

Primärvårdens arbete med sjukskrivna – patientmötet, bedömningar och samverkan

Marine Sturesson



**Institutionen för samhällsmedicin och
rehabilitering, arbetsterapi**
Medicinska avhandlingar, Umeå universitet 2015

Responsible publisher under swedish law: the Dean of the Medical Faculty
This work is protected by the Swedish Copyright Legislation (Act 1960:729)
ISBN: 978-91-7601-332-8
ISSN: 0346-6612
New series nr: 1744
Omslag: Julia Stuxgren
Elektronisk version tillgänglig på <http://umu.diva-portal.org/>
Tryck/Printed by: Print & Media
Umeå, Sweden, 2015

*Det finns mitt i skogen en oväntad glänta
som bara kan hittas av den som gått vilse.*

Tomas Tranströmer

Innehåll

Innehåll	i
Abstract	iv
Sammanfattning	vi
Använda förkortningar	viii
Inledning	x
Introduktion	1
Sjukdom	3
Arbetsförmåga	4
Arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom	6
ICF	7
Försäkringsmedicin	8
Sjukskrivningsmiljarden	9
Kvinnors och mäns sjukskrivningar	10
Sjukskrivningsprocessen	10
Arbetssterapi	16
Idé till intervention	18
Implementering	19
Motiv för avhandlingen	20
Syfte med avhandlingen	22
Material och metoder	23
Delstudie I	24
<i>Studiedesign</i>	24
<i>Undersökningsgrupp/Studie population, delstudie I</i>	24
<i>Datainsamling procedur och material, delstudie I</i>	25
Delstudie II-IV	26
<i>Studiedesign</i>	26
<i>Rekryteringsprocess av deltagande hälsocentraler</i>	26
<i>Beskrivning av arbets sättet</i>	26
<i>Stöd till deltagande hälsocentraler</i>	27
<i>Undersökningsgrupper delstudie II-V.</i>	28
<i>Studie II</i>	28
<i>Studie III</i>	29
<i>Studie IV</i>	29
<i>Datainsamling procedur och material, delstudie II-V.</i>	30
<i>Studie II</i>	30
<i>Studie III</i>	32
<i>Studie IV</i>	33
Analyser och analysmetoder	34
<i>Studie I</i>	34
<i>Studie II</i>	34

Frågeformulär	34
Sjukskrivningsdata	35
Läkarintyg	35
Implementeringen	35
Studie III	35
Studie IV	36
Bortfall	38
Etiska reflexioner	39
Resultat	40
Arbets terapeuters och läkares syn på arbetsförmåga och erfarenheter av bedömning av arbetsförmåga (studie I)	40
<i>Arbetsförmåga - otydligt, komplext och unikt</i>	40
<i>Personen</i>	42
<i>Livssammanhanget</i>	42
<i>Arbetet</i>	42
<i>Samhället</i>	43
Implementering och effekter av ett nytt arbetssätt (studie II)	44
<i>Implementeringen (studie II)</i>	44
<i>Egenskaper i interventionen som implementerades</i>	44
<i>Egenskaper i yttre miljö</i>	45
<i>Egenskaper i inre miljö</i>	45
<i>Egenskaper hos användarna</i>	46
<i>Strategin i implementeringens process</i>	46
<i>Sjukskrivningsdata (studie II)</i>	47
<i>Läkarintyg (studie II)</i>	47
<i>Patienternas upplevelser och erfarenheter av mötet med hälsocentralens personal - frågeformulär (studie II)</i>	48
<i>Frågeformulärets öppna frågor</i>	48
Viktiga faktorer i mötet mellan sjukskrivna och primärvårdspersonal - en intervjuundersökning (studie III)	51
Kvalitet och könsskillnader i läkarintyg (studie IV)	53
Diskussion	56
Resultatdiskussion	56
<i>Bedömningar i sjukskrivningsprocessen</i>	56
<i>Begreppet arbetsförmåga</i>	56
<i>Individens arbetsuppgifter</i>	57
<i>Samband mellan sjukdom och arbetsförmåga</i>	57
<i>Terminologi och dokumentation</i>	58
<i>Bedömning - kvinnor och män</i>	59
<i>Faktorer utanför arbetslivet</i>	60
<i>Patientmötet</i>	61
<i>Samverkan i arbetet med sjukskrivna</i>	63
<i>Villkor för implementering av nytt arbetssätt</i>	65

<i>Arbetet med sjukskrivna – prioriterat område?</i>	65
<i>Primärvården - en föränderlig miljö</i>	66
<i>Tro på metoden - förutsättning för följsamhet</i>	66
<i>Behov av implementeringsstrategi</i>	67
Metodologiska överväganden	68
<i>Datainsamling, analys och utfallsvariabler</i>	68
<i>Deltagare</i>	69
<i>Studie I</i>	69
<i>Studie II-IV</i>	69
<i>Studierna med kvalitativ metod</i>	70
<i>Studierna med kvantitativ metod</i>	72
<i>Studie av implementering</i>	74
Kliniska implikationer och fortsatt forskning	74
Slutsatser	76
Tack	77
Referenser	79

Abstract

Background

Participation in work is important and essential in most people's lives. The ability to work can be reduced if a person has health problems which may lead to periods of sick leave. In Sweden sickness certification is issued by physicians. The physician should clarify an individual's disease, assess how the disease limits the individual's ability to work and what kind of rehabilitation that is needed. Many general practitioners (GPs) find sickness certification to be problematic. Some studies indicates that collaboration with other health care professions could be beneficial. The aim of the thesis is to provide knowledge on how the work with the sick leave process in primary health care can be improved and how occupational therapists' (OT) assessment could be used prior the decision on sick leave and rehabilitation.

Methods

Initially seven focus groups were held, four with OTs (n = 23) and three with physicians (n = 14). The discussions in the focus gropes were tape recorded. The recorded interviews were transcribed verbatim and analyzed by qualitative content analysis. An intervention project was initiated, where four health care centers (HCCs) in northern Sweden tested a working approach where sick listed patients were offered a supplementary assessment of activity and work-related problems by an OT. From this project data on sick leave, sickness certificates and patient questionnaires were collected from intervention health care centres (IHCC) and other health care centres (OHCC). Interviews were conducted with patients, GPs and OTs. The quality of the information in the collected sickness certificates (n = 323) was evaluated by an insurance specialist at the Swedish Social Insurance Agency. Average values of sick leave were compared between the IHCCs (n = 4) and the OHCCs (n = 30) in the county. In order to analyse the implementation of the intervention the Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR, was used. The interviews with sick listed patients (n = 21) were transcribed verbatim and analyzed by qualitative content analysis.

Results

An overall theme and four categories emerged from the focus groups. The theme expressed work ability as an obscure, complex and unique concept. The four categories illustrate the affecting factors and confirmed the complex structure of work ability: the person, the context of life, the work, and the society. Physicians expressed greater difficulty in assessing work ability than occupational therapists did.

No significant differences between IHCCs and OHCCs in data on sick leave were found. There was a higher proportion of men than women who agreed on the positive statements in the questionnaire. The analyses with CFIR clarified that a more comprehensive analysis of the participating HCC's conditions should have been made before the project started. Coaching and education for all the users are crucial to get fidelity as well as involvement by the clinical department manager. Thirty-four percent of the collected sickness certificates did not contain all requested information. Supplementary information was mainly needed in the descriptions of impairments of body function and activity limitations. No significant differences concerning the mandatory information were found between certificates from IHCCs and the OHCC. More certificates issued for women than certificates issued for men lacked the required information. Full-time sick leave was significantly more often prescribed for male patients than for female. Significant gender differences appeared in the group of patients with musculoskeletal diseases. Two themes revealed important areas for persons on sick leave in their healthcare encounters. The theme 'Trust in the relationship' contains categories describing the patients' feelings of participation, and of being believed, confirmed, and listened to. Healthcare encounters that were characterised by professionalism, knowledge, continuity, and a holistic approach seemed to create trust. The second theme 'Structure and balance' contains the participants' views on important factors that could facilitate the return-to-work process such as a structured plan and knowing what to expect and what will happen and support to balance activity, exercise, and work demands.

Conclusions

The work with sick leave issues in primary health care can be improved by developing cooperation with several different professionals. To achieve an increased cooperation new working approaches are required. These working approaches must be anchored in management and requires an applied implementation strategy. The professionals at the health care centers must commit to improve the quality of the sick leave process and be convinced that collaboration is crucial for improvement. More focus on the quality of encounters with healthcare professionals can also improve the sick leave process in primary health care centers. The healthcare encounters must build on a mutual trust and sick-listed persons' return to work can be facilitated by providing a clear structure in the process and support in occupational balance. For issuing sickness certification further education about the descriptions of functioning and the tasks included in the patient's work is needed. A better gender awareness in the health care encounters is also necessary.

Sammanfattning

Bakgrund.

Möjligheten att delta i arbetslivet är viktigt för de flesta människor. I samband med hälsoproblem kan förmågan att arbeta begränsas, vilket i sin tur kan leda till sjukskrivning. Från åttonde sjukskrivningsdagen ska sjukskrivningen verifieras av en läkare. Läkaren ska klargöra individens sjukdom, bedöma hur sjukdomen begränsar individens arbetsförmåga och vilken typ av åtgärder som behövs. Många läkare i primärvården har beskrivit bedömningen av sjukskrivna som problematisk och upplever att de är osäkra på hur arbetsförmågan ska bedömas. Flera studier tyder på att ett ökat samarbete med flera professioner inom vården är värdefullt. Syftet med denna avhandling är att ge kunskap om hur arbetet med sjukskrivna i primärvården kan förbättras och hur arbetsterapeuter kan bidra i detta arbete.

Metoder.

Data till den första studien insamlades genom sju fokusgrupper varav fyra med arbetsterapeuter (n = 23) och tre med läkare (n = 14). En intervjuguide användes och gruppdiskussionerna spelades in på band. Bandinspelningarna transkriberades ordagrant och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Ett interventionsprojekt initierades, där fyra hälsocentraler i norra Sverige prövade ett nytt arbetssätt. Arbetssättet innebar att sjukskrivna patienter erbjöds en kompletterande bedömning av en arbetsterapeut. Sjukskrivningsdata, läkarintyg och patientenkäter samlades in från interventionshälsocentraler och andra hälsocentraler i länet. Intervjuer genomfördes med patienter, läkare och arbetsterapeuter. De insamlade läkarintygets (n = 323) kvalitet utvärderades av en försäkringsspecialist från Försäkringskassan. Medelvärden av sjukskrivningsdata jämfördes mellan interventionshälsocentraler (n = 4) och övriga hälsocentraler (n = 30). För att analysera implementeringen av interventionen användes determinantramverket "Consolidated Framework for Implementation Research", CFIR. Intervjuerna med sjukskrivna patienter (n = 21) transkriberades ordagrant och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat.

Ett övergripande tema och fyra kategorier framkom från fokusgrupperna. Temat uttryckte arbetsförmågan som ottydligt, komplext och unikt. De fyra kategorierna visade på en mängd påverkansfaktorer och bekräftade den komplexa strukturen av arbetsförmågan. Påverkansfaktorerna kunde indelas i fyra kategorier; personen, livssammanhanget, arbetet och samhället. Läkare uttryckte mer svårigheter gällande bedömning av arbetsförmåga än vad arbetsterapeuterna gjorde.

Inga signifikanta skillnader i sjukskrivningsdata hittades mellan interventionshälsocentralerna och övriga hälsocentraler. En större andel män än kvinnor instämde i de positiva uttalandena i enkäten. Analyserna med CFIR visade t.ex. på att en mer omfattande analys av de deltagande hälsocentralernas villkor borde ha gjorts innan arbetssättet skulle prövas. Coaching och utbildning för alla användare och engagemang från verksamhetschefen är avgörande för att skapa följsamhet i ett nytt arbetssätt. Trettiofyra procent av de insamlade läkarintygen behövde kompletterande information. Det var främst information om aktivitetsbegränsningar och/eller funktionsnedsättningar som saknades. Inga signifikanta skillnader mellan interventionshälsocentraler och övriga hälsocentraler framkom i fråga om läkarintygets obligatoriska uppgifter. Fler läkarintyg utfärdade för kvinnor än läkarintyg för män bedömdes behöva kompletterande uppgifter. Könsskillnader i läkarintygen återfanns i gruppen av patienter med muskuloskeletala diagnoser. Heltidssjukskrivning förskrevs i större utsträckning till manliga patienter än till kvinnliga patienter. I intervjuerna med sjukskrivna patienter framkom två teman som belyser viktiga områden i mötet med hälso- och sjukvården. Temat "tillit i relationen" beskriver vikten av delaktighet och att bli trodd, bekräftad och lyssnad på. Möten som kännetecknas av professionalism, kunskap, kontinuitet och en helhetssyn tycktes skapa tillit. Det andra temat "struktur och balans" innehåller deltagarnas syn på faktorer som kan stödja återgång till arbete. En strukturerad plan som tydliggör vad som förväntas och vad som kommer att hända samt stöd för aktivitetsbalans kan underlätta patientens återgång i arbete.

Slutsatser

Primärvårdens arbete med sjukskrivna behöver förbättra bedömningen av individens arbetsförmåga och utfärdandet av läkarintyg, stärka förmågan att identifiera individuella behov av rehabilitering och ännu mer fokusera på kvaliteten i mötet mellan vårdpersonal och sjukskrivna patienter. En ökad samverkan mellan flera professioner skulle kunna stödja dessa förbättringsområden men för detta krävs nya arbetssätt. Dessa nya arbetssätt måste förankras i ledningen för vårdenheten och en tillämpad implementeringsstrategi behövs. För att uppnå förbättringar måste professionerna inom primärvården ha intentionen att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen och vara övertygade om att samarbete är en viktig del. En ökad kunskap om nomenklatur och beskrivning av funktionstillstånd och information om patienternas arbetsuppgifter kan förbättra bedömningen och kvaliteten i läkarintygen. Mötet i vården måste bygga på ömsesidig tillit och sjukskrivna personers återgång i arbete kan underlättas av en tydlig struktur i processen och stöd i aktivitetsbalans. En högre medvetenhet och lyhördhet om genus är också nödvändigt i primärvårdens arbete med sjukskrivna.

Använda förkortningar

CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
DFA	Diagnos, Funktionsnedsättning, Aktivitetsbegränsning
FMR	Försäkringsmedicinska rådgivare
FN	Förenta Nationerna
HC	Hälsocentral
ICD-10-SE	Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning.
ICF	Internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
IFAU	Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
MoHO	Model of Human Occupation
NFF	Nationellt försäkringsmedicinskt forum
POH	Psykisk ohälsa
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SMS	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet,
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter
SOU	Statens offentliga utredningar
WHO	Världshälsoorganisationen

Avhandlingens delstudier

Avhandlingen bygger på följande originalartiklar, vilka i texten refereras till med romerska siffror.

- I Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Hansen Falkdal, A., Bernspång, B. (2013). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, 45, 117-128.

- II Sturesson, M., Hörnqvist Bylund, S., Edlund, C., Hansen Falkdal, A., Bernspång B. Collaboration in work ability assessment for sick-listed persons in primary health care. Manuskript.

- III Sturesson, M., Edlund, C., Hansen Falkdal, A., Bernspång, B. (2014). Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences. *Primary Health Care Research & Development*, 15, 464-475

- IV Sturesson, M., Hörnqvist Bylund, S., Edlund C., Hansen Falkdal, A., Bernspång B. (2015) Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, publicerad OnlineFirst 30 juli, doi:10.1177/1403494815597163

Originalartikel I, III och IV är tryckta med tillåtelse av utgivarna.

Inledning

Våren 2006 påbörjades ett förbättringsarbete av sjukskrivningsprocessen inom Västerbottens läns landsting. Mitt första uppdrag i detta arbete blev att utforma en enkät som skulle bli en baslinjemätning över hur olika personalgrupper inom primärvården i Västerbotten arbetade med sjukskrivningsfrågor. De yrkesgrupper som tillfrågades var arbetsterapeuter, kuratorer, läkare, fysioterapeuter, psykologer, barnmorskor och dietister. I denna enkät framkom precis som i tidigare studier att flertalet läkare uppfattar arbetet med sjukskrivning som problematiskt. Mindre än hälften av läkarna angav att de arbetade i team. Uppfattningen om förekomsten av teamarbete kunde variera mellan personalgrupper inom samma enhet. Trots att fysioterapeut var den yrkeskategori som läkarna samarbetade mest med i sjukskrivningsfrågor svarade många av fysioterapeuterna att deras kompetens skulle kunna användas i större utsträckning i arbetet med sjukskrivna. Inom gruppen arbetsterapeuter rapporterade endast några få att deras bedömning nyttjades som underlag vid sjukskrivning. Av de arbetsterapeuter som svarade på enkäten ansåg alla utom en att deras kompetens skulle kunna användas mer i arbetet med sjukskrivna. Det för mig mest anmärkningsvärda resultatet från enkäterna var svaret på frågan om när i tid man som yrkesgrupp träffar sjukskrivna patienter och det mest frekventa svaret från arbetsterapeuterna var; *"efter två års sjukskrivning eller mer"*.

Resultaten från dessa enkäter gav stöd för idéer till förbättringsarbete i sjukskrivningsprocessen inom primärvården i Västerbotten. Jag började fundera på hur andra professioner (förutom läkarna) skulle kunna bidra i arbetet med sjukskrivna. Skulle andra professioner i större utsträckning kunna tillföra information och stödja arbetsförmågebedömningen och det som ska förmedlas i intygen för sjukskrivning? Genom ett utökat samarbete skulle individens behov av rehabiliteringsinsatser kunna identifieras i ett tidigt skede. Vilka professioner som involveras i sjukskrivningsprocessen måste hänga ihop med vilka uppfattningar som finns om vad de olika professionerna kan bidra med och därmed efterfrågas. Avgörande för medverkan i arbetet med sjukskrivna är också hur de olika professionerna prioriterar och vilken kompetens de själva väljer att utveckla.

Eftersom jag själv är arbetsterapeut föll det sig naturligt att fundera vidare på arbetsterapeuternas roll i arbetet med sjukskrivna. Tidigare forskning hade visat på vikten av tidig bedömning i sjukskrivningsärenden. Om arbetsterapeuter skulle kunna bidra på något sätt, måste de komma in tidigare i processen.

Introduktion

Under 1900-talet utarbetades den svenska modellen för välfärdssamhället. Allmän sjukförsäkring infördes 1955 och ska utgöra en ekonomisk trygghet för den som på grund av sjukdom eller skada inte kan arbeta. I stort sett alla som bor eller arbetar i Sverige omfattas av den allmänna sjukförsäkringen. Den bygger på principen om inkomsttrygghet, så att den ersättning individen får, ska stå i proportion till den förlust av inkomst individen har till följd av sjukdom. Grundläggande för svenska välfärdssystemet är också det som benämns som "arbetslinjen". Arbetslinjen grundar sig i att den som är i arbetsför ålder och som genom arbete kan försörja sig också ska göra det. Begreppet arbetslinjen har funnits med i utformandet av arbetsmarknads- och socialpolitiska reformer de senaste hundra åren (Junestav 2007). Innebörden i arbetslinjen kan dock vara mångskiftande och Junestav (2004) tar upp tre perspektiv. Kontroll- och disciplineringsperspektivet där arbetslinjen formuleras främst som en skyldighet. Hjälptill Självhjälpsperspektivet handlar om att staten stöttar med åtgärder så att medborgaren blir självförsörjande. Rättighetsperspektivet utgår från att arbete är en rättighet för medborgaren och att staten därmed har en skyldighet att försvara detta. Arbetet som en rättighet finns också med i Förenta Nationernas (FN) förklaring om mänskliga rättigheter i december 1948. I FN:s internationella konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning från 2006 ingår att personer med funktionsnedsättning har rätt till arbete på samma villkor som andra. Denna konvention antogs av Sveriges riksdag 2008. Arbetslinjen kan därmed ses både som en skyldighet och en rättighet för medborgaren liksom att den utgör skyldigheter och rättigheter för staten.

Rätten till arbete innebär inte enbart möjligheten att försörja sig själv utan också att arbete har ett värde i sig (Socialförsäkringsutredningen, 2005). Arbetets värde har belysts inom arbetslöshetsforskningen som funnit att välbefinnandet är högre hos den som arbetar än hos den som saknar arbete (Janlert m.fl., 2015; Strandh m.fl., 2014; Helgesson m.fl., 2013; Kiely & Butterworth, 2013; Reine, 2009). Jahoda (1982) menar att arbete skapar en meningsfullhet genom regelbunden aktivitet, tidsstruktur, dagliga sociala kontakter, deltagande i kollektiva strävanden och en social status och identitet. Enligt Jahoda fyller därför arbetet en viktig funktion för den psykosociala hälsan.

De som på grund av ohälsa har förtidspension eller aktivitetsersättning rapporterar lägre livskvalitet (Wallman, 2008), har högre risk för förtida död (Wallman, 2006) och högre risker för suicid (Jonsson m.fl., 2014) jämfört med icke förtidspensionerade. Eftersom personerna som fått förtidspension eller

aktivitetsersättning hade olika typer av sjukdomstillstånd är det svårt att fastslå om det är pensionen i sig, eller frånvaron av arbete, som utgör en riskfaktor. Det finns också studier som pekar på bättre välmående efter tidig pensionering (Burdorf, 2010) och att det inte är tidpunkten för pensionering som är avgörande för dödligheten (Hult m.fl., 2010). I en studie, med personer med långvarig psykisk ohälsa, undersöktes betydelsen av lönearbete genom att jämföra de som hade ett arbete med dem som hade andra former av daglig verksamhet (Eklund m.fl., 2004). I denna studie påvisades inga skillnader beträffande självskattad hälsa. Däremot var de som hade lönearbete mer tillfredsställda med sin sysselsättning (Eklund m.fl., 2004).

Waddell och Burton (2006) menar att i det stora hela uppväger de gynnsamma effekterna av att vara i arbete riskerna med arbetet. De framhåller att det finns starka skäl att stödja individer att vara kvar i arbete eller återgå i arbete så snart som möjligt eftersom det ger bättre hälsoresultat, främjar delaktighet i samhället, minskar fattigdom och förbättrar livskvaliteten. De konstaterar att detta gäller särskilt vid arbetsoförmåga på grund av vanliga hälsoproblem. Därför måste de som arbetar inom vården, på arbetsplatsen och i samhället betänka hur vanligt förekommande hälsoproblem ska hanteras i relation till arbete (Waddell m.fl., 2007).

Individens möjlighet att arbeta kan påverkas av sjukdom och ohälsa och i sådant fall kan åtgärden sjukskrivning vara aktuellt. Genom bestämmelser i rättighetslagarna; Lag (1991:1 047) om sjuklön och Socialförsäkringsbalken (2010:110), regleras förmåner vid sjukskrivning. Sjukskrivning kan därmed ses som en rättighet, vilket innebär att om individen uppfyller lagens krav för ersättning så ska denne också få ersättning (Järholm m.fl., 2013). Inom hälso- och sjukvårdens område kan sjukskrivning vara en del av möjliga åtgärder att vidta i samband med vård och behandling (Socialstyrelsen, 2006a). Socialstyrelsen (2006a) har konstaterat att inom hälso- och sjukvården ska åtgärden sjukskrivning bedömas utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder. Det innebär att alla åtgärder som görs inom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) även gäller för sjukskrivningsprocessen. De professioner som arbetar inom hälso- och sjukvården är därför skyldiga att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Vården ska organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet (§ 28 Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763) i arbetet med sjukskrivningsprocessen.

I denna avhandling betraktas arbetet med sjukskrivningsprocessen ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Avhandlingen utgår från att, med sjukskrivningsprocessen avses utredning, bedömning, vård och rehabilitering

under sjukskrivningsperioden och i samband med återgång i arbete efter sjukskrivning och/eller tid med aktivitetsersättning. I sjukskrivningsprocessen ingår också förebyggande av sjukdom där det finns risk för sjukskrivning. (Västerbottens läns landsting: *Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen*, 2015).

Sjukdom

Begreppet sjukdom är centralt i sjukskrivningssammanhang eftersom detta är ett av kriterierna för att rätten till ersättning ska vara möjligt. I allmänt språkbruk kan sjukdom uttryckas som ett brott mot naturens ordning (Juul Jensen, 1985). Detta sätt att betrakta sjukdom brukar kallas "apparatfelsesmodellen" eller biomedicinsk modell. Här förutsätts att det kan dras en gräns mellan det sjuka och det friska och vad som är normalt och onormalt (Juul Jensen, 1985) och sjukdomsdiagnosen fordrar inte bara subjektiva symptom utan också objektiva påvisbara tecken på sjukdom (Vahlne Westerhäll, 2009). Ett annat sätt att se på sjukdom är den socialmedicinska eller holistiska modellen vilken eftersträvar en helhetssyn på människan där individens upplevelse av sjukdom och det omgivande samhället anses ha stor betydelse (Gerner, 2005). Dessa två sjukdomsbegrepp, den medicinska vetenskapens distinkta (biomedicinska) och den medicinska erfarenhetens mångtydiga, som innebär att sjukdom hänger samman med individens livsberättelse som formar kroppens erfarenheter, bör inte ses som motstående i separata världar (Johannisson, 2008). Världshälsoorganisationen, WHO, har genom den biopsykosociala modellen, som återfinns i den Internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF (Socialstyrelsen, 2003) förenat den biomedicinska synen med den psykosociala. ICF-modellen har för avsikt att beskriva en sammanhållen syn och kombinationen av de olika synsätten (för vidare beskrivning av ICF se nedan).

Den definition av begreppet sjukdom som vanligtvis brukar hänvisas till i sjukskrivningssammanhang återfinns i 1944 års socialvårdskommitté (SOU 1944:15). Här anges att *"Man synes vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen."* I oktober år 1995 gjorde lagstiftarna ett tillägg: *"Vid bedömning om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, sociala och liknade förhållanden"*. Detta tillägg avsåg att avgränsa

sjukförsäkringens tillämpning när andra faktorer än medicinska begränsar arbetsförmågan. År 2002 framhöll regeringen i prop. 2002/03:89 att *”det är angeläget att motverka att ersättning betalas ut från sjukförsäkringen för sociala och generella livsproblem”*. Beskrivningen av sjukdomsbegreppet som används inom sjukförsäkringarna ligger nära en biomedicinsk modell, utifrån formuleringen om att sjukdom är något som avviker från det normala.

Om läkaren bedömer att sjukdom föreligger i ett sjukskrivningsärende ska denna definieras med en diagnos. Eftersom sjukdom är ett kriterium för rätt till ersättning i sjukförsäkringen blir diagnosen därmed en maktfaktor för individen (Johannisson, 2006). Diagnosen utgör en bekräftelse inför den egna individen och dennes omvärld som t.ex. arbetsgivaren och Försäkringskassan om rätt till avlastning från ansvar. En diagnos kan å andra sidan vara stigmatiserande, eller skapa förlust och utanförskap (Johannisson, 2006).

Synen på vad som är sjukdom varierar över tid och gränser för vad som är sjukdom kan förskjutas, vilket tydliggörs när allt fler tillstånd betraktas som sjukdom, vilket kallas medikalisering (Upmark, 2006). Medikalisering innebär att allmänmänskliga problem eller livsproblem blir förklarade utifrån medicinska modeller och åtgärdade med medicinska verktyg (Zola, 1972). Medikalisering uppstår utifrån en rad olika sociala krafter. Omfattningen återspeglas utifrån en föreställning om att hälsa och välbefinnande är en rättighet som sjukvården kan tillgodose (Lindqvist, 1997). Allt fler tillstånd som etiketteras med en diagnos krymper utrymmet för det normala och risk finns att andra tänkbara förklaringar inte ses (Johannisson, 2006). För att kunna använda sjukskrivning som åtgärd, måste en diagnos fastställas, vilket kan leda till stort fokus på sjukdomen.

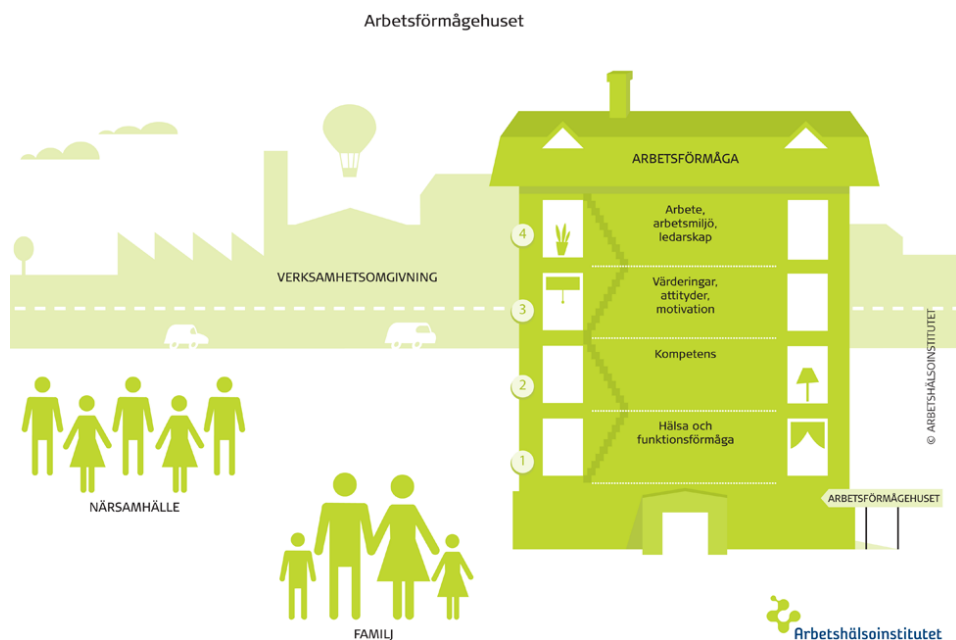
Arbetsförmåga

Det andra styrande begreppet inom sjukförsäkringen är arbetsförmåga. För att sjukskrivning och ersättning ska aktualiseras, ska sjukdomen sätta ned arbetsförmågan till minst 25 procent. Begreppet arbetsförmåga är inte entydigt och kan analyseras ur flera perspektiv beroende på sammanhang (Lederer m.fl., 2014; Jansson, 2014; Ilmarinen, 2009; Vahlne Westerhäll, 2008). Begreppets komplexitet medför att det är svårt att göra objektiva bedömningar (SOU 2008:66, Hedborg). Ilmarinen m.fl. (2005) menar att arbetsförmågan är en växelverkan mellan personens förmåga och kraven i ett arbete, men också att människors förmåga att arbeta oftast inte kan separeras från livet utanför arbetet (Ilmarinen, 2009). Sandqvist (2007) har identifierat och sammanställt en rad faktorer som påverkar arbetsförmågan; personliga faktorer, omgivningsfaktorer

kopplat till arbete, omgivningsfaktorer kopplat till privatlivet samt tidsmässiga faktorer. Sandqvist (2007) konstaterar att det finns flera skäl till att det är problematiskt att förstå arbetsförmåga eftersom begreppet har så många dimensioner och rör relationer mellan flera beståndsdelar. Komplexiteten innebär också en osäkerhet hos de olika yrkesgrupper som arbetar med denna bedömning (Nilsing 2013). Lederer m.fl (2014) visar på att trots olika syn på begreppet arbetsförmåga tycks det finnas en enighet om att det är ett relationellt begrepp som härrör från samspel mellan flera dimensioner som överlappar och påverkar varandra.

Ilmarinen och medarbetare (Ilmarinen, 2012; Ilmarinen m.fl., 2005) har introducerat "Arbetsförmågehuset", figur 1, för att tydliggöra att arbetsförmåga handlar om överensstämmelsen och balansen mellan individens resurser och arbetet. I modellen beskrivs arbetsförmågan i form av ett hus med fyra våningar. Arbetsförmågan påverkas av hur dessa våningar upprätthålls och stödjer varandra. Grunden för arbetsförmågan är bottenvåningen som består av individens hälsa och den fysiska och psykiska kapaciteten. Den andra våningen innehåller utbildning, yrkesmässiga färdigheter och kunskap. Den tredje våningen består av individens attityder och motivation till arbete som både kan förstärka och försvaga arbetsförmågan. Den fjärde våningen är arbetets våning som innehåller arbetets innehåll, arbetsförhållanden samt arbetskamrater och ledning. Faktorer runt om huset som familje-, släkt- och vänkrets påverkar också arbetsförmågan. Av modellen framgår att agerande från både individen och arbetsgivare men också samhället kan ha betydelse för individens arbetsförmåga (Ilmarinen, 2012).

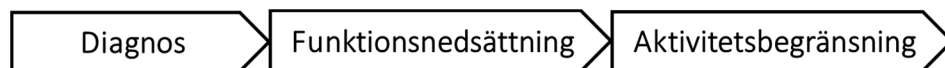
Våningarna samspelar med varandra och påverkar på olika sätt. Exempelvis kan positiva och negativa erfarenheter på arbetet sprida sig till den tredje våningen och påverka attityden och förstärka eller försvaga motivation för arbete. Individens livsstil och fritidssysselsättningar påverkar dennes kapacitet, som har betydelse för hur väl arbetsuppgifterna utförs, medan omfattningen av den fysiska eller psykiska arbetsbelastningen kan påverka individens hälsa (Ilmarinen, 2012). För dem som arbetar med bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivnas återgång i arbete kan modellen av arbetsförmågehuset bidra till förståelse av arbetsförmåga som ett relationellt begrepp och den interaktion som uppstår mellan dimensionerna.



Figur 1. Arbetsförmågehuset enligt © Arbetshälsoinstitutets modell, Finland.

Arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom

Inom tillämpningen av sjukförsäkringen krävs ett orsakssamband mellan sjukdom och arbetsförmåga (Socialförsäkringsbalken 2010:110). Således krävs en bedömning av sambandet mellan individens diagnos och den nedsatta arbetsförmågan. Som ett led i att säkerställa att sjukdomen är grunden för nedsatt arbetsförmåga lanserades begreppet ”DFA-kedjan” i slutbetänkandet av Arbetsförmågeutredningen (SOU 2009:89). Bedömning av denna kedja, Diagnos, Funktionsnedsättning och Aktivitetsbegränsning (DFA) framhölls i utredningen (SOU 2009:89) som grundläggande för att tillförsäkra sjukdomen utgör grunden för arbetsoförmågan, figur 2.



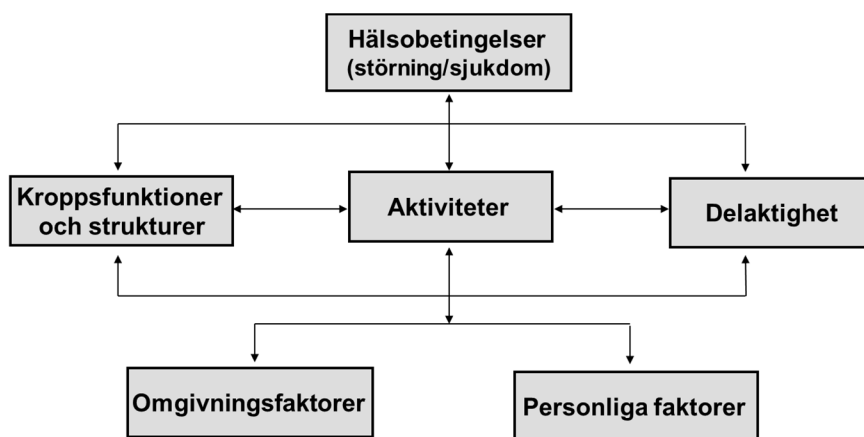
Figur 2. DFA-kedja enligt SOU 2009:89.

I utredningen (SOU 2009:89) angavs att hälso- och sjukvården ska göra en professionell bedömning av DFA-kedjans tre led. För rätt till ersättning från sjukförsäkringen krävs att det i läkarintyget tydliggjorts en rimlig koppling

mellan leden. Bedömningen av DFA-kedjan har därmed på senare tid kommit att bli utgångspunkt och den viktigaste informationen för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan och rätten till ersättning (www.forskaringskassan.se).

ICF

Nomenklaturen i DFA-kedjan har sitt ursprung i WHO's internationella klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem ICD-10-SE och den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF (Socialstyrelsen 2003). ICF är ett klassifikationssystem och en teoretisk modell för hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF utgår från ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv och modellen får i och med det ett biopsykosocialt perspektiv som förenar den medicinska modellen med den sociala, figur 3. Modellen består av flera komponenter som används för att skapa en helhetsbild av en individs livssituation. Varje komponent kan uttryckas i såväl positiva som negativa termer. Komponenterna kan dels uttryckas som hälsokomponenter som beskriver vad hälsan består av, men kan också uttryckas som konsekvenser som beskriver effekten av sjukdom. "Hälsobetingelse" används som paraplyterm för sjukdom, störning, skada eller trauma och kan kodas genom att använda ICD-10-SE. I ICF ingår komponenterna "kroppsfunktioner och strukturer", vilka definieras som kroppssystemens fysiologiska och psykologiska funktioner samt kroppens anatomiska delar. Komponenten "aktiviteter" betyder utförande av uppgifter eller handlingar och "delaktighet" innebär en persons engagemang i en livssituation.



Figur 3. ICF-modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa.

ICF inkluderar också kontextuella faktorer som ska representera bakgrunden till en individs liv och leverne och innefattar omgivningsfaktorer och personliga faktorer (Socialstyrelsen, 2003). "Omgivningsfaktorerna" utgörs av fysiska, sociala och attitydmässiga miljöer som individen befinner sig i. Dessa miljöer kan ha inflytande på individens kroppsfunction och kan vara både hindrande eller underlättande för individens handlingar och möjlighet till delaktighet (Socialstyrelsen, 2003). De "personliga faktorerna" avser de egenskaper som inte tillhör hälsobetingelsen utan handlar om faktorer i individens bakgrund. Här ingår faktorer som kön, etnicitet, ålder, vanor, livsstil, copingsätt, utbildning, yrke och tidigare livshändelser som kan påverka individens funktionstillstånd. De personliga faktorerna används ännu inte som klassifikation, men finns med som tankemodell i ICF för att visa att de kan påverka individens fungerande och resultaten av interventioner (Socialstyrelsen, 2003; Pless m.fl., 2011).

Pilarna i modellen ska visa att det finns en dynamisk interaktion mellan de ingående komponenterna. Utifrån ICF ses en individs funktionstillstånd som ett sammansatt förhållande mellan hälsotillstånd och omgivningsfaktorer tillsammans med personliga faktorer (Socialstyrelsen, 2003).

Försäkringsmedicin

Arbetet med sjukskrivna innebär således både behov av medicinsk kunskap om kroppen, olika sjukdomar, behandlingsmetoder etc. men också andra kunskaper som försäkringsmedicin. Försäkringsmedicin är ett relativt nytt forskningsämne och definieras på olika sätt i olika länder (Järholm m.fl., 2013). Nationellt försäkringsmedicinskt forum, NFF¹ antog den 12 mars 2011 följande definition.

"Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika sjukförsäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner."

Av definitionen framgår att försäkringsmedicin är ett kunskapsområde som inte enbart angår sjukskrivande läkare, utan berör även andra professioner, som medverkar i överväganden och åtgärder som kan ha betydelse för individers behov av försäkringsförmåner. Definitionen enligt ovan framhåller en interaktion mellan sjukdom och försäkring. Vårdens insatser och individens behov av

¹ NFF består av representanter för Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Försäkringskassan.

försäkringar är i växelverkan, vilket innebär att försäkringens tillämpning måste ta hänsyn till de medicinska omständigheterna och i det medicinska sammanhanget måste också försäkringens villkor beaktas.

I Sverige har det försäkringsmedicinska ämnesområdet inte haft en framträdande roll. I Regeringens proposition 2002/03:89 *”Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet”* framhölls ett behov av förstärkt utbildning i försäkringsmedicin framför allt för intygsskrivande läkare. De senaste åren har regeringen och andra aktörer påtalat behov av att utveckla den försäkringsmedicinska kunskapen och stödja utveckling av vetenskaplig evidens. Många läkare har rapporterat behov att utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens (Alexanderson m.fl., 2013a). Via den så kallade *”Sjukskrivningsmiljarden”* (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting, 2006//2015) har landstingen stimulerats att genomföra utbildningsinsatser inom det försäkringsmedicinska området som ska syfta till kontinuerlig kvalitetsförbättring inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Sjukskrivningsmiljarden

Från 1996 till 2002 fördubblades sjukfrånvaron i Sverige. Enligt Statistiska Centralbyrån, SCB, bedömdes en tredjedel av ökningen bero på ett ökat inflöde i sjukförsäkringen och två tredjedelar på att sjukperiodernas längd ökade. Hösten 2005 beslutade dåvarande regeringen att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet. Genom överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting har landstingen sedan 2006 i uppdrag att arbeta för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess, genom den så kallade Sjukskrivningsmiljarden. Grunden till överenskommelsen var inte enbart de höga sjuktalen, eftersom undersökningar (Alexanderson m.fl., 2005) hade indikerat att det fanns problem inom hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning. I Alexandersons rapport framkom bland annat otillräcklig kunskap om konsekvenserna av sjukskrivning, om försäkringsmedicin, om arbetsförmågebedömning och om hur samverkan internt och externt ska ske. Sjukskrivningsmiljardens syfte är att landstingen ska åtgärda de problem som identifierats och att sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som för sjukvården i övrigt (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting 2006//2015).

Kvinnors och mäns sjukskrivningar

I de flesta västländer är kvinnor mer sjukskrivna än män (Bekker m.fl., 2009). I Sverige står kvinnor för ca två tredjedelar av sjukskrivningarna (SKL, 2014; Försäkringskassan, 2014). En av förklaringarna är kvinnors sjukfrånvaro i samband med graviditetskomplikationer som motsvarar knappt fem procent av sjukskrivningarna (Försäkringskassan, 2014; SKL, 2014). Andra förklaringar till skillnader i sjukskrivningar mellan kvinnor och män som lyfts fram är skillnader i sjuklighet, bristande medicinsk kunskap om kvinnors hälsoproblem och att kvinnor och män behandlas på olika sätt när de är sjuka (SKL, 2014). Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad (Statistiska centralbyrån, 2012) med generellt sett sämre arbetsförhållanden för kvinnor och skillnader i möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket också har påtalats som en möjlig orsak (Riksförsäkringsverket, 2004; SKL, 2014). Dessa omständigheter innebär att det är svårt att göra jämförelser mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro, eftersom de inte har jämförbara arbetssituationer (SOU 2014:74 Hensing). Skillnader mellan kvinnor och män när det gäller obetalt arbete har också diskuterats som en bidragande faktor till att fler kvinnor är sjukskrivna. Forskningen inom området visar på motstridiga resultat vilket gör att det är svårt att dra slutsatser (SKL, 2014). Till exempel kan krav i det obetalda arbetet påverka möjligheten till att delta i rehabilitering, vilket i sin tur kan påverka möjligheten att återgå i arbete (Östlund m.fl., 2004). Hensing framhåller (SOU 2004:74) vikten av att bemötandet inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska vara medvetet och lika för kvinnor och män.

Sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningsprocessen startar oftast med att en individ söker vård och behandling på grund av ohälsa som påverkar (eller riskerar att påverka) dennes möjlighet att utföra sitt arbete. Arbetet med sjukskrivningar är mångfacetterat, dels för att sjukskrivningsorsakerna och arbetssituationerna kan variera och dels att flera olika aktörer kan vara inblandade utöver den sjukskrivne, som arbetsgivare, fackförening, försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Dessa aktörer har olika roller i processen och därmed också olika perspektiv (Ståhl m.fl., 2011a). Fyra huvudsakliga perspektiv har identifierats och Loisel har sammanfört detta till den så kallade Sherbrookemodellen (Loisel m.fl., 2005). Modellen illustrerar de system som oftast är inblandade i sjukskrivningar, som pågår mer än 14 dagar och som kan påverka individens rehabilitering och återgång i arbete, figur 4.



Figur 4. Sherbrookemodellen (Loisel m.fl., 2005).

För att få till stånd en fungerande sjukskrivningsprocess är det viktigt att individen och de aktörer som är involverade i de olika systemen är aktiva och förstår sina och andras roller. Sherbrookemodellen tydliggör och visar på de olika aktörernas perspektiv på arbetsförmåga, vilket är viktigt att ha vetskap om för att underlätta samverkan (Ståhl m.fl., 2011a; Ståhl m.fl., 2010).

Arbetsgivaren har ansvar för sjuklönen de två första veckorna av sjukskrivningen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsplatsens organisation och arbetsgivarens ansvar enligt arbetsmiljölagen kan vara avgörande för möjligheten att återgå i arbete. Arbetsgivarens bemötande kan också påverka sannolikheten för de sjukskrivnas återgång i arbete (Butler m.fl., 2007) liksom arbetskamraternas stöd (Tjulin m.fl., 2011; 2010).

Sjukförsäkringen ingår i socialförsäkringssystemet och administreras av Försäkringskassan. Tonvikten i detta system ligger på rätten till ersättning och bedömningen av arbetsförmågan är helt avgörande. Utifrån rådande regelverk åligger det också Försäkringskassan att samordna rehabiliteringen för sjukskrivna, vilket innebär att myndigheten både ska bevaka systemets intressen men samtidigt ge individen stöd ([www.forsakringskassan](http://www.forsakringskassan.se)).

I samband med sjukskrivning åligger det den sjukskrivne att ta ansvar för att från och med den 8:e sjukskrivningsdagen verifiera sin arbetsförmåga med ett läkarintyg. Individen ska också underrätta sin arbetsgivare och sköta kontakterna med Försäkringskassan. Även om många sjukskrivna är aktiva och vill ta kontroll över situationen (Mårtensson & Hensing, 2012) kan individens sjukdom och ohälsa medföra vissa svårigheter att själv ha kontroll och hantera sin sjukskrivningsprocess (Holmgren & Dahlin Ivanoff, 2004).

Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinsk vård, behandling, habilitering och rehabilitering (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, HSL). I lagen anges att: *”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vård.”* Fokus i hälso- och sjukvårdens system är således på individens hälsa och välbefinnande. Socialstyrelsen har utarbetat ett försäkringsmedicinskt beslutstöd som innefattar bland annat övergripande principer för sjukskrivning (Socialstyrelsen, 2012). Här framhålls bland annat att all sjukskrivning förutsätter en bra dialog med individen och bedömningar ska göras med respekt för individens integritet och unika förhållanden och att bedömningen ska vara tydlig, transparent och begriplig för individen. Socialstyrelsen betonar sjukskrivning som en aktiv åtgärd som ska innehålla ett tydligt syfte och att berörda aktörer har ett ansvar för att verkningfulla åtgärder och rehabiliteringsalternativ erbjuds. Bedömning av individens arbetsförmåga utgår från att det finns information om arbetsuppgifterna och vilka krav arbetet ställer på individen. Socialstyrelsen anger att det är viktigt att läkaren begränsar sin bedömning till det som han eller hon verkligen kan bedöma och ta ansvar för (Socialstyrelsen, 2012).

I Sverige har läkaren uppgiften att bedöma om individen har en sjukdom/ eller skada, ställa diagnos, bedöma behovet av kompletterande utredningar och vilken medicinsk behandling och rehabilitering individen behöver. (Alexanderson m.fl., 2013a; SBU, 2003). Läkaren ska bedöma om och på vilket sätt sjukdomen nedsätter individens arbetsförmåga genom att klargöra vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som individen har i förhållande till de krav som ställs i individens arbete, alternativt på övriga arbetsmarknaden. (Socialstyrelsen, 2012; SOU, 2010; Alexanderson m.fl., 2005; SBU, 2003). Läkaren ska tillsammans med individen ta ställning till sjukskrivningens nivå och längd samt om behovet av kontakt med arbetsplatsen fordras eller med andra aktörer (Socialstyrelsen, 2012, Alexanderson, 2013a). Läkare har också ansvar för att utfärda läkarintyg och utlåtanden (i enighet med

Patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrift om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården SOSFS 2005:29). Vidare ska läkaren dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14).

I tidigare forskning har det framkommit att många läkare anser att arbetet med sjukskrivning är problematiskt (Gerner & Alexanderson, 2009; von Knorring m.fl. 2008; Löfgren m.fl. 2007) och att det även upplevs som ett arbetsmiljöproblem (Ljungquist m.fl., 2013; 2012). Arbetet med sjukskrivning är komplext och kräver oftast samverkan mellan flera intressenter (Kießling & Arrelöv, 2012). Många läkare anger att det uppstår problem i samband med att de ska utfärda intyg för sjukskrivning (Swartling m.fl., 2008; von Knorring m.fl., 2008) och att bedömning och prognostisering av arbetsförmågan uppfattas som särskilt svårt (Alexanderson m.fl., 2013a; Ljungquist m.fl., 2012; Engblom m.fl., 2011). Studier har visat att de flesta läkare i primärvården arbetar med sjukskrivningsfrågor varje vecka (Hörnqvist Bylund. m.fl., 2012; Löfgren m.fl. 2007). Särskilda svårigheter har framkommit för primärvårdens läkare i arbetet med sjukskrivna (Ljungquist m.fl., 2012; Swartling m.fl., 2007). I primärvården möter läkaren osorterad, obearbetad ohälsa och sjukdomsbilden kan vara svår att tyda. Detta ställer krav på att avgöra om individens problem ska hanterats som ett ohälsoproblem inom hälso- och sjukvården (Hultgren, 2007). Engblom och medarbetare har identifierat åtta kategorier av sjukskrivningsdilemman som allmänläkarna kan ställas inför i konsultationen av sjukskrivning (Engblom m.fl., 2010). Till exempel uppstod dilemman när läkaren uppfattade att individens problem inte var av medicinsk karaktär, utan borde handläggas av annan aktör. Andra exempel var när läkaren uppfattade frågan om sjukskrivning som en ren beställning, eller bedömde att åtgärden sjukskrivning kunde skada individen eller att läkaren bedömde att individens resurser är så begränsade att krav på fortsatt rehabilitering kunde vara till skada (Engblom m.fl., 2010).

Läkarintygen som utfärdas i samband med sjukskrivning utgör individens bevismedel för att arbetsgivare och Försäkringskassan ska kunna avgöra rätten till ersättning (Vahlne Westerhäll m.fl., 2009). Intyget ska också kommunicera information som kan användas i planeringen av behandling, rehabilitering och ge signaler om eventuellt behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Införandet av rehabiliteringskedjan 2008 med fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga innebar bland annat ökade krav på informationen som ska förmedlas via läkarintygen, eftersom vad arbetsförmågan ska relateras till förändras över tid. Tidigare studier och rapporter (Försäkringskassan 2013a; 2012a; 2011; 2009; Nilsing m. fl. 2011; Inspektionen för socialförsäkringen, 2011; Riksrevisionen, 2009; Söderberg & Alexanderson, 2005) har påvisat

kvalitetsbrister i läkarintygen, framför allt när det gäller information om funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning samt mot vilka arbetsuppgifter arbetsförmågan är bedömd. Nilsing m.fl. (2014) har visat att få läkarintyg innehåller uppgifter om tidig rehabilitering, vilken författarna tolkat som att rehabiliteringsbehovet inte var identifierat när intyget skrevs. Trots vissa förbättringar på området de senaste åren, saknas ofta information om vilka aktivitetsbegränsningar individens sjukdom medför och som har betydelse för arbetsförmågan (Nilsing m.fl., 2012; Försäkringskassan, 2013a) vilket ses som ett viktigt område att förbättra (Skånér m.fl., 2013). Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU, (Johansson & Nilsson, 2008) har analyserat sambandet mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro. Enligt beräkningar som redovisas i rapporten innebar ett kompletteringsbehov av ett läkarintyg en förlängning av sjukfrånvaron med 30 procent, vilket i genomsnitt var ca 22 dagars längre tids sjukfrånvaro. Två potentiella förklaringar till detta anges, dels att kompletteringen blir en bromskloss för hela sjukskrivningsprocessen med försening i rehabiliteringen och dels att det kan innebära ett stressmoment för den individ som ansöker om sjukpenning och som inte får besked. En åtgärd som syftade till att effektivisera hanteringen och öka kvaliteten på läkarintygen var att utöka den elektroniska informationsöverföringen (Socialdepartementet och Sverige Kommuner och Landsting, 2013). Vårdgivare har sedan hösten 2011 möjlighet att elektroniskt överföra läkarintygen för sjukskrivning till Försäkringskassan (Socialdepartementet och Sverige Kommuner och Landsting, 2009). Från 2012 har vårdgivarna också möjlighet att ansluta sig till en elektronisk funktion för frågor och svar mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i ärenden kopplade till läkarintyget.

En ytterligare faktor som kan påverka individens sjukskrivningsprocess är upplevelsen av bemötandet från olika aktörer (Müssener, 2012; Müssener m.fl., 2008a; 2008b; Östlund m.fl., 2001). Det är således inte enbart hälso- och sjukvårdens insatser med behandling och rehabilitering som avgör arbetsåtergång utan även vårdpersonalens bemötande av individen (Lynöe m.fl. 2011a; Svensson m.fl., 2006). Känslan av att vara förfördelad genom likgiltighet och respektlöshet i mötet med vården förhindrar återgång i arbete (Wessel m.fl., 2013) medan känslan av stöd, att bli trodd och lyssnad på kan underlätta återgång till arbete (Müssener m.fl. 2008a; 2008b; Östlund m.fl., 2001). Den sjukskrivnes upplevelse av delaktighet i processen är viktig för att rehabiliteringen ska lyckas (Hansen Falkdal, 2005) och ska därför eftersträvas i arbetet med sjukskrivna (Socialstyrelsen, 2012).

Ett problemområde inom hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivningsprocessen är bristande samverkan (Alexanderson m.fl., 2005). Samverkan krävs internt mellan yrkesgrupper, mellan olika kliniker och specialister samt extern samverkan som behövs med andra aktörer som Försäkringskassa, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling, och kommuners socialtjänst (Ståhl m.fl., 2010; Loisel m. fl., 2005). Tidigare studier har pekat på att inom hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar kan rehabiliteringspersonal och/eller team stödja läkarens bedömning (Socialstyrelsen, 2012; Stigmar m.fl., 2010; Ståhl m.fl. 2009; Wynne-Jones m.fl., 2010). Mannelqvist m.fl. (2010) fann i en studie av intyg inom sjukförsäkringen att framför allt teambedömningar och intyg utfärdade av arbetsterapeut eller fysioterapeut bedömdes vara av god eller mycket god kvalitet. I en svensk intervjustudie med allmänläkare (Carlsson m.fl., 2015) framkom att ett ökat internt samarbete kan underlätta för läkaren att göra bedömningar av arbetsförmåga och sjukskrivning.

Hälso- och sjukvårdens bedömningar av arbetsförmåga genomförs ofta utan att utreda faktiska arbetsförhållanden (Nilsing, m.fl., 2013; Ståhl m.fl., 2011b). Denna brist kan bero på att det saknas samverkansstruktur mellan primärvård, företagshälsa och arbetsgivare (Ståhl m.fl., 2011a). Även om personalen inom primärvården anser att samverkan med andra aktörer är viktigt, så kan det vara svårt att realisera (Nilsing m.fl., 2013). I den parlamentariska Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande ”Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21) framhålls att hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar är vidare än medicinsk rehabilitering och ska inriktas mot att hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete. Därför föreslås tidiga kontakter med arbetsgivare och en mer effektiv samverkan (SOU 2015:21.) Denna komplexitet med olika aktörer i sjukskrivningsprocessen innebär att det finns ett behov av koordinering (MacEachen m.fl., 2006). Hösten 2013 presenterades en nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, det så kallade ReKoord-projektet (Hansen Falkdal m.fl., 2013). Den samlade bedömningen i denna utredning var att funktionen koordinator har många positiva effekter på patienters rehabilitering och för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivna samt för samverkan med externa aktörer. Tidigare studier har också pekat på att samarbete och koordinerande åtgärder är framgångsfaktorer för ökad återgång i arbete (Schandelmaier m.fl., 2012; Inspektionen för socialförsäkringen, 2011; Kärrholm m.fl. 2008). Många landsting och regioner har infört koordinatörer i primärvård för arbetet med sjukskrivna (Hansen Falkdal m.fl., 2013). Koordinatorers ansvarsområden ser olika ut i olika delar av landet, men de flesta landsting strävar mot att koordinatören ansvarar för att vara stöd till patienten ombesörja intern

koordinering samt fungera som kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer (SKL 2015). I överenskommelsen för sjukskrivningsmiljarden 2014-2015 (Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting, 2013) rekommenderas alla landsting att utveckla en funktion för koordinering för effektiv samverkan kring kvinnor och män i sjukskrivningsprocess. Vidare framhålls att koordinatören ska ha en bred förankring inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i processen.

Flera undersökningar har visat att tidiga interventioner underlättar återgång i arbete (Gabbay m.fl., 2011; van Oostrom m.fl., 2009; Hansen Falkdal, 2005). Individens egen tro på sin arbetsförmåga har visat sig kunna predicera återgång i arbete (Hansen Falkdal m.fl., 2006; Ekbladh m.fl., 2004). Lång sjukskrivningstid kan påverka individens kompetens och motivation vilket i sin tur kan leda till att det blir allt svårare att återgå i arbete (Briand m.fl., 2007; Labriola & Lund, 2007). Individens möjligheter att kunna arbeta har ett högt värde och upptar en stor del av den vuxna människans tid (Haveney & Pentland, 2010). Samhällets skyldighet att upprätthålla och understödja arbetslinjen och målet om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763) innebär att den enskilde i sin sjukskrivningsprocess ska ges rätta vårdinsatser och tillräckligt med stöd för återfå arbetsförmågan. För att så snart som möjligt identifiera individens behov av åtgärder krävs bedömning i ett tidigt skede.

