

091030

Vad utmärker sjukskrivningsintyg som inte godkänts av försäkringskassan?

Peter Forsblom
Gärdesgatan 15 C
672 30 Årjäng
0573 380 80
peterforsblom@bredband.net

Handledare Carl-Göran Ohlson, Arbets- och miljömedicinska kliniken,
Universitetssjukhuset, Örebro

Projektarbete vid Företagsläkarkursen Väst 2009
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet

Vad utmärker sjukskrivningsintyg som inte godkänts av försäkringskassan?

Peter Forsblom
peterforsblom@bredband.net

I denna studie har man granskat 15 sjukskrivningsintyg som kommit i retur från Försäkringskassan till Leksands Vårdcentral under tiden mars-oktober 2009. Till dessa valdes 30 kontroller, två för varje intyg i retur, som matchades enligt ”samma doktor”, ”samma vecka” och ”samma diagnosgrupp”.

Vid en statistisk jämförelse av olika variabler på intygen som kommit i retur och dess kontroller fann man att man inte kunde peka ut någon enskild faktor som avgörande för om ett intyg kommer i retur. I några fall hade sjukskrivningens längd överskridit sex månader och försäkringskassan ville därför ha patientens arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden istället för mot patientens nuvarande arbetsuppgifter. Försäkringskassans praxis för att godkänna intyg har inte vidare kunnat efterforskas i detta projekt. Det intressanta fyndet i denna studie var dock att andelen kvinnor övervägde i gruppen med intyg som kommit i retur. Orsaken till detta är svår att entydigt förklara.

Att låta ett par kollegor bedöma kvaliteten på informationen i intygen har i denna studie visat sig vara ett lite mera känsligt instrument än att endast kvantitativt se vilken information som faktiskt finns ifylld i intygen. Här kunde man se att intyg som saknar tillräcklig med relevant information har högre risk att komma i retur.

Innehållsförteckning

1. FÖRORD	1
2. INLEDNING	2
2.1 Bakgrund	2
2.2. Syfte	2
2.3 Tidigare forskning	3
2.4. Frågeställning.....	3
3. UNDERSÖKT GRUPP	3
3.1 Urval	3
3.2 Matchning	4
3.3 Materialets omfattning	4
4. METOD	4
5. RESULTAT	5
6. DISKUSSION	8
6.1 Analys av resultaten	8
6.2 Förslag till fortsatt forskning	9
7. SLUTSATSER	9
8. REFERENSER	10

Förord

Det är med stor tacksamhet jag här inledningsvis lyfter fram min handledare Carl-Göran Ohlson som varit mig till stor hjälp, främst med den statistiska bearbetningen av data och litteratursökning, samt också varit behjälplig med matnyttiga tips och råd vid genomförandet av denna studie

1. Sammanfattning

I denna studie har man granskat 15 sjukskrivningsintyg som kommit i retur från Försäkringskassan till Leksands Vårdcentral under tiden mars-oktober 2009. Till dessa valdes 30 kontroller, två för varje intyg i retur, som matchades enligt ”samma doktor”, ”samma vecka” och ”samma diagnosgrupp”.

Vid en statistisk jämförelse av olika variabler på intygen som kommit i retur och dess kontroller fann man att man inte kunde peka ut någon enskild faktor som avgörande för om ett intyg kommer i retur. I några fall hade sjukskrivningens längd överskridit sex månader och försäkringskassan ville därför ha patientens arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden istället för mot patientens nuvarande arbetsuppgifter. Försäkringskassans praxis för att godkänna intyg har inte vidare kunnat efterforskas i detta projekt. Det intressanta fyndet i denna studie var dock att andelen kvinnor övervägde i gruppen med intyg som kommit i retur. Orsaken till detta är svår att entydigt förklara.

Att låta ett par kollegor bedöma kvaliteten på informationen i intygen har i denna studie visat sig vara ett lite mera känsligt instrument än att endast kvantitativt se vilken information som faktiskt finns ifylld i intygen. Här kunde man se att intyg som saknar tillräcklig med relevant information har högre risk att komma i retur.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Vid flera vårdcentraler jag arbetat vid har det hänt att sjukskrivningsintyg kommit i retur från Försäkringskassan. Ibland är det uppenbart varför, ibland är orsaken mera dunkel. Samtidigt förekommer intyg som ter sig uppenbart bristfälliga men ändå godkänts av försäkringskassan.

