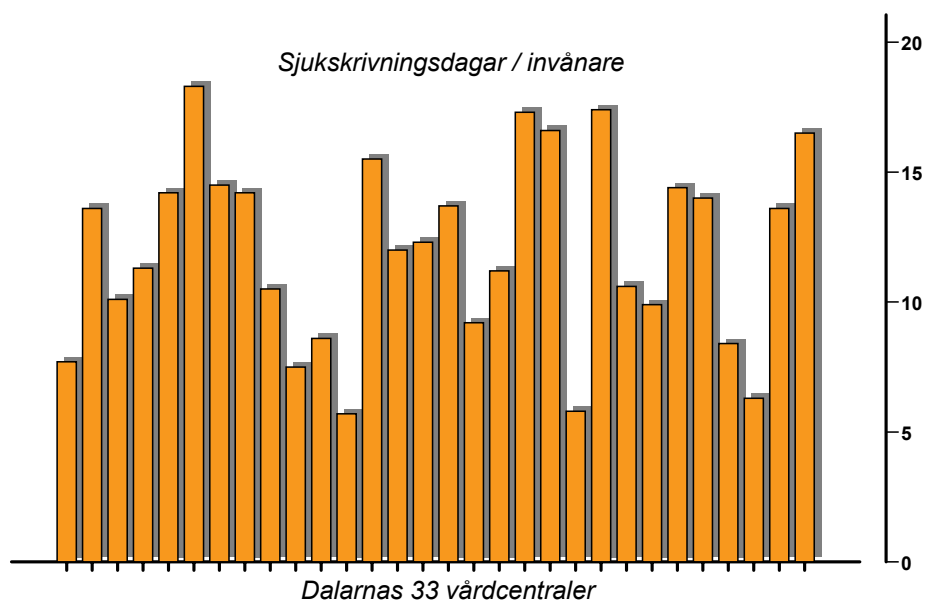


# Varför sjukskrivs det så olika?

*Sjukskrivningsmönster vid Dalarnas vårdcentraler*



Johan Kostela och Thomas Tydén



**DALARNAS FORSKNINGSRÅD**

DALARNAS FORSKNINGSRÅD

# **Varför sjukskrivs det så olika?**

*Sjukskrivningsmönster vid Dalarnas vårdcentraler*

Johan Kostela och Thomas Tydén

Arbetsrapport från Dalarnas forskningsråd  
© Dalarnas forskningsråd och författaren 2006  
ISBN10: 91-88791-59-9  
ISBN13: 978-91-88791-59-7

# Innehållsförteckning

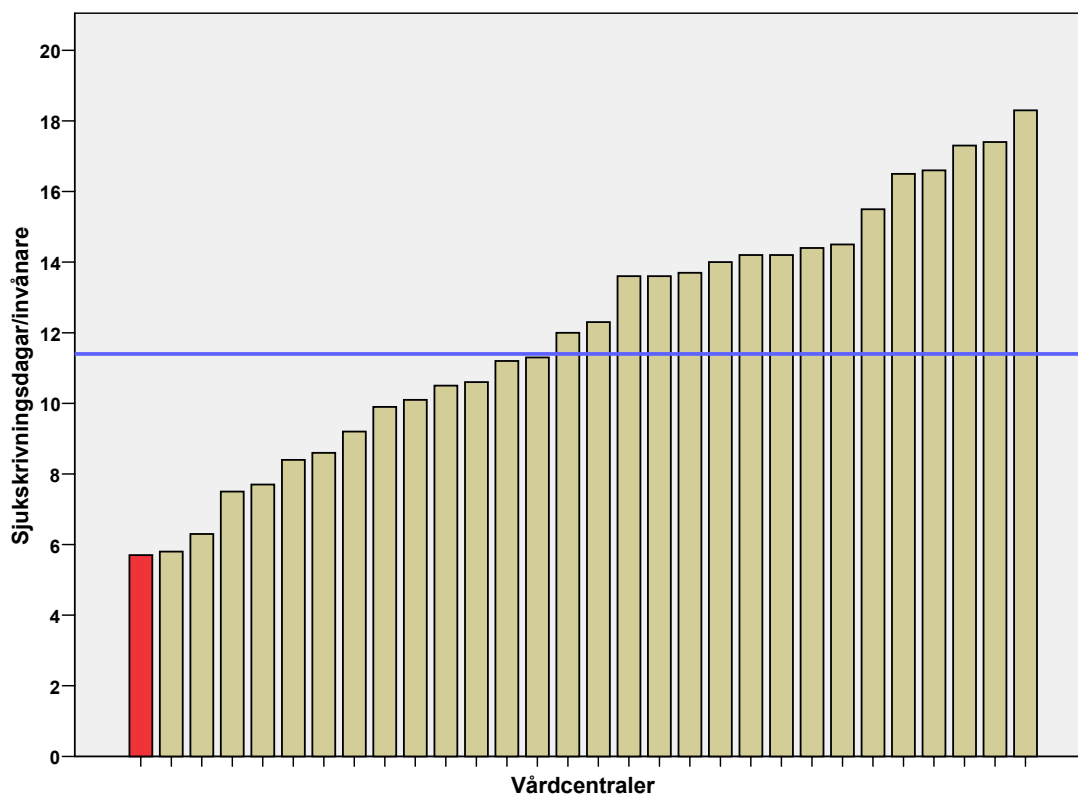
<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
Formalia	6
<b>Frågeställning</b>	<b>7</b>
<b>Om Kvarnsvedens vårdcentral</b>	<b>8</b>
<b>Metod</b>	<b>9</b>
Kvantitativ validering och analys	9
Datakällor	9
Felkällor	9
Kvalitativ metod	10
Patienters anmälningar och medicianalys	12
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
Sammanfattning av huvudresultatet	13
Validering av Kvarnsvedens sjukskrivningssiffror	13
Analys och beskrivning av arbetet på Kvarnsvedens vårdcentral	14
<i>Gemensam värdegrund</i>	15
<i>Strukturerade tider för samtal och reflektion</i>	16
<i>Kontinuitet i samtalet</i>	16
<i>Öppna dörrar</i>	17
<i>Vårdcentralens fysiska disposition</i>	17
<i>Kunskap</i>	17
<i>Bra stämning</i>	17
<i>Konsumeffekt</i>	17
<i>Kvarnsvedenkultur</i>	18
Försäkringskassans reflektion om Kvarnsveden	18
Röster från andra vårdcentraler	19
<i>Frustration</i>	20
<i>Ensamhet och motåtgärder</i>	20
<i>Ständiga omtag</i>	21
<i>Strukturerade läkarmöten</i>	22
<i>Kvalitetsboksluten</i>	22
<i>Kassan på plats</i>	22
<i>Outsourcing problematisk</i>	22
Anmälningar och tidningsbevakning	23
<b>Diskussion</b>	<b>25</b>
<i>Samsynen på Kvarnsvedens vårdcentral skapar vissa problem som måste lösas</i>	25
<i>Personalen parerar</i>	25
<i>Sjukskrivningssiffror i kvalitetsrapporten</i>	26
<i>Andra faktorer som eventuellt kan förklara siffrorna</i>	26
Arbeta med kvalitetsrapporterna	27
<b>Appendix A. Validering av kvalitetsrapportens siffror</b>	<b>28</b>
<i>Sjukpenningdagar åren 1998 till 2004 för Kvarnsveden och referensområden.</i>	28
<i>Ohälsotoalet 1998 till 2004 för Kvarnsveden och referensområden</i>	29
<i>Andra särskiljande vårdgivare</i>	31
<i>Arbetslöshet</i>	31
<b>Appendix B. Sjukskrivningsmönster</b>	<b>33</b>
<b>Referenser</b>	<b>35</b>



## Bakgrund

Antalet sjukskrivningsdagar i Sverige ökade dramatiskt i slutet av 90-talet och fortsatte öka fram till år 2002. Med anledning av detta bestämde regeringen år 2002 ett mål att antalet sjukdagar skulle halveras fram till år 2008. Dalarnas län hade något högre antal sjukpenningdagar än riket i genomsnitt i slutet av år 2002. Antalet sjukpenningdagar per person och år har sedan dess stadigt minskat i riket (från 16,7 till 11,7) fram till slutet av år 2005. Dalarna har följt denna utveckling och behållit avståndet till riket (från 18,6 till 13,7).

Med början år 2003 har Landstinget Dalarna tagit fram kvalitetsrapporter för alla länets vårdcentraler där ett antal viktiga parametrar beskriver hur vårdcentralernas kvalitetsarbete fungerar. Ett antal kvalitetsindikatorer redovisas som till exempel belyser antal sjukskrivningar<sup>1</sup>, arbetet med stora folksjukdomar och besöksfrekvens. När det gäller av läkare rekommenderad sjukskrivningstid visade det sig att det var en ganska kraftig spridning mellan olika vårdcentraler, den vårdcentral som sjukskrev minst sjukskrev en tredjedel så många sjukdagar jämfört med den som sjukskrev mest, se Figur 1 för en överblick.



Figur 1: Spridningen av det totala antalet dagar av läkare rekommenderad sjukskrivningstid per invånare för Dalarnas läns vårdcentraler år 2004. Den röda stapeln är Kvarnsvedens vårdcentral. Den blå linjen motsvarar genomsnittet och anger medelvärdet för hela Dalarnas län landsting.

<sup>1</sup> I rapporten använder vi ordet "sjukskrivning", för den av läkare rekommenderade sjukfrånvaron från arbetet.

Den vårdcentral som hade rekommenderat minst antal sjukdagar var Kvarnsvedens vårdcentral i Borlänge kommun. Både år 2003 och 2004 hade Kvarnsveden betydligt lägre siffror än genomsnittet i länet och i det Mellersta Dalarnas närsjukvårdsområdet<sup>2</sup>. Antal sjukskrivningsdagar per invånare 20-64 år var 11,4 för år 2004 i hela landstinget jämfört med 5,7 för Kvarnsvedens vårdcentral. Kvarnsvedens vårdcentral sjukskriver också en lägre andel av sina patienter jämfört med genomsnittet i länet, 8,2 procent jämfört med 11,7 procent, alltså 30 procent färre.

## Formalia

I texten refererar vi till ett antal källor, på samma sida kan man i fotnoten se endast en kort referens, den fullständiga referensen finns längst bak i texten.

---

<sup>2</sup> Mellersta Dalarnas närsjukvårdsområdet består av vårdcentraler i Borlänge, Säter och Gagnef.

# Frågeställning

Kvarnsvedens vårdcentral har enligt landstingets kvalitetsrapporter för åren 2003 och 2004 markant lägre av läkare rekommenderad sjukskrivningstid jämfört med genomsnittet för Dalarnas län. Utifrån detta hade vi i detta projekt tre stycken frågeställningar.

Den första frågeställningen var att besvara om Kvarnsvedens vårdcentralers låga siffror, jämfört med genomsnittet i Dalarnas län, återspeglade det faktiska antalet rekommenderade sjukdagar för de personer som är skrivna i Kvarnsvedens vårdcentral upptagningsområde? Det finns fyra olika typer av vårdgivare som sjukskriver personer i Sverige. Den största andelen av alla sjukskrivningar utförs inom primärvården på vårdcentralerna, därefter sjukskriver slutenvården mest följt av företagshälsovården och minst sjukskriver privata vårdgivare. Vi undersökte om man kunde validera att de uppgifter som kvalitetsrapporten angav för Kvarnsveden inte var signifikant sänkta av att andra vårdgivare i omgivningen sjukskrev Kvarnsvedens vårdcentralers patienter. Vi har också analyserat om vad den särskiljande faktorn är i sjukskrivningsmönstret – andel sjukskrivna patienter, sjukskrivningsfrekvens, sjukskrivningslängd och andel deltidsjukskrivningar – som särskiljer Kvarnsveden jämfört med de andra vårdcentralerna.

Den andra frågeställningen som projektet hade var att beskriva, analysera och förstå arbetet på vårdcentralen och hur det eventuellt särskiljer sig från andra vårdcentraler. Hur arbetar Kvarnsveden med sjukskrivningsfrågor? Sjukskrivningar skrivs ut av en läkare efter kontakt med en patient, en process som kan stanna i mötet patient och läkare, men arbetet med sjukskrivningar kan också diskuteras och påverkas av de andra läkarna och övrig personal. Hur mycket diskuteras sjukskrivningar i personalgruppen? Är det möjligt att se någon praktik som kan förmedlas för andra vårdcentraler att inspireras av?

Den tredje frågeställningen var att studera om de lägre sjuktalen hade fått några återverkningar på patienternas upplevelse av att vara patient på Kvarnsvedens vårdcentral. Upplevde de att de kommit i kläm i sjukskrivningsprocessen? Hur många hade anmält vårdcentralen till Landstingets förtroendenämnd<sup>3</sup> eller till Hälso- och sjukvården ansvarsnämnd (HSAN). Vi har vidare studerat om Kvarnsvedens vårdcentralers arbete har lett till några yttre reaktioner som till exempel tidningsreportage? Har det utvecklats missnöjesyttringar och hur gestaltas dessa? Kan man se om politiska företrädare involveras i detta och i så fall på vilket sätt? Om en yttre press kan identifieras är frågan hur personalen på vårdcentralen påverkas och agerar? Kan man se någon best-practice även här eller kan man identifiera ett antal möjliga handlingsvägar?

---

<sup>3</sup> Landstingets förtroendenämnd tar emot anmälningar från patienter som tycker att de behandlats fel av vården. Det är en organisation som inte utdömer straff men ska fungera som en länk mellan patienterna och hälso- och sjukvården för att förbättra mötet vårdgivare-patient.



# Om Kvarnsvedens vårdcentral

Kvarnsvedens vårdcentral ligger mitt i samhället Kvarnsveden, några kilometer norr om Borlänge. Ett samhälle som i drygt ett sekel kommit att präglas av pappersbruket som i dagligt tal rätt och slätt kallas KP, det vill säga Kvarnsvedens Pappersbruk. Vid tidpunkten för vår undersökning var 41 personer anställda vid Kvarnsvedens vårdcentral men 5 var långtidslediga – långtidssjukskrivna – graviditetslediga varför det totala antalet var 36. Fördelningen på personalkategorier var:

## **KVARNSVEDENS VÅRDCENTRAL**

- 17 distriktssköterskor
- 7 undersköterskor
- 5 sjuksköterskor
- 4 läkarsekreterare
- 4 distriktsläkare + en stafett
- 1 assistent
- 1 biträdande verksamhetsledare
- 1 receptionist
- 1 KBT sjuksköterska<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Sjuksköterska utbildad i Kognitiv beteendeterapi.

# Metod

## Kvantitativ validering och analys

För att besvara den första frågeställningen om validiteten i de låga sjukskrivningssiffrorna var vi intresserade av att ta reda på hur situationen varit längre tillbaka i tiden, och inte bara åren 2003 och 2004 som angavs i kvalitetsrapporten. Detta gjordes genom att dels få data från Försäkringskassan och dessutom kompletterande uppgifter från Kvarnsvedens vårdcentral.

De data som levererades, som var uppdelade på kön, gjorde det också möjligt för oss se om Kvarnsveden särskiljde sig från andra vårdcentraler med avseende på sjukskrivningar av kvinnor.

Data från Försäkringskassan om den totala ohälsan beställdes för att kontrollera att inte människor i en högre grad i Kvarnsveden än i referens områdena hade övergått till sjuk- och aktivitetsersättning och därigenom sänkt sjuktalen, men bevarat ett högt ohälsotal.

### *Datakällor*

#### **Från Försäkringskassan**

Sjukpenningsdata och ohälsotal för kommunerna Borlänge, Gagnef och Säter – de kommuner som är en del av det Mellersta primärvårdsområdet – samt Dalarnas län och Kvarnsvedens vårdcentralers upptagningsområde beställdes från Försäkringskassans utvecklingsavdelning. De data som erhöles var uppgifter om antalet sjukpenningdagar för åren 1994 till och med 2004 och ohälsotalet för åren 1998 till och med 2004. Data var uppdelat på ålderskategorier (16 till och med 64 år) och kön.

#### **Från Kvarnsvedens vårdcentral**

Vi erhöles också data från Kvarnsvedens vårdcentral för åren 2000 till och med år 2005. Dessa uppgifter gjorde det möjligt att beräkna en längre tidsserie för deltidssjukskrivningar och långtidssjukskrivningar och möjligheten att följa det totala antalet sjukskrivningsdagar.

#### **Övriga uppgifter**

Efter ett möte på Kvarnsvedens Pappersbruks företagshälsovård fick vi ta del av deras sjukskrivningsstatistik. Vi har också erhållit uppgifter om arbetslösheten för Kvarnsveden och referensområdena från Länsarbetsnämnden för åren 2000 till och med 2004.

### *Felkällor*

En felkälla är att när data beställdes beskrev vi Kvarnsvedens upptagningsområdes omfattning med ett antal postnummer. Tyvärr upptar dessa postnummer ett större område än det av landstinget bestämda upptagningsområdet för vårdcentralen, så antalet personer, som datamaterialet från Försäkringskassan grundade sig på, är fler än det verkliga antalet personer i Kvarnsvedens upptagningsområde. Det är lite svårt att säga exakt hur många

extra det rör sig om på grund av Försäkringskassan tar med 16-19 åringar, men vi bara har uppgifter om antalet 20-64 åringar, men räknar man med att åldersfördelningen är densamma som för Borlänge kommun rör sig det extra antalet om ca 3000 personer. Detta medför att antalet är ca 30 procent lägre i kvalitetsrapporten än i Försäkringskassans data. De områden som inte borde vara med är till sin allra största del tillhörandes Borlänge kommun. Eftersom Borlänge generellt ligger lite högre i både sjukskrivning och ohälsotal, gör det troligt att detta fel antal individer *inte* förvränger siffrorna på så sätt att Kvarnsvedens siffror är lägre än var de skulle vara, även om en viss osäkerhet kvarstår.

Även om Kvarnsvedens Pappersbruk är den arbetsgivare som mest tydligt särskiljer Kvarnsveden mot andra områden, så finns det andra företagsläkare och privatläkare aktiva i området. Vi har dock gjort antagandet att de är lika aktiva i andra områden som i Kvarnsveden.

## Kvalitativ metod

Om inte det lägre antalet sjukskrivningar kan förklaras av en friskare befolkning eller av vårdinsatser från andra aktörer i området så ligger det nära till hands att anta att den förklaringen skall sökas i personalens arbetssätt. Det finns olika metoder för att få fram data som gör det möjligt att teckna en bild av hur personalen arbetar. Ett sätt är att arbeta med enkäter som personalen får besvara. Enkäter lämpar sig bäst vid undersökningar där frågorna är relativt enkla och gärna kopplade till kvantitativa mått. Det gör att enkätmetoden inte är speciellt lämplig när man vill få en förståelse för hur ett arbete bedrivs.

Alternativa metoder är intervjuer som kan göras enskilt eller i grupp. Den metoden har också sina begränsningar då den bygger på ett antagande att de som intervjuas har en korrekt bild av vad de gör och hur de gör det. Det kan låta enkelt att svara på frågorna ”Vad gör vi?” ”Hur gör vi det?”. Men frågorna innehåller en del stora problem, varav det viktigaste är att det inte sällan föreligger en diskrepans mellan vad man tror att man gör och vad man verkligen gör.

För att tydliggöra skillnaden mellan den egna bilden av vad man gör och vad man de facto gör ges ett exempel från en annan yrkesgrupp. Fråga en allmänläkare vad han/hon gör på arbetet och du kommer att få svaret att han/hon undersöker, diagnostiserar, behandlar, medicinerar och förhoppningsvis botar. Eventuell kompetensutveckling baserat på detta kan lätt fokusera på ökad kunskap om undersökningsmetoder, om olika sjukdomar, om olika behandlingsmetoder och mediciner vilket också står för en betydande del av allmänläkares fortbildning. Men om en utomstående följer samma allmänläkare under vecka och noterar vad läkaren i tid främst ägnar sig kommer man snart att konstatera att den största delen av arbetstiden ägnar läkaren åt att prata – prata med patienterna. Detta är troligen en helt adekvat tidsplanering då det är samtalet som ger grunden för en förståelse för patientens problem. Eventuell kompetensutveckling skulle i dettas fall fokusera på samtalet – utbildning i pedagogik, i konsten att föra ett samtal, konsten att lyssna mm. Slutsatsen blir att behovet av kompetensutveckling inte självklart kan grundas på en individs uttalade behov utan måste föregås av en djupare analys. Det finns en rad undersök-

ningar som visar på liknande resultat – att den egna självbilden av vad man gör på en arbetsplats inte alltid stämmer överens med vad man faktiskt gör<sup>5</sup>.

Ett första steg i en verksamhetsanalys blir utifrån detta att realitetsanpassa den egna och arbetskollektivets självbilder med hjälp av reflektion i organiserad form eller med utomstående hjälp. Detta är en svår process som kan innehålla många smärtsamma uppgörelser med såväl personliga värderingar som organisationens/myndighetens värderingar. Metoderna för att genomföra en sådan verksamhetsanalys kan variera och det finns idag en arsenal av olika metoder som utvecklats för olika yrkesgrupper. I ett av Svenska kommunförbundets forskningsprogram ”Kommunerna som FoU-miljö och nyttiggörare av forskningsresultat” var ett huvudresultat från de nio medverkande forskningsprojekten just betydelsen av en behovsanalys och olika metoder prövades och utvärderades. Det var till exempel framtidsverkstäder<sup>6</sup>, sökkonferenser<sup>7</sup>, verksamhetsdiagnos<sup>8</sup>, designteori<sup>9</sup>, PLAN-metoden - lärande under eget ansvar<sup>10</sup>.

En slutsats av ovan refererade undersökningar är att en viktig framgångsfaktor för en bra verksamhetsanalys är tidsfaktorn. Det är personalen på en arbetsplats som äger kunskapen om vad man faktiskt gör men den kunskapen är, som ovan nämnts, inte alltid uttalad eller ens medveten och kanske till och med skyms av andra bilder som först måste ifrågasättas och raderas. Detta är processer som tar tid.

I vår undersökning på Kvarnsvedens vårdcentral hade vi inte så lång tid på oss som hade varit optimalt men vi försökte ändå dra ut på undersökningen så att det gick dryga sex månader (september 2005 till och med mars 2006) från att projektet presenterade för hela personalgruppen och frågeställningarna restes tills de sista intervjuerna och mötena var genomförda. För att ytterligare komma ifrån det ovan beskrivna metodproblemet försökte vi validera de intervjuer vi gjorde genom återföring till de intervjuades kolleger för att få en reaktion på vad vi hört. Vi lät med andra ord kollegerna validera varandras bilder och vi lät även olika personalgrupper validera varandras bilder.

Konkret lades arbetet upp på följande sätt.

1. Thomas Tydén och Johan Kostela presenterade projektet för hela personalgruppen på vårdcentralen i slutet av september 2005. Efter presentationen följde ett samtal om såväl bakgrunden och metodval för projektet som eventuella förklaringar till det lägre antalet sjukskrivningar.
2. Med hjälp av statistik från Försäkringskassan samt från företagshälsovården på Kvarnsvedens pappersbruk har siffrorna från kvalitetsbokslutet värderats för att se om den låga antalet sjukskrivningar vid Kvarnsvedens vårdcentral kan förklaras av de personer som bor inom vårdcentralens upptagningsområde sjukskrivs av andra.

---

<sup>5</sup> Ellegård (2003), Döös (2003), Tydén et al (2000), Baumard (1999), Tydén (1996), Löfberg & Olsson (1995) och Lave & Wenger (1991).

<sup>6</sup> Lindberg (1997) *FoU som instrument för verksamhetsutveckling*.

<sup>7</sup> Eriksson (1997) *Praxisutveckling inifrån*.

<sup>8</sup> Ellström et al. (1997) *Verksamhetsdiagnos som grund för förändringsarbete*.

<sup>9</sup> Birgersson (1997) *Konsten att skapa kunskap*.

<sup>10</sup> Lind och Lundgren (1997) *Lärande under eget ansvar*.

3. Under perioden februari – mars 2007 genomfördes intervjuerna fördelat på följande sätt:
  - Individuella intervjuer med 4 distriktsläkare, den vikarierande verksamhetsledaren samt receptionisten
  - Gruppintervjuer med vardera av de tre vårdlagen
  - Resterande personal delades in i tre grupper som vardera intervjuades.Samtliga intervjuer varade i en timmes tid och intervjuaren förde noggranna anteckningar.
4. Intervjuaren deltog i ett antal luncher, personalmöten, vid kaffebordet vilket gav ytterligare tillfällen till att fördjupa samtalet om olika aspekter på den lägre andelen sjukskrivningar vid vårdcentralen.
5. Den 31 mars fördrogs resultaten för projektets referensgrupp.
6. Den 20 april redovisades de preliminära resultaten vid ett personalmöte på Kvarnsvedens vårdcentral åtföljt av en diskussion.
7. Den 14 juni genomfördes i Falun ett öppet seminarium om studien. Seminariet var välbesökt (ca 60 personer) och presentationen av studien åtföljdes av ett livligt samtal.
8. Samtal med personal från Försäkringskassan i Borlänge och länskontoret i Falun.

## Patienters anmälningar och medieanalys

Den tredje frågeställningen, som handlade om patienternas och medias syn på vårdcentralen, försökte vi belysa genom kontakter med Förtroendenämnden på landstinget<sup>11</sup> och en kort medieanalys. Vi har fått statistik från Förtroendenämnden och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för att studera antalet anmälningar. Tidningsartiklar som berör vårdcentralers behandling skrivna av lokalpressen i Dalarna, från 1998 och framåt, har analyserats både kvalitativt och kvantitativt. Dessa artiklar togs fram genom tidningarnas sökfunktion för artiklar på deras respektive hemsidor<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Dalademokraten och tidningarna i koncernen Dalarnas Tidningar.

<sup>12</sup> <http://www.dalademokraten.se> respektive <http://www.dalarnastidningar.se>

# Resultat

Efter en kort sammanfattning presenteras först resultatet från valideringen, en längre analys finns i Appendix A. Därefter presenteras arbetet med att beskriva, analysera och förstå arbetet på Kvarnsvedens vårdcentral. Sedan återger vi några reflektioner från Försäkringskassan och i ett kapitel återges några läkarröster från andra vårdcentraler. Sist i denna del skriver vi om patienternas och medias syn på Kvarnsvedens vårdcentral.

## Sammanfattning av huvudresultatet

Vi har kunnat se att man på Kvarnsvedens vårdcentral successivt utvecklat en gemensam och uttalad värdegrund om sjukskrivning som behandlingsredskap. Den viktigaste faktorn för framväxten av denna värdegrund har varit ett kontinuerligt samtal som förts bland läkarna, bland andra yrkesgrupper och ofta i hela personalgruppen. Man har strukturerade tider för samtal och reflektion. Lokaltidningar har vid ett flertal tillfällen haft artiklar om deras arbete som varit mycket negativa och påverkar personalen. Metoder för att hantera detta behöver utvecklas. Den gemensamma värdegrunden kan ibland leda till icke önskvärda konsekvenser menar en del av vårdpersonalen.

Detta projekt har visat på ett sätt att arbeta med kvalitetsboksluten och det är uppenbart att flera sätt att använda dem för utvecklingsarbete på vårdcentraler behöver tas fram. Erfarenheter från denna studie visar att detta måste ske i mycket nära samverkan med de berörda.

## Validering av Kvarnsvedens sjukskrivningssiffror

Det första detta projekt ställdes inför var att försöka validera de siffror som hade tagits fram i landstingets kvalitetsrapporter för Kvarnsvedens vårdcentral för åren 2003 och 2004. De siffrorna hade visat att den vårdcentralen hade väldigt låga siffror när det gäller antalet av läkare rekommenderade sjukdagar och antalet sjukskrivningar jämfört med andra vårdcentraler. En felkälla som måste kontrolleras är om de patienter som hör till vårdcentralen istället för att bli sjukskrivna där blir det på annat håll.

