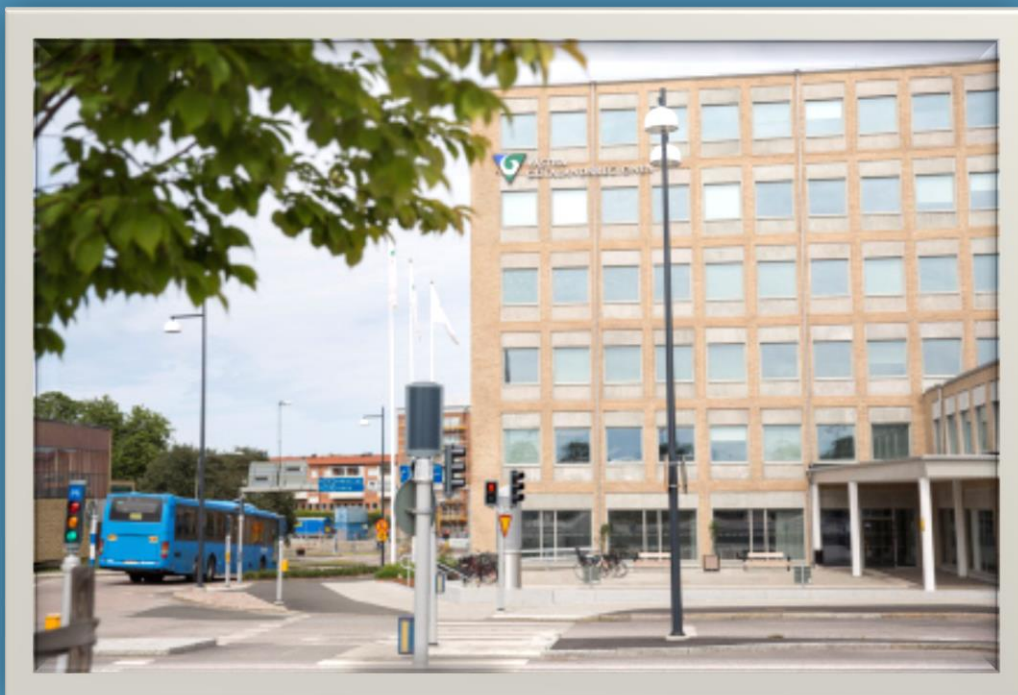


Följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago vid Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral



Författare:
Anna Hellberg, ST-läkare
Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral, Lidköping

Rapport 2021:1

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2021:1

FoU i VGR: [Följsamhet till det försäkringsmedicinska ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Sofia Dalemo, med. dr, specialist i allmänmedicin
FoU primärvård, FoU-centrum Skaraborg,
Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Lidköping

Sammanfattning

Bakgrund

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes 2008 med syfte att göra sjukskrivningsprocessen mer enhetlig samt rättssäker och undvika negativa konsekvenser av långa sjukskrivningar, som bristande livskvalitet, medicinsk och social ohälsa samt försenad återgång i normal livsföring.

Lumbago är en mycket vanlig sjukdom och orsak till funktionsnedsättning, med stora socioekonomiska kostnader som följd. I Sverige beräknas kostnaden för sjukskrivning och sjukersättning på grund av lumbago uppgå till 30 miljarder kronor årligen. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago är väldefinierat och rekommenderar max 14 dagars sjukskrivning.

Metod

En retrospektiv journalgranskning från åren 2016–2017 vid Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral (ÅVC) för att kartlägga följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago. Patienter i arbetsför ålder mellan 18 - 64 år som träffat läkare och fått diagnosen Lumbago (M54.5) eller Ryggvärk, ospecificerad (M54.9) identifierades i journalsystemet Asynja VISPH med hjälp av utdataverktyget Medrave 4.

Resultat

Totalt ingick 151 patienter med akut lumbago i studien. Akut lumbago var lika vanligt hos män som hos kvinnor; medelåldern var 45,5 år. Av de 151 patienterna blev 51 sjukskrivna för sin akuta lumbago och över hälften av sjukskrivningarna höll sig inom beslutsstödet 14 dagar. De flesta sjukskrivna patienter i studien arbetade inom industri/byggnad eller vård/omsorg. Av de sjukskrivna patienterna var 90 % i kontakt med eller hade fått råd om att ta kontakt med sjukgymnast.

Konklusion

Följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago är hög vid Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral. Över hälften av sjukskrivningarna för akut lumbago är inom de 14 dagar beslutsstödet rekommenderar. Vårdcentralens goda och stabila läkarbemannning bedöms som en viktig faktor liksom patientpopulationens höga socioekonomi. De flesta som sjukskrivs för akut lumbago har ett tungt arbete, vilket är en riskfaktor för att utveckla lumbago. Det är svårt att dra några slutsatser kring personliga och arbetsplatsmässiga psykosociala faktorer, som är stora riskfaktorer för utveckling av lumbago och sjukskrivning, på grund av bristfällig dokumentation i journalen.

Nyckelord

Lumbago, försäkringsmedicinskt beslutsstöd, sjukskrivning

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Historik	1
Försäkringsmedicinska beslutsstödet	1
Lumbago	2
Syfte	4
Frågeställningar	4
Metod	4
Studiedesign	4
Urval	4
Datainsamling och analys.....	5
Etiska överväganden.....	5
Resultat	6
Diskussion	10
Resultatdiskussion.....	10
Metoddiskussion	12
Slutsats	12
Referenslista.....	13

Bilaga 1

Bakgrund

Historik

Redan under 1700-talet bildades de första sjukförsäkringarna i Sverige. Medlemskapet var frivilligt, man betalade in en avgift och fick i gengäld stöd om man blev sjuk. Industrialiseringen på 1800-talet innebar stora förändringar av arbets- och livsvillkor. Människor flyttade från landsbygden in till städerna, bostadsförhållandena var mycket dåliga, industriarbetet tungt samt smutsigt och arbetarskyddet obefintligt. Därför började det i slutet av 1800-talet höjas röster för sociala reformer och 1891 kom den första lagen om sjukförsäkring. Under 1900-talet kom många milstolpar, den största kanske 1955 då den allmänna sjukförsäkringen med inkomstrelaterad sjukersättning infördes. År 2008 infördes rehabiliteringskedjan med fasta tidpunkter när arbetsförmågan ska bedömas mot olika arbeten [1].