Vid kursen ”Sjukskrivningens praktik” som jag hade förmånen att gå hösten –07, gavs vissa tips om hur ett sjukintyg bör utformas ⁽¹⁾.

Den fråga som väckts i samband med detta var: Finns det något mönster i vilka intyg som godkänns och vilka som inte blir godkända av Försäkringskassan, och som därför kommer i retur? En viktig fråga är om man genom information om korrekt utformade sjukintyg till sjukskrivande läkare kan spara både tid och arbete, såväl på läkarmottagningar som på Försäkringskassan.

2.2 Syfte

Syftet i denna studie var att se om man kan finna några speciella kännetecken i de intyg som underkänns i jämförelse med de intyg som blivit godkända.

2.3 Tidigare forskning

Det finns en del forskning gjord med avseende på sjukskrivningens problematik, främst från Storbritannien, Nederländerna och Skandinavien. Dock inte, vad jag har kunnat finna, något med denna infallsvinkel.

Hos Krohne & Brage (2) finner man att förändringar i intyg eller nya intyg ger intyg med lägre kvalitet om dessa inte förenas med någon utbildning. I de svenska studierna av Arrelöv, 2007 och Löfgren, 2007 (3,4), säger man dock att Sverige har satsat en hel del på utbildning främst av allmänläkare med avseende på sjukskrivningsintyg. Dock antyder man att denna utbildning kanske inte alltid varit anpassad till att lösa den problematik som läkarna möter, utan snarare gjort dem mera varse på de problem som finns (3).

Flera studier (3,4) visar att sjukskrivningen och dess intyg kan vara problematisk. Problem man fokuserar på är att:

- Patienten vill bli sjukskriven för andra än medicinska skäl.
- Svårigheten att bedöma funktionsnedsättning och optimal längd av sjukskrivningen.
- Patient och läkare har olika åsikt.
- Svårigheten att förlänga intyg som initierats av annan läkare.

Albrain, 1993 (5) rapporterar också att somatiska diagnoser ofta används för att dölja en psykiatrisk diagnos.

Problem som uppstår hos Försäkringskassan är att läkaren har svårt att uttrycka/ glömmar information som behövs för att bedöma om ett intyg bör betinga ersättning (3,4). Hos O'Dowd (6) antyds att sådana problem kan bero på intygets utformning.

För att lösa problem som uppkommer i samband med sjukskrivningen och dess intyg har många allmänläkare (32%) tillägnat sig strategin att, vid behov, ta kontakt med Försäkringskassan för vägledning (3).

2.4 Frågeställning

Studiens frågeställning blev således: Finns det några speciella kännetecken på de intyg som godkänns jämfört mot de som inte blir godkända av Försäkringskassan, och som därför kommer i retur?

3. Undersökt grupp

3.1 Urval

Vid Leksands Vårdcentral insamlades under mars-oktober 2009 samtliga sjukskrivningsintyg som inte blivit godkända av Försäkringskassan, endera för att de kommit i retur från Försäkringskassan eller att patienten hört av sig för att ersättningen uteblivit.

3.2 Matchning

Till dessa intyg lades en kontrollgrupp bestående av två godkända intyg per icke godkänt intyg. Kontrollintygen matchades till sina respektive icke godkända intyg med avseende på:

Samma läkare
Samma vecka
Samma diagnosgrupp

3.3 Materialets omfattning

Totalt antal insamlade intyg som behövdes för att säkra slutsatser om skillnader mellan de två intygsgrupperna har skattats till minst 45 intyg, varav 15 icke godkända och 30 godkända kontrollintyg. En formell statistisk "power"-beräkning har inte kunnat göras, men en kalkyl har gjorts utifrån antagandet att andelen fullständigt ifyllda intyg är c:a 2/3 (0,67) bland de godkända och c:a var fjärde (0,25) bland de icke godkända intygen. Med hjälp av ett power-nomogram (7) kan utläsas att 45 individer totalt skulle ge en statistisk power för att upptäcka denna eller större skillnad motsvarande 80% (d.v.s. 20% risk för att statistik signifikans på 5%-nivån inte erhålls).

