav	Li-krav	Ej li-krav
P_{-1}	41,9	35,1	8,8	8,0	4,8	4,4
P_1	36,1	35,0	3,3	4,6	10,9	7,6
P_2	34,0	35,7	4,4	4,3	7,7	8,3
P_3	39,0		4,5	4,0	7,5	6,7

till 3,3 i gruppen med läkarintygskrav och till 4,6 sjukfall i kontrollgruppen (Tabell I). Varaktighetstalet mer än fördubblades jämfört med året innan hos gruppen med läkarintygskrav till 10,9 ersättningsdagar per sjukfall, jämfört med 7,6 dagar i kontrollgruppen.

När försäkringskassan släppte kravet om läkarintyg (P_2), hade gruppen under närmaste 12-månadersperioden genomsnittligt 4,4 sjukfall per person och i kontrollgruppen 4,3 sjukfall. 18 resp 17 personer i vardera gruppen hade inga sjukfall. Varaktighetstalet sjönk till 7,7 sjukdagar per sjukfall resp 8,3 sjukdagar.

Även under andra året efter att läkarintygskravet släppts (P_3) uppvisade gruppen, som hade ålagts läkarintygskrav från första dagen genomsnittligt 4,4 sjukfall per person. 20 personer hade inga sjukdagar alls. Sjukfallens varaktighet förefaller att stabilisera sig på ett högre genomsnittligt värde än under året före försäkringskassans prövning (P_{-1}).

Fynden tyder således på, att en väsentlig minskning med 60 resp 40% av sjukfallen skedde i de båda grupperna under den 12-månadersperiod, då den ena gruppen hade läkarintygskrav och den andra gruppen inte, (minskningen är signifikant i bägge grupperna, $p < 0,001$). I läkarintygskravgruppen ökade det genomsnittliga varaktighetstalet till det dubbla värdet, under det år då man alltså var tvungen att ha en läkares intygande om sjukdom ($p < 0,001$). Efter att läkarintygskravet släppte ökade den genomsnittliga sjukfallsfrekvensen ånyo till ungefär den nivå som gruppen utan läkarintygskrav uppvisade under tiden efter försäkringskassans beslut och förefaller stabilisera sig på den nivån.

Någon egentlig skillnad i utvecklingen av sjuk-skrivningsbeteendet mellan gruppen med och gruppen utan läkarintygsföreläggande kan inte skönjas. Fortsatt utredning kring sjukskrivningsbeteendet efter läkarintygsföreläggande pågår, med en experimentell design omfattande hela Östergötlands län, och en slumpmässig fördelning på grupperna med 150 patienter i vardera gruppen. De första analyserna efter 12 månaders uppföljning kan ske i början av år 1983.

Socialmedicinsk problematik vid upprepad korttidssjukfrånvaro

Med syfte att belysa om socialmedicinsk problematik finns anrikad i den patientgrupp som uppvisar en upprepad korttidssjukfrånvaro, genomfördes under hösten 1981, i samarbete med försäkringskassan och en vårdcentral i Linköpings kommun, en jämförande studie (Leijon, M. et al., 1981). Som undersökningsgrupp utvaldes 98 konsekutiva fall med upprepad korttidssjukfrånvaro som aktualiserats vid försäkringskassan. Jämförelsegruppen bestod av lika många ålders- och könsmatchade personer, boende i samma upptagningsområde i Linköpings kommun och slumpmässigt utvalda bland vårdsökande vid vårdcentralen.

Bägge patientgrupperna genomgick ett samtal med läkare, undersökningsgruppen med en socialmedicinare, jämförelsegruppen med en distriktsläkare, som är väl rutinerad, har socialmedicinsk bakgrund och väl känner till invånarna i området. Efter reliabilitetstestning av läkarnas referensramar igångsattes studien.

Tabell II. Fördelning av socialmedicinsk problematik hos ett slumpurval personer med upprepad korttidssjukfrånvaro (undersökningsgrupp) och ett slumpurval köns- och åldersmatchade vård sökande på vårdcentral (jämförelsegrupp)

Typ av socialmedicinsk problematik	Undersökningsgrupp n = 98	Jämförelsegrupp n = 98
Arbetslivsproblem	34	16
Psykiska problem	28	15
Ekonomiska problem	25	3
Samlevnadsproblem	19	7
Invandrarproblematik	6	2
Alkoholproblem	5	9
Sömnpromblem	2	5
Fysiskt handikapp	1	6
Summa problem	120	63
Antal personer med påvisbara socialmedicinska problem	69	38 p<0,001

Resultatet visar, att i undersökningsgruppen fanns sammanlagt 120 socialmedicinska problem bland 69 av de 98 undersökta patienterna (Tabell II). I jämförelsegruppen fanns sammanlagt 63 socialmedicinska problem koncentrerade hos 38 personer ($p<0,001$).

Den socialmedicinska problematiken var uppdelad på sätt som framgår av Tabell II.

Slutsatsen av denna studie blir, att socialmedicinsk problematik finns anhopad i den patientgrupp som uppvisar symtomet upprepad korttidssjukfrånvaro.

Med dessa utgångspunkter synes det icke meningsfullt att avkräva ett läkarintyg från första sjukpenningdagen vid upprepad sjukfrånvaro. Istället bör socialmedicinsk metodik användas för diagnostik och behandlingsförsök.

Målsättning

All erfarenhet, både från försäkringskassorna, riksförsäkringsverkets statistikenhet (Eriksen, T., 1980) och klinisk verksamhet visar att frekvent korttidssjukfrånvaro tenderar att upprepa sig år efter år. Medelåldern hos dem med upprepad korttidssjukfrånvaro är cirka 30 år, med en liten sprid-

ning i åldrarna. Efter ett antal år med ett sådant sjukskrivningsbeteende ses tendensen till allt längre sjukfall. Ofta ser vi, att vid 40–45 års ålder övervägs förtidspension, oftast med opreciserade symtomdiagnoser. Vi bör ha största förutsättningen att hjälpa dessa människor om vi så tidigt som möjligt sätter in adekvata åtgärder för diagnostik och behandling.

Frågeställning

Har socialmedicinsk behandlingsmetodik en positiv effekt på sjukskrivningsbeteendet och livskvaliteten hos patienter med upprepad korttidssjukfrånvaro?

Metodik och genomförande

I samverkan med försäkringskassan i Östergötlands län, socialförvaltningen samt en vårdcentral i Linköpings kommun har påbörjats uppföljande stöd-samtal istället för läkarintygsföreläggande för de patienter, som aktualiserats vid försäkringskassan pga upprepad korttidssjukfrånvaro minst 6 gånger under en 12-månadersperiod.

Försäkringskassans handläggare föreslår patienten en kontakt med läkare för samtal. Samtalet är helt frivilligt från patientens sida. Om patienten avstår, handlägges ärendet i vanlig ordning vid försäkringskassan.

En socialmedicinskt skolad läkare håller ett första *diagnostiskt* samtal med patienten. Läkaren försöker att verifiera eller utesluta den medicinska åkomma, som utgör den uppgivna orsaken till sjukfrånvaron. Finns skäl för medicinsk utredning föranstaltas om denna. Eventuell existens av socialmedicinsk problematik strävar man efter att vaska fram. Patienten erbjuds *uppföljande* samtal hos socialmedicinska kliniken kurator, psykolog eller läkare, beroende på problematikens art. Om annan uppföljande kontakt bedöms som lämpligare tex socialförvaltningen, familjerådgivning etc hänvisas patienten till denna instans.

Vid läkarens diagnostiska samtal bedöms dels hos vilken av socialmedicinska teamets medlemmar som det första uppföljande samtalet skall äga rum, dels tidsintervallets längd fram till detta samtal. Behovet av, tidpunkten för och med vem nästa uppföljande samtal skall äga rum bedöms av resp team-

medlem vid socialmedicinska kliniken. Allt eftersom nya sjukfall inträffar lägges patientens journal till resp teammedlem för ställningstagande till ev åtgärd. Sådan åtgärd kan tex vara ett tidigareläggande av nästa uppföljande samtal eller telefonkontakt med patienten ifråga.

Den dataförberedda schablon, som användes vid analys av socialmedicinsk problematik vid upprepa- de korta sjukfall användes, med tillägg för kodning avseende uppföljningskontakterna.

Avsikten är att en första analys av sjukfrånvaron skall ske för den 12-månadersperiod som förlöper efter läkarens diagnostiska samtal.

Som jämförelsegrupper avses användas följande:

1. Tidigare undersökningsgrupper avseende läkar- intygsföreläggande.
2. Den patientgrupp som av försäkringskassan be- dömdes ha läkarkontakt ev pga närvaron av kronisk medicinsk åkomma, som kan berättiga till upprepad sjukfrånvaro. Dessa patienter kal- las inte till samtal.
3. Den patientgrupp som vägrar att delta i projek- tet eller som kommer till första läkarsamtalet, men uteblir någon gång under senare uppfölj- ningskontakter.

Förväntade resultat

Avsikten är att analysera sjukfrånvaron under den 12-månadersperiod som förlöper efter läkarens

diagnostiska samtal. Sjukfrånvaron studeras även för ovannämnda jämförelsegrupper. Under de fort- löpande kontakterna får teammedlemmarna en upp- fattning om patienternas tillfredsställelse med de uppföljande samtalen som en metod att försöka hjälpa dem att bemästra sina medicinska och andra svårigheter.

Förhoppningen är att studera om denna metodik är mer framgångsrik än metoden med läkarintygs- föreläggande att ge denna patientgrupp högre funk- tionsnivå och en högre livskvalitet. Förhoppningen är vidare att finna former för att dessa patienter skall kunna stödjas på så sätt att de skall klara av sina socialmedicinska problem utan att uppvisa symtom på funktionssvikt.

REFERENSER

1. *Eriksen, T:* Den ökade sjukfrånvaron – en statistisk analys. Delegationen för Social Forskning, Rapport 1980: 1.
2. Lagen om allmän försäkring (AFL), 1962: 381.
3. *Leijon, M., Mikaelsson, B., Kristensson, M.:* Upprepa- de korta sjukfall – finns socialmedicinsk problematik? Föredrag SO 4, Sv Läkarsällskapets Riksstämma, Stockholm 1981.
4. *Mikaelsson, B:* Läkarintyg första sjukdagen. Dyrbart men färre anmälningar. Social Försäkring 11/1981.