De data om sjukpenningdagar som vi beställde från Försäkringskassan för åren 1998 till 2004 för Kvarnsveden och kommunerna Borlänge, Säter och Gagnef samt hela länet visade att Kvarnsvedens upptagningsområde som helhet under dessa år har legat klart lägre än övriga referensområden, förutom Borlänge som har liknande siffror. De sista åren 2002-2004 har Kvarnsveden legat lägst. Detta resultat visar att det inte är en markant högre andel av just Kvarnsvedenborna som sjukskrivs av andra vårdgivare, vilket skulle kunna vara den största felkällan<sup>13</sup>. Se Appendix A. diagram och mer utförlig analys.

---

<sup>13</sup> Se Felkällor under Metoder för en kommentar om säkerheten på siffrorna.

En annan möjlig felkälla skulle kunna vara att invånare i Kvarnsveden i högre grad fått sjuk- och aktivitetsersättning och därmed inte kunnat få sjukpenning. Men också när det gäller ohälsotalet är Kvarnsvedens siffror lägre än referensområdena. Vi har också studerat sjukskrivningssiffrorna från Kvarnsvedens Pappersbruk, den arbetsgivare som dominerar i samhället. Volymen på sjukskrivningar från företagshälsovården där utgör inte mer än 15 procent av vårdcentralen siffror det året som andelen var högst. Dessutom har vi sett att Kvarnsveden inte avviker när det gäller öppen arbetslöshet<sup>14</sup>. En faktor som har visat sig korrelera med sjuktalet<sup>15</sup>.

## Analys och beskrivning av arbetet på Kvarnsvedens vårdcentral

Inledningsvis några ord om resultatens validitet och reliabilitet. Med validiteten avses om vi har mätt rätt saker och med reliabiliteten menas om vi har mätt på ett tillförlitligt sätt. När det gäller kvalitativa studier som den föreliggande går det sällan att hävda en tydlig validitet eller reliabilitet. Det vi studerat och de resultat som presenteras nedan är personalens egna berättelser om de faktorer som de tror har varit viktiga för att förklara Kvarnsvedens, i relationen till andra vårdcentraler, lägre sjukskrivningar. Personalens egna berättelser har utvecklats i samtalen och fördjupats men det går inte att hävda att deras utsagor är identiskt med de faktiska orsakssambanden. Det är rimligt att anta att det finns ett betydande förklaringsvärde i det vi kommit fram till, men för läsaren är det viktigt att hålla i minnet att det vi förmedlar inte är en absolut sanning utan det är personalens reflekterade berättelser.

### Överraskande

Vid intervjuerna med läkarna framkom att de alla var överraskade över resultaten i kvalitetsboksluten. De hade inte trott att deras vårdcentral var så olik andra vårdcentraler. ”*Trodde alla arbetade som vi*” uttryckte sig en av läkarna. De visste att de låg bra till vad gällde att hålla normen för läkemedelsförskrivning. Det hade de pratat en hel del om och även följt upp hur de låg i förhållande till uppsatta mål. Men att de hade en lägre andel sjukskrivningar jämfört med andra kom som en överraskning. Speciellt som samtliga menade att det absolut viktigaste i mötet med patienten är att se till att vidmakthålla kontakten med patienterna. Om man inte gör det och kontakten bryt så bryts även alla möjligheter till terapi/behandling och det är det som är doktors ultimata uppdrag att genomföra.

### Drivande personer

Flera av läkarna och även flera av övrig vårdpersonal menade att de flesta i läkargruppen vid vårdcentralen är mycket drivande personer. Flera av dem har också i olika sammanhang stuckit fram hakan i den allmänna debatten och vågat ta upp obekväma frågor. Denna vana vid att sticka ut hakan och våga ta konflikter menade några kunde verka i riktning mot färre sjukskrivningar. Tanken bakom detta resonemang var att en inte allde-

---

<sup>14</sup> Data från Länsarbetsnämnden

<sup>15</sup> Riksförsäkringsverket (2004) *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension*.

les ovanlig situation i mötet mellan läkare och patient kan vara att patienten har en önskan och förväntan som inte stämmer överens med vad läkaren tror är bästa behandlingen för patienten. Patienten kanske kommer till doktorn med en önskan om att bli sjukskriven för sin åkomma. Läkaren gör bedömningen att de bästa för patienten är en kortare och partiell sjukskrivning eller kanske till och med att en sjukskrivning kan vara kontraproduktiv för patientens hälsa. För läkaren kan det vara svårt att gå emot patientens egna åsikter, som ibland kan vara ganska bestämda, och det kan leda till konflikter. Samtliga läkare vittnade om att detta inte var en ovanlig situation. I intervjuerna menade läkarna att en vana vid konflikthantering och speciellt att man inte är rädda för konflikter spelar en viktig roll för att tackla den typen av problematik som beskrivits ovan.

### **Handledning**

De konfliktfyllda möten som kan uppstå mellan patient och läkare när bedömningar och önskemål skiljer sig åt kan vara svåra att tackla. Läkaren kan behöva stöd i detta arbete där han/hon ibland tvingas konfrontera patientens egen självbild och önskemål. Delvis får läkarna på Kvarnsvedens vårdcentral detta stöd vid de nedan beskrivna strukturerade tiderna för samtal och reflektion. Men flera av läkarna menade i intervjuerna att de dessutom skulle behöva extern experthjälp. Vad de efterlyste var extern handledning, något som är självklart för andra yrkesgrupper med liknande jobb, t ex psykologer, kuratorer mm. Det finns i läkargruppen ett uttalat behov av handledning. Under projektperioden togs initiativ till detta.

### ***Gemensam värdegrund***

Under intervjuerna växte det sakta fram en bild av en personalgrupp som mycket aktivt och kontinuerligt förde ett samtal om sjukskrivningar. Det fanns hos de flesta en bild av sjukskrivningar som ett av flera behandlingsinstrument som står till vårdens förfogande. Det fanns en kunskap om att sjukskrivningar kan ha såväl positiva som negativa effekter för en patients välbefinnande och att en sjukskrivning inte är något som man kan få bara för att man önskar sig det. De av personalen som initialt möter patienterna via ett telefonsamtal sa att de var mycket noga med att aldrig utlova någon sjukskrivning utan tvärtom sa till patienten att det fick man se efter ett samtal med doktorn

Berättelserna från intervjuerna om det ständiga samtalet om sjukskrivningar fick vi själva bekräftat och personligen uppleva under de informella samtalen vid luncher och kaffepauser. Ofta gick diskussionens vågor höga när argumenten om sjukskrivningar flög genom rummet och praktikfall analyserades. Ännu livligare gick diskussionerna de dagar då lokalpressen hade någon artikel om arbetet på vårdcentralen. Och det var inte ovanligt att sådana artiklar publicerades vilket vi redovisar på annan plats i denna rapport.

Vi kunde genom intervjuerna notera att personalen tycktes ha någorlunda gemensam värdegrund avseende sjukskrivningar. En värdegrund som växt fram genom bland annat de ovan redovisade samtalen under de informella mötena mellan personalen. Men vi kunde också se ett antal andra faktorer som syntes ha spelat roll för framväxten av en gemensamma värdegrunden. Dessa var:



- Strukturerade tider för samtal och reflektion
- Kontinuitet i samtalet
- Öppna dörrar
- Vårdcentralens fysiska disposition
- Kunskap

### ***Strukturerade tider för samtal och reflektion***

Personalen vid vårdcentralen träffas regelbundet i olika konstellationer och enligt verksamhetschefen finns det en klar tanke bakom dessa möten. Den är att skapa utrymme dels för information och dels för att föra ett utvecklande samtal om arbetets innehåll och form.

### **Läkargruppen**

Läkargruppen träffas varje morgon för att under ca tio minuter ha möjlighet att lyfta aktuella frågor. Mötet tjänar också funktionen som en ventil om man har ett svårt ärende och mötet kan då få karaktären av en minihandledning.

Vidare äter man lunch tillsammans varje fredag och efter lunchen finns utrymme för en timmes samtal. Man väljer att förlägga lunchen utanför vårdcentralen för att få avskildhet. I intervjuerna med läkarna omvittnas betydelsen av dessa möten som nödvändiga andningshål där man kan dryfta allt mellan himmel och jord.

### **Personalen förutom läkargruppen**

Under ledning av biträdande verksamhetschefen har man ”morgonbön” varje dag klockan 0800 – 0815.

### **Hela personalgruppen**

Hela personalgruppen träffas vid morgonfika halv tio. Nästa tillfälle att träffas gemensamt är vid lunch och de flesta väljer att äta sin medhavda lunch i personalköket. På eftermiddagen är det fika halv tre. Vi deltog vid ett antal luncher och fikatillfällen och kunde konstatera att deltagandet var högt och samtalen pendlade mellan arbete och annat. Stämningen var god och med många glada skratt. Det var något som också togs upp i intervjuerna att man ibland kände behov av att stänga dörren till personalköket då de rungande skrattsalvorna hördes ut till väntrummet.

Vidare har man varje torsdag personalmöte under två timmar.

### ***Kontinuitet i samtalet***

Samtalet om förhållningssätt till sjukskrivningar har pågått länge och en av de intervjuade menade att samtalet egentligen pågått sedan vårdcentralen startade i mitten av 1980-talet. Att samtalet successivt har kunnat utvecklas har underlättats av den låga personalomsättningen på läkarsidan. Två av läkarna har varit verksamma på vårdcentralen i princip sedan starten och alltså arbetat där i två decennier. Ytterligare en läkare har arbetat där i 14 år.

## Öppna dörrar

Samtliga läkare har berättat om betydelsen av att inte stänga dörren om sig förutom när man har patienter. Den öppna dörren inbjuder till samtal och konsultation.

## Vårdcentralens fysiska disposition

Det är intressant att notera att flera av de intervjuade har pratat om betydelsen av hur vårdcentralen rent fysiskt är uppbyggd. En av de intervjuade hade erfarenhet av annan vårdcentral som var uppbyggt så att flera verksamheter var förlagda i korridorer som i princip var återvändsgränder vilket gjorde att de som arbetade där sällan spontant mötte andra grupper i personalen. På Kvarnsvedens vårdcentral är situationen annorlunda då huset är byggt på ett sätt som gynnar sådana spontana möten.

## Kunskap

För att samtalen skall kunna utvecklas krävs input av ny kunskap. Några av de intervjuade menade att det faktum att två av läkarna var disputerade och därigenom lite mer vana att tränga in vetenskapliga artiklar och hålla sig à jour med forskningsfronten var en viktig tillgång för kompetensutvecklingen bland vårdcentralens personal.

## Bra stämning

Alla intervjuade har pratat om den goda stämningen på arbetsplatsen – att man har det kul tillsammans. Så här uttryckte sig en av de intervjuade: *Vi har en jättebra stämning på jobbet. Man vågar ta upp problem när dom kommer.* En annan uttryckte samma sak på följande sätt: *Alla pratar med varandra buller om buller. Alla har faktiskt en plats här.*

## Konsumeffekt

En hypotes som vi hade inför denna studie var att det faktum att läkarna inte bodde i Kvarnsveden utan på andra ställen kunde ha en viss inverkan på deras förhållningssätt till sjukskrivningar. Hypotesen utgick ifrån tanken att relationen mellan läkare och patient kan påverkas om man bor i samma samhälle där risken att man stöter på varandra i Konsum är stor eller att man genom åren via dagis, skolor, föreningsliv mm stött på varandra och har någon form av relation eller förförståelse. Hypotesen gick ut på att en närmare kontakt med patienterna i andra sammanhang än den professionella på vårdcentralen skulle innebära att det blir svårare att ifrågasätta patientens önskemål även om det är kliniskt motiverat att göra så. De intervjuade läkarna hade mycket olika syn på detta. Så här uttryckte sig en läkare:

*-Jag har medvetet valt att arbeta på annan plats än bostadsorten. Ju närmare man är en patient på ett personligt plan desto svårare att vara professionell. Svårt vara neutral.*

Medan en annan sa så här på frågan om en eventuell konsumeffekt:

*-Jag tror inte på någon konsumeffekt. Snarare tvärtom. Ju mer jag känner en person desto lättare att säga som det är.*

## Kvarnsvedenkultur

Flera av de som jobbat en längre tid på Kvarnsvedens vårdcentral menade att det finns en speciell kultur bland befolkningen i Kvarnsveden. En kultur, en mentalitet som några menade att pappersbruket genom dess sekellånga verksamhet aktivt bidragit till. En sköterska menade att *"en förklaring till låg sjukskrivning kan vara bruksmentaliteten att man ska göra rätt för sig och man ska inte klaga"*. Vidare pratade några om en "landeteffekt" och menade att det faktum att det inom vårdcentralens upptagningsområde finns ett antal byar på lite längre avstånd från centrum och med begränsade möjligheter att åka kollektivt kan ha en viss påverkan på antalet sjukskrivningar. De menade att avståndet till doktorn korrelerar med hur ofta man söker läkarvård och för vilka anledningar.

## Försäkringskassans reflektion om Kvarnsveden

Vi samtalade med en representant från Försäkringskassan i Borlänge samt den som är länsansvarig för sjukförsäkringsfrågor. Den bild som de gav av Kvarnsvedens vårdcentral är att läkarna är *"tydliga, raka och ibland tuffa"*. De menade att läkarnas sätt att bemöta patienten är öppet och rakt, läkarna försöker skapa sig en helhetsbild av patientens situation. Läkarna vill ha en rak och tydlig dialog vilket kan till exempel innebära att läkarna inte omskriver i onödan och att detta kan medföra att de ibland kan uppfattas som tuffa.

*-I mötet med patienten är de starka och kan säga nej till patienter som vill bli sjukskrivna. Läkarna är tydliga med att förklara att de bara tänker sjukskriva de som behöver det och har rätt till det. De försöker att hålla på de regler som finns för att sjukskriva någon, även om det ibland kan tyckas hårt.*

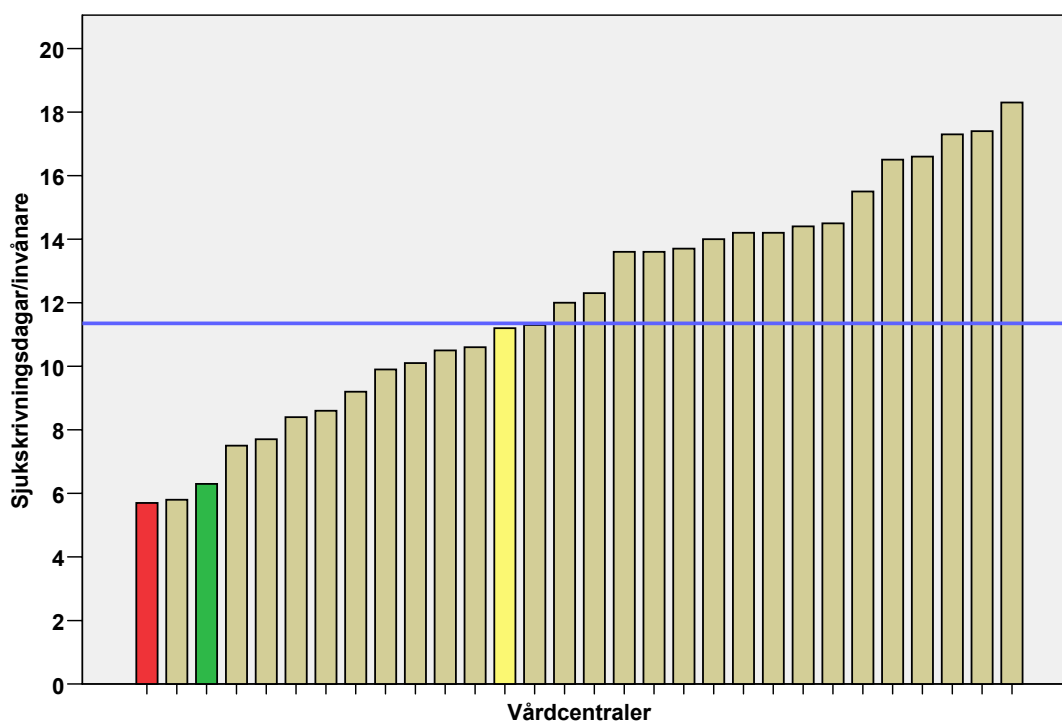
De intervjuade från Försäkringskassan berättade om patienter som förmedlat att mötet med läkare på Kvarnsvedens vårdcentral har lett till konflikter. Patienterna hade upplevt att de har blivit orättvist behandlade och dåligt bemötta, vilket i sin tur har lett till att en del patienter önskade söka sig till en annan vårdgivare.

En annan bild som beskrivs av Försäkringskassans representanter är att Kvarnsvedens vårdcentral är en organisation som tar hand om sig själv. Läkarna på Kvarnsvedens vårdcentral har inte regelbundna avstämningsmöten med Försäkringskassan utan tar själva kontakt när behov uppstår. I detta avseende skiljer man sig från närliggande vårdcentraler som har regelbundna träffar för att diskutera fortlöpande ärenden.

Ett problem som de intervjuade menar är ett generellt problem för Försäkringskassan och som inte bara gäller Kvarnsveden utan alla vårdgivare, är slarvigt skrivna medicinska underlag, som är en försvårande faktor för att snabbt och säkert kunna handlägga sjukskrivningsärenden. Ett annat problem är fall där patienten är arbetslös och då läkarna bara har tagit hänsyn till patientens arbetsförmåga att utföra det yrke som patienten hade innan han/hon blev arbetslös och inte ser till alla yrken på arbetsmarknaden.

## Röster från andra vårdcentraler

I anslutning till denna undersökning har även läkare vid två andra vårdcentraler intervjuats för att öka förståelsen för projektets frågeställningar. De två vårdcentralerna som valdes var belägna i Falun; Norslunds vårdcentral samt Tiskens vårdcentral. I nedanstående figur framgår antalet utskrivna sjukdagar för Dalarnas vårdcentraler år 2004.



Figur 2: Spridningen av det totala antalet dagar av läkare rekommenderad sjukskrivningstid per invånare för Dalarnas läns vårdcentraler år 2004. Den röda stapeln är Kvarnsvedens vårdcentral, den gröna är Norslunds vårdcentral och den gula är Tiskens vårdcentral. Den blå linjen motsvarar genomsnittet och anger medelvärde för hela Landstinget Dalarna.

Vårdcentralen i Tisken ligger ungefär på samma nivå som Vårdcentralen i Kvarnsveden och vårdcentralen i Norslund ligger i närheten av medelvärdet.

Vi har inom ramen för denna studie inte gjort någon analys av om siffrorna för Norslund och Tiskens vårdcentraler återspeglar det faktiska antalet utskrivna sjukdagar. Som tidigare beskrevs är en sådan analys genomförd för Kvarnsvedens vårdcentral men de ekonomiska ramarna för detta projekt har inte medgett att en motsvarande analys genomförts för dessa ytterligare vårdcentraler. Det vi redovisar i det kommande är läkarnas egna berättelser om hur de ser på den stora variationen av antalet utskrivna sjukdagar mellan Dalarnas vårdcentraler samt hur de själva ser på och förhåller sig till sjukskrivningar som verktyg för behandling av patienten. Totalt intervjuades elva läkare, sju vid vårdcentralen i Norslund och fyra vid vårdcentralen i Tisken.

## **Frustration**

Flertalet av de intervjuade läkarna uttryckte en stor frustration över hur de skulle förhålla sig till sjukskrivningar. En frustration som bland annat bottnar i en känsla av otillräcklighet. Flera av de läkare som arbetat inom yrket en längre tid uttrycker en trygghet och säkerhet när det gäller medicinska frågor. En trygghet de har byggt upp genom sin långa yrkeserfarenhet. Men samma trygghet har inte vuxit fram när det gäller sjukskrivningar. De har inte tillgång till den information som krävs för att göra en riktig bedömning, till exempel kunskap om hur arbetssituationen ser ut för patienten. Flera menade att detta ofta leder till en sorts förhandling mellan dem och patienterna som till sist leder till någon form av kompromiss. Några menade att man tvingas till ett pragmatiskt förhållningssätt då man inte vill förlora kontakten med patienten, dvs. att patienten går till någon annan.

Den ovan beskrivna frustration stämmer väl överens med de resultat som andra rapporter beskriver. I rapporten *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning* beskriver författarna läkarnas upplevelse att sjukskrivningarna är ett arbetsmiljöproblem som tar mycket mental energi<sup>16</sup>. Den pressade arbetssituationen gör att sjukskrivningar förlängs av ren utmattning och andra strategier som kallas  *copingstrategier*. Författarna redovisar vidare några förslag som kommit från intervjuade läkare, ett förslag är att feedback behövs för att se hur deras sjukskrivningar ter sig i förhållande till andras. Ett annat förslag är samordning och prioritering av sjukskrivningsfrågan både inom sjukvården samt med andra externa aktörer krävs på alla nivåer.

Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen tas upp i ett par kapitel i Försäkringskassans undersökning *Sjukförsäkring Kulturer och attityder*<sup>17</sup>. Rapporten visar på en del brister i läkarnas sätt att arbeta med sjukskrivningar, en bild som målas upp är att läkarna alltför ofta godtar patientens beskrivning av sin arbetsförmåga istället för att självständigt ta reda på hur det ligger till. En motbild är att läkarna är pressade av sin arbetssituation, vilket innebär att man undviker att ta ständiga konflikter med patienter, som tar mycket energi. Läkarna poängterar också att de prioriterar relationen med patienten, som de ser som en förutsättning för en god vård, framför att strikt uppfylla sjukförsäkringsreglerna.

En viktig bild som båda de här rapporterna visar på är att det finns en ganska stor spridning inom läkarkåren, i tankesätt och praktik runt sjukskrivningsprocessen. Vilket korrelerar väl med de erfarenheter som vi har gjort i det här projektet.

## **Ensamhet och motåtgärder**

Flera menade att arbetet som distriktsläkare är ett ensamt arbete men att det inte i sig behöver vara negativt. Ensamheten innebär också stora möjligheter att själv forma sitt arbete. Man kan anpassa sitt sätt att arbeta så det stämmer överens med de egna personliga förutsättningarna och färdigheterna. Någon menade att det kanske just är denna möjlighet till att styra själv som var en grund för valet att bli distriktsläkare. Men baksidan av denna medalj är att möjligheterna till feedback på det man gör inte kommer av sig självt. Det är något som man själv måste ta initiativ till, ta sig tid till att organisera. Många av de intervjuade uttryckte en stor avsaknad av möjligheterna till samtal med kolleger om praktikfall,

---

<sup>16</sup> Alexanderson et al. (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*.

<sup>17</sup> Arrelöv (2006) *Sjukförsäkring Kulturer och attityder*.

om förhållningssätt. Betydelsen av kollegialt stöd har under längre tid diskuterats inom läkarkåren och en rad aktiviteter har sjuösatts genom åren. Den kanske mest kända är de så kallade Balintgrupperna som fått namn av den ungerskfödda psykoanalytikern Michael Balint. På 1950-talet startades de första Balintgrupperna<sup>18</sup>. I dessa träffades 8-10 allmänläkare tillsammans med en psykoanalytiskt skolad ledare två timmar i veckan under 2-3 år. Syftet med träffarna var att försöka förstå "besvärliga" patienter samt det omedvetna skendet i mötet mellan läkaren och patienten.

Balint talade om "the Doctor as a Drug", d v s att läkarens närvaro i sig själv är läkande för patienten, och han ville klargöra läkarens apostoliska funktion, d.v.s. vikten av hur läkaren framför sitt budskap till patienten. Balint förenade psykoanalytiska tankegångar med kunskap om somatiska sjukdomar. Balint ansåg att mötet mellan läkare och patient är ett möte mellan två subjekt och att läkaren behövde vara uppmärksam på sina egna reaktioner för att bättre kunna förstå patienten.

Läkarförbundet arrangerade på stämman i december 2005 ett symposium på temat läkares psykiska hälsa<sup>19</sup>. I referatet från denna skriver man att många läkare arbetar under pressade villkor, förhållanden som är väl kända från olika arbetsmiljöstudier och utredningar. Läkare är sjukare nuförtiden och framförallt är de sjukare av stress. De försöker lösa omöjliga situationer som t.ex. platsbrist, läkarbrist och brist på eftertanke och reflektion i patient-läkarmötet med att anstränga sig mer och mer tills det kanske inte går längre. Man konstaterade att det extra stöd som bland annat behövs är ett kollegialt nätverk. Ett sådant finns också organiserat på Svenska Läkarförbundet och det startade redan 1998, efter att läkarna själva framfört önskemål om att förbundet skulle ha en sådan verksamhet. Enligt referatet från det ovan beskrivna symposiet har det visat sig att kollegiala rådgivare utgör ett mycket bra och angeläget komplement till den hjälp som förbundet ger i fackliga frågor. Många viktiga problemområden för läkare har fångats upp av kollegialt nätverk, till exempel krisreaktion vid anmälan, mobbning, missbruk och integration.

### **Ständiga omtag**

Även om de flesta underströk betydelsen av möten med kolleger för att i organiserad form få stöd och handledning så var deras erfarenhet att de grupper som bildades tenderade att dö ut efter ett tag. Även om man planerade för deltagande i gruppen och verkligen ville vara med så var det som att det vardagliga hela tiden tryckte på och tenderade att ta över. I valet mellan att ta hand om ytterligare en patient och att gå till den kollegiala gruppen så menade många att det kunde vara svårt att prioritera mötet med kollegerna. Patienten är ju verklig med namn och direkta synliga behov medan träffen med kollegerna inte är ett uttryck för ett omedelbart behov. Det är den klassiska slitningen mellan det kortsiktiga och det långsiktiga behovet. Det gäller naturligtvis inte bara läkarkollektivet utan även de flesta andra yrkesgrupper. Behovet av tid för reflektion i organiserade former lyfts fram i rapporter från olika yrkesgrupper men samtidigt vittnas om svårigheter att få till tid för detta. Det går att dra ett antal slutsatser utifrån detta. En är att ledningen eller chefen kan spela en viktig roll för att både legitimera ett sådant reflektionsarbete men

---

<sup>18</sup> Balintgrupper för läkare. <http://www.balintgrupp.nu>

<sup>19</sup> Sveriges läkarförbund. Nyhetsbrev nr 16 2006-03-21 (elektronisk källa).

även att skapa ett faktiskt utrymme för detta. Men då krävs naturligtvis att chefen ser denna reflektionstid som en viktig och nödvändig ingrediens för att genomföra det uppdrag som man har i verksamheten. En annan slutsats är att de som skall delta i till exempel Balintgrupperna skyddas från trycket från den omedelbara och näraliggande verksamhetens behov. Till exempel genom att de som bokar tiderna för patientbesöken är medvetna om vikten av att skydda den tid som läkargruppen avsatt för dessa gruppmöten. En slutsats är att tid för studier och reflektion ständigt måste återerövas.

### **Strukturerade läkarmöten**

De läkarmöten som man har på vårdcentralerna uppskattas även om några gärna såg att de blev mer strukturerade och att de i dagsläget har en tendens att mest handla om administrativa frågor som schemaläggning mm. En erfarenhet från andra yrkesgrupper är att det kan vara en fördel om man håller isär de administrativa möten från möten som ska handla om erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. Annars är risken av flera skäl stor att de praktiska och handfasta arbetet som till exempel schemaläggning tar över och de mera ”svåra” frågorna skjuts framåt.

### **Kvalitetsboksluten**

Det efterlystes ett med grundläggande samtal om hur man kan använda kvalitetsboksluten. Just det senare poängterades av flera av de intervjuade som menade att man lägger ner en del energi på att dokumentera och skapa det underlag som kvalitetsboksluten bygger på. Det skulle kännas betydligt mer motiverande om man visste att detta arbete ledde till något konkret och nyttigt i verksamheten. Idéer och uppslag om hur boksluten kan användas i vårdcentralens eget kvalitetsarbete efterfrågades. Man ville gärna ta del av hur andra vårdcentraler arbetar med boksluten. En läkare uttryckte detta så här

*Det är ett anständighetskrav att boksluten analyseras. Men verksamhetscheferna fattar inte vad och hur man gör. Behöver hjälp med hur de ska jobba med det. Claes-Göran borde begära in kommentarer på boksluten från alla verksamhetschefer – ett sätt för att få igång analysen.*

### **Kassan på plats**

Att ha bra kontakter med handläggare på Försäkringskassan underlättar arbetet enligt flera av de intervjuade läkarna. En direkt dialog om regelsystem, rehabilitering mm gör att man fortare kommer till handling vilket är det bästa för patienten och även för samhället. Försäkringskassans försöksverksamhet med att ha handläggare som vissa dagar förlägger sin arbetstid till vårdcentralen beskrivs i mycket positiva ordalag. Men man såg gärna en snabbare handläggning från Försäkringskassans sida.

### **Outsourcing problematisk**

Flera av de intervjuade lyfte frågan om behovet av kuratorer, sjukgymnaster, KBT-personal som rent fysiskt är verksamma på vårdcentralen. Så hade man haft det förr men nu är dessa yrkesgrupper samlade på annan plats. Då de fanns på vårdcentralen skapade det naturliga mötesplatser mellan dessa yrkesgrupper och läkarna och samarbetet blev mer informellt och smidigt. Det är intressant att konstatera att personalen på Kvarnsvedens

vårdcentral, där man har en KBT-sjuksköterska, många gånger lyfte fram hur viktig det var att ha den kompetensen på plats.

## Anmälningar och tidningsbevakning

Det är viktigt att media granskar vårt samhälle. Deras bild påverkar också samhällets syn på våra offentliga institutioner. I samband med att detta projekt startade fick Kvarnsvedens vårdcentral mycket uppmärksamhet i media, mest av negativ karaktär. Vi valde då att inkludera mediebevakningen av Kvarnsvedens vårdcentral för att studera hur de hade uppmärksammats sedan i slutet av 90-talet.

Under åren 1998 till och med 2005 förekom Kvarnsveden i femton artiklar (insändare inte inräknat) som handlade om vårdcentralens behandling och bemötande av patienter, artiklar som inte handlade om kärnverksamheten på vårdcentralen är inte medräknade. Detta kan jämföras med övriga vårdcentraler i referensområdet som bara förekom i ett fåtal. Om tidpunkten för Kvarnsveden artiklarna kan det sägas att de kommer i kluster, först är det tyst en lång tid och sedan kommer två tre artiklar under några veckor. Troligtvis beror detta på att när en artikel skrivs så kommer det in tips om andra fall.

I dessa artiklar beskrivs läkarna negativt, ibland väldigt skarpt. T.ex. att de missar att ställa vissa diagnoser och att de inte bemöter patienterna på ett bra sätt. Ett urval av artikelrubriker från lokalpressen:

Amanda nära att dö<sup>20</sup>

Kvinna avled i cancer<sup>21</sup>

Fick värktabletter mot spridd cancer<sup>22</sup>

Det är högst troligt att artiklar av detta slag påverkar allmänhetens syn på Kvarnsvedens vårdcentral. Det påverkar också personalen som oftast inte är insatta i det specifika fallet och inte känner till sakfrågan.

Dessutom tog vi reda på statistik om anmälningar mot Kvarnsvedens vårdcentral till Förtroendenämnden och jämförde med övriga vårdcentraler i det Mellersta Dalarnas när-sjukvårdsområdet. Kvarnsvedens vårdcentral har fler anmälningar till Landstingets Förtroendenämnd än genomsnittet för referensområdet under åren 1999 och 2004. För åren 2003 och 2004 hade de många fler än genomsnittet. Kvarnsvedens vårdcentral hade sex stycken anmälningar 1998 och 27 stycken 2004. Antalet anmälningar har ökat totalt i Mellersta primärvårdsområdet från 43 till 109 motsvarande år, Kvarnsvedens ökning är alltså större än genomsnittet. Anmälningar delas in i tre områden. Det första området är bemötande, det andra organisation och det tredje är vård och behandling. Anmälningarna mot Kvarnsvedens kan kategoriseras främst i de två första kategorierna.

Mellan åren 2000-2004 har tio fall som anmälts varit relaterade till sjukskrivningsärenden för Kvarnsveden. Fördelningen var ett fall 2000 och fyra fall 2003 och fem fall

---

<sup>20</sup> Borlänge Tidning 8:e oktober 2005, plus andra tidningar t.ex. Falukuriren

<sup>21</sup> Borlänge Tidning 3:e mars 2003, plus andra tidningar t.ex. Falukuriren

<sup>22</sup> Dalademokraten 11:e oktober 2005



2004. Alltså finns det en viss koppling mellan minskningen i antalet sjukskrivningsdagar som var 2003 och 2004, även om nergången började 2002. Förtroendenämnden utdömer inte straff men ska fungera som en länk mellan patienterna och hälso- och sjukvården för att förbättra mötet vårdgivare-patient, däremot kan Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) utdöma påföljder. Åtta gånger har Kvarnsvedens vårdcentrals personal anmälts till HSAN mellan 2000 till 2004. Ingen gång har läkarna fått en reprimand.

# Diskussion

## *Samsynen på Kvarnsvedens vårdcentral skapar vissa problem som måste lösas*

Den samsyn som vi beskrivit på Kvarnsvedens vårdcentral inte enbart positiv enligt personalen som vi intervjuade.

1. *Läkarnas kommunikationsförmåga* sätts på stora prov när man utmanar patientens egen självbild – behövs övning, spegling, handledning
2. *Tidningsartiklar och anmälningar.* Det har publicerats många artiklar om Kvarnsvedens vårdcentral och nästan alltid handlar det om kritik mot personalens och främst läkarnas förhållningssätt. Varje gång en artikel publiceras så får det återverkningar på personalen som får ta emot kommentarer från patienter och andra. Det är speciellt jobbigt för personal som inte alltid är insatta i sakförhållandet. Enda sättet att motverka det är genom öppenhet och tydlighet. Ett förslag är att ledningen snabbt tar fram fakta i sakfrågan och informerar personalen. Det räcker inte med att samtal förs vid kaffebordet utan informationen bör ske i ett tydligt avgränsat sammanhang. Kanske behövs det en intern vitbok för varje händelse.
3. *Motverka de troende utan att tappa tron.* Den relativt starka värdegrund som har utvecklats av främst läkarna och som fått genomslag bland personalen har en baksida. En baksida som alla värdegrunder är behäftade med består av ett motstånd mot att ta till sig frågor som strider mot värdegrunden. Ju starkare värdegrund man har på en arbetsplats desto starkare måste ledningen verka för att värdegrunden ifrågasätts. Det är en förutsättning för nytänkande och kreativitet på arbetsplatsen. Den starka värdegrunden kan även ha andra baksidor. Till exempel uttryckte en sköterska det på följande sätt ”*det är knappt att jag vågar sjukskriva mig även om jag är sjuk*”.

## *Personalen parerar*

Samtliga i personalgruppen var väl införstådda med att läkarna på vårdcentralen avvek från hur andra läkare på andra vårdcentraler arbetar med sjukskrivningsverktyget och man tyckte att det i huvudsak var ett bra förhållningssätt. Men samtidigt tyckte flera i personalgruppen att läkarna ibland gick lite för långt vilket resulterade i missnöjda patienter vars reaktioner de fick ta emot och härbärgera. Dels menade man att läkarna ibland missade patienter som enligt deras förmenande skulle behöva en sjukskrivning, dels menade de att läkarna inte klarat av att på ett bra sätt kommunicera med patienten. ”*Nästan som att läkarna ibland ser patienten som en fiende*” sa en sjuksköterska. Men samtidigt tyckte man att man efterhand lärt sig att identifiera patienter som kunde riskera att råka ut för något liknande och i dessa fall valde man att skicka patienterna till stafettläkarna som de menade hade en annorlunda inställning.

## **Sjukskrivningssiffror i kvalitetsrapporten**

Kvalitetsrapporterna för åren 2003 och 2004 visade att Kvarnsvedens vårdcentral hade markant lägre sjukskrivningssiffror jämfört med genomsnittet i Dalarnas län. För att validera att dessa siffror verkligen avspeglade något som vårdcentralen gjorde annorlunda än andra vårdcentraler rent kvantitativt försökte vi att hitta möjliga felkällor. En sådan felkälla skulle kunna vara att en stor del av potentiella sjukskrivningspatienter hade skrivit sig någon annanstans än på vårdcentralen vilket skulle sänka deras siffror. De data som togs fram av Försäkringskassan för åren 1994-2004 visade att personer boende på adresser med postnummer som motsvarar Kvarnsvedens vårdcentralens upptagningsområde hade för dessa år genomgående färre sjukskrivningsdagar i genomsnitt än genomsnittet i Dalarna och kommungenomsnittet i kommunerna Borlänge, Säter och Gagnef för åren 2002-2004. Åren innan var Borlänge kommuns siffror ungefär lika låga som Kvarnsvedens, men de var lägre än övriga kommuner och länet i stort. Med tanke på att det område som dessa postnummer representerar är större än det av landstinget bestämda området gör att det finns en viss osäkerhet i dessa siffror. Det som dock talar för att det felet inte är så stort är att det *extra* området som är medtaget ligger i Borlänge kommun som i sig har låga siffror i förhållande till övriga kommuner och län, men större än Kvarnsvedens, vilket gör att siffrorna inte skulle förskjutas speciellt mycket uppåt, det är snarare troligt att siffrorna skulle vara lite lägre.

Dessa siffror från Försäkringskassan inkluderar också sjukskrivningar från andra vårdgivare, slutenvård, privat- och företagsläkare. Eftersom Kvarnsvedens vårdcentral ligger lägst för åren 2002 till 2004 finns det inget som tyder på att andra vårdgivare skulle sjukskriva vårdcentralens patienter i en större omfattning. Tyvärr gjorde problemen med postnumren det inte möjligt att räkna andelen av andra vårdgivares sjukskrivning av vårdcentralens patienter.

Vi studerade en företagsläkarmottagning som erbjuder företagshälsovård för ett stort antal av Kvarnsvedens vårdcentral patienter (ca 500 av 7000), nämligen Stora Ensos pappersbruk i Kvarnsveden. Vi fick ta del av deras sjukskrivningssiffror och jämförde hur stor del de utgjorde jämfört med antalet sjukskrivningsdagar från vårdcentralen. Det visade sig att det året då andelen var som störst utgjorde den ca 15 procent. Om dessa femton procent skulle läggas till vårdcentralens siffror, skulle Kvarnsvedens vårdcentralens siffror ändå ligga långt under genomsnittet i Dalarna.

## **Andra faktorer som eventuellt kan förklara siffrorna**

Den totala sjukligheten bland invånarna i Kvarnsveden är en faktor som är viktig i sammanhanget, en förklaring skulle vara att sjukligheten helt enkelt är lägre i Kvarnsveden än i övriga länet. Sjuklighet är dock ett svårt begrepp att definiera, frågan är om man ska mäta/studera den individuella sjukdomsupplevelsen (engelska *illness*) eller den medicinskt diagnostiserbara (engelska *disease*)? Även om en bra definition tas fram är det svårt att mäta och dela upp på vårdcentralnivå. En stor del av de sjukdomar som människor blir sjukskrivna för är svåra att mäta som till exempel värk i leder eller utmattningsdepression.

En annan närliggande faktor är synen på att gå till doktorn med sina krämpor. Många på vårdcentralen vittnar om att det finns en så kallad bruksmentalitet som säger att man

inte ska klaga vilket gör att det går långt mellan läkarbesöken. Det finns inte en social-acceptans att gå hemma på bidrag. Men detta är inte belagt i någon direkt mätning för just Kvarnsveden.

Båda dessa ovanstående faktorer, grad av sjuklighet och syn på läkarbesök och bidrag, kommer att visa sig i besöksfrekvensen på vårdcentralen. Detta är ett mått som kvalitetsrapporterna redovisar. Det framgår i kvalitetsrapporterna att Kvarnsveden ligger under genomsnittet i Dalarna med sina ca 0.6 besök per invånare och år jämfört med Dalarnas län som ligger på drygt 0.7 besök per år. Om läkarna på vårdcentralerna skulle sjukskriva med samma frekvens som genomsnittet i Dalarna och sjukdomsfallen skulle vara jämförbara skulle det innebära alltså att Kvarnsvedens siffror av detta skäl är något lägre.

Mats Granvik och Britt-Marie Sandberg har i sin rapport *Serviceprofiler för landstingets vårdcentraler mm.* undersökt hur patienterna syn på länets vårdcentraler med avseende på den service de ger<sup>23</sup>. Den rapporten visar att Kvarnsvedens vårdcentral har ett problem med patienternas syn på servicen. Det finns för övrigt en viss korrelation mellan de vårdcentraler som har allra lägst antal sjukskrivningsdagar per person och år (för verksamhetsåret 2004) och som också har fått en lägre skattning från patienterna när det gäller service.

## Arbeta med kvalitetsrapporterna

Vi har kunnat se att vårt projekt bidragit till att ett samtal utvecklats på vårdcentralerna rörande sjukskrivningsfrågor och de problem man stöter på i detta sammanhang. Utgångspunkten för detta samtal är kvalitetsboksluten som lade den faktiska grunden genom dess omfattande statistik. Det är intressant att notera att det finns olika sätt att använda kvalitetsbokslutet för sin vårdcentral. Vissa arbetar aktivt med det men andra inte har börjat än. Enligt de vårdcentraler som vi har varit i kontakt med så beror det delvis på att man inte vet hur man kan använda dem och kanske också delvis på en rädsla för jämförelser såväl mellan kolleger som mellan vårdcentraler. Vårt arbete på Kvarnsvedens vårdcentral har visat på ett sätt att utnyttja kvalitetsboksluten i ett utvecklingsarbete. Det finns ett tydligt behov av att vidareutveckla flera metoder för hur boksluten skall kunna användas optimalt. Det är ett arbete som måste ske i nära samverkan med personal på respektive vårdcentral så att metoden utvecklas utifrån deras förutsättningar och ”ägs” av dem själva.

