

Sjukskrivning och rehabiliteringsbehov

Sjukintyget som instrument vid bedömning av rehabiliteringsbehov

Författare:

Anna-Sophia von Celsing

Handledare:

Staffan Norlander

Rolf Wahlström

Kurs i grundläggande forskningsmetodik för personal i primärvård 2004-2006
Ett samarbete mellan Centrum för allmänmedicin och AmC Stockholm,
Allmänmedicinskt Centrum Eskilstuna och Karolinska Institutet

Sammanfattning

Bakgrund: Försäkringskassans statistik och tidigare studier har visat att rehabiliteringspotentialen hos sjukskrivna individer sjunker redan efter 3-6 månaders sjukskrivning. Tidigt insatt rehabilitering har större förutsättningar att lyckas och kräver mindre resurser än om insatserna görs senare. Behov av rehabilitering hos sjukskrivna individer måste kartläggas och initieras så tidigt som möjligt. I denna studie har ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam använt information från sjukintyget för att identifiera sjukskrivna med behov av rehabilitering. Studiens syfte var att utvärdera hur väl uppgifter från sjukintyget kan predicera teamets bedömning av rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna.

Metod: Samtliga utfärdade sjukintyg på en läkarmottagning samlades in under 8 månader. Ett rehabteam, bestående av rehabläkare, sjukgymnast och en handläggare från Försäkringskassan, granskade rutinmässigt en gång per vecka alla utfärdade sjukintyg. Fem uppgifter från sjukintygen ålder, kön, sjukskrivningsdiagnos, sjukskrivningsomfattning (%) och arbete/arbetslöshet registrerades. Sjukskrivningslängd före projektstart registrerades också och kontrollerades med Försäkringskassans registerdata. Rehabteamet bedömde därefter varje individs rehabiliteringsbehov och kategoriserade sjukskrivna i två grupper, med respektive utan behov av rehabilitering för att kunna återgå i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande

Resultat: I studien ingick 960 sjukskrivna individer i ålder 18-63 år. Rehabteamet kategoriserade 510 till gruppen utan rehabiliteringsbehov (uRB) och 450 till gruppen med rehabiliteringsbehov (RB). Könsfördelningen var jämn med 487 kvinnor och 473 män. I gruppen med rehabiliteringsbehov var medelåldern högre, det fanns fler kvinnor och fler arbetslösa. Skillnaderna var signifikanta. I hela populationen sjukskrevs 91,3 % heltid men skillnad fanns mellan grupperna då deltidssjukskrivning användes i en sjättedel av fallen i grupp RB men förekom nästan inte alls i gruppen uRB. Diagnosfördelningen i grupperna visar också signifikanta skillnader med dominans för andningsorganens sjukdomar i gruppen uRB och psykiska sjukdomar och oklara symtom i RB. Sambandsanalys med logistisk regression och beräkning av odds ratio visar vid sammanvägning av de oberoende variablerna ålder, kön, diagnos, sjukskrivningsomfattning och sysselsättning signifikant samband med rehabteamets bedömning av rehabbehov, Nagelkerke $R^2=0,43$. Den viktigaste prediktionsfaktorn var *sjukskrivningsdiagnos* och där vägde gruppen med psykiska sjukdomar och oklara symtom allra tyngst med ett OR på 51,4 följt av rörelseorganens sjukdomar med ett OR på 41,2. Den näst tyngsta prediktionsfaktorn var *sjukskrivningslängd*. När prediktorn sjukskrivningslängd inkluderas i modellen så ökar Nagelkerke till $R^2=0,48$. Sjukskrivningslängd >3 mån är således en viktig faktor med ett OR på 15,1 som signifikant samvarierar med rehabteamets bedömning.

Konklusion: Vid bedömning av rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna individer lägger rehabteamet särskilt stor vikt vid sjukskrivningsdiagnoser och sjukskrivningslängd.