I slutet av 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess [2]. Statistisk visade att sjukfrånvaron varierade över tid och att det fanns stora skillnader mellan ålder, kön, etnicitet, inkomst, yrke, arbetsgivare och geografiska regioner [3]. Inom landstingen var arbetet med sjukskrivningsärenden sällan en prioriterad uppgift och den försäkringsmedicinska kunskapen och kunskapen kring handläggande av patienter med psykosocial problematik var bristande. Vetenskapligt baserad kunskap kring de diagnoser som är aktuella för sjukskrivning saknades, både gällande diagnosättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder som kunskap om optimal sjukfrånvaro och om konsekvenserna av sjukfrånvaro. Samverkansproblem inom sjukvården och mellan sjukvården och Försäkringskassan ledde till långa sjukskrivningar, långa väntetider och ojämlig behandling [4]. Attityder till sjukskrivning hos patienter, läkare, arbetsgivare och försäkringskassehandläggare bidrog till skillnaderna [5].

Långa sjukskrivningar innebär ofta en bristande livskvalitet, medicinsk och social ohälsa för patienten, samt tenderar ofta att förhindra snarare än underlätta en återgång i normal livsföring, inklusive arbete. Förutsättningarna för att kunna undvika långa sjukskrivningar är störst i början av en sjukskrivning och en korrekt sjukskrivningstid tillsammans med tidigt insatt behandling och rehabilitering är avgörande [2]. De diagnosgrupper som står för störst andel av sjukskrivningarna är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar med 46 respektive 17 % [6].

Försäkringsmedicinska beslutsstödet

Beslutsstödet syftar till att ge struktur kring sjukskrivningar, att praxis bör stödjas och styras med samma kvalitetsanspråk som hälso- och sjukvårdens övriga aktiviteter, på grund av de negativa konsekvenser som en sjukskrivning kan ha för individen. Rekommendationerna i beslutsstödet är vägledande för bedömningarna, som ska vara individuella och utgå från den enskilda individens unika tillstånd. De bygger på kunskaper om sjukdomars naturalförlopp och funktionspåverkan samt kategoriseringar av arbetets belastningar och krav. Beslutsstöden formuleras av ett stort antal sakkunniga, som utses av styrelserna för specialistföreningar

inom Sveriges Läkarförbund och för Svenska Läkaresällskapets sektioner. Dessa granskas sedan av representanter för aktuell specialitet, samt av primärvårdsläkare och företrädare för berörd specialistförening [2].

Beslutsstödet infördes 2008, vid en utvärdering efter två år kunde man se att längden på sjukskrivningarna och antalet påbörjade sjukskrivningar minskade [7]. De största förändringarna skedde inom psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Utvärderingen visade att läkarna sjukskrev inom rekommenderade tider i 71 % av intygen och vid avvikelser var det motiverat i 63 % av intygen. Sannolikheten för att en sjukskrivning avslutades hade ökat med 8 % vid uppföljningen [8].

Lumbago

Lumbago (ländryggssmärta) är ett mycket vanligt symtom som drabbar upp till 80 % av alla individer någon gång i livet [9–11] och som globalt är den största orsaken till funktionsnedsättning [12]. Sjukdomen medför stora samhällsekonomiska kostnader. I Sverige beräknas kostnaderna uppgå till ungefär 30 miljarder kronor per år, huvuddelen utgörs av kostnader för sjukskrivning och sjukersättning [13].

Riskfaktorer för att drabbas av lumbago är stigande ålder, låg utbildningsnivå, psykosociala faktorer, arbetsmiljömässiga faktorer samt obesitas [10]. Män och kvinnor drabbas lika, vanligen mellan 30 och 50 års ålder. Lumbago kan utgå från flertalet olika spinala strukturer (ligament, facettleder, paravertebral muskulatur), men i 85 % av fallen kan ingen patologisk-anatomisk diagnos ställas [9]. Ungefär 2/3 av patienterna med akut lumbago ("ryggskott") blir påtagligt förbättrade och kan återvända till arbete och normala aktiviteter inom 1 månad [10]. Dock drabbas 40 % av återfall inom 6 månader [9], en tredjedel har symtom efter 1 år och av dessa har en femtedel signifikant funktionsnedsättning [10]. Riskfaktorer för att utveckla en kronisk lumbago ökar med framför allt låg utbildningsnivå och vantrivsel på den egna arbetsplatsen [10–11].

Lumbago och arbetslivet

I studier har personer med dessa arbeten mer ryggbesvär [11]:

- Arbete med manuell hantering eller med böjd/vriden rygg.
- Arbete på knä eller huk, eller fysiskt ansträngande arbete.
- Arbete med utsatthet för helkroppsvibrationer [14].
- Arbete utanför sedvanlig arbetstid [15–16].
- Upplevelse av pressad arbetssituation eller små möjligheter att påverka sin arbetssituation i kombination med höga krav, eller upplevelse av liten möjlighet till utveckling i arbetet.

Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad ryggbesvär [11]. Mindre ryggbesvär utvecklas hos personer som upplever goda möjligheter att påverka det egna arbetet, som upplever att de får stöd i arbetet och som har hög arbetstillfredsställelse.