Arbetsterapi

Enligt yrkesorganisationen Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter beskrivs arbetsterapi som en länk för att stödja den som är begränsad i sin aktivitet till ett aktivt liv i vardagen. Vid sjukdom eller skada ska arbetsterapi främja individens möjligheter att komma tillbaka till skola eller arbete och att sköta sig själv och sitt hem. Arbetsterapi kan också vara förebyggande. Arbetsterapi grundar sig bland annat på antaganden om att människan kan påverka sin hälsa genom aktivitet och delaktighet och att människans hälsa kräver en balans mellan aktivitet och vila (Kielhofner, 2008; Wilcock, 2006).

Inom arbetsterapin ligger fokus på hur mänsklig aktivitet påverkar individen i olika situationer i livet, och aktiviteternas betydelse för hälsa och välbefinnande. Vad människor gör i sin vardag samvarierar med deras mående och hälsa (Eklund, 2010). En viktig vetenskaplig bas för arbetsterapi är aktivitetsvetenskap (Yerxa, 1993) som studerar människan i aktivitet (Argenzzell & Leufstadius, 2010). Aktiviteter ger oss färdigheter som är viktiga för människors överlevnad

och för en god hälsa (Wilcock, 2006). Människans livsstil och val av aktiviteter påverkar individens potential att må bra och ha ett tillfredsställande liv (Christiansen & Townsend, 2010). Alla människor måste ingå i ett socialt sammanhang och individens aktivitet utgör en väsentlig del för individens möjligheter att vara delaktig i samhället (Christiansen & Townsend, 2010).

Mänsklig aktivitet är komplext, då den kan ha olika mening och syfte för individen (Fisher, 2009). Olika typer av aktiviteter kan upplevas som meningsfulla, beroende av i vilken livsfas individen befinner sig (Erlandsson & Persson, 2015). Vidare är en aktivitets värde en viktig förutsättning och potentiellt närvarande i varje aktivitet (Erlandsson & Persson, 2015; Persson m.fl., 2001).

Model of Human Occupation, MoHO, (Kielhofner, 2008) är en frekvent använd teori för att förstå vad som motiverar och hur individer väljer, organiserar och åtar sig olika aktiviteter. Grundantagandet i MoHO utgår från att människan är ett dynamiskt system som utgörs av tre samverkande system; vilja, vanor och kapacitet i utförande. Viljesystemet bygger på personliga värderingar, intressen och självkännedom, vilket påverkar motivationen. Vanesystemet utgörs av vanor och roller som stödjer organiseringen av aktivitetsmönster eller rutiner. Kapacitet i utförande syftar både till förmågan att utföra aktiviteter genom objektiva fysiska och mentala komponenter och till den subjektiva erfarenheten av sina förmågor. Kielhofner pekar också på den fysiska och den sociala miljöns betydelse, vilket ofta är kritiska dimensioner som både kan stödja och störa individens möjlighet till aktivitet.

I den arbetsterapeutiska litteraturen framhålls ofta aktivitetsbalans som ett grundantagande för människors hälsa (Townsend & Polatajko, 2007). Kopplingen balans och hälsa återfinns inom vissa hälsoteorier där hälsa beskrivs utifrån att individens repertoar är adekvat i förhållande till dennes målprofil (Hermerén, 1995). Kielhofner understryker vikten av balans mellan olika aktivitetskategorier personlig vård, produktivitet och fritid. Wagman m.fl. (2012) visar att balans i livet och aktivitetsbalans är skilda begrepp. Aktivitetsbalans är en del av balans i livet och handlar om rätt mängd och rätt variation av aktiviteter (Wagman m.fl., 2012). Wagman beskriver tre perspektiv på aktivitetsbalans; i relation till aktivitetsområden; i relation till aktivitetens egenskaper och karaktär samt i relation till tidsanvändning (Wagman m.fl., 2012). Håkansson och Ahlberg (2010) visade att för yrkesarbetande kvinnor var det viktigt för hälsan att aktiviteterna upplevdes meningsfulla och att deras tid och energi räckte till lönearbete men också till fritidsaktiviteter och till hem och familj. För de yrkesarbetande männen var förmågan att hantera arbetets krav den viktigaste

faktorn för deras hälsa. Författarna Håkansson och Ahlborg (2010) konstaterade att det är viktigt att överväga den sammanlagda erfarenheten av aktiviteter i dagligt liv för att främja god hälsa både för kvinnor och män.

Hälsan och arbetsförmågan kan således påverkas av individens livssituation och totala aktivitetsmönster, som innehåller bland annat vanor och rutiner. Det kan därför finnas behov att kartlägga individens alla aktivitetsområden i relation till aktuella omgivningsfaktorer när beslut om sjukskrivning och rehabilitering ska göras (Eklund & Erlandsson 2014; Erlandsson, m.fl., 2012; Håkansson & Ahlborg, 2010; Ekbladh, 2008; Kaiser, 2006; Holmgren & Dahlin Ivanoff, 2004). Forskning inom arbetsterapi har påtalat behovet av kunskap och adekvata metoder för bedömning av arbetsförmåga (Ekbladh, 2008; Sandqvist, 2007). En viktig förutsättning för val och genomförande av interventioner som stödjer individens arbetsförmåga och arbetsåtergång är valida, reliabla och teoretiskt förankrade bedömningsinstrument (Ekbladh, 2008). Inom arbetsterapeutisk forskning har bedömningsinstrument utarbetats och utveckling pågår av metoder för utvärdering av arbetsförmåga (Wästberg m.fl., 2012; 2009; Ekbladh, 2008; Sandqvist, 2007; Lindahl, 2007).

Idé till intervention

Arbetsterapeuter bedömer personers förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. En sådan aktivitetsbedömning skulle kunna utgöra ett komplement och stödja läkaren i sjukskrivningssammanhang. Som tidigare nämnts, utgör bedömningen av aktivitetsbegränsning en central del i läkarintyget och i bedömningen av arbetsförmåga. Ett klargörande av individens dagliga aktiviteter och aktivitetsbegränsningar både i vardagen och i arbetet är viktigt för planering av rehabilitering och för att ta vara på den förmåga till att utföra aktivitet som individen har (Socialstyrelsen, 2012). Patienter som sjukskrivs vid hälsocentraler i primärvården skulle i större omfattning kunna erbjudas möte med hälsocentralens arbetsterapeut för en kompletterande bedömning. Arbetsterapeuter kan bedöma patientens eventuella aktivitets- och arbetsrelaterade problem och dokumentera detta i journalen. När läkaren ska ta ny ställning om sjukskrivning och eventuella rehabiliteringsåtgärder kan tillgång till en sådan bedömning ge stöd till sjukskrivande läkare. Denna intervention innebär ett nytt arbetssätt som ska ha fokus på; att tillgodose patienternas behov, att ha god kvalitet på informationen i läkarintygen för sjukskrivning, att

identifiera behov av rehabilitering, att underlätta läkarens arbete med sjukskrivningar och att motverka långa sjukskrivningsperioder.

Implementering

Införandet av nya metoder för bedömning och behandling i en verksamhet kallas för implementering. I vardagsspråk används snarare ord som ”genomföra”, ”förverkliga”, ”få till stånd” eller ”sätta i sjön”. Andra förklaringar av ordet implementera kan vara att införa och sätta nya idéer i bruk, använda en metod i praktiken eller realisera eller sätta planer och idéer i verket (Guldbrandsson, 2007).

För att lösa problem inom en verksamhet kan idéer om nya metoder och arbetssätt uppstå. För att utvärdera en ny metod är främst två kriterier viktiga 1) *Fungerar den?* och 2) *Är den användbar?* (Nordin, 2011). För att pröva om en metod fungerar genomförs ofta studier under renodlade former och därmed studeras metodens ”efficacy”/inre validitet. Nackdelen med denna typ av forskning är att resultaten ofta kan vara svåra att överföra till praktik. Orsakerna kan bero på verksamhetens oförmåga att ta till sig och använda ny kunskap men det kan också bero på att forskningens genomförande inte är i samklang med verksamhetens vardag och därmed har svag ”effectiveness”/yttre validitet. (Nilsen, 2011).

När en intervention ska implementeras kan resultatet av införandet utvärderas i två typer av implementeringsutfall. Det ena är resultaten av utförandet som kallas ”outputs” vilket avser t.ex. om personal i praktiken använder sig av interventionen. Detta kan värderas i termer som; om användarna upplever metoden som tillfredsställande (acceptability), om den passar in hos användarna och miljön (appropriateness), om den kan utföras i en viss miljö (feasibility), om den används (adoption/uptake) och användarnas trohet till metoden (fidelity) (Nilsen, 2014). Den andra typen av implementeringsutfall är resultatet för den implementerade metodens målgrupp som kallas ”outcomes” vilket t. ex. kan vara patienter eller medborgare (Bohlin, 2014; Nilsen, 2014).

För att kunna pröva nya interventioner inom hälso- och sjukvården som sedan kan användas i den kliniska vardagen krävs en praktikbaserad forskning (Nilsen, 2011). För att kunna avgöra om interventionen får avsedd effekt för dess målgrupp måste också interventionens användbarhet utvärderas. Inom implementeringsforskningen har ett antal olika ramverk utvecklats i syfte att analysera betydelsen av olika faktorer och förhållanden som kan påverka

implementeringsprocessens utfall (Nilsen, 2014). Ramverkens förklaringsfaktorer betecknas vanligen som determinanter och omfattar både hindrande och underlättande faktorer. Ett exempel på ett sådant determinantramverk är ”Consolidated Framework for Implementation Research”, CFIR (Damschroder m.fl., 2009).

CFIR är ett ramverk som innehåller konstruktioner från flera befintliga teorier som satts samman till en lista med determinanter. Dessa determinanter är grupperade i fem större domäner: interventionens egenskaper, den yttre miljöns egenskaper, den inre miljöns egenskaper, strategin för implementeringsprocessen och egenskaperna hos de individer som är inblandade, det vill säga användarna. Egenskaperna hos interventionen inrymmer dess källa, giltighet, fördelar och anpassningsmöjligheter. Den yttre miljöns egenskaper innehåller patienternas behov, om dessa är kända och prioriterade samt externa policys och incitament. Den inre miljöns egenskaper innefattar struktur, organisation, kultur och implementeringsklimat. Användarnas egenskaper innehåller attityder till interventionen som prövas, deras tilltro till sin förmåga och hur de identifierar sig i organisationen. Implementeringsprocessens strategi och effektivitet innebär hur implementeringen planerats, grader av engagemang i organisationen, formella och informella ledare, samt möjligheter till reflexion och utvärdering under processens gång. CFIR kan användas för att analysera den kontext i vilken implementeringen skett, utvärdera processen och som stöd för att klargöra forskningsresultat eller initiativ till kvalitetsförbättringar.

Motiv för avhandlingen

Inom primärvården är arbete med sjukskrivna vanligt förekommande. Personal inom primärvården har en viktig roll i att stödja individen till god hälsa och främja individens möjlighet att kunna arbeta. Bedömning och identifiering av individens behov och förutsättningar bör ske i ett tidigt skede.

Allmänläkaren i primärvården bär ett tungt ansvar i arbetet med sjukskrivna. Först och främst ska de fastställa om sjukdom föreligger och genom bedömning av individens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar avgöra om och hur arbetsförmågan är nedsatt. Informationen från bedömningarna ska kommuniceras via läkarintyg, vilka är avgörande för individens rätt till ersättning och kan också påverka arbetsgivarens och Försäkringskassans rehabiliterande insatser. Läkarens bedömning ska även identifiera behovet av eventuell medicinsk behandling och rehabilitering. Arbetet med sjukskrivna innebär också

behov av samverkan med interna och externa aktörer. Flertal rapporter och studier har visat på att läkare anser delar av arbetet med sjukskrivna som problematiskt.

En tänkbar lösning för att förbättra arbetet med sjukskrivna och för att stödja läkarna är att i större utsträckning engagera övriga yrkesgrupper som finns i primärvården. Arbetsterapeuter, med sin kunskap om aktivitet och aktivitetsutförande, kan vara en sådan profession. Det saknas kunskap om hur arbetsterapeuten kan bidra med sina bedömningar och vara en samarbetspartner i primärvårdens vidareutveckling av arbetet med sjukskrivna. Kunskap om läkarintygens kvalitet och hur primärvårdens personal skapar tillfredställande möten med sjukskrivna individer, är andra viktiga komponenter. Denna avhandling kan visa på möjligheter till hur samarbetet med och kring de sjukskrivna kan förbättras i primärvården och ge kunskap om förbättringar avseende bedömning, bemötande och kommunikation.

Syfte med avhandlingen

Det övergripande syftet med avhandlingen är att skapa ett underlag för hur primärvårdens arbete med sjukskrivningsprocessen kan förbättras och hur arbetsterapeutisk bedömning av aktivitetsförmåga kan användas inför ställningstagande om sjukskrivning och rehabilitering.

Specifika syften

Att utforska arbetsterapeuters och läkares syn på arbetsförmåga och de båda professionernas erfarenheter av bedömning av arbetsförmåga (Studie I).

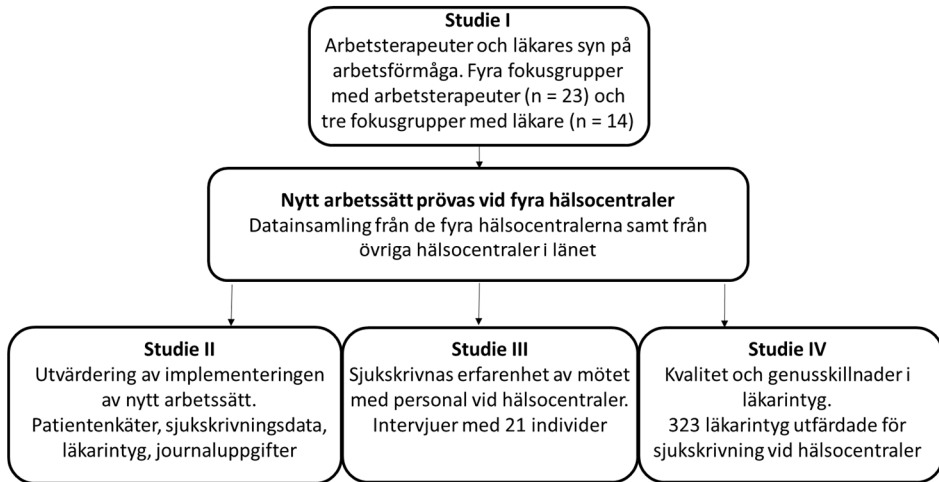
Att utvärdera genomförbarheten och effekten av en intervention där arbetsterapeuter medverkar i bedömningen av arbetsförmågan för sjukskrivna personer (Studie II).

Att undersöka vad sjukskrivna patienter uppfattar som viktigt i mötet och kontakten med professioner inom primärvården och att analysera vad de ser som betydelsefulla komponenter för återgång till arbete (Studie III).

Att utvärdera kvaliteten i läkarintyg som är utfärdade i primärvård samt att undersöka om patientens eller läkarens kön har betydelse för informationen i intygen (Studie IV).

Material och metoder

Avhandlingen omfattar fyra delstudier. Den första delstudien var explorativ där kvalitativa data insamlades. Utifrån den första studiens resultat i kombination med forskning om läkares problem med sjukskrivningsarbetet (Gerner & Alexanderson, 2009; von Knorring m.fl., 2008; Swartling m.fl., 2008; 2007; Löfgren m.fl. 2007) och arbetsterapeutisk forskning inom området bedömning av arbetsförmåga och arbetsrehabilitering (Ekbladh, 2008; Sandqvist, 2007; Hansen Falkdal, 2005) formulerades en metod för ett nytt arbetssätt. Detta arbetssätt skulle främja ett ökat samarbete mellan läkare och arbetsterapeut. Arbetssättet prövades i projektform under tio månader vid fyra hälsocentraler (=interventionshälsocentraler) i Västerbotten. Under projektets genomförande insamlades sjukskrivningsdata, läkarintyg och patientenkäter, både från interventionshälsocentralerna och andra hälsocentraler i Västerbottens län. Intervjuer genomfördes med patienter, läkare och arbetsterapeuter. Projektet genomfördes i de deltagande hälsocentralernas ordinarie pågående verksamhet i en primärvårdskontext. Den insamlade datan under projektens gång har använts för delstudierna II-IV, figur 5.



Figur 5. Översikt av avhandlingens delstudier.

Delstudie I

Studiedesign

En kvalitativ metod med fokusgrupper (Dahlin Ivanoff, 2006; Kreuger & Casey, 2000; Kitzinger, 1994) användes för delstudie I, i avsikt att inhämta information om hur arbetsterapeuter och läkare ser på begreppet arbetsförmåga och professionernas erfarenheter av att bedöma arbetsförmåga.

Fokusgrupp är en form av gruppdiskussion där deltagarna samtalar om sina erfarenheter, uppfattningar och åsikter kring ett visst ämne som valts av forskaren. Fokusgruppen leds av en moderator och grupprocessen uppmuntrar deltagarna att uttrycka sina åsikter och synpunkter men även varför de tror på ett visst sätt. Fokusgrupper främjar till diskussion mellan deltagarna, som kan generera fler tankar och idéer och därigenom erhålls olika aspekter på ett valt ämne. Metoden bygger på att deltagarna i en utvald grupp är aktiva medarbetare i generering av ny kunskap och förståelse (Dahlin Ivanoff, 2006; Kreuger & Casey, 2000;.Kitzinger, 1994)

Undersökningsgrupp/Studie population, delstudie I

Undersökningsgruppen bestod av sju fokusgrupper. I fokusgrupperna ingick 23 yrkesverksamma arbetsterapeuter från norra Sverige, nio allmänläkare anställda inom primärvård i norra Sverige och fem läkare som hade uppdrag som försäkringsmedicinska rådgivare, FMR (tidigare försäkringsläkare). Gruppindelningen av deltagarna gjordes strategiskt så att deltagarna i gruppen hade sitt yrke- och arbetsområde gemensamt i syfte att skapa en öppen och tillåtande atmosfär. Via mail utgick förfrågan och inbjudan om att delta. Tretton arbetsterapeuter verksamma inom primärvård i Västerbotten och Norrbotten, inbjöds varav 11 tackade ja till att delta, (grupp 1 och grupp 2). Tio arbetsterapeuter som arbetade inom Arbetsförmedlingen, inbjöds varav sju accepterade (grupp 3). Fem arbetsterapeuter verksamma i tjänsteföretag inom arbetsrehabilitering tillfrågades och bildade grupp 4 (tabell 1). Arton allmänläkare anställda inom primärvård i norra Sverige kontaktades varav nio kunde medverka och utgjorde underlag för grupp 5 och 6. Via Försäkringskassans ledning kontaktades, sex försäkringsmedicinska rådgivare, varav fem tackade ja till att delta och bildade den sjunde fokusgruppen (tabell 1).

Metod

Tabell 1. Bakgrundsdata för arbetsterapeuter ($n=23$) och läkare ($n=14$) i fokusgrupperna.

	Arbetsterapeuter				Allmänläkare		FMR ¹
	Grupp 1 ($n=6$)	Grupp 2 ($n=5$)	Grupp 3 ($n=7$)	Grupp 4 ($n=5$)	Grupp 5 ($n=4$)	Grupp 6 ($n=5$)	Grupp 7 ($n=5$)
Kvinnor	6	5	6	5	2	2	1
Män	0	0	1	0	2	3	4
Ålder (Range), år	46-52	44-54	30-58	35-52	40-63	40-59	46-64
Tid i yrket (Range), år	13-30	16-33	1-26	1-27	9-40	8-23	16-33
Vidareutb i arbetsrehab	1	1	5	2	-	-	3

¹ Försäkringsmedicinska rådgivare

Datainsamling procedur och material, delstudie I

Forskargruppen utformade en intervjuguide som användes vid fokusgrupperna. Intervjuguiden innehöll frågor om vad begreppet arbetsförmåga innebär, faktorer som påverkar arbetsförmågan och erfarenheter av och tankar om bedömning av arbetsförmåga. Fokusgrupperna med arbetsterapeuter genomfördes under våren 2008 och fokusgrupper med läkare under hösten 2008, ett tillfälle för varje grupp. Varje deltagare hade fått skriftlig information om syftet med studien före fokusgruppsammansamlingen. Deltagarna hade i förväg fyllt i ett formulär med frågor om; kön, ålder, arbetsgivare, tid de arbetat i sitt yrke och om de hade någon form av vidareutbildning inom arbetsrehabilitering. Tid och plats för fokusgruppsdiskussioner anpassades utifrån deltagarnas önskemål. Sessionerna hölls på en neutral plats t.ex. ett konferensrum på ett hotell eller i konferensrum på universitet. Deltagarna informerades om att gruppdiskussionen skulle spelas in, att materialet från fokusgruppen skulle behandlas konfidentiellt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan närmare motivering.

Samtliga fokusgrupper modererades av mig (MS) med hjälp av någon ur forskargruppen, som fungerade som observatör och var ansvarig för inspelningarna av gruppdiskussionerna. Moderator introducerade frågorna och ämnen som diskuterades och såg till att alla deltagare kom till tals och deltog i diskussionerna. I strävan att vara så öppen som möjligt för deltagarnas perspektiv följdes inte intervjuguiden strikt, men moderatorn såg till att samtliga delar från intervjuguiden diskuterades. Sessionernas längd varierade mellan 60 till 90 minuter. Moderatorn och observatören gjorde tillsammans en kort summering av diskussionen efter att fokusgruppsdiskussionen avslutats.

Inspelningarna från gruppdiskussionerna transkriberades ordagrant av mig (MS).

Delstudie II-IV

Studiedesign

Ett nytt arbetssätt implementerades i primärvårdsverksamhet och prövades under hösten 2010 och våren 2011. Detta arbetssätt innehöll en intervention där arbetsterapeuter medverkar i bedömningen av arbetsförmågan för sjukskrivna personer.

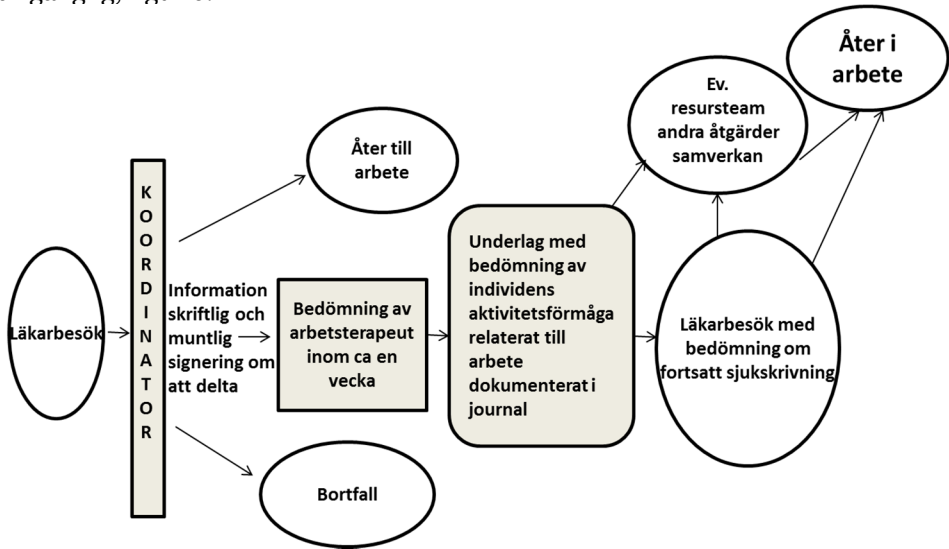
Rekryteringsprocess av deltagande hälsocentraler

Tänkbara hälsocentraler inom Västerbottens län identifierades genom att studera hälsocentralernas befolkningsunderlag och sjukskrivningsdata. Följande inklusionskriterier skulle uppfyllas för att en hälsocentral skulle bli aktuell för att prova arbetssättet; hälsocentralen skulle, i jämförelse med andra hälsocentraler i länet, inte ha extremt få eller extremt många sjukskrivna och det skulle finnas ett intresse hos hälsocentralens arbetsterapeut, läkare och verksamhetschef att pröva arbetssättet. Projektidén presenterades för arbetsterapeuter verksamma vid hälsocentraler i länet. Arbetsterapeuterna fick i uppgift att tillsammans med sin verksamhetschef och hälsocentralens läkare överväga om de hade förutsättningar för och intresse av att pröva arbetssättet. Fyra hälsocentraler som uppfyllde kriterierna för sjukskrivningsdata och var intresserade, rekryterades att delta. Dessa representerade både stads- och landsbygdsregioner och var av varierande storlek. Projektledaren (MS) besökte hälsocentralerna och presenterade arbetssättet för läkargruppen, arbetsterapeuten och verksamhetschefen. En överenskommelse om ersättning för arbetsterapeuternas medverkan och tidpunkt för start träffades mellan verksamhetscheferna och projektledningen. Resurstillskottet fördelades utifrån antal listade personer vid respektive hälsocentral.

Beskrivning av arbetssättet

Arbetssättet innebar att arbetsterapeuten skulle involveras tidigt i sjukskrivningsprocessen genom att sjukskrivna patienter erbjöds möte med arbetsterapeut för en kompletterande bedömning av aktivitetsförmågan, relaterat till arbete. Alla patienter som sjukskrevs, förutom om sjukskrivningen var på grund av "akut infektion" eller "graviditetsbesvär", meddelades till rehabiliteringskoordinator på den aktuella hälsocentralen. Koordinatorn

ansvarade för att ge patienterna såväl muntlig som skriftlig information om interventionen. De patienter som valde att delta undertecknade ett samtycke och bokades för ett besök hos arbetsterapeuten. Genom intervju, observation och patientens självskattning undersökte arbetsterapeuten patientens resurser och hinder för att arbeta. Här ingick att utreda; patientens aktuella arbetsuppgifter och dess krav och eventuella anpassningsmöjligheter, patientens egen uppfattning om sin arbetsförmåga och aktivitetsutförande samt patientens möjligheter att återgå till arbete utifrån de psykosociala och miljömässiga faktorerna i arbets- och livssituation. I de fall läkare och/eller arbetsterapeut bedömde behov av insatser från andra professioner blev dessa inkopplade. Arbetsterapeutens bedömning dokumenterades i patientjournal. När patienten kom på återbesök och läkaren skulle ta ställning till eventuell fortsatt sjukskrivning och eventuella andra insatser, fanns arbetsterapeutens bedömning tillgänglig, figur 6.



Figur 6. Processbeskrivning av arbetssättet.

Stöd till deltagande hälsocentraler

Tre halvdagarsseminarier genomfördes med de deltagande arbetsterapeuterna vid projektets början. Utifrån vad som framkommit om bedömningsinstrument i studie I, enades deltagande arbetsterapeuter tillsammans med projektledaren (MS) om vilka instrument som kunde användas i en primärvårdskontext för aktuellt syfte. Projektledaren bistod med material för aktuella instrument.

Genom kurs som behandlade "Bedömning av arbetsförmåga" utbildades de medverkande arbetsterapeuterna. Denna kurs innehöll utbildning i användandet av bedömningsinstrumenten Assessment of Work Performance (Sandqvist, m.fl., 2006, 2008, 2009), Assessment of Work Characteristics, (www.fsa.se/Min-profession/MoHo/Oversikt/AWC/), Work Environment Impact Scale, (Ekbladh m.fl., 2014) och Worker Role Interview, (Ekbladh m.fl., 2010; 2004).

Projektledaren hade kontinuerliga möten med de deltagande arbetsterapeuterna. De första fyra månaderna träffades gruppen två gånger i månaden och därefter en gång i månaden. Vid sammankomsterna avhandlades: processen - hur patienter som sjukskrivs kommer till koordinators kännedom, bedömningens innehåll - instrument och metoder, terminologi och språkbruk (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, aktivitet och hälsa) samt dokumentation och informationsöverföring. Vid sammankomsterna diskuterades även oidentifierade patientfall med tonvikt på språkbruket kring dokumentationen av bedömning av aktivitet respektive aktivitetsbegränsning. Vidare diskuterades hur aktivitet/aktivitetsbegränsning förhåller sig till funktion/funktionsnedsättningar och hur detta är relaterat till aktuell diagnos. Vid två tillfällen medverkade en inbjuden arbetsterapeut från psykiatriska kliniken som delgav sin kunskap och erfarenhet om bedömning, instrumentanvändning och dokumentation i sjukskrivningsärenden.

Ett uppföljande möte med läkargrupperna genomfördes vid respektive hälsocentral (januari – februari, 2011) med uppdatering av arbetssättet, dess syfte och rutiner. Vid två av hälsocentralerna gavs också information om WHO:s internationella klassifikation av funktionstillstånd, aktivitet och hälsa (Socialstyrelsen, 2003) efter önskemål från några ur läkargruppen. Projektledaren genomförde uppföljande samtal med verksamhetscheferna vid respektive hälsocentral.

Undersökningsgrupper delstudie II-V.

Studie II

I delstudie II ingick de läkare och arbetsterapeuter som arbetade vid de fyra hälsocentraler där arbetssättet prövades. I delstudien ingick också 167 patienter som var sjukskrivna av läkare vid någon hälsocentral i Västerbotten (25 patienter från interventionshälsocentral och 142 från övriga hälsocentraler). Vidare ingick läkarintyg och arbetsterapeutens dokumentation för 57 individer från

Metod

interventionshälsocentraler och 266 läkarintyg från andra hälsocentraler samt sjukskrivningsstatistik från länets hälsocentraler (tabell 2, tabell 3).

Tabell 2. Antal deltagare från hälsocentralerna i respektive grupp samt data som insamlats för delstudierna II-IV.

	Fråge- formulär svar/utskick	Läkarintyg användbara/ inkomna	Genomförda intervjuer
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
Patienter interventions HC*	25/40	57/57	10
Patienter övriga HC*	142/335	266/338	11
Läkare	Ej aktuellt	Ej aktuellt	12
Deltagande arbetsterapeuter	Ej aktuellt	Ej aktuellt	4

* HC= Hälsocentral

Studie III

I delstudie III deltog 21 patienter, 15 kvinnor och sex män, som var eller nyligen hade varit sjukskrivna av en läkare vid en hälsocentral. Alla deltagare utom en var/hade varit sjukskrivna för muskuloskeletala besvär eller psykisk ohälsa. Arbetsområden som deltagarna var sjukskrivna från var arbeten inom skola, vård & omsorg, industri, administration och kulturarbete. Tre av deltagarna var sjukskrivna från att vara arbetssökande (tabell 4).

Studie IV

I studie IV ingick 323 läkarintyg som utfärdats av 146 olika läkare vid 29 olika hälsocentraler. Individerna som läkarintygen var utfärdade för var mellan 19- 64 år (medel 46 år) och 67 procent var kvinnor och 33 procent var män (tabell 5).

Datainsamling procedur och material, delstudie II-V.

Studie II

Frågeformulär skickades per post till 40 patienter från interventionshälsocentralerna tre månader efter kontakten med rehabiliteringskoordinatörerna. Efter tre och fem veckor skickades påminnelser till dem som inte svarat. Tjugofem patienter (63 %) från interventionsgruppen valde att besvara frågeformuläret, tabell 2. För att få ett jämförelsematerial skickades under samma tidsperiod även frågeformulär ut konsekutivt till patienter som hade sjukskrivits från andra hälsocentraler inom samma geografiska område. Rehabiliteringskoordinatörer från sex andra hälsocentraler förmedlade namn och adresser på personer som varit aktuella för sjukskrivning. Frågeformuläret sändes till 335 personer och med påminnelse efter tre veckor. Totalt valde 144 personer (43 %) från denna grupp att svara, tabell 2.

Frågeformuläret innehöll 28 frågor och var konstruerat av forskargruppen. De inledande frågorna gällde kön, ålder, utbildningsnivå, vilken hälsocentral de besökt, nivå av sjukskrivning och återgång till arbete eller återgång som arbetssökande. Därefter följde 18 frågor med fasta svarsalternativ som berörde kvaliteten och innehållet i mötet med hälsocentralen. Informanterna fick på en femgradig Likert-skala ange hur väl olika påståenden stämde med deras erfarenheter av mötet vid hälsocentralen i samband med sjukskrivning och rehabilitering t. ex. "Jag blev bemött på ett sätt som gjorde att jag kände mig respekterad", "Hälsocentralen har följt upp/genomfört det vi kommit överens om" och "Vid besöket/besöken samtalade vi om mina arbetsuppgifter". Till vissa av dessa frågor fanns möjlighet att ge egna kommentarer och kompletterande information. Informanterna fick också svara på vilka yrkesgrupper vid hälsocentralen de hade haft kontakt med. Frågeformuläret avslutades med tre öppna frågor om vad som hade påverkat individens rehabilitering under sjukskrivningsperioden, vad de var särskilt nöjda med och förslag till förbättringar. Totalt valde 131 personer (78 %) att svara på de öppna frågorna (22 personer från interventionshälsocentraler och 109 personer från övriga hälsocentraler). För bakgrundsdata på enkätens respondenter se tabell 3.

Metod

Tabell 3. Bakgrundsdata för de sjukskrivna personer som svarade på uppföljande frågeformulär (studie II).

	Patienter från intervention HC* <i>n = 25</i>		Patienter från övriga HC* <i>n = 142</i>	
Ålder				
Medel (Range) år	54 (37 – 64)		47 (27 – 63)	
Kön, antal (%)				
Kvinnor	19 (76)		100 (70)	
Män	6 (24)		42 (30)	
Utbildning, antal (%)				
Grundskola	2 (8)		26 (18)	
Gymnasieskola	11 (44)		66 (47)	
Högskola/Universitet	10 (40)		48 (34)	
Ej svarat	2 (8)		2 (1)	
Sjukskrivning, antal (%)	Vid HC-* besöket	När enkäten besvarades	Vid HC-* besöket	När enkäten besvarades
100 %	17 (68)	6 (24)	98 (69)	40 (28)
75 %	1 (4)	-	3 (2)	7 (5)
50 %	6 (24)	5 (20)	28 (20)	25 (18)
25 %	1 (4)	2 (8)	13 (9)	11 (8)
Inte sjukskriven	-	12 (48)	-	56 (39)
Ej svarat på frågan	-	-	-	3 (2)
Arbetsituation				
Återgått till arbete	9 (36)		36 (25)	
Återgått men inte heltid	6 (24)		28 (20)	
Återgått med förändring	1 (4)		17 (12)	
Räknar med att återgå	3 (12)		21 (15)	
Vill men kan inte	3 (12)		5 (4)	
Söker arbete	2 (8)		16 (11)	
Annat (pension, ej svar uppsagd, föräldraledig)	1 (4)		19 (13)	

*Hälsocentral

Rehabiliteringskoordinatorerna vid interventionshälsocentralerna förmedlade kodade, avidentifierade läkarintyg (FK 7263) och kodad avidentifierad kopia av arbetsterapeutens dokumentation på de patienter som blivit bedömda av arbetsterapeut och efter det fått ett nytt läkarintyg för sjukskrivning utfärdad. För att få ett jämförelsematerial till dessa läkarintyg hade under projektets gång tio handläggare anställda vid Försäkringskassan inom Västerbottens län i uppgift att två dagar i veckan (måndag och tisdag) ta fram inkomna läkarintyg för

sjukskrivning (FK7263), som utfärdats från övriga hälsocentraler i länet. Dessa intyg avidentifierades och sändes till projektledaren, tabell 2.

Hälsocentralernas sjukskrivningsdata hämtades ur Västerbottens läns landstings "Diver-system" vilket är en uttagsdatabas som i detta sammanhang utformats för att hämta in och analysera uppgifter ur patientjournalssystemet.

Efter att projektet avslutats djupintervjuades de fyra medverkande arbetsterapeuterna. Tjugotvå läkare vid interventionshälsocentralerna tillfrågades om att delta i en intervju och av dessa valde tolv läkare att medverka, tabell 2.

Studie III

Via frågeformuläret (delstudie II) tillfrågades patienterna om intresse för medverkan i en uppföljande telefonintervju för att delge sina erfarenheter av mötet med hälsocentralens personal. Patienter som besökt interventionshälsocentralerna (n=10) och andra hälsocentraler (n=11) intervjuades, tabell 4. Intervjufrågorna berörde "möten med personalen vid hälsocentralen", vilka yrkesgrupper de mött och upplevelsen av bemötandet. Vidare efterfrågades erfarenheter och tidsutrymme för att samtala om patientens besvär, arbete och hemsituation. Övriga frågeområden var: erfarenheter och upplevelser av stöd i sjukskrivning och rehabilitering; vad som kunde bidra till återgång i arbete; vilka insatser från hälsocentralen som de ansåg vara viktiga i processen att komma tillbaka i arbete. Frågorna formulerades för att uppmuntra till ett narrativt flöde och började med Hur upplevde du....? Kan du berätta om...? Vad anser du har...? Kan du beskriva på vilket sätt...? Tjugo patienter intervjuades via telefon och de fick möjlighet att bestämma en lämplig tidpunkt för intervjun. En av deltagarna hade önskemål om att bli intervjuad genom ett personligt möte, varför denna intervju genomfördes i dennes hem. Varje intervju varade mellan 20 och 60 minuter. Nitton av de 21 intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant av mig (MS). Två av intervjuerna kunde inte spelas in på grund tekniska problem och därför fördes anteckningar under och efter dessa två intervjuer.

Metod

Tabell 4. Bakgrundsdata för de intervjuade patienterna (studie III)

	Alla	Interventions HC	Övriga HC
Ålder			
Medel (Range), år	51 (27 – 64)	54 (37 – 64)	47 (27 – 63)
Kön, antal			
Kvinnor	15	6	9
Män	6	4	2
Utbildning, antal			
Grundskola	1	1	0
Gymnasium	10	4	6
Universitet	10	5	5
Sjukskrivning, antal			
100 %	5	1	4
50 %	5	3	2
0 %	11	6	5
Förekommande yrken och arbetsområden i gruppen	Administrativt arbete Arbetsökande Barn och utbildning (dagbarnvårdare, lärare, rektor) Egen företagare (ex. revisor, lantbrukare) Kantor Kokerska Service och försäljning Vård- och omsorgspersonal (undersköterska, boendehandledare, arbetsterapeut)		
Förekommande ohälsa i gruppen	Smärttillstånd i rygg, nacke och andra leder. Psykisk ohälsa som utmattningssyndrom och depressiv episod. Multipel skleros.		

Studie IV

De läkarintyg som insamlats, beskrivet under studie II, användes som dataunderlag för studie IV (tabell 5).

Analys och analysmetoder

För delstudie I och III användes kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Denna metod används för att tolka texter och beskriva variationer och mångfald i ett textinnehåll genom att identifiera skillnader och likheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Tolkningen kan variera i djup och i abstraktionsnivå genom manifest innehåll eller underliggande budskap. I den manifesta analysen beskrivs vad texten handlar om, det vill säga det synliga och uttalade. Det manifesta innehållet uttrycks ofta i kategorier. En djupare analys av texten sker genom tolkningen av det underliggande budskap som återkommer i texten och detta uttrycks ofta i teman (Graneheim & Lundman, 2004).

För statistiska analyser i delstudie II och IV användes Statistical Package for Social Sciences 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Studie I

Inspelningarna avlyssnades och utskrifterna lästes igenom upprepade gånger av mig (MS). Efter diskussion i forskargruppen identifierades meningsenheter med information som fokuserade på ämnet och bedömdes relevant. Varje meningsenhet kondenserades och materialet kodades. Koderna jämfördes och grupperades till preliminära kategorier, vars innehåll granskades och vissa kategorier sammanfördes därefter och underkategorier skiljdes ut. Slutligen framkom ett tema som genomsyrade materialets kategorier och underkategorier. Forskargruppen medverkade i de olika stegen i processen.

Studie II

Frågeformulär

Den andel patienter från interventionshälsocentraler som svarat instämmande d.v.s. ”Stämmer bra”, ”Stämmer i hög grad” och ”Stämmer helt” på de olika påståendena jämfördes med motsvarande andel patienter som besökt övriga hälsocentraler. Svaren från kvinnliga respektive manliga patienter jämfördes också. Pearsons chi-2 användes och testerna utfördes genom korstabeller och beräkning av förväntat värde. I de fall det förväntade antalet understeg fem användes Fisher’s Exact Test. Skillnader ansågs signifikanta vid p-värde ≤ 0.05 . Alla analyser har beräknats med dubbelsidiga tester. Svaren på de öppna frågorna

grupperades utifrån frågeområde och frågan om vad som påverkat individens rehabilitering sorterades utifrån positiva och negativa erfarenheter.

Sjukskrivningsdata

Medelvärde av antal sjukskrivna per 1000, antal korrigerade sjukdagar per 1000 och antal långa fall (fall över 90 dagar) per 1000 som var registrerade vid interventionshälsocentraler (n = 4) respektive övriga hälsocentraler (n = 30) för kvartal ett och två 2010 jämfördes med kvartal ett och två 2011. T-test användes för att undersöka om medelvärdet av sjukskrivningsdata för interventionshälsocentralerna skiljde sig från medelvärdet av sjukskrivningsdata från de övriga hälsocentralerna för första halvåret 2010 respektive första halvåret 2011.

Läkarintyg

Evaluering av läkarintygets kvalitet utfördes av en försäkringsspecialist på Försäkringskassan (se studie IV). Forskargruppen granskade den information som fanns om aktivitetsbegränsning i de läkarintyg som var utfärdade efter att arbetsterapeut genomfört bedömning. Textinnehållet från läkarintygen jämfördes med arbetsterapeutens dokumentation av sin aktivitetsbedömning.

Implementeringen

Som en del i att utvärdera interventionens genomförbarhet genomfördes analys arbetssättets implementering med stöd av determinantramverket "Consolidated Framework for Implementation Research", CFIR (Damschroder m.fl., 2009). CFIRs ramverk följdes steg för steg genom tolkning av hur determinanterna i de fem domänerna påverkat implementeringens utveckling. Analysen gjordes utifrån den information som fanns i interventionsprojektets plan, dokumentation från möten och memos skrivna av projektledaren (MS) under projektets genomförande. Uppgifter från intervjuer med deltagande arbetsterapeuter och läkare tillförde ytterligare reflexioner på implementeringen. Analystexten bearbetades och komprimerades för att därefter summeras.

Studie III

Meningsenheter med information som var relevant för forskningsfrågan identifierades och sorterades. Varje meningsenhet kondenserades och vid ett antal möten i forskargruppen kodades materialet och indelning i kategorier och underkategorier diskuterades och kalibrerades i gruppen. Genom ytterligare

abstraktioner kunde två teman formuleras som angav relationer mellan kategorierna. Under hela analysprocessen hölls en nära kontakt med de ursprungliga texterna tills dess konsensus i forskargruppen uppnåddes. Citat identifierades för att förtydliga och öka trovärdigheten. Slutligen skapades en modell som beskrev viktiga komponenter i sjukskrivna patienters gemensamma erfarenheter av deras kontakt med personal inom primärvården. För att öka tillförlitligheten kodades och diskuterades två intervjuer i studie III med en grupp forskare och doktorander som deltog i en forskarkurs i kvalitativ metod.

Studie IV

Evaluering av kvaliteten på den information som fanns i de läkarintyg som samlats in genomfördes under hösten 2012 av en oberoende försäkringsspecialist från Försäkringskassan. Denna försäkringsspecialist ingick i den grupp som utförde den nationella kvalitetsgranskningen av läkarintyg vilken genomfördes inom ramen för Sjukskrivningsmiljarden 2011. Kvalitetsgranskningen i denna studie utfördes enligt samma mall och med samma kriterier som den nationella, där god kvalitet innebär att läkarintyget innehåller tillräcklig information för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut. Tillstånd att få använda "miljardgranskningens" granskningsinstruktioner och granskningsformulär inhämtades från Försäkringskassan.

Granskningen genomfördes endast på de uppgifter som fanns i läkarintygen. De frågor som krävde tillgång till patientens akt eller journal uteslöts. Försäkringsspecialisten granskade informationen i varje läkarintyg för att utvärdera om läkaren på ett tillfredsställande sätt hade (ja/nej) angett diagnos, beskrivit funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och angett vilka arbetsuppgifter patientens förmåga bedömdes mot. Försäkringsspecialisten gjorde också en bedömning om intyget behövde kompletteras (ja/nej), vad som skulle kompletteras och om det kunde utläsas en rimlig koppling mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (DFA-kedja). Övriga variabler som registrerades från läkarintygen var läkarens kön, patientens ålder, patientens kön och huvuddiagnos för sjukskrivning, och uppgift om del- eller heltidssjukskrivning (där nedtrappning klassificerades som deltid), pågående eller planerad behandling och rehabilitering (ja/nej) och indikerat behov av arbetslivsinriktad rehabilitering (ja/nej).

Data från läkarintygen indelades i grupper som läkarens kön, patientens kön, åldersgrupp, interventions- eller övrig hälsocentral och diagnosgrupp. Utifrån läkarintygens kod från ICD-10-SE klassificerades diagnoserna i tre grupper. Alla M-diagnoser (sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven)

Metod

klassificerades som sjukdomar i muskuloskeletala systemet, SMS. Alla F-diagnoser (psykiska störningar och beteendestörningar) klassificerades som psykisk ohälsa, POH och alla återstående koder som Övriga där S-diagnoser (skador och förgiftnings och vissa andra följder av yttre orsaker) var vanligast. Därefter sorterades alla variabler in i frekvenstabeller uppdelat på ovanstående grupper (tabell 5). Pearsons chi-2 användes och testerna utfördes genom korstabeller och beräkning av förväntat värde. Skillnader ansågs signifikanta vid p-värde ≤ 0.05 . Alla analyser har beräknats med dubbelsidiga tester.

Tabell 5. Deskriptiva data hämtade från läkarintygen.

	Kvinnor	Män	p-värde
Läkarintyg på patienter, antal (%)	217 (67%)	106 (33%)	
Patienters medelålder, år	46	46	
Heltidssjukskrivning antal (%)	95 (44%)	66 (62%)	0.002
Åldersintervall, antal (%)			
19–29	8 (4%)	11 (10%)	
30–39	52 (24%)	20 (19%)	
40–49	67 (31%)	27 (26%)	
50–59	63 (29%)	36 (34%)	
60–65	27 (12%)	12 (11%)	
Diagnosgrupper ¹ , antal (%)			
SMS ²	78 (36%)	44 (42%)	0.606
POH ³	83 (39%)	22 (21%)	0.006
Övriga	53 (25%)	39 (37%)	0.034
Heltidssjukskrivning antal (%)			
SMS ²	25 (32%)	27 (61%)	0.002
POH ³	43 (52%)	16 (73%)	0.079
Övriga	25 (47%)	22 (56%)	0.381
Läkarintyg utfärdade av manlig läkare, antal (%)	99 (46%)	59 (56%)	
Läkarintyg utfärdade av kvinnlig läkare, antal (%)	118 (54%)	47 (44%)	

¹ I tre av de läkarintyg som utfärdats till kvinnor och ett till en man saknades information om diagnos

² Sjukdomar i muskuloskeletala systemet

³ Psykisk ohälsa

Bortfall

I studie I avstod nio av de arton tillfrågade allmänläkarna att delta. Angivna skäl var att deltagandet inte kunde prioriteras på grund av rådande arbetssituation och tidsbrist. Av de försäkringsmedicinska rådgivare som tillfrågades avstod en från att delta. Två arbetsterapeuter av tretton från primärvården och tre av de arbetsterapeuterna som arbetade inom Arbetsförmedlingen valde att inte delta i studien.

Till det projekt som utgjorde underlag för studie II-IV hänvisades sammanlagt 122 patienter, varav 72 % kvinnor och 28 % män, till rehabiliteringskoordinatorerna vid de fyra interventionshälsocentralerna. Utifrån hälsocentralernas sjukskrivningsstatistik kunde konstateras att rehabiliteringskoordinatorn inte informerats om alla patienter som sjukskrevs under projekttiden. Läkarna hade uppmanats att inte aktualisera patienter med akuta infektioner och graviditetsbesvär, men några av läkarna valde att även sortera bort patienter med andra diagnoser som sjukskrivningsorsaker. En möjlig orsak till detta kan vara att några läkare ansåg att underlag från annan yrkesgrupp saknade värde, vilket till viss del framkommit i andra undersökningar (Alexanderson m.fl., 2013a).

Av de som vid interventionshälsocentralerna hänvisades till rehabiliteringskoordinatorerna accepterade 57 personer (47 %) att träffa arbetsterapeut för bedömning. De personer som avböjde att delta ($n = 65 = 53\%$) var 77 % kvinnor och 23 % män. Medelåldern för de som inte kom till bedömning hos arbetsterapeut var något lägre (41,4 år) än hos dem som valde att delta (44,6 år). Psykisk ohälsa var mer frekvent förekommande som sjukskrivningsorsak bland de som avstod att delta, 65 % jämfört med dem som kom till bedömning av arbetsterapeut 51 %. De vanligaste anledningarna (67 %) till att de avböjde var, på grund av nedsatt energi/ork, alternativt på grund av läs- och skrivsvårigheter. Andra orsaker till att de tackade nej var att utredning på annan klinik var aktuell, att personen inom några dagar skulle återgå i arbete eller att personen hade bytt hälsocentral eller uteblev från avtalade tider. Trots att flera personer med psykisk ohälsa avböjde, var ändå personer med psykisk ohälsa välrepresenterade (mer än hälften).

Fyrtio av de som bokades för tid hos arbetsterapeut samtyckte till att få ett frågeformulär hemskickat. Femton av de som fick enkäten valde att inte svara (38 %). Mer än hälften, 57 %, av de sjukskrivna som utgjorde jämförelsegrupp avstod att svara på enkäten. Eftersom det saknas information om denna grupp är det svårt att analysera hur det kan ha påverkat resultatet. En tänkbar förklaring till

att de avstod kan vara att sjukskrivningstiden kändes avlägsen och att frågorna i enkäten därför inte upplevdes aktuella.

Hälften av läkarna vid interventionshälsocentralerna avstod att medverka i en uppföljande intervju om erfarenheterna från projektet och samarbetet med arbetsterapeuten. Två av läkarna angav att de inte sjukskrev några patienter, en läkare hänvisade till tidsbrist och resterande nio tackade nej eller svarade inte.

Etiska reflexioner

Samtliga studier i denna avhandling var granskade och godkända av Regionala etikprövningsnämnden i Umeå, avdelning för medicinsk forskning. Nämnden beslutade att delstudie I inte omfattas av lagen om etikprövning, Dnr 08-067M. För delstudie II-IV godkände nämnden projektet, Dnr 2010-177-31M.

Samtliga informanter som deltog i fokusgrupper (delstudie I) och enskilda intervjuer (delstudie II och III) fick information om projektets syfte. I informationen betonades att deltagandet var helt frivilligt. De informerades också om att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan närmare motivering och att detta inte skulle påverka andra omständigheter, exempelvis den fortsatta kontakten på hälsocentralen för dem som var patienter.

Intervjuerna som gjordes via telefon (studie III) kunde uppfattas fördelaktigt för den som blev intervjuad eftersom intervjusituationen inte är lika exponerande och ifall någon önskade avbryta var det enklare än vid ett personligt möte. Det kan dock ha funnits risk att intervjufrågorna rörde upp känslor och att jag som intervjuare inte uppfattade detta.

Det kan ha funnits risk för att patienterna som tillfrågades om att delta i projektet var oroliga för att ett nekande kunde påverka den fortsatta kontakten med hälsocentralen. Därför var betoningen på frivilligheten viktig. Det var också viktigt att det var rehabiliteringskoordinatoren som informerade och tillfrågade patienten, inte den behandlande läkaren. Det relativt stora bortfallet samt faktumet att frågeformulär upplevs påfrestande kan tyda på att sjukskrivna personer kan vara en skör grupp att undersöka. Med anledning av detta var det viktigt att begränsa antalet påminnelser om enkätsvar.

Resultat

Arbets terapeuters och läkares syn på arbetsförmåga och erfarenheter av bedömning av arbetsförmåga (studie I)

Från fokusgruppsdiskussionerna framkom ett övergripande tema, fyra kategorier och 13 underkategorier presenterade i tabell 6.

Tabell 6. Tema med motsvarande kategorier och underkategorier som framkom i analysen av fokusgrupperna.

Tema	Kategori	Underkategori
Arbetsförmåga - otydligt, komplext och unikt.	Personen	Självbild, Identitet
		Egen tro på sin förmåga
		Hälsa
		Utbildning och arbetslivserfarenhet
	Livssammanhanget	Vilja och motivation
		Hemsituation, Familjeliv
		Socialt liv
	Arbetet	Livsomständigheter
		Arbetsmiljö
Arbetskrav		
Samhället	Arbetsstrivsel och arbetsglädje	
	Arbetsmarknad	
	Sjukförsäkringens utformning och tillämpning	
		Hälso- och sjukvårdens agerande

Arbetsförmåga - otydligt, komplext och unikt

Det övergripande temat uttrycker begreppet arbetsförmåga som något otydligt, komplext och unikt. Temat visar på deltagarnas, både läkares och arbetsterapeuters, osäkerhet om vad som avses med arbetsförmåga. Deltagarna i fokusgrupperna lyfte fram en mängd faktorer som påverkar den enskildes arbetsförmåga och skapar en komplexitet. Hur alla dessa faktorer påverkar en persons arbetsförmåga är individuellt och därför är arbetsförmågan unik för varje individ.

Deltagarna ansåg att en av svårigheterna med att tolka begreppet arbetsförmåga kunde härröras till att det saknas en officiell definition. Några framhöll att avsaknad av definition medför att varje individ har sin egen uppfattning om vad arbetsförmåga innebär och varje individs tolkning blir giltig. Både

Resultat

arbetsterapeuter och läkare menade att denna otydlighet kring arbetsförmågebegreppet påverkade dialogen mellan olika aktörer involverade i sjukskrivningsärenden.

Komplexiteten av arbetsförmågan innebar svårigheter att i varje enskilt fall bedöma vad som påverkar arbetsförmågan och hur de olika faktorerna interagerar och relaterar till varandra. Deltagarna ansåg att denna komplexitet innebar att det krävs mycket tid för att utreda en persons arbetsförmåga.

”Det är jättekompext. Oerhört, det spänner över ett stort område, och då tänker jag både på personen i sig, det eventuella funktionshindret, omgivning, familj, vänner, eventuell arbetsplats, personer där, arbetsuppgifterna där, det är jätte, jätte mycket, som ryms inom det där begreppet arbetsförmåga” (arbetsterapeut i fokusgrupp 3)

”Det är ju som att lägga ett pussel. Alltså att en del har ett pussel som består av fem bitar och andra har 10 000 bitar och ju fler bitar det är desto mer kompext blir det ju på något sätt.” (läkare i fokusgrupp 7).

Läkarna i fokusgrupperna beskrev problematiken med att verifiera nedsättningar och begränsningar för symtomdiagnoser, vilket innebar att läkaren förlitar sig på patientens berättelse. Deltagarna menade att arbetsförmågan hos patienter med samma diagnos kan variera från 0 till 100 procent även om de har samma yrke. En av läkarna framhöll vikten av att inte fokusera på diagnosen, eftersom det kan skapa felaktiga föreställningar om individens förmåga.

Deltagarna framhöll också att arbetsförmågan kan variera över tid och är kontextberoende. En bedömning av en individs arbetsförmåga är ”färskvara”, vilket ansågs vara ett problem för hur länge en bedömning kan anses vara giltig. Kontextens betydelse skapar svårigheter att avgöra om bedömningen är generaliserbar. Från fokusgrupperna framkom att varje individ är unik i sitt slag, hur hälsotillståndet och olika faktorer påverkar en persons förmåga att arbeta är individuellt. Med anledning av detta betonade arbetsterapeuterna behovet av att använda olika bedömningsinstrument.

Deltagarnas syn på påverkande och interagerande faktorer som kan vara avgörande för arbetsförmågan har delats in i fyra kategorier: ”Personen” ”Livssammanhanget”, ”Arbetet” och ”Samhället”.

Personen

I kategorin "personen" ingår de faktorer som rör hälsotillstånd, vilja och motivation och attityder till arbetet som om arbetet är bra eller dåligt för hälsan. Deltagarna lyfte fram individens självuppfattning, självförtroende och tro på sin egen förmåga att arbeta, vilket ansågs vara avgörande för en individs arbetsförmåga. Deltagarna påpekade att utbildning och arbetslivserfarenhet var också viktiga faktorer för arbetsförmågan.

Livssammanhanget

Deltagarna i fokusgrupperna var eniga om att familjeliv och socialt nätverk kan vara stödjande eller hindrande för en individs arbetsförmåga. Exempel som belystes var familjemönster, funktionshindrade barn, gamla föräldrar och de geografiska avståndet mellan hemmet och arbetsplatsen.

"Så det är absolut inte bara diagnos och undersökning, det är mycket mer runt omkring. Ju tidigare man är inne där, desto tryggare känner jag mig, även om den här personen fortsätter att vara sjukskriven, då är jag alltså trygg, det är inget annat som jag har missat liksom" (läkare i fokusgrupp 6).

Arbeterapeuterna betonade vikten av att undersöka individens alla dagliga aktiviteter eftersom de menade att individens aktivitetsbalans kan påverka arbetsförmågan.

Arbetet

Kategorin "Arbetet" innefattar deltagarnas syn på faktorer som är relaterade till individens arbete och arbetsplats. Här framkom arbetsinnehåll, arbetsmiljö, relationer med medarbetare och chefens eller arbetsgivarens agerande som viktiga faktorer. Möjligheten att ta en paus, justera arbetstiden eller arbetstakten ansågs också påverka förmågan att arbeta. Deltagarna i fokusgrupperna uppgav att glädje och mening i arbetet är starka motivationsfaktorer som stödjer arbetsförmågan. Läkarna beskrev svårigheten att ta sig tid och förstå en persons arbetsuppgifter, vilket krävs för att bedöma arbetsförmåga. Även om de frågade patienten om hans eller hennes arbete så efterfrågade de inte om innehållet i arbetsuppgifterna eller innebörden av arbetssituationen.

"Men jag ser kollegor, distriktsläkare, de allra flesta har ju inte en aning om vad det eller det jobbet innebär och framför allt så frågar man inte vidare om jobbet, om vad det innebär. [.....] Det görs väldigt sällan och jag menar

att på sätt och vis är det svårt att kräva att man ska kunna det, man tycker sig inte ha tid att fråga” (läkare i fokusgrupp 7).

I båda fokusgrupper med allmänläkare föreslogs att en arbetsterapeut skulle kunna vara till hjälp för att analysera arbetssituationen. Deltagande arbetsterapeuter menade att arbetsförmågan innebär relationen mellan individens färdigheter och kraven i arbetet och arbetsmiljön. Detta innebär att arbetsplatsbesök tillsammans med individen skulle optimera bedömningen av arbetsförmåga. Arbetsterapeuterna betonade också svårigheten att utvärdera arbetsförmågan hos en person som är arbetslös.

Samhället

Kategorin "Samhället" illustrerar deltagarnas erfarenheter av hur arbetsförmågan är beroende av samhälleliga faktorer. En av de viktigaste frågorna är vilken typ av arbete som existerar och kan erbjudas i samhället.

”Egentligen är det ju den som betalar som bestämmer vad arbetsförmåga är för något” (läkare i fokusgrupp 6).

Deltagarna menade att en person kan ha en arbetsförmåga som inte passar in i samhället och då finns det ingen användbar arbetsförmåga. De lyfte fram samhällets begränsningar gällande arbetsplatser för personer med begränsad arbetsförmåga.

”Så vi är beroende utav att det finns en mottagare utav de som vi tycker har arbetsförmåga. Annars är det ju inte så mycket bevänt med den ändå om man inte är anställningsbar” (arbetsterapeut i fokusgrupp 3).

Hur sjukskrivningsverktyget används, hade enligt deltagarna stor betydelse. Deltagarna var övertygade om att arbetsförmågan kan försämrats vid längre tids frånvaro från arbetet. Hur och när samhället kan bidra och erbjuda insatser och rehabilitering ansågs mycket viktigt för en persons återhämtning och arbetsförmåga. I fokusgrupperna, rådde enighet om vikten av tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen och att bedömningen av arbetsförmåga ofta borde vara en multidisciplinär process.

”Men det är nästan som i schack, gör man dåliga drag i början då låser man partiet. Alltså då blir det helt enkelt en långvarig sjukskrivning.” (läkare i fokusgrupp 5)

”det finns säkert inte en person som kan göra en arbetsförmågebedömning, det är ju återigen en teambedömning, där var och en sätter sin pusselbit, sedan gör man en slutbedömning” (läkare i fokusgrupp 6)

Arbetsterapeuterna ansåg att de hade kompetens att tillföra i bedömningen av individers arbetsförmåga. De menade att deras kunskap om aktiviteter och aktivitetsutförande, samt hur individens livssammanhang kan påverka arbetsförmågan skulle kunna nyttjas inför ställningstagande till sjukskrivning och rehabilitering.

”Där är nog arbetsterapeuten unik, för att analysen av arbetsuppgiften, analysen av arbetet där är vi ganska ensamma, och det gör att det är vår styrka att vi kan bedöma någon sorts arbetsförmåga” (arbetsterapeut i fokusgrupp 3)

Denna studie visade på enighet mellan arbetsterapeuter och läkare i sin syn på begreppet arbetsförmåga.

Implementering och effekter av ett nytt arbetssätt (studie II)

I studie II prövades ett nytt arbetssätt genom att tillföra en intervention i form av att sjukskrivna patienter erbjöds bedömning av arbetsterapeut. I resultatet redovisas några fynd och reflexioner från implementeringsanalysen som kan vara kritiska för genomförandet av interventionen. De fem huvuddomäner som återfinns i “Consolidated Framework for Implementation Research”, CFIR (Damschroder m.fl., 2009), som analysen utgick ifrån, har använts som struktur för redovisningen av implementeringsanalysen. Därefter redovisas arbetssättets effekter på sjukskrivningsdata, kvalitet i läkarintyg och patienternas upplevelser och erfarenheter av mötet med hälsocentralens personal.

Implementeringen (studie II)

Egenskaper i interventionen som implementerades

Interventionen var externt utvecklad och var inte prövad tidigare. Även om tidigare publicerade studier har indikerat att bedömning inför sjukskrivning kan förbättras genom att använda fler professioner än enbart läkare, kunde inte evidens för arbetssättet styrkas. Interventionen hade inte heller sitt ursprung på de aktuella arbetsplatserna vilket kan ha påverkat interventionens legitimitet.

Analysen tydliggjorde att interventionen som prövades byggde på ett antal centrala komponenter som hade betydelse för utfallet. Dessa komponenter var 1: att patienterna kom till rehabiliteringskoordinators kännedom, 2: att patienten valde att delta, 3: vilka val av instrument/metod för bedömning arbetsterapeuten som gjorde, 4: hur arbetsterapeuten valde att dokumentera, 5: att läkaren valde att ta del av arbetsterapeutens dokumentation, 6: att läkaren nyttjade arbetsterapeutens bedömning av aktivitet/aktivitetsbegränsning vid beslut om fortsatt sjukskrivning och formulering av informationen i läkarintyget. Hantering av dessa komponenter innebar att det uppstod ett antal val att förhålla sig till. Hur dessa komponenter hanterades, kunde till viss del anpassas utifrån de olika hälsocentralernas och intressenternas förutsättningar. Komplexiteten i interventionen innebar att det krävdes en förändring av rutinerna för sjukskrivning.

Egenskaper i yttre miljön

Under projekttiden fanns nationella mål om utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivna och förbättrad kvalitet i läkarintygen. Den aktuella interventionen var en del inom landstingets interna utvecklingsarbete för sjukskrivningsprocessen och hade inte sitt ursprung från riktlinjer eller policydokument.

Interventionen ingick i en forskningsstudie, vilket innebar att det krävdes patienternas medgivande att delta. Ingen påverkan fick ske för stimulera till deltagande. Då arbetssättet inte vetenskapligt prövats tidigare kunde det inte anges att det var fördelar för patienten att träffa en arbetsterapeut för bedömning gentemot att sjukskrivningen hanteras sedvanligt.

Egenskaper i inre miljön

Analysen tydliggjorde att projektledningen saknade ingående kännedom om den informella kommunikationen på de arbetsplatser där arbetssättet skulle prövas. Den inre kulturen med normer och värderingar var inte heller känd. Utgångspunkten var att genom stöd av verksamhetschefen använda arbetsplatsträffar och läkarmötet som kommunikationsvägar.

Interventionen utformades för att passa in i det ordinära arbetsflödet och enheterna fick extra arbetsterapeutresurser. För övrigt utgick inga stimulansmedel, belöningar eller andra incitament som kunde locka till att

anamma arbetssättet. Arbetsterapeuterna fick utbildning och handledning under projekttiden för att underlätta implementeringen av arbetssättet.

För att interventionen skulle få effekt krävdes att läkarna följde rutinerna. Ett flertal byten av läkare uppstod vid två av de deltagande hälsocentralerna, varav den ena bemannades uteslutande genom så kallade stafettläkare. Detta försvårade implementeringen av arbetssättet. I implementeringen ingick ingen handledning till läkarna och det saknades struktur för kontinuerlig uppföljning i läkargrupperna. Möten med läkargrupperna både initialt och vid uppföljning var svåra att genomföra och alla läkare kunde inte delta vid dessa. Några läkare fick därför informationen om arbetssättet via rehabiliteringskoordinatoren. Detta innebär att verksamhetschefen i sin roll som ledare var viktig för att arbetssättet skulle följas och för projektets utfall. En av hälsocentralerna bytte verksamhetschef under projektets gång, vilket krävde förnyande insatser från projektledaren gällande information om och förutsättningar i projektet.

Egenskaper hos användarna

Motivationen och attityden till arbetssättet skiljde sig mellan användarna. Detta kan kopplas till om sjukskrivningsarbetet i sig ansågs vara ett prioriterat område som var i behov av kvalitetsutveckling. Även om flera av läkarna vid interventionshälsocentralerna ansåg att bedömning av sjukskrivning och rehabilitering samt intygsskrivande var problematiskt, kunde deras åsikt variera i fråga om vem som bär ansvaret för att åtgärda problemet och vilken intervention som kan minska problemen. Arbetsterapeutens ställning i organisationen och dennes tilltro till sin förmåga och kompetens var avgörande för om deras involvering i sjukskrivningsärendena skulle accepteras och användas.

Arbetssättet förutsatte ett ökat samarbete mellan läkare och arbetsterapeut. Ett villkor för att samarbete ska uppstå är att det finns en vilja och ett lärande från båda parter, vilket gynnas av om parterna uppfattar att det finns fördelar med samarbetet.

Strategin i implementeringens process

Hälsocentralernas egna strukturer och processer hade betydelse för hur arbetssättet kunde införlivas och genomföras. Ingen analys av de olika hälsocentralernas system och rutiner kring sjukskrivningsarbetet hade gjorts i förväg för att underlätta implementeringsprocessen. Under projektet framkom bland annat att läkarna vid de aktuella hälsocentralerna saknade rutiner för att ta del av andra professioners journalanteckningar.

Arbetsterapeuterna fick stöd och feed-back genom de kontinuerliga mötena med projektledaren och blev således interventionens opinionsledare. Implementeringsprocessen saknade strategi för att skapa opinionsledare inom läkargrupperna som kunde stödja och marknadsföra arbetssättet. Kontinuerlig reflekterande utvärdering vid varje hälsocentral under projekttiden saknades.

En mer ingående analys av de uppföljande intervjuerna med deltagande arbetsterapeuter och läkare planeras. Detta kan ge ytterligare lärdomar gällande egenskaperna hos användarna och andra delar av implementeringen som kan ha betydelse för genomförandet.

Sjukskrivningsdata (studie II)

I stort sett alla hälsocentraler i Västerbotten hade fått en ökning av antalet sjukskrivna under första halvåret 2011 jämfört med samma tidsperiod 2010. Det genomsnittliga antalet sjukskrivna per 1000 listade i länet hade ökat från 30,7 till 34,7 för interventionshälsocentralerna och för övriga hälsocentraler från 30,7 till 36,2. Genomsnittliga antal långa fall per 1000 listade hade ökat för interventionshälsocentralerna från 12,6 till 14,8 och för övriga hälsocentraler från 12,9 till 15,6. Genomsnittliga antal korrigerade dagar per 1000 listade hade ökat för interventionshälsocentralerna från 558 till 651 och för övriga hälsocentraler från 569 till 683. Vid jämförelse mellan gruppen interventionshälsocentraler och gruppen övriga hälsocentraler fanns inga signifikanta skillnader för de aktuella tidsperioderna.

Läkarintyg (studie II)

Det framkom inga signifikanta kvalitetsskillnader för de obligatoriska uppgifterna i läkarintygen mellan intyg från interventionshälsocentralerna jämfört med intyg från övriga hälsocentraler. Andelen läkarintyg som innehöll beskrivning av mot vilka arbetsuppgifter arbetsförmågan var bedömd, var högre bland de intyg som utfärdats från interventionshälsocentralerna 34 % jämfört med intyg från övriga hälsocentraler nio procent. Dessa intyg innehöll också i högre omfattning information om pågående eller planerade behandling och rehabilitering.

Vid jämförelse av arbetsterapeuternas dokumentation och informationen som fanns i läkarintygen var det svårt att avgöra om läkaren nyttjat arbetsterapeutens bedömning. I några enstaka fall var informationen om aktivitetsbegränsning i

läkarintygen i stort sett identisk med arbetsterapeutens. Några av läkarintygen saknade information om aktivitetsbegränsning trots att detta fanns beskrivet i arbetsterapeutens dokumentation. I de flesta fall kunde vissa ord och beskrivningar vara överensstämmande, men det var inte möjligt att avgöra om läkaren hade använt arbetsterapeutens bedömning som underlag.

Patienternas upplevelser och erfarenheter av mötet med hälsocentralens personal - frågeformulär (studie II)

Av de 167 som svarat på enkäten hade en fjärdedel enbart träffat läkare vid kontakten med hälsocentralen. De övriga hade haft kontakt med fysioterapeut (45 %), kurator (28 %), arbetsterapeut (26 %), sjuksköterska (23 %) och någon enstaka hade haft kontakt med dietist eller barnmorska.

I tre av de 18 frågorna med fasta svarsalternativ fanns signifikanta skillnader mellan dem som besökt en interventionshälsocentral jämfört med dem som besökt någon av de övriga hälsocentralerna. Av de patienter som hade besökt en interventionshälsocentral rapporterade en högre andel, 92%, att de under besöket/besöken samtalat med personalen om sina arbetsuppgifter, jämfört med patienter från övriga hälsocentraler, 72 %, ($p = 0.034$). En större andel av patienterna från interventionshälsocentralerna, 88 %, instämde också med påståendet att de vid besöket samtalat om sin hemsituation, än patienter från övriga hälsocentraler, 58 %, ($p = 0.010$). Påståendet om att hälsocentralen hade följt upp/genomfört det som de kommit överens om, instämde 100% av de svarande från interventionshälsocentralerna och 80 % av de patienter som besökt övriga hälsocentraler ($p = 0.009$).

Vid jämförelsen av svaren mellan kvinnor och män fanns signifikanta skillnader i påståendet "*Jag kände mig delaktig i min egen vård och behandling*" där en högre andel män instämde ($p = 0.010$). Även i påståenden som "*Vid besöket/besöken samtalade vi om min arbetsförmåga*", "*Vid besöket/besöken fick jag information om vad läkarintyget (sjukintyget) innebär*" och "*Jag fick veta vart jag kan vända mig om jag behöver hjälp eller har fler frågor*" hade en högre andel män instämt ($p = 0.014$, $p = 0.021$ och $p = 0,044$). Fler män kände också att personalen lyssnade till vad de hade att säga. ($p = 0.051$).

Frågeformulärets öppna frågor

En sammanställning av informanternas svar om vad som påverkat deras rehabilitering återfinns i tabell 7. Informanterna angav att de var särskilt nöjda

med engagemang och kontakter med olika professioner som arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, läkare. Andra områden som de var nöjda med var att de kände att personalen lyssnade på dem och att de blev tagna på allvar samt att det fanns tidsutrymme.

”Distriktsläkaren tog sig tid, satt tillbakalutad i sin stol och väntade på mina svar. Han såg mig och lyssnade på mig.”

”Arbetsterapeuten var fantastisk och tog sig tid för mig!”

Patienter beskrev vikten av att hälsocentralen hör av sig och gör uppföljning. Några lyfte fram att de var särskilt nöjda med att de fått träffa samma läkare, att insatser samordnats och att de fått hjälp med att komma tillbaka i arbetslivet. I enkäten ombads informanterna ge förslag till förbättringar och många förslag handlade om att förbättra kommunikationen mellan läkare och patient, men också mellan läkare och övrig personal. Andra förbättringsområden var att hälsocentralen bör informera bättre om rehabiliteringsalternativ och ge mer återkoppling. Några hade angett önskemål om fortsatt kontakt även efter sjukskrivningstidens slut ex. *”Det tuffa för mig var att börja jobba igen, önskar att arbetsterapeuten kunde ringa då också”*. Några av informanterna efterlyste samtalsträffar med andra likasinnade, undervisning om stresshantering, avslappning och hjälpmedel. Det framkom också önskemål om att i större utsträckning kunna se helheten i rehabiliteringen och bättre bemötande.

”Har behövt besöka vårdcentralen under 20 år regelbundet på grund av bilolyckan som jag varit med om. På min vårdcentral i receptionen sitter en specialistsjuksköterska som är väldigt otrevlig, varje gång innan jag kommer ber jag till Gud att hon inte är där”.

Vissa kompetenshöjande åtgärder efterfrågades som att *”utbilda läkare/sjukpersonal till större empati och förståelse”* och att ge läkargruppen mer kunskap om hur läkarintygen ska skrivas. Flera informanter efterlyste bättre samordning både inom vården men också med Försäkringskassan. Några hade erfarenhet av att de själva fått ta ansvar för samordningen och för att driva processen framåt, vilket upplevdes svårt på grund av att sjukdomen begränsade deras förmåga.

”Jag har själv 15 års erfarenhet av att arbeta med rehabilitering. Det är mycket frustrerande att känna att jag inte fått den hjälp jag vet finns och att jag måste pusha och driva på för att jag ska få det jag har rätt till!”

Resultat

Tabell 7. Sammanställning av svar på frågan om ”*Vad har påverkat din rehabilitering under sjukskrivningsperioden (både positivt och negativt)?*”

Positivt för rehabiliteringen	Negativt för rehabiliteringen
<p><u>Interventioner och behandling:</u> Noggrann utredning Insatser snabbt och uppföljning Tid att; träna, vila, återhämtning Minskad oro och stress genom kunskap och bättre sömn Hjälpt med att få balans i vardagen och sjukskrivningen Inte heltidssjukskriven Läkemedel, hjälpmedel och samtalskontakt</p>	<p><u>Interventioner och behandling:</u> Dålig smärtlindring Antidepressiva läkemedel tveksam effekt. Läkemedelsbiverkningar Avsaknad av rehabilitering och behandling. Långa väntetider</p>
<p><u>Kontakter med olika professioner:</u> Agerande läkare och engagemang från och samarbete mellan flera professioner Att bli tagen på allvar som leder till fokus på det som bygger upp Blivit respekterad, fått förstående och bra bemötande från vårdpersonal Tillvaratagande av patientens kunskap och resurser</p>	<p><u>Kontakter med olika professioner:</u> Läkarens ovilja att förstå Många läkarbyten Läkaren bristande erfarenhet Läkaren kunde inte skriva intyg Känsla av att vara helt utelämnad och ingen möjlighet att påverka Ständig oro att inte bli tagen på allvar Avsaknad av samordning</p>
<p><u>Personen själv:</u> Egen positiv inställning Eget ansvar Egen tro Egen vilja Egen tjurighet Nyttänkande Acceptans av sjukskrivning</p>	<p><u>Sjukdomen och personen själv:</u> Smärta gör det svårt med rehabilitering och är negativt för humöret Sämre sömn Dåligt minne Stress Egen oro</p>
<p><u>Kontakt Försäkringskassan:</u> Bra handläggare på Försäkringskassan</p>	<p><u>Sjukförsäkringen och kontakt Försäkringskassan (FK):</u> Försäkringskassan upplevs som ett hot Väntan på besked från FK FK skapar stress och oro Oro och ovisshet om handläggningen av försäkringen FK:s underkännande av intyg Krångel med FK Byte av handläggare på FK Nya sjukförsäkringsregler skapar oro och stress</p>
<p><u>Arbetsplatsen:</u> Bra arbetsplats, chef och arbetskamrater Intresse och hjälp av arbetsgivaren Kontakt med chef och förståelse från arbetskamrater Möjlighet till arbetsträning och deltidsarbete i början på återgång i arbete Avlastning från / ändrade arbetsuppgifter Minskad arbetstid.</p>	<p><u>Arbetsplatsen:</u> Likgiltig arbetsgivare. Bristande förståelse på arbetsplatsen Svårt att få deltidsarbete att fungera Dålig plan för arbetsåtergång Jobbar för mycket och får därmed sämre förutsättningar för rehabilitering</p>

Viktiga faktorer i mötet mellan sjukskrivna och primärvårdspersonal - en intervjuundersökning (studie III)

Deltagarna i intervjustudien hade varierande erfarenheter av vilka professioner som de hade mött på hälsocentralen. Några av deltagarna hade träffat enbart läkare. Några hade förutom läkaren också träffat rehabiliteringskoordinator, arbetsterapeut, fysioterapeut eller kurator och några hade under sina besök haft kontakt med ett helt team.

I analysen framkom två teman som belyser viktiga områden för personer sjukskrivna i sina möten med personal på hälsocentralen. Det första temat "Tillit i relationen" innebär att möten som präglas av och kännetecknas av professionalism, kunskap, kontinuitet, tidsutrymme och helhet skapar tillit. I resultaten framkom vikten av tid, att det är lätt att få besökstid, att få komma i tid (kort väntetid) och att få tillräckligt med tid vid mötet. Erfarenheter av att få träffa samma läkare, samma behandlare eller samma team angavs som en positiv faktor. Några av informanterna hade erfarenheten att brister i kontinuiteten gett konsekvenser, som t.ex. problem med läkarintygen och svårighet att få tillgång till rehabiliteringsinsatser. Flera av intervjupersonerna förväntade sig en "helhetssyn" inom vården, figur 7.

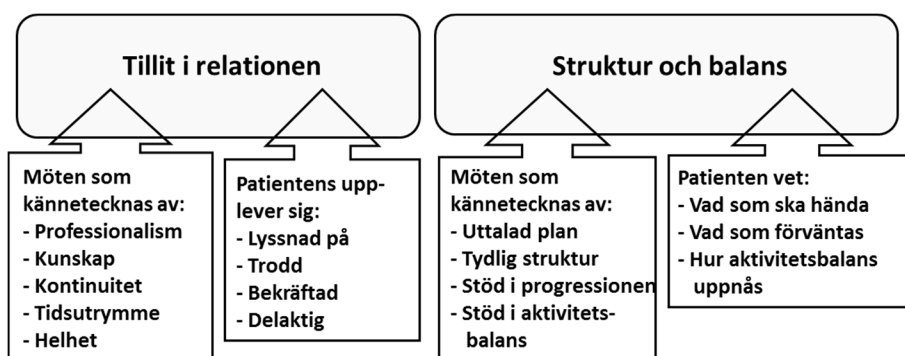
"Man ska kunna komma till en vårdcentral i mitt fall då och bli ordentligt mottagen i någon form av helhetsperspektiv."

En deltagare uppgav att eftersom hon/han fått träffa ett team visste hon/han att vårdpersonal hade den information de behövde. En annan deltagare uttryckte att när hälsocentralen arbetade i team gav det en gemensam förståelse och innebar att personalen var förberedda inför möten med patienten.

"Det som jag tyckte var bra var att det var tre olika personer med tre olika specialinriktningar som tillsammans kunde få en lite bättre..... en mer komplett bild av min situation."

Temat "Tillit i relationen" uttrycker en ömsesidig tillit. De intervjuade beskrev vikten av att bli trodd och lyssnad på, vilket stärkte tilliten. De som hade erfarenhet av att bli bemötta med ointresse eller arrogans upplevde att de inte blev trodda eller tagna på allvar. Ett sådant bemötande kunde skapa en känsla av anklagelse och skam eller att individen kämpade vidare för att bevisa sin oförmåga. De informanter som i mötet med vården känt sig bekräftade och delaktiga i planeringen av sin sjukskrivningstid och rehabilitering uppfattade detta som positivt.

”...men just det här med att få bli lyssnad och bli trodd på, alltså det är så grundläggande och skulle det inte ha hänt då vete då fasen hur det skulle ha gått. Så det är nog det absolut viktigaste...”



Figur 7. Modell med viktiga komponenter för sjukskrivna patienter i kontakten med hälsocentralens personal.

Det andra temat "Struktur och balans" innehåller deltagarnas syn på viktiga faktorer som kan stödja återgången till arbetet. En plan och tydlig struktur för processen för återgång i arbete underlättade. Deltagare uttryckte ett behov av att förstå vad som ska hända, vad nästa steg är och att få veta vem som gör vad. Samtliga deltagare uppgav vikten av uppföljning och behovet av återkoppling. De som hade erfarenhet av en tydlig planering som skapade "en karta" av processen framåt såg detta som värdefullt och hade också återgått i arbete. De som upplevde att de befann sig i ett "väntrum" utan att riktigt veta vad de väntade på, kände ovisshet och osäkerhet, figur 7.

"Delaktig i beslutet? Nej det gör jag verkligen inte, alltså jag är inte överens med den där alltså, för att hade jag haft rätt person och rätt stöd runt om mig så tror jag att det hade kunnat se ut på ett annat sätt. Och jag kanske hade varit tillbaks snabbare på något sätt om man hade fått rätta verktygen eller vad man nu ska säga, ja eller livs... .. eller bara gehör på allting, för jag minns ju att jag gick dit och så satt man där en halvtimme och så fick man gå hem med ett nytt recept eller ett nytt läkarintyg och så gå och hämta ut mera mediciner ... sen var det ingenting, det var ju allt."

Rehabiliteringsprocessen drivs inte framåt av sig självt. En informant beskrev att det kan vara svårt "att vara sin egen projektledare." Individer som inte klarar att föra processen framåt kan behöva stöd i processens progression. En av

informanterna uttryckte att denne var särskilt nöjd med *”deras stöd och styrhjälp när jag inte kan ratta själv”*.

Sjukskrivning i sig kan passivisera och leda till inaktivitet och i intervjuerna efterfrågades stöd för att motverka det. I intervjuerna framkom behovet av stöd i balansen av träning, i arbetskrav och vardagsaktiviteter, inklusive balansen mellan vila och aktivitet och att sortera mellan olika typer av aktiviteter för att stötta återgången i arbete, figur 7.

”...pushad att: nu gör vi det här och så där... för man skulle behöva få någon sådan hjälp med att se till.. alltså att man har någon aktivitet sen är det ju det där och det svåra att liksom på något sätt att inte bara lämna människor hemma.”

”Man behöver på något vis känna vart gränsen går, vad orkar man med, utan att det blir en press, för har man pressen på sig, det fixar man ju inte heller.”

Kvalitet och könsskillnader i läkarintyg (studie IV)

I de granskade läkarintygen hade en högre andel män än kvinnor förskrivits heltidssjukskrivning. Diagnosgrupper var olika fördelade mellan könen och mellan åldersgrupper. I läkarintyg utfärdade för kvinnor var diagnoser inom psykisk ohälsa (POH) mest förekommande och i intyg för män var diagnoser för sjukdomar i muskuloskeletala systemet (SMS) mest frekvent. Diagnoser inom POH var vanligast (> 42 %) i intyg som utfärdats för patienter <50 år. Diagnoser inom gruppen SMS var vanligast (48 %) hos patienter i åldrarna 50-59 år och diagnosgruppen "Övriga" var den största (53 %) i åldersgruppen 60-65 år, tabell 5.

Kvaliteten på informationen angående mot vilka arbetsuppgifter arbetsförmågan var bedömd var mycket varierande. I de flesta läkarintyg framkom någon form av yrkesbeteckning och/eller en arbetsplats. Av de läkarintyg där arbetsförmågan var bedömd mot ett arbete var det 11 % som innehöll information om patientens arbetsuppgifter. Trettio tre intyg var utfärdade för patienter som var arbetslösa, 22 (67 %) för kvinnor och 11 (33 %) för män, och deras arbetsförmåga var bedömd mot hela arbetsmarknaden. Samtliga arbetslösa män var sjukskrivna på heltid medan 86 % av de arbetslösa kvinnorna var heltidssjukskrivna.

En fjärdedel av intygen innehöll ingen information om pågående medicinsk behandling eller rehabilitering. Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hade

indikerats i färre än 15 % av läkarintygen. Här återfanns en del motstridiga uppgifter t.ex. att det var kryssat nej på frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering var aktuell, men i fält 9 eller fält 13 återfanns förslag och idéer på arbetsplatsåtgärder eller för patienten viktiga förutsättningar och stöd på arbetsplatsen eller andra synpunkter till arbetsgivaren.

Försäkringsspecialistens utvärdering visade att de granskade läkarintygen med några få undantag innehöll erforderlig information om diagnos (saknades i fyra intyg), sjukskrivningsgrad och sjukskrivningslängd (saknades i ett intyg). Trettiofyra procent av läkarintygen bedömdes vara i behov av kompletterande information. De fält i intygen som bedömdes ha bristande information var främst beskrivning av individens aktivitetsbegränsning, läkarintygets fält 5 (14 %). Information om individens funktionsnedsättning, läkarintygets fält 4, saknades i nio procent av intygen och tio procent av intygen bedömdes behöva kompletterande uppgifter om både funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

I diagnosgruppen POH saknades information om aktivitetsbegränsning i större utsträckning jämfört med de två andra diagnosgrupperna ($p = 0.04$). För övrigt fanns inga signifikanta skillnader i kvalitetsaspekter vad gäller tillräcklig information i läkarintygens olika fält eller sjukskrivningsgrad mellan diagnosgrupperna

Det framkom inga signifikanta skillnader i kvalitetsaspekter mellan manliga och kvinnliga läkare. Manliga läkare hade rekommenderat deltidssjukskrivning i intyg utfärdade för kvinnor i större utsträckning än för män ($p = 0.001$). Denna skillnad återfanns inte bland de intyg som utfärdats av kvinnliga läkare. De kvinnliga läkarna hade i större utsträckning angivit tillräcklig information om individens funktionsnedsättning i intygen utfärdade för män än för kvinnor ($p = 0.018$).