---

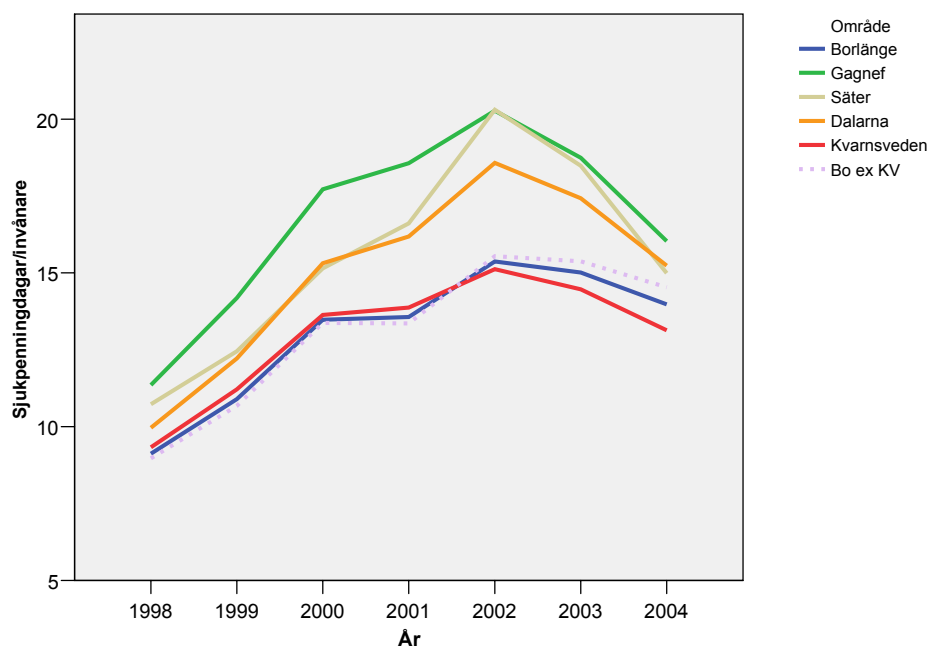
<sup>23</sup> Granvik och Sandberg (2003) *Serviceprofiler för landstinget Dalarnas vårdcentraler mm.*

## Appendix A. Validering av kvalitetsrapportens siffror

I denna del går vi igenom faktorer som skulle kunna visa att Kvarnsvedens siffror i kvalitetsrapporten är sänkta av andra vårdgivare eller av andra orsaker.

### *Sjukpenningdagar åren 1998 till 2004 för Kvarnsveden och referensområden.*

Försäkringskassans uppgifter om antalet sjukpenningdagar är inte beroende av vilken vårdgivare som har sjukskrivit personen utan varje sjukpenningdag registreras på personens personnummer som är kopplat till en adress med ett postnummer. Därför är det möjligt att se det totala antalet sjukpenningdagar för ett visst geografiskt område. Om en *vårdcentral* rekommenderat relativt kort sjukskrivningsstid men dess upptagningsområde samtidigt har höga sjukpenningssiffror säger det att ett större antal av vårdcentralernas patienter sjukskrivs av någon annan än vårdcentralen. Detta kan vara en privatläkare eller företagshälsovård, men det kan också ske i slutenvården.



Figur 3: Antal sjukpenningdagar per invånare, för åren 1998 till 2004 "Bo ex Kv" är Borlänges värden om Kvarnsvedens värdens subtraheras.

I Figur 3 kan utvecklingen av antalet sjukpenningdagar ses för åren 1998 till år 2004. Kvarnsveden och Borlänge kommun ligger lägre än övriga kommuner och länet i sin helhet. För de tre sista åren (2002-2004) har Kvarnsveden lägst siffror. Det är också viktigt att poängtera att Kvarnsveden har en mindre minskning än Gagnef, Säter och länet för åren från 2002.

Eftersom ca 3000 personer som inte tillhör Kvarnsvedens vårdcentralens upptagningsområde är med i Kvarnsvedens statistik behövs en kommentar. I Figur 3 ser man att

Borlänge i sin helhet har högre siffror än Kvarnsveden, om man antar att de 3000 extra personerna har samma sjuktal som övriga Borlänge (Borlänge minus Kvarnsveden) kan vi beräkna att Kvarnsvedens sjuktal istället borde ligga på 14,5 dagar per år 2003 och 12,5 dagar/år 2004, alltså lägre än de redovisade siffrorna. Detta är alltså under förutsättning att de är sjukskrivna i lika hög grad som övriga personer i Borlänge. Det skulle kunna vara så att de extra 3000 personerna är sjukskrivna mycket mindre än siffrorna för Kvarnsvedens område, vilket skulle sänka Kvarnsvedens siffror, men det verkar osannolikt om än möjligt.

### KÖNSPERSPEKTIV PÅ SJUKPENNINGSIFFRORNA

Kvinnor står för en större andel av sjukpenningdagarna jämfört med män. Kvarnsveden är inte något undantag från detta men vi ville ta reda på om Kvarnsveden särskiljde sig från övriga vårdcentraler när det gäller antalet sjukpenningdagar för kvinnor.

Tabell 1: Sjuktalets utveckling för kvinnor 16-64 år åren 1998-2004.

ÅR	Borlänge	Gagnef	Säter	Dalarna	Kvarnsveden
1998	11,11	13,71	12,23	11,83	11,34
1999	13,52	16,87	14,51	14,87	14,06
2000	16,69	21,25	16,93	18,96	16,62
2001	16,91	23,37	19,28	20,19	17,08
2002	19,11	25,04	24,62	22,93	19,22
2003	18,43	22,95	21,51	21,52	18,21
2004	17,36	20,02	17,35	18,82	16,03

I Tabell 1 framgår att även när det gäller kvinnors sjuktal har Kvarnsveden de lägsta siffrorna tillsammans med Borlänge kommun (där Kvarnsveden ingår).

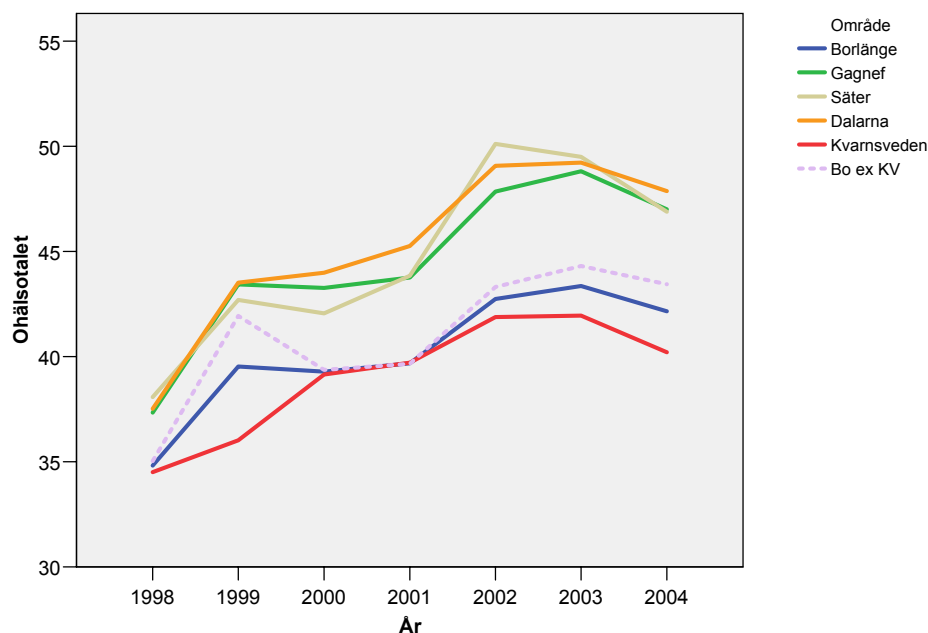
### Ohälsotalet 1998 till 2004 för Kvarnsveden och referensområden

Ohälsan i Sverige ökade i slutet av nittitalet och början av detta decennium. I beskrivningen den totala ohälsan brukar man ta med antalet sjukpenningdagar, rehabdagar och sjuk- och aktivitetsersättningsdagar<sup>24</sup>. Dessa parametrar kan slås samman och divideras med antalet försäkrade i åldern 16-64 år vilket utgör ohälsotalet. Ohälsotalet blir alltså ett mått på hur mycket samhället är med och stöttar medborgarna vid tillfällig eller permanent sjukdom eller skada. Eftersom personer kan röra sig mellan dessa ovan beskrivna system är det viktigt att se hur det totala antalet utbetalningsdagar förändras med tiden. Riksförsäkringsverket studerade i rapporten *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch* ohälsan mellan åren 1996 och 2000, och deras slutsats var att de regioner med hög ohälsa 1996 också hade hög ohälsa 2000, det fanns alltså en strukturell skillnad som bestod över dessa år<sup>25</sup>. I vår rapport är vi intresserade att visa om det finns en sådan skillnad på lokal nivå.

<sup>24</sup> Tidigare förtidspension.

<sup>25</sup> Riksförsäkringsverket (2003) *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*.

Figur 4 visar utvecklingen av ohälsotalet för år 1998-2004 för Kvarnsveden och referensområden. Kvarnsvedens ohälsotal har konstant legat väldigt lågt under den undersökta perioden i förhållande till referensområdena. Det är intressant att konstatera att toppen för ohälsotalet i alla områden (förutom Säter) var 2003, ett år efter toppen för sjukpenning. Den markanta minskningen som de områdena förutom Kvarnsveden visade upp för sjukpenningssiffrorna, förekommer inte i diagrammet för ohälsotalet. Det beror på stor del på att sjuk- aktivitetsersättning inte varierar så mycket mellan åren, när någon har fått sjuk- aktivitetsersättning fortsätter man att få det, till ålderspension.



Figur 4: Ohälsotalets utveckling mellan åren 1998 och 2004. "Bo ex Kv" är Borlänges värden om Kvarnsvedens värden subtraheras. Kvarnsveden har under hela observationsperioden haft låga värden.

#### KÖNSPERSPEKTIV PÅ OHÄLSOTALET

I Tabell 2 framgår det att Kvarnsveden konsekvent har de bland de lägsta siffrorna om hela ohälsotalet studeras. Vilket styrker att de låga sjukskrivningssiffrorna för kvinnor i Kvarnsveden inte har sin grund i att kvinnorna går över till en annan form av stöd.

Tabell 2: Ohälsotalets utveckling för kvinnor 16-64 år åren 1998-2004.

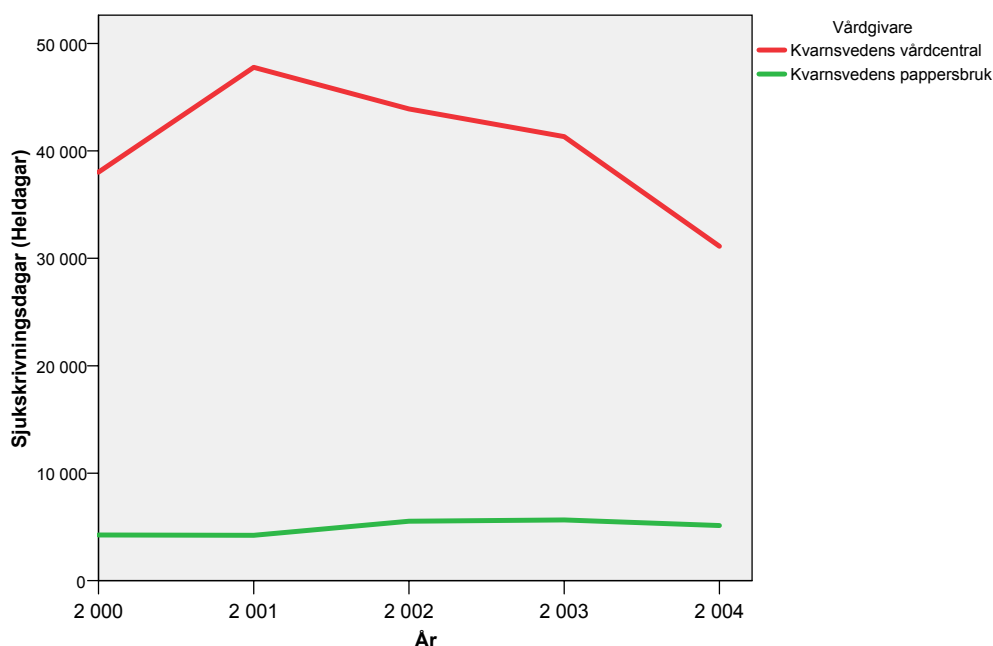
År	Borlänge	Gagnef	Säter	Dalarna	Kvarnsveden
1998	40,70	42,03	42,34	43,06	41,64
1999	46,38	49,37	47,38	50,50	44,88
2000	47,09	49,25	46,37	52,10	48,54
2001	47,87	50,78	49,20	53,84	49,70
2002	51,69	55,97	57,44	58,42	52,47
2003	52,34	57,55	56,06	58,58	51,79
2004	51,58	55,85	53,31	57,17	50,14

## Andra särskiljande vårdgivare

En möjlig förklaring till Kvarnsvedens låga siffror skulle kunna vara att andra vårdgivare i närområdet sjukskriver Kvarnsvedens patienter.

En av de största arbetsgivarna i Borlänge kommun är Kvarnsvedens pappersbruk med sina ca 1000 stycken anställda. Av dessa bor ca 50 procent inom Kvarnsvedens vårdcentralens upptagningsområde. Då pappersbrukets företagshälsovård är väl utbyggd och tar hand om alla fall som rör arbetsplatsrelaterade sjukdomar och de flesta övriga sjukdomar, gör att majoriteten av de anställdas sjukfrånvaro inte kommer att synas i Kvarnsvedens vårdcentralens uppgifter.

Efter ett besök på pappersbruket fick vi ta del av deras sjukdata. Vilket omräknat till heldagar kan ses i Figur 5 tillsammans med Kvarnsvedens vårdcentralens data. I figuren blir det tydligt att pappersbrukets sjukskrivning minskar vårdcentralens siffror, men det året när andelen var som störst (2003) utgjorde den bara ca 15 % av den totala sjukskrivningen på vårdcentralen. Jämförs det med att Kvarnsvedens vårdcentral har ca 50 procent lägre av läkare rekommenderad sjukfrånvaro än genomsnittet i Dalarna förstår man att förklaringen inte ligger i sjukskrivningen på pappersbruket.



Figur 5: Jämförelse mellan Kvarnsvedens vårdcentral totala sjukskrivningsnivå och Kvarnsvedens pappersbruk (Stora Enso).

## Arbetslöshet

Låg arbetslöshet har visat sig vara en faktor som korrelerar med låg sjukfrånvaro. Detta gäller den strukturella arbetslösheten, den konjunkturberoende arbetslösheten påverkar sjukfrånvaron åt andra hållet<sup>26,27</sup>. Om Kvarnsveden skulle ha haft betydligt lägre arbetslöshet under observationsperioden skulle det alltså kunna förklara de låga siffrorna,

<sup>26</sup> Riksförsäkringsverket (2004) *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension*.

<sup>27</sup> Riksförsäkringsverket (2003) *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*.



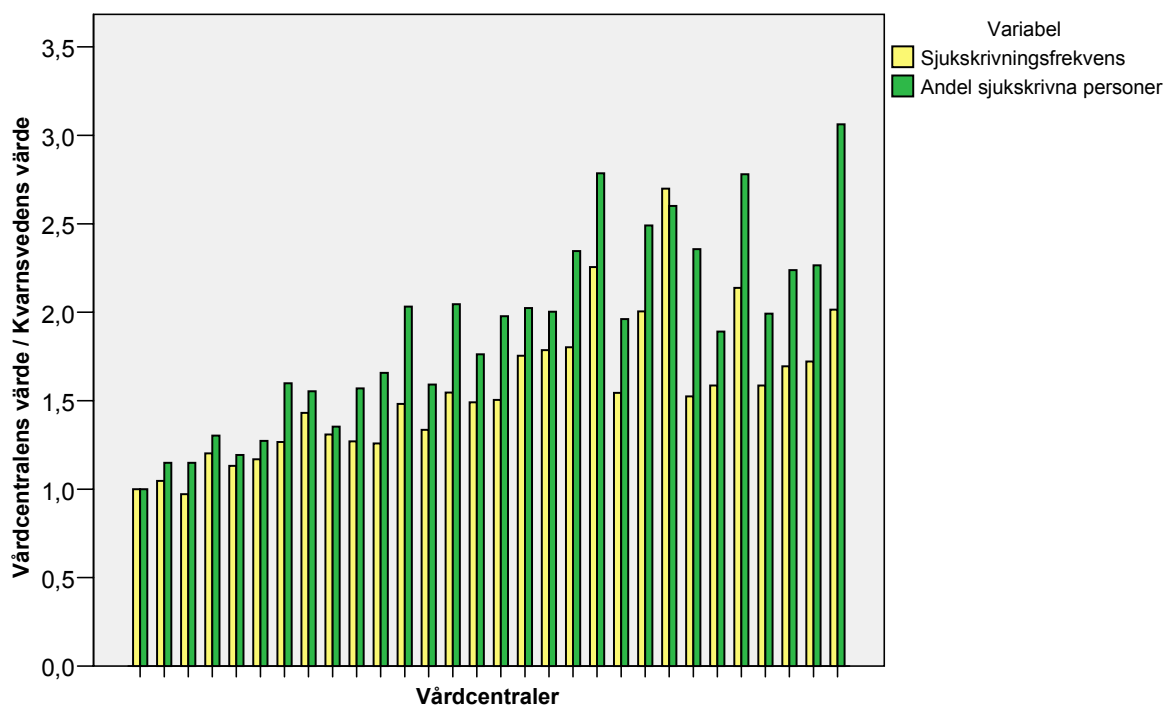
om vi antar att Kvarnsveden skulle ha samma konjunktur som övriga områden. Men enligt Tabell 3 framgår det att Kvarnsvedens arbetslöshet är i paritet med referensområdena och ligger nära genomsnittet för Dalarnas län.

*Tabell 3: Öppen arbetslöshet kvartalsvis för Kvarnsveden jämfört med referensområde för åren 2000 till 2004.*

<b>År</b>	<b>Borlänge</b>	<b>Gagnef</b>	<b>Säter</b>	<b>Dalarna</b>	<b>Kvarnsveden</b>
<b>januari 2000</b>	6,11	6,02	4,17	6,16	5,49
<b>april 2000</b>	5,57	4,55	2,69	5,24	5,01
<b>juli 2000</b>	7,12	5,88	4,01	6,50	6,76
<b>oktober 2000</b>	4,58	3,19	2,05	4,06	4,24
<b>januari 2001</b>	4,95	3,93	2,38	4,53	4,25
<b>april 2001</b>	4,09	3,60	2,11	3,78	3,64
<b>juli 2001</b>	5,37	4,83	2,60	4,94	5,24
<b>oktober 2001</b>	3,47	2,98	2,25	3,34	3,05
<b>januari 2002</b>	4,18	3,76	2,72	3,97	3,82
<b>april 2002</b>	3,48	3,38	2,49	3,28	3,25
<b>juli 2002</b>	4,51	4,10	3,12	4,25	4,25
<b>oktober 2002</b>	3,46	2,97	2,62	3,27	3,15
<b>januari 2003</b>	4,24	4,13	4,21	4,07	3,77
<b>april 2003</b>	3,83	3,29	3,11	3,76	3,58
<b>juli 2003</b>	4,64	4,13	3,40	4,50	4,50
<b>oktober 2003</b>	4,43	3,41	3,30	4,13	4,34
<b>januari 2004</b>	5,36	4,18	5,09	5,13	5,08
<b>april 2004</b>	4,55	2,95	4,04	4,27	4,30
<b>juli 2004</b>	4,83	3,55	3,28	4,65	4,71
<b>oktober 2004</b>	4,27	2,62	3,08	3,90	4,25
<b>december 2004</b>	4,91	3,53	4,10	4,89	4,77

## Appendix B. Sjukskrivningsmönster

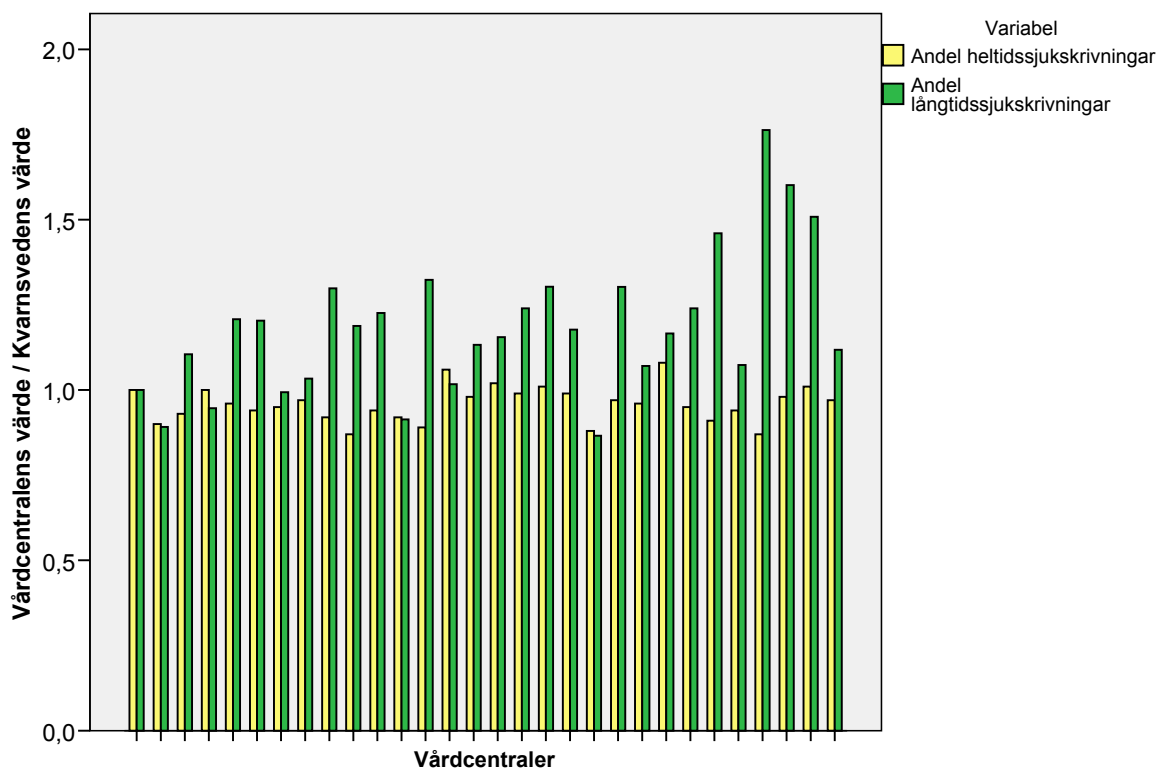
Det totala antalet dagar av läkare rekommenderad sjukfrånvaro per person och år för en vårdcentral beror på och kan brytas ner på ett flertal faktorer. En av faktorerna är hur stor andel av patientunderlaget har sjukskrivits under året. I Figur 6 har vi beräknat (gröna staplar) kvoten mellan alla vårdcentralers olika andelsvärden och Kvarnsvedens vårdcentralens värde (Kvarnsvedens värde använts alltså som en referens). Om kvoten är större än 1,0 för en vårdcentral betyder det att den vårdcentralen sjukskriver en större andel av sitt patientunderlag än Kvarnsveden. Kvarnsvedens stapel är den längst till vänster med värde 1,0. Kvarnsveden ligger alltså bland de vårdcentralerna med lägst andel sjukskrivna patienter. Diagrammet visar på en stor spridning mellan länets vårdcentraler. Den vårdcentral som sjukskrev störst andel av sitt patientunderlag under år 2004 sjukskrev ca tre gånger fler gånger fler än jämfört med Kvarnsveden.



Figur 6: Sjukskrivningsmönstret för Kvarnsvedens vårdcentral (staplarna längst till vänster) jämfört med övriga vårdcentraler i länet. Data från år 2004.

En annan faktor som också självklart är viktig är *antalet* sjukskrivningar. I Figur 6 nedan kan spridningen för Dalarnas vårdcentraler (gula staplar) för denna faktor studeras, där staplarna är beräknade på samma sätt som för andelen sjukskrivna patienter. Återigen har Kvarnsveden bland de allra lägsta värdena. Det skiljer en faktor 2,5 mellan Kvarnsveden och den vårdcentral som har flest antal sjukskrivningar.

En tredje faktor som påverkar antalet utskrivna sjukskrivna dagar är andelen långa sjukskrivningar (definierad som sjukskrivningar längre än 30 dagar) . Också en fjärde faktor har betydelse nämligen andelen heltidssjukskrivningar, se Figur 7 för att se en jämförelse mellan Kvarnsvedens vårdcentral och de övriga vårdcentralerna i Dalarna, staplarna är beräknade på samma sätt som för Figur 6.



Figur 7: Andelen heltidssjukskrivningar och andelen långa sjukskrivningar (definierad som längre än 30 dagar). Kvarnsvedens vårdcentralens värde som referens (värde 1,0) staplar längst till vänster. Siffror för år 2004.

I Figur 7 ser vi att Kvarnsvedens vårdcentral har en högre andel heltidssjukskrivningar än de flesta vårdcentralerna, en faktor som om övriga faktorer vore konstanta skulle höja sjukskrivningssiffrorna. Andelen långtidssjukskrivningar är för Kvarnsvedens vårdcentral däremot ganska låg, för den faktorn är spridningen mellan vårdcentralerna större jämfört med andelen heltidssjukskrivningar..

Sammantaget för dessa faktorer ser man att anledningen till att Kvarnsvedens vårdcentral har så pass låga totalvärden för antalet sjukskrivningsdagar är främst att de sjukskriver en mindre andel av sina patienter samt att de skriver ett färre antal sjukskrivningar (båda dessa faktorer hänger givetvis samman). En bidragande faktor är också att de har en relativt låg andel långtidssjukskrivningar. När det gäller andelen heltidssjukskrivningar så har Kvarnsvedens vårdcentral en relativt hög andel heltidssjukskrivningar, vilket höjer den totala siffran.

# Referenser

- Alexanderson, K. et al. (2005) *Problem inom hälso- sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Karolinska institutet, Stockholm.
- Arrelöw, Britt (2006) *Läkarna i sjukskrivningsprocessen i Sjukförsäkring Kulturer och attityder Fyra aktörers perspektiv* Försäkringskassan Analyserar 2006:16, Kalmar
- Baumard, Peter (1999), *Tacit Knowledge in Organizations*. London, Sage Publications
- Birgersson, Lisbeth (1997), 'Konsten att skapa kunskap' i Tydén (red) *Den reflekterande kommunen*. Kommuner och forskning i samverkan. HLS förlag, Stockholm.
- Ellegård Kajsa (2003), *Lära livet, metod att lära av vardagen vedermödor och godbitar*. Uppsats till nätverksträff i lärande i arbetslivet, Arbetslivsinstitutet, 030205.
- Ellström, Per-Erik et al (1997), 'Verksamhetsdiagnos som grund för förändringsarbete' i Tydén (red) *Den reflekterande kommunen*. Kommuner och forskning i samverkan. HLS förlag, Stockholm.
- Eriksson, Kjell (1997), 'Praxisutveckling inifrån' i Tyden (red) *Den reflekterande kommunen*. Kommuner och forskning i samverkan. HLS förlag, Stockholm.
- Granvik, Mats, Sandberg, Britt-Marie (2003) *Serviceprofiler för landstinget Dalarnas vårdcentraler mm*. Landstinget Dalarna, Falun.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Lind, Jan-Erik & Lundgren, Mats (1997), 'Lärande under eget ansvar' i Tydén (red) *Den reflekterande kommunen*. Kommuner och forskning i samverkan. HLS förlag, Stockholm.
- Lindberg Lars-Åke et al (1997), 'FoU som instrument för verksamhetsutveckling' i Tydén (red) *Den reflekterande kommunen*. Kommuner och forskning i samverkan. HLS förlag, Stockholm
- Löfberg, Arvid., & Ohlsson, J. (Ed.). (1995). *Miljöpedagogik och kunskapsbildning. Teori, empiri och praktik*. Rapport nr 23 från Seminariet för miljöpedagogik och kunskapsbildning. Stockholms Universitet, Pedagogiska institutionen, Stockholm.
- Riksförsäkringsverket (2004) *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension*. RFV Analyserar 2004:12, Borås.
- Riksförsäkringsverket (2003) *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*. RFV Analyserar 2003:17, Borås.
- Riksförsäkringsverket (2003) *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*. RFV Analyserar 2003:4, Borås.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. Rapportnr: 167, Göteborg.
- Tydén, Thomas; Josefsson, Cristina; Messing, Jan (2000), *Socialsekreterare och kunskapsbildning*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Westring Nordh, Marianne (2001) *Gemensam kunskapsbildning - genom reflekterande forum. Ett sätt att ta social omsorg på allvar?* Paper till konferensen HSS-01, Halmstad.
- Vihinen, Elin (1989), *Om forskningsinformation som merit vid tjänstetillsättningar inom högskolan*, Unprinted paper C-uppsats, Department of Sociology, Stockholms Universitet

## ELEKTRONISKA KÄLLOR

Balintgrupper för läkare. <http://www.balintgrupp.nu>

Dalarnas tidningar. <http://www.dalarnastidningar.se>

Dalademokraten. <http://www.dalademokraten.se>

Sveriges läkarförbund Nyhetsbrev nr 16. <http://www.lakarforbundet.se/arbetsliv/algnyhetsbrev>

## **Stiftelsen Dalarnas forskningsråd**

Dalarnas forskningsråd bildades 1981 som en stiftelse med Landstinget Dalarna som huvudman. Forskningsrådets huvuduppgift är att bidra till att öka kunskapen inom områden som är relevanta för utvecklingen i Dalarna. Detta ska ske genom att ta fram ny kunskap, göra befintlig kunskap tillgänglig och använd och därigenom höja kompetensnivån i länet. Rådet ska utgöra en länk mellan forskarvärlden och samhället i övrigt samt hävda forskningens intressen i Dalarna.

Dalarnas forskningsråd har även en inriktning mot utvecklingsarbete, främst inom temat IFO forum för kommunernas socialtjänst. De övriga teman som ryms inom forskningsrådet är för närvarande ÄldreForum och samhällstemat ”HUR” – Hållbar Utveckling i Regionen.

Arbetet äger rum i en mångdisciplinär miljö med en tonvikt på samhällsvetenskap. De flesta projekten berör problem och frågeställningar som är aktuella i Dalarna, och ofta växer projekten fram i samspel mellan forskare och praktiker. Detta innebär att arbetsinsatserna även kan utgöras av handledning och utbildning, administrativ hjälp och seminarieverksamhet.

### **Forskningsrådets publikationer**

Dalarnas forskningsråd ger ut två typer av publikationer. I DFR-rapporter publiceras mer omfattande studier, medan mindre studier publiceras i form av arbetsrapporter. I båda serierna publiceras såväl utredningar och förstudier som resultat av forsknings- och utvecklingsarbete. På så vis speglar dessa serier forskningsrådets inriktning och utveckling. Åtskilligt publiceras dock utanför rapportserien, såsom artiklar i svensk och internationell fackpress eller doktors- och licentiatavhandlingar.

Nedan förtecknas de DFR- och arbetsrapporter som utkommit från och med 2002. En fullständig förteckning över forskningsrådets alla publikationer samt ytterligare information om olika projekt kan erhållas från:

Dalarnas forskningsråd  
Box 743  
791 29 Falun  
tel: 023–70 91 00  
e-post: [info@dfr.se](mailto:info@dfr.se)

Allt från senare år (varav en hel del i pdf-format för fri nedladdning) hittar man också på vår webbplats: [www.dfr.se](http://www.dfr.se).

## 2002

- Alexanderson, Karin, *Utvärderingens praktik*. Arbetsrapport 2002.
- Bergström, Eva, *Äldres fritidsboende och den kommunala ekonomin: Exemplet Sälen i Malungs kommun*. Arbetsrapport 2002.
- Bergström, Eva, Lena Dahlberg & Ingela Edkvist, *Anhörigvårdarens vardag. En kunskapsöversikt och två studier kring äldres anhöriga*. Arbetsrapport 2002.
- Edkvist, Ingela, *Anhörig 300 i Dalarna – hur gick det?* Arbetsrapport 2002.
- Herlitz, Claes & Lotta Gröndahl, *Att skapa motivation och arbetsglädje hos äldreomsorgens personal: Erfarenheter från ett utvecklingsprojekt i Vansbro kommun*. Arbetsrapport 2002.
- Kåks, Helena, *Avesta: Industriarbete och vardagsliv genom 400 år*. DFR-rapport 2002:1.
- Larsson, Lars, *När EU kom till byn: Leader II – ett sätt att styra landsbygdens utveckling*. DFR-rapport 2002:2 / Geografiska regionstudier nr. 50.
- Magnedahl, Britt-Marie, *Rehabilitering och samverkan i Rättvik: En utvärdering av ett samverkansprojekt mellan kommun och landsting*. Arbetsrapport 2002.
- Messing, Jan, *Alkoholsituationen och det drogforebyggande arbetet i Dalarna 2001*. Länsstyrelsen Dalarna och Dalarnas forskningsråd. Arbetsrapport 2002.
- Messing, Jan, *Barn i sambället – elev i skolan: Om skolexterna faktorerers betydelse för särskilt elevstöd*. Arbetsrapport 2002.
- Myrholm, Magnus, *Regional näringslivsutveckling: Beskrivning och utvärdering av regionalt produktutvecklingscentrum i Säter utifrån ett regionalt innovationssystemperspektiv*. Arbetsrapport 2002.
- Turunen, Päivi, *YAR – Youth at risk: Beskrivning och utvärdering av första året med ett projekt för ungdomar i riskzon i Borlänge*. Arbetsrapport 2002.
- Törnquist, Stefan, *Att leva och verka i Astrid Lindgrens hembygd: En enkätundersökning av unga människors attityder till leaderområdet Astrid Lindgrens hembygd*. Arbetsrapport 2002.

## 2003

- Abrahamsen, Kathrine, Claes Herlitz och Jan Messing: *3-3-systemet på Talludden i Mora Kommun. Utvärdering av försöksverksamhet*. Arbetsrapport 2003.
- Bergström, Eva, Anna Götlind & Kjell Haraldsson: *Eldsjälar, nätverk och lokal gemenskap: Studier kring föreningsliv och företagande i Mora, Leksand, Edsbyn och Östervåla*. DFR-rapport 2003:1.
- Hallberg, Hans: *Alla vill vi bli sedda: Projektet hemrehabilitering efter stroke i Falun – en intervjustudie*. Arbetsrapport 2003.
- Herlitz, Claes: *Ta ingen skit: Erfarenheter från ett arbete mot sexuella trakasserier bland elever på mellanstadiet i Falu kommun*. Arbetsrapport 2003.
- Herlitz, Claes & Magnus Myrholm: *En befolkning i förändring: Scenarier över befolkningsutvecklingen i Dalarna och dess kommuner 2000–2030*. DFR-rapport 2003:2.
- Herlitz, Claes, Malin Björns: *Kvinna i bioenergibranschen. En studie av kvinnors situation i en mansdominerad bransch*. Arbetsrapport 2003.
- Isacson, Maths, Staffan Nilsson, Anna Götlind, och Leif Borgert: *Expansion och omprövning: Fyrtio år med Landstinget Dalarna*. DFR-rapport 2003:3.
- Johansson, Ylva: *Frivilliga organisationers insatser för äldre: En studie av sociala insatser och intresseorganisering i Leksands kommun*. Arbetsrapport 2003. .
- Johansson, Ylva: *Äldre människor, yngre teknik*. Arbetsrapport 2003.
- Michaeli, Inga, Renita Sörensdotter: *Att vara i omsorgens mitt*. DFR-rapport 2003:4
- Olsson, Tyra: *Socialtjänstens personal och kompetens – en akut framtidsfråga*. Arbetsrapport 2003.
- Strömberg, Ulla-Britt: *Forskningsinformation i förändring: Berättelsen om FKF och samtal om vetenskap och samhälle med några som för arvet vidare*. Arbetsrapport 2003.

- Sörensdotter, Renita: *Kunskap och bemötande. Erfarenheter från en utbildning för hemtjänstpersonal*. Arbetsrapport 2003.
- Turunen, Päivi: *Ungdomar i YAR-programmet – livssituation, förändring och resultat: Slutrapport om Youth at Risk i Borlänge 2000 – 2002*. Arbetsrapport 2003.

## 2004

- Dahlberg, Lena. *Welfare relationships. Voluntary organisations and local authorities supporting relatives of older people in Sweden*. DFR-rapport 2004:5.
- Götlind, Anna (red.): *Att skriva livet*. DFR-rapport 2004:2
- Hallberg, Martin: *Ung och egen*. Arbetsrapport 2004.
- Herlitz, Claes: *Hemvård i Siljansområdet*. Arbetsrapport 2004.
- Herlitz, Claes, Magnus Myrholm, Fredrika Säfström: *Den äldre befolkningen i Dalarna*. DFR-rapport 2004:4
- Larsson, Lars: *Halvtidsutvärdering Leader+: Leader Astrid Lindgrens hembygd, Smålandsgruppen och Leader+ Sommenbygd*. Arbetsrapport 2004.
- Larsson, Lars: *Halvtidsutvärdering Leader+ Kustlandet*. Arbetsrapport 2004
- Lundgren, Eva, Renita Sörensdotter: *Ungdomar och genusnormer på skolans arena*. DFR-rapport 2004:1
- Messing, Jan, Peter Westlund: *Klienten som medproducent. Tjänsteperspektiv på den sociala barnvården*. DFR-rapport 2004:3
- Messing, Jan: *"Steget" i Säter. En deluppföljning med fokus på verksamhetens innehåll och roll i (re-)habiliteringsprocessen*. Arbetsrapport 2004.
- Michaeli, Inga: *Stödstrumpor och ögondroppar*. Arbetsrapport 2004.
- Möller, Peter: *Folkbildningen och lokalsamhället*. Arbetsrapport 2004.

## 2005

- Bylén, Karin, Claes Herlitz, Elisabet Oldberg: *Natur och trädgård i äldreomsorgen*. Arbetsrapport 2005.
- Dahlberg, Lena: *Stöd till äldres anhöriga. Ett samspel mellan kommuner och frivilligorganisationer*. Arbetsrapport 2005.
- Herlitz, Claes, Eva Lundgren: *Det går väl an ett tag. Om unga människors syn på arbete inom äldreomsorgen*. DFR-rapport 2005:1.
- Larsson, Lars, Thomas Tydén: *Tillit, tolerans och tydlighet. Om en kommun i förändring – exemplet Orsa*. Arbetsrapport 2005.
- Larsson, Lars, Sven Lagerström. *Halvtidsutvärdering av Svenska ESF-rådets lokala projektstöd i Jönköpings och Gotlands län*. Arbetsrapport 2005.
- Messing, Jan: *Bergsgården. Ett bemyndigingsprojekt i Säter och Hedemora*. Arbetsrapport 2005.
- Michaeli, Inga: *Britsarvsgården – ett seniorboende med aktiviteter*. Arbetsrapport 2005.
- Norling, Mattias: *Finns det något alternativ? Nya serviceformer för äldre på landsbygden*. Arbetsrapport 2005.
- Norling, Mattias: *Anhörigstödet i Dalarna 2004. En kartläggning av och jämförelse mellan kommunernas insatser*. Arbetsrapport 2005.
- Ring, Rose-Marie: *Vårdplanering – det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna*. Arbetsrapport 2005.
- Tydén, Olof: *Energi i Dalarna*. Arbetsrapport 2005.
- Tydén, Thomas, Anna Maria Montell: *Infrastruktur och MittDalarna – forskningsfrukter och tankeföda*. Arbetsrapport 2005.

## 2006

- Herlitz, Claes, Ewa Lund: *Trygghetsbarometern 2005. Brukarnas syn på kvalitet och trygghet inom vård och omsorg i Avesta kommun år 2005*. Arbetsrapport 2006.
- Messing, Jan, Kaj Gustavsson, Annika Almqvist: *Kartläggning av den öppna missbrukar- och beroendevården i fem län*. Arbetsrapport 2006.
- Larsson, Lars, Anna-Maria Montell: *Uppföljning av långsiktiga effekter av Leaderprojekt*. Arbetsrapport 2006.
- Wolff, Sara: *Gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet*. Arbetsrapport 2006.
- Wolff, Sara: *Dagverksamhet för demenssjuka*. Arbetsrapport 2006.
- Tydén, Thomas: *Nätverk som redskap för kompetensutveckling*. DFR-rapport 2006:1.
- Nyman, Marie: *Kartläggning av den öppna missbrukar – och beroendevården i Dalarna*. Arbetsrapport 2006.
- Herlitz, Claes, Johan Kostela, Magnus Myrholm: *Äldre och yngre – en befolkning i balans?* Arbetsrapport 2006.



**D**et är stora skillnader bland Dalarnas vårdcentraler när det gäller antalet sjukskrivningar. Alltifrån 6 dagar/invånare på en vårdcentral till 18 dagar/invånare på en annan. Det är genom de kvalitetsbokslut som de senaste åren har börjat tas fram för länets vårdcentraler som dessa skillnader uppdagats.

I rapporten fokuserar vi på Kvarnsvedens vårdcentral som rekommenderade minst sjukfrånvaro per invånare av vårdcentralerna i länet år 2004. Vår fråga var enkel: "Vad ligger bakom de låga siffrorna?" En kvantitativ analys visade att det inte var på grund att andra vårdgivare sjukskrev Kvarnsvedens vårdcentralers patienter. Vi fokuserade därför på hur Kvarnsvedens vårdcentral kvalitativt arbetar med sjukskrivningar.

Kvarnsvedens vårdcentral visar upp en bild av en organisation som är medveten om och arbetar aktivt med sjukskrivningsproblematiken. De har lyft upp sjukskrivningsfrågan inom hela personalgruppen. Personalen har en gemensam värdegrund när det gäller sjukskrivningar. Denna gemensamma värdegrund kan leda till konflikter när den kolliderar med andra värderingar som innehåvs av t.ex. patienter.

Vi har också undersökt hur andra närliggande vårdcentraler arbetar med sjukskrivningar. Läkarna på de andra vårdcentralerna beskriver en stor frustration när det gäller arbetet med sjukskrivningar. De upplever inte samma trygghet när det gäller sjukskrivningsarbetet jämfört med de rent medicinska bedömningarna.

Denna studie har visat hur Kvarnsvedens vårdcentral har använt sig av kvalitetsboksluten i sitt utvecklingsarbete. Det finns ett tydligt behov av att vidareutveckla flera metoder för hur boksluten skall kunna användas optimalt. Det är ett arbete som måste ske i nära samverkan med personal på respektive vårdcentral så att metoden utvecklas utifrån deras förutsättningar och "ägs" av dem själva.