Sökord: Sjukskrivning, sjukintyg, rehabilitering, rehabiliteringsbehov

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	Sid 4
1.2 Syfte och frågeställningar.....	5
2. Material och metod	6
2.1 Population och urval.....	6
2.2 Datainsamling.....	6
2.3 Rehabiliteringsteamets arbetssätt.....	6
2.4 Etiska överväganden.....	6
2.5 Definition av grupper.....	7
2.6 Studerade variabler.....	7
2.7 Analyismetoder och statistiska beräkningar.....	7
3. Resultat.....	8
3.1 Jämförelse mellan grupperna.....	8
3.2 Faktorer på sjukintyget.....	10
3.3 Faktor sjukskrivningslängd.....	11
4. Diskussion.....	12
4.1 Slutsatser och rekommendationer.....	13
5. Referenser.....	14
6. Omnämmanden.....	15
Bilagor	
1. Patientinformation	
2. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD-10)	

1. Bakgrund

De flesta läkare inom primärvården tar dagligen ställning till sina patienters behov av sjukskrivning¹. I läkarens uppgift ingår att lyssna på sjukhistoria, genomföra somatisk undersökning, beställa prover, remittera för undersökningar, ordinera behandlingar, skriva recept, förklara sjukdomssymtom och ge patienten en diagnos. Därtill kommer att bedöma behov av sjukskrivning, om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Läkarens skyldigheter i samband med sjukskrivning är reglerade inom hälso- och sjukvårdslagen och genom föreskrifter från Socialstyrelsen². Nedsatt arbetsförmåga ska relateras till de krav patientens arbete ställer, eller till de krav en rimlig anpassning av arbetet skulle innebära. Om individen saknar arbete så ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till på arbetsmarknaden i övrigt förekommande arbeten³. Sjukskrivande läkare ska även ta ställning till behov av rehabilitering och notera förslag till åtgärder på sjukintyget. Rehabilitering som begrepp definieras av Socialstyrelsen på följande vis: *”Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Rehabilitering har därför både ett medicinskt och ett socialt mål. Det för rehabilitering typiska är att åtgärderna medvetet inriktas på att kombinera och tidsmässigt samordna dessa mål”*⁴.

I Sörmland sker rehabilitering av sjukskrivna enligt en rekommenderad modell ”Rehabskelettet” för multidisciplinär samverkan mellan landsting, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen⁵. Syftet med metoden är att tidigt identifiera sjukskrivna individer med risk för långtidssjukskrivning och sjukersättning och i samverkan med andra rehabiliteringsaktörer samordna rehabiliteringsåtgärder. Rehabilitering av sjukskrivna i samverkan mellan sjukvården och övriga rehabiliteringsaktörer har i flera samverkansprojekt visats vara en effektiv åtgärd både individuellt och samhällsekonomiskt⁶. Sedan januari 2005 finns även stöd för sådant samverkansarbete genom lagen om finansiell samordning⁷.

Tidiga rehabiliteringsinsatser förutsätter att sjukskrivande läkare, helst redan vid första sjukskrivningstillfället, identifierar om individen har riskfaktorer för långtidssjukskrivning och sjukersättning. ”Med riskfaktor hos långvarigt sjukskrivna menas kända förhållanden som minskar chansen för friskskrivning eller ökar risken för förtidspensionering”⁸. I offentlig statistik och i vetenskapliga studier har faktorer som ålder, kön, socialgrupp, upprepade tidigare sjukskrivningsperioder, invandrarbakgrund, alkoholproblem, psykiatriska diagnoser och generellt låg arbetskapacitet visats ha samband med risk för långtidssjukskrivning och förtidspension⁹. Även psykosociala faktorer som stress och bristande tro på egen förmåga att kontrollera smärta predicerar förtidspension^{10 11}. Riskdiagnoser är nack- och ryggsmärta och trötthet^{12, 13}. I de fall läkaren finner riskfaktorer bör samverkansåtgärder för rehabilitering initieras direkt då tidsfaktorn, hur länge en individ är sjukskriven, är mycket betydelsefull för återgång i arbete. Rehabiliteringspotentialen sjunker snabbt och en kritisk gräns finns vid 3-6 månaders sjukskrivning¹⁴. Motivation att arbeta faller därefter drastiskt och sannolikheten för att den sjukskrivna senare återupptar sitt arbete minskar¹⁵. En tidigt insatt rehabilitering har större förutsättningar att lyckas och kräver mindre resurser än om insatserna görs senare. Det är därför viktigt att behovet av rehabilitering kartläggs och initieras så tidigt som möjligt¹⁵.