Signifikant fler läkarintyg som utfärdats för kvinnor, än intyg för män, bedömdes vara i behov av kompletterande information och i fler intyg för kvinnor saknades en tydlig koppling mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (DFA-kedja), tabell 8. Efter att ha delat data i diagnosgrupper återfanns signifikanta skillnader mellan läkarintygen som utfärdats för kvinnor, jämfört med intygen för män i diagnosgruppen SMS. I denna grupp var det signifikanta skillnader i kvalitetsaspekter angående tillräcklig information om individens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. I gruppen SMS bedömdes intygen utfärdade för kvinnor

Resultat

i större utsträckning än intygen utfärdade för män, var i behov av komplettering och en större andel hade bristande tydlighet i DFA-kedjan, tabell 9.

Tabell 8. Bedömd kvalitet av informationen i läkarintygen för kvinnor och män

	Kvinnor (n = 217)	Män (n = 106)	Totalt (n = 323)	p-värde
Tillräcklig med information, %				
Inget behov av kompletterande information	62	74	66	0.043*
Diagnos	99	99	99	
Funktionsnedsättning	79	88	82	0.051
Aktivitetsbegränsning	75	83	77	0.091
Tydlig D-F-A Kedja ¹ finns, %	64	76	67	0.032*

¹ Diagnos - Funktionsnedsättning – Aktivitetsbegränsning

* p-värde < 0.05 för skillnader i informationen mellan läkarintyg utfärdade för kvinnor respektive män

Tabell 9. Bedömd kvalitet av informationen i läkarintygen uppdelat på olika de diagnosgrupperna och kvinnor och män.

	Diagnosgrupp	Kvinnor (n=217)	Män (n=106)	p-värde
Tillräcklig information, % Funktionsnedsättning	SMS ¹	74	93	0.011*
	POH ²	80	91	0.217
	Övriga	83	80	0.666
Tillräcklig information, % Aktivitetsbegränsning	SMS ¹	78	96	0.012*
	POH ²	70	73	0.795
	Övriga	77	74	0.793
Inget behov av komplettering av läkarintyget, %	SMS ¹	59	86	0.002*
	POH ²	61	64	0.851
	Övriga	68	64	0.702
Tydlig DFA-kedja ³ finns, %	SMS ¹	62	89	0.002*
	POH ²	60	64	0.079
	Övriga	72	67	0.381

¹ Sjukdomar i muskuloskeletala systemet

² Psykisk ohälsa

³ Logisk länk mellan Diagnos–Funktionsnedsättning-Aktivitetsbegränsning

* p-värde < 0.05 för skillnader i informationen mellan läkarintyg utfärdade för kvinnor respektive män

Diskussion

Resultatdiskussion

Utifrån resultatet som genererats i avhandlingens fyra studier är resultatdiskussionen uppdelad i tre huvudområden; bedömningar i sjukskrivningsprocessen (studie I, II, IV), patientmötet (studie II, III) och samverkan i arbetet med sjukskrivna (studie II). Vidare diskuteras också de fynd som framkommit när det gäller implementering av ett nytt arbetssätt (studie II).

Bedömningar i sjukskrivningsprocessen

Som nämnts tidigare inrymmer hälso- och sjukvårdens uppdrag inom sjukskrivningsprocessen ett flertal bedömningar. Här innefattas bedömningar av individens ohälsa, eventuell sjukdom eller skada, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Hälso- och sjukvården ska bedöma om sjukdomen nedsätter arbetsförmågan eller om det finns risk för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller ohälsa. Vidare ska bedömning av individens behov av åtgärder som t.ex. ytterligare utredningar, behandlingar, rehabiliterande insatser och behovet av samverkan med andra aktörer göras i syfte att förbättra hälsa och arbetsförmåga.

Begreppet arbetsförmåga

I delstudie I framkom att begreppet arbetsförmåga uppfattas som otydligt vilket kan härledas till att det saknas en definition. Den otydlighet som råder avseende begreppet arbetsförmåga innebär att var och en utgår från sin egen uppfattning om begreppets betydelse, när det ska avgöras om arbetsförmågan är nedsatt. Den enskilde individen som möter hälso- sjukvården har en egen uppfattning vad arbetsförmågan innebär och det kan vara en av förklaringarna till varför deltagande läkare i delstudie I upplevde bedömningen i sjukskrivningsärenden som en förhandling, vilket också framgått i andra studier (Wrapson & Mewse 2011). I resultaten från delstudie I framkom att i arbetsförmågebegreppet inryms en komplexitet och dynamik vilket många andra forskare lyft fram (Lederer m.fl., 2014; Ilmarinen, 2009; Ilmarinen m.fl., 2005; Krause m.fl., 2001). Resultaten från delstudie I pekar på att denna komplexitet medför behov av en systematisk analys för att kunna bedöma en individs arbetsförmåga och avgöra om arbetsförmågan är nedsatt. Bedömningen bör både fokusera på vad orsaken till den nedsatta arbetsförmågan är men också på vilka resurser som finns och vad som kan stötta individens arbetsförmåga.

Individens arbetsuppgifter

Läkarna i delstudie I framhöll att många läkare gör bedömningar av arbetsförmågan i sjukskrivningsärenden utan kunskap om vilka arbetskrav och arbetsförhållanden som gäller för aktuell patient, vilket framkommit i andra studier (Carlsson m.fl., 2015; Nilsing m.fl., 2013; Kiessling & Arrelöv, 2012; Krohne & Brage, 2008). De läkarintyg där arbetsförmågan bedömts mot nuvarande arbete (delstudie IV) innehöll ingen eller knapphändig information om arbetsuppgifterna. Liknade resultat återfinns i en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen (2011), där knappt 15 procent av de granskade intygen innehöll information om arbetsuppgifter. Resultaten från enkäten i delstudie II visar att drygt en femtedel av de patienter som hade en anställning inte eller endast i viss mån samtalat om sina arbetsuppgifter i samband med besöket/besöken på hälsocentralen. För att bedöma arbetsförmåga krävs en analys av arbetsuppgiften, arbetsmiljön och individen (Kielhofner, 2008). Information om individens arbete är centralt, dels för att kunna avgöra om arbetsförmågan är nedsatt men också i bedömningar som ska stödja processen för återgång i arbete. Johansson och medarbetare (2006) har visat på att flexibiliteten och anpassningsmöjligheter i arbetet och på arbetsplatsen har ett starkt samband med återgång till arbete efter sjukskrivning. För att klargöra patientens arbetsförhållanden och vilka möjligheter som kan finnas där, bör läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal initiera kontakt med arbetsgivare (SOU 2015:21) vilket sällan görs (Pransky m.fl., 2002; Edlund & Dahlgren, 2002). Genom ökad kontakt med arbetsplatsen kan också bättre bedömningar göras, vilket arbetsterapeuterna i delstudie I framhöll.

Samband mellan sjukdom och arbetsförmåga

I lagstiftningen för sjukförsäkringen påtalas att rätten till ersättning förutsätter att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Resultaten från delstudie I liksom andra studier (Lederer, 2014; Ilmarinen, 2009; Krause, 2001) visar på arbetsförmågans multifaktoriella grund. Detta innebär stora svårigheter att objektivt kunna avgöra orsakssambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga (Upmark 2006). I delstudie I framkom också arbetsförmåga som något unikt för varje individ. Informanterna framhöll att samma diagnos får olika konsekvenser för olika individer och kontexten kan både förstärka och försvaga arbetsförmågan hos individen. För att fastställa orsakssambandet ska det i läkarintyget framgå en DFA-kedja, det vill säga en logisk koppling mellan patientens diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (SOU 2009:89). Här förutsätts ett linjärt samband mellan diagnosen och aktivitetsbegränsningen. Läkarintygets beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning följer ICFs

struktur. I ICF:s biopsykosociala modell (Socialstyrelsen, 2003) beskrivs individens hälsotillstånd som en ständig interaktion mellan komponenter (pilarna i modellen är dubbelriktade). Utifrån ICF-modellen är det därmed svårt att fastställa ett linjärt samband.

Terminologi och dokumentation

Läkare är generellt inte vana och förtrogna med nomenklaturen i ICF. Detta kan vara en anledning till att läkarintygen inte innehåller tillräckligt med information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, vilket framkom i delstudie IV och som även påtalats i nationella granskningar (Försäkringskassan, 2013a; 2012a; 2011; 2009; Inspektionen för socialförsäkringen, 2011; Riksrevisionen, 2009). Den del i läkarintyget som oftast har brister är beskrivningen av patientens aktivitetsbegränsning. Detta problem kan sammankopplas med bristande kunskap om patientens arbetsuppgifter och arbetsförhållanden, eftersom aktivitet och eventuella aktivitetsbegränsningar är starkt kontextberoende. Utökad kunskap om ICF och dess användning kan utgöra ett stöd för läkare i samband med ställningstagande om sjukskrivning och utfärdande av läkarintyg (Fresk m.fl., 2013; Morgell m. fl., 2011). Användning av de olika komponenterna i ICF kan utgöra grund för en tydligare beskrivning av arbetsförmågans begränsningar (Stigmar m.fl., 2014). Utifrån att olika professioner har olika kunskapsfokus inom ICF kan det antas att multiprofessionella bedömningar skulle vara mer informativa, vilket också en studie av Mannelqvist m.fl. (2010) indikerade. Hellquist och Andersson (2014) fann att läkarintyg som var utfärdade med stöd av en arbetsterapeutisk bedömning som underlag, höjde kvaliteten i läkarintygen. Resultaten i delstudie II visar att läkarintygen inte per automatik blir mer informativa enbart för att flera professioner har bedömt patienten. Bedömningarna måste också kommuniceras med sjukskrivande läkare. I delstudie II nyttjades journalsystemets funktion för ”vidimering” i syfte att uppmuntra läkaren att läsa arbetsterapeutens anteckning. I analysen framkom att vidimeringen i vissa ärenden skett efter att ett nytt läkarintyg hade utfärdats. Genom att studera arbetsterapeuternas journalanteckningar blev det tydligt att den struktur och sökord som anteckningarna bygger på inte är utformade för att tillgodose läkarens behov. Det kan vara svårt för läkaren att snabbt hitta den kompletterande information som arbetsterapeutens bedömning kan bistå med. Arbetsterapeutens bedömning utgår inte alltid från den huvuddiagnos som läkaren använt som sjukskrivningsorsak, vilket kan ha betydelse för vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som dokumenteras av arbetsterapeuten.

Bedömning - kvinnor och män

Resultaten i delstudie IV visade på att en större andel läkarintyg utfärdade för kvinnor bedömdes sakna obligatorisk information jämfört med intyg utfärdade för män. Större brister i läkarintyg utfärdade för kvinnor i jämförelse med läkarintyg utfärdade för män har också identifierats i de nationella granskningarna av läkarintyg (Försäkringskassan, 2013a; Försäkringskassan, 2011). I de läkarintyg som studerades i delstudie IV förekom psykisk ohälsa som sjukskrivningsdiagnos mer frekvent i intyg utfärdade för kvinnor än för män. Detta stämmer väl överens med nationell statistik och internationella studier, som pekar på att andelen sjukfall med psykisk diagnos är högre för kvinnor än för män (Försäkringskassan 2013b; Wittchen m.fl., 2011). I studie IV hade läkarintyg som utfärdats för patienter med psykisk diagnos större brister i informationen om aktivitetsbegränsning. Eftersom andelen utfärdade intyg med psykisk ohälsa var större för kvinnor kan det antas att förklaringen till kvalitetsskillnaden mellan kvinnor och mäns läkarintyg är kopplad till diagnosen. I delstudie IV återfanns dock inte kvalitetsskillnader mellan läkarintyg för kvinnor och män inom gruppen med psykiska diagnoser men i gruppen med muskuloskeletala diagnoser.

I de läkarintyg som ingick i delstudie IV hade fler kvinnor än män rekommenderats deltidssjukskrivning. Liknande resultat återfinns i en studie av Nilsing, m.fl. (2011). Inspektionen för Socialförsäkringen (2014a) har i sin undersökning om läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron funnit skillnader mellan intyg utfärdade för kvinnor och för män. Den undersökningen visade på att det var vanligare med en planerad nedtrappning av sjukskrivningen i läkarintyg utfärdat för kvinnor än för män. I samma undersökning framkom att den genomsnittliga sjukskrivningstiden i första läkarintyget för ett sjukfall, som varar mer än 14 dagar, var kortare för kvinnor än för män. Denna skillnad kvarstod även när hänsyn tagits till faktorer som skillnader i diagnos och yrke. I rapporten diskuteras att en tänkbar förklaring till skillnader i rekommendationerna för sjukskrivning kan vara att kvinnor i högre grad agerar förebyggande och därmed söker vård i ett tidigare skede. I våra resultat kan vi inte hitta något som styrker att kvinnor och män söker vård i olika skeden och könsskillnaderna av deltidssjukskrivning återfanns enbart i en av diagnosgrupperna. Föreställningar och förväntningar om kvinnor och män hos både patient och vårdpersonal kan påverka mötet och bedömningen vilka beslut som fattas. Dels påverkars patientens agerande, men föreställningar hos personalen i hälso- och sjukvården kan även leda till olika bemötanden och åtgärder beroende på om patienten är en man eller en kvinna (Hamberg, 2015;

SKL 2014; Upmark m. fl. 2007). För att i vårdens agerande undvika genusbias² behöver kunskap om betydelsen av genusmedvetenhet genomsyra alla vårdutbildningar, det kliniska arbetet samt styrande dokumentet och policyer (Risberg m.fl. 2009).

Faktorer utanför arbetslivet

Läkarna och arbetsterapeuterna i delstudie I var eniga om att livssammanhanget har stor inverkan på en individs arbetsförmåga. Samtidigt rådde det en osäkerhet om hur mycket av hemsituation, familjeliv och socialt liv som ska undersökas och tas hänsyn till. Ur sjukförsäkringens perspektiv ska fokus i bedömningen om sjukskrivning utgå från de medicinska aspekterna. Det kan finnas risk att bedöma patienten i ett för snävt perspektiv vilket kan leda till felaktiga beslut om eventuella åtgärder (Kaiser, 2006). En helhetsbild behövs för att kunna avgöra om sjukdomen är huvudproblemet för nedsatt arbetsförmågan, tydliggöra vilka resurser och begränsningar som finns hos individen och dess närmaste omgivning samt för att kunna erbjuda rätt åtgärder och rehabilitering. Individens helhetssituation kan ge förklaring till den upplevda ohälsan, vilket är viktigt att ta hänsyn till, inte minst för att minska risken för medikalisering. Hälso- och sjukvårdens bedömningar i sjukskrivningsprocessen bör därför enligt Kaiser (2006) göras med öppet sinne för vad som kan ha betydelse för den enskilda individen i dennes specifika situation. Resultaten från delstudie I och enkätsvaren i delstudie II visar att individens tilltro till sin arbetsförmåga kan påverka rehabiliteringen och ha koppling till individens återgång i arbete, vilket också framkommit i tidigare forskning (Hansen Falkdal m.fl., 2006; Ekbladh m.fl., 2004). I delstudie I framkom uppfattningar om att det är individen själv som har kunskap om hela sin livssituation och därmed också bäst kännedom om sin arbetsförmåga.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten att hälso- och sjukvårdens uppdrag i sjukskrivningsprocessen kräver medicinsk bedömning, men för att fatta beslut om eventuell sjukskrivning och rehabilitering behövs vidgad bedömning. Här bör ingå kunskap om individens arbetsförhållanden och arbetets möjligheter till anpassning samt kännedom om individens livssammanhang och dennes tilltro till sin arbetsförmåga. I bedömningssituationen behöver vårdpersonalen ha en medvetenhet om genus.

² Med genusbias avses oavsiktlig särbehandling av kvinnor eller män utifrån normer och föreställningar om hur kvinnor och män är, vad de behöver och hur de beter sig eller att hänsyn inte tas när skillnader mellan könen finns (Risberg m.fl., 2009).

Patientmötet

Resultaten från intervjuerna (delstudie III) och enkäterna (delstudie II) visade på vikten av ömsesidig tillit i mötet mellan de sjukskrivna och vårdpersonalen. För att en ömsesidig tillit ska skapas behövs att patienten känner sig delaktig, trodd och lyssnad på, att personalen ger tid och att mötet med vården präglas av kontinuitet och professionalism. Allt detta är kända faktorer för att skapa positiva och respektfulla möten i vården, vilket i sin tur kan ha betydelse för patienternas sjukdomsupplevelse, påverka hälsoutfallet och även återgång i arbete för sjukskrivna (Lännerström m. fl. 2013, Lynöe m. fl. 2011a; Müssener m. fl. 2008a; 2008b; 2012; Upmark m. fl. 2007; Hansen Falkdal 2005; Klanghed m. fl., 2004; Östlund m. fl., 2001;). Trots denna kunskap får frågor om hur bemötande och personalens interagerande med patienten kan påverka utfallet, litet utrymme i det kliniska primärvårdarbetet.

Resultaten från både enkäter (delstudie II) och intervjuer (delstudie III) återspeglade viktiga komponenter hos patienter med positiva erfarenheter av mötet med vården och de som hade negativa erfarenheter. Samma komponenter lyftes fram som viktiga i bemötandet t.ex. ”att bli tagen på allvar” och ”att inte bli tagen på allvar”. Positiva möten kan tänkas ge placeboeffekter (Müssener, 2012), medan negativa möten eventuellt kan ge negativa förväntanseffekter, så kallad noceboeffekt (Tracey, 2010). I en enkätundersökning bland långtidssjukskrivna (Inspektionen för socialförsäkringen, 2014b) rapporterade 55 procent att positivt bemötande från hälso- och sjukvården hade främjat deras möjlighet till återgång i arbete och tio procent svarade att ett negativt bemötande hade hindrat deras möjlighet att återgå.

Utifrån resultaten från delstudie III och enkäterna i delstudie II framkom ”tid” som en mycket central faktor vilket också tycks stärka tilliten. Tid har beskrivits som den bästa undersökningsmetoden inom allmänmedicin (Morgan m.fl., 2014). En bra start på konsultationen är att under de inledande tre minuterna låta patienten berätta utan att avbryta (Morgan m.fl., 2014, Larsen m.fl., 1997). Detta har visat sig inte vara helt enkelt, eftersom det finns en farhåga i att patientens berättelse ska ta för mycket tid (Larsen m.fl., 1997). Att ge patienten tid har dock visat sig vara tidsbesparande (Lynöe, 2011b).

I sjukskrivningsärenden är olika smärttillstånd och psykisk ohälsa som stressrelaterade tillstånd, depression och ångest vanligt (Försäkringskassan, 2014). Läkare i delstudie I rapporterade att i denna typ av ärenden var bedömningen av patientens besvär och rekommendationer av åtgärder särskilt svårt, vilket också visats i andra studier (Nilsing m.fl., 2013). Patienten kan tolka

det som att sjukvårdspersonalen misstror henne/honom eller uppfatta det som att sjukvårdspersonalen saknar kunskap, vilket kan försämra tilliten. När en individ uppsöker vården har den förväntningar på mötet. Exempelvis vid ett läkarbesök kan patienten ha förväntningar och önskemål om sjukskrivning. Ett av de åtta sjukskrivningsdilemman för allmänläkaren, som Engblom m.fl.(2010) har visat på, är ”Doktorn som betjänt”. I dessa fall kan läkaren uppleva att dennes uppgift har reducerats till att effektuera patientens beställning, vilket rubbar makten. Läkaren kan i dessa situationer bli provocerad (Engblom m.fl. 2010) och då känna behov av att markera vem som bestämmer, vilket kan av patienten uppfattas som arrogant (Lynöe, 2011b). Makt demonstrationer och arrogant bemötande kan också böttna i bristen på tid och resurser i hälso- och sjukvården (Malterud & Thensen, 2008).

Vikten av tillit i mötet, mellan den sjukskrivne och vården (studie III), kan också beaktas utifrån att det kan påverka patientens följsamhet (adherence) till de rekommenderade åtgärderna som förväntas förbättra hälsan och arbetsförmågan (Levesque m.fl., 2012; Martin m.fl., 2005; Safran m.fl., 1998). Nordin m.fl. (2013) fann att en förtroendeingivande allians mellan patienter och primärvårdens personal var centralt för sjukskrivna patienters deltagande i multimodal smärtrehabilitering. Ömsesidig tillit och respekt var avgörande för att skapa en sådan allians.

Resultaten från studie III visade att förutsägbarhet och känsla av kontroll kunde stötta individen i dennes process för återgång i arbete, vilket också framkommit i en review av Andersen m.fl. (2012). Sjukskrivnas upplevelser av maktlöshet och avsaknad av kunskap om sina rättigheter och skyldigheter har tidigare rapporterats (Edlund 2001). Ståhl m.fl. (2012) fann i en studie att de sjukskrivna upplevde bristande kommunikation mellan sjukskrivningsprocessens olika aktörer, att processen var passiv och att det lades ett stort ansvar på de sjukskrivna, trots att de varken hade styrka eller kunskap att navigera i systemet för processen. Våra resultat pekar på att den sjukskrivne behöver en plan eller ”en karta” för återgången i arbete som tydliggör vad som ska hända, vad som förväntas och vem som gör vad. En sådan plan bör involvera sjukskrivningsprocessens alla aktörer. Patienten blir därmed en informerad projektmedlem i stället för att uppleva kravet att *”vara sin egen projektledare”*, som framkom i studie III och upplevdes negativt. Kartan visar planen, vad målet är, milstolparna och hur vägen dit ser ut. Patienten vet vad hon/han kan göra själv och varför. På så sätt motverkas risken för att sjukskrivningen blir ett ”tomt väntrum” och istället stödjer processens fortskridande. Nya patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015 syftar till att *”stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande*

och delaktighet". Lagen framhåller krav på individuellt anpassad information, vilket inte bara sätter patienten i centrum, utan också patientens behov i centrum.

I resultaten från delstudie III framkom också betydelsen av stöd för att upprätthålla aktivitetsbalans. Våra resultat visade att under sjukskrivningstiden uppstod förändringar i vardagliga aktiviteter. Att vara sjukskriven medför inte bara förlust av de aktiviteter som arbetet innebär, utan även kontrollen över dagliga aktiviteter, såsom egenvård och/eller fritidsaktiviteter kan förloras (Holmgren och Dahlin Ivanoff, 2004). Enligt Ekberg & Erlandsson (2015) kan ett förändrat aktivitetsmönster leda till ändrad livsstil. Informanterna i studie III lyfte fram att de behövde stöd i lagom takt och utmaning i träning, aktiviteter och arbetsåtergång men också i att balansera och hushålla med resurser. På senare år har en arbetsterapeutisk metod utvecklats som avser att förändra eller återställa balansen i vardagen, kallad Vardagsrevidering – ReDO™ (Erlandsson, 2013; SOU 2011:15). Genom ReDO™ påbörjas en förändringsprocess som främjar en varaktig ökning av arbetsförmågan. Metoden har utvärderats bland kvinnor med stressrelaterad ohälsa i en studie som visade på ökad återgång i arbete, minskad sjukskrivning och högre tilltro till egen förmåga (Eklund & Erlandsson, 2011). Det behövs fortsatt forskning för att ta reda på metodens eventuella potential för andra grupper med nedsatt arbetsförmåga.

Sammanfattningsvis avspeglar resultaten att sjukskrivna personer behöver förutsägbarhet och en känsla av kontroll i sin sjukskrivningsprocess. Genom att hälso- och sjukvårdspersonalen ger individuellt stöd i processens struktur och fortskridande samt stödjer patienten i strävan mot aktivitetsbalans skapas bättre förutsägingar för återgång i arbete. Resultaten indikerar att mer uppmärksamhet måste ägnas åt hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och interaktion med patienter.

Samverkan i arbetet med sjukskrivna

Interventionen i delstudie II avsåg att tidigt engagera arbetsterapeuter i sjukskrivningsärenden. Arbetsterapeuten skulle därmed bli en samarbetspartner för läkaren, vilket också kunde innebära en tydligare roll för arbetsterapeuten i hälsocentralens teamarbete. Tanken med professionsöverskridande samarbete inom sjukskrivningsprocessen grundar sig i att beslut inte fattas utifrån enbart ett perspektiv. Genom samarbete/teamarbete skulle, i jämförelse med att arbeta utan samordning, möjligheten att fatta väl underbyggda och omsorgsfullt genomlysta beslut öka (Lundgren, 2009). Delstudie II i denna avhandling indikerar att kommunikationen mellan professionerna sannolikt inte enbart kan

ske genom att dela den skrivna informationen med varandra t.ex. att läsa varandras anteckningar eller skicka texter fram och tillbaka. För att skapa ett fungerande samarbete/teamarbete krävs att involverade personer samordnar sitt tänkande och handlingar, vilket möjliggörs genom samtal (Lundgren, 2009). För att säkerställa att så sker, krävs en grundstruktur i organisationen som möjliggör samarbete genom samtal där utrymme ges för att komplettera och utmana varandra och skapa gemensamma mål (Lundgren, 2009).

Våra resultat visade att arbetsterapeuterna ansåg att de har kompetens som skulle kunna nyttjas i större omfattning gällande bedömning av arbetsförmåga i sjukskrivningsärenden (delstudie I). Liknande resultat har framkommit i andra studier om visar på att arbetsterapeuters och även fysioterapeuters kunskaper inom området inte alltid efterfrågas. (Nilsing m.fl., 2013; Stigmar m.fl., 2012). Erfarenheter om att ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper i vården underlättar arbetet med sjukskrivna och kan vara positivt för patienterna har rapporterats (Carlsson m.fl., 2015; Hörnqvist Bylund m.fl., 2012). I en studie av von Knorring m.fl. (2008) framkom att läkare upplevde brister i möjligheten att samråda med andra yrkesgrupper när så behövdes i sjukskrivningsärenden. Om bedömningen av arbetsförmåga upplevs som en gissningslek (Nilsing m.fl., 2013) eller att läkaren upplever att sjukskrivning är som att ”ge en gåva” för att åtminstone göra något (von Knorring m.fl., 2008) kan det tyda på ett behov av ökat och förbättrat samarbete i sjukskrivningsprocessen.

Resultaten från patientenkäter och patientintervjuer, delstudie II och III, styrker behovet av helhetssyn i sjukskrivningsärenden och flera uttryckte positiva erfarenheter av multiprofessionellt arbete. Multiprofessionellt arbete med ICF som stöd (Stigmar m.fl., 2014) skulle kunna identifiera individens behov av rehabiliteringsinsatser, vilket visat sig saknas i det tidiga skedet (Nilsing m.fl., 2014). Detta arbetssätt kan också gynna patienters deltagande i rehabiliteringsprogram (Nordin m.fl., 2013) och ge bättre resultat på återgång i arbete än unimodala insatser (Gabbay m.fl., 2011; Bültmann m. fl., 2009).

Synen på och intresset för samarbete och teamarbete varierar mellan olika individer i vården (Hansson m.fl. 2010; Ståhl m.fl 2009). Vilka konsekvenser dessa olikheter får för patienten är inte klarlagt, men om intresse och vilja saknas för internt samarbete kan det vara tveksamt att intresse finns för att öka det externa samarbetet. Det senare har betonats som centralt för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess (Loisel m.fl., 2005; Ståhl m.fl., 2010 och 2011a; SOU 2015:21).

Villkor för implementering av nytt arbetssätt

Förändringar av arbetssätt och metoder inom hälso- och sjukvård tar lång tid, ofta flera år att genomföra (Fixsen m.fl., 2005). Detta innebär stora utmaningar när nya arbetssätt ska prövas och dess effekter ska utvärderas. Vid analysen av interventionsprojektets genomförande (studie II) identifierades några utmaningar som är viktiga att reflektera över, för att skapa ett effektivare samarbete i primärvårdens arbete med sjukskrivna. Dessa utmaningar presenteras nedan.

Arbetet med sjukskrivna – prioriterat område?

Delstudie II genomfördes hösten 2010 och våren 2011. Vid denna tidpunkt hade landstingens arbete med en kvalitetssäker sjukskrivningsprocess påbörjats, men det kan ta lång tid innan dessa frågor viktas högt inom hälso- och sjukvården. För att ett nytt arbetssätt, i arbetet med sjukskrivna, ska få genomslag måste en medvetenhet om problemet och beredskap finnas för att ta till sig nya metoder (Guldbrandsson, 2007; Greenhalgh m.fl., 2004). Alla som berörs måste anse att de har ett ansvar att utveckla arbetet men också tro på och ha tillit till det nya arbetssättet. Hälso- och sjukvårdens bristande ledarskap och styrning av arbetet med sjukskrivna (Lindholm m.fl., 2013; von Knorring m.fl., 2008) och avsaknad av policyer och rutiner för sjukskrivningsprocessen (Lindholm m.fl., 2013) tyder på att inom hälso- och sjukvården är inte arbetet med sjukskrivningsprocessen prioriterat (Nilsing m.fl., 2013, Alexanderson m.fl. 2005). Genom "Sjukskrivningsmiljarden" har frågor om ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivningsprocessen uppmärksammats (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting 2006//2015). Landstingen har genom ekonomiska incitament stimulerats att ge sjukskrivningsfrågor en högre prioritet och vissa förbättringar inom detta område har identifierats (Alexanderson m.fl., 2013b).

De ekonomiska styrsystemen, verksamhetschefens intresse och de olika personalgruppernas och individernas intressen påverkar vilken prioritet sjukskrivningsfrågor får och därmed också engagemanget och energin att utveckla arbetet. Arbetet med sjukskrivna utgör enbart en del av alla frågor och alla olika patientgrupper som handläggs inom primärvården. Det finns därför behov av särskilt stöd för att hälso- och sjukvården ska prioritera kvalitetsarbete inom sjukskrivningsprocessen (Alexanderson m.fl., 2013b)

Primärvården - en föränderlig miljö

Vid en av interventionshälsocentralerna slutade samtliga ordinarie läkare vid projektets initiala skede. Läkarbemanningen utgjordes därefter i huvudsak av stafettläkare under projektiden, vilket gjorde det svårt att upprätthålla rutinerna för arbetssättet vid denna hälsocentral. Vid en annan av hälsocentralerna tillträdde en ny verksamhetschef under pågående projekt. Det kan knappast förväntas att en ny ledare i samma omfattning kan stötta pågående projekt, då det tar tid att komma in i alla delar i verksamheten. När ett nytt arbetssätt prövas i reell miljö kan det uppstå hinder som kan vara svåra att förutse. Kontexten har stor betydelse och faktorer som omställningar och byten bland vårdpersonalen innebär att arbetslag är i ständig förändring. Till detta tillkommer variationer i beteenden bland personalen som är involverad i den intervention som testas (Whyte & Hart 2003). När nya arbetssätt och metoder ska prövas, måste det finnas beredskap för att navigera i sådana förändringar och variationer.

Tro på metoden - förutsättning för följsamhet

Det var stor variation bland läkarnas följsamhet i det nya arbetssättet (delstudie II). Detta kan vara mer eller mindre medvetna val utifrån vad läkarna anser sig ha för behov av stöd och kompletterande underlag för bedömning och ställningstagande om sjukskrivning. Tidigare studier och rapporter där bristande information i läkarintyg framkommit, (Skånér m.fl., 2013; Nilsing m. fl. 2011; Försäkringskassan, 2013a, 2012a, 2011, 2009, Inspektionen för socialförsäkringen, 2011; Riksrevisionen 2009; Söderberg och Alexanderson, 2005), visar att det kan finnas en omedvetenhet om vad läkarintyget ska innehålla och förmedla. Om läkaren inte är medveten om att det saknas information i bedömningen är det inte sannolikt att läkaren efterfrågar andras bedömningar. Det kan också ha funnits tveksamheter till att involvera fler yrkesgrupper utifrån patientens medicinska tillstånd, men skillnader i hanteringen tycks snarare vara kopplat till läkarens vanor och rutiner än till patientens ohälsa. Det nya arbetssättet innebar förändring i relationerna på hälsocentralen. Hur detta överensstämmer med professionernas värderingar och behov är inte undersökt. Greenhalgh m.fl (2004) har identifierat ett antal komponenter som har betydelse för hur nya metoder tas emot och används. Bland annat ska en ny metod ha synliga fördelar och vara anpassad till användarens behov. Vidare ska metoden vara enkel att använda och överensstämma med individuella och professionella värderingar och behov.

Inom implementeringsforskningen beskrivs betydelsen av interventionens källa som en viktig faktor för dess legitimitet och hur den används (Damschroder m.fl.,

2009). Varifrån initiativet till att införa eller prova en ny metod kommer, kan också påverka mottagandet. Det vill säga om det är beslutsfattare inom eller utanför verksamheten (top-down) har tagit initiativet eller om behovet av förändring fötts inom verksamheten (bottom-up). Idén och initiativet till att pröva ett nytt arbetssätt (delstudie II) kom varken uppifrån eller nedifrån utan snarare ”utifrån”, vilket troligen påverkade mottagandet. Den individuella medarbetaren påverkas och tar lättare till sig nya metoder som är utvecklade inom den egna professionen vilket har betydelse för beteendeförändringar (Carlfjord, 2011). Bland de deltagande arbetsterapeuterna var intresset stort att införa arbetssättet, vilket kan ha stimulerats av att projektledaren var arbetsterapeut.

Behov av implementeringsstrategi

Implementeringsanalysen i delstudie II tydliggjorde brister i implementeringen av det arbetssätt som prövades. En mer genomgripande analys av de deltagande hälsocentralernas förutsättningar (ex. organisatoriska, resursmässiga, attitydmässiga) för arbetssättet i studie II kunde ha underlättat implementeringen. För en framgångsrik implementering är inte enstaka insatser tillräckligt, oftast krävs en kombination av flera olika insatser såsom utbildning, särskild coaching och återkoppling till alla användare (Guldbrandsson, 2007; Fixsen m.fl., 2005). Grol m.fl. (2013) betonar vikten av planering när nya arbetssätt ska prövas eller vid införandet nya metoder. I denna planering bör användarna involveras och ges möjlighet till att anpassa det nya arbetssättet eller metoden till deras egen situation.

Förbättringsarbete är i huvudsak en tillämpad vetenskap och en social process som är starkt kontextberoende och reflexiv (Davidoff m.fl., 2009). Det innebär olika typer av både formella och informella processer (Höög, 2014). Förändringar kan behövas på individnivå, gruppnivå och organisationsnivå. För individen kan det innebära inte bara beteendeförändringar utan också förändringar i hur man tänker och förstår liksom ökad kompetens och kunskap. I gruppen kan förändring krävas bland annat i roller, relationer, kommunikation och mandat. För organisationen kan det handla om förändringar i ledning, beslutsfattande och strategier (Höög, 2014). Resultatet vid införande av en ny metod bestäms således av metoden i sig, av interaktionen mellan de som vill införa den och de tänkta användarna samt de omständigheter som råder vid tidpunkten för införandet (Guldbrandsson, 2007).

Sammanfattningsvis kan resultatet av studie II ses som ett lärande steg mot ett ökat samarbete mellan olika professioner inom primärvård. Även om studien

fokuserade på att tidigt engagera arbetsterapeuter i sjukskrivningsärenden kan troligen dessa erfarenheter och lärdomar generellt vara användbara i utveckling av ett mer effektivt arbete i samverkan mellan flera professioner i sjukskrivningsprocessen.

Metodologiska överväganden

I denna avhandling har både kvalitativ och kvantitativ metod använts. Datainsamlingen gjordes till största delen i Västerbottens län (förutom studie I där en av fokusgrupper genomfördes i Norrbotten). Även om datainsamlingen var begränsad till norra delen av Sverige kan resultaten överföras till liknande miljöer inom svensk primärvård.

Datainsamling, analys och utfallsvariabler

Fokusgruppsdiskussion som metod för datainsamling gör det möjligt att utforska erfarenheter, åsikter, attityder och värderingar som finns kring ett ämne (Kreuger & Casey, 2000; Kitzinger, 1994). I fokusgruppsdiskussionen kan deltagarna interagera med varandra, fråga upp samt resonera tillsammans om sina erfarenheter av ämnet och på så sätt leder det till att ny kunskap skapas (Dahlin Ivanoff & Hultberg, 2006). Grupperna i studie I var homogena, vilket kan ha underlättat deltagarnas förmåga att tala mer fritt och därigenom nå ett större djup i ämnet. Detta avspeglade sig i de livliga diskussioner och den mängd åsikter som ventilerades, vilket också visar att ämnet var aktuellt och viktigt för deltagarna. Fokusgruppsdiskussionerna gav därför omfattande data.

Det finns anledning att fundera över om utfallsvariabler som sjukskrivningsdata och kvalitet i läkarintyg var de mest passande i studie II. Antalet sjukskrivna och sjukskrivningarnas omfattning och längd påverkas av många olika faktorer som kan vara svåra att kontrollera. Dessutom borde varje individuellt ärende ha följts över tid. Den bedömning som arbetsterapeuten gjorde användes inte på det sätt det var tänkt och påverkade inte nämnvärt läkarintygets kvalitet. Även om det är svårt att studera kunde det varit intressant att undersöka om bedömningen av arbetsterapeuten på något sätt påverkade vårdens rehabiliteringsinsats och vad det i så fall betydde för patienten.

Erfarenheterna från den genomförda studien om införande av nytt arbetssätt och utveckling av samarbete mellan professioner i primärvården, gav insikter om att vid denna typ av forskning bör en annan studiedesign övervägas. Eftersom utgångspunkten ska vara den praktiska verksamheten kan aktionsforskning

(Freshwater 2005) vara tillämpbart. I aktionsforskning arbetar forskare, deltagarna och praktiskt verksamma tillsammans och arbetssättet bygger på ett interaktivt förhållningssätt (SBU, 2014; Freshwater, 2005). Det är ett sätt att få kunskap om sina egna förutsättningar i verksamheten och därigenom sina möjligheter att förändra den. Aktionsforskning ger en möjlighet att forska inom praktisk verklighet, vilket skulle motverka klyftor mellan forskning och klinisk praktik. Det kooperativa arbetssätt som ingår i aktionsforskningen skulle kunna undanröja vissa hinder med implementeringsprocesser och därmed underlätta överföring av kunskap till praktik.

Deltagare

Studie I

Deltagande arbetsterapeuter och läkare i studie I arbetade vid större och mindre hälsocentraler som drevs i både offentlig och privat regi. I studie I deltog även personer som arbetade inom andra fält än primärvård (arbetsförmedlingen, försäkringskassan och rehabiliteringsföretag). Detta gav en bredd i diskussionen och visade på att synen på och erfarenheterna av arbetsförmågens komplexitet var likartad mellan deltagarna som kom från olika verksamhetsområden. Resultaten bygger dock främst på ett primärvårdsperspektiv.

Studie II-IV

Samtliga deltagande patienter hade erfarenhet av att vara sjukskrivna och det var hälsocentralen som hade hälso- och sjukvårdsansvaret i deras handläggning av sjukskrivningen. De representerar både stad och landsbygd. Av de patienter som deltog i studie II, III och IV var en övervägande andel kvinnor (67-73%). Vid tidpunkten för datainsamlingen var andelen sjukskrivna kvinnor två tredjedelar i Sverige. Bland de patienter som svarat på enkät och de som deltog i intervju var andelen kvinnor något högre än i den nationella sjukskrivningsstatistiken. De läkarintyg som studerades i studie IV hade alla utfärdats inom Västerbottens län, men eftersom det var vid 29 olika hälsocentraler och av 146 olika läkare kan det ändå betraktas ett brett dataunderlag. Könsfördelningen bland patienter i de läkarintyg som granskades motsvarade nationella nivåer. Könsfördelningen mellan de läkare som utfärdat de granskade intygen motsvarade förhållandet i primärvården i Västerbotten.

I studie III hade nästan hälften av de deltagande patienterna högskole- eller universitetsutbildning, vilket inte motsvarar fördelningen av sjukskrivna på nationell nivå. Personer som har arbeten som vanligtvis kräver

högskolekompetens är mindre sjukfrånvarande än de som har arbeten som kräver kortare utbildning (Försäkringskassan, 2012b). Intresset och benägenheten för att delta i undersökningar kan påverkas av flera faktorer varav utbildningsnivå är en (Kho m.fl., 2009; Novo m.fl., 1999). Urvalet till intervjuerna gjordes strategiskt men det var också viktigt att intervjuerna genomfördes inom rimlig tid i relation till kontakten med hälsocentralen. Intervjuerna genomfördes därför konsekutivt och deltagarna valdes utifrån hur enkätsvaren kom in och om deltagarna svarat på de öppna frågorna. Detta kan eventuellt bidra till att deltagare med lång utbildning blev överrepresenterade. Uppgifter om deltagarnas födelseland eller etnicitet saknades, vilket kan vara en svaghet eftersom etniska aspekter kan påverka maktrelationer mellan patient och personal och förhållningssätt till sjukfrånvaro (Müssener m.fl., 2008a; SBU, 2003).

Studierna med kvalitativ metod

Det övergripande syftet med studie I och studie III var att identifiera, beskriva och förstå deltagarnas erfarenheter och syn på ett fenomen och/eller situationer därför valdes en kvalitativ ansats. Datainsamling skedde genom fokusgruppdiskussioner och genom telefonintervjuer för att ta del av erfarenheter, upplevelser, motiv och uppfattningar.

Forskaren har alltid sin egen förförståelse med sig in i ett forskningsprojekt. Det innefattar både kunskap och förutfattande meningar inom ett ämne/område. Eftersom förförståelsen kan påverka öppenheten hos forskaren är det viktigt att forskaren har ett aktivt och medvetet förhållande till sin förförståelse. Det faktum att forskaren har en förförståelse kräver således självkritik av forskaren. I intervjusituationen krävs en öppen attityd till det som framkommer under intervjuens gång. Den som gör intervjun måste inte bara lyssna till vad som sägs utan även hur det sägs. (Kvale & Brinkmann, 2009; Hamberg m.fl., 1994; Lincoln & Guba 1985). För att underlätta en öppen attityd hos intervjuaren/moderatoren spelades fokusgruppdiskussionerna i studie I och intervjuerna i studie III in på band. Den som intervjuade eller som var moderator för fokusgrupperna kunde därmed rikta sin uppmärksamhet på vad som förmedlades eller diskuterades. Det medförde att allt fokus inte endast var på intervjuguiden utan det skapades möjlighet att använda följdfrågor utifrån de uppslag som framkom i intervjuerna eller i fokusgrupperna.

En annan konsekvens av förförståelse är att forskarens perspektiv ligger i tolkningen, vilket kan innebära att alternativa tolkningar är möjliga. Analysarbetet genomfördes genom att med jämna mellanrum backa tillbaka för

att begrunda överensstämmelsen mellan data och tolkning. På så sätt skapades en kontroll för att balansera förståelsen och vetenskapligheten. En annan åtgärd som användes var triangulering mellan undersökare, genom att flera forskare med olika bakgrund gjorde oberoende analyser av samma material (Lincoln & Guba 1985).

För att uppnå trovärdighet i de kvalitativa studierna redovisas de fyra delkriterierna; giltighet (*credibility*), neutralitet och bekräftelsebarhet (*confirmability*); beroende, stabilitet av data över tid (*dependability*) och överförbarhet (*transferability*) i forskningsförfarandet (Graneheim & Lundman, 2004; Hamberg m.fl., 1994; Lincoln & Guba 1985)

Credibility – I de kvalitativa studierna insamlades data genom fokusgrupper och genom intervjuer. I metoden redovisas hur informanterna blev utvalda, intervjuarens relation till informanterna och hur lång tid intervjuerna pågick. Detta kan ha betydelse för informantens förtroende för den som ledde intervjun och påverka hur mycket som delges.

Moderatorn i fokusgrupperna var bekant för flera av deltagarna. Detta kan innebära en risk att deltagarna säger vad de tror att moderatorn vill höra. Moderatorn och observatören reflekterade tillsammans efter varje fokusgrupp och vid samtliga tillfällen uppfattades fokusgruppsdeltagarna som uppriktiga och ärliga. Intervjuerna i studie III genomfördes via telefonsamtal, förutom en intervju där informanten saknade telefon och själv önskade genomföra intervjun i sitt hem. I intervjuer via telefon skapas inte någon personlig relation och den som intervjuar kan inte observera reaktioner och hur informanter uttrycker sig. Telefonintervjuer kan å andra sidan skapa en trygghet att faktiskt uttrycka det man vill, då man inte känner sig så blottad.

I de båda kvalitativa studierna användes öppna frågor som följdes upp för klargörande och informanterna erbjöds att fördjupa och utveckla sina synpunkter och erfarenheter. Analysen genomfördes av flera forskare som läste och bedömde utskriften, koder och kategorier. I resultatet redovisades flera citat från intervjuerna som kan illustrera och stärka innehållet.

Confirmability – Fokusgruppsdiskussioner och intervjuer transkriberades ordagrant, både lyssnades igenom och lästes igenom flera gånger. Forskargruppen jämförde och ifrågasatte resultaten. Jämsides med arbetet med kodningen skrevs memos ned. Genom att gå fram och tillbaka mellan data, koder och kategorier fortlöpande i processen kunde slutledningar stödjas av de insamlade uppgifterna. I samband med deltagande i en kurs i kvalitativ forskning

användes två av intervjuerna i delstudie III. Dessa intervjuer diskuterades och kodades av kursens deltagande doktorander och kursledning vilket blev ett stöd i den fortsatta analysen. De resultat som framkom från enkätens öppna frågor styrker till många delar de resultat som redovisas i studie III.

Dependability – För att göra datainsamlingen konsekvent och hålla fokus på samma ämnen för alla intervjuer, utgick samtliga fokusgrupper och intervjuer i respektive studie från samma intervjuguide. Kvalitativ forskning studerar komplexa förhållanden som hela tiden är i förändring, vilket innebär att om studien inte anpassas till rådande förhållanden kan det finnas risk för att fynden inte blir "up-to-date" (Lincoln & Guba 1985). Datainsamlingen pågick dock under en begränsad tid, vilket minskar denna risk. En av informanterna i delstudie III fick efter överenskommelse läsa igenom den utskrivna intervjun som kontroll för att det hon sagt var rätt uppfattat. En ny telefonkontakt togs med en annan av informanterna i delstudie III för några uppföljande frågor. Dessa två åtgärder kan anses förstärka dependability. Processen dokumenterades av försteförfattaren och vid varje sammankomst i forskargruppen redogjordes hur arbetet fortskred och vilka förändringar som gjorts. Dataanalyserna för båda studierna utfördes genom att växelsvis pendla mellan helheten och delarna i datamaterialet.

Transferability – Spridningen i ålder och tid i yrket var stor bland deltagarna i studie I. Materialet i studie III var inhämtat från informanter med olika typer av hälsoproblem, arbete, arbetsförhållanden och erfarenheter. Erfarenheter från möten med personal vid åtta olika hälsocentraler ingick i materialet.

Överförbarheten av resultaten från avhandlingens studier och dess relevans i andra situationer är upp till läsaren att avgöra. Resultaten från studie I och studie III är i samklang med tidigare forskning om begreppet arbetsförmåga och vikten av goda möten i vården för sjukskrivna (Nordin m.fl., 2013; Stigmar m.fl., 2010; Ilmarinen 2009; Müssener m.fl., 2008a; 2008b; Ilmarinen m.fl., 2005; Klanghed m.fl., 2004; Östlund m.fl., 2001) vilket tyder på att resultaten är relevanta och applicerbara i fler sammanhang när det gäller hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivna.

Studierna med kvantitativ metod

De kvantitativa beräkningarna i avhandlingen (studie II och IV) byggde i huvudsak på nominala variabler, t.ex. kön, ålder, diagnos, sjukskrivningsnivå, som endast kunde klassificeras och summeras i frekvenser indelade i grupper vilka sedan kunde jämföras med varandra. De kvantitativa beräkningarna som

gjordes syftade till att undersöka om det fanns några skillnader som inte var slumpmässiga mellan olika grupper i materialet (Borg & Westerlund, 2012).

Frågor i enkäten var formulerade och valda utifrån relevans för det område som skulle undersökas. Frågeformulärets validitet eller reliabilitet var inte undersökt, men en enkät med liknande frågor hade använts i ett utvecklingsarbete inom Västerbottens läns landsting. Innan enkäten till delstudie II började användas, fick två personer med tidigare erfarenhet av sjukskrivning lämna sina synpunkter på frågornas utformning, vilket togs hänsyn till och vissa korrigeringar gjordes. Genom en Likertskala med fem skalsteg undersöktes hur väl deltagaren ansåg att påståenden överensstämde. Likertskalan är inte en numerisk skala och kan inte hanteras som en skala med lika stor skillnad mellan vare skalsteg (Borg & Westerlund, 2012). De fem skalstegen i svarsalternativen dikotomiserades (Borg & Westerlund, 2012) till två utfall, ett för samstämmighet till påståendet och ett för inte samstämmighet. Den stora skillnaden i antal enkätsvar från projekthälsocentraler respektive övriga hälsocentraler gör att det inte går att dra slutsatser om interventionens eventuella påverkan på svaren.

Kvalitetsbedömningen av läkarintygen var mycket central för studie IV. Frågan om vem som kan avgöra om intyget innehåller tillräckligt med information för att ha ”god kvalitet” har debatterats livligt. I denna avhandling har utgångspunkten varit att läkarintyget som utfärdas i samband med sjukskrivning görs för patientens bästa och det är också patienten som förfogar över intyget. För att läkarintyget ska vara användbart för patienten måste det innehålla den information som Försäkringskassan behöver för att beslut om ersättning ska kunna fattas och för att stödja samordningen. Mot denna bakgrund valdes de nationella kriterierna för kvalitet i läkarintyg. Genom att använda samma utvärderingsmetod var det också möjligt att göra vissa jämförelser med de nationella granskningarna av kvaliteten i läkarintyg. Metoden begränsar dock möjligheten till nya aspekter på läkarintygets kvalitet, vilket kan ses som en svaghet. Granskningen genomfördes av en försäkringsspecialist som var utbildad och kalibrerad för denna kvalitetsutvärdering. Granskaren var inte involverad i studien för övrigt. Det går inte att utesluta att försäkringsspecialisten kan ha påverkats av om läkarintyget var utfärdat för en man eller kvinna. Det är inte genomförbart att avlägsna all information i läkarintygen som kan kopplas till patientens kön. I delstudie IV kan det ses som en styrka att det var samma specialist som granskade alla läkarintyg.

Studie av implementering

För att analysera implementeringens process och utfall i studie II valdes ramverket CFIR, ett metateoretiskt ramverk som återspeglar en slags professionell konsensus av implementeringsmodeller och ramverk (Nilsen, 2014; Damschroder m.fl., 2009). Analysen tydliggjorde att det krävs ett mer grundläggande förarbete, en tydligare struktur i implementeringsprocessen och bättre stöd till alla användare för att underlätta genomförbarheten (feasibility). Dessa åtgärder skulle troligen även påverka troheten (fidelity) till arbetssättet, vilket var bristande i studie II. Analysen med CFIR har varit användbar då den skapade lärdomar, som är användbara i en fortsatt utveckling av samverkan mellan professioner i arbetet med sjukskrivna. Den kommande analysen av intervjuerna av deltagande arbetsterapeuter och läkare kommer att belysa hur de som användare upplevde arbetssättet, vad som var (respektive inte var) tillfredställande (acceptability) med arbetssättet och hur arbetssättet passade in i deras primärvårdsmiljö (appropriateness).

Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Avhandlingen visar på förbättringsområden i primärvårdens arbete med sjukskrivna. Fortfarande finns brister i bedömningen inför sjukskrivning och i den information som förmedlas via läkarintygen. Det finns ett gap mellan de rekommendationer som finns om samarbete och teamarbete inom sjukskrivningsprocessen och hur detta ser ut i praktiken.

Fortsatta satsningar på försäkringsmedicinsk utbildning är angeläget. Utbildning behövs för generell kunskapshöjning hos hälso- och sjukvårdspersonal, men också för målgruppers attityder och vanor i hanteringen av sjukskrivning. Försäkringsmedicinsk kompetens gäller inte enbart läkare utan också andra professioner som arbetar inom hälso- och sjukvården (exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer och socionomer). Detta kunskapsområde bör ingå i universitetens grundutbildningar för dessa professioner. Landstingen har ansvar för kompetensförsörjningen av personalen inom hälso- och sjukvården. För att uppnå en jämlik vård (Socialstyrelsen, 2006b) finns ett behov av att kvalitetssäkra de utbildningar som landstinget ansvarar för, så att lägsta nivån på målgruppernas försäkringsmedicinska kompetens är lika över landet.

Idag finns det stor kunskap om vikten av att skapa goda möten i vården och vad som präglar det goda mötet. Kunskapen om hälso- och sjukvårdens bemötande

av patienten och dess effekter på hälsoutfall och återgång i arbete behöver i större utsträckning lyftas in och diskuteras i det kliniska arbetet. En ökad medvetenhet behövs om hur personalens interagerande med sjukskrivna patienter kan ha effekt på patientens återgång i arbete. Detta skulle kunna åstadkommas genom arbetsplatslärande och reflexion. Tyvärr finns det en konflikt mellan tid som ägnas åt patientkontakt och produktion och tiden för aktiviteter som innefattar reflektion och lärande på arbetsplatsen (Nilsen m.fl., 2012).

Både forskningsresultat och praktikbaserad kunskap är svåra att överföra och sprida till den kliniska situationen. Fler studier om hur både forskningsbaserad och praktikbaserad kunskap kan integreras i den kliniska verksamheten kan medverka till att detta gap till viss del överbryggas. Det behövs också mer praktiktäna forskning som är inriktad på genomförbarhet och som undersöker effekter av åtgärder som kan passa in i en primärvårdkontext.

Hälso- och sjukvården har i uppdrag att följa de sex områdena för ”God vård” (Socialstyrelsen, 2006b). Det handlar således om att balansera bästa möjliga kvalitet och största säkerhet med de resurser som finns att tillgå. Därför finns behov av att utveckla processer som på bästa sätt gynnar användandet av tillgänglig kompetens inom primärvården. Samarbetsformer kan uppkomma naturligt när olika professioner möts. Det krävs dock en systematik och ett stöd i organisationen och i rutiner för att identifiera de patienter som behöver rehabiliterande åtgärder och de som behöver mer teambaserade åtgärder. För att bli ett välfungerande team behövs både utbildning om teamarbete och träning. En viktig kugge för att få en fungerande organisation i primärvårdens arbete med sjukskrivna är att det finns en koordinatorfunktion. Genom att utveckla och i större utsträckning använda rehabiliteringsplaner tillsammans med den sjukskrivne skulle behovet av en tydlig strukturerad process tillgodoses. Viktigt är att fundera över hur hälso- och sjukvårdens olika journalsystem ska utformas för att kunna stödja en sådan utveckling.

Det är angeläget att uppmärksamma primärvårdens organisatoriska förutsättningar för att möjliggöra en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess för den enskilde. Hur kan primärvården organiseras för att skapa tillit i patientmötet genom kontinuitet och uppföljning samt erbjuda olika insatser som stöttar återgång i arbete? Hur påverkar de ekonomiska styr- och ersättningssystemen vad som prioriteras? Det finns anledning att fundera över om en inriktning mot värdebaserad vård skulle kunna förbättra primärvårdens arbete med sjukskrivna.

Slutsatser

Arbetsförmåga är ett komplext fenomen med många samverkande komponenter. Mycket talar för att multiprofessionella bedömningar och samarbete mellan olika yrkesgrupper inom primärvården skulle kunna klargöra de faktorer som har betydelse för den enskildes arbetsförmåga. Genom att olika professioner samverkar om bedömningen kan det skapas en tydligare bild av individens resurser och begränsningar och därmed stärka förmågan att identifiera individuella behov av rehabilitering.

Det finns fortfarande brister i den information som förmedlas via läkarintygen vid sjukskrivning. Både allmänläkarna och annan personal i primärvården behöver kunskap om ICF och försäkringsmedicinsk kunskap för att bättre kunna möta de krav som intygsutfärdandet fordrar och för planering av rehabilitering. Bedömningen av individens arbetsförmåga och behov av åtgärder kan förbättras genom att individens; arbetsuppgifter och arbetsförhållanden, tilltro till sin förmåga och livssammanhang undersöks noggrannare.

För att uppnå en ökad samverkan inom primärvården i arbetet med sjukskrivna krävs nya arbetsmetoder och rutiner. Dessa arbetsmetoder måste förankras i organisationen vilket fordrar en tillämpad implementeringsstrategi. För att nya arbetssätt ska anammas krävs, att de involverade professionerna i primärvården anser att arbetet med sjukskrivna är ett prioriterat område; anser det angeläget att förbättra kvaliteten av sjukskrivningsprocessen och är övertygade om att ett ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper är ett sätt att uppnå förbättringar. Ett bra internt samarbete skapar sannolikt goda förutsättningar för ett externt samarbete vilket kan vara avgörande för patientens återgång i arbete.

Det behövs mer fokus på betydelsen av kvaliteten i mötet mellan sjukskrivna och vårdpersonal vid hälsocentraler. Möten i vården måste bygga på ömsesidig tillit. Vårdpersonalen kan underlätta sjukskrivna personers återgång i arbete genom att ge en tydlig struktur i processen och stöd för individens aktivitetsbalans.

Det krävs en högre medvetenhet och lyhördhet för betydelsen av genus i primärvårdens arbete med sjukskrivna.

Tack

Jag vill rikta ett varmt tack till alla er som deltagit i de olika studier och som på olika sätt delat med er av era tankar och erfarenheter. Ett särskilt tack till arbetsterapeuterna Kerstin Bergmark, Carina Wällberg, Gerd Lundström och Gudrun Wikström som trodde på projektets idé och vågade pröva ett nytt sätt att arbeta.

Annie Hansen Falkdal, för den väg du berett med din egen forskning, ditt engagemang och handledarskap under min doktorandtid och tack för att jag fick vara din arbetskamrat och vän under dessa år av utveckling.

Birgitta Bernspång, min huvudhandledare. Genom din stora kunskap har du lotsat och stöttat mig att erövra nya färdigheter i forskarvärldens aktiviteter. Din handledarstil har främjat mina möjligheter att under doktorandtiden bli allt mer självständig. Med andra ord, du har varit en riktigt bra arbetsterapeut för mig.

Curt Edlund, min bihandledare, för din visdom som du alltid delar med dig. Tack för ditt stöd och kunnande i metod och språk samt dina förslag på lästips från det rika referensbibliotek som finns i ditt huvud.

Sonya Hörnqvist Bylund, min medförfattare, medarbetare och vän, för den vägledning du bistod med för att hitta rätt i SPSS-världen. Tack för alla inspirerande diskussioner och språkliga synpunkter och tack för alla roliga stunder och skratt du bidragit med.

Ann-Christin Fjällman Wiklund, min medförfattare som pedagogiskt lotsade mig i den första studien med kvalitativ metod. Tack också för all språklig vägledning och givande diskussioner.

De rehabiliteringskoordinatorer och de handläggare från Försäkringskassan som bistått mig vid datainsamlingen.

Maria Sperens min vän, doktorandkollega och rumskamrat för alla givande diskussioner och stöttande ord på vägen. Tack också till övriga doktorander och alla forskare, vid enheten för arbetsterapi, för allt ni har delat med er.

Gun-Mari Hariz min examinator för alla goda råd på denna resa.

Tack också till Christina Lindberg, Chatarina Carlén och Larry Fredriksson för ert stöd inom administration och IT.

Tack

Till alla i "Grupp fyra" vid Nationella forskarskolan i allmän medicin, för alla inspirerande samtal all feed-back vid våra sammankomster.

Ett stort varmt tack till mina arbetskamrater Solveig Hällgren, Tommy Henfridsson och Maria Carlsson för alla givande diskussioner, för vårt samarbete och vår vänskap vilket varit så värdefullt under den här tiden.

Kerstin Lagervall min chef för det stöd du bistått med under min doktorandtid.

Min familj; Torsten min make och livskamrat, mina underbara barn Sebastian och Edith som med sådan självklarhet trott på mig och tack för att ni ständigt förgyller min vardag, älskar er. Tack också till; min syster Birgit och hennes Cay, till mina barns respektive sambo Jennifer och Arvid för alla trevliga stunder vid våra gemensamma middagar och tack för att ni outtröttligt står ut med mina lekar. Och tack mamma Elsy för allt gott fika. Allt detta har gett mig energi i mitt arbete.

Tack till de ledare vid IKSU som under de senaste åren inspirerat mig till fysisk aktivitet och på så sätt gett mig krafter både i kropp och själ.

Till sist vill rikta ett varmt tack till AFA-försäkringar, Västerbottens läns landsting och Umeå universitet som bistått med finansiering av detta arbete.

Referenser

Alexanderson, K., Arrelöv, B., Bränström, R., Gustavsson, C., Hinas, E., Kjeldgård, L., Ljungquist, T., Nilsson, G. (2013a). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning – Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*. Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm.

Alexanderson, K., Keller, C., von Knorring, M., Paul, A-S. (2013b). Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm.

Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L., Österberg, M. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME, Karolinska Institutet, Stockholm.

Andersen, M.F., Nielsen, K.M., Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(2), 93–104.

Argenstzell, E. & Leufstadius, C. 2010. Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. I: Eklund, M., Gunnarsson, B., Leufstadius, C. (red). *Aktivitet & Relation mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.

Bekker, M.H., Rutte, C.G., van Rijswijk, K. (2009). Sickness absence: gender-focused review. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (4), 405-418.

Bohlin, I. (2014). Evidensrörelsens ursprung. I: Nilsen, P. (red). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Tredje upplagan. Stockholm: Liber.

Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L., Corbiere, M. (2007). Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 444-457.

Burdorf, A. (2010). Is early retirement good for your health? *British Medical Journal*, 341:c6089.

Butler, R.J., Johnson, W.G., Côté, P. (2007). It pays to be nice: employer-worker relationships and the management of back pain claims. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 214-225.

Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C.L., Lund, T., Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93.

Carlfjord, S. (2011). Teorianvändning vid forskning som rör implementering inom hälso- och sjukvården. I: Nilsen, P. (red). *Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, L., Lännerström, L., Wallman, T., Holmström, I.K. (2015). General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system: a qualitative focus-group study. *BMC Family Practice*, 16:21.

Christiansen, C.H. & Townsend, E.A. (2010). An introduction to occupation. I: Christiansen, C. H. & Townsend, E. (red). *Introduction to occupation the art and science of living*. (2nd Ed.) New Jersey: Pearson Education Inc.

Dahlin Ivanoff, S. & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 124-132.

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.

Davidoff, F., Batalden, P., Stevens, D, Ogrinc, G., Mooney, S. E. (2009). Publication guidelines for quality improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE project. *British Medical Journal*, 338, 402-404.

Edlund, C. & Dahlgren, L. (2002). The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*, 24(14), 727-733.

Edlund, C. (2001). *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet.

Ekberg, K. & Erlandsson L-K. (2015). Lättare psykisk ohälsa. I: Ekberg, K., Eklund, M., Hensing, G. (red). *Återgång i arbete. Processer, bedömningar och åtgärder*. Lund: Studentlitteratur.

Ekbladh, E., Fan, C.W., Sandqvist, J., Hemmingsson, H., Taylor, R. (2014). Work environment impact scale: testing the psychometric properties of the Swedish version. *Work*, 47(2), 213-219.

Ekbladh, E., Thorell, L.H., Haglund, L. (2010). Return to work: the predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years. *Work*, 35, 163-172.

Ekbladh, E. (2008). *Return to work. Assessment of subjective psychosocial and environmental factors*. Avhandling för doktorexamen, Linköpings universitet.

Ekbladh, E., Haglund, L., Thorell, L.H. (2004). The worker role interview – Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2, 131-141.

Eklund, M. & Erlandsson, L-K. (2014). Women's perceptions of everyday occupations: outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 359-367.

Eklund, M. & Erlandsson, L-K. (2011). Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders – a comparative study. *Women & Health*, 51(7), 676-692.

Eklund, M. (2010) Aktivitet, hälsa och välbefinnande. I: Eklund, M., Gunnarsson, B., Leufstadius, C. (red). *Aktivitet & Relation - mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, M., Hansson, L., Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 465-477.

Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E., Alexanderson, K. (2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 227-233.

Engblom, M., Alexanderson, K., Englund, L., Norrmén, G., Rudebeck, C.E. (2010). When physicians get stuck in sick-listing consultations: A qualitative study of categories of sick-listing dilemmas. *Work*, 35(2), 137-142.

Erlandsson, L-K & Persson D. (2015). ValMo-modellen. Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. Lund: Studentlitteratur.

Erlandsson, L-K. (2013). The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-program: Supporting women with stress-related disorders to return to work – knowledge

base, structure, and content. *Occupational Therapy in Mental Health* 29(1), 85-101.

Erlandsson, L-K., Carlsson, G., Horstmann, V., Gard, G., Holmström, E. (2012). Health factors in the everyday life and work of public sector employees in Sweden. *Work*, 42(3), 321-330.

Fisher, A.G. (2009). *Occupational therapy intervention process model. A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Three Star Press: Fort Collins, Colorado.

Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

Freshwater, D. (2005). Action research for changing and improving practice. I: Holloway I (red) *Qualitative research in health care*. Maidenhead: Open University Press.

Fresk, M., Arrelöv, B., Skånér, Y., Backlund, L., Nilsson, G. (2013). ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. *Läkartidningen*, 110:CDFF.

Försäkringskassan (2014). Socialförsäkringen i siffror 2014.

Försäkringskassan (2013a). *Kvalitet på läkarintyg - En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat*. www.forsakringskassan.se.

Försäkringskassan (2013b). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr 009246-2013.

Försäkringskassan (2012a). *Kvalitetsgranskning av läkarintyg En del av sjukskrivningsmiljarden år 2011*. Socialförsäkringsrapport 2012:13.

Försäkringskassan (2012b). *Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet - Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2002-2010*. Socialförsäkringsrapport 2012:14.

Försäkringskassan (2011). *Kvalitetsgranskning av läkarintyg - En del av sjukskrivningsmiljarden 2010*. Socialförsäkringsrapport 2011:12.

Försäkringskassan (2009). *Kvaliteten på intyg och utlåtanden från läkarna*. Rapport till regeringen från uppdrag i regleringsbrevet. Dnr 31507-2009-FPSS.

Gabbay, M., Taylor, L., Sheppard, L., Hillage, J., Bamba, C., Ford, F., Preece, R., Taske, N., Kelly, MP. (2011). NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *British Journal of General Practice*, 61(584):e 118-124.

Gerner, U. & Alexanderson, K. (2009). Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37:57-63.

Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Avhandling för doktorsexamen. Stockholms universitet.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (2013) *Improving Patient Care - The implementation of change in health care*. Second edition. Oxford: Wiley Blackwell, BMJI Books.

Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. En forsknings sammanställning. Folkhälsoinstitutet, Stockholm.

Hamberg, K. Genusperspektiv i allmänmedicinskt arbete. (2015). I: Hovelius, B. (red). *Allmänmedicin* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G., Westman, G. (1994). Scientific rigour in qualitative research—examples from a study of women's health in family practice. *Family Practice*, 11(2), 176-181.

Hansen Falkdal, A., Hörnqvist Bylund, .S, Edlund, C., Janlert, U., Bernspång, B. (2013). *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*. Västerbottens läns landsting, Umeå universitet och Mittuniversitetet.

Hansen , A., Edlund, C., Henningsson, M. (2006). Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work*, 26(1), 179-190.

Hansen Falkdal, A. (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet.

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., Mattsson, B. (2010). Working together – primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78–85.

Haveney & Pentland (2010). What do people do? I: Christiansen, C. & Townsend, E. (red). *Introduction to occupation the art and science of living* (2nd Ed.) New Jersey: Pearson Education Inc.

Helgesson, M., Johansson, B., Nordquist, T., Lundberg, I., Vingård, E. (2013) Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health*, 23(4), 606–610.

Hellquist E, & Andersson, C. (2014). Bättre läkarintyg med arbetsterapeuter. *Läkartidningen*, 111:CTRP.

Hermerén, G. (1995) Hälsa och etisk analys i ett aktörsperspektiv. I: Klockar, K. & Österman, B. (red). *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Stockholm: Liber.

Holmgren, K. & Dahlin Ivanoff, S. (2004). Women on sickness absence—views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 18; 26(4), 213-222.

Hult, C., Stattin, M., Janlert, U., Järholm, B. (2010). Timing of retirement and mortality - a cohort study of Swedish construction workers. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1480-1486.

Hultgren, P. (2007). *Sjukskrivningspraxis på vårdcentralen*. Licentiatavhandling i sociologi, Växjö universitet.

Håkansson, C. & Ahlborg, G. (2010). Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. *Journal of Occupational Science*, 17(3), 150-157.

Hörnqvist Bylund, S., Edlund, C., Johansson, U. (2012). Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden. *Läkartidningen*, 109(22), 1090-1093.

Höög, E. (2014). *Navigera i ständig förändring. Facilitering av utvecklingsarbete inom vård och omsorg*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet.

Ilmarinen (2012). *Promoting active ageing in the workplace*. European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/>.

Ilmarinen, J. (2009). Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1-5.

Ilmarinen, J., Tuomi, K., Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. *International Congress Series*, 1280, 3-7.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2014a). *Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av Försäkringskassans inkomna läkarintyg*. Österlund, N., Malin Josephson, M., Leijon, O. Stockholm. ISF Rapport 2014:5.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2014b). *Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande, från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Alexanderson, K., Friberg, E., Hinas, E. ISF Stockholm. Rapport 2014:9.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2011). *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning*. Grees, N., Aili, K., Odelmark, J. ISF Stockholm. Rapport 2011:8.

Ivanoff, S.D. & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 124-132.

Jahoda, M. (1982) *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Janlert, U., Winefield, AH., Hammarström, A. (2015). Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), 662-667.

Jansson, I. (2014). *On the nature of work ability*. Avhandling för doktorsexamen, Hälsohögskolan Jönköping.

Johannisson, K. (2008). Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*, 105(44), 3129-3132.

Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I: Hallerstedt, G. (red). *Diagnosens makt, om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.

Johansson, G., Lundberg, O., Lundberg, I. (2006). Return to work and adjustment latitude among employees on long- term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(2), 185-195.

Johansson, P. & Nilsson, M. (2008). *Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?* Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU. Rapport 2008:27. Uppsala.

Jonsson, U., Alexanderson, K., Kjeldgård, L., Mittendorfer-Rutz, E. (2014). Psychiatric diagnoses and risk of suicidal behaviour in young disability

pensioners: prospective cohort studies of all 19-23 year olds in Sweden in 1995, 2000, and 2005, respectively. *PLoS One*. 3;9(11):e111618.

Juul Jensen, U. (1985). *Sjukdomsbegrepp i praktiken: det kliniska arbetets filosofi och vetenskapsteori*. Köpenhamn: Munksgaard, Danmark.

Junestav, M. (2007) *Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden – politiska idéer, sociala normer och institutionell förändring – en historik*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU. Rapport 2007:4. Uppsala.

Junestav, M. (2004). *Arbetslinjer i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930-2001*. Avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet.

Järvholm, B., Mannelqvist, R., Olofsson, C., Torén, K. (red). (2013). *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Kaiser, P-O. (2006). Sjukskrivning och rehabilitering en privatsak? I: Upmark, M. & Edlund, C. (red). *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur.

Kho, E.M., Duffett, M., Willison, J.D., Cook, J.D., Brouwers, C.M. (2009). Written informed consent and selection bias in observational studies using medical records: systematic review. *British Medical Journal*, 12;338:b866.

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. (4th edition) Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kiely, K.M. & Butterworth, P. (2013). Social disadvantage and individual vulnerability: a longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 654-666.

Kiessling, A. & Arrelöv, B. (2012). Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC Public health*, 28;12, 702.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups. The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.

Klanghed, U., Svensson, T., Alexanderson, A. (2004). Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*, 22(3), 247-254.

Krause, N., Frank, J.W., Dasinger, L.K., Sullivan, T.J., Sinclair, S.J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related

- injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464-484.
- Kreuger, R.A & Casey MA (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krohne, K. & Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 850-855.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kärrholm, J., Ekholm, K., Ekholm, J., Bergroth, A., Ekholm, K.S. (2008). Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: a 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(8), 628-636.
- Labriola, M. & Lund, T. (2007). Self-reported sickness absence as a risk marker of future disability pension. Prospective findings from the DWECS/DREAM study 1990-2004. *International Journal of Medical Sciences*, 4, 153-158.
- Larsen, J.H., Risør, O., Putnam, S. (1997) P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*, 14(4), 295-301.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M., Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: a scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267.
- Levesque, A., Li, Z.H., Pahal, S.J. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4, 42-55.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park CA: Sage.
- Lindahl, I. (2007). *Validity and Reliability of the Instrument DOA; A Dialogue about Working Ability*. Avhandling för doktorsexamen, Hälsohögskolan Jönköping.
- Lindholm, C., von Knorring, M., Arrelöv, B., Nilsson, G., Hinas, E., Alexanderson, K. (2013). Health care management of sickness certification tasks: results from two surveys to physicians. *BMC Research Notes*, 6: 207.
- Lindqvist, R. (1997) *Medikalisering, professionalisering och hälsa: ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Ljungquist, T., Hinas, E., Arrelöv, B., Lindholm, C., Wilteus, A.L., Nilsson G.H., Alexanderson, K. (2013). Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? *Occupational Medicine*, 63(1), 23-29.

Ljungquist, T., Arrelöv, B., Lindholm, C., Wilteus, A.L., Nilsson, G.H., Alexanderson, K. (2012). Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open*, 1;2(2):e000704.

Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M., Webster B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.

Lundgren, C. (2009). *Samarbete genom samtal: En samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabilitering*. Avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet, Sverige.

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund Nielsen B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Lynöe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K., Helgesson, G. (2011a). Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open Journal*, 1(2): e000246.

Lynöe, N. (2011b). Bemötande i hälso- och sjukvården – etik eller etikettfråga? I: *Goda möten i hälso och sjukvården?* Region Skånes etiska råd, Lund.

Lännerström, L., Wallman, T., Holmström, I.K. (2013). Losing independence – the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health*, 13:745.

Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S., Alexanderson K. (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 178-185.

MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R-L., Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 32(4), 257–269.

Malterud, K., & Thesen, J. (2008). When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 92-98.

- Mannelqvist, R., Karlsson, B., Järvholm, B. (2010). Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. Svårt för läkaren att förstå juridik – och för juristen att förstå medicin. *Läkartidningen*, 107(49), 3125-3127.
- Martin, L.R., Williams, S.L., Haskard, K.B., Dimatteo, M.R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Morgan, S., Chan, M., Starling, C. (2014). Starting off in general practice - consultation skill tips for new GP registrars. *Australian Family Physician*, 43(9), 645-648.
- Morgell, R., Backlund, L.G., Arrelöv, B., Strender, L-E., Nilsson, G.H. (2011). Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health*, 11: 860.
- Müssener, U. (2012). Det goda mötet - en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. *Socialmedicinsk tidskrift*, 89(2), 169-177.
- Müssener, U., Festin, K., Upmark, M., Alexanderson, K. (2008a). Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(10), 805-811.
- Müssener, U., Svensson, T., Söderberg, E., Alexanderson, K. (2008b). Encouraging encounters: Sick-listed persons' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Social Work in Health Care*, 46(2), 71-87.
- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012) Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions about the process of rehabilitation and return to work: a focus group study. *Work*, 43(2), 237-248.
- Nilsen, P. (2014). Determinater och utfall. I: Nilsen, P. (red). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Nilsen, P., Nordström, G., Ellström P.E. (2012). Integrating research-based and practice-based knowledge through workplace reflection. *Journal of Workplace Learning*, 24, 403-415.
- Nilsen, P. (2011). Praktikbaserad forskning kan ge forskningsbaserad praktik Klyftan mellan forskningsresultat och vårdnytta måste överbryggas. *Läkartidningen*, 108 (36), 1672-1673.
- Nilsing, E., Söderberg, E., Öberg, B. (2014). Sickness certificates: what information do they provide about rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1299-1304.

Nilsing, E., Söderberg, E., Berterö, C., Öberg, B. (2013). Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 450-461.

Nilsing, E., Söderberg, E., Öberg, B. (2012). Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? *BMC Public Health*, 12:907.

Nilsing, E., Söderberg, E., Normelli, H., Öberg, B. (2011). Description of functioning in sickness certificates. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(5), 508-516.

Nordin, I. (2011). Kunskapsanvändning och rationaliet i medicinen. I: Nilsen, P. (red). *Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nordin, C., Gard, G., Fjellman-Wiklund, A. (2013). Being in an exchange process: experiences of patient participation in multimodal pain rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(6), 580-586.

Novo, M., Hammarström, A., Janlert, U. (1999). Does low willingness to respond introduce a bias? Results from a socio-epidemiological study among young men and women. *International Journal of Social Welfare*, 8(2), 155-163.

Persson, D., Erlandsson, L-K., Eklund, M., Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning and complexity in human occupation – a tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 7-18.

Pless, M., Adolfsson, M., Klang, N. (2011). ICF som tankemodell. I: Pless, M. & Granlund, M. (red.) *Handbok att använda ICF och ICF-CY*. Lund: Studentlitteratur.

Pransky, G., Katz, J.N., Benjamin, K., Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 867-874.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. 2006//2015. Sjukskrivningsmiljarden.

Reine, I. (2009). *From young to adult: health consequences of unemployment from a gender perspective*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet.

Riksförsäkringsverket. (2004). *Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt*. Rapport RFV 2004:16.

Riksrevisionen. (2009). *Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?* Rapport RiR 2009:07.

Risberg, G., Johansson, E.E., Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8:28.

Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E., Tarlov, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47, 213–320.

Sandqvist, J.L., Björk, M.A., Gullberg, M.T., Henriksson, C.M., Gerdle, B.U. (2009). Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*, 32(2), 211-218.

Sandqvist, J.L., Gullberg, M.T., Henriksson, C.M., Gerdle, B.U. (2008). Content validity and utility of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*, 30(4), 441-450.

Sandqvist, J. (2007). *Development and evaluation of validity and utility of the instrument Assessment of Work Performance (AWP)*. Avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet.

Sandqvist, J.L., Törnquist, K.B., Henriksson, C.M. (2006). Assessment of Work Performance (AWP) – development of an instrument. *Work*, 26(4), 379-387.

SBU, Statens Beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Rapport nr: 167.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok. 2 uppl. Bilaga 11. Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod*. Stockholm.

Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S.C., de Boer, W.E., Zumbrunn, T., Guyatt, G.H., Busse, J.W., Kunz, R. (2012) Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 7(11):e49760.

SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2015). *Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En Litteraturstudie*. Hansen Falkdal, A. & Hörnqvist Bylund, S. Stockholm.

SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård – reviderad upplaga*. Smirthwaite G., Tengelin, E., Borrmann, T. Stockholm.

Skånér, Y., Arrelöv, B., Backlund, L.G., Fresk, M., Aström, A.W., Nilsson, G.H. (2013). Quality of sickness certification in primary health care: a retrospective database study. *BMC Fam Pract*, 12:14:48.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015*.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. (2009). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för åren 2010-2011*.

Socialförsäkringsutredningen 2005. *Samtal om Socialförsäkring Nr 4 - Vad är arbetslinjen?* Stockholm.

Socialstyrelsen 2012. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; Övergripande principer för sjukskrivning*. (reviderad 2012). Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

Socialstyrelsen. (2006a). *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006b). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm.

SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring Del 1. Slutbetänkande av Parlamentariska socialförsäkringsutredningen Stockholm 2015.

SOU 2014:74. Jämställdhet i socialförsäkringen? Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. Kap 4. Hensing, G. Kvinnor och mäns sjukfrånvaro. Statens offentliga utredningar, Stockholm 2014.

SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Statens offentliga utredningar 2011:15. Statens offentliga utredningar, Stockholm 2011.

SOU 2010:107. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. En rapport från Sociala rådet. Söderberg, E., Lindholm, C., Kärrholm, J., Alexanderson, K. Statens offentliga utredningar, Stockholm 2010.

SOU 2009:89. Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen, Statens offentliga utredningar, Stockholm 2009.

SOU 2008:66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Hedborg A. Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2008.

SOU 1944:15. Socialvårdskommitténs betänkande VI: Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring. Statens offentliga utredningar. Stockholm 1944.

Statistiska centralbyrån (SCB) (2012). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet*. Örebro SCB.

Stigmar, K., Ekdahl, C., Borgquist, L., Grahn, B. (2014). How do physiotherapists perceive their role in work ability assessments? A prospective focus group study. *Primary Health Care Research & Development*, 15(3), 268-276.

Stigmar, K., Ekdahl, C., Grahn, B. (2012). Work ability: concept and assessment from a physiotherapeutic perspective. An interview study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(5), 344-354.

Stigmar, K., Grahn, B., Ekdahl C. (2010). Work ability – experiences and perceptions among physicians. *Disability and Rehabilitation*, 32(21), 1780-1789.

Strandh, M., Winefield, A., Nilsson, K., Hammarström, A. (2014). Unemployment and mental health scarring during the life course. *European Journal of Public Health*, 24(3), 440-445.

Ståhl, C., Müssener, U., Svensson, T. (2012). Implementation of standardized time limits in sickness insurance and return-to-work: experiences of four actors. *Disability and Rehabilitation*, 34(16), 1404-1411.

Ståhl, C., Müssener, U., Svensson, T. (2011a). *Sjukskrivningssystemet och dess aktörer: Efter införandet av rehabiliteringskedjan*. HELIX Working Papers ISSN, 1654-8213.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., Ekberg, K. (2011b). Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1373-1382.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., Ekberg, K. (2010). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 299-310.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., Ekberg, K. (2009). The work ability divide: holistic and reductionist approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 264-273.

Swartling, M.S, Alexanderson, K., Wahlström R. (2008). Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 408-414.

- Swartling, M.S., Hagberg, J., Alexanderson, K., Wahlström, R.A. (2007). Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 398-408.
- Svensson, T., Müssener, U., Alexanderson, K. (2006). Pride, empowerment and return to work: On the significance of positive social emotions in the rehabilitation of sickness absentees. *Work*, 27(1), 57-65.
- Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 324-332.
- Tjulin, Å., MacEachen, E., Stiwne, E.E., Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1979-1989.
- Tjulin, Å., MacEachen, E., Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311-321.
- Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice Through Occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Tracey, I. (2010). Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Medicine*, 16(11), 1277-1283.
- Upmark, M., Borg, K., Alexanderson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 577-584.
- Upmark M. (2006). Medikaliserig en orsak till öka sjukfrånvaro? I: Upmark, M. & Edlund, C. (red). *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur.
- Waddell, G., Burton, K., Aylward, M. (2007). Work and common health problems. *Journal of Insurance Medicine*, 39(2), 109-120.
- Waddell, G. & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being? Department for work and pensions*. The Stationery Office, ISBN 0-11-703694-3. United Kingdom, 2006.
- Wagman, P., Håkansson, C., Björklund, A. (2012) Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 322-327.

Vahlne Westerhäll, L., Thorpenberg, S., Jonasson, M. (2009). *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Styrning legitimitet och bevisning*. Stockholm: Santérus Förlag.

Vahlne Westerhäll, L. (Red) (2008). *Arbets(o)förmåga – ur ett mångdisciplinärt perspektiv*. Stockholm: Santérus Förlag.

Wallman, T. (2008). *Disability pension with special reference to sick leave track record, health effects, health care utilisation and survival: A population-based study*. Avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet.

Wallman, T., Wedel, H., Johansson, S., Rosengren, A., Eriksson, H., Welin, L., Svärdsudd, K. (2006) The prognosis for individuals on disability retirement. An 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. *BMC Public Health*, 22;6:103.

van Oostrom, S.H., Driessen, M.T., de Vet, H.C., Franche, R.L., Schonstein, E., Loisel, P., van Mechelen, W., Anema, J.R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Systematic Review*, 15;(2), CD006955.

Wessel, M., Helgesson, G., Olsson, D., Juth, N., Alexanderson, K., Lynöe, N. (2013). When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *European Journal of Public Health*, 23(2), 230-235.

Whyte, J. & Hart, T. (2003). It's more than a black box, It's a Russian doll. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 82(8), 639-652.

Wilcock, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. Second edition; Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011.). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

von Knorring, M., Sundberg, L., Löfgren, A., Alexanderson, K. (2008). Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 22-28.

Wrapson, W. & Mewse, A.J. (2011). Does the doctor or the patient control sick leave certification? A qualitative study interpreting patients' interview dialogue. *Journal of Family Practice*, 28(2), 202-209.

Wynne-Jones, G., Mallen, C.D., Main C.J., Dunn, K.M. (2010). Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice*, 27 (3), 344-350.

Wästberg, B.A., Haglund, L., Eklund, M. (2012). The Work Environment Impact Scale - Self-Rating (WEIS-SR) evaluated in primary health care in Sweden. *Work*, 42(3), 447-457.

Wästberg, B.A., Haglund, L., Eklund, M. (2009). Psychometric properties of the Worker Role Self-assessment instrument used to evaluate unemployed people in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(4), 238-246.

Yerxa, E.J. (1993) Occupational Science: A New Source of Power for Participants in Occupational Therapy. *Journal of Occupational Science Australia*, 1(1), 3-9.

Zola, I.K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), 487-504.

Östlund, G., Cedersund, E., Hensing, G., Alexanderson, K. (2004). Domestic strain: A hindrance in rehabilitation? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 49-56.

Östlund, G., Cedersund, E., Alexanderson, K., Hensing, G. (2001). "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(4), 285-291.