4. Metod

Den vetenskapliga metod som valts i denna observationsstudie har en induktiv ansats.

Vårdcentralens sekreterare ombads bevaka inkommande post med avseende på sjukskrivningsintyg som kom i retur och när så skedde, notera patientidentitet. Samtidigt ombads läkarkollegorna att notera patientidentitet, när någon patient berättat att ersättningen uteblivit på grund av att sjukskrivningsintyget inte blivit godkänt på Försäkringskassan.

Vid undersökningstidens slut insamlades de returnerade intygen och lämpliga kontroller enligt matchningsmallen utvaldes.

Några allmänna parametrar noterades. Dessa var:

Kön?
Åldersgrupp?
Diagnosgrupp? (Rörelseapparat/ Psykiatri/ Övriga)
Sjukskrivande läkare? (Ordinarie specialist/ Utbildningsläkare/
Vikarie eller Stafett)
Intyget inkluderat via FK eller Patient?
Första intyg denna sjukskrivningsperiod?
Om nej angående första intyg denna period, även total sjukskrivningstid
inklusive detta intyg?

Samtliga intyg bedömdes därefter enligt gällande riktlinjer för informationen i ett korrekt ifyllt sjukskrivningsintyg (1).

Riktlinjerna var:

- Finns diagnosnummer?
- Stämmer anamnes med angiven diagnos?
- Är något skrivet i rutan avsedd för status?
- Finns det ett tydligt orsakssamband mellan symtom och funktionsnedsättning beskrivet?
- Finns arbetsuppgifter angivet?

Intygen avidentifierades nu så att endast kön och födelseår kunde utläsas.

Intygen granskades sedan utifrån en helhetsbedömning av ett par kollegor som inte känner till huruvida intygen är godkända eller inte, utifrån följande kriterier:

- Är intyget uppenbart felaktigt ifyllt?
- Innehåller intygen tillräcklig och relevant information för att fatta ett rimligt beslut?
- Bör intyget betinga ersättning eller inte?

Resultatet analyserades därefter med lämpligt statistiskt test. Analys av medelvärden har gjorts med t-test, eller med Mann-Whitney's test vid icke normalfördelade data. Skillnader i proportioner har testats med Fisher's test. Överensstämmelse mellan två bedömare testades med Kappa-testet.

Resultat

Femton sjukskrivningsintyg kom i retur under studieperioden. Till dessa utvaldes således 30 intyg, två för varje, kontroller enligt de uppgjorda matchningskriterierna.

Vid en statistisk analys av dessa resultat fann man att medelåldern för intygen som kommit i retur var 45 år. Medelåldern för kontrollerna var 46 år. Skillnaden var inte statistiskt signifikant (Tabell 1).

Sjuktiden för intygen som kommit i retur var 28 månader. Motsvarande tid för kontrollerna var 12 månader. Skillnaden var inte riktigt signifikant (Mann-Whitney's test $p=0.06$)

Tabell 1. Medelvärden för de två intygsgrupperna, d.v.s. för icke godkända resp. godkända sjukintyg.

	Retur/	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ålder	Icke godkänd	15	45,33	11,312	2,921
	Godkänd	30	45,87	9,857	1,800
Sjuktid	Icke godkänd	11	27,91	41,382	12,477
	Godkänd	10	12,10	20,355	6,437

Man fann att könsfördelningen avvek mellan intygen som kommit i retur jämfört med dess kontroller enligt tabell 2. Skillnaden är signifikant (Fisher's test ger $p=0.03$)

Tabell 2. Korstabellering av kön mot intygsgrupp.

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
Kön	Man	3	16	19
	Kvinna	12	14	26
Total		15	30	45

Man fann att fördelningen mellan diagnosgrupper avvek mellan intygen som kommit i retur jämfört med dess kontroller enligt tabell 3. Skillnaden är signifikant (Fisher's test ger $p=0.02$ för Rörelseapparaten mot Psykiatri och Övrigt). Vid en detaljgranskning av gruppen övriga fann man att en majoritet av dessa intyg handlar om infektioner med kortare sjukskrivningstid.

Tabell 3. Korstabellering av diagnosgrupp mot intygsgrupp.

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
Diagnosgr.	Rörelseapp.	12	12	24
	Psykiatri	2	4	6
	Övrigt	1	14	15
Total		15	30	45

Av de intyg som först inkluderades genom att en patient hörde av sig till sin läkare blev samtliga senare även inkluderade genom att Försäkringskassan senare också hörde av sig. Likaså stämde angiven diagnos med anamnesen i anamnesrutan i samtliga fall. Av samtliga intyg var det bara ett i kontrollgruppen som saknade diagnosnummer. Således fann man inga signifikanta skillnader med avseende på dessa variabler.

Vid jämförelse med avseende på sjukskrivande läkare, förekomst av information i statusrutan, orsakssamband, uppgift om arbete fanns inga signifikanta skillnader (Tabell 4-7).

Tabell 4. Korstabellering av sjukskrivande läkare mot intygsgrupp

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
Sjsläk	Ordinaire d-läk	5	11	16
	ST/AT	5	11	16
	Vikarie/stafett	5	8	13
Total		15	30	45

Tabell 5. Korstabellering av förekomst av information i statusrutan mot intygsgrupp

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
status	Ja	13	28	41
	Nej	2	2	4
Total		15	30	45

Tabell 6. Korstabellering av orsakssamband mot intygsgrupp

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
samband	Ja	9	15	24
	Nej	6	15	21
Total		15	30	45

Tabell 7. Korstabellering av uppgift om arbete mot intygsgrupp

		Retur/		Total
		Icke godkänd	Godkänd	
Arbete	Uppgift finns	11	19	30
	Bara yrke	4	11	15
Total		15	30	45

Vid en detaljgranskning av intygen (som utfördes blint av två kollegor) i denna studie fann man att två av intygen som kom i retur handlade om att försäkringskassan ville ha patientens arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden istället för mot patientens nuvarande arbetsuppgifter, detta eftersom sjukskrivningens längd överskridit sex månader. Ytterligare tre av intygen handlade om förtydligande om funktionsnedsättning och på vilket sätt denna påverkade patientens arbetsförmåga specifikt i hans eller hennes arbetsuppgifter. I övriga fall var orsaken mera oklar.

Vid de två kollegornas bedömning av intygen med avseende på om intyget var uppenbart felaktigt ifyllt, om de hade tillräcklig och relevant information samt huruvida de borde betinga ersättning, fann man att det fanns en 70% samstämmighet mellan dessa två bedömande läkare. Denna grad av samstämmighet motsvarade följande Kappavärden (med statistisk signifikans), nämligen för uppenbart felaktigt ifyllt intyg 0,36 ($p=0,01$), tillräcklig information 0,38 ($p<0,01$) och bör betinga ersättning 0,33 ($p=0,03$). Samtliga tre kriterier visade således relativt måttliga överensstämmelser som dock var statistiskt signifikanta. När det gällde huruvida intygen innehöll tillräcklig och relevant information bedömdes intygen i kontrollgruppen oftare vara tillräckliga jämfört mot intygen som kommit i retur. (Kontroller $(17+21)/(15+15)=63\%$ mot $(5+9)/(15+15)=47\%$ för intyg i retur.) När det gällde variablerna uppenbart felaktigt ifyllt intyg och bör betinga ersättning, såg man ingen påtaglig skillnad mellan intygsgrupperna.

6. Diskussion

6.1 Analys av resultaten

Sedan idén till denna studie uppkom för några år sedan har reglerna för sjukskrivning förändrats (Proposition 2007/08:124,136,151) (8,9,10) Således har också orsakerna till att intyg kommer i retur också förändrats.

Att Försäkringskassan vill ha patientens arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden istället för mot patientens nuvarande arbetsuppgifter, när sjukskrivningens längd överskrider sex månader är helt en följd av dessa nya regler. Att Försäkringskassan begär förtydligande om funktionsnedsättning och på vilket sätt denna påverkade patientens arbetsförmåga specifikt i hans eller hennes arbetsuppgifter har också tidigare förekommit men har blivit än mer aktualiserat genom dessa nya regler.

Att intyg som kommit i retur hade längre sjukskrivningstid än kontroller samt att gruppen ”övriga” dominerade bland kontroller är helt vad man kan förvänta, då det är rimligt att försäkringskassan lägger mera tid för granskning av intyg med längre sjukskrivningstid. Intressant att notera är att det är främst intyg i diagnosgrupp rörelseapparat som kommer i retur.

Jämförelsen av diagnosgrupp kan också ses som ett mått på valideringen av metoden för matchning. Vid en perfekt matchning borde grupperna inte ha skiljts åt alls. Att man nu ser en skillnad visar att det inte varit möjligt att matcha enligt diagnosgrupp fullt ut. Att denna matchning inte blivit genomförd fullt ut har naturligtvis ökat osäkerheten i studiens resultat. Det är till och med frågan om diagnosgrupp skulle ha prioriterats högre än ”samma doktor” och ”samma vecka” i matchningen. Man skulle då möjligen fått mera jämförbara grupper att jämföra.

Det riktigt intressanta fyndet i denna studie är den övervikt av kvinnor som finns representerad bland de intyg som kommit i retur, en övervikt som inte återfinns bland kontrollerna. Någon naturlig förklaring till detta har jag svårt att se. Intressant skulle det vara att se om man kunde knyta denna avvikande fördelning till olika handläggare på FK. För detta skulle det också behövas ett större undersökningsmaterial.

Något som också går mot det man skulle förvänta är att det finns en tendens att intyg som kommit i retur är bättre med avseende på orsakssamband mellan symptom och funktionsnedsättning samt innehåller bättre information om patientens arbetsuppgifter. Denna oväntade tendens är dock inte statistiskt säkerställd.

Att låta ett par kollegor bedöma kvaliteten på informationen i intygen har här visat sig vara ett lite mera känsligt instrument än att endast kvantitativt se vilken information som faktiskt finns ifyllt i intygen. Här kunde man se att intyg som bedömdes sakna tillräcklig med relevant information hade högre risk att komma i retur. Det finns dock utrymme att ifrågasätta metodens validitet, då samstämmigheten mellan de granskande läkarna endast var 70%. Denna metod är dessutom också för okänslig för att mera detaljerat säga vilken mängd information som tillräcklig och vilken information som räknas för relevant.

6.2 Fortsatt forskning

Vid denna undersökning registrerades inte de olika handläggarna på Försäkringskassan. Intressant skulle vara att se om mängden icke godkända intyg samt andra signifikanta variabler skulle gå att korrelera mot någon eller några av de olika handläggarna på Försäkringskassan.

7. Slutsatser

Sammantaget kan man säga att man inte kan peka ut någon enskild faktor som avgörande för om ett intyg kommer i retur. I några enskilda fall har man identifierat att sjukskrivningens längd överskridit sex månader och att man därför ville ha patientens arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden istället för mot patientens nuvarande arbetsuppgifter. Försäkringskassans praxis för att godkänna intyg har inte vidare kunnat efterforskas i detta projekt. Det intressanta fyndet var dock att andelen kvinnor överväger i gruppen intyg som kommit i retur. Orsaken till detta är svår att entydigt förklara.

Att låta ett par kollegor bedöma kvaliteten på informationen i intygen har i denna studie visat sig vara ett lite mera känsligt instrument än att endast kvantitativt se vilken information som faktiskt finns ifyllt i intygen. Här kunde man se att intyg som saknar tillräcklig med relevant information har högre risk att komma i retur.

8. Referenser

- 1) Lindenger, Gert Föreläsning ”Grundläggande försäkringsmedicin”, under kursen Sjukskrivningens praktik, Göteborg, 11 oktober 2006.
- 2) Krohne K & Brage S New roles meet established sickness certification practice: a focus group study on the introduction of functional assessment in Norwegian primary Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007;Sep;(3):172-7.
- 3) Arrelöv B et al Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273
- 4) Löfgren A, et al Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007;25:178-185.
- 5) Abrain, A et al An analysis of the level of accuracy of the official diagnosis of the temporary work incapacity. *Aten Primaria* 1993;May 31; 11(9):453-8
- 6) O’Dowd A Pilot scheme will ask GPs to give more detail in sickness certificates. *BMJ*;2008;336:468 (1 March)
- 7) Altman DG. *Practical statistics for medical research*. Chapman&Hall. London 1982.
- 8) Proposition 2007/08:124, (Hemtagen 091019)
http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GV03124
- 9) Proposition 2007/08:136, (Hemtagen 091019)
http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=37&dok_id=GV03136
- 10) Proposition 2007/08:151, (Hemtagen 091019)
http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GV03151