På Kungsgatans Läkarmottagning i Eskilstuna, med ca 25 000 olistade personer i upptagningsområdet, följs den rekommenderade arbetsordningen med "Rehabskelettet" som grund. Läkarmottagningen är bemannad med hyrläkare sedan några år vilket gjort det nödvändigt att finna en anpassad modell för rehabilitering av sjukskrivna. Hyrläkare tjänstgör oftast i korta perioder och kan inte själva följa patienter som de sjukskrivit och inte heller delta i läkarmottagningens rehabiliteringsmöten. Den direkta dialogen med patientens läkare saknas och sjukskrivna riskerar att hamna i passiv väntan på att Försäkringskassans rehabhandläggare får ärendet och först efter en eller ofta flera månaders sjukskrivning börjar vidta åtgärder¹⁶. Värdefull rehabiliteringstid går förlorad. Med syftet att snabbt få igång rehabilitering av sjukskrivna, även utan hyrläkares direkta medverkan, har därför läkarmottagningens rehabiliteringsteam rutinmässigt samlat in alla sjukintyg och gjort en bedömning av rehabiliteringsbehov på basen av uppgifter från sjukintyget.

Intresse väcktes under planeringen av arbetet att samtidigt göra en studie, hur väl uppgifter från sjukintyget kan predicera det multidisciplinära rehabiliteringsteamets bedömning av rehabiliteringsbehov. Studien pågick under 8 månader år 2004. Rehabteamet använde sjukintyget som instrument för att identifiera riskfaktorer för långtidssjukskrivning och sjukersättning. Ett urval av uppgifter från sjukintygen användes för att kategorisera de sjukskrivna individerna i två grupper avseende rehabiliteringsbehov. En grupp bedömdes kunna återgå i arbete utan några specifika rehabiliteringsåtgärder. Den andra gruppen bedömdes ha behov av rehabiliteringsåtgärder och dessa individer aktualiserades sedan vidare i läkarmottagningens samverkansarbete enligt rehabskelettet⁵.

1.2. Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att utvärdera hur väl uppgifter från sjukintyget kan predicera ett multidisciplinärt rehabiliteringsteams bedömning av rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna.

1. Hur skiljer sig de två grupperna, utan respektive med rehabiliteringsbehov?
2. Vilka av de studerade faktorerna på sjukintyget indikerar rehabiliteringsteamets bedömning av rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna?
3. Hur bidrar faktorn sjukskrivningslängd till bedömningen av rehabiliteringsbehov?

2. Material och Metod

Studien är utformad som en icke experimentell tvärsnittsstudie med konsekutivt urval.

2.1 Population och urval

I studien ingick alla individer i ålder 18-63 år som sjukskrivits heltid eller deltid av läkare på Kungsgatans Läkarmottagning i Eskilstuna under perioden 2004-01-01 tom 2004-08-31. I studien exkluderades sjukskrivna individer i ålder 18-63 år, vilka redan hade pågående rehabiliteringsåtgärder som initierats 2003, men återkom med sjukintyg förlängningar under projekttiden.

2.2 Datainsamling

Insamlingen av data gjordes enligt nedan:

- Kopior på samtliga utfärdade sjukintyg samlades in en gång per vecka under den aktuella perioden.
- Sjukskrivande hyrläkare informerade varje patient muntligt och skriftligt om läkarmottagningens rehabiliteringsarbete för sjukskrivna, (Bilaga 1).
- Läkaren gav ett sjukintyg till patienten och en kopia på sjukintyget placerades i en särskilt märkt brevkorg. Sekreterare samlade in sjukintygen en gång per vecka.

2.3 Rehabiliteringsteamets arbetssätt

Rehabteamet utgjordes av tre personer, en ortoped/rehabiliteringsläkare, en sjukgymnast och en handläggare från Försäkringskassan, alla med lång erfarenhet inom sina respektive yrkesområden och med rehabilitering av sjukskrivna. Rehabteamet träffades rutinmässigt en gång per vecka och granskade samtliga sjukintyg. I arbetsrummet fanns tillgång till två stationära datorer och en lap-top. En dator innehöll primärvårdens journalsystem BMS, med information från Kungsgatans läkarmottagning och alla sex vårdcentraler i Eskilstuna. En dator hade uppkoppling till Försäkringskassans registerdata och en lap-top användes för registrering av variabler.

Sex utvalda variabler registrerades ålder, kön, sjukskrivningsdiagnos med ICD-10 nummer enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (Bilaga 2) , sjukskrivningsomfattning vid start, arbete/arbetslöshet och sjukskrivningslängd före projektstart. Den sjätte variabeln sjukskrivningslängd definierades som sammanhängande sjukskrivningstid i månader före projektstart. Kontroll av sjukskrivningslängd gjordes i BMS och i Försäkringskassans registerdata. Projektstart definierades som den vecka då en individs sjukintyg kom för första gången till rehabteamet för granskning.