Lumbago och sjukskrivning

Ryggvärk, ICD-kod M54 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), är tredje vanligaste diagnosen bland långa sjukskrivningar och den vanligaste bland långa och korta (8–14 dagar) tillsammans [11,17]. Diagnosen Lumbago (M54.5) utgör ca 50 % av sjukskrivningarna för ryggvärk, varav 29 % är korta sjukskrivningar [17]. Faktorer som bidrar till längre sjukskrivningsperioder vid lumbago [18–19] utgörs av:

- Större funktionsnedsättning vid debut
- Ålder (>50 år)
- Kvinnligt kön
- Fysiskt ansträngande arbete
- Utstrålade smärta från ländrygg ned i extremitet
- Social dysfunktion/isolering
- Lågt stöd/inflytande på arbetsplatsen

Tidigare lumbago verkar inte vara riskfaktor för längre sjukskrivning, ej heller rökning, motionsvanor, utbildningsnivå, BMI (body mass index), arbete med vibrationer eller skiftarbete. Rådande konsensus verkar vara att personliga och arbetsmässiga psykosociala variabler spelar en större roll än spinal patologi och fysisk arbetsbelastning [20].

Försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut Lumbago (M54.5) rekommenderar heltids sjukskrivning upp till en vecka om arbetet har lätt belastning och upp till två veckor vid hög belastning [21]. Det är upp till läkare och tjänstemän på Försäkringskassan att bedöma vilka arbeten som hör till vilken kategori [2]. Beslutsstödet ger råd om tidig återgång till normal aktivitet och poängterar att det inte finns medicinska belägg för att tungt arbete vid ryggsmärtor förlänger läkningen eller innebär risker för fortsatta symtom eller komplikationer. De fyra första veckorna efter debut (akuta fasen) har stor betydelse för återgång i arbete, troligen på grund av att anknytningen till arbetsplatsen är stark då. Långvariga besvär är ofta förknippade med psykosociala faktorer och arbetsrelaterade problem. Endast 29 % av sjukskrivningarna för akut lumbago omfattas av en sjukskrivningsperiod upp till 14 dagar, ca 70 % är därför utanför rekommendationerna i beslutsstödet [17]. Beslutsstödet vid akut lumbago är ett av de mer väldefinierade (1–2 veckors sjukskrivning) och ger litet utrymme för godtycklighet. Det är därför viktigt att jämföra detta beslutsstöd med hur sjukskrivningarna för akut lumbago ser ut i den kliniska verkligheten.

Syfte

Syftet med studien är att kartlägga följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet vid sjukskrivning för akut lumbago vid Närhälsan Ågårdsskogens vårdcentral.

Frågeställningar

- Hur är följsamheten till beslutsstödet för akut lumbago vid Närhälsan Ågårdsskogens vårdcentral?
- Vilka patientkategorier sjukskrivs längre än vad beslutsstödet för akut lumbago rekommenderar? Finns det skillnader mellan könen, olika åldrar, yrken eller hos patienter som även har andra sjukdomar samtidigt?
- Varierar följsamheten till beslutsstödet för akut lumbago beroende på yrkeserfarenheten hos sjukskrivande läkare (distriktsläkare, ST-läkare, AT-läkare)?

Metod

Studiedesign

Studien är en retrospektiv journalgranskning under åren 2016–2017 vid Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral (ÅVC). ÅVC hade i augusti 2018 knappt 18 700 listade patienter, 8 specialister i allmänmedicin, 5 ST-läkare, 3 AT-läkare samt timanställda specialister i kirurgi och internmedicin. Stafettläkare hyrdes in enstaka veckor vid behov.

Urval

Alla patienter i arbetsför ålder (19–64 år), som träffat läkare under perioden 1 januari 2016 till och med 31 december 2017, och som fått diagnosen Lumbago (M54.5) eller Ryggvärk, ospecificerad (M54.9) plockades ut. Dessa diagnoskoder tar inte hänsyn till om besvären är akuta eller kroniska så en subjektiv bedömning har gjorts. Patienter som inkluderades hade inte bara klassiskt akut lumbago, 'ryggskott', utan även lumbago med duration mindre än 6 månader.

Totalt granskades 367 patienters journaler, 151 patienter bedömdes ha en akut lumbago (M54.5 n=127, M54.9 n=24) och inkluderades i studien. Totalt 216 patienter exkluderades. Från Lumbago (M54.5) exkluderades 93 patienter (smärta utstrålade i nedre extremitet n=60, blandad/annan ryggvärk n=7, diagnos inom 6 månader tidigare n=11, ej aktuell diagnos under besöket n=15) och från Ryggvärk, ospecificerad (M54.9) exkluderades 123 patienter (smärta utstrålade i nedre extremitet n= 35, blandad/annan ryggvärk n=37, ej aktuell diagnos under besöket n=15, oklar lokalisering av ryggvärk n=30, patient med samtidig diagnos M54.5 n=5, felaktigt personnummerformat n=1).

Datainsamling och analys

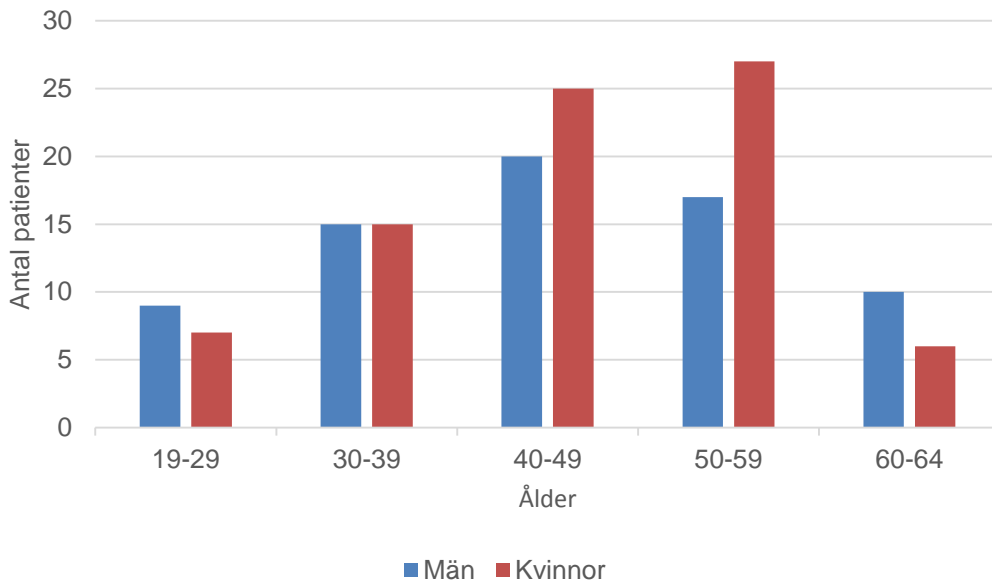
Journalerna hämtades från journalsystemet Asynja Visph med hjälp av utdataverktyget Medrave. Alla journaler granskades enligt granskningsmall, bilaga 1. Parametrarna som eftersöktes var: patientens kön, ålder vid diagnos, BMI/övervikt, rökning och alkoholvanor, samsjuklighet, eventuell sjukskrivning, förekomst av motivering i läkarintyget vid sjukskrivning utanför beslutsstödet, sysselsättning/yrke, eventuella arbetsplatsmässiga konflikter/vantrivsel, sjukskrivande läkares typ av tjänst, kontakt med rehabiliteringskoordinator samt kontakt med/råd om kontakt med fysioterapeut.

Etiska överväganden

Detta arbete är ett kvalitetsarbete på uppdrag av vårdcentralens verksamhetschef, som har gett tillstånd till att utföra journalgranskningen. För att skydda patienternas integritet togs personnumren bort i samband med datainsamlingen.

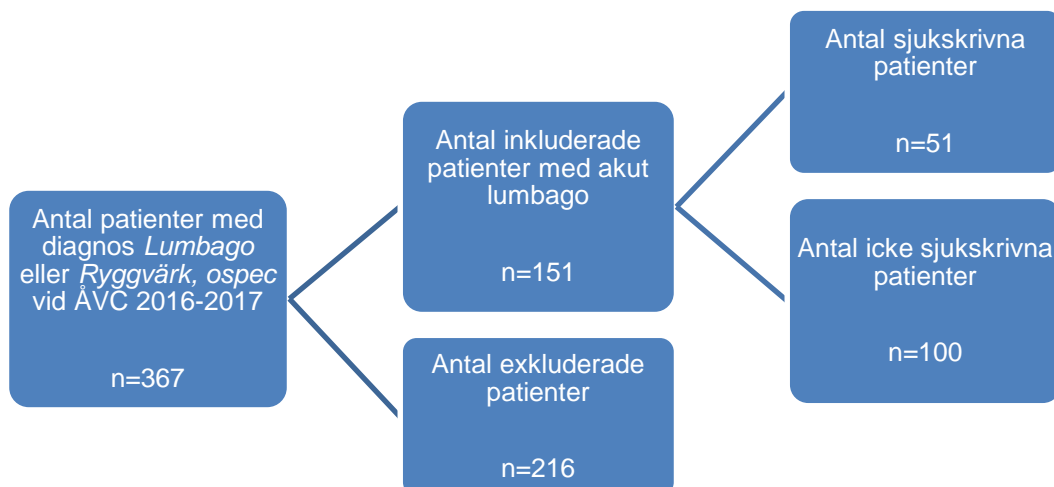
Resultat

Totalt identifierades 151 patienter som bedömdes ha en akut lumbago; 71 män (47 %) och 80 kvinnor (53 %), figur 1. Medelåldern på patienterna var 45,5 år och medianåldern 47 år.

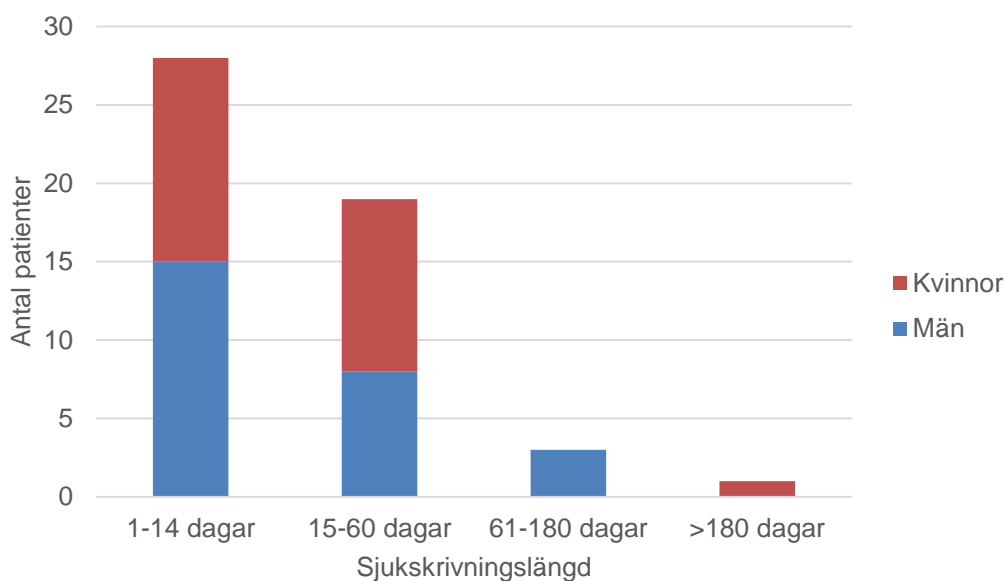


Figur 1. Ålder- och könsfördelning hos patienter med akut lumbago

Av de 151 patienterna, som sökt vårdcentralen för akut lumbago, blev 51 sjukskrivna, figur 2. Drygt hälften (n=28) sjukskrevs 1–14 dagar; 37,2 % (n=19) sjukskrevs 15–60 dagar, 5,9 % (n=3) sjukskrevs 61–180 dagar och 2,0 % (n=1) sjukskrevs >180 dagar, figur 3. Bland sjukskrivna var medelåldern 46,1 år och könsfördelningen var jämn (män n=26; kvinnor n=25).

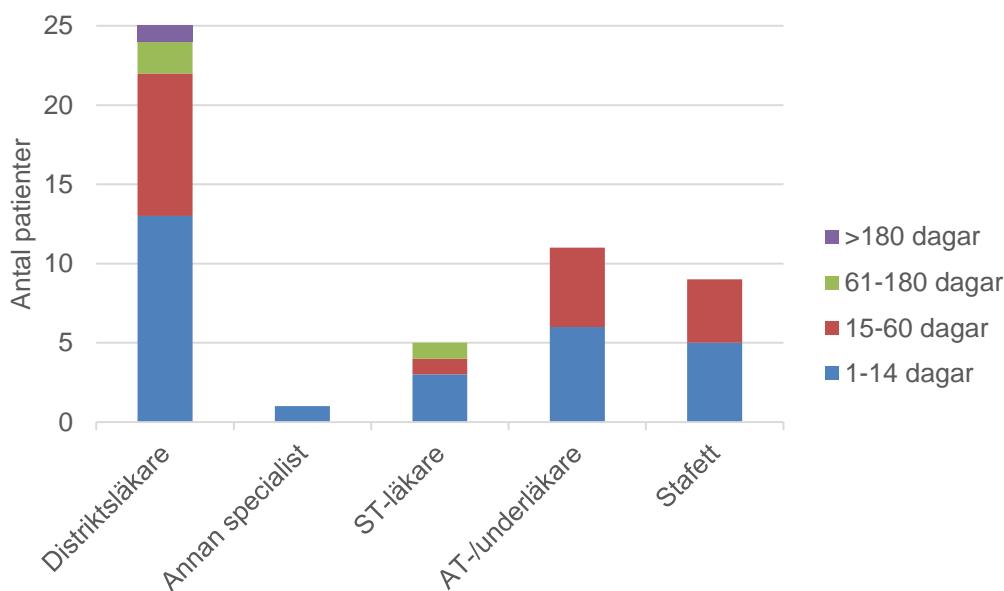


Figur 2. Flödesschema över studiepopulationen.



Figur 3. Antalet sjukskrivna patienter för akut lumbago uppdelade på kön och längd på sjukskrivningen.

Av de 51 sjukskrivningarna stod distriktsläkare för 49,0 % (n=25), AT-/underläkare för 21,6 % (n=11), stafettläkare för 17,6 % (n=9), ST-läkare för 9,8 % (n=5) och övriga specialister för 2,0 % (n=1). Distriktsläkare sjukskrev inom beslutsstödet i ca hälften av fallen (13/25) med liknande siffror för AT-/underläkare och stafett (6/11 respektive 5/9), figur 4.

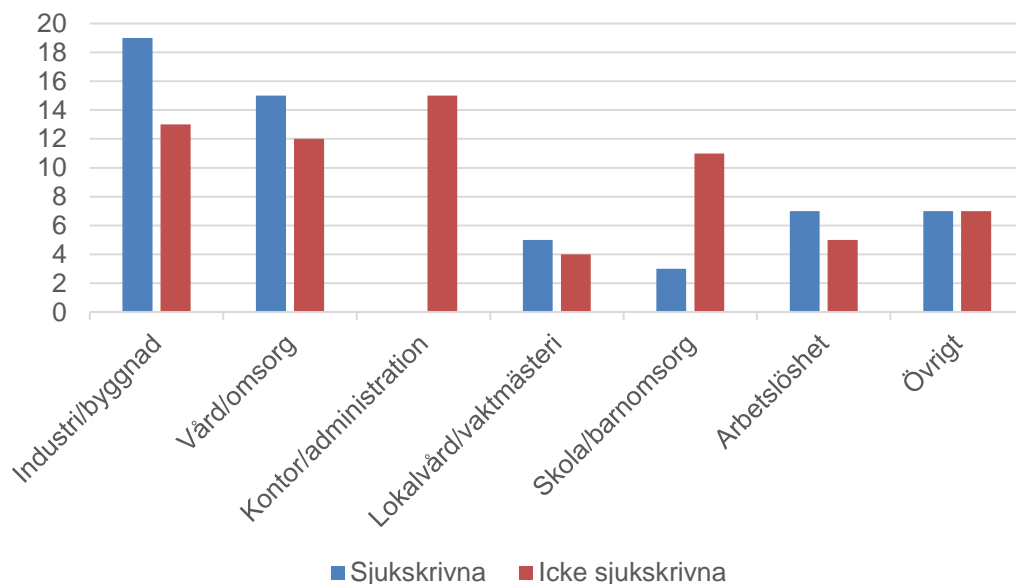


Figur 4. Uppdelning i sjukskrivande läkares typ av tjänst samt längd på sjukskrivningen.

Vid längre sjukskrivningar än rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska detta motiveras av sjukskrivande läkare i läkarintyget. Av de 23 patienterna som sjukskrevs längre än 14 dagar fanns motivering i 3 (13,0 %) av läkarintygen.

Av de 51 patienter som sjukskrevs var 90,2 % (n=46) i kontakt med fysioterapeut eller fick råd om att kontakta fysioterapeut. För de 100 icke sjukskrivna patienterna var motsvarande siffra 64,0 % (n=64). Av de 23 patienter som sjukskrevs längre än de 14 dagar som beslutsstödet rekommenderar var 13,0 % (n=3) i kontakt med rehabiliteringskoordinator.

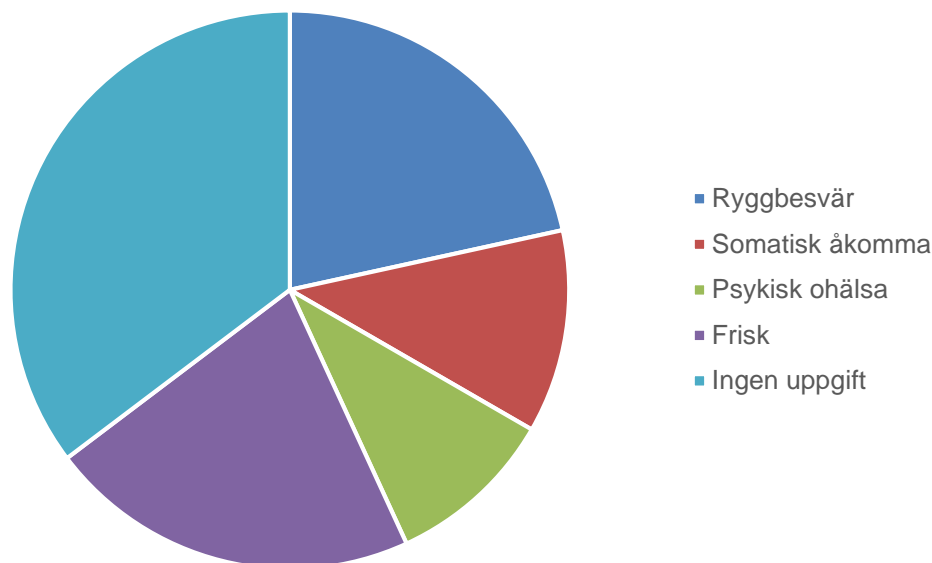
Hos samtliga sjukskrivna patienter fanns uppgift om sysselsättning, två var arbetslösa och övriga yrkesverksamma. De flesta sjukskrivna arbetade inom industri/byggnad (n=19), följt av vård/omsorg (n=15), figur 5. Det bedömdes att 80 % av patienterna hade ett tungt arbete (n=41). Bland de 100 patienterna som inte sjukskrevs för lumbago fanns hos 62 uppgifter om yrke: De flesta (n=15) arbetade inom kontor/administration, följt av industri/byggnad (n=13) och vård/omsorg (n=12), figur 5. Vidare var 5 arbetslösa, 1 studerade, 4 hade sjukersättning och 4 var yrkesverksamma utan uppgift om yrke. Av de 62 yrkesverksamma patienterna med uppgift om yrke bedömdes knappt hälften (n=29) ha ett tungt arbete. Hos 24 patienter fanns ingen uppgift alls om sysselsättning.



Figur 5. Yrkeskategorier hos patienter med akut lumbago.

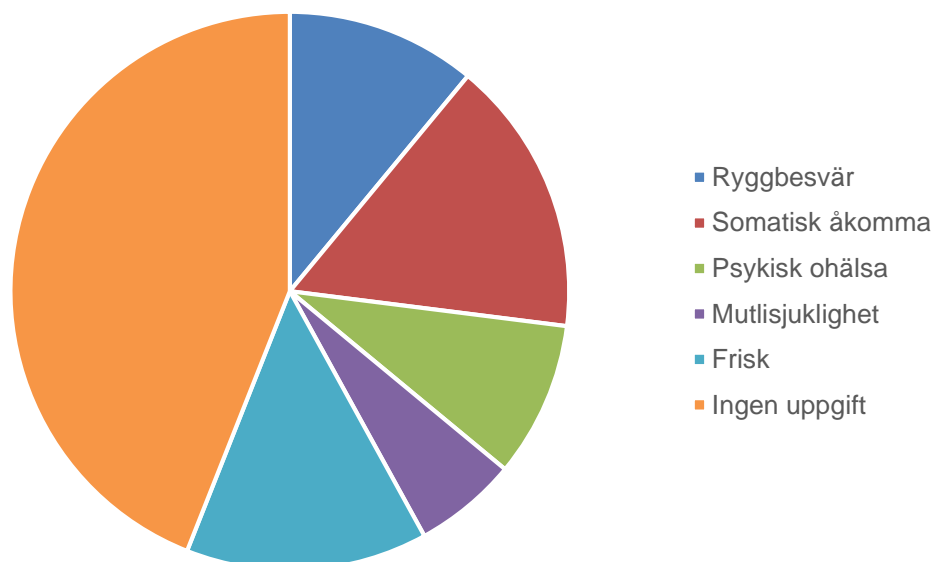
Uppgifter i journalen om eventuella konflikter på arbetsplatsen fanns hos fyra av de 51 sjukskrivna patienterna varav tre uppgav att ingen konflikt fanns.

Av de 51 patienter som blev sjukskrivna hade 22 samsjuklighet i andra sjukdomar, 11 patienter hade i journalen noteringar som ”Tidigare väsentligen frisk” medan det hos 18 patienter inte fanns någon uppgift om hälsotillståndet. Bland patienterna med någon form av samsjuklighet hade hälften (n=11) tidigare ryggbesvär, drygt ¼ (n=6) hade somatisk sjukdom medan knappt ¼ (n=5) hade någon form av psykisk ohälsa, figur 6.



Figur 6. Samsjuklighet hos patienter sjukskrivna för lumbago.

Av de 100 patienter som inte blev sjukskrivna för sin lumbago hade 42,0 % (n=42) samsjuklighet i andra sjukdomar. Vanligast var somatiska åkommor (n=16) följt av tidigare ryggbesvär (n=11), psykisk ohälsa och multisjuklighet. I gruppen som inte blev sjukskrivna för lumbago var 14 patienter friska sedan tidigare, medan det i 44 patienters journal inte fanns någon uppgift om hälsotillståndet, figur 7.



Figur 7. Samsjuklighet hos patienterna som ej sjukskrevs för lumbago.

Av de 151 patienterna i studien fanns uppgift om övervikt och/eller BMI hos 71 patienter, av dessa var 49 överviktiga (lika många män som kvinnor). Det fanns uppgift om rökning hos 51 av de 151 patienterna i studien (8 rökare och 43 icke-rökare, jämn könsfördelning). Uppgifter i journalen om alkoholkonsumtion, antingen anamnestiskt eller via ifyllt AUDIT-formulär (Alcohol Use Disorders Identifications Test), fanns hos 8 av de 151 patienterna. Bland de 51 sjukskrivna patienterna fanns noteringar angående alkohol hos 2 (3,9 %) patienter.

Diskussion

Resultatdiskussion

Sjukskrivningslängder och beslutsstödet

Studien visar att 54,9 % av sjukskrivningarna för lumbago faller inom beslutsstödet 14 dagar, motsvarande siffra i litteraturen är endast 29 % [17]. En förklaring till diskrepansen kan vara att patienter med icke akut lumbago har exkluderats i studien. I läkarintyget för sjukskrivning vid lumbago används ICD-koden M54.5, som inte gör skillnad på akut eller kronisk lumbago, vilket leder till att statistiken kring sjukskrivningar inte heller gör någon åtskillnad. ÅVC har en stabil läkarbemanning med lågt behov av inhyrda stafettläkare. Detta ger möjlighet till kontinuitet där sjukskrivande läkare kan följa upp patienten, planera för återgång i arbete och vid behov initiera rehabiliteringsåtgärder. Läkargruppen är relativt homogen, alla är uppdaterade kring beslutsstödet och arbetar åt samma håll.

Endast en låg andel av sjukskrivningarna längre än 14 dagar hade en motivering i sjukintyget till att beslutstödet inte följdes. Möjliga förklaringar till detta kan vara att läkarkåren inte tycker att det är nödvändigt eller tar onödig tid och att Försäkringskassan ändå sällan begär en komplettering av sjukintyget på grund av detta. Enligt en rapport från Riksrevisionen sker begäran om komplettering på avsteg från beslutsstödet endast i vart fjärde ärende när motivering saknas [22].

De flesta sjukskrivningarna utfärdades av distriktsläkare, vilket är förväntat då det är den största läkargruppen på vårdcentralen. Sjukskrivningar utfärdade av ST-läkare och andra specialister är för få för att kunna dra några slutsatser. En tidigare studie från Skaraborg visade att erfarna distriktsläkare utfärdar längre sjukskrivningar än mindre erfarna läkare, vilket kan bero på större arbetsbörda som bidrar till att det går längre tid mellan återbesöken samt att de i större utsträckning har patienter med kroniska sjukdomar [23]. Vidare fann studien ingen skillnad mellan mer och mindre erfarna läkare eller skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare [23]. En annan svensk studie visar att erfarna distriktsläkare och distriktsläkare som jobbar deltid mer frekvent utfärdar sjukskrivningar [24].

Samsjuklighet och livsstilsfaktorer

Resultaten i studien stöds av litteraturen, att lumbago är lika vanligt hos män som hos kvinnor samt är vanligast i åldern 30–50 år [9]. Denna studie visar inget uppenbart samband mellan lumbago och annan sjuklighet, även om tidigare ryggsbesvär tycks vara vanligt.

Studien har inte kunnat visa på någon särskild riskfaktor för sjukskrivning längre än 14 dagar, till stor del beroende på att det saknas dokumentation i journalen. Övervikt är känd en riskfaktor för lumbago [10]. Att uppgifter om eventuell övervikt eller förekomst av BMI i journalen hos lumbagopatienter är så låg kan förklaras med att lumbagogrupper generellt är ganska frisk. I Krav- och Kvalitetsboken 2017 [25] är vikt och längd (BMI) en av kvalitetsparametrarna vid KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), hypertoni samt ischemisk hjärtsjukdom. Patienter utan dessa sjukdomar vägs och mäts däremot inte rutinmässigt på vårdcentralen.

Vidare är rökning en av kvalitetsparametrarna i Krav- och Kvalitetsboken, uppgift om rökning skall finnas vid diabetes, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, KOL och astma. Vid dessa tillstånd tillfrågas patienten rutinmässigt om tobaksbruk, vilket lätt missas vid andra tillstånd. Det kan vara en anledning till att uppgift om rökning endast finns i ca en tredjedel av patienterna i studien. I Sverige röker 7 % av befolkningen dagligen, andelen är högst i åldersgruppen 45–64 år. Andelen rökare är högst i gruppen med förgymnasial utbildning och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning [26].

I studien tillfrågades bara en liten andel av patienterna om sina alkoholvanor. En vanlig hypotes inom hälso- och sjukvården är att alkohol ligger bakom en stor del av sjukrivningarna, såväl de långa som de korta. En rapport från 2010 visade dock att det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro men ett begränsat vetenskapligt stöd för samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro [27].

Yrken och sysselsättning

De flesta sjukskrivna patienter i studien arbetade inom industri/byggnad eller vård/omsorg. Detta var förväntat då det inom dessa yrkesgrupper frekvent förekommer arbetsmoment som utgör riskfaktorer för lumbago [11]. Dessa yrkesgrupper är också vanliga hos de patienter som inte blev sjukskrivna. Den största yrkesgruppen bland de som inte sjukskrevs var dock kontor/administration; arbeten som troligen är mindre fysiskt ansträngande och där lumbagon inte medför någon aktivitetsbegränsning och således ingen indikation för sjukskrivning.

Då arbetsplatsmässiga psykosociala variabler spelar roll både för utvecklingen av ryggbesvär och risken för en längre sjukskrivning är det viktigt att efterfråga detta i sjukskrivningssituationen [11, 18–19]. Detta dokumenterades dock endast i mycket liten utsträckning i denna studie, orsakerna kan vara en pressad arbetssituation för läkarna, ovilja att ta upp ett 'besvärligt' ämne eller att man helt enkelt inte tänker på det då det i många fall rör sig om korta sjukskrivningar.

Övriga kontakter

På vårdcentralen finns en rehabiliteringskoordinator, vars uppdrag omfattar kontakter med och mellan patienter, arbetsgivare och Försäkringskassan, vilket ger goda förutsättningar för bland annat arbetsanpassningar i stället för sjukskrivning. Det finns goda möjligheter att samarbeta med fysioterapeuter då de finns i samma lokaler, vilket underlättar för patienterna att ta direkt kontakt i samband med läkarbesöket. De flesta sjukskrivna patienter i denna studie hade kontakt med eller hade fått råd om kontakt med fysioterapeut. En Cochrane-review visar dock att fysioterapi vid akut ländryggsvärk inte är mer effektivt än ingen behandling alls eller andra konservativa behandlingar. Däremot kan det minska smärta och höja funktion vid kronisk ländryggsvärk [28]. En patient som söker första gången med en klassisk akut lumbago behöver således inte rekommenderas sjukgymnastik.

Metoddiskussion

En fördel med studien är att den är retrospektiv vilket gör att den speglar verkligheten och inte ger en förskönad bild, som kan vara fallet om läkarna vet om att det pågår en studie. En nackdel med studien är att vi endast vet resultatet vid en viss tidpunkt och inte utvecklingen över tid. Studien skulle kanske fått fler svar på de viktiga frågorna om personliga och arbetsplatsmässiga psykosociala faktorer, som eventuella konflikter på arbetsplatsen, vid en prospektiv studie.

Troligen finns det även patienter listade på vårdcentralen som blivit sjukskrivna för akut lumbago via företagshälsovården och därför inte inkluderats i studien. Antalet patienter som ingår i studien är relativt litet och begränsat, studien är dock representativ för en välmående vårdcentral på landet eftersom vårdcentralen har en stor patientpopulation och ett stort antal läkare som utfärdat sjukintygen.

Slutsats

Följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet för akut lumbago är hög vid Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral. 2/3 av patienterna med akut lumbago sjukskrivs inte för sin lumbago. Över hälften av sjukskrivningarna för akut lumbago är inom de 14 dagar beslutsstödet rekommenderar, vilket är betydligt högre än nationell statistik. Vårdcentralens goda och stabila läkarbemanning bedöms som en viktig faktor, liksom patientpopulationens höga socioekonomi. De flesta som sjukskrivs för akut lumbago har ett tungt arbete, vilket är en riskfaktor för att utveckla lumbago. Det är svårt att dra några slutsatser kring personliga och arbetsplatsmässiga psykosociala faktorer, som är en stor riskfaktor för utveckling av lumbago och sjukskrivning, på grund av bristfällig dokumentation i journalen.

Referenslista

1. Försäkringskassan. *Socialförsäkringens historia*. URL: https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/fcoxDsIwDADAtzB4ThAbW4X4ACxVI8iUNLXS2pHthu_DCxhPujCFMUyMnQo6CeP28_iZ92tDX-F8GSDehD2zP-pka0JG_UMUfalQuyono7W3ooFoslMuC2ihlWJS2ZLK5mLEkLU46VU078uWh1OXwcHenc!/ [Åtkomst 2020-09-02].
2. Socialstyrelsen. 2007. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*. Stockholm.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2003. *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 167.
4. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. *Problem inom hälso-och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet (2005).
5. Palmer E. 2006. *Sjukförsäkring: kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv*. Försäkringskassan.
6. Försäkringskassan. *Pågående sjukfall efter diagnos 2005-*. URL: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning> [Åtkomst 2020-09-02]
7. Försäkringskassan. 2011. *Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster*. Socialförsäkringsrapport 2011:7.
8. Socialdepartementet, Regeringskansliet. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*. Prop. 2007/08:136.
9. Deyo RA, Weinstein JN. *Low back pain*. N Engl J Med 2001;344:363-370.
10. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. *Acute and Chronic Low Back Pain*. Med Clin North Am 2016;100:169-181.
11. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2014. *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 227.
12. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. *What low back pain is and why we need to pay attention*. Lancet. 2018 ;391:2356-2367.
13. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2000. *Ont i ryggen, ont i nacken. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 145.
14. Arbetsmiljöverket. 2011. *Arbete och helkroppsvibrationer – hälsorisker*. Rapport 2011:8.
15. Zhao I, Bogossian F, Turner C. *The effects of shift work and interaction between shift work and overweight/obesity on low back pain in nurses: results from a longitudinal study*. J Occup Environ Med 2012;54:820-825.

16. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. *Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides.* Occup Environ Med 2004;61:398-404.
17. Hubertsson J, Lidwall U, Hallgårde U, Petersson I. 2013. *Korta sjukskrivningar för olika diagnoser och betydelsen för genomsnittlig sjukskrivningslängd.* Försäkringskassan, Working papers in social insurance 2013:1.
18. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. *Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature.* Occup Environ Med 2005;62:851-860.
19. Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE, William S. *Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers.* Disability and rehabilitation 2001;23: 815-828.
20. Bartys S, Frederiksen P, Bendix T, Burton K. *System influences on work disability due to low back pain: An international evidence synthesis.* Health Policy 2017;121:903-912.
21. Socialstyrelsen. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: akut lumbago.* URL: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/akut-lumbago/259> [Åtkomst 2020-11-10]
22. Riksrevisionen. 2018. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa?* Riksrevisionen.
23. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Björkelund C, Boström KB. *No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database.* Scand J Prim Health Care. 2012;30:48-54.
24. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. *Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care.* Scand J Prim Health Care. 2006; 24:2.
25. Västra Götalandsregionen. *Krav- och kvalitetsbok Vårdval VG Primärvård 2017.* URL: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/6a368986-005c-4abb-91d6-3d07aa7118fc/KOKBOK%20VG%202017.pdf?a=false&guest=true> [Åtkomst 2020-09-02]
26. Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsans utveckling.* URL: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/> [Åtkomst 2020-04-20]
27. Statens offentliga utredningar (SOU). 2010. *Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden?* En systematisk litteraturöversikt. SOU 2010:47.
28. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. *Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain.* Cochrane Database Syst Rev. 2005:CD000335.

Akut lumbago

Patientnummer: _____

Kön M K

Ålder vid diagnos _____

BMI _____

Övervikt/obesitas JA NEJ Ingen uppgift

Rökning JA NEJ Ingen uppgift

Alkohol AUDIT-poäng _____

Anamnestisk överkonsumtion JA

Sjukskrivning JA NEJ

Sjukskrivningslängd 0-14dgr 15-60dgr 61-180dgr >180dgr

Motivering till avvikande från beslutsstöd i läkarintyg

JA NEJ

Sysselsättning

Arbetar Arbetslös Studerande Föräldraledig Ingen uppgift

Yrke _____

Arbetsplatsmässiga konflikter/vantrivsel JA NEJ

Samsjuklighet JA NEJ

Sjukskrivande läkareDistriktsläkare Annan specialist ST AT/UL
Stafettläkare

Kontakt med rehabiliteringskoordinator JA NEJ

Kontakt med fysioterapeut JA NEJ



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg