

**Monika Engblom**, distriktsläkare, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg [monika@engark.se](mailto:monika@engark.se)

**Carl Edvard Rudebeck**, med dr, distriktsläkare, Esplanadens vårdcentral, Västervik

**Lars Englund**, med dr, distriktsläkare, Centrum för Klinisk Forskning Dalarna, Falun

**Gunilla Normén**, distriktsläkare, Askersunds vårdcentral, Askersund

## »Inte doktors bord« – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer

II Sjukskrivningstalen i Sverige har varierat under de senaste årtiondena [1]. Politiska faktorer, arbetslöshet, antalet karndagar med flera faktorer bidrar till fluktuationerna. Det är framför allt långtidssjukskrivningar och sjuk- och aktivitetsersättningar som står för den stora ökningen av kostnader [1]. Det finns inte någon motsvarande statistik som visar att befolkningen på ett avgörande sätt blivit sjukligare.

I diskussionen kring orsaker och lämpliga åtgärder för att komma till rätta med de höga ohälsotalen gör sig olika röster hörda. Vissa forskare menar att ökade produktionskrav på arbetsplatserna och ständiga omorganisationer har ökat stressen och gjort människor mer sårbara [2]. Samma författare menar att sjukpension, a-kassa och socialbidrag kan ses som kommunicerande kärn och att förändringar i ett trygghets-system automatiskt får återverkningar i ett annat.

Förändrade attityder till sjukskrivning diskuteras. En undersökning bland allmänheten visar att tre av tio tycker att trötthet är ett godtagbart skäl för sjukskrivning [3]. Att andra omständigheter än den faktiska sjukligheten har inflytande över sjukskrivningsmönstret avspeglar sig också i de stora skillnaderna i ohälsotal mellan olika delar av landet [1]. En forskningsrapport beskriver vilken betydelse den lokala kulturen och inställningen hos såväl läkare som befolkning har för hur sjukskrivningsmönstret ser ut [4].

Regeringen betonar särskilt arbetsmiljön som orsak till de höga ohälsotalen. Arbetsgivarna är sedan nyåret 2005 ålagda att betala 15 procent av sjukpenningen även efter de inledande två veckornas sjuklön. Andra åtgärder är att kräva att den numera förstatligade försäkringskassan tar sitt ansvar som samordnare av rehabilitering och att man striktare följer lagstiftningen [5].

### Läkarna och sjukskrivningarna

Specialister i allmänmedicin utgör knappt en sjättedel av den svenska läkarkåren, och knappt hälften av alla sjukskrivningar utfärdas på vårdcentral [1]. En auditsstudie 1996 visar att sjukskrivning då berördes i 8,4 procent av alla konsultationer hos allmänläkare [6]. Vid en likadan undersökning år 2001 hade siffran stigit till 15,4 procent [7]. I 38 procent av dessa konsultationer skulle läkaren själv inte ha föreslagit sjukskrivning alternativt bedömer att sjukskrivning kan vara skadlig. Trots det sjukskriver läkaren i 93 procent av dessa konsultationer. I en nyligen publicerad stor enkätstudie, där merparten av läkarna inte arbetade på vårdcentral, angav det stora flertalet att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska, åtminstone några gånger

### Sammanfattat



Läkarkårens roll för de höga ohälsotalen diskuteras livligt. Kursen »Allmänläkaren och sjukintyget« har haft som utgångspunkt att läkaren kan förena omsorg om patienten med sakliga bedömningar.

Med kursdeltagarnas egna sjukskrivningsfall som material har en kategorisering av svårigheterna kunnat göras. En sådan kategori är »Inte doktors bord« när läkaren ser att de av patientens problem som rör sjukskrivning bättre handläggs av till exempel arbetsgivare, arbetsförmedlingen, försäkringskassan eller av patienten själv.

De funna kategorierna kan ses om ett praktiskt stöd för läkaren att reflektera och finna handlingsalternativ.

per år, och en tredjedel angav att de gjorde detta varje vecka [8].

Läkarnas roll för att komma till rätta med de stigande sjuktalet har diskuterats livligt de senaste åren. Tre huvudinriktningar av åsikter inom läkarkåren kan särskiljas. Den första är de som helst vill slippa sjukskriva. Man önskar att någon annan än läkaren skulle bedöma arbetsförmåga eller att särskilda läkare utbildades [9]. Somliga menar att läkare bör avstå från medverkan i ett »elakt spel« och att det rådande systemet är ett hot mot läkarens etik och ansvar [10]. Den andra är de läkare som tydligare tar parti för de långtidssjukskrivna patienter vilka känner sig kränkta av oförstående läkare och ifrågasättande handläggare på försäkringskassan [11, 12]. Den tredje åsiktsinriktningen gör vi oss till tolk för. Vi tror att läkaren kan förena omtanke om patienten med att företräda samhällets intentioner med lagarna kring sjukskrivning. I de flesta fall är det lätt att ta ställning, som när allt talar för att sjukskrivningen är berättigad och leder till läkning. Dock ställs läkaren många gånger inför svårigheter. Det beror på att varken »sjukdom« eller »arbetsförmåga« är entydiga begrepp och att kraven på sjukskrivning från patienten

eller omgivningen kan ha annan bakgrund än sjukdom. Ställningstagandet kan underlättas om läkaren blir tydlig i sin roll som medicinsk expert och rådgivare. Annars finns risk att läkarkåren medverkar till medikalisering av socioekonomiska problem och att sjukskrivning för den enskilde blir en defensiv och skadlig lösning.

Behovet av stöd för att förhålla sig professionellt lyfts fram i flera rapporter [13, 14]. I dialogen med patienten kan läkaren ha nytta av att skilja på sjukskrivning som en rättighet enligt socialförsäkringens bestämmelser och sjukskrivning som behandling med positiva effekter på den långsiktiga hälsan. Dessa två aspekter är inte självklart sammanfallande.

## Kurser i sjukskrivning

Tredagarskursen »Allmänläkaren och sjukintyget« har sedan 2001 hittills genomförts vid tio tillfällen, och artikelförfattarna medverkar som föreläsare och gruppledare. Sedan januari 2004 finns kursen »Sjukskrivningens praktik«, som arrangeras med försäkringskassan som huvudman och som är ett regeringsuppdrag för att utbilda sammanlagt 900 företagsläkare och distriktsläkare till en särskild försäkringsmedicinsk kompetens och behörighet. Här ingår »Allmänläkaren och sjukintyget« som klinisk del tillsammans med två dagars försäkringsmedicin.

Stommen i »Allmänläkaren och sjukintyget« utgörs av deltagarnas aktiva medverkan i smågruppsdiskussioner och i rollspel. Syftet är att deltagarna med utgångspunkt i egna erfarenheter ska få syn på sin roll i sjukskrivningen. Kursen har också haft till syfte att studera de svårigheter och möjligheter en läkare kan uppleva i sjukskrivarrollen, och den undersökningen presenteras här. Vi tror att resultaten kan vara av intresse för en vidare krets av läkare, eftersom svåra sjukskrivningar förekommer i många specialiteter.

## II Metod

Kursdeltagarna hade i förväg fått skriftlig information om att skicka in ett sjukskrivningsfall som man ville få belyst. Under kursen spelade den läkare som haft med sig fallet i ett kort rollspel sin patient, och en kollega i gruppen spelade doktor. Därefter hjälpte gruppledaren gruppen att arbeta och dokumentera på blädderblock enligt följande mall:

- Vilka känslor väcks hos läkaren och gruppmedlemmarna?
- Vilket är läkarens dilemma i konsultationen?
- Kan alkohol eller annat missbruk finnas med i bilden?
- Vilka handlingsalternativ finns för läkaren i konsultationen?
- Vilken plan vill gruppmedlemmarna föreslå?

Vägleda av den kunskap känslorna gav om situationen satte gruppen namn på det som upplevdes vara doktors dilemma. Ett dilemma fanns när det var svårt för läkaren att följa sin känsla och uppfattning om vad som var rätt beslut om sjukskrivningen.

I nästa steg föreslog gruppen handlingsalternativ, och slutligen formulerades en plan för fortsatt handläggning, i vilken ingick till exempel grad av sjukskrivning, eventuella remisser eller nya möten. Frågan om alkohol eller andra drogers eventuella betydelse belystes alltid.

Materialet kom att utgöras av ungefär 100 fallanalyser från de första omgångarna av »Allmänläkaren och sjukintyget«. Ett mindre antal fall, där läkaren inte hade något tydligt problem i konsultationen, inkluderades inte.

## Framväxt av kategorier

Vanliga känslor efter rollspelen var irritation, frustration eller ilska men ofta också medkänsla eller nyfikenhet. Kursdeltagarna fick söka formuleringar som beskrev läkarens dilemma.

Några av de första benämningarna var »Sjukskriva som ombud«, »Den dukade scenen«, »Existentiellt lidande som sjukskrivningsorsak«, »Övertro på bot«, »Medikalisering«, »Skada med sjukskrivning« och »För sent«.

Efter några kurser tillkom »Arbetsplatsen problemet«, »Doktor som patientens instrument«, »Dubbla budskap«, »Fast i trygghetsnätet«, »Sjukskriva under utredning«, »Doktor har rätt« med flera. Den kunskapsproducerande processen under kurserna var tydlig, och kursledningens roll var att redigera och abstrahera materialet från grupparbetena till färre och mer allmängiltiga benämningar. Vi kallar dessa »kategorier av dilemman«. Kategoriseringen avstannade när dilemman som krävde modifiering av tidigare kategorier, eller gav upphov till nya, inte längre framträdde. Mättnad [15] infann sig i materialet. Utan att inledningsvis ha den vetenskapliga studiens systematiska planering och genomförande kom processen att få tydliga drag av en kvalitativ analys. Grupperingen av dilemman i kategorier ligger nära den »editing style« som beskrivits av Crabtree & Miller [16]. När stabila kategorier erhållits, prövades de som pedagogiskt hjälpmedel i ett avslutande moment under de återstående kurserna. Varje grupp sorterade gemensamt kursens samtliga fall i de givna kategorierna. Att betrakta ett stort antal problematiska sjukskrivningsfall genom det raster kategorierna erbjöd uppfattades av många kursdeltagare som ytterligare ett steg i läroprocessen.

Till varje kategori fogades ett eller två handlingsalternativ. Dessa är formulerade på ett kortfattat sätt och kan ge uppslag till fortsatt förhållningssätt i det problematiska sjukskrivningsärendet.

## Fynd

Kategorierna och handlingsalternativ som kursens kunskapsprocess utmynnat i är följande:

### *Sjukskrivning troligen negativ*

- Inte doktors bord
- Tydligt besked om var ansvaret ligger
- Ibland ärlig kompromiss
- Doktor som betjänt
- Hävda professionell autonomi
- Diagnos som dimridå.
- Nyfiken intervention
- I väntan på den rätte
- Sätta punkt för medicinska utredningar
- Sjukskrivningsskada – reversibel
- Ifrågasätta sjukskrivningen
- Minska dosen sjukskrivning

### *Sjukskrivning troligen oundviklig*

Sjukskrivningsskada – irreversibel

- Inse faktum

### *Sjukskrivning troligen positiv*

- Sjukskrivning rätt trots tvivel
- Vaksam uthållighet
- Risk för rehabiliteringsskada
- Verka för sjukersättning

## Fallexempel illustrerar kategorierna

Här nedan följer fallexempel som illustrerar kategorierna. Fallen är kursledningens egna, och de har gjorts om så att ingen enskild patient ska kunna identifieras.

*Inte doktors bord.* Gunnar är 61 år och arbetar på en mekanisk industri, där han på grund av skulderbesvär har tillrättlagda uppgifter. När han kom till arbetet i går fick han utan



ILLUSTRATIONER: MARTINA ENGBLOM

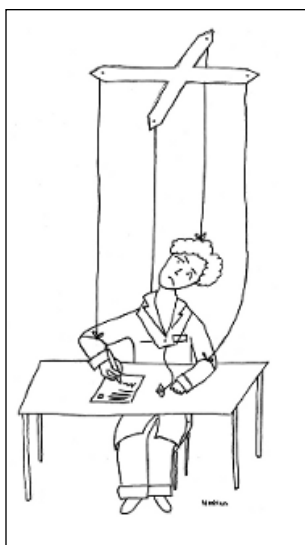
förvarning ställa sig vid en ny maskin. Han började darra av ilska och förtvivlan och lämnade verkstaden. Nu kan han inte tänka sig att gå till jobbet. Han har sovit dåligt och fått känningar av magkatarr.

»Inte doktors bord« när läkaren uppfattar att exempelvis arbetsgivaren, arbetsförmedlingen eller försäkringskassan bättre kan handlägga de av patientens problem som har med önskan om sjukskrivning att göra. Ofta måste patienten själv ta itu med sin situation. Handlingsalternativet blir att tydliggöra var problemet hör hemma, och ibland innefattar det en tids sjukskrivning som betänketid eller »ärlig kompromiss«.

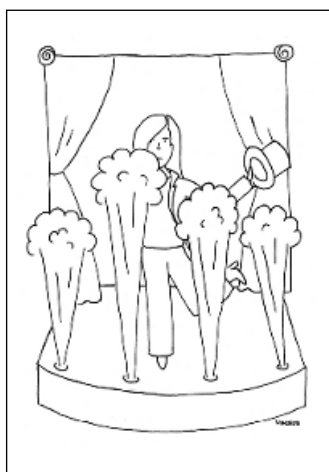
Inte doktors bord.

**Doktor som betjänt.** Kristina är en 54-årig, fränskild kvinna med två tonårsdöttrar. Hon har länge arbetat 80 procent på en förskola. Tjänsteyrmet har nu krympt till halvtid, men hon har inte råd att arbeta så lite. Hon sover sämre och har besvär med värk i nacken och en axel. Den fackliga företrädaren säger att hon måste se till att bli sjukskriven och att hon inte bör säga upp sig.

»Doktor som betjänt« när patienten eller någon i hennes omgivning presenterar problemet så att sjukskrivningen upplevs som en ren rekvisition. Det kan vara dålig ekonomi, en pressad livssituation eller faktorer på arbetsmarknaden som ligger bakom. Handlingsalternativet blir att bibehålla professionalitet och att stå fast vid sjukförsäkringens intentioner utan att kränka patienten.



Doktor som betjänt.

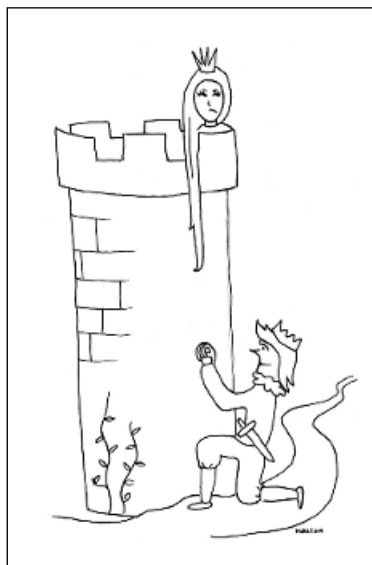


Diagnos som dimridå.

**Diagnos som dimridå.** Marie är 33 år. Hon har nyligen flyttat, har vårdnaden om en son och har två stora hundar. Föräldrarna bor i en annan stad, och modern är sjukpensionerad. Marie har varit sjukskriven i flera år och på en rehabiliteringsmedicinsk klinik fått diagnoserna depression, fibromyalgi och colon irritabile. Hon ser välvårdad och frisk ut. Hon räknar med fortsatt sjukskrivning.

»Diagnos som dimridå« när läkaren uppfattar att patienten pratar om sym-

tom i stället för om de verkliga problemen och att viljan till förändring inte är uppenbar. Det rör sig ofta om patienter vars liv länge har varit trassligt. Handlingsalternativet kan vara att på ett nyfikat sätt klargöra sammanhang och att konfrontera patienten med frågan om vad han eller hon vill göra med sitt liv. Många gånger måste krisen utlösas genom att sjukskrivningen och dess roll ifrågasätts.



I väntan på den rätte.

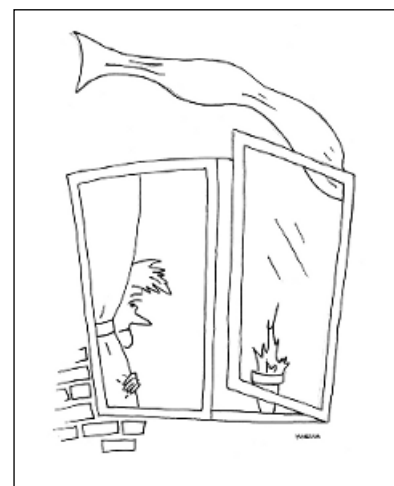
**I väntan på den rätte.**

Krister, 38 år, är svetsare, har haft perioder med ryggbesvär och får mer ont av arbetet. Utredning gjordes med MR, som inte visade diskbråck. Han fick remiss till ortoped (väntetid åtta månader), ny remiss till reumatolog, där utredning visade HLA B27-positivitet men inte Mb Bechterew. Han vill veta vad det är för fel på ryggen och känner sig inte arbetsförmögen.

»I väntan på den rätte« pekar på att sjukvården är tydligt medagerande när patientens problem medikaliseras. Nya utredningar initieras, och ställningstagandet till arbetsförmåga skjuts på framtiden. Handlingsalternativet blir att läkaren är ärlig mot sig själv och patienten, sätter punkt för medicinska utredningar och att man försöker väcka patientens intresse för alternativa lösningar.

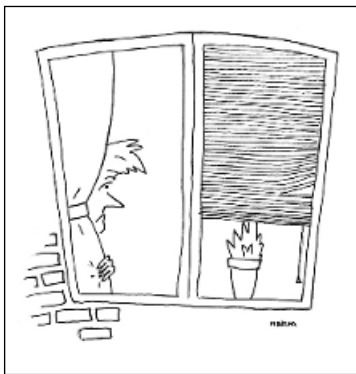
**Reversibel sjukskrivningsskada.** Elisabeth är en 51-årig företagsreceptionist som alltid varit mån om sin hälsa. För ett år sedan fick hon hjärtklappning på gymnastiken, och utredning visade ett medfött hjärtfel. Hon opererades framgångsrikt men fick dessvärre en långdragen sårinfektion. Hon oroar sig nu för arbetsåtergång, tycker sig behöva särskild hjärtrehabilitering och känner sig inte arbetsför.

»Reversibel sjukskrivningsskada« väcker frågan om sjukskrivning som behandling. Läkaren uppfattar att sjukskrivningens varaktighet har blivit huvudorsak till att situationen med patienten nu är problematisk. Sjukskrivningsskadan kan uppfattas som reversibel eller irreversibel. Den är reversibel om man uppfattar att det finns en möjlighet att »korrigera dosen«, att trappa ned sjukskrivningen.



Sjukskrivningsskada - reversibel.

**Irreversibel sjukskrivningsskada.** Bengt är 62 år och har an-



*Sjukskrivningsskada – irreversibel.*

ställning som truckförare. För tre år sedan fick han på arbetstid en skada i ena benet, med långdraget läkningsförlopp och sjukskrivning. Han tar medicin mot högt blodtryck. Hans arbetsgivare har inget lättare arbete att erbjuda. Han är själv inte intresserad av omskolning och kan inte tänka sig något annat alternativ än sjukpension.

»Irreversibel sjukskrivningsskada« påminner om att längre tids sjukskrivning medför risk för passivisering och stark upptagenhet av den egna oförmågan i relation till arbetet och ibland en definitiv anpassning till försörjningssituationen. Då kan det vara en lättnad att inse att ett antal sjukskrivningsärenden, kanske utan hållbar medicinsk grund och ibland mot bakgrund av ålder, hellre avslutas med sjukersättning än att mer kraft ödslas.

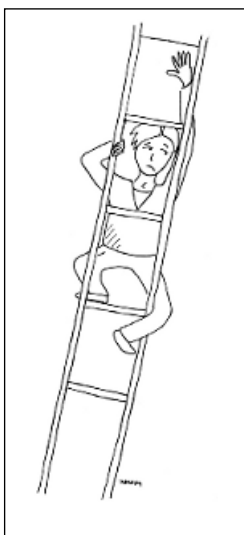
**Sjukskrivning rätt trots tvivel.** Petra, 41 år, är sjuksköterska. Hon hade en svår depression vid enda dotterns födelse och har haft regelbunden psykiaterkontakt. Hon har nyligen träffat en ny man men känner igen tecken på depression. Läkaren som hon tidigare gått hos är pensionerad. Försäkringskassan ställer sig frågande till att hon blir sjukskriven tre veckor av läkaren på vårdcentralen.

»Sjukskrivning rätt trots tvivel« belyser att för några patienter tar läkning, återhämtning eller omorientering längre tid. I mötet upplever läkaren att det går åt rätt håll, men en ifrågasättande försäkringskassa eller arbetsgivare kan få henne eller honom att börja vackla. Handlingsalternativet blir att hålla ut och inte svika patienten, men att vara fortsatt vaksam så att inte sjukskrivningsskadan tar överhand. Deltidsarbete kan vara särskilt viktigt.



*Sjukskrivning rätt trots tvivel.*

**Risk för rehabiliteringsskada.** Anna är 57 år, ensamstående, och har betydande läs- och skrivsvårigheter. I många år har hon arbetat i köket på en förskola och varit uppskattad. Nu ska maten hämtas från närliggande skola, men fortfarande efter ett par månader i det stora skolköket har Anna svårt att klara ens de minst kvalificerade uppgifterna. Hon oroar sig, har dålig aptit, ont i magen och svårt att sova. »Risk för rehabiliteringsskada« är den i kurssammanhanget minst använda kategorin. Doktorn uppfattar verklig resurssvaghet eller oförmåga hos sin patient, och man anar att försök till rehabilitering enligt gängse modeller skulle kunna bli nedbrytande och kränkande. Handlingsalternativen, i dessa ganska sällsynta



*Risk för rehabiliteringsskada.*

fall, blir att verka för att handikappet blir synliggjort, och sjukersättning kan då vara en bra lösning.

## II Diskussion

Kursdeltagarna var övervägande något äldre allmänläkare med lång yrkeserfarenhet, vilket oftast innebär att man hittat ett fungerande arbetssätt som man inte utan kritisk reflektion är beredd att ändra på, även om man ibland vändas. Till de flesta kurser har läkarna sökt individuellt, men ett par gånger har försäkringskassan regionalt varit huvudman och då haft större förväntningar på att alla läkare i området skulle gå kursen. Vår uppfattning är att ålder, bakgrund eller bevekelsegrunder hos läkarna att gå kursen inte i någon högre grad inverkar på den beskrivna framväxten av kategorierna.

Det faktum att vi först efter ett par kurser gav den utforskande delen av kursen en mer tydlig kvalitativ forskningsstruktur är ingen nackdel. Vi lärde oss förutsättningarna och utvecklade på det sättet en högre grad av »teoretisk känslighet« både i grupparbetena och i analysen [17]. Datamängden blev betydande. Att så småningom inga nya kategorier framkom tolkar vi som att läkarens mest påtagliga dilemman blivit namngivna. Fynden är inte anekdotiska utan har en empirisk och kvalitativ vetenskaplig förankring. Detta hindrar naturligtvis inte att ytterligare kategorier kan tillkomma eller att andra forskare skulle ha valt andra benämningar.

Kategoriernas benämningar är tillspetsade. Det kan till exempel tyckas självklart att inte sjukskriva när situationen handlar om »Inte doktors bord« och problemet inte är medicinskt. Att det trots det uppstår ett dilemma beror på att gränserna oftast inte är lika tydliga när läkaren sitter öga mot öga med den hjälpsökande patienten. Det kan vara svårt att säga nej till sjukskrivning utan att bli avvisande.

Fallbeskrivningarna utgör en selektion av problematiska fall men ser olika ut både till form och innehåll. Texten har dock haft underordnad betydelse i förhållande till metoden att med rollspel och den beskrivna mallen fokusera på läkarens känslor och dilemman i sjukskrivningssituationen. Vi tror att arbetssättet gjort det möjligt att på ett pedagogiskt sätt gestalta och undersöka problem som ligger nära läkarnas kliniska vardag och att dessa problem utgör den huvudsakliga källan till frustration och ambivalens till sjukskrivningsproblematiken i stort. Processen som ledde fram till problemkategorierna påverkades naturligtvis av kursledarnas uppfattningar i sjukskrivningsfrågan. Dock uppfattar vi att det oftast var lätt att genom fallanalysen komma överens om vad som var dilemman.

De funna problemkategorierna är självklart inte varandra uteslutande. De ska ses som ett praktiskt stöd för läkaren att reflektera och finna handlingsalternativ och ge ett nytt och mindre privat perspektiv på svårigheterna. De föreföll allmängiltiga och hållfasta i kurssammanhanget, och erfarenheter från grupparbeten med kategorierna under senare kurser har visat att de har professionell relevans och tydlighet.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: För ett antal av kurserna »Allmänläkaren och sjukintyget« har vi, samtliga författare, erhållit ersättning från Riksförsäkringsverket eller försäkringskassan, och i de nu pågående kurserna, »Sjukskrivningens praktik« medverkar vi mot ekonomisk ersättning från försäkringskassans huvudkontor.

## Referenser

1. Sveriges officiella statistik. <http://statistik.forsakringskassan.se>
2. Theorell T, Vogel J. Hög sjukfrånvaro priset för goda tider. Dagens Nyheter 2003;04.23.
3. Kunskaps & attitydstudie avseende sjukförsäkringen. Eftermätning jan 2005. Försäkringskassan. <http://www.fk.se/press/publikationer/?page=/press/index.php>

4. Frykman J, Hansen K. Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur; Försäkringskassan analyserar 2005;4. <http://www.fk.se/press/publikationer/?page=/press/index.php>
5. Engellau P, Rossander O. Jobbet är att mata puman. Bromma: Rådet för oberoende maktstudier i samarbete med Den nya välfärden; 2004.
6. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish County. *Scand J Prim Health Care* 2000;2:81-6.
7. Englund L. Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan år 1996 och 2001 i ett svenskt landsting; Arbetsrapport Centrum för Klinisk Forskning Dalarna. Falun: Centrum för Klinisk Forskning Dalarna; 2001.
8. Alexandersson K, Arrelöv B, Hagberg H, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie Karolinska institutet; 2005. <http://www.personskadeprevention.nu>
9. Hybbinette C. Begränsa läkares rätt att sjukskriva! *Läkartidningen* 2003;100:3075.
10. Fredin H. Håll inte god min i elakt intygsspel. *Läkartidningen* 2004;101:1545.
11. Annebäck B. Är psykiatrisk funktionskränkning fusk? *Läkartidningen* 2004;101:4246.
12. Lidbeck J. Dags att avskaffa begreppet somatisering inom den specialiserade smärtvården. *Läkartidningen* 2004;101:1648.
13. Alexandersson K. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning Karolinska institutet; 2005. <http://www.personskadeprevention.nu>
14. Sjukskrivningsprocessen i primärvården – återföring av tillsynsbesök 2004. <http://www.socialstyrelsen.se>
15. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: London: Sage Publ; 1990:188.
16. Miller WI, Crabtree BF. Primary care research: Multimethod typology and qualitative road map. Newbury Park: Sage Publ; 1992:3-28.
17. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory – Strategies for qualitative research. Mill Valley: Sociology Press; 1967:46-7.



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

The role played by doctors in the high sick-listing figures is a subject of vigorous discussion. The point of departure for the course »The generalpractitioner and the medical certificate« is that the doctor can combine concern for the patient with objective assessment. With the course participants' own sick-listing cases as material, it has been possible to categorize the difficulties. One such category is »Not the doctor's pigeon«, when the doctor sees that the patients' problems concerning sick-listing would be better handled by, for example, the employer, the employment office, the social insurance office, or the patient himself. The categories found can be regarded as a practical support for the doctor in considering and discovering alternative actions.

**Monika Engblom, Carl Edvard Rudebeck, Lars Englund, Gunilla Norrmén**  
Correspondence: Monika Engblom, Vårdcentralen Kronan, SE-17 231 Sundbyberg, Sweden [monika@engark.se](mailto:monika@engark.se)