Varje sjukskriven individ diskuterades och den gemensamma bedömningen låg till grund för kategoriseringen. Inga sjukskrivna individer var tidigare kända av någon i teamet. Bedömning av en individs behov av rehabilitering grundades både på rehabteamets teoretiska kunskaper om riskfaktorer för långtidssjukskrivning och sjukersättning och på den egna yrkeserfarenheten. Rehabteamet bedömde behov av rehabilitering hos alla sjukskrivna individer och kategoriserade dem i två grupper.

2.4 Etiska överväganden

Alla patienter som sjukskrivs informerades muntligt och skriftligt om Läkarmottagningens arbetssätt med rehabilitering i samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Etikansökan skrevs och diskuterades vid ett seminarium under kursen.

2.5 Definition av grupper

Rehabiliteringsbehovet definierades enligt följande:

Grupp 1 = utan rehabiliteringsbehov (uRB)

Definition; en sjukskriven individ som kan förväntas bli frisk genom naturligt läkningsförlopp och inte ha behov av några rehabiliteringsåtgärder i samverkan enligt rehabskelettet;

Grupp 2 = rehabiliteringsbehov (RB)

Definition; en sjukskriven individ med behov av rehabiliteringsåtgärder i samverkan enligt rehabskelettet för att kunna återgå i arbete eller kunna stå till arbetsmarknadens förfogande.

2.6 Studerade variabler

De uppgifter som användes från sjukintygen var *ålder*, *kön*, *sjukskrivningsdiagnos* (ICD-10 kod), *sjukskrivningsomfattning* (vid projektstart 25, 50, 75, 100 %), och *sysselsättning* (arbete, arbetslöshet, studerande). Utöver uppgifter från sjukintyget valdes även den fristående variabeln *sjukskrivningslängd*. Denna definierades som sammanhängande sjukskrivningstid i månader före projektstart. Tiden kontrollerades i BMS journalen och i Försäkringskassans registerdata. Sjukskrivningslängden kategoriserades i fem grupper 1= 0-3 månader, 2 = 4-6 månader, 3 = 7-12 månader, 4 = 13-36 månader respektive 5 = >36 månader.

De studerade variablerna bestämdes främst mot bakgrund av offentlig statistik och studier avseende riskfaktorer för långtidssjukskrivning och sjukersättning¹⁵.

2.7 Analysmetoder och statistiska beräkningar

Insamlade data har oidentifierats, kodats, kategoriserats och därefter lagts in och analyserats i SPSS (Statistical Package for Social Sciences). I den deskriptiva statistiken användes frekvenser, medelvärde och standardavvikelse. Chi²-test användes vid jämförelse av grupper och signifikansnivån bestämdes till $p < 0.05$. Multivariat sambandsanalys gjordes med logistisk regression. För den beroende variabeln, bedömning av rehabiliteringsbehov (RB), så valdes i den logistiska regressionen gruppen, behov av rehabilitering, som den predicerade variabeln. Ålder kategoriserades i 5 grupper, 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, ≥ 55 år. Gruppen 0-24 år utgjorde referensgrupp. För variabeln kön användes män som referens. För variabeln sjukskrivningsdiagnos (ICD-10) användes J-diagnoser, andningsorganens sjukdomar, som referens. Detta motiverades av att andningsorganens sjukdomar utgör en stor väldefinierad grupp som i de flesta fall läker ut och sällan innebär långtidssjukskrivning. Diagnoser med ICD-koder F, R, och Z slogs samman till en grupp då båda diagnoserna R och Z visade sig utgöra liknande symtom som F med beskrivande av psykisk ohälsa. M, rörelseorganens sjukdomar, utgjorde en grupp och övriga diagnoser slogs samman till en grupp (Bilaga 2). För variabeln sjukskrivningsomfattning användes heltidssjukskrivning som referensgrupp i jämförelse med deltidssjukskrivning. För variabeln sysselsättning användes de som hade arbete som referens och risken för arbetslöshet predicerades. För variabeln sjukskrivningslängd användes sjukskrivning ≤ 3 månader som referens i jämförelse med längre sjukskrivningsperiod. Det finns inget internt bortfall då samtliga sjukintyg som samlats in har granskats av rehabteamet och alla variabler finns registrerade.

3. Resultat

3.1 Jämförelse mellan grupperna

Under projektperioden insamlades totalt 1784 sjukintyg vilket representerade 960 sjukskrivna individer i åldrarna 18-63 år. Rehabteamet kategoriserade 510 till gruppen uRB och 450 till RB. Medelåldern var 39,2 år (SD 11,8) för hela populationen och 38,3 år (SD 12,6) i uRB och 40,2 år (SD 10,9) i RB. Det förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna, ($p < 0.001$) (Tab.Ia). Könsfördelningen i hela populationen var jämn med 473 män och 487 kvinnor. I gruppen RB var det signifikant fler kvinnor ($p > 0,01$) och det var det signifikant fler som saknade arbete, ($p < 0.001$) jämfört med uRB (Tab.Ia).

Tabell I a. Jämförelse av ålder, kön och sysselsättning för grupperna utan och med rehabiliteringsbehov (n=960).

Variabel	uRB		RB		
	(n=510)	(%)	(n=450)	(%)	
Ålder (år)	18-24	81	15,9	41	9,1
	25-34	146	28,6	107	23,8
	35-44	115	22,5	139	30,9
	45-54	88	17,3	105	23,3
	≥55	80	15,7	58	12,9
Kön	Män	272	53,3	201	44,7
	Kvinnor	238	46,7	249	55,3
Sysselsättning	Arbete	454	89,1	284	63,1
	Arbetslös	43	8,4	151	33,6
	Studerande	13	2,5	15	3,3

uRB = grupp utan rehabiliteringsbehov

RB = grupp med rehabiliteringsbehov

Totalt var 91,3% av hela populationen heltidssjukskrivna. Deltidssjukskrivning förekom signifikant oftare i gruppen RB ($p > 0,001$). I gruppen uRB dominerade diagnosen J, andningsorganens sjukdomar, medan diagnosgruppen F, R och Z var störst i RB. Det förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna avseende diagnosfördelning ($p < 0,001$) och sjukskrivningslängd ($p < 0,001$), (Tab. Ib).

Tabell I b. Jämförelse av sjukskrivningsomfattning, -diagnos och -längd för grupper utan och med rehabiliteringsbehov (n=960).

Variabel	uRB		RB		
	(n=510)	(%)	(n=450)	(%)	
Sjukskrivning	100	494	96,9	382	85,0
omfattning	75	0	0	7	1,5
(%)	50	10	1,9	54	12
	25	6	1,2	7	1,5
Diagnos	F, R, Z	100	19,6	202	44,9
(ICD-10)	M	117	22,9	192	42,7
	övriga	138	27,0	51	11,3
	J	155	30,4	5	1,1
Sjukskrivning	0-3	505	99,0	353	78,4
längd	4-6	2	0,4	40	8,9
(månader)	7-12	1	0,2	16	3,6
	12-36	2	0,4	21	4,7
	>36	0	0	20	4,4

uRB = grupp utan rehabiliteringsbehov

RB = grupp med rehabiliteringsbehov

Diagnos F = psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

Diagnos R = symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes

Diagnos Z = Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

Diagnos J = Andningsorganens sjukdomar

3.2. Faktorer på sjukintyget

Sambandsanalys med logistisk regression och beräkning av odds ratio visar vid sammanvägning av de oberoende variablerna ålder, kön, diagnos, sjukskrivningsomfattning och sysselsättning signifikant samband med rehabiliteringsbedömning av rehabiliteringsbehov, (Nagelkerke $R^2=0,43$). Diagnos är den mest betydelsefulla faktorn där ICD-koder F, R, och Z som får ett OR på 51,4, M får ett OR på 43,7 och övriga diagnoser ett OR på 11,1, (Tab.II). Därefter följer sysselsättning där arbetslösa uppvisar ett OR på 4,6. Kön, ålder och sjukskrivningsomfattning får ett lägre OR varierande mellan 1,5 - 3,9, (Tab II), dock är alla signifikanta ($p<0,05$). Analysen visar att samtliga inkluderade variabler har ett signifikant samband med rehabiliteringsbedömning. Det betyder att vara kvinna, över 35 år och sjukskriven deltid med diagnos ICD-kod F, R, Z samt arbetslös ökar sannolikheten för att rehabiliteringsbedömningen till gruppen RB.

Tabell II Logistisk regression där sambandet mellan rehabiliteringsbedömning av rehabiliteringsbehov och de studerade variablerna på sjukintyget utvärderas (n=960)

Variabel		n	Odds ratio	Konfidensintervall 95%
Ålder (år)	18-24	122	1,0	
	25-34	253	1,7	1,0 - 3,0
	35-44	254	2,6	1,5 - 4,5
	45-54	193	2,8	1,6 - 4,9
	≥ 55	138	2,5	1,3 - 4,7
Kön	Man	473	1,0	
	Kvinna	487	1,5	1,1 - 2,0
Diagnos (ICD-10)	J	160	1,0	
	F, R, Z	302	51,4	20,1 - 131,6
	M	309	43,7	17,2 - 111,3
	Övriga	189	11,1	4,2 - 29,1
Sjukskrivning omfattning (%)	Heltid	876	1,0	
	Deltid	84	3,9	2,1 - 7,2
Sysselsättning	Arbete	738	1,0	
	Arbetslös	222	4,6	3,1 - 6,9

Diagnos J = andningsorganens sjukdomar,

Diagnos F = psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

Diagnos R = symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes

Diagnos Z = Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

Diagnos M =sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

3.3 Faktor sjukskrivningslängd

När prediktorn sjukskrivningslängd inkluderas i modellen så ökar Nagelkerke till $R^2=0,48$. Sjukskrivningslängd >3 mån är således en viktig faktor med ett OR på 15,1 som signifikant samvarierar med rehabteamets bedömning.

Tabell III. Logistisk regression där sambandet mellan rehabteamets bedömning av rehabbehov och de studerade variablerna på sjukintyget utvärderas samt att variabeln sjukskrivningslängd också inkluderats i analysen (n=960).

Variabel		n	Odds ratio	Konfidensintervall 95 %
Ålder (år)	18-24	122	1,0	
	25-34	253	1,6	0,9 - 2,8
	35-44	254	2,3	1,3 - 4,0
	45-54	193	2,4	1,4 - 4,3
	≥55	138	2,1	1,1 - 3,9
Kön	Man	473	1,0	
	Kvinna	487	1,3	1,0 - 1,9
Diagnos (ICD-10)	J	160	1,0	
	F, R, Z	303	48,8	18,7 - 127,2
	M	309	41,2	15,9 - 106,9
	Övriga	11,1	10,9	4,1 - 29,1
Sjukskrivning omfattning (%)	Heltid	876	1,0	
	Deltid	84	3,1	1,6 - 5,8
Syssetsättning	Arbete	738	1,0	
	Arbetslös	222	3,9	2,6 - 6,0
Sjukskrivningslängd (månader)	≤3 mån	858	1,0	
	>3 mån	102	15,1	5,4 - 42,4

Diagnos J = andningsorganens sjukdomar

Diagnos F = psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

Diagnos R = symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes

Diagnos Z = faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

Diagnos M = sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

4. Diskussion

I detta projekt har ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam på en läkarmottagning använt sjukintyget som instrument för att identifiera sjukskrivna som har behov av rehabilitering. Läkarmottagningen är bemannad med hyrläkare som tjänstgör i korta perioder och därför inte själva kan följa eller delta aktivt i rehabiliteringsarbetet av de patienter de sjukskrivit. För att ändå snabbt kunna identifiera sjukskrivna med behov av rehabilitering för att undvika långtidssjukskrivning, har rehabteamet rutinemässigt samlat in och granskat samtliga sjukintyg som utfärdats på mottagningen en gång per vecka. Fem uppgifter från sjukintyget valdes ut som möjliga prediktionsfaktorer. En sjätte variabel, sammanhängande sjukskrivningstid i månader före projektstart, registrerades också.

Rehabteamet kategoriserade 510 till gruppen utan rehabiliteringsbehov och 450 till gruppen med rehabiliteringsbehov. Jämförelse mellan grupperna visar att medelåldern är högre, det finns fler kvinnor och fler arbetslösa i gruppen med rehabiliteringsbehov. Skillnaderna var signifikanta. Heltidssjukskrivning är mera regel än undantag i denna undersökning. Skillnad finns dock mellan grupperna där deltidssjukskrivning användes i en sjättedel av fallen i gruppen RB men förekom nästan inte alls i gruppen URB. Diagnosfördelningen i grupperna visar också signifikanta skillnader med dominans för andningsorganens sjukdomar i gruppen uRB och psykiska sjukdomar och oklara symtom i RB.

Frågeställningarna i studien besvaras med hjälp av sambandsanalyser med logistisk regression och beräkning av odds ratio. Analysen visar att det finns, vid sammanvägning av de oberoende variablerna ålder, kön, diagnos, sjukskrivningsomfattning och sysselsättning samt sjukskrivningslängd, signifikant samband med rehabteamets bedömning av rehabbehov. Den viktigaste prediktionsfaktorn var *sjukskrivningsdiagnos* och där vägde diagnosgruppen med psykiska sjukdomar och oklara symtom allra tyngst följt av rörelseorganens sjukdomar. Sjukskrivningslängd är också en betydelsefull faktor i rehabteamets bedömning och väger tyngre än kategorin övriga diagnoser.

I SBU-rapporten "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis" beskrivs riskfaktorer med olika evidensgrad för sjukfrånvaro¹⁵. Generellt anges att det finns samband mellan sjukfrånvaro och demografiska faktorer som ålder, kvinnligt kön, lägre socioekonomiskt status och vissa bostadsorter. Inga slutsatser dras om faktorernas betydelse för sjukskrivning då sambanden endast analyserats i några få studier. Ålders- och könsfördelning hanteras ofta som störfaktorer (confounders) utan försök till förklaring eller redovisade samband. Statistiskt har kvinnor högre sjukfrånvaro och får oftare förtidspension än män. Detta stämmer väl överens med resultatet i denna studie där högre ålder och kvinnligt kön ökar sannolikheten för att kategoriseras till gruppen med rehabiliteringsbehov.

De tre stora diagnosgrupperna bakom långtidssjukskrivning (>90 dagar) och sjukersättning (tidigare förtidspension) är sjukdomar i rörelseorganen, psykiska sjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar. Därefter kommer gruppen skador och förgiftningar. Korta sjukfall domineras av luftvägsinfektioner¹¹. I denna studie överensstämmer diagnosfördelningen i grupperna med Försäkringskassans statistik för nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar 2003-2004¹¹. En märkbar tendens jämfört med 1980 till mitten av 1990-talet då rörelseorganens sjukdomar dominerade är att den psykiska ohälsan har ökat¹¹.

Den näst tyngsta faktorn i rehabteamets bedömning är *sjukskrivningslängd*, (Tab III). Det finns också beskrivet i Försäkringskassans statistikrapporter att tidigare upprepade sjukskrivningsperioder är en betydande riskfaktor för sjukersättning och förtidspension^{6,12}. För den sjukskrivande läkaren är tidigare sjukskrivningshistorik svårt att få kunskap om. I vårdcentralernas patientjournaler finns bara de lokala uppgifterna om sjukskrivningar. I det dagliga rutinarbetet finns ingen tid för läkaren att söka efter ytterligare information. I denna studie blev dock informationen komplett då Kungsgatans Läkarmottagning, i likhet med alla vårdcentraler i Sörmland, har utrustats med uppkoppling till försäkringskassans registerdata, vilket kom till nytta då sjukintyg var ofullständigt ifyllda.

Syftet med studien har också varit att utvärdera om arbetssättet kan vara praktiskt användbart i rehabiliteringen av sjukskrivna inom primärvården. Kan metoden med identifiering av rehabiliteringsbehov med sjukintyget som instrument, vara användbart för ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam på en vårdcentral som har bristande kontinuitet på läkarsidan? Och även som hjälp till ordinarie husläkare? Kan arbetssättet förhindra att sjukskrivna ”faller mellan stolarna”? Den rutinmässiga granskningen varje vecka av sjukintyg gör det inte bara möjligt att tidigt identifiera sjukskrivna med riskfaktorer för långtidssjukskrivning utan också att komma igång betydligt snabbare med rehabiliteringsåtgärder. Utfallet i studien visar att när relativt få faktorer på sjukintyget sammanvägs utgör de en viktig grund i rehabteamets bedömning och ger kunskap att ta hänsyn till i sjukskrivningsprocessen. För att säkerställa om rehabteamets bedömning predicerar risk för långtidssjukskrivning krävs analys av det verkliga utfallet efter 6 och 12 månader som är under bearbetning.

4.1. Slutsatser och rekommendationer

Bristande läkarkontinuitet inom primärvården kan medföra risk för långa sjukskrivningar och i förlängningen sjukersättning. Med hjälp av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam kan sjukintyg granskas rutinmässigt en gång per vecka och därmed tidigt bedöma behov av rehabilitering. Sjukskrivningsdiagnos och tidigare sjukskrivningsperioder är de viktigaste faktorerna i rehabteamets bedömning av rehabiliteringsbehov. Tillgång till Försäkringskassans sjukskrivningsdata är ett mycket viktigt komplement vid bedömningen.

5. Referenser

1. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-6.
2. Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonal om avfattande av intyg. In: Socialstyrelsen, editor, 1981.
3. Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning. In: Socialstyrelsen, editor, 1992.
4. Rehabilitering inom hälso- och sjukvården -för alla åldrar och diagnoser. In: Socialstyrelsen, editor, 1993.
5. Eklind I. Utveckling av metoder för samordning av rehabiliteringsåtgärder. Projektrapport. Rehabskelettet., 2002.
6. Finsam. Slutrapport. Försöksverksamhet med finansiell samordning i Södermanlands län 1993-1997, 1997.
7. Lag (2004:793) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. In: Riksdag S, editor, 2005.
8. Marklund S. Risk och friskfaktorer-sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. In: Riksförsäkringsverket S, editor, 1997.
9. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension--an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;29(2):104-12.
10. Harkapaa K. Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. *J Psychosom Res* 1992;36(6):553-9.
11. Alexanderson K. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning: Karolinska Institutet, Stockholm, 2005.
12. Janssen N, Kant IJ, Swaen GM, Janssen PP, Schroer CA. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occup Environ Med* 2003;60 Suppl 1:i71-6.
13. Alexanderson KA, Borg KE, Hensing GK. Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension. *Work* 2005;25(2):115-24.
14. Sveriges officiella statistik, Försäkringskassan: Statistik Försäkringskassan.
15. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. In: utvärdering;2003 SSbfm, editor, 2003.
16. Andersson Eva ST. Riskfaktorer för långtidssjukskrivning-handläggningsrutiner och ärendehantering. *ISSN 1104-6384*
17. Landstingets FOU-enhet Eskilstuna, Centrum för välfärdsforskning, Landstinget Sörmland, 1995.

6. Omnämmanden

Varmt tack till min handledare Staffan Norlander, Allmänmedicinskt Centrum, Eskilstuna som hela tiden fanns till hjälp och stöd med ett aldrig sinande tålamod.

Tack till arbetskollegorna i rehabteamet sjukgymnast Lotta Janson och handläggare Pirjo Teckenberg, Försäkringskassan för alla möten med stimulerande diskussioner.

Stort tack även till primärvårdschef Gunilla Sundquist, Eskilstuna och till min arbetsgivare Landstinget Sörmland som gjort det möjligt för mig att få gå kursen i forskningsmetodik som en del av arbetstid.



Kungsgatans Läkarmottagning
Kungsgatan 39
631 88 Eskilstuna

Till Dig som är sjukskriven av läkare vid Kungsgatans läkarmottagning

Vi arbetar på Kungsgatans läkarmottagning med tidig aktiv rehabilitering av sjukskrivna i samarbete med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen

Rehabiliteringsteamet med sjukgymnaster, beteendevetare och rehabiliteringsläkare arbetar med att undersöka, utreda och behandla sjukskrivna patienter samt ge förslag till handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om olika åtgärder för att Du ska kunna återgå i arbete eller att vara arbetssökande.

Du som är sjukskriven kan därför komma att bli kallad till en eller flera av oss för undersökning och samtal runt din rehabilitering.

Har du några frågor kan Du kontakta din handläggare på Försäkringskassan

Eskilstuna 2004 01 01

Rehabiliteringsteamet
Kungsgatans Läkarmottagning

Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD-10) Socialstyrelsen

Systematisk förteckning

A00-B99 = vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar

C00-D48 = Tumörer

D50-D89 = Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet

E00-E90 = Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar o ämnesomsättningssjukdomar

F00-F99 = Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

G00-G99 = Sjukdomar i nervsystemet

H00-H59 = Sjukdomar i ögat och närliggande organ

H60-H95 = Sjukdomar i örat och mastoidutskottet

I00-I99 = Cirkulationsorganens sjukdomar

J00-J99 = Andningsorganens sjukdomar

K00-K93 = Matsmältningsorganens sjukdomar

L00-L99 = Hudens och underhudens sjukdomar

M00-M99 = Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

N00-N99 = Sjukdomar i urin och könsorganen

O00-O99 = Gravitet, förlossning och barnsängstid

P00-P96 = Vissa perinatale tillstånd

Q00-Q99 = Medfödda missbildningar, deformiteter, kromosom avvikelser

R00-R99 = Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd o laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes

S00-T98 = Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker

Z00-Z99 = Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården