

# En kartläggning av läkares del i samverkan med företagshälsovård och deras upplevelse av väntetider hos arbetsgivare vid rehabilitering av sjukskrivna

Helena Nordahl, specialist i allmänmedicin

Handledare med dr Anna Löfgren Wilteus, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, tidigare Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010/2011

## FÖRORD

I mitt arbete som distriktsläkare på Axelsbergs Vårdcentral kommer jag ofta i kontakt med patienter med nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom. I vissa fall bedömer jag att patienten behöver arbetslivsinriktad rehabilitering. Om patienten har tillgång till företagshälsovård och/eller sjukdomen är relaterad till arbetet, kryssar jag i rutan på MU (det medicinska underlaget för rätten till sjukpenning), oftast kallat sjukintyg, om behov av företagshälsovård. Eftersom företagshälsovårdens finansieringsform inte tillåter remittering som till annan vård så skriver jag ingen remiss utan ber patienten ordna kontakt med sin företagshälsovård själv. Sällan har jag sedan fått bekräftat att detta blivit av. Jag har undrat om det berott på att de flesta patienterna inte behövt komma tillbaks till mig då de istället togs om hand på företagshälsovården, eller om det finns andra orsaker.

Inför det här projektarbetet tog jag hjälp av sökfunktionen Rave 3 att ta fram data ur datajournalerna på Axelsbergs VC. De 1498 MU som de tio ordinarie distriktsläkarna skrivit under 2009 gällande sjukdomar i rörelseorganen, M-diagnoser, samt psykiatriska sjukdomar, F-diagnoser med sjukskrivningsperiod > 30 dagar sammanställdes. Den andel MU där man kryssat i rutan om behov av kontakt med företagshälsovård räknades mha de färdiga statistikrapporter som Rave 3 erbjuder. Tyvärr har någon absolutsiffra ej kunnats ta fram utan att gå in i de enskilda journalerna, vilket jag inte kunnat göra av etiska skäl. Från Stockholms läns landstings projekt ”Ögat på sjukskrivning” fick jag motsvarande uppgifter hämtade från 21 primärvårdsenheter i Stockholm, vari Axelsbergs VC ingår. Utifrån förstudien av MU utfärdade på Axelsbergs VC kunde jag se att variationerna mellan enskilda läkare var stora vad gällde ifyllandet av MU. Någon bedömning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering angavs i 0-98% av utlåtandena. Behov av kontakt med företagshälsovård angavs i 1-3% av de MU som gällde patienter sjukskrivna > 30 dagar med M- eller F-diagnos. Frekvensen på de sammanlagt 21 vårdcentraler i Stockholm som ”Ögat” studerat var likartad (1).

Detta trots att man i rollen som distriktsläkare oftast har svårt att få en uppfattning om patientens arbetsförhållanden och möjligheterna till anpassning, eller själv ta kontakt med patientens arbetsgivare. Ett intresse väcktes att närmare studera hur handläggningen av sjukskrivna patienter kan förändras genom ökad samverkan mellan olika aktörer, med tyngdpunkt på läkarens roll i detta.

Helena Nordahl  
Stockholm 2011-09-25

<u>Sammanfattning</u>	4
<u>Inledning</u>	5
<u>Syfte och frågeställning</u>	6
<u>Metod</u>	6
<u>Undersökt grupp</u>	6
<u>Resultat</u>	7
<u>Diskussion</u>	11
<u>Slutsats</u>	13
<u>Litteraturreferenser</u>	14

Bilaga, kontaktremiss

# En kartläggning av läkares del i samverkan med företagshälsovård och deras upplevelse av väntetider hos arbetsgivare vid rehabilitering av sjukskrivna

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010/2011 av Helena Nordahl. Handledare med dr Anna Löfgren Wilteus, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, tidigare vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

## SAMMANFATTNING

Läkare rapporterar ofta att de upplever problem i arbetet med sjukskrivningar och bedömning av arbetsförmåga. Flera aktörer kan behöva samverka i rehabilitering av den sjukskrivne, med arbetsåtergång som mål. De som den sjukskrivne kan behöva kontakt med innefattar både primärvård, specialistkliniker, företagshälsovård, annan paramedicinsk rehabiliteringspersonal, försäkringskassan, olika representanter för arbetsgivaren, fackförening och socialtjänst.

Syftet med mitt projekt var att kartlägga vissa aspekter av läkares möjlighet att sammanlänka den medicinska och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Frågeställningarna var:

Hur ofta hänvisar/remitterar läkare sjukskrivna patienter till företagshälsovård, och skiljer sig detta mellan olika verksamhetsområden eller erfarenhet i yrket?

Hur ofta upplever läkare inom olika verksamhetsområden att fördröjning av åtgärder hos arbetsgivaren föranleder längre tids sjukskrivning än annars var tänkt?

En enkät om läkares arbete med sjukskrivning skickades år 2008 till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige, 36 898 personer, varvid 22 498, 61 % besvarade enkäten. Frågor ställdes om läkarnas syn på olika delar av sitt eget arbete med sjukskrivning, och jag har valt att titta på svaren på två av frågorna - en om hur ofta hänvisning till företagshälsovården användes och en om hur ofta läkarna upplevde att väntan på åtgärder på den sjukskrivnes arbetsplats fördröjde arbetsåtergång.

Enkätsvaren visade att 48 % av de läkare som hade sjukskrivningsärenden minst några gånger per år, aldrig, eller i stort sett aldrig hänvisade/remitterade till företagshälsovård. Läkare med läkarexamen som högsta utbildningsnivå hänvisade i låg utsträckning till företagshälsovård, 59 % av dessa hänvisade aldrig eller i stort sett aldrig, liksom 46 % av de specialistutbildade läkarna. Frekvensen varierade mellan olika verksamhetsområden. Fyrtio procent av de sjukskrivande läkarna angav att de minst någon gång per år sjukskrev längre än vad som vore medicinskt nödvändigt, pga väntetider på åtgärder hos arbetsgivaren. Detta förekom inom alla de aktuella verksamhetsområdena. Av de läkare som upplevde detta någon gång per månad eller oftare fanns det största antalet inom verksamhetsområdena psykiatri, företagshälsovård och framförallt primärvård.

Slutsatsen var att läkare sällan använde möjligheten att hänvisa sjukskrivna patienter till företagshälsovård. Inom alla verksamhetsområden förekom det att läkarna sjukskrev längre än vad som vore medicinskt nödvändigt, i väntan på åtgärder på patientens arbetsplats. Detta talar för att det kan finnas outnyttjade möjligheter till samverkan för att hjälpa sjukskrivna till arbetsåtergång.

## INLEDNING

Socialstyrelsen har i sin tillsyn av sjukskrivningsprocessen 2006 (2) fastslagit att sjukskrivningar är en del av vård och behandling, dvs det skall finnas strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan samt för kunskapsgenerering på samma sätt som för annan vård och behandling. Samverkan kring den enskilde patienten mellan olika kompetenser inom hälso- och sjukvården bör kvalitetssäkras, formaliseras och tydliggöras (2).

De som den sjukskrivne kan behöva kontakt med innefattar både primärvård, specialistkliniker, företagshälsovård, annan paramedicinsk rehabiliteringspersonal, men också försäkringskassan, olika representanter för arbetsgivaren, fackförening, arbetsförmedling och socialtjänst. I jämförelse med annan typ av behandling har läkare ovanligt lite vetenskap att bygga sina beslut på när frågan om sjukskrivning blir aktuell och det finns inte evidens för vad som avgör hur man handlägger frågan. Socialstyrelsens beslutsstöd kan ge vägledning till läkaren vid specifika diagnoser och råd om handläggning vid sjukskrivning kan ingå i vårdprogram som t.ex. VISS i Stockholm.

SBU:s kunskapsöversikt om läkares sjukskrivningspraxis från 2003 har på uppdrag av Sociala rådet uppdaterats i en rapport där man sammanfattar kunskapsläget 2010 utifrån studier publicerade 2002-2009 (3). Man fann 28 studier av tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i översikten. Tolv av studierna var genomförda i Sverige. Av de 28 studierna hade 16 stycken studerat allmänläkare, 5 stycken företagsläkare (3, tabell 1) Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever svårigheter att bedöma funktionsförmåga, arbetsförmåga och behov av sjukfrånvaro (3, s 62 ). Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att samverkan med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden upplevs som problematiskt av många läkare (3). De fyra studier som beskriver skillnad i sjukskrivningspraxis beroende på läkares specialitet är av begränsad kvalitet varför det saknas vetenskapligt evidens för detta. Många läkare upplever alltså sjukskrivningsärenden som problematiska och att deras egna kunskaper på området är otillräckliga. Att utnyttja övriga aktörer som ett stöd upplevs inte alltid som en lösning.

I en analys av fokusgruppsintervjuer av företagsläkare som del i ett projekt utfört på Socialdepartementets uppdrag 2005 av Löfgren (4) beskrevs förhållanden som kunde försvåra optimal handläggning av sjukskrivningsärenden, ur företagsläkarnas perspektiv. Företagsläkarna menade att primärvårdens läkare inte utnyttjar företagshälsovården som en resurs, trots att man efterfrågar stöd i arbetet med sjukskrivningar. Man såg brister i kommunikationen både generellt och i specifika patientärenden. Enligt företagsläkarna vet ofta varken patienten eller primärvårdsläkaren ifall patienten är ansluten till någon företagshälsovård eller vad den i så fall skulle kunna bidra med. Företagsläkarna ville bidra med sin bättre kunskap om patientens arbetsplats och arbetsuppgifter i bedömningen av arbetsförmågan, liksom med sina bättre kontaktvägar till arbetsgivarna. Däremot uttrycktes tvekan till att ta över själva sjukskrivningen från den behandlande läkaren, för att istället koncentrera sig på att göra arbetsplatsen så bra som möjligt vid arbetsåtergång. Man önskade att den medicinska och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle ske parallellt. Andra företagsläkare upplevde problem med att patienterna hänvisades till företagshälsovården innan de var medicinskt färdigutredda och bedömda. Förslag framkom om gemensamma utbildningsmöten för att öka kunskapen om varandras verksamhet.

Det finns fortfarande få vetenskapliga studier av effekterna av samverkan mellan olika aktörer i rehabilitering av sjukskrivna och de har motsägande resultat. Det är ett komplext fenomen där interventioner inte kan dubbelblindas och förutsättningarna svårligen kan standardiseras. Regeringen har inom anslaget för rehabiliteringsgarantin avsatt pengar för forskningsprogrammet REHSAM i syfte att stärka forskningsområdet. I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande 2011(5) påtalar man att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte finns med i rehabiliteringsgarantin, men att samarbetet mellan sjukvården och arbetsplatserna bör förbättras. I de svenska samverkansstrukturerna under senare decennier har sällan arbetsgivarna inkluderats eller deras medverkan utvärderats enligt Ståhl (6). Internationella studier har dock visat att modifierat arbete underlättar arbetsåtergång efter långtidssjukskrivning sammanfattar Johansson (7).

I Sverige har fackföreningarna Distriktsläkarföreningen och Svenska Företagsläkarföreningen 2010 etablerat ett samarbetsprojekt i syfte att förbättra samverkan mellan aktörerna. Man har utarbetat ett förslag om en kontaktremiss från primärvårdsläkare till företagshälsovård (bilaga) som arbetstagaren själv ansvarar för att lämna till arbetsledaren eller personalansvarig på arbetsplatsen. Tankarna bakom finns beskrivna i en rapport beställd av Företagshälsovårdsdelegationen (8).

#### SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med mitt projekt var att kartlägga vissa aspekter av läkares möjlighet att sammanlänka den medicinska och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Frågorna var:

Hur ofta hänvisar/remitterar läkare till företagshälsovård, och skiljer sig detta mellan olika verksamhetsområden eller erfarenhet i yrket?

Hur ofta upplever läkare inom olika verksamhetsområden att fördröjning av åtgärder hos arbetsgivaren föranleder längre tids sjukskrivning än annars var tänkt?

#### METOD

En enkät om läkares arbete med sjukskrivning skickades i oktober 2008 ut till alla yrkesverksamma läkare som bodde i Sverige och hade sin yrkesverksamhet huvudsakligen förlagd till Sverige (9). I enkäten fanns bl a frågor om demografi, utbildningsnivå och inriktning, problem i arbetet med sjukskrivning, samverkan med andra aktörer i rehabiliteringsärenden. Metodiken beskrivs detaljerat av Lindholm et al i en separat publikation (10). Frågeformuläret var i huvudsak detsamma som Alexandersson et al 2004 hade skickat till alla läkare i Stockholms och Östergötlands län (11).

De enkätfrågor som analyseras här är:

Hur ofta i ditt kliniska arbete remitterar/hänvisar du till företagshälsovård?

Hur ofta sjukskriver du längre tid än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?

Svarsalternativen var: ”fler än 10 ggr/vecka”, ”6-10 ggr/vecka”, ”1-5 ggr/vecka”, ”någon gång/månad”, ”några ggr/år”, ”aldrig/ i stort sett aldrig”.

#### UNDERSÖKT GRUPP

163 enkätfrågor skickades ut till alla läkare i Sverige, 36 898 personer. Svarefrekvensen var 61 %. Svaren som redovisas nedan kom från de 14 210 läkare som var yrkesverksamma i Sverige, <65 år gamla och som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst några gånger om året (tabell 1). Alla läkare svarade inte på alla frågor.

## RESULTAT

Av de svarande sjukskrivande läkarna var ungefär lika många kvinnor som män och fördelade mellan många olika verksamhetsområden (tabell 1). Majoriteten var specialister.

Tabell 1 Alla svarande uppdelat på kön, ålder, läkarutbildningsnivå respektive huvudsakligt verksamhetsområde

		<b>Antal (n)</b>	<b>Andel (%)</b>
<b>Totalt</b>		14210	100
Kön	Kvinna	6760	47.6
	Man	7449	52.4
	Ingen uppgift	1	-
Ålder	20-44 år	6172	43.4
	45-64 år	8038	56.6
Utbildningsnivå	Icke-specialist	4230	29.8
	Specialist	9972	70.2
	Ingen uppgift	8	-
Huvudsakligt verksamhetsområde	Barn och ungdom	384	2.7
	Företagshälsovård	429	3.0
	Försäkring	10	0.1
	Geriatrisk	114	0.8
	Gynekologi	878	6.2
	Hud	200	1.4
	Infektion	318	2.2
	Invärtesmedicin	1875	13.2
	Kirurgi	1307	9.2
	Neurologi	232	1.6
	Onkologi	322	2.3
	Ortopedi	850	6.0
	Psykiatri	1030	7.2
	Rehabilitering	168	1.2
	Reumatologi	182	1.3
	Smärta	73	0.5
	Vårdcentral	4098	28.8
	Ögon	340	2.4
	Öron, näs och hals	423	3.0
	Annan klinik	801	5.6
	Administration	82	0.6
	Ingen	38	0.3
	Ingen uppgift	56	0.4

De sjukskrivande läkarna hänvisade sällan till företagshälsovård, 48 % av hela gruppen svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig gjorde det (tabell 2). Bland läkare med läkarexamen som högsta utbildningsnivå hänvisade 59 % aldrig eller i stort sett aldrig. 46 % av specialistläkarna hänvisade heller aldrig eller i stort sett aldrig till företagshälsovård. En liten andel, 3 %, hänvisade till företagshälsovård en eller flera gånger per vecka.

Tabell 2 Läkares skattning av hur ofta de remitterade sjukskrivna till företagshälsovård. Svarande uppdelade efter högsta läkarutbildningsnivå.

	>10 gånger/ vecka	6-10 gånger/ vecka	1-5 gånger/ vecka	Någon gång/ månad	Några gånger/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
	%	%	%	%	%	%
Läkarexamen (n= 896)	0	0.3	2.2	14.1	24.7	58.7
Legitimerad läkare (n= 364)	0	0.5	5.8	19.5	32.1	42.0
Pågående ST- utbildning (n= 2778)	0	0.2	2.0	14.8	31.7	51.3
Specialist ( n=9295)	0.2	0.2	2.6	15.7	35.1	46.2
Totalt (n= 13333)	0.1	0.3	2.5	15.5	33.6	48.0

Inom de flesta verksamhetsområden utgjorde de som aldrig/nästan aldrig hänvisade den största gruppen (tabell 3). Inom några verksamhetsområden övervägde de läkare som hänvisar till företagshälsovård någon gång per år eller oftare. De utgör inom hud 50 %, psykiatri 53 %, reumatologi 56 %, neurologi 59 %, smärtbehandling 66 %, ortopedi 68 %, rehabilitering 70 % och på vårdcentral 79 %.



Tabell 3 Läkares skattning av hur ofta de hänvisade/remitterade sjukskrivna patienter till företagshälsovård. Svarande uppdelade efter huvudsakligt verksamhetsområde. Antal läkare och andelen inom verksamhetsområdet. Tabellen sorterad efter antalet som svarade ”Aldrig eller i stort sett aldrig”.

Tabell 3

	>10 gånger/ vecka	6-10 gånger/ vecka	1-5 gånger/ vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Barn och ungdom (n=344)	0 (0)	0(0)	0 (0)	11 (3.2)	39 (11.3)	294(85.5)
Företagshälsovård (n=257)	11(4.3)	4 (1.6)	7 (2.7)	9 (3.5)	14 (5.4)	212(82.5)
Gynekologi (n=850)	0 (0)	1 (0.1)	2 (0.2)	22 (2.6)	141(16.6)	684(80.5)
Ögon (n=320)	0(0)	0 (0)	0 (0)	9 (2.8)	78 (24.4)	233(72.8)
Kirurgi (n=1269)	0 (0)	4 (0.3)	15 (1.2)	76 (6.0)	288(27.7)	886(69.8)
Onkologi (n=307)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	14 (4.6)	81 (26.4)	211(68.7)
Infektion (n=307)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (5.9)	86 (28.0)	203(66.1)
Inget (n= 28)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (17.9)	6 (21.4)	16 (60.7)
Geriatrisk (n=104)	0 (0)	0 (0)	1 (1.0)	1 (1.0)	39 (37.5)	63 (60.6)
Annat v-område (n=617)	1 (0.2)	2 (0.3)	20 (3.2)	72 (11.7)	167 (27.1)	355(57.5)
Invärtesmedicin (n=1825)	0 (0)	3 (0.2)	19 (1.0)	159 (8.7)	614 (33.6)	1030(56.4)
ÖNH (n=413)	0 (0)	0 (0)	3 (0.7)	32 (7.7)	150 (36.3)	228 (55.2)
Administration (n=64)	0 (0)	1 (1.6)	0 (0)	7 (10.9)	24 (37.5)	32 (50.0)
Försäkring (n=6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (50.0)	3 (50.0)
Hud (n=185)	0 (0)	1 (0.5)	2 (1.1)	11 (5.9)	79 (42.7)	92 (49.7)
Okänt v-område (n=43)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	5 (11.6)	16 (37.2)	21 (48.8)
Psykiatri (n=987)	0 (0)	1 (0.1)	30 (3.0)	143 (14.5)	346 (35.1)	467(47.3)
Reumatologi (n=179)	0 (0)	0 (0)	3 (1.7)	22 (12.3)	75 (41.9)	79 (44.1)
Neurologi (n=227)	0 (0)	0 (0)	7 (3.1)	32 (14.1)	96 (42.3)	92 (40.5)
Smärta (n=62)	2 (3.2)	1 (1.6)	4 (6.5)	18 (29.0)	16 (25.8)	21 (33.9)
Ortopedi (n=822)	0 (0)	11 (1.3)	54 (6.6)	215 (26.2)	277 (33.7)	265(32.2)
Rehabilitering (n=159)	0 (0)	0 (0)	10 (6.3)	31 (19.5)	70 (44.0)	48 (30.2)
Vårdcentral (n=3965)	2 (0.1)	4 (0.1)	161 (4.1)	1155 (29.1)	1778 (44.8)	865(21.8)
<b>Totalt (n=13340)</b>	<b>16 (0.1)</b>	<b>34 (0.3)</b>	<b>339 (2.5)</b>	<b>2067 (15.5)</b>	<b>4483 (33.6)</b>	<b>6401(48.0)</b>

Fyrtio procent av de sjukskrivande läkarna angav att de minst någon gång per år sjukskrev längre än nödvändigt pga väntetider på åtgärder hos arbetsgivaren, 14% angav att det förekom någon gång per månad eller mer (tabell 4). Sådan förlängning av sjukskrivningstiden förekom inom alla de aktuella verksamhetsområdena. Det största antalet läkare som upplevde detta någon gång per månad eller mer fanns inom verksamhetsområdena psykiatri, företagshälsovård och framförallt primärvård.

Tabell 4. Läkares skattning av hur ofta de sjukskriver längre än nödvändigt pga väntetider på åtgärd hos arbetsgivaren. Svarande uppdelade efter huvudsakligt verksamhetsområde. Antal samt den andel av aktuell frekvens de utgör. (Verksamhetsområden uppställda enligt tabell 3, med de som har störst andel läkare som aldrig hänvisade till företagshälsovård överst.)

	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Barn och ungdom	0 (0)	0 (0)	12 (0.8)	25 (0.7)	30 (0.4)	341(2.5)
Företagshälsovård	10 (17.2)	44 (11.4)	105 (7.1)	158 (4.5)	103 (1.3)	420 (3.1)
Gynekologi	2 (3.4)	7 (1.8)	40 (2.7)	118 (3.3)	694 (8.5)	861 (6.3)
Ögon	1 (1.7)	1 (0.3)	5 (0.3)	62 (1.8)	259 (3.2)	328 (2.4)
Kirurgi	1 (1.7)	1 (0.3)	25 (1.7)	130 (3.7)	1119 (13.8)	1276 (19.4)
Onkologi	0 (0)	3 (0.8)	7 (0.5)	59 (1.7)	244 (3.0)	313 (2.3)
Infektion	0 (0)	1 (0.3)	8 (0.5)	39 (1.1)	265 (3.3)	313 (2.3)
Ingen	0(0)	2 (0.5)	1 (0.1)	5 (0.1)	18 (0.2)	26 (0.2)
Geriatrisk	0(0)	0(0)	0(0)	13 (0.4)	92 (1.1)	105 (0.8)
Annat v-omr	2 (3.4)	8 (2.1)	39 (2.6)	126 (3.6)	450 (5.5)	625 (4.6)
Invärtesmedicin	1 (1.7)	19 (4.9)	66 (4.4)	375 (10.6)	1364 (16.8)	1825 (13.4)
ÖNH	1 (1.7)	1 (1.3)	11 (0.7)	71 (2.0)	334 (4.1)	418 (3.1)
Administration	0(0)	2 (0.5)	5 (0.3)	19 (0.5)	37 (0.5)	63 (0.5)
Försäkring	0(0)	0(0)	1 (0.1)	1 (0)	5 (0.1)	7 (0.1)
Hud	0(0)	1 (0.3)	6 (0.4)	48 (1.4)	135 (1.7)	190 (1.4)
Okänt v-omr	0(0)	2 (0.5)	5 (0.3)	8 (0.2)	30 (0.4)	45 (0.3)
Psykiatri	12 (20.7)	38 (9.8)	156 (10.5)	311 (8.8)	480 (5.9)	997 (7.3)
Reumatologi	0(0)	3 (0.8)	25 (1.7)	76 (2.2)	71 (0.9)	175 (1.3)
Neurologi	1 (1.7)	5 (1.3)	26 (1.8)	72 (2.0)	119 (1.5)	223 (1.6)
Smärta	0(0)	0(0)	2 (0.1)	21 (0.6)	40 (0.5)	63 (0.5)
Ortopedi	5 (8.6)	32 (8.3)	97 (6.5)	250 (7.1)	443 (5.5)	827 (6.1)
Rehabilitering	1 (1.7)	4 (1.0)	17 (1.1)	52 (1.5)	89 (1.1)	163(1.2)
Vårdcentral	21 (36.2)	212 (54.9)	825 (55.6)	1493 (42.3)	1423 (17.5)	3974 (29.3)
<b>Totalt</b>	<b>58 (100)</b>	<b>386 (100)</b>	<b>1484 (100)</b>	<b>3532 (100)</b>	<b>8118 (100)</b>	<b>13578 (100)</b>
<b>Andel av svarande (%)</b>	<b>0.4</b>	<b>2.8</b>	<b>10.9</b>	<b>26.0</b>	<b>59.8</b>	

## DISKUSSION

Enkätsvaren visade att ungefär hälften av de sjukskrivande läkarna aldrig eller i stort sett aldrig hänvisade /remitterade till företagshälsovård. Frekvensen varierade både mellan verksamhetsområden och med utbildningsnivå. Inom alla verksamhetsområden fanns läkare som angav att de sjukskrivit längre tid än de vad som skulle varit nödvändigt, pga väntetider på åtgärder hos arbetsgivaren. Fyrtio procent angav att detta förekom åtminstone någon gång per år, 14 % angav att det förekom någon gång per månad eller mer.

Enkätsvaren utgör ett unikt material då så många läkare har svarat och det finns detaljerade uppgifter om de svarande. Detta är en styrka i undersökningen. Den enda liknande undersökningen är den enkät som gjordes 2004 (11) riktad till läkare i Östergötlands och Stockholms län varifrån 2008 års enkät är en utvidgning och fördjupning.

Både frågorna i enkäten och läkarnas svar kan tolkas på olika sätt, vi vet inte heller hur väl svaren speglar vad man i praktiken gjort. I enkätfrågorna preciseras inte längden på sjukskrivningarna, och vissa läkare kanske framförallt sysslar med kortare sjukskrivningar där endast en okomplicerad medicinsk rehabilitering behövs. Inom några verksamhetsområden föreligger speciella tolkningssvårigheter. Att vissa företagsläkare svarade att de ofta hänvisade till företagshälsovård kan eventuellt förklaras med att de svarande hade flera arbetsplatser, både företagshälsovård och ett annat verksamhetsområde där hänvisning blir aktuell. Som insatta i typen av verksamhet kan man också tänka sig att de hänvisade mer frekvent. Kanske har en del företagsläkare avsett att de hänvisade till andra professioner inom företagshälsovården. Inom primärvården kan det finnas en överrepresentation av patienter som inte har något arbete eller som inte har företagshälsovård, eller undviker att gå dit i första hand. De hänvisas då sällan till företagshälsovård. Detta kan gälla även inom andra verksamhetsområden.

Enkätsvaren speglar den enskilde läkarens arbete, som sedan skall sättas in i ett större sammanhang. Den svenska socialförsäkringens utformning och därmed förutsättningarna för läkares arbete med sjukskrivningar har förändrats snabbt under 2000 och 2010-talen varför data lätt blir inaktuella. Villkoren i sjukförsäkringen och tillämpningen av dem har förändrats sedan enkäten gjordes. Rehabiliteringskedjans införande 2008 med fasta tidsgränser för sjukförsäkringen har i viss mån förtydligat rollerna vid samordning av insatser, men i enskilda fall har det förekommit att läkare upplevt att patienters behandling och rehabilitering inte fått ta den tid som behövs för bästa resultat. Lagstiftningen om vårdval i primärvården har försvårat för allmänläkare att ha kännedom om sina patienters arbetsplatser då de kunnat bli mer geografiskt spridda. I den här situationen borde företagshälsovården kunna vara en länk till patientens arbetsplats.

Kartläggningen har visat skillnader mellan olika läkargrupper i hur ofta man hänvisar till företagshälsovård, och att få gör det frekvent. Det kan tala för ett underutnyttjande av företagshälsovårdens specialkunskaper om anpassning av arbetsmiljö och arbetsuppgifter, och som resurs i bedömning av arbetsförmåga. Det är dock inte vetenskapligt undersökt hur denna samverkan sker effektivast eller vilka interventioner som kan påverka den, endast ett fåtal interventionsstudier har gjorts. I Nederländerna sköter primärvårdsläkaren utredning och behandling men sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering handläggs i den obligatoriska företagshälsovården. I en interventionsstudie 2005 erbjöd Faber et al (12) primärvårdsläkare och företagsläkare en gemensam fyratimmars utbildning om rekommenderad handläggning av sjukskrivna patienter med ländryggsbesvär. Man såg ingen signifikant ökning av frekvensen av kontakter läkarna emellan.

Kanske gör utbildning och erfarenhet att specialistläkare hänvisar något oftare än nyutexaminerade, det kan också bero på typen av patientärenden de handlägger. Vi kan utifrån enkätens data inte sluta oss till hur många sjukskrivningar som gjordes inom respektive verksamhetsområde, men analyser av samma enkät har visat att det inom flera verksamhetsområden var en betydande andel av läkarna som hanterade sjukskrivningsärenden flera gånger i veckan, och som hade problem i handläggningen av dessa (9). Om denna statistik skall användas som underlag när man väljer hur informations-/utbildningsinsatser skall riktas kan det vara rimligt att utgå från antalet läkare och inte andelen inom respektive verksamhetsområde som upplever problem. Enligt Riksförsäkringsverkets data från 2002 gjordes 45 % av sjukskrivningarna i primärvården, 29 % av sjukhusläkare, 14 % av privatläkare och 12 % av företagsläkare (13).

Enkätsvaren visade också skillnader mellan verksamhetsområden i hur ofta man upplevde att väntetid för åtgärder på arbetsplatsen förlängde patientens sjukskrivningstid. I jämförelse med 2004 har dock totala andelen läkare som upplevde detta dock minskat något (9).

Vid tolkning av svaren på frågan bör man beakta att många av läkarna har dålig inblick i förhållandena på sin patients arbetsplats och bygger sin bedömning enbart på patientens muntliga uppgifter vid utfärdandet av läkarintyget. Försäkringskassans samordnande roll är då också viktig. Omfattningen av väntetiderna är inte känd. Hur den sjukskrivnes hälsa och arbetsförmåga påverkas på sikt av själva väntetiden är inte heller undersökt (6).

Framförallt läkare på vårdcentral angav att de upplevde sådan väntan, men även många läkare inom psykiatrin. Kanske beror detta på att organisatoriska förändringar, tex för att minska stress, eller omplaceringar, är svårare för arbetsgivaren att genomföra än rent fysiska, ergonomiska åtgärder vilka är aktuella tex vid sjukdomar i rörelseorganen. I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande 2006 (14) konstateras att områdena arbete, rehabilitering och egenförsörjning är mycket eftersatta för människor med psykiska funktionshinder och att en del regelverk inom socialförsäkringen tenderar att skapa effekter som låser in personer i bidragssystemen, då regelverken är dåligt anpassade för psykiska sjukdomars förlopp och rehabiliteringsprocess. Rehabiliteringskedjan har troligen förstärkt dessa negativa effekter. De insatser som gjorts för att stärka psykiatriska patienters kontakt med arbetsmarknaden har främst riktats mot dem som stått helt utanför den.

Enkätsvaren visade att läkare, även inom verksamhetsområden där man sällan hänvisar till företagshälsovård, uppskattade att de åtminstone någon gång per år sjukskrev längre än medicinskt nödvändigt i väntan på åtgärder hos arbetsgivaren. Det är dock inte analyserat om sådan väntan förekommer utan att man hänvisar till företagshälsovård. I de fall patienten inte har tillgång till företagshälsovård är det svårt för den sjukskrivande läkaren att upprätta kontakt med arbetsgivaren och att avgöra hur den skall utformas för att hjälpa patienten på bästa sätt, framförallt om det inte sker vid avstämningsmöte tillsammans med Försäkringskassan. Enligt enkätsvaren upplevde även företagsläkare att sjukskrivningar förlängdes i väntan på åtgärder hos arbetsgivaren. Från enkätens data kan man inte utläsa om det är lättare för företagsläkarna, än för andra läkare, att få till stånd åtgärder på arbetsplatsen eftersom de dels kan ha mer komplicerade fall att handlägga, dels kan vara mer uppmärksamma på problematiken. I svaren på andra frågor i enkäten (9) framkom att läkare kände behov av fördjupad kompetens i frågor om arbetsförmedlingens och arbetsgivarnas möjligheter och skyldigheter samt socialförsäkringssystemet. Socialstyrelsen menar att det i författningarna på hälso- och sjukvårdens område kan ges tydligare anvisningar för samverkan i enskilda patientfall mellan vården och de övriga rehabiliteringsaktörer som kan vara aktuella samt inte minst den långtidssjukskrivne individen själv. En sådan

samverkansskyldighet för hälso- och sjukvården bör vara samordnad med den lagstiftning som gäller de övriga aktörerna (2).

Företagsläkare upplever att deras specialkunskaper om arbetsförmågebedömning, specifika arbetsplatser och anpassning av arbete inte utnyttjas (4). Att sjukskrivande läkare så sällan hänvisade till företagshälsovård (tabell 2 och 3) och att väntetider på åtgärder på arbetsplatsen upplevdes kunna förlänga sjukskrivningsperioder (tabell 4) kan bekräfta detta. Inom företagshälsovården finns sedan tidigare inarbetade team med vana att underlätta vid arbetsåtergång. En väl utbyggd och fungerande företagshälsovård kan troligen såväl hjälpa de sjukskrivna i arbetsåtergång, som förenkla övriga läkares arbete med sjukskrivning och förbättra samverkan med arbetsgivare. Flera kunskapssammanställningar och myndigheters utvärderingar konstaterar att det finns få studier som utvärderar effekten av åtgärder i samverkan i rehabilitering av sjukskrivna. De studier som finns ger inte sjukskrivande läkare vägledning i när en patient bör hänvisas till företagshälsovård eller om det kan påverka anpassning av arbetet via arbetsgivaren. Utifrån enkätsvaren tycks det i Sverige fortfarande finnas outnyttjade möjligheter till samverkan och till utnyttjande av företagshälsovårdens specifika kompetens. Väntetider i vården är en fråga som ofta diskuteras i samband med sjukskrivningsdata, att närmare kartlägga omfattningen av och anledningen till väntetider på åtgärder hos arbetsgivare kan vara ett ämne att utforska närmare och som kräver ett tvärvetenskapligt arbetssätt. Utformning av, och studier som utvärderar effekten av, utbildning av läkare i former för samordning och samverkan är också något som kan utvecklas. De perspektiv som bör antas är både de sjukskrivnas, läkarnas arbetsmiljömässiga, arbetsgivarnas och samhällsekonomiska.

#### SLUTSATS

Ungefär hälften av de läkare som någon gång sjukskriver hänvisar /remitterar aldrig eller i stort sett aldrig till företagshälsovård. Frekvensen varierar mellan olika verksamhetsområden. Fyrtio procent av de sjukskrivande läkarna angav att de minst någon gång per år sjukskriver längre än nödvändigt pga väntetider på åtgärder hos arbetsgivaren, 14 % angav att det förekom någon gång per månad eller mer. Sådan förlängning av sjukskrivningstiden förekom inom alla de aktuella verksamhetsområdena. Detta talar för att det kan finnas outnyttjade möjligheter till samverkan för att hjälpa sjukskrivna till arbetsåtergång.

## Referenser

1. Uppföljning av hur införandet av det Nationella försäkringsmedicinska beslutsstödet påverkar läkares sjukskrivningspraxis. En rapport beställd av Stockholms Läns Landstings projekt "Ögat på sjukskrivning". Dec 2010.
2. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005-sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen 2006.
3. Läkares sjukskrivningspraxis, en systematisk litteraturöversikt. En rapport från Sociala rådet. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2010:107. 2010
4. Alexandersson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Löfgren A. Delstudie 3. Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2005.
5. SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande feb 2011.
6. Ståhl C . Samverkan kring återgång i arbete: var är arbetsgivarna? Socialmedicinsk tidskrift. 2009; 86(3), 265-274.
7. Johansson G. Anpassningar av arbetet vid ohälsa. Socialmedicinsk tidskrift. 2009;86(3), 256-264.
8. Bättre samverkan mellan Företagshälsovård och primärvård. En rapport beställd av Företagshälsovårdsdelegationen. Mars 2010.
9. Alexandersson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. Enkät till alla läkare i Sverige 2008. Utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet;2009.
10. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skånér Y, Ekmer A, Alexandersson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health 2010;10:752.
11. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexandersson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007;25(3):178-85.
12. Faber E, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Nauta AP, Huslhof CT, Overzier PM, Miedema HS, Koes BW. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. J Clin Epidemiol. 2005 Jan;58(1):75-82.
13. Riksförsäkringsverket redovisar 2003:4. Långtidssjukskrivna- egenskaper vid 2003 års RFV-LS-undersökning. (Elektronisk) Tillgänglig via [www.forsakringskassan.se/irj/go/km/...redovisar/redovisar\\_2003\\_04.pdf](http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/...redovisar/redovisar_2003_04.pdf) . 2011-08-11.
14. SOU 2006:100. Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande.

## BILAGA

### DLF och SFLF:s förslag till kontaktremiss

#### Till chef eller arbetsgivare angående

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Denna patient har sökt på vår mottagning och vi bedömer att patienten har ett behov av en kontakt med sin företagshälsovård på grund av

\_\_\_\_\_  
*(t ex arbetsrelaterad problematik, sjukskrivningsfrågeställning)*

Tacksam för svar om vad ni kan göra eller har gjort enligt nedanstående svar

\_\_\_\_\_  
Namn, ort och datum

Remissen lämnas till patienten

Remissen skickas till arbetsgivaren

Detta godkänns av mig

\_\_\_\_\_  
Namnteckning (patient)

*Plats för stämpel*

#### Svar till behandlande läkare

Vi har ingen möjlighet att erbjuda patienten någon kontakt med Företagshälsovård

Den beskrivna problematiken är redan uppmärksammat av Företagshälsovården

Vi har nu bokat en tid för patienten hos vår Företagshälsovård

FHV Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ev. övrig information till primärvårdsläkaren /  
husläkaren \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort och datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chef eller arbetsgivare

Telefon \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

