

Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg

Rapport 2018

**Veronica Svärd
Mahbuba Haque
Emilie Friberg
Kristina Alexanderson**

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 13/7 2018

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida,
www.ki.se/cns/forsakringsmedicin
den finns under <https://ki.se/cns/lakares-arbete-med-sjukskrivning>

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 832 24
Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7676-055-0

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en enkät som år 2017 skickades till läkare i Sverige med frågor om deras arbete med sjukskrivningar. Resultat jämförs även med resultat från motsvarande enkäter år 2004, 2008 och 2012. Den första, år 2004, skickades till de yrkesverksamma läkarna i Stockholms och Östergötlands län, de tre övriga till yrkesverksamma läkare i hela landet. Dessa enkätstudier, även den som enbart omfattade läkarna i Stockholm och Östergötland, är de fyra hittills största i sitt slag, även internationellt. Resultat avseende samtliga slutna frågor har publicerats i rapporter för var och en av enkäterna (1-4). Svaren på enkäterna innebär goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter och om eventuella förändringar av detta under de senaste 15 åren. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i läkares arbete med sjukskrivningsärenden. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse, dels för utvärdering av resultat av vidtagna åtgärder och dels som en kunskapsbas för framtida interventioner.

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och praktisera försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor betydelse för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till goda sådana möjligheter.

I *projektgruppen* för denna delstudie har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr, chef för Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI)
- Emilie Friberg, forskarasistent, med dr, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Mahbuba Haque, statistiker, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Veronica Svärd, fil dr, socionom, post doc, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI

Till projektet har under samtliga år en eller två *referensgrupper* varit knutna med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått i referensgruppen för enkäten 2017: Karin Jacobsen, Arbetsförmedlingen; Christina Olsson Bohlin/Anna Persson, Försäkringskassan; Ove Andersson, Svenska Läkarförbundet; Bo Runeson, Svenska Läkaresällskapet; Cecilia Alfvén, Sveriges kommuner och landsting (SKL); Per Lytsy, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); Malin Josefsson, Inspektionen för socialförsäkring, samt Eleonora Fridholm Björkman, Socialstyrelsen.

Projektet har utförts på uppdrag av Socialstyrelsen och Inera AB/SKL. Projektet har genomförts vid Avdelningen för försäkringsmedicin, KI, och ett mycket stort antal personer har under åren varit behjälpliga i projektet. Vi tackar alla för goda insatser! Vi riktar också ett varmt tack till referensgrupp, forskare och intressenter för värdefulla synpunkter i arbetet.

Framför allt tackar vi alla de läkare som generöst bidragit genom att dela med sig av sina erfarenheter i enkäten!

Kristina Alexanderson
Professor i socialförsäkring
Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att få kunskap om läkares erfarenheter av och synpunkter på (I) *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd* (övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna (FMB)) samt om (II) *digitalisering* av hantering av läkarintyg. Resultaten baseras på kvantitativa och kvalitativa analyser av slutna och öppna svar från de 18 714 (54 % svarsfrekvens) läkare i Sverige som år 2017 besvarade en enkät om sitt arbete med sjukskrivning av patienter. I rapporten presenteras resultat generellt och i stor utsträckning även i relation till ålder, utbildningsnivå, typ av klinik, landsting, och så kallad kundgrupp, dvs de fem grupper av landsting/regioner som långsiktigt samverkar kring införande och strategisk utveckling av IT-stöd/eHälsa.

I analyserna av de öppna svaren identifierades flera teman (A-E) inom vart och ett av de två områdena (I och II) och inom varje tema fanns ett flertal kategorier.

I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet	II. Digitala system
A. De övergripande principerna	A. Integrering mellan system
B. Hur och vad används inom FMB	B. E-intyget
C. Varför använder ej FMB?	C. Digitaliserad kommunikation
D. Problem FMB	D. Önskemål
E. Önskemål	

I rapportens Tabell 10, Tabell 21, Tabell 22, Tabell 27, på sida 25, 73, 95 respektive 143 ges mer detaljerade innehåll av kategorier och subkategorier inom respektive tema.

I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet: Många kände inte till de övergripande försäkringsmedicinska principerna; läkare som kände till dem uppskattade dem i stor utsträckning. Hälften (50 %) av de sjukskrivande läkarna svarade att de bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av FMB minst en gång i månaden (motsvarande andel år 2008 var 32 %). Andelen läkare som använde FMB ofta var störst inom företagshälsovård och vårdcentraler. Nära en tredjedel (29 %) svarade att FMB har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden medan mindre än en femtedel (17 %) ansåg att det inte har något sådant värde. FMB var mest uppskattat bland läkare som ännu inte var specialister. Det fanns inga större skillnader i detta mellan de fem kundgrupperna.

Läkare använde olika typer av information från FMB, särskilt rekommendationer om sjukskrivningslängd. FMB användes även i kommunikationen med patienten.

Många kommentarer handlade om ett missnöje med att FMB inte medger individuella bedömningar av patienter, utifrån patientens förutsättningar, samsjuklighet etc. Eftersom det såväl i de övergripande principerna som i ett flertal diagnosspecifika rekommendationer tydligt står att individuella bedömningarna ska göras, kan detta te sig förvånande. Det beskrevs dock att läkare erfar att FK inte tillämpar FMB som en vägledande rekommendation, utan som 'en lag'. Försäkringskassans tillämpning av FMB verkar innebära att en del läkare blivit negativa till FMB, och de uttrycker att individanpassning måste vara möjlig. En annan konsekvens är att vissa läkare uppger att de delvis använder FMB på ett annat sätt än avsett, t.ex. som underlag för att leta efter en diagnos vars rekommendation bättre överensstämmer med den sjukskrivningstid som läkaren anser att patientens tillstånd kräver.

Inom temat *önskemål* om FMB identifierades fyra kategorier. Den största kategorin av önskemål gällde uppdateringar av FMB – här identifierades nio olika subkategorier. Dessa gällde att FMB skulle baseras på vetenskap och aktuell klinisk praxis samt att FMB skulle finnas för fler diagnoser, och önskemål fanns inom i stort sett alla sjukdomsgrupper. Dessutom önskade många läkare förbättringar av existerande FMB. Förbättringarna handlar dels om en önskan att rätta till felaktigheter, dels om ett

behov att utvidga texten om skrivningarna med mer detaljer om rekommenderad maximal längd men även om hur funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga bör bedömas. Önskemål fanns också om förtydligande texter riktade till FKs handläggare om att individuell bedömning ska ske och att det inte är möjligt att fastslå objektiva medicinska fynd för vissa diagnoser. Återkommande önskemål var också att FMB behöver uppdateras för att stämma överens med forskning, andra riktlinjer, vårdprogram och nya behandlingar.

II. Digitala system: Vad gäller digitaliseringen av hantering av läkarintyg så hade andelen läkare som använde e-intyg ökat betydligt, från 62 procent 2012 till 83 procent 2017. Bland dem som använde e-intyg var andelen som hade e-intyg integrerat i journalsystemet oförändrad (92 %). Stockholm avvek i sina svar i denna fråga, där endast 49 procent använde e-intyg. Av dem som använde e-intyg, så svarade den stora majoriteten (84 %) att det är integrerat med journalsystemet och att det i stort sett fungerar bra. I Skåne svarade dock 26 procent att e-intyg inte är integrerat med journalsystemet. Störst andel läkare som uppgav att e-intyg är integrerat men att det uppstår problem fanns i Västerbotten (20 %).

En större andel (86 %) i den yngsta åldersgruppen, 24-39 år, använde e-intyg, och något mindre andelar i de äldre åldersgrupperna 40-54 år (80 %) och 55-68 år (73 %). En större andel icke specialister använde e-intyg (87 %) jämfört med specialister (77 %), och en större andel av läkare som hade sjukskrivningsärenden mer än en gång i veckan använde e-intyg (84 %) jämfört med läkare som hade ärenden mer sällan än en gång i veckan (77 %).

De flesta resultat från de slutna frågorna var likartade mellan de fem kundgrupperna, som fått sina namn utifrån det journalsystem de huvudsakligen använder inom kundgruppen; VAS, Cosmic, TakeCare, SUSSA respektive VITS. På frågan om e-intyg på något sätt är integrerat med journalsystemet svarade dock 94 procent av Cosmics användare ”Ja, och det fungerar i stort sett bra”, medan motsvarande andelar i övriga kundgrupper var 90 procent för VAS, 87 procent för TakeCare, 78 procent för SUSSA och 72 procent för VITS. Störst andel som uppgav att det uppstår problem fanns inom SUSSA (15 %) och därefter VITS (12 %), TakeCare (8 %), VAS (7 %) och Cosmic (3 %).

Fyra teman identifierades i analysen av de öppna svaren om digitala system: integrering mellan system, e-intyget, digitaliserad kommunikation respektive önskemål. I analyserna av dessa öppna svar framkom ofta stora skillnader mellan kundgrupperna vad gäller typer av problem. Problemen var många; vanligast var problem gällande system som hänger sig, problem med inloggning, krav på dubbeldokumentation, problem med att fylla i e-intyget, med att kopiera, spara, skicka och skriva ut samt att kunna läsa och besvara meddelanden via den fråga/svar-funktion som finns kopplad till e-intyget.

I analyserna av kommentarerna om de två områdena (I och II) identifierades även ett tredje område: **(III) Samverkan med Försäkringskassan.** Det ingick inte i syftet med denna studie att analysera dessa kommentarer, utöver vissa aspekter av digital kommunikation med Försäkringskassan. Sådana analyser torde ge ytterligare förståelse för läkares användande av FMB och de digitala systemen, då det var tydligt att läkares erfarenhet av detta hade starkt samband med detta.

Ytterligare dimensioner i de öppna svaren var rättsosäkerhet, tid respektive emotioner, tre dimensioner som gick som stråk genom båda områdena. Beskrivningar av såväl positiva och problematiska aspekter av dessa dimensioner fanns, även om de problematiska aspekterna var vanligare.

Resultaten visar att de försäkringsmedicinska beslutsstöden används och uppskattas av majoriteten av läkare samtidigt som förbättringspotentialen är stor och att det finns en önskan om snar vidareutveckling av beslutsstödet. Vi fann också omfattande missförstånd kring beslutsstöden, missförstånd som inneburit en negativ syn på att använda dem.

E-intyget och integreringen av det i journalen används och uppskattas av majoriteten av läkare, men många önskemål om förbättringar framkom. Även här är förbättringspotentialen påtaglig.

Nedan ges en övergripande sammanställning av önskemål om förbättringar av de försäkringsmedicinska beslutsstöden respektive av de digitala systemen.

Önskemål försäkringsmedicinska beslutsstödet	Önskemål digitalisering
<ul style="list-style-type: none"> • Uppdatera FMB kontinuerligt, baserat på ny kunskap och klinisk praxis • FMB för fler diagnoser samt för samsjuklighet och symptom • Rätta till nuvarande felaktigheter i FMB • Inkludera mer detaljerad information om diagnosen, om rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad, samt om bedömning av funktion, aktivitet och arbetsförmåga • Ge fler exempel, t.ex. på 'normalt förekommande arbete' och om vad som krävs i olika yrken • Lägg till om hälsofrämjande aspekter av arbete och om att byta arbete • Var tydligare med att individuella bedömningar ska göras • Lägg till information om alternativa ersättningar såsom förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappersättning • Enklare struktur på hemsidan och bättre sökfunktion • Visa revisionshistorik för FMB • System för att informera läkare och andra om revideringar av FMB • Informera och utbilda om FMB – gäller läkare, annan vård- och försäkringskasspersonal, patienter och allmänhet 	<p>E-intyget</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enklare inloggning i extern e-intygsmul genom förinställda val av t.ex. arbetsplats • Enklare intyg för korta sjukskrivningsärenden • Inför diagnosspecifika e-intyg för de vanligare diagnoserna • Automatisk överföring av patientuppgifter och diagnos från journalen • Extra fält för tilläggsdiagnoser • Kalenderfunktion för val av datum • Utöka antalet tecken som kan skrivas i fritext-fält • Utveckla fler kryss/svarsalternativ för standardiserad bedömning och enklare ifyllande • Möjlighet till extra blad samt att bifoga bilaga länkat till e-intyget • Automatisk visning av kortare texter från FMB i e-intygets rutor. Länk till FMB för mer detaljerade fördjupningar • Kunna skapa redigerbar kopia för enkel förlängning av en patients tidigare sjukskrivning • Kunna spara och skriva ut utkast av e-intyg, för korrektur och godkännande från patient • Elektronisk signering endast en gång, samtidigt som e-intyget skickas elektroniskt • När e-intyget skickas, möjliggör val av kombinerad knapp med 'Skicka och skriv ut till arbetsgivare', med kryssalternativ för vilken information som ska synas i utskriften • Bekräftelsesignal när e-intyget är skickat • Kunna begära läsbekräftelse för att veta att e-intyget respektive meddelanden nått fram • Utveckla möjlighet för läkare att signera e-intyget och skicka det elektroniskt till patienten för godkännande och insändande till FK via 1177 • Automatisk journalanteckning där diagnos, längd och grad på sjukskrivningen framgår <p>Kommunikation med Försäkringskassan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lös problemet att Försäkringskassans begäran om kompletteringar via fråga/svar-funktionen inte alltid upptäcks • Möjlighet att lägga in e-post-adress i fråga/svar-modulen till vilken noteringar om inkomna meddelanden skickas • Kunna stänga av möjligheten för Försäkringskassan att skicka meddelande i fråga/svar-funktionen och istället hänvisa till andra kontaktuppgifter • Att meddelanden inte kan skickas anonymt från Försäkringskassan, kontaktuppgifter ska automatiskt synas • Tydligare mall för meddelanden från Försäkringskassan där frågor separeras från allmän information • Längre öppettider hos Försäkringskassan <p>Kommunikation med patient och arbetsgivare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationssatsning om 1177 och Mina intyg, exempelvis genom broschyr som kan förmedlas till patienter • Utred möjligheten till att ansluta arbetsgivare och/eller arbetsförmedling till e-intygssystemet

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning.....	2
Förkortningar och begrepp.....	8
Bakgrund.....	10
Syfte.....	13
Material och metod.....	13
Urval.....	13
Enkäten.....	13
Datainsamling.....	14
Svarsfrekvens.....	14
Jämförelse med svar från tre tidigare enkäter; 2004, 2008 och 2012.....	15
Dataanalys.....	15
Slutna frågor.....	15
Öppna svar.....	18
Resultat.....	19
Övergripande om deltagarna.....	20
Tre områden (I, II, III).....	24
I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.....	24
I.A. - De övergripande principerna.....	26
Kännedom om och stöd av de övergripande principerna.....	26
I.A.1. - Bra och användbara.....	28
I.A.2. - För allmänt hållna.....	29
I.A.3. - Hinner inte leta fram och läsa.....	29
De diagnosspecifika beslutsstöden (FMB).....	30
Svar på fyra slutna frågor om FMB.....	30
Öppna svar om de diagnosspecifika FMB.....	45
I.B. - Hur och vad används.....	45
I.B.1. - Bra och användbara.....	45
I.B.2. - Läser information.....	46
I.B.3. - Klipper och klistrar text till intyget.....	47
I.B.4. - För att välja diagnos.....	49
I.B.5. - För att motivera avsteg.....	50
I.B.6. - I dialog med patienten.....	50
I.B.7. - Bra för mindre erfarna läkare.....	51
I.C. - Varför använder ej?.....	52
I.C.1. - FMB saknas för 'mina' diagnoser eller för samsjuklighet.....	52
I.C.2. - Hinner inte.....	54
I.C.3. - Har inte läst.....	54
I.C.4. - Har inget behov.....	55
I.D. - Problem med FMB.....	56
Öppna svar om problem med FMB.....	61
I.D.1. - Finns inte eller otillräckligt för 'min' diagnos.....	61
I.D.2. - Täcker ej samsjuklighet eller komplexa ärenden.....	62
I.D.3. - FMB saknar information.....	62
I.D.4. - Fel och brister i FMB.....	64
I.D.5. - FMB är för generella.....	67
I.D.6. - Läkaren kände inte till.....	67
I.D.7. - Svårnavigerad hemsida.....	68
I.D.8. - Hur FK använder FMB.....	69
I.D.9. - Konsekvenser av problem.....	70
I.E. - Önskemål om beslutsstöden.....	72
I.E.1 - Uppdatera FMB.....	73
I.E.2. - Utbildning om FMB.....	87

I.E.3. - ”Skrota FMB”	91
I.E.4. - Bättre hemsida	92
I.E.5. - Övergripande principerna	93
II. Digitala system	94
II.A. - Integrering mellan system	96
II.A.1. - Positivt med integrering av system	100
II.A.2. - Varför använder ej?	101
II.A.3. - Bristande integration mellan systemen	102
II.A.4. - Problem med integrering i journal	104
II.A.5. - Dålig översikt av sjukskrivningar	111
II.A.6. - Bristande integrering av FMB i journalsystemet	112
II.B. - E-intyget	112
II.B.1. - Positivt med e-intyget	113
II.B.2. - Tar tid	114
II.B.3. - Problem med att fylla i	114
II.B.4. - Problem att förlänga och att spara	119
II.B.5. - Utskriftsproblem	122
II.B.6. - Konsekvenser för rättssäkerhet	124
II.C. - Digitaliserad kommunikation	127
II.C.1. - Positivt om fråga/svar-funktionen	127
Svårt förmedla information via e-intyget	128
FK begär onödiga kompletteringar av e-intyg	129
II.C.2. - Meddelanden från FK syns inte	131
II.C.3. - Andra problem	135
II.C.4. - Kommunikation med FK	136
II.C.5. - Konsekvenser för patienten av ovanstående	140
II.C.6. - Kommunikation med patienten	141
II.D. - Önskemål angående digitalisering	142
II.D.1. - Bättre digitala system	144
II.D.2. - Enklare funktioner i e-intyget	148
II.D.3. - Enklare e-intygsmallar	152
II.D.4. - Integration av FMB	155
II.D.5. - Kommunikation	156
III. Samverkan med Försäkringskassan	161
Ytterligare dimensioner	166
Rättsosäkerhet	166
Tid	166
Emotioner	166
Avslutande kommentarer	168
Kommentarer om metoden	168
Kommentarer om resultat	170
Förbättringsförslag	172
FMB och de övergripande försäkringsmedicinska principerna	172
Sammantaget visar resultaten på några utvecklingsområden av FMB:	173
Digitaliseringen och det elektroniskt överförbara intyget	173
E-intyget	173
Kommunikation med Försäkringskassan	174
Kommunikation med patient och arbetsgivare	174
Organisatoriska förutsättningar i form av tid och fungerande digitala system behövs	174
Figur- och tabellförteckning	175
Lista över figurer	175
Lista över tabeller	177
Referenslista	179
Bilaga	183

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen ' <i>Administration</i> ' som sammanfattande beteckning för 'att huvudsakligen arbeta inom <i>Administration, forskning och/eller undervisning</i> .
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation.
E-intyg	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen 'elektroniskt överförda/överförbara läkarintyg' använder vi termen e-intyg för det läkarintyg som läkare elektroniskt kan skicka direkt till Försäkringskassan via en särskild modul/applikation, i rapporten kallad sjukskrivningsmodul. Exempel på sådana som nämns är webcert, eyedoc och medcert.
FK	Försäkringskassan.
FMB	Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, framtaget av Socialstyrelsen. I denna rapport används förkortningen för diagnosspecifika beslutsstöd. Socialstyrelsen har även tagit fram ett dokument med övergripande principer som vägledning för hantering av sjukskrivningsärenden (5). I denna rapport benämns de 'övergripande principer'.
Fråga/svar-funktion	Avser den funktion, kopplat till e-intyget, där ärendekommunikation mellan läkare och Försäkringskassans handläggare sker. Fråga/svar är det begrepp som läkare i rapporten oftast använder, numera kallas denna funktion 'ärendekommunikation'. Begreppet fråga/svar-modul används när det specifikt berör den tekniska modulen/applikationen.
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård.
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (6), System för att klassifikation av funktion, aktivitet och hälsa (7-10).
Inera AB	Inera AB utvecklar och förvaltar nationella tjänster inom e-hälsa och digitalisering på uppdrag av landsting, regioner och kommuner. Ungefär 35 digitala tjänster drivs idag av Inera, bland annat Intygstjänster (inklusive digital överföring av läkarintyg till Försäkringskassan), 1177 Vårdguiden, Nationell patientöversikt och Journalen. Inera AB ägs av SKL.
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen typ av <i>klinik/mottagning/verksamhet</i> som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet ' <i>klinik</i> ' för att beteckna alla dessa tre.

Kundgrupp	Indelning av landstingen i fem s.k. kundgrupper utifrån vilket journalsystem de huvudsakligen använder och samverkar kring. Dessa fem kallas i rapporten för VAS, Cosmic, TakeCare, SUSSA respektive VITS, baserat på namnet för det journalsystem som används mest inom respektive kundgrupp.
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun. I texten nämns endast länets namn för att underlätta läsningen, till exempel 'Stockholm' i stället för 'Stockholms läns landsting'.
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263 ¹). Se också begreppet e-intyg.
Psykiatri	Här ingår även beroendevård.
SCB	Statistiska centralbyrån.
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.
Sjukskrivningsmiljarden	Begreppet används genomgående i rapporten för den överenskommelse mellan staten och landstingen, via SKL, som sedan år 2016 har kallats "En kvalitetssäker sjukskrivning och rehabiliteringsprocess" i och med att delar av rehabiliteringsgarantin då samordnades med det som tidigare kallades sjukskrivningsmiljarden (4).
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting.
Specialist	Läkare med minst en, av Socialstyrelsen godkänd, medicinsk specialistutbildning kallas här genomgående för specialister, för att inte i onödan tynga texten.
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år.
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning.
Ärendekommunikation	Den term som numera ofta används för elektronisk kommunikation mellan läkare och Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. I rapporten används termen fråga/svar-funktion för ärendekommunikation, då det är den term som använts tidigare och som läkarna oftast använder i sina kommentarer.

¹ FK7263 ersätts under 2018 av Försäkringskassans nya läkarintyg för sjukpenning, FK7804.

Bakgrund

Socialförsäkringarna är centrala aspekter av välfärdssamhällen, både för enskildas trygghet och för samhällsekonomin (11, 12). En viktig del av socialförsäkringarna i Sverige är sjukfrånvaroförsäkringen, det vill säga den del av socialförsäkringarna som innebär en inkomstbortfallsförsäkring för personer som på grund av sjukdom eller skada under kortare eller längre tid inte kan försörja sig via eget arbete (11, 13, 14).

I denna rapport redovisar vi resultat från analyser av både öppna och slutna frågor i en omfattande enkät som 2017 skickades till läkarna i Sverige. Vissa resultat jämförs även med resultat från tidigare motsvarande enkäter. Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den huvudrapport från projektet där enkätsvar från läkare i hela landet redovisas (4).

I Sverige har läkare en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både i rollen som patientens behandlande läkare och i rollen som medicinskt sakkunnig i socialförsäkringsfrågor. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad (3, 4, 15-28). Detta projekt, där enkäter har skickats till ett mycket stort antal läkare om deras arbete med sjukskrivning av patienter, är ett sätt att generera sådan kunskap.

I många länder har det gjorts och görs olika interventioner för att underlätta för läkare i deras arbete med handläggning av sjukskrivningsärenden (4). Såväl regeringen som Sveriges kommuner och landsting (SKL), Försäkringskassan, Socialstyrelsen och enskilda landsting har tagit initiativ till många av dessa interventioner. En sammanställning av dem återfinns i huvudrapporten från läkarenkäten 2017 (4, sid 17-20) I denna rapport är fokus på två aspekter av dessa interventioner:

I. de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) och de övergripande principer för hantering av sjukskrivningsärenden som Socialstyrelsen tagit fram (4, 5, 29-33)

II. den digitalisering av hantering av sjukskrivningsärenden som införts

*Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd*² (I) infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; en mer omfattande uppdatering har nyligen genomförts (34-36). Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar (5). Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer (FMB) som kan användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser (5, 32, 37-40).

Beslutsstöden har inte i någon större utsträckning kunnat baseras på vetenskaplig kunskap, på grund av att den vetenskapliga kunskapen om sjukfrånvaro och dess konsekvenser för individer är synnerligen begränsad. Detta är orsaken till att de kallas beslutsstöd, snarare än riktlinjer. Inför att beslutsstöden skulle tas fram diskuterades olika tillvägagångssätt för hur det skulle läggas upp. I USA används bland annat system baserat på data om sjukskrivningsfall inom ramen för vissa försäkringssystem (41, 42). Efter att ha tagit del av dessa system, fattades beslut om att Sverige istället skulle basera sina beslutsstöd snarare på vad som är rimligt behov av att vara sjukskriven vid olika medicinska tillstånd än den praxis som rått kring detta. Grupper med medicinska experter, framförallt läkare, ombads ta fram underlag för detta.

Redan året efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, dvs år 2008, använde en mycket stor del av läkarna det och ansåg att de hade nytta av beslutsstödet. Detta framkom i en enkät

² Se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

riktad till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige år 2008 (2, 43). Dessa resultat upprepades i två motsvarande enkäter år 2012 (3) respektive 2017 (4).

Den *digitalisering (II)* inom hälso- och sjukvården som skett innebär bland annat att medicinsk journalföring nu huvudsakligen sker digitalt, samt att läkarintyg (blankett FK 7263), som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning, numera kan överföras till Försäkringskassan elektroniskt. Systemet för *elektronisk överföring av läkarintyg* från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan började införas i vissa landsting år 2011. Sedan 2017 ska det finnas i hela landet, även i Stockholm och på Gotland, som varit sist med att införa systemet. Kopplat till detta system finns ett system för ärendekommunikation, tidigare vanligen kallat fråga/svar-funktionen eller fråga/svar-modulen. Syftet med den modulen är att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassans handläggare (44-49). Under senaste tiden har detta system även alltmer integrerats med sjukvårdens olika digitala journalsystem. Det förekommer ett stort antal olika digitala lösningar av journalsystem etcetera i hälso- och sjukvården i landet, vilket innebär olika typer av problem. Landsting/regioner har gått samman för att hitta gemensamma lösningar av detta, nu huvudsakligen i fem grupper som i denna rapport kallas kundgrupper, i linje med Inera AB:s terminologi. Inera AB medverkar i denna samverkan (45).

Läkarens roller i arbetet med sjukskrivningar

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller (3, 16):

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; ”bota, lindra eller trösta” och främja hälsa (50-52).
2. *Grindvakt* (‘gate keeper’), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (53-55). Det kan gälla prioritering av undersökningar, behandlingar, laboratorietester, återbesökstider etcetera.
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående rollerna och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk (56-60). Det är främst i denna roll som behandlande läkare har kontakt med Försäkringskassan.
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling till ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet (61-64).

I samband med sjukskrivning är det framförallt den första och den tredje av dessa roller som är aktuella; rollen som patientens behandlande läkare och rollen som medicinskt sakkunnig. Flera tidigare studier visar att många läkare upplever det som problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (3, 4, 16). Rollen som grindvakt till sjukförsäkringen ligger huvudsakligen hos arbetsgivaren under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall och därefter hos Försäkringskassan.

Det ingår alltså i Försäkringskassans eller mer specifikt i handläggarens uppdrag att kontrollera om villkoren för rätt till sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning är uppfyllda. I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar således Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för sjukfrånvaro eller sjuk- och aktivitetsersättning (13).

Läkaren ska i rollen som behandlande läkare skapa en tillitsfull relation med patienten som bas för optimal utredning och behandling och på olika sätt verka för patientens bästa.

I rollen som medicinskt sakkunnig gentemot arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska läkaren ge en noggrann och saklig beskrivning av patientens diagnos, funktion och aktivitetsförmåga, göra en bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar aktivitet och arbetsförmågan samt prognosticera varaktigheten av nedsättningen.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen och som på grund av skada eller sjukdom har nedsatt arbetsförmåga kan ha rätt att vara sjukskriven och att få sjukpenning. För att ha rätt till sjukpenning ska två förutsättningar, så kallade rekvisit, vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska denna sjukdom eller skada ha lett till nedsatt arbetsförmåga till minst 25 procent i förhållande till kraven i personens arbete (13).

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukskrivningsfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett läkarintyg eller så kallat sjukintyg utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för arbetsgivarens och/eller Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar (15, 16, 65).

Läkares uppgifter i sjukskrivningsärenden

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuell har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt följande sju (3-5, 15, 16, 55, 62, 66):

- Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
- Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden³ (67).
- Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
- Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplats, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
- Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer - till exempel Försäkringskassan - samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med sådana aktörer på ett adekvat sätt.
- Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för att Försäkringskassan och andra aktörer ska kunna fatta beslut om ersättning och om det finns behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.
- Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Dessa arbetsuppgifter är mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet (65, 68-71). Punkt 5 och 6 innebär kontakter med Försäkringskassan.

Läkare har dels uttryckt att det är problematiskt att de inte har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens (1-4, 16, 66), dels att man önskar sådan kompetensutveckling (1-4, 66).

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige (1-3). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient (72-77). Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet (27).

³ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

Syfte

Syftet med denna studie var att generera kunskap om läkares syn på och erfarenheter dels av (I) Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning samt av de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden (FMB) dels om (II) digitalisering av arbetet med sjukintyg. Ett ytterligare syfte var att jämföra svar från slutna frågor från 2017 med motsvarande enkätsvar från 2004, 2008 respektive 2012, för att få kunskap om eventuella förändringar över tid vad avser ovanstående.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från kvantitativa och kvalitativa analyser av svar relaterade till syftet från en enkät som år 2017 riktades till drygt 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (4). Svar på några frågor jämförs även med svar från tidigare enkäter. För mer detaljerad information om de olika enkäterna hänvisas till respektive rapport (1-4).

Urval

En enkät skickades i maj 2017 till drygt 34 500 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och som nyligen fyllt 68 år eller var yngre. Enkäten stängdes i oktober 2017. Urvalet baserades på uppgifter i Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), som administreras av QuintilesIMS. Samtliga yrkesverksamma läkare i Stockholms län fick enkäten för att möjliggöra jämförelser med resultaten från tre tidigare motsvarande enkäter. För övriga landet var också urvalet samtliga yrkesverksamma läkare i dessa åldrar, dock exkluderades de läkare som enligt HSAR var specialister och arbetade inom kliniker där läkare, enligt tidigare enkäter (4) sällan har sjukskrivningsärenden. Det innebär att vi inte inkluderade specialister inom laboratorieverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, rättsmedicin samt röntgen/mammografi. Vid analyserna för 2017 års huvudrapport framkom att de flesta gynekologer/obstetiker i övriga landet, av misstag, inte heller inkluderats i urvalet.

Enkäten

Enkäten utgick från tidigare motsvarande enkäter till vilka denna var en uppföljning (4) men skilde sig något innehållsmässigt. Frågeformuläret reviderades bland annat med utgångspunkt i analyser av resultaten från 2012 års enkät, inklusive analyser av de omkring 4000 öppna svaren (78, 79). Vissa frågor tillkom efter önskemål från referensgruppen och andra intressenter medan andra togs bort efter önskemål om att minska antalet frågor något. Vissa förändringar när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar hade också skett sedan år 2012 vilket också behövde beaktas i enkäten.

Samtliga förslag diskuterades inom projektgruppen och med referensgruppen ett flertal gånger och olika versioner av nya frågeformulär prövades. Det totala antalet frågor i 2017 års enkät blev slutligen 133 frågor, samt 8 olika kommentarsfält i anslutning till frågor där det var möjligt skriva egna kommentarer (se Bilaga).

Frågeområden

Nedanstående övergripande *frågeområden* ingick i enkäten. De nedanstående som är understrukna innehåller frågor som används i denna studie.

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, klinik, landsting, organisation, tid på nuvarande arbetsplats
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Frekvens och allvarlighetsgrad av olika problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Elektronisk överföring av läkarintyg
- Samarbete och samverkan, internt och externt samt svårigheter i samverkan med Försäkringskassan
- Försäkringsmedicinsk kompetens i arbetet med sjukskrivning
- Syn på olika aspekter i arbetet med sjukskrivningar
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar
- Rehabkoordinatorer
- Arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem

I denna studie har fokus varit på svar på slutna och öppna frågor om det försäkringsmedicinska beslutsstödet och om digitalisering av arbete med sjukintyget.

Datainsamling

För att kunna genomföra enkätstudien med största möjliga anonymitet för deltagarna fick Statistiska centralbyrån (SCB), liksom vid de tre tidigare enkäterna, i uppdrag att administrera datainsamlingen, att skanna in svaren, koppla på registeruppgifter samt genomföra bortfallsanalys. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt av SCB, som sedan lämnade en avidentifierad datafil till projektgruppen.

Information om kön, ålder, boendelän, år för läkarexamen och för läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning(ar) inhämtades från HSAR via QuintilesIMS. Detta för att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter. Informationen i HSAR baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

Frågeformuläret skickades till läkarnas hemadresser, dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterade i HSAR. Personer som inte hade en adress i Sverige exkluderades, då ett kriterium för inklusion var att bo i Sverige.

Enkäten kunde besvaras antingen via en webbenkät eller i pappersform. Läkarna inbjöds först att svara via webbenkäten och i första påminnelsen skickades även en pappersenkät med. Fyra påminnelser skickades till de personer som inte svarat.

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 34 718 läkare i maj 2017. Det framkom att 176 av dessa inte ingick i studiepopulationen, på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit.

Antalet läkare i studiepopulationen var således 34 585 personer.

Av de 34 585 som ingick i urvalet besvarade 18 714 enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 54,1 procent (Tabell 1). Som ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något större bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer. För 213 personer kom inbjudan att delta tillbaka till SCB med postretur, vilket innebär att dessa personer aldrig fick inbjudan. Om dessa personer inte räknas med blev svarsfrekvensen 54,4 procent. Av de svarande använde 57,5 procent webbenkäten, övriga svarade via pappersformuläret.

Tabell 1. Svarsfrekvens (%) år 2017 uppdelat på kön respektive åldersgrupper.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	34 585	18 714	54,1
Kvinnor	16 567	9419	56,9
Män	18 018	9295	51,6
25-39 år	11 125	6070	54,6
40-54 år	12 904	6392	49,5
55-68 år	10 556	6252	59,2

Jämförelse med svar från tre tidigare enkäter; 2004, 2008 och 2012

För att få kunskap om förändringar över tid avseende några slutna frågor jämfördes även svaren från frågor som var med i tre motsvarande enkätstudier som genomfördes år 2004, 2008 respektive 2012 (1-4). Som framgår i Tabell 2 har antalet läkare i studiepopulationerna varierat beroende på urvalskriterier de olika åren. År 2004 ingick endast läkare från Stockholms och Östergötlands län.

Tabell 2. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Enkätår	Studiepopulation	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	7665 (läkare i Stockholm och Östergötland <65 år)	71 %	96
2008	37 047 (samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige)	61 %	163
2012	33 144 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige <68 år)	58 %	163
2017	34 585 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige ≤68 år)	54 %	133

Dataanalys

I studien har såväl svar på slutna som öppna frågor analyserats, enligt nedan.

Slutna frågor

Svaren på de slutna frågorna analyserades med deskriptiva statistiska analysmetoder. I ett datamaterial av den storlek som detta projekt genererat blir även små absoluta skillnader mellan olika grupper som regel statistiskt signifikanta. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans', och att det snarare är anmärkningsvärt när det inte finns en signifikant skillnad mellan resultat. Därför har vi valt att inte presentera information om p-värden för skillnader i resultat. Resultaten presenteras ofta grafiskt i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se eventuella skillnader.

År 2017 års enkät innehöll sammanlagt 133 frågor med slutna svarsalternativ. I denna studie har fokus varit på ett urval av de frågorna, nämligen de som rör det försäkringsmedicinska beslutsstödet och de frågor som rör digitalisering av arbetet med sjukskrivning. Nedan listas de slutna frågor vars svar analyserats. Där framgår även för vilka av dessa frågor som jämförts med svar på tidigare enkäter.

Tabell 3. De frågor som analyserats i studien, deras respektive svarsalternativ, det interna bortfallet för respektive fråga, samt vilka enkätår även tidigare års resultat presenteras för.

Fråga	Svarsalternativ	Bortfall (%)	Jämförelser med tidigare enkätår görs
Vilken är Din högsta läkarutbildningsnivå?	Läkarexamen; Legitimerad läkare; Pågående ST-utbildning; Specialist	0,2	
Vid vilken typ av klinik/mottagning/verksamhet har Du Ditt huvudsakliga arbete?	21 olika sådana, samt alternativet "Ingen" samt "Har inte yrkes-arbetat de senaste 12 månaderna"	0,5	
I vilket landsting/region finns Din huvudsakliga arbetsplats?	21 olika landsting/regioner samt "Annat land"	0,8	
Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?	>10ggr/vecka; 6-10ggr/v.; 1-5 ggr/v.; Någon gång/månad; Några ggr/år; Aldrig/i stort sett aldrig	1,1	
Hur ofta i Ditt kliniska arbete bedömer Du sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	>10ggr/vecka; 6-10ggr/vecka; 1-5ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig	2,7	2008, 2012
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)?	Mycket; Ganska; Lite; Inte alls	7,3	2008, 2012
I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?	Möjlighet att kryssa i flera alternativ	5,6	2004, 2008, 2012
- Ni tycks tala olika språk			2004, 2008, 2012
- Svårt att förmedla information via FKs blanketter			2008, 2012
- FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg			2012
- Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd			2008, 2012
Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?	Nej; Ja, men har inte läst dem; Ja, något; Ja, mycket väl	2,2	-
Ger Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning" Dig ett stöd i Ditt arbete med sjukskrivning?	Ja; Nej, är inte användbara; Nej, är svårtillgängliga	8,5	
Underlättar Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) Dina kontakter med ...	Ja; Nej		2008, 2012
...patienten?		7,1	
...hälso- och sjukvårdspersonal?		8,6	
...patientens arbetsplats?		9,7	
...Arbetsförmedlingen?		9,8	
...Försäkringskassan?		8,9	
Vilken information från FMB använder Du?	Flera alternativ möjliga	4,9	
- Ingen alls			
- Rekommendation om sjukskrivningslängd			
- Rekommendation om sjukskrivningsgrad			
- Information om funktionsnedsättning			
- Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga			
- Annat			
Använder Du elektronisk överföring av läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till Försäkringskassan (FK)?	Ja; Nej	3,2	2012
Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem?	Vet inte; Nej; Ja, och det fungerar i stort sett bra; Ja, men det uppstår problem	1,7	2012
Hur värderar Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Stort värde; Måttligt värde; Inget värde	7,1	2008, 2012

Läkarnas svar på dessa frågor har presenterats generellt samt uppdelat på följande faktorer för läkaren: typ av klinik/verksamhet (18 olika), landsting (21 stycken), kundgrupp (5 olika, se nästa avsnitt), frekvens av sjukskrivningsärenden (≥ 6 ggr/vecka, 1-5 ggr/vecka, < 1 gång/vecka), utbildningsnivå (specialist/ej specialist), samt åldersgrupp (< 40 , 40-54, 55-68 år).

Kundgrupp för journalsystem

Särskilt när det gäller analys av frågorna om digitala system är det centralt vilken typ av digitalt system de svarande läkarna torde haft tillgång till.

De 21 landstingen/regionerna i Sverige, inklusive Gotland, har arbetat med utveckling och införande av IT-stöd/eHälsa under många år (45, 80). För närvarande sker denna samverkan inom fem olika så kallade *kundgrupper*, där landstingen i respektive kundgrupp i stor utsträckning använder samma journalsystem. Kundgrupperna samverkar kring utvecklingsarbete och strategiskt arbete för att samordna behoven och Inera AB har en roll i denna samverkan. I denna rapport har vi valt att kalla kundgrupperna de namn som de själva och Inera AB använder, delvis baserade på namnen på de journalsystem som huvudsakligen eller delvis används i respektive grupp, se Tabell 4 (45).

Tabell 4. De fem kundgrupperna och vilka landsting som ingår i var och en av dem, samt andel deltagare från respektive landsting inom var och en av kundgrupperna.

Kundgrupp	Landsting	Andel deltagare inom respektive landsting per kundgrupp
VAS	Halland	59
	Norrbottnen	41
Cosmic	Uppsala	20
	Östergötland	21
	Jönköping	15
	Kronoberg	8
	Kalmar	9
	Värmland	11
	Västmanland	8
TakeCare	Jämtland	7
	Stockholm	73
	Gotland	2
	Västra Götaland (vårdcentraler)	16
SUSSA	Dalarna	9
	Södermanland	19
	Blekinge	11
	Örebro	25
	Västernorrland	16
VITS	Västerbotten	28
	Skåne	50
	Västra Götaland (ej vårdcentraler)	40
	Gävleborg	10

I Tabell 5 visas svarsfrekvensen för respektive kundgrupp. Svarsfrekvensen var ungefär densamma i de olika kundgrupperna; mellan 54-55 procent. I beräkningen av svarsfrekvensen har vi utgått från läkarens boendelän och när det gäller TakeCare och VITS även relaterat detta till andelen vårdcentralsläkare bland de svarande i Västra Götaland.

Tabell 5. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kundgrupper.

Kundgrupp	Svarsfrekvens
VAS	55,3 %
Cosmic	54,9 %
TakeCare	53,7 %
SUSSA	55,0 %
VITS	53,6 %

Öppna svar

Totalt lämnade 7780 läkare kommentarer i något eller flera av de åtta öppna kommentarsfälten (se Bilaga), det vill säga 42 procent av samtliga svarande läkare. Bland de sjukskrivande läkarna var motsvarande andel 51 procent (n=6968). Mellan 42-45 procent hade givit öppna svar inom respektive kundgrupp. Det fanns ingen skillnad mellan specialister/icke specialister eller åldersgrupper i andel som givit öppna svar. Däremot hade en något större andel av kvinnorna givit öppna svar, jämfört med männen (44 respektive 39 %). Sammanlagt fanns kommentarer i drygt 15 500 kommentarsfält och en stor del av dessa kommentarer berörde flera olika aspekter och områden. Några var korta, med ett eller några ord, andra var mycket långa. Det första och det sista kommentarsfälten var de två där flest kommentarer förekom.

Omkring 5900 enkäter lämnades in som pappersenkäter och kommentarerna från de öppna svarsalternativen i dessa enkäter transkriberades ordagrant. De handskrivna kommentarer som varit svårtydbara gick igenom av flera forskare. Endast för en handfull gick texten inte att tyda.

De öppna svaren kodades och analyserades i analysverktyget NVivo (81), ett program som erbjuder möjlighet att hantera stora datamängder och att genomföra kombinerade kvalitativa och statistiska analyser. Det fanns alltså åtta möjligheter i enkäten att lämna öppna svar. Sju av dem handlade om specifika områden, och den sista var ett öppet alternativ; ”Plats för ev. ytterligare kommentarer”. Fyra av de öppna svarsfälten avsåg Socialstyrelsens övergripande försäkringsmedicinska principer, de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden (FMB) respektive integrering av elektroniskt överförbara intyg i journalsystemen (Se bilaga).

I denna studie har vi identifierat, kodat och analyserat de öppna svar som berört Socialstyrelsens övergripande försäkringsmedicinska beslutsstöd (5) samt problem gällande elektronisk överföring av läkarintyg och hur detta är integrerat med journalsystemet.

Avsikten var initialt att analysera de öppna svar som givits i de fyra öppna specifika svarsfälten för beslutsstödet respektive digital kommunikation samt för det sista öppna fältet. En första genomläsning av samtliga öppna svar som skrivits av ett urval av 500 läkare visade dock att förhållandevis många lämnade kommentarer om de aktuella ämnena även i andra öppna svarsfält, alternativt skrev alla sina kommentarer i något av de öppna svarsfälten istället för att dela upp dem. Samtliga ifyllda dryga 15 500 kommentarsfält har därför lästs igenom under kodningen, för att i studien inte gå miste om potentiellt viktiga kommentarer, vilket kunnat påverka studiens tillförlitlighet.

Kodning och analys har varit explorativ, utifrån både kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys (82-84). Det innebär att vi i analyserna har utgått från de områden och teman som ryms inom syftet med studien, men också förutsättningslöst beaktat/lyssnat till det som läkare själva har valt att lyfta och som relaterar till dessa teman. Förutom att besvara de ursprungliga frågeställningarna har vi därmed även kunnat fånga viktiga dimensioner i data som ger en fördjupad förståelse av de identifierade temana. Exempel på detta är hur kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassans handläggare har påverkats av FMB, digitaliseringen av FMB respektive elektronisk överföring av läkarintyg. Ett annat exempel är hur läkarens synpunkter på tekniska funktioner i det elektroniskt överförbara intyget också relaterar till mer övergripande synpunkter om intyget.

Först kodades 1000 läkarens öppna svar avseende Socialstyrelsens övergripande försäkringsmedicinska principer, de diagnosspecifika FMB och integrering av elektroniskt överförbara intyg i journalsystemen (4 kommentarsfält) i en första struktur av noder och undernoder. Med nod avses här tematiska grupperingar av kodade textstycken från läkarnas skrivna kommentarer. Noder och undernoder har kodats i hierarkiska strukturer. När denna bas av noder och undernoder etablerats, lästes och kodades text från de övriga kommentarsfälten för samma 1000 läkare, vilket resulterade i ytterligare några noder. Hela arbetet med kodning resulterade i sammanlagt 7128 kodade noder och undernoder. I utskrift omfattar de 7128 noderna närmare 800 A4-sidor text.

När kodningen av data var klar gjordes ytterligare finkodningar av de framtagna noderna. En fördjupad innehållsanalys av detta resulterade i de områden, teman, kategorier, subkategorier etcetera, som presenteras i resultatavsnitten. Med hjälp av NVivo har även andelar som givit vissa typer av svar kunnat tas fram, till exempel relaterat till åldersgrupper, typ av klinik eller kundgrupp. Analyserna har kontinuerligt diskuterats gemensamt av forskarna i projektet.

Resultaten från de kvalitativa analyserna av öppna svar presenteras i den hierarkiska ordningen områden, teman, kategorier, subkategorier samt grupper. Varje tema kan innehålla flera kategorier, varje kategori kan innehålla flera subkategorier, och varje subkategori kan innehålla flera grupper. De fem olika nivåer identifierades under analysprocessen och exemplifieras med ordagranna citat från de öppna svaren. Inom varje tema, kategori och subkategori finns det ett flertal möjliga texter att citera som exempel. Vi har, med tanke på rapportens omfattning, valt att vara sparsamma med att ange citat. Urvalet av citat baseras framförallt på att de ska vara tydliga exempel på respektive subkategori eller grupp och ibland för att bidra till att fördjupa förståelse kring subkategorin.

Några av de skrivna kommentarerna innehöll aspekter som kunde hänföras till fler än ett tema eller en kategori. De har då beaktats för var och en av dessa teman respektive kategorier.

När finkodningen var klar analyserades även andel läkare som givit öppna svar inom vissa av de identifierade kategorierna, i förhållande till typ av klinik, kundgrupp, etcetera, som de tillhörde.

Citatet är direkt återgivna. För läsoplevelsen, och med respekt för att enskilda läkares säregna stavfel skulle kunna kännas igen, så har dock enklare rättning av uppenbara stavfel av texten gjorts.

Förkortningar som läkaren använt har inte förklarats. Vissa förkortningar som används av läkare inom området, som inte säkert förstås av andra har förtydligats med infogad text som omgett med []. I flertalet fall har vi inte redovisat allt text en läkare skrivit utan valt ut delar av större textstycken. Om text mitt i ett citat tagits bort redovisas detta med /.../ mellan orden i citatet. Varje läkare som givit kommentarer har ett unikt ID nummer – detta visas efter respektive citat, till exempel (ID1234).

Självklart finns det många andra aspekter att analysera när det gäller de öppna svaren – dessa har dock inte inkluderats i denna studie.

Resultat

Svar på de frågor som presenterats i Tabell 3 presenteras totalt och i de flesta fall även uppdelat på kundgrupp, typ av klinisk verksamhet, åldersfördelning, frekvens av sjukskrivningsärenden, samt om den svarande var specialist eller ej. Resultat för några slutna frågor presenteras även uppdelat per landsting. Resultatpresentationen är, efter inledande övergripande resultat för studiepopulationen, uppdelad i två huvuddelar, utifrån de två områdena (I) delar; det försäkringsmedicinska beslutsstödet och (II) digitalisering. Inom både av dessa områden presenteras resultat från analyser av såväl slutna som öppna frågor. I analyserna av de öppna kommentarerna identifierades ytterligare ett centralt område (III) samt tre ytterligare dimensioner av kommentarerna.

Rubrikerna för de teman och kategorier som är resultat av analyserna av de öppna svaren är numrerade, detta gäller inte rubrikerna för resultat från de slutna frågorna i enkäten.

Totalt besvarade 18 714 enkäten, varav 9418 kvinnor (50,3 %) och 9296 män (49,7 %). Av samtliga svarande hade 13 750 läkare (78 %) sjukskrivningsärenden åtminstone någon gång per år – här kallade 'sjukskrivande läkare' (4). Av de sjukskrivande läkarna var 6929 (50,4 %) kvinnor och 6821 (49,6 %) män. I resultatdelen presenteras dels svar på slutna frågor från dessa 13 750, dels resultat från analyser av öppna kommentarer från samtliga läkare som givit sådana.

Övergripande om deltagarna

Först ges några övergripande resultat, om studiegruppen, för att ha underlag vid tolkning av resultaten om det försäkringsmedicinska beslutsstödet respektive om digitaliseringen.

Antalet sjukskrivande läkare i de olika landstingen som svarat på enkäten avspeglade länens befolkningsstorlek; med flest svarande från de stora regionerna; Stockholm (25 %), Västra Götaland (16 %) och Skåne (13 %) (Tabell 6). Könsfördelningen varierade något, med störst andel kvinnor i Stockholm (55 %) och minst i Örebro (43 %). Ålderssammansättningen varierade också. Störst andel yngre läkare bland de svarande fanns i Norrbotten och Dalarna (44 % respektive 43 %) medan en större andel äldre fanns på Gotland (39 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Uppsala (73 %) och minst i Västerbotten och Dalarna (59 % respektive 60 %).

Tabell 6. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.

Landsting	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Stockholm	3411	24,8	55	31	38	31	71
Uppsala	619	4,5	48	32	35	33	73
Södermanland	330	2,4	48	35	35	31	66
Östergötland	626	4,6	47	37	38	25	66
Jönköping	459	3,3	45	42	38	20	66
Kronoberg	234	1,7	51	39	32	29	67
Kalmar	282	2,1	49	36	35	29	66
Gotland	103	0,7	45	30	31	39	67
Blekinge	186	1,4	47	36	35	29	70
Skåne	1805	13,1	51	33	36	31	68
Halland	410	3,0	49	34	37	30	67
Västra Götaland	2173	15,8	51	36	35	29	67
Värmland	340	2,5	48	35	33	32	68
Örebro	435	3,2	43	34	32	34	71
Västmanland	255	1,9	53	40	31	29	63
Dalarna	425	3,1	44	43	31	26	60
Gävleborg	371	2,7	45	39	32	30	66
Västernorrland	280	2,0	48	40	31	30	66
Jämtland	213	1,5	47	37	33	30	66
Västerbotten	483	3,5	53	42	33	25	59
Norrbotten	289	2,1	50	44	30	26	63
Har ej svarat på frågan om landsting ²	21	<0,5	62	33	24	43	80
Samtliga läkare	13 750	100	50	35	35	29	68

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² Dessa läkare har i fortsättningen av rapporten inte tagits med i de landstingsspecifika redovisningarna, respektive i redovisningar per kundgrupp.

I Tabell 7 redovisas istället antal svarande sjukskrivande läkare för respektive kundgrupp, samt deras andel av samtliga sjukskrivande läkare. För varje kundgrupp redovisas även andel kvinnor, andel i tre olika åldersgrupper samt andel utbildade specialister. Som framgår utgjorde TakeCare den största kundgruppen med över en tredjedel av läkarna. Även VITS och Cosmic var relativt stora, medan läkarna inom VAS utgjorde 5,1 procent av de svarande. Andelen kvinnor i var och en av kundgrupperna var 48-49 procent, större i TakeCare: 54 procent.

Tabell 7. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på kundgrupper.

Kundgrupp	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
VAS	699	5,1	49	38	34	28	65
Cosmic	3028	22,1	48	37	35	28	67
TakeCare	4687	34,1	54	33	37	30	68
SUSSA	1714	12,5	48	37	33	30	66
VITS	3601	26,2	49	34	36	30	69
Samtliga läkare	13 750	100	50	35	35	29	68

¹ Kolumnprocent, samtliga andra procentdelar är radprocent

Skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* var betydande (Tabell 8). Störst andel svarande kvinnor återfanns inom gynekologi (81 %) och störst andel män inom ortopedi (74 %).

Åldersfördelningen inom företagshälsovård och smärktlinik utmärkte sig genom att endast fyra procent av läkarna var under 40 år. Dessa kliniker/mottagningar hade också störst andel läkare i den äldsta gruppen (68 % respektive 61 %) och störst andel specialistutbildade läkare (96 % respektive 93 %). Andelen mellan 40-54 år skiljde sig endast marginellt mellan de olika klinikerna/mottagningarna, medan andelen i de yngre och äldre grupperna på de olika klinikerna varierade stort. Andelen läkare i den yngsta gruppen varierade från mellan 4 procent inom företagshälsovård och smärktlinik till 45 procent inom infektionskliniker och i den äldsta gruppen från 19 procent inom infektion och 68 procent inom företagshälsovård.

Tabell 8. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

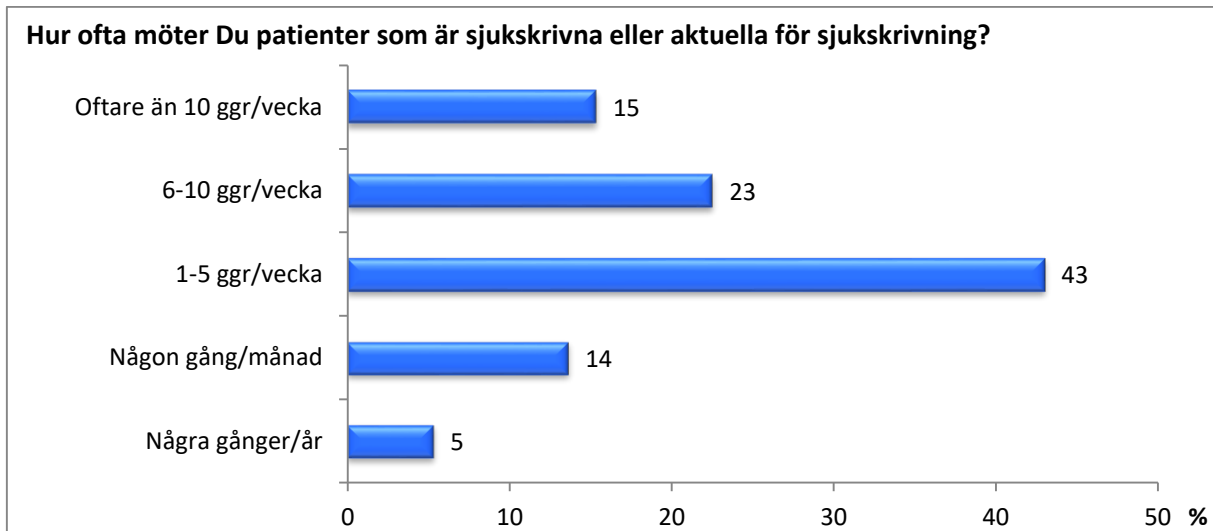
Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	338	2,5	50	4	28	68	96
Hud	171	1,2	75	29	40	32	76
Infektion	357	2,6	51	45	36	19	62
Invärtesmedicin	1661	12,1	46	41	34	24	65
Kirurgi	1285	9,3	34	37	39	24	71
Neurologi	305	2,2	46	36	42	22	74
Gynekologi	320	2,3	81	41	35	24	66
Onkologi	342	2,5	64	35	39	26	70
Ortopedi	921	6,7	26	34	36	30	74
Psykiatri	1050	7,6	54	31	35	33	71
Rehabilitering	158	1,1	62	20	35	44	80
Reumatologi	198	1,4	64	32	34	33	78
Smärtemottagning	54	<0,5	39	4	35	61	93
Vårdcentral	4687	34,1	55	37	34	29	61
Ögon	341	2,5	56	31	42	27	77
Öron-, näs- och hals	421	3,1	49	34	37	29	73
Annan klinik/mottagning ³	1029	7,5	52	33	35	31	68
Administration	66	0,5	42	12	35	53	88
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet ²	46	<0,5	37	22	41	37	61
Samtliga läkare	13 750	100	50	35	35	29	68

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² Dessa läkare har i fortsättningen av rapporten inte tagits med i redovisningar av kliniker/mottagningar.

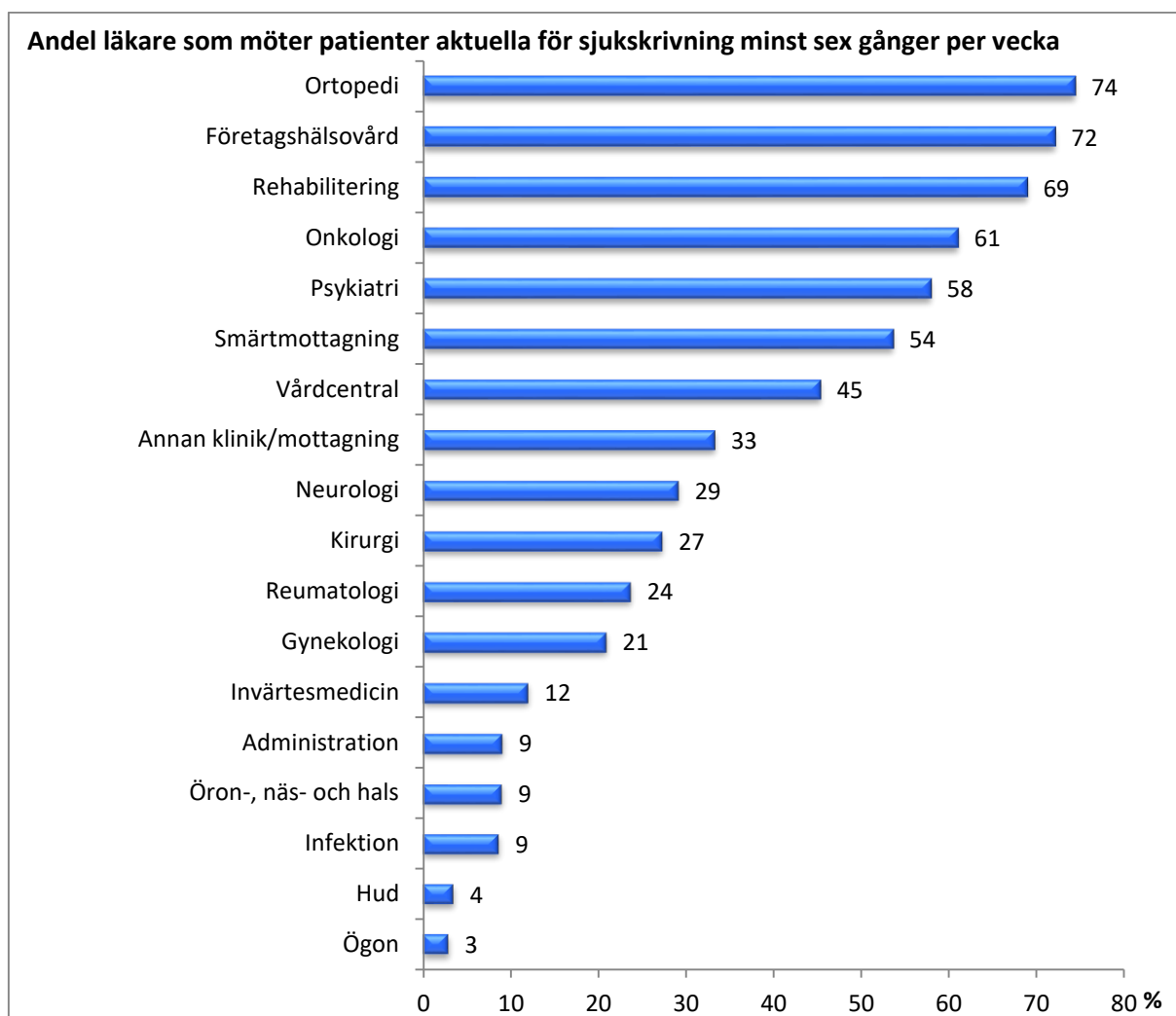
³ I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n ≤8), läkare inom barn- och ungdomskliniker, geriatrik samt de som svarade att de inte arbetade på någon klinik.

I Figur 1 visas andel läkare i förhållande till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden. Det framgår att drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka.



Figur 1. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

I Figur 2 presenteras andelen läkare, inom olika typer av kliniska verksamheter, som svarat att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning *minst sex gånger per vecka*. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka fanns på ortopedkliniker (74 %), inom företagshälsovård (72 %), rehabilitering (69 %) och onkologi (61 %). På vårdcentraler var motsvarande andel 45 procent.



Figur 2. Andel (%) läkare som mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Tre områden (I, II, III)

Analyserna har utgått från två områden: det försäkringsmedicinska beslutsstödet (I) och digitala system (II). Vid analyserna av de öppna svaren om dessa två områden framträdde ett tredje, tydligt område inom kommentarerna om såväl det försäkringsmedicinska beslutsstödet som digitalisering, nämligen syn på Försäkringskassan, Försäkringskassans användning av FMB samt upplevelse av samverkan med handläggare vid Försäkringskassan. För att i analyserna kunna skilja dessa kommentarer från dem om läkarnas syn på FMB och digitaliseringen som sådan, skapades ett tredje område: Samverkan med Försäkringskassan (III). Detta område ingick inte i syftet med studien och omfattas inte av den ingående analysen, men då det var en mycket stor och framträdande del av kommentarerna om både beslutsstödet och om digitaliseringen har vi valt att nämna området, utan att fördjupa analyserna av de kommentarerna. I Tabell 9 visas de tre områdena liksom de teman som identifierades inom varje område. I område III har alltså inte analyser av teman och kategorier gjorts.

Tabell 9. De tre områdena av öppna svar respektive teman inom var och ett av områdena.

I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet	II. Digitala system	III. Samverkan med FK
A. Övergripande principerna	A. Integrering mellan system	
B. Hur och vad används FMB	B. E-intyget	
C. Varför använder ej FMB?	C. Digitaliserad kommunikation	
D. Problem med FMB	D. Önskemål om digitalisering	
E. Önskemål om beslutsstöden		

Först presenteras här resultat från såväl slutna frågor som de öppna svaren för område I: det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Inom det övergripande området 'det försäkringsmedicinska beslutsstödet' identifierades fem teman. (I.A-E) Det första gäller A. *De övergripande principerna*, de följande gäller de diagnosspecifika rekommendationerna och har benämnts B. *Hur och vad används*, C. *Varför använder ej* respektive D. *Problem* (Tabell 10). Det femte temat handlar om E. *Önskemål*, både för FMB och för de övergripande principerna (I Tabell 22, sidan 72, finns en mer detaljerad beskrivning av subkategorier inom den första kategorin av temat Önskemål, den kategori som heter (I.E.1) *Uppdatera FMB*).

Tabell 10. De fyra teman (A-E) och deras kategorier och subkategorier inom område I, det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Område I: Det försäkringsmedicinska beslutsstödet				
A. De övergripande principerna	B. Hur och vad används av FMB	C. Varför använder ej FMB?	D. Problem med FMB	E. Önskemål om beslutsstöd
1. Bra och användbara	1. Bra och användbara			
2. För allmänt hållna	2. Läser information - Läser - Kan dem	1. FMB saknas för 'mina' diagnoser och för samsjuklighet	1. Finns inte eller otillräckligt för 'min' diagnos	1. Uppdatera FMB (9 subkategorier, se Tabell 21, sid 73)
3. Hinner inte leta fram och läsa	3. Klipper och klistrar text till intyget	2. Hinner inte - Finns ingen tid för det - För mycket text - Svårtillgängligt via journalsystemet	2. Täcker ej samsjuklighet/komplexa ärenden	2. Utbildning och information - av läkare - av handläggare FK - patienter - allmänheten
	4. För att välja diagnos	3. Har inte läst - Inte läst - Kände inte till FMB	3. FMB saknar information - Om väntetider - Om social och psykosocial problematik - Utformade för patienter med privilegierad situation	3. "Skrota FMB"
	5. För att motivera avsteg	4. Har inget behov	4. Fel och brister i FMB - Stämmer ej med vårdprogram, riktlinjer, aktuella behandlingar - Rekommenderade tider är för korta/långa - "Skrivna av oinsatta kollegor"	4. Bättre hemsida - Tydligare hemsida med bättre sökfunktioner - Kunna delas digitalt till patienter - Information om revideringar - Integrera med e-intyget
	6. I dialog med patienten - För att ta fram handlingsplan - Som argument för viss sjukskrivningstid - För att motivera till arbete		5. FMB är för generella	5. Övergripande principerna - Klargörande texter - Sprid information om dem
	7. Bra för mindre erfarna läkare		6. Läkaren kände inte till - Att FMB ska användas individanpassat - Blandade ihop FMB och FK - Om alternativa ersättningar - Att FMB har uppdaterats - Skillnad sjukdom och arbetsförmåga	
			7. Svårnavigerad hemsida	
			8. Hur FK använder FMB - FK gör andra bedömningar nu - FK bedömer intyg från PV på annat sätt - Som regler - FK kräver medicinska utredningar - Bristande kompetens hos FK handläggare	
			9. Konsekvenser av problemen - Patienter sjukskrivs med fel diagnos - Patienter blir sjukare - Längre sjukskrivningar - Deprofessionalisering - Rättsosäker handläggning	

I.A. - De övergripande principerna

Det första temat inom område I. *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska principer* handlade om de övergripande principerna för sjukskrivning (5).

I detta inledande avsnitt presenteras svar på slutna frågor om detta i enkäten, och därefter de tre kategorier om de övergripande principerna som identifierades i de öppna svaren.

Kännedom om och stöd av de övergripande principerna

Hälften av läkarna kände till Socialstyrelsens ”övergripande principer för sjukskrivning” (5) något eller mycket väl, en fjärdedel (23 %) kände till dem men hade inte läst dem medan en fjärdedel (25 %) inte kände till dem (Tabell 11). Det fanns en liten variation mellan landstingen, 9 till 14 procent kände till de övergripande principerna i FMB mycket väl. I övrigt var det ingen större variation i svaren mellan landstingen.

I alla landsting utom i Kronoberg (46 %) svarade minst hälften av läkarna som kände till de övergripande principerna (mycket väl eller något) att principerna ger stöd i deras sjukskrivningsarbete. Av de läkare som kände till principerna, svarade en femtedel i Kronoberg, Blekinge, Västernorrland och Jämtland att de inte har något stöd av principerna, eftersom de var svårtillgängliga – och en tredjedel (31 %) att de inte var användbara.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på landsting.

Landsting	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Stockholm	11	39	24	25	53	33	14
Uppsala	13	41	22	24	55	33	12
Södermanland	14	40	22	24	57	24	19
Östergötland	12	42	21	25	53	34	13
Jönköping	9	42	22	27	56	34	10
Kronoberg	13	40	22	25	46	34	20
Kalmar	14	38	23	25	53	35	13
Gotland	11	46	28	16	55	27	18
Blekinge	10	39	25	26	54	25	20
Skåne	12	42	22	23	50	33	17
Halland	13	38	21	29	61	25	15
Västra Götaland	10	40	23	27	59	28	13
Värmland	10	40	28	22	57	32	11
Örebro	13	38	26	23	53	36	11
Västmanland	14	35	27	25	63	22	15
Dalarna	12	37	21	31	54	32	14
Gävleborg	11	46	24	18	56	30	14
Västernorrland	13	38	23	26	55	25	20
Jämtland	9	41	20	30	53	27	20
Västerbotten	8	35	26	31	51	35	14
Norrbottn	12	43	21	25	57	25	18
Hela landet	11	40	23	25	54	31	15

I Tabell 12 visas motsvarande fördelat på respektive kundgrupp och det framgår att svarsmönstret var mycket likartat mellan kundgrupperna. I samtliga kundgrupper kände 11-12 procent av läkarna till de övergripande principerna mycket väl. En något större andel (59 %) inom kundgrupp VAS uppgav att de gav stöd i arbetet med sjukskrivning i jämförelse med övriga kundgrupper (54 %).

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på kundgrupper.

	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
VAS	12	40	21	27	59	25	16
Cosmic	12	40	23	25	54	32	13
TakeCare	12	40	23	25	54	31	15
SUSSA	12	38	24	26	54	30	16
VITS	11	41	24	25	54	31	15

Andel som kände till Socialstyrelsens övergripande principer mycket väl varierade betydligt mer mellan olika typer av kliniker än mellan landstingen (Tabell 13). Störst andel läkare med denna kännedom fanns bland läkarna inom företagshälsovård (40 %) och inom rehabilitering (37 %). Minst andel läkare som kände till principerna mycket väl fanns inom infektion samt inom hud (1 % respektive 2 %). Samtidigt var det inom infektion som den största andelen (66 %) läkare fanns som ansåg att dessa principer ger stöd i arbetet. Över hälften av läkarna i majoriteten av de olika typerna av kliniker/mottagningar ansåg att principerna är ett stöd i arbetet. Minst andel som angav att det är ett stöd var inom reumatologi (41 %), administration (43 %) och neurologi (45 %).

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Företagshälsovård	40	37	13	10	58	29	13
Hud	2	31	36	31	61	24	15
Infektion	1	28	32	39	66	20	14
Invärtesmedicin	6	39	28	27	59	25	16
Kirurgi	5	31	29	35	61	27	11
Neurologi	10	37	24	29	45	41	14
Gynekologi	6	36	28	30	61	24	15
Onkologi	5	39	31	25	48	39	13
Ortopedi	13	38	25	24	48	36	16
Psykiatri	18	45	17	20	54	34	12
Rehabilitering	37	34	16	14	52	37	11
Reumatologi	13	42	29	16	41	40	19
Smärtmottagning	18	49	12	20	55	28	17
Vårdcentral	14	46	18	21	53	31	16
Ögon	3	33	30	34	51	38	11
Öron-, näs- och hals	4	33	31	32	56	30	14
Annan klinik/mottagning	9	35	25	30	57	33	11
Administration	9	41	24	26	43	36	21
Samtliga läkare	11	40	23	25	54	31	15

I Tabell 14 presenteras motsvarande uppdelat på ålder, utbildningsnivå och frekvens av sjukskrivningsärenden. En mindre andel av de yngre läkarna kände till de övergripande principerna för sjukskrivning. Bland de läkare som kände till dem svarade dock en större andel av de yngre att principerna gav stöd i deras sjukskrivningsarbete. Motsvarande mönster återspeglades i hur icke-specialister respektive specialister svarat.

En större andel av läkarna med högst frekvens av sjukskrivningsärenden (≥ 6 ggr/vecka) kände till de övergripande principerna något (43 %) eller mycket väl (15 %), medan den största andelen som inte kände till principerna fanns bland läkare som sällan hade sjukskrivningsärenden (30 %). Bland läkarna som kände till principerna hade en större andel av dem med sjukskrivningsärenden sällan stort stöd av dem.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på åldersgrupper, specialister och icke-specialister samt hur ofta de har sjukskrivningsärenden.

	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
24-39 år	5	39	22	34	64	23	13
40-54 år	10	40	26	24	54	31	14
55-68 år	20	42	21	16	46	38	16
Ej specialist	7	41	21	32	66	21	13
Specialist	14	40	24	22	50	35	15
≥ 6 ggr/vecka	15	43	21	22	47	37	16
1-5 ggr/vecka	10	40	23	26	58	27	14
<1 gång/vecka	7	34	29	30	65	23	12

Som framgår i ovanstående tabeller, så kände en relativt liten andel (11 %) läkare till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning (5) 'mycket väl', medan 40 procent kände till dem 'något'. Det är möjligt att andelen var ännu lägre än så – i flera av de öppna svaren framkom det nämligen att läkare inte alltid kände till skillnaden mellan de övergripande principerna och de diagnosspecifika beslutsstöden (FMB). Ett exempel på en sådan kommentar ges här:

Övergripande principer för sjukskrivning finns inte för min specialitet. (ID36)

I följande tre avsnitt presenteras tre teman från de öppna svaren som handlar om de övergripande principerna, nämligen *Bra och användbara*, *För allmänt hållna* samt *Hinner inte leta fram och läsa*. Tema *Önskemål* avseende de övergripande principerna redovisas under temat I.E. *Önskemål*, IE.5.: De övergripande principerna, sid 93. De andra tre kategorierna redovisas nedan var för sig.

I.A.1. - Bra och användbara

Många var positiva till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning, och vissa hade till och med mer nytta av dem än av de diagnosspecifika.

Det är viktigt och bra att känna till de övergripande principerna. (ID2113)

De ger ett mycket bättre stöd än FMB i sjukskrivningsarbetet, eftersom de gäller även i svårare fall. På den specialistenhet där jag jobbar som inhyrd personal ser vi mycket få patienter som inte redan är långtidssjukskrivna när de kommer på sitt första besök till oss.

Förstadagssjukskrivningar är ovanliga, och då på mer extrema fall som ex sjukhusvårdats. FMB fungerar nog bra i ett primärvårdssammanhang men på en specialistenhet är det redan passerat. De övergripande principerna är däremot väl användbara. (ID1815)

Dessa är viktigare att känna till än diagnosrekommendationerna. (ID3461)

Jag arbetar inom högspecialiserad vård på ett universitetssjukhus med kronisk livslång sjukdom och där ger bara de allmänna principerna vägledning. Har för min huvudsakliga patientgrupp aldrig haft hjälp av beslutsstödet i övrigt. (ID3848)

Det uttrycktes även önskemål om att Försäkringskassan både skulle känna till de övergripande principerna och använda dem. Flertalet av denna typ av kommentarer redovisas under område III; Samverkan med Försäkringskassan, sid 161. Nedanstående citat pekar specifikt på behovet av dialog mellan sjukvård och Försäkringskassan, med de övergripande principerna som utgångspunkt.

Det ger mig stöd i mitt förhållningssätt, inte minst att eftersträva konstruktiva dialoger. Tyvärr upplever jag ofta att FK inte använder SoS övergripande principer om dialog, patientens bästa osv. Händer ofta att FK inte vill ha någon dialog alls, trots att jag ofta kryssar i på intyget att jag önskar kontakt med FK så blir jag inte kontaktad. FK:s handläggare har många gånger svarat att de inte tycker att de behöver någon kontakt med intygsskrivande doktor, att all information finns på intyget för att fatta beslut. Detta trots att FK beslutar att avslå, dvs gör en helt annan bedömning än den jag som läkare gör. Då är det oerhört frustrerande att FK vägrar dialog.

Jag har också från flera handläggare informerats om att deras roll inte är att hjälpa människor utan att göra korrekta försäkringsmedicinska bedömningar. Också detta förvånar då det i de övergripande principerna för sjukskrivning står att vi i nära samverkan ska bidra till en process som har patientens bästa som mål samt att vi ska ha konstruktiva dialoger som bör präglas av en långt gående ambition att nå samförstånd. (ID2433)

I.A.2. - För allmänt hållna

De flesta som genom sina kommentarer visade att de kände till de övergripande principerna menade att principerna var självklara och därmed sedan länge införlivade i deras arbete, särskilt för mer seniora läkare. Däremot ansågs de ha betydelse för juniora läkare.

De övergripande principerna känns ganska självklara men kan tjäna som en påminnelse om vad som är viktigt tänka på i sjukskrivningsprocessens olika delar. (ID137)

Inget av svarsalternativen passar egentligen mig. Jag tycker de övergripande principerna är ganska självklara. Jag har jobbat utifrån dem långt innan de fanns. (ID684)

De är så allmänna och övergripande att de mest tycks skrivna för en 'nybörjare'. Har man större vana och erfarenhet tillför de inte så mycket. Jag tror de är mer till nytta för en läkare under utbildning. (ID693)

Saknar alternativet: 'Nej, har redan den kunskapen' (och behöver därmed inte principerna som stöd). Bra skrivet och bra innehåll för övrigt! (ID4058)

Andra menade att de var så allmänt hållna att de inte bidrog med så mycket stöd.

Är allmänt hållna och ger inget direkt stöd i en konkret sjukskrivningssituation som är komplex med många individuella aspekter. (ID456)

En annan grupp av kommentarer handlade om att de inte gick att tillämpa fullt ut med nuvarande brister inom vården.

De här principerna är ju grundläggande och något som man i stort sett har, eller bör ha, med sig efter många års utbildning. Samtidigt har man knappast någon praktisk nytta av goda principer när vårdsystemet, speciellt primärvården, inte fungerar. (ID2893)

Det är en bra text, där finns goda idéer och till synes vettiga riktlinjer. Men det är uppenbart att den ej är skriven av kliniskt aktiva läkare i bristspecialitet. (ID4288)

I.A.3. - Hinner inte leta fram och läsa

En tredje kategori inom detta tema handlade om att inte hinna leta reda på de övergripande principerna eller att inte hinna läsa dem. Detta var också en stor kategori inom temat diagnosspecifika beslutsstöden, FMB, (I.C.2., sid 54) och beskrivs därför endast med ett citat här.

Nej, man har inte tid att sitta och leta upp och läsa kilometervis med text som inte är kort och koncis när man redan är överbelastad och inte ens har tid att kolla upp blodprovresultat som togs för över en vecka sedan. Medan röntgensvar, blodprovresultat inte hinns med att tittas på och man oroar sig för att ha missat en DVT, cancer diagnos etc så kommer tidsprioriteringen till att uppdatera sig med socialstyrelsens 'Övergripande principer för sjukskrivning' långt ner på prio-listan och blir aldrig gjorda pga av fenomenal tidsbrist! (ID5727)

Här nämndes även olika önskemål om tid för att kunna sätta sig in i de övergripande principerna, detta presenteras under kategorin Utbildning om FMB under temat Önskemål (I.E.2).

De diagnosspecifika beslutsstöden (FMB)

Inom området I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet handlade tre teman specifikt om de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden (FMB): *Hur och vad används, Varför använder ej?* samt *Problem*.

Svar på fyra slutna frågor om FMB

Först presenteras här svar på fyra av de slutna enkätfrågorna om FMB.

1. Hur ofta FMB användes, dvs frekvens
2. Om värdet av FMB för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet
3. Vilken information i FMB läkaren använde
4. Om FMB underlättade kontakter med olika aktörer

Svarsfördelningen presenteras för olika grupper av läkare.

Därefter presenteras resultat från analyserna av **de öppna svaren**, med början av sidan 45.

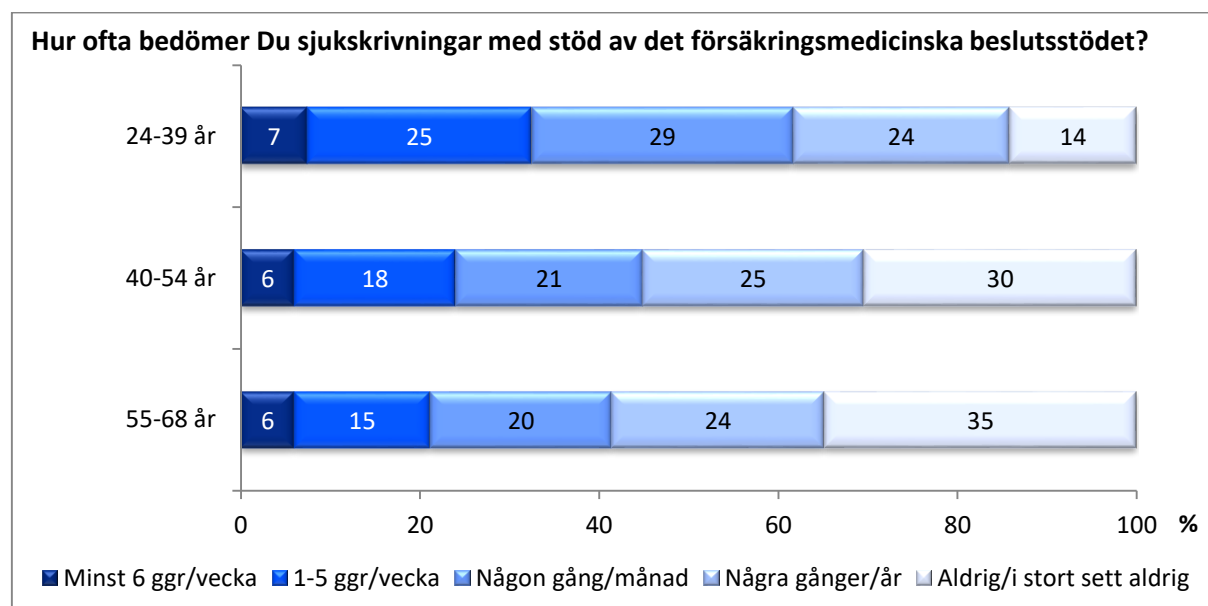
Hur ofta används FMB?

Hälften av läkarna (50 %) svarade att de använder FMB i sina bedömningar minst någon gång per månad och en fjärdedel (26 %) att de gjorde detta minst en gång varje vecka (Tabell 15). Det fanns stora skillnader mellan de olika typerna av kliniker/mottagningar i hur ofta FMB användes. Den största andelen läkare som svarade att de använder FMB fanns bland dem som arbetade inom företagshälsovård, där 18 procent använde det minst sex gånger per vecka och 42 procent minst en gång per vecka. En nästan lika stor andel (41 %) av vårdcentralsläkarna använde FMB minst en gång per vecka. Andelen som aldrig eller nästan aldrig använder FMB var störst inom ögon, hud samt öron-, näs- och hals.

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

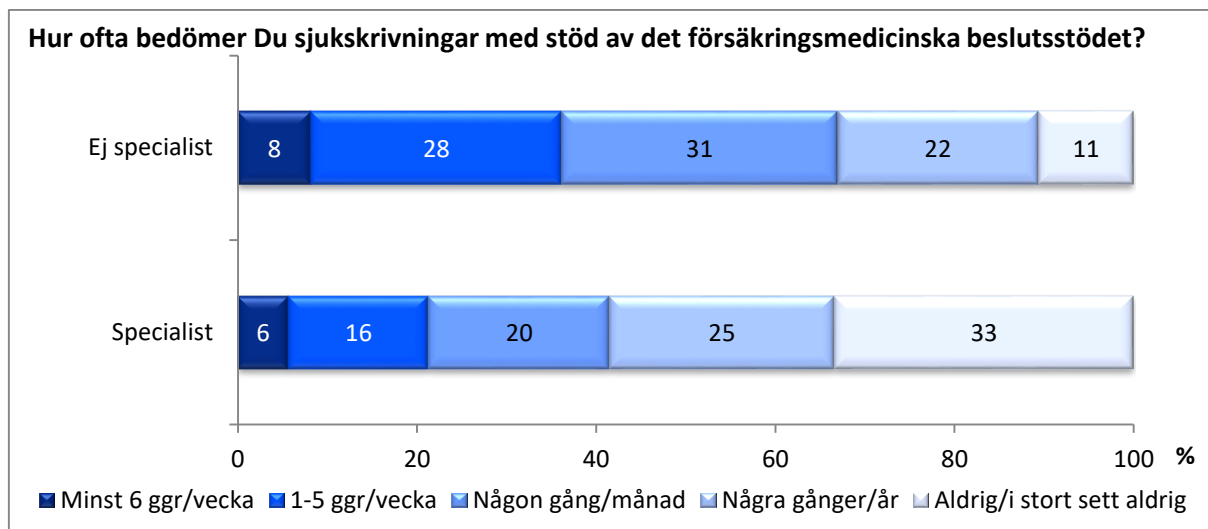
Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	18	24	22	22	13
Hud	1	2	6	37	54
Infektion	1	7	18	34	41
Invärtesmedicin	2	10	22	34	32
Kirurgi	4	13	18	27	38
Neurologi	1	12	16	35	36
Gynekologi	5	19	22	26	27
Onkologi	5	11	20	25	39
Ortopedi	11	21	20	21	27
Psykiatri	11	23	27	20	19
Rehabilitering	10	14	15	35	25
Reumatologi	2	13	17	31	37
Smärtmottagning	10	4	14	24	47
Vårdcentral	9	32	31	18	10
Ögon	1	3	8	28	60
Öron-, näs- och hals	0	3	13	30	53
Annan klinik/mottagning	4	11	18	24	43
Administration	3	10	13	25	49
Samtliga läkare	6	20	24	24	26

Som framgår av Figur 3 var det en större andel av de äldre läkarna som aldrig använde FMB (35 %) och större andelar av de yngre som använde det åtminstone varje vecka.



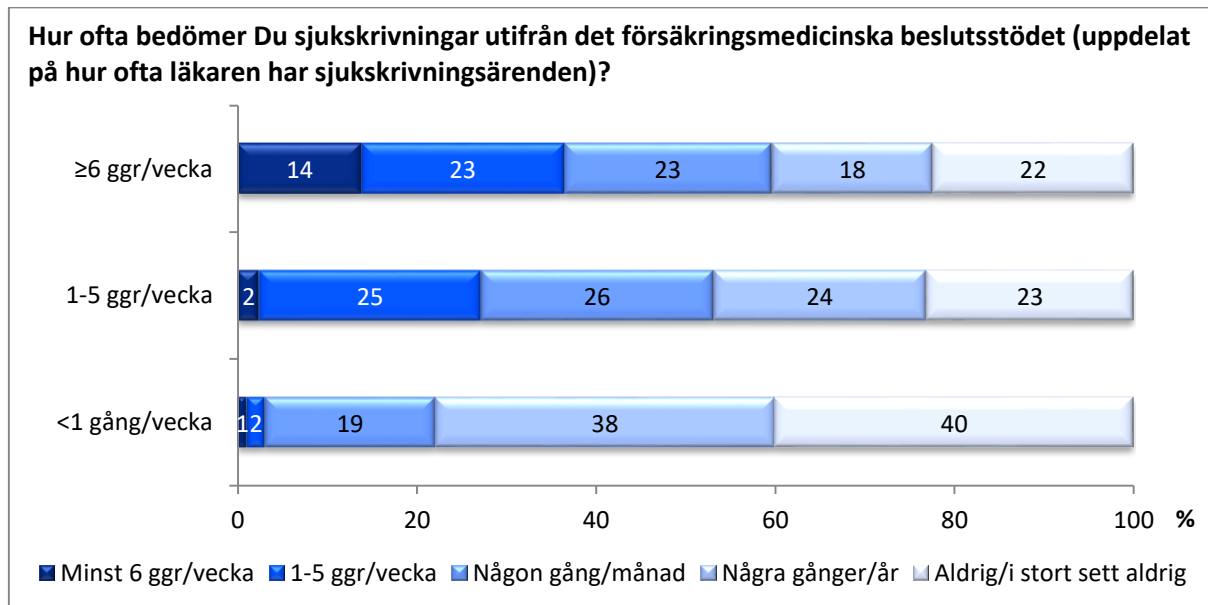
Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på åldersgrupper.

Andelen som använde FMB minst någon gång per månad varierade med utbildningsnivå och var störst bland icke-specialisterna (67 %) (Figur 4).



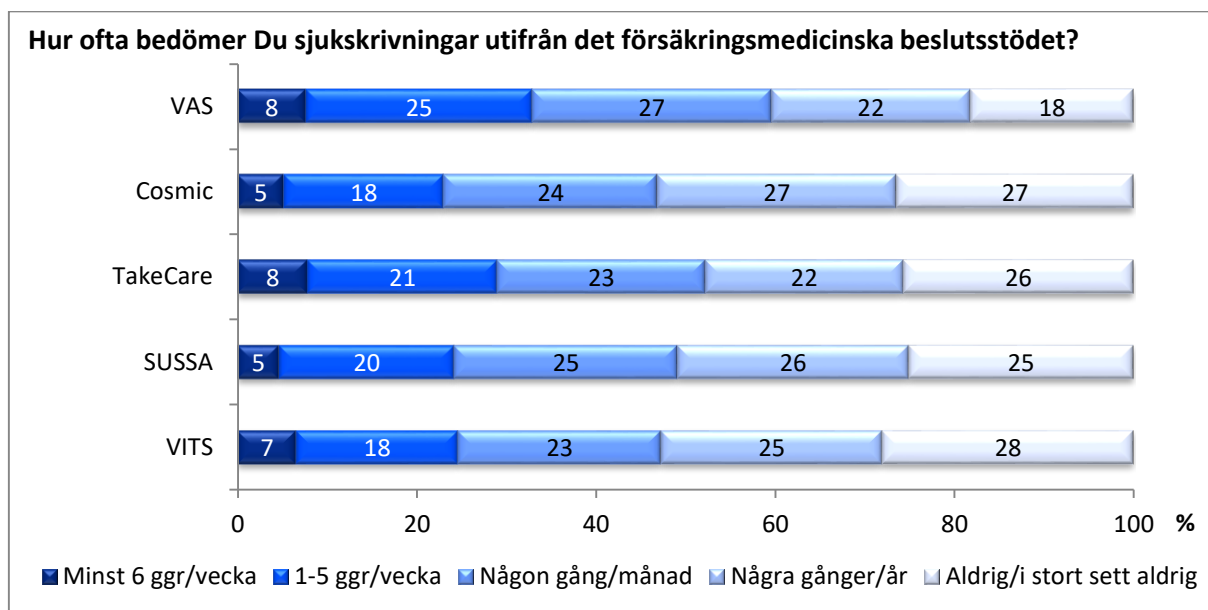
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på specialister och icke-specialister.

I Figur 5 framgår att de läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden oftare använde FMB i bedömningen av dem.



Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.

Som framgår av Figur 6 var svarsmönstret mycket likartat i de fem kundgrupperna vad avser hur ofta de använde FMB. En något större andel av läkarna inom VAS bedömde sjukskrivningar med stöd av FMB några gånger per år eller oftare.



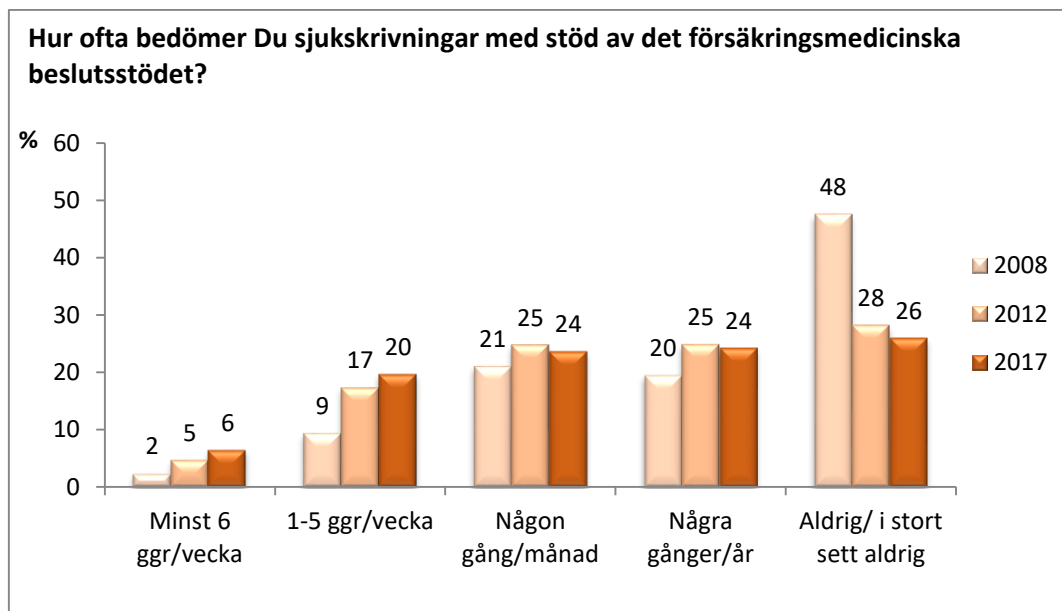
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på kundgrupper.

Andel läkare i varje landsting som använde FMB i sina bedömningar visas i Tabell 16. Tjugosex procent svarade att de använder FMB minst någon gång per vecka och en lika stor andel att de aldrig/i stort sett aldrig använder stödet. Störst andel som aldrig använde FMB fanns i Uppsala, Värmland och Stockholm. I Norrbotten svarade 34 procent av läkarna och i Dalarna och Halland 33 procent att de använder FMB minst någon gång per vecka. Lägst andel läkare som använde FMB med samma frekvens fanns i Kronoberg (18 %) och i Östergötland (21 %).

Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	7	18	22	23	30
Uppsala	6	18	22	24	31
Södermanland	5	20	28	27	18
Östergötland	5	16	23	28	28
Jönköping	6	21	25	27	22
Kronoberg	3	15	28	30	24
Kalmar	4	20	25	27	24
Gotland	3	27	31	19	20
Blekinge	3	21	27	22	27
Skåne	8	21	24	21	26
Halland	7	26	26	22	20
Västra Götaland	7	20	23	25	25
Värmland	6	17	21	25	31
Örebro	3	19	21	28	29
Västmanland	5	17	26	30	23
Dalarna	6	27	25	23	20
Gävleborg	5	22	26	27	19
Västernorrland	8	21	25	23	24
Jämtland	5	19	26	25	26
Västerbotten	4	18	25	26	26
Norrbotten	9	25	28	22	16
Hela landet	6	20	24	24	26

I Figur 7 redovisas även andelen sjukskrivande läkare som i motsvarande enkät till läkare år 2012 respektive 2008 svarade på hur ofta de använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet. År 2008 hade beslutsstödet funnits i ett år. Som framgår av figuren har andelen läkare som använder beslutsstödet ökat betydligt över åren.



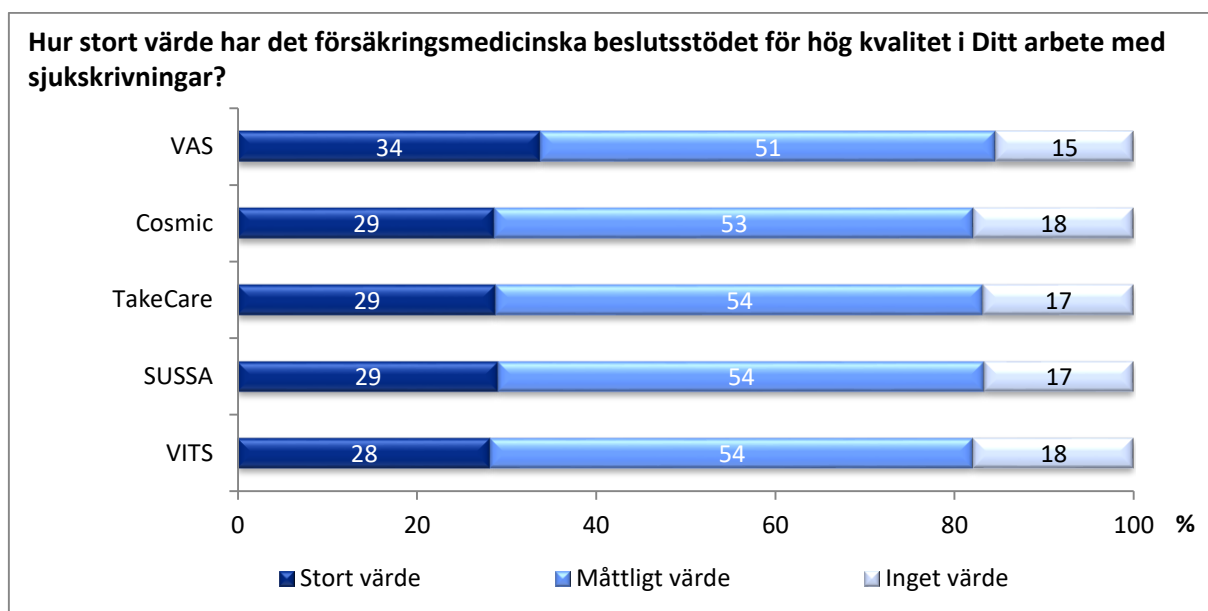
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

(för läkare som var yngre än 68 år)

Värdet av FMB för läkares arbete med sjukskrivning

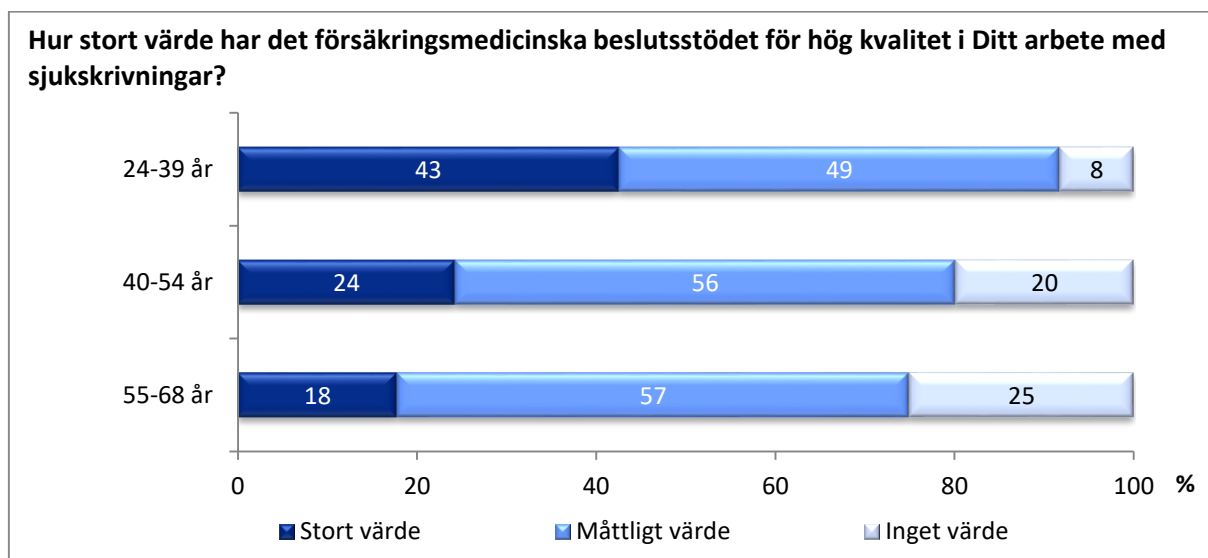
I en av enkätens frågor ombads läkarna att skatta hur stort värde de ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En tredjedel (29 %) ansåg att beslutsstödet har stort värde, drygt hälften (54 %) att det har måttligt värde och mindre än en femtedel (17 %) ansåg att beslutsstödet inte har något sådant värde.

I Figur 8 redovisas de andelarna uppdelat på de fem kundgrupperna. Som framgår av figuren upplevde närmare en tredjedel (28-29 %) av läkarna i fyra av kundgrupperna att FMB har stort värde för deras arbete med sjukskrivningar; andelen som gjorde detta var något större bland läkarna som tillhörde kundgruppen VAS (34 %).



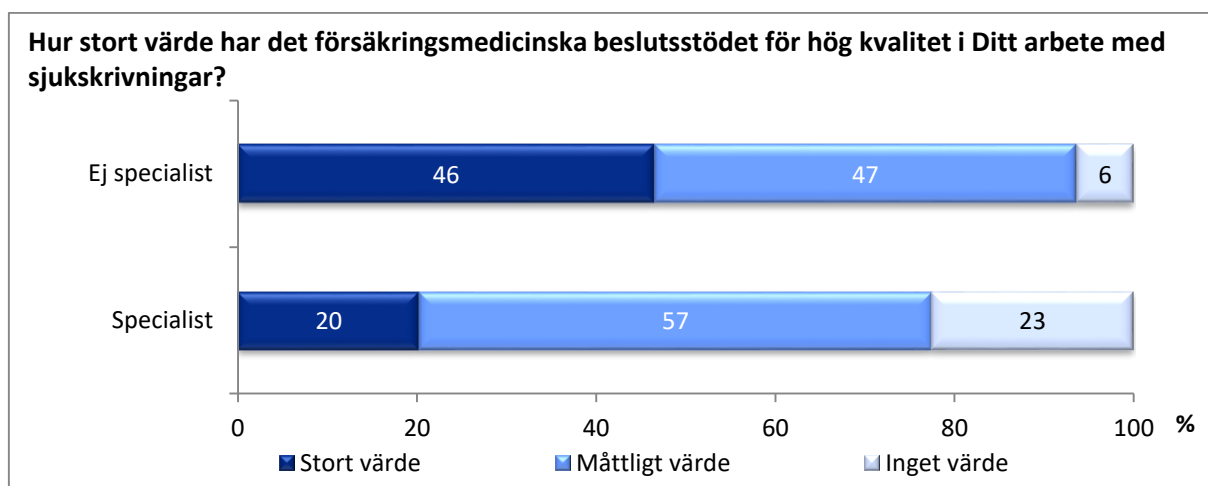
Figur 8. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på kundgrupper.

Däremot var det en stor variation mellan åldersgrupperna i hur stort värde man ansåg att FMB har (Figur 9) En betydligt större andel av de yngre läkarna (43 %) ansåg att det har stort värde.



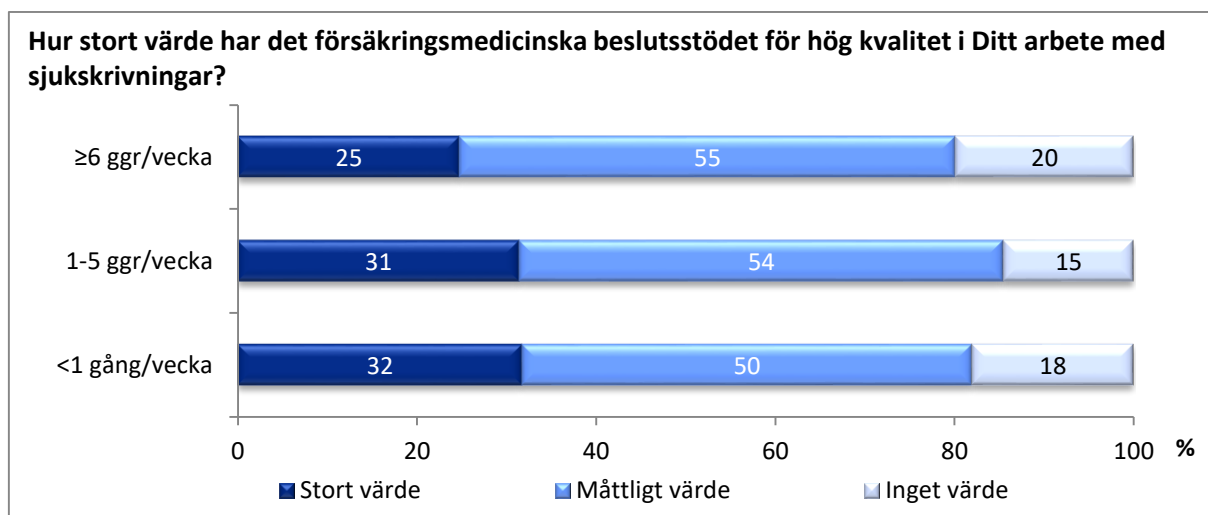
Figur 9. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på åldersgrupper.

När frågan om beslutsstödet värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar relaterades till högsta läkarutbildningsnivå framkom det att störst andel av läkarna som ansåg att beslutsstödet har stort värde (46 %) fanns bland dem som inte var specialister (Figur 10). Störst andel (20 %) som svarade att beslutsstödet inte har något värde återfanns bland specialisterna. Störst andel (55 %) som ansåg att beslutsstödet har stort värde fanns bland dem som inte hade påbörjat ST utbildning ännu (4, sid 90)



Figur 10. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på specialister och icke-specialister.

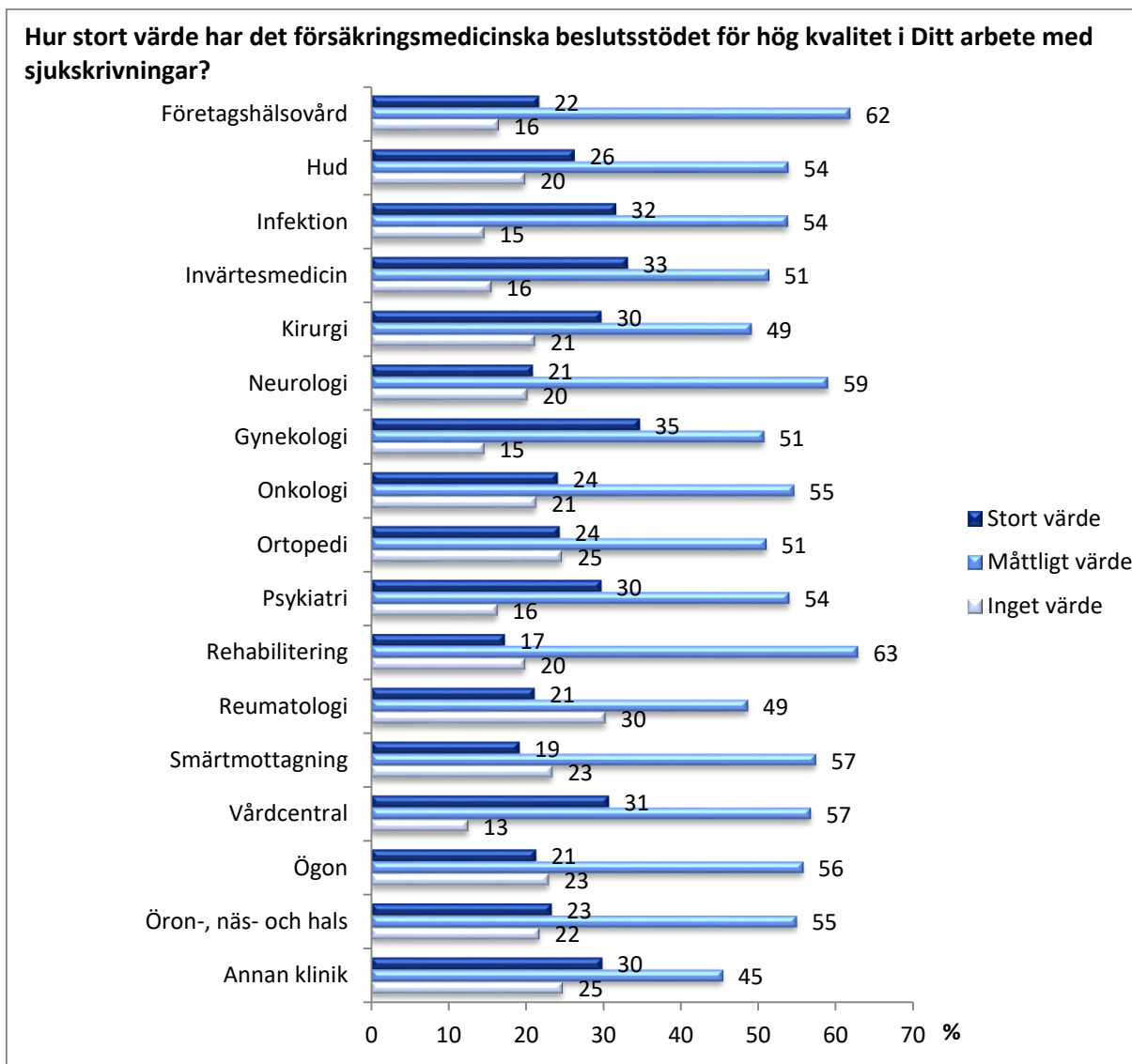
En något mindre andel av de läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka ansåg att FMB har ett stort värde för hög kvalitet i arbetet (Figur 11). I övrigt fanns det inga större variationer i relation till hur ofta läkaren hade sjukskrivningsärenden.



Figur 11. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på hur ofta de hade sjukskrivningsärenden.

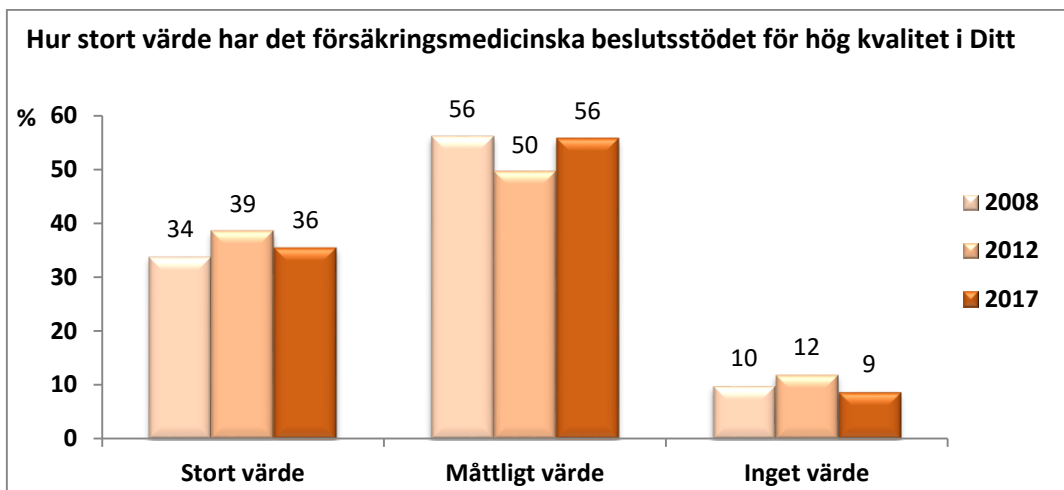
När ovanstående resultat istället delades upp på typ av klinik (Figur 12) fanns en större spridning i svaren. Störst andel som ansåg att beslutsstöden inte har något värde fanns inom reumatologi (30 %), ortopedi (25 %) och annan klinik (25 %). Motsvarande andel var lägst bland vårdcentralsläkarna (13 %).

Störst andel som ansåg att beslutsstöden har ett stort värde fanns inom gynekologi (35 %), invärtesmedicin (33 %), infektion (32 %) och vårdcentraler (31 %) – tätt följda av ett stort antal kliniska verksamheter som låg på 30 procent eller strax under.



Figur 12. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Av Figur 13 framgår att andelen läkare som ansåg att beslutsstödet har stort värde inte har förändrats mycket mellan åren 2008, 2012 och 2017.



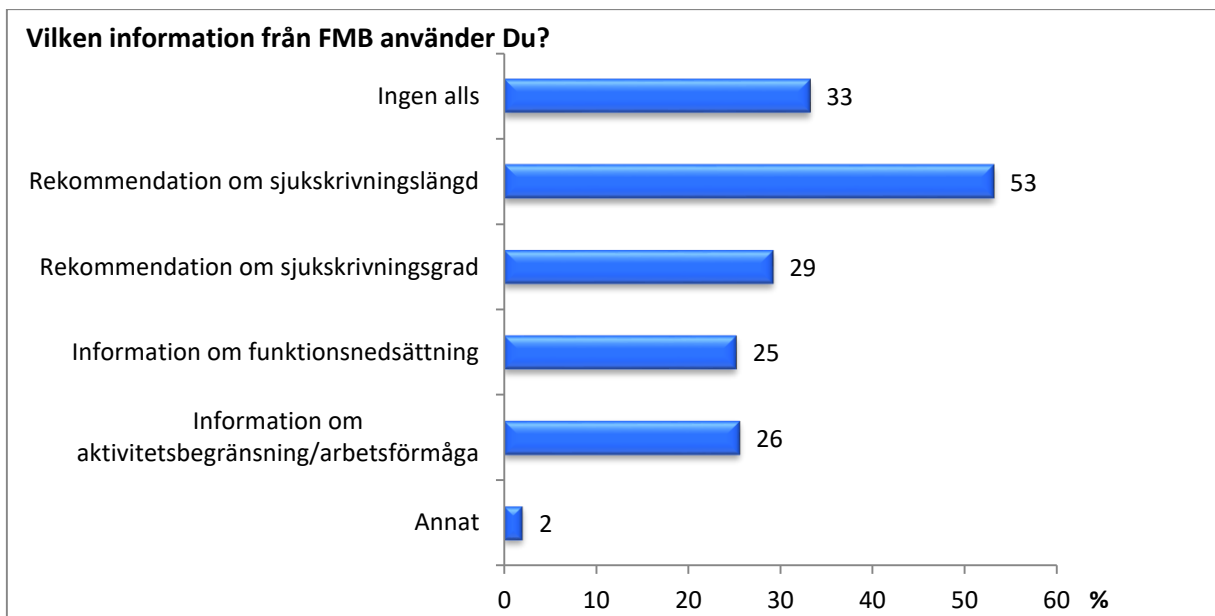
Figur 13. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹Baserat på de läkare som svarade att de minst några gånger per år bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Vilken information från FMB används?

De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden (FMB) innehåller olika typer av information. Enkäten innehöll frågor om vilken typ av information som läkaren använder. Nedan presenteras svaren fördelat på olika kategorier av läkare.

Drygt hälften (53 %) av läkarna svarade att de använder rekommendationer om sjukskrivningslängd och en tredjedel av läkarna använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad (Figur 14).



Figur 14. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.

I Tabell 17 redovisas ovanstående uppdelat på de olika typerna av klinik. Som framgår svarade en tredjedel (33 %) av de sjukskrivande läkarna att de inte använder någon information alls från FMB. Denna andel var över 50 procent inom hud, ögon, öron/näsa/hals och smärtmottagningar och minst bland vårdcentralsläkare (18 %).

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) de använde, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Vilken information från FMB använder du?					
	Ingen alls	Rekommendation om sjukskrivningslängd	Rekommendation om sjukskrivningsgrad	Information om funktionsnedsättning	Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga	Annat
Företagshälsovård	22	59	36	35	41	4
Hud	59	35	15	11	12	1
Infektion	44	50	20	10	10	0
Invärtesmedicin	37	53	28	19	18	2
Kirurgi	46	48	18	12	12	1
Neurologi	46	38	23	20	19	2
Gynekologi	37	45	33	18	21	1
Onkologi	50	34	13	16	15	2
Ortopedi	39	53	15	12	12	2
Psykatri	28	45	29	42	42	3
Rehabilitering	40	40	18	23	25	3
Reumatologi	46	36	23	23	24	3
Smärtmottagning	54	22	17	24	19	4
Vårdcentral	18	69	43	37	38	3
Ögon	67	25	9	8	9	1
Öron-, näs- och hals	52	38	17	14	14	2
Annan klinik/mottagning	44	37	20	16	17	1
Administration	45	39	24	18	26	2
Samtliga läkare	33	53	29	25	26	2

I nedanstående Tabell 18 visas detta uppdelat på de fem kundgrupperna. Det fanns viss variation mellan svaren inom de olika kundgrupperna bland dem som svarat att de inte använde någon information alls från FMB. Störst andel som svarade detta var läkare inom kundgruppen VITS (35 %), med fallande skala Cosmic (34 %), TakeCare (33 %), SUSSA (32 %) och VAS (28 %).

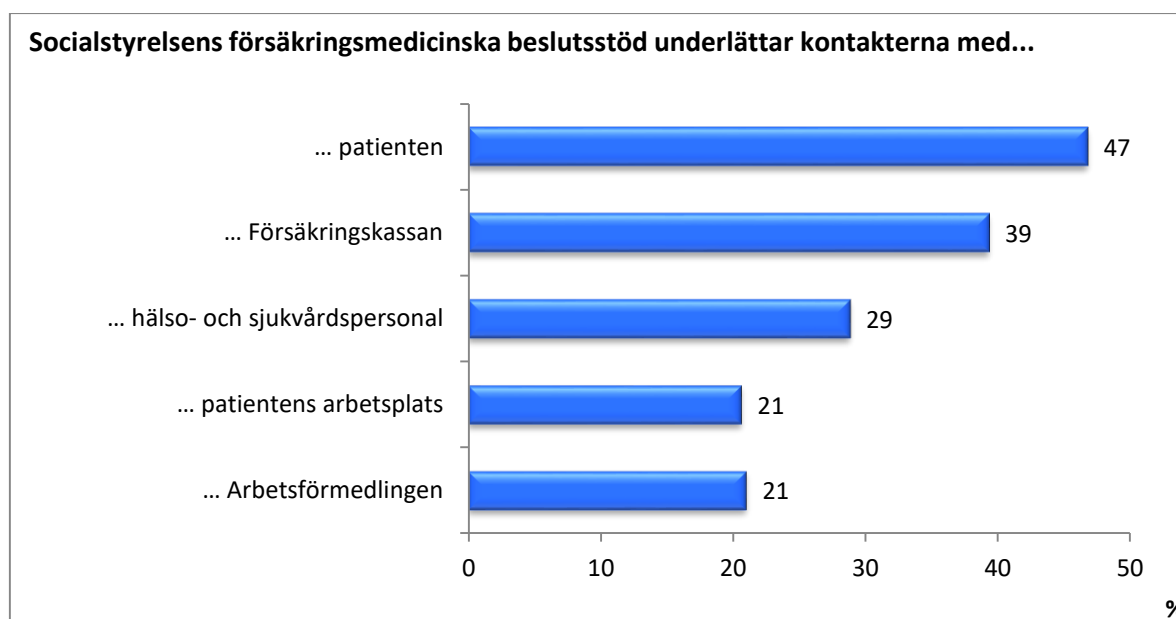
En majoritet av de svarande läkarna använde sig av rekommendation om sjukskrivningslängd i FMB, det fanns en skillnad i detta på 10 procentenheter mellan VITS (50 %) och VAS (60 %). Omkring 30 procent använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad i FMB, en något lägre andel (26 %) inom kundgrupp VITS. Vissa variationer i resultaten återfanns för frågan om hur stor andel som använder information om funktionsnedsättning i FMB. Medan 23 procent inom kundgrupp Cosmic och SUSSA använde sig av denna information, så använde 33 procent inom VAS denna information. Vissa variationer mellan kundgrupperna fanns även vad gäller frågan om läkarna använde sig av information om aktivitetsbegränsning eller arbetsförmåga. Medan 23 procent inom kundgrupp SUSSA använder sig av denna information, så använder 32 procent inom VAS sådan information.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) de använde, uppdelat på kundgrupper.

Kundgrupp	Vilken information från FMB använder du?					
	Ingen alls	Rekommendation om sjukskrivningslängd	Rekommendation om sjukskrivningsgrad	Information om funktionsnedsättning	Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga	Annat
VAS	28	60	31	33	32	2
Cosmic	34	55	29	23	24	2
TakeCare	33	52	31	25	26	2
SUSSA	32	56	30	23	23	2
VITS	35	50	26	26	27	2

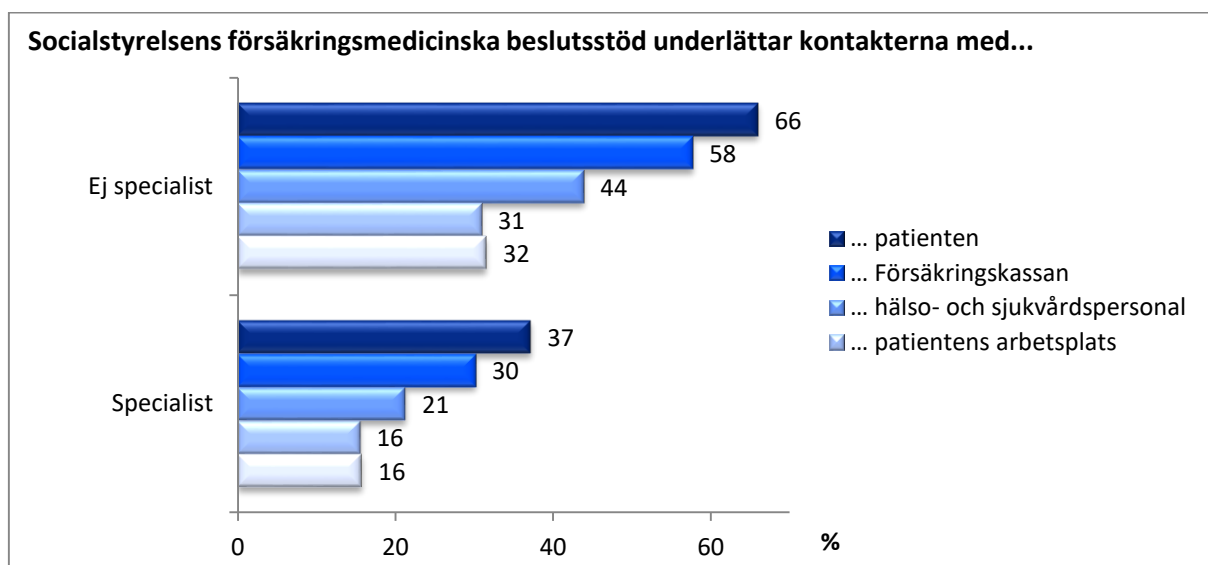
FMB underlättar kontakten med olika aktörer

En av enkätfrågorna som hör hemma inom denna kategori är om läkaren upplevde att FMB underlättade kontakterna med olika aktörer. Av Figur 15 framgår att nästan hälften av läkarna svarade att FMB underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel ansåg att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättas av FMB, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning läkaren har sådana kontakter. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen innebär inte att FMB är mindre användbart i de kontakterna, utan troligen att färre av de svarande överhuvudtaget haft sådana kontakter.



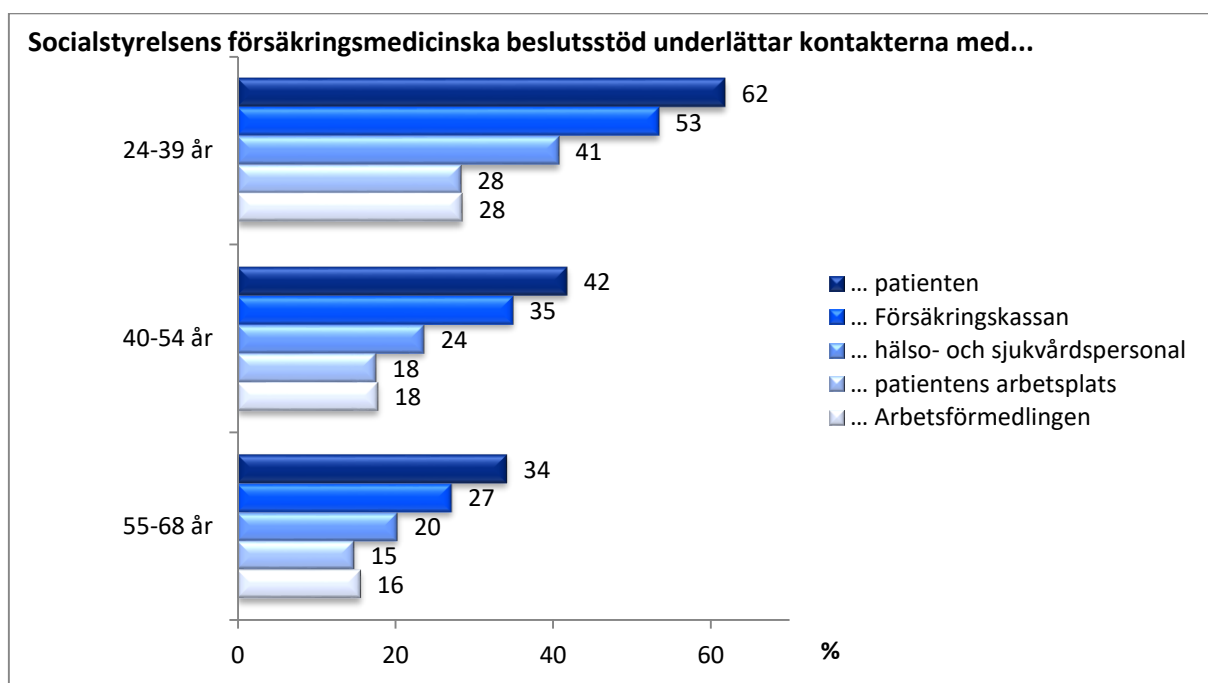
Figur 15. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

I Figur 16 har svaren på frågan om FMB underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas utbildningsnivå. Mer än två tredjedelar av läkarna som ännu inte var specialister ansåg att FMB underlättar kontakterna med patienten. De specialistutbildade ansåg detta i minst utsträckning



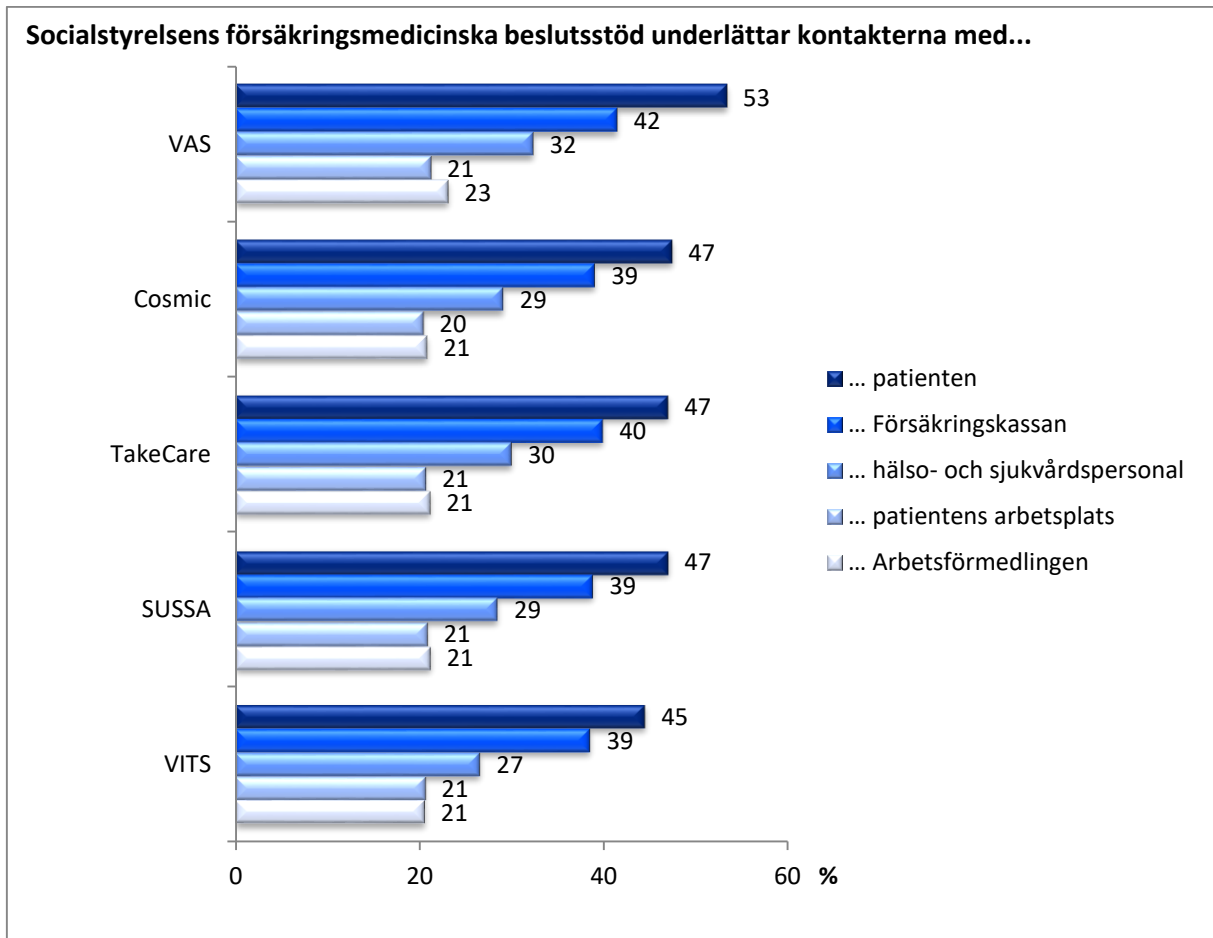
Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på specialister och icke-specialister.

I Figur 17 visas detta för de tre åldersgrupperna. En betydligt större andel av de yngre ansåg att FMB underlättar kontakterna med de listade aktörerna, i många fall dubbelt så stor andel.



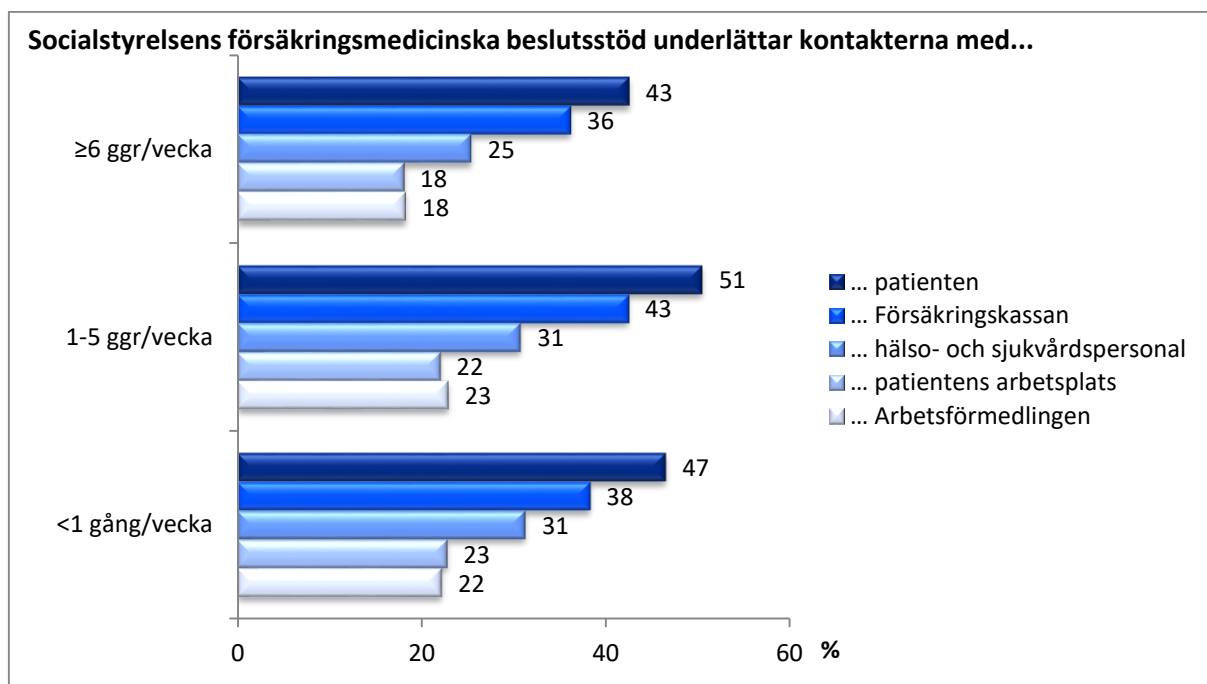
Figur 17. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på åldersgrupper.

Däremot fanns det inte någon större variation mellan kundgrupper när det gäller svaren på denna fråga (Figur 18).



Figur 18. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på kundgrupper.

Detsamma gäller när svaren redovisas uppdelat på hur ofta läkaren hade sjukskrivningsärenden: det var ingen större variation mellan grupperna (Figur 19).



Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.

Mellan läkare inom olika typer av kliniska verksamheter var variationen större i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ansågs underlätta kontakten med patienter och andra aktörer (Tabell 19). Att det inte finns diagnosspecifika FMB för alla diagnoser kan ha betydelse för resultatet i denna fråga.

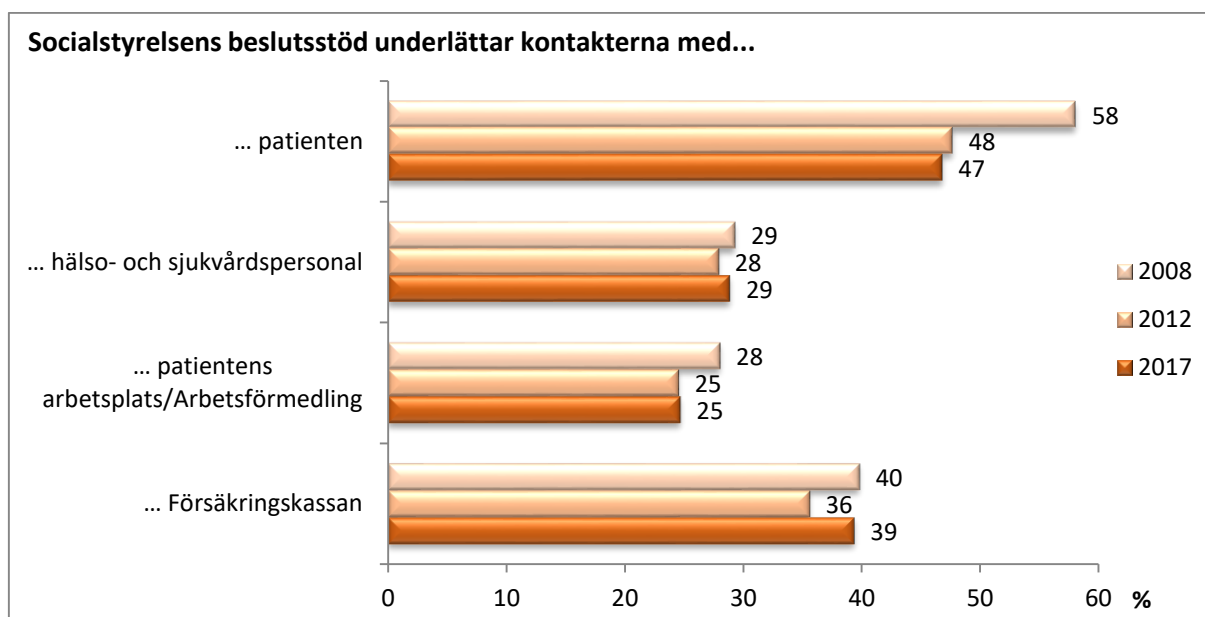
Andelen läkare som ansåg att FMB underlättar kontakten med minst en av de listade aktörerna var störst på vårdcentraler (65 %) och minst på ögonmottagningar (27 %). Det var samma förhållande när det gällde nytta av FMB i kontakten med patienter; störst andel läkare på vårdcentraler (55 %) och minst andel bland läkare på ögonmottagningar (26 %) (Tabell 19). Drygt 40 procent av läkarna som arbetade inom invärtesmedicin, psykiatri eller på vårdcentral svarade att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan.

Tabell 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt med minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats	Arbetsförmedlingen	Minst en av dessa aktörer
Företagshälsovård	46	37	24	31	17	58
Hud	40	27	24	15	16	40
Infektion	44	35	23	18	16	46
Invärtesmedicin	50	41	31	22	22	53
Kirurgi	46	34	28	18	17	48
Neurologi	31	32	17	12	14	42
Gynekologi	48	37	29	19	16	51
Onkologi	35	37	20	13	13	42
Ortopedi	44	35	24	16	16	50
Psykiatri	40	43	31	22	25	55
Rehabilitering	32	30	22	19	19	42
Reumatologi	34	33	24	19	19	41
Smärtmottagning	33	28	28	18	20	33
Vårdcentral	55	45	33	23	25	65
Ögon	26	25	18	13	14	27
Öron-, näs- och hals	39	31	22	17	18	41
Annan klinik/mottagning	41	35	30	19	20	39
Administration	33	36	18	18	16	45
Samtliga läkare	47	39	29	21	21	53

I Figur 20 visas övergripande svar för detta över de tre senaste enkätåren. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har underlättat kontakten med patienterna för en mycket stor andel av läkarna. Andelen som svarade detta var störst år 2008, när beslutsstödet nyligen införts. Eftersom nästan hälften av läkarna då ännu inte använde beslutsstödet, kan svaren här tolkas som att nästan alla som använde det ansåg att det underlättade kontakten med patienter. Vid de kommande enkäterna hade beslutsstödet funnits i fem respektive i tio år. Det innebär att det inte är lika enkelt att svara på frågan om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med olika aktörer; många läkare har, särskilt vid 2017 års enkät, inte varit yrkesverksamma innan beslutsstödet fanns.

Trots detta svarade nästan hälften att beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten år 2012 respektive 2017. Nästan 40 procent svarade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan och en tredjedel att det underlättade kontakterna med övrig hälso- och sjukvårdspersonal, med små variationer mellan åren. Som sagts tidigare: Att mindre andel läkare svarat att beslutsstödet underlättade kontakten med till exempel Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats ska sättas i relation till att många läkare inte hade haft sådana kontakter och därför inte kunde uppleva att beslutsstödet underlättade just dessa kontakter.



Figur 20. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

Öppna svar om de diagnosspecifika FMB

När det gäller de öppna svaren om de diagnosspecifika beslutsstöden, FMB, identifierades förutom temat I.A. *Övergripande principer* som presenterats tidigare, ytterligare fyra teman bland kommentarerna. Dessa var: I.B. *Hur och vad används*, I.C. *Varför använder ej?*, I.D. *Problem* samt I.E. *Önskemål*, se Tabell 10. Under temat *Önskemål* redovisas även önskemål avseende de övergripande principerna.

I.B. - Hur och vad används

Inom temat *Hur och vad används* identifierades sju kategorier, nämligen *Bra och användbara*, *Läser information*, *Klipper och klistrar text till intyget*, *För att välja diagnos*, *För att motivera avsteg*, *I dialog med patienten*, samt *Bra för mindre erfarna läkare*. Kategorierna redovisas var för sig nedan.

I.B.1. - Bra och användbara

En kategori under temat FMB var att de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden var bra och användbara. Nedan ges exempel på sådana kommentarer.

Det försäkringsmedicinska beslutsunderstödet från Socialstyrelsen är bra och ett värdefullt kliniskt hjälpmedel. (ID5087)

Bra att det finns sådant som gör sjukskrivningsprocessen aningen mindre rättsosäker. (ID7618)

Den är väldigt bra att ha! Ett konkret handtag i en värld av subjektiva upplevelser och tolkningar. (ID7462)

.... vissa avsnitt som rör ortopediska diagnoser är dock riktigt bra ... (ID1025)

FMB förslag kan vara mycket hjälpsamma för patienter med enskild sjukdom. (ID2935)

Detta var särskilt tydligt bland mer juniora läkare, vilket även framkommer ovan i Figur 3, Figur 9 och Figur 17.

Jag som är AT-läkare hittar mycket stöd i FMB. Jag uppskattar verkligen att de finns. (ID7188)

När det finns FMB är det mkt bra att ha som grund för ss. Det är relativt sällan som man behöver förlänga ss om det finns ett bra FMB. (ID6341)

En läkare skrev att FMB varit till hjälp för att fastställa vilka rutiner som ska gälla vid vårdenheten.

Det har hjälpt vår arbetsgrupp att hålla en jämnare linje och därmed mer rättvisa bedömningar. (ID7652)

En del läkare menade att FMB är bra, men innehåller självklarheter, åtminstone för dem som har erhållit viss klinisk erfarenhet.

Men jag läser väldigt sällan. Upplever inget stort behov tydligen. Men nu när jag blir påmind så inser jag att det inte skulle skada. BRA ATT DET FINNS RÅDER DET INGEN TVEKAN OM. (ID2176)

De är lätta att hitta och ta till sig, men jag vet inte om de specifikt är ett stöd i arbetet. Snarare handlar mycket som står där om sunt läkarförnuft, som jag ser det. Men en bra sammanfattning som kan vara värd att friska upp ibland. Därför har jag svarat 'Ja' på allt. (ID6022)

En del av dessa svar uttryckte att de är bra för enklare sjukskrivningsärenden, men inte till någon större hjälp i mer komplexa ärenden.

De svåra fallen ligger oftast utanför ramarna i beslutsstöden. Lättare fall innebär att beslutsstöden inte behövs. /.../ I grunden en bra idé, man försöker standardisera och strukturera! (ID6511)

Rekommendationerna är bra men oftast svårtillämpliga mer än till ett standardiserat sjukdomsförlopp. Oftast finns många andra faktorer med i beslutsbilden än bara det aktuella tillståndet vi sjukskriver för. (ID5507)

Jag går regelbundet in och tittar på riktlinjer, men tycker sällan att det går att följa pga samsjuklighet. Jag tycker ändå att det är bra att de finns. (ID4188)

De är väl bra på sitt sätt, men hjälper sällan något i de kniviga fallen jag tidigare beskrivit. Angående beslutsstödet så har det en liten, liten funktion i form av att man får en bild av hur andra tänkt kring olika diagnoser. Och det stämmer ganska bra i de enkla fallen, men där är det också lätt att sjukskriva och man behöver inte titta på något stöd. I de komplexa fallen stämmer sällan beslutsstödet med den bedömning man gör i verkligheten och då har man ingen nytta av det. (ID6934)

En positiv kommentar angående FMB var att det håller sig till sjukdomsbegreppet. Flera läkare skrev också att FMB används regelmässigt på deras kliniker.

I.B.2. - Läser information

I denna kategori fanns det två subgrupper, dels de som läser information, dels de som inte gör det längre eller läser dem sällan.

I.B.2.1. - Om längd, grad, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning etc

Som framgår av Tabell 17 användes rekommendationerna om sjukskrivningslängd av flest läkare (53 %), följt av rekommendationer om sjukskrivningsgrad (29 %), information om funktionsnedsättning (25 %) respektive om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga (26 %). Flera av kommentarerna om dessa rekommendationer var positiva och mer allmänt hållna, såsom nedanstående:

Jag använder väldigt ofta Socialstyrelsens hemsida för uppfattning av längden av sjukskrivningen. Jag tycker att detta är bra stöd och detta ger trygghet vid sjukskrivningar. (ID7470)

Mycket bra att komplettera sjukskrivningsbeskrivning med så FK handläggare också förstår vad jag menar. Samma språk används då. (ID6396)

Jag gick en kurs i försäkringsmedicin via FK i Skåne (1 dag). Sedan läste jag igenom socialstyrelsens och FK's mer detaljerade skrivelser om sjukskrivning. Sedan dess har jag sällan problem med min inställning till sjukintyg och får sällan begäran om kompletteringar. (ID5066)

Som i så många andra kommentarer framkom att man tolkade FMB annorlunda än Försäkringskassan.

Alltså jag tycker de är bra och användbara men någonstans på vägen blir det ett missförstånd vad jag läser ut av det och vad FK läser ut av det. (ID5097)

I.B.2.2. - Kan dem eller läser vid sällan-diagnoser

En subkategori här var att läkare inte läser dem längre, eftersom de kan vad som står för 'deras' diagnoser. En annan att läkare läser FMB för diagnoser som de mer sällan handlägger.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd använder jag ffa för att få hjälp med vad som är rimligt vid sjukskrivning av sådant jag mer sällan stöter på såsom muskelrupturer o dylikt. (ID6527)

I.B.3. - Klipper och klistrar text till intyget

En kategori under temat vad i FMB som används handlade om att läkare använde sig av formuleringar i FMB för att "blidka" Försäkringskassans handläggare så att de skulle bevilja patientens ansökan om sjukpenning. Närmare 300 kommentarer berörde att läkare upplevde att de var tvungna att använda "nyckelord", "kodord", "rätt formuleringar" och "klippa och klistra" från FMB för att handläggare skulle godkänna patientens sjukskrivning. Följande exempel på citat visar några olika aspekter som även illustrerar den ställning begreppen och formuleringarna som återfinns i FMB har fått för språkanvändningen och därmed kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassans handläggare.

FK har hög personalrotation med många nybörjare som tyvärr inte godkänner sjukintyget om beskrivningen av pat. inte till punkt och pricka stämmer med beslutsstödet. Många av mina intyg är "klipp och klistra" från stödet vilket sparar tid för mig och nästan garanterar att de godkänns. Detta innebär ju en total avprofessionalisering av intygsförfarandet. Stödet får bakvänd effekt. (ID6516)

Jag brukar återanvända beskrivningen av symptomnedsättning och statusfynd så FK får den text de förväntar sig, den patetiska konsekvensen är att intygen därför e.g. bara innehåller en diagnoskod samt lite klipp och klistra från internet. (ID7597)

Jag använder underlaget dels för att uttrycka mig 'rätt' så att FK handläggare inte hakar upp sig på retorik och dels för att granska min patients diagnos kontra FMB och möjliga bidiagnoser som kan bidra till co-morbiditet och därför svårigheter till återgång i arbete. (ID2946)

En annan läkare beskrev hur hen gjort större ansträngningar i att använda sig av den rekommenderade DFA-kedjan, men upplevde att det inte heller alltid föll väl ut.

Vidare så är FK extremt hycklande när det gäller vilken information som de vill ha i sina intyg, de kräver OBJEKTIVA fynd och kräver att vi ska följa den sk D-F-A-kedjan, diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Jag har nu börjat tillämpa det i detalj m h a ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa), en av WHO:s huvudklassifikationer <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>, de delar som berör funktionstillstånd och aktivitetsbegränsning. Det blir på detaljnivå. Ett nyligen skrivet intyg har nu fått backning då handläggaren på FK tycker att ICF är för 'generellt'. Detta börjar bara bli mer och mer bisarrt. (ID1192)

En återkommande kommentar var att läkare lärde sig vilka termer de behövde föra in i intyget för vissa diagnoser för att sjukskrivningen skulle gå igenom. Läkare beskrev också att de förutom uttrycken som står i FMB, även behöver lära sig uttryck som inte står uttryckligen i FMB. Följande citat illustrerar att läkare uppmanas att skriva uttryck som "patienten ser håglös ut", uttryck som handlar om hur patienten ser ut.

Vid sådant som jag har stor erfarenhet av så som depressions/ångest/utmattning använder jag samt mina kollegor det främst för att kunna använda exakt de termer som där står för att få godkänt intyg utan trassel oavsett om det egentligen stämmer på specifikt den patient jag har framför mig el ej. Dvs i fall då det är självklart arbetsförmågan är kraftigt sänkt men de specifika delarna som står uppräddade i FMB stöd inte egentligen stämmer men skriver jag de ej blir intyget ej godkänt trots påtagligt sänkt arbetsförmåga uppenbar för alla som träffat pat. Antalet kompletteringar har ökat lavinartat sista året och de är aldrig till mkt sällan befogade

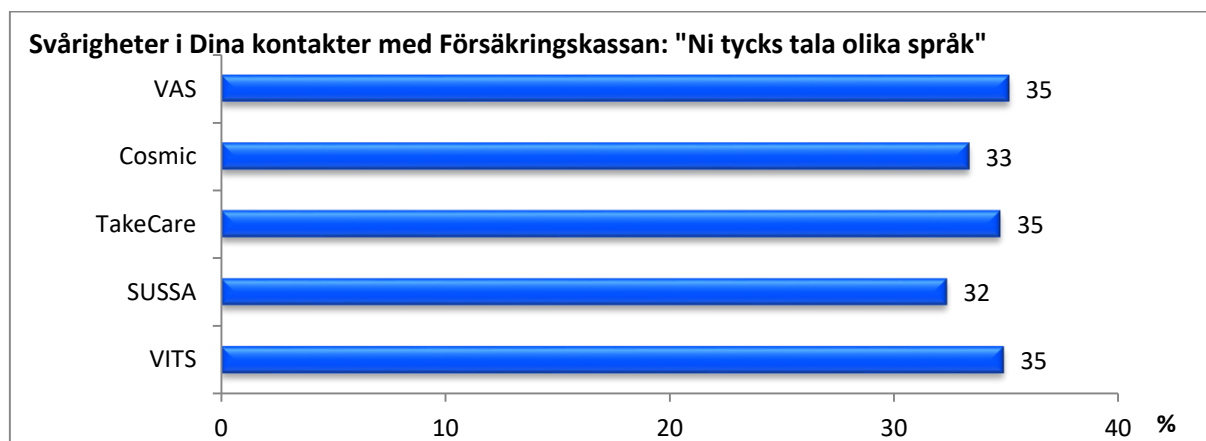
för mig som kan skryta med att vara mkt noggrann i mina intyg. Jag har vid flera tillfällen blivit kontaktad för att fylla i sådana floskler så som ' Pat ser håglös ut, hänger med huvudet vid tillfällen under samtalet' ngt som inte säkert stämmer för min deprimerade patient men jag har fått som förslag av handläggaren på FK att skriver jag så kan de godkänna rakt av... Upplever också att kunskapen om medicinska språket är mkt låg hos många av bedömarna på FK detta trots att vi som läkare måste kunna skriva det språk vi är vana vid och som är det som för oss alla används när det gäller beskrivning av diagnoser. (ID6527)

Andra läkare menade att en del av de kompletteringar som begärs från handläggare är rent språkliga, det vill säga att språket inte följt FMBs språk.

Största problemet för oss är att handläggarna på FK inte kan någonting medicinskt och begär kompletteringar som bara innebär en ny skrivelse som förklarar samma sak med andra ord. Jag upplever att det avgörande för om intyget blir godkänt är min stilistiska förmåga och jag har lärt mig använda vissa nyckelord och begrepp som jag vet brukar gå igenom. (ID2628)

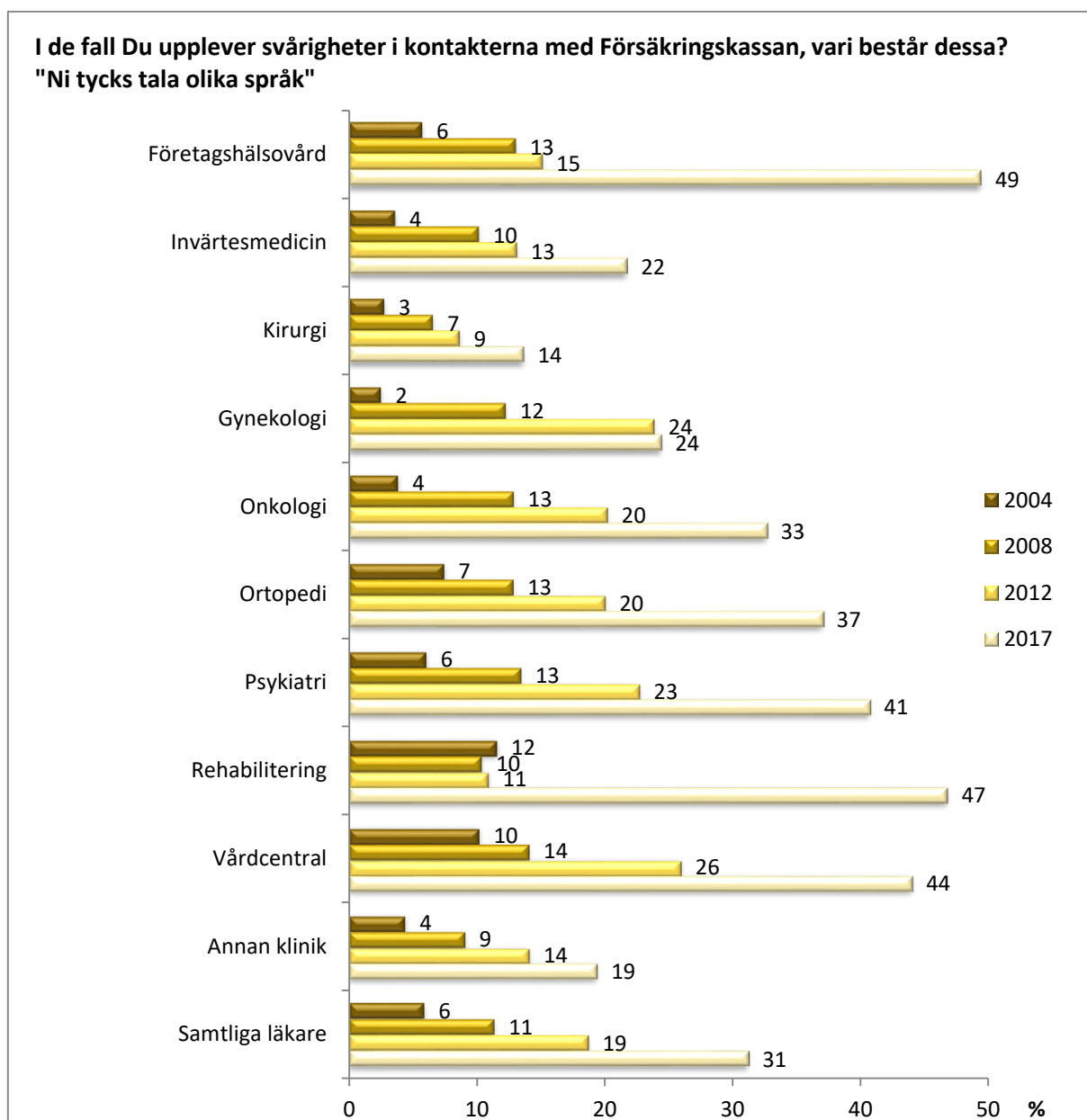
”Ni tycks tala olika språk”

Kommenterarna i denna kategori kan även relateras till att en tredjedel (34 %) av läkarna i en slutet fråga i enkäten svarat att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”ni tycks tala olika språk”. I Figur 21 framgår att detta inte varierade med kundgrupp.



Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde att ”ni tycks tala olika språk” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.

Det har dock skett en betydande ökning över åren i andelen läkare som upplevde att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”ni tycks tala olika språk” (från 6 % år 2004, 11 % 2008, 19 % 2012 till 31 % 2017). I Figur 22 visas svar om detta uppdelat på olika typer av kliniska verksamheter bland läkarna som huvudsakligen arbetade i Stockholm och Östergötland. I samtliga typer av kliniker har det skett en avsevärd ökning sedan 2004 i andel som upplever detta.



Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde att ”ni tycks tala olika språk” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

I.B.4. - För att välja diagnos

Några läkare beskrev hur de, när de upplevde att Försäkringskassans handläggare var okunniga eller använde FMB som ett strikt regelverk, kunde använda FMB som en katalog över vilka diagnoser som Försäkringskassan sannolikt skulle bevilja längre sjukskrivningstid för, än andra diagnoser.

För att hitta en diagnos som kan hjälpa pat att få sin erforderliga sjukpenning. (ID685)

Jag undviker ibland använda en viss diagnos och väljer en annan som också stämmer med klinisk bild om min bedömning efter 30 år som distr.läk av enskild pat inte stämmer med FMB. (ID1515)

Fördelen med beslutsstödet är att man kan se vilka diagnoser som anses motivera långa sjukskrivningstider. Man väljer dem för att slippa motivera för okunniga handläggare varför t ex en patient med paniksyndrom behöver vara sjukskriven i 4 veckor. Det är viktigaste skälet till att utmattningssyndrom blivit en så populär diagnos: 1 års sjukskrivning utan tjafs. (ID1384)

I.B.5. - För att motivera avsteg

En annan kategori inom detta tema handlade om att FMB användes när läkaren bedömde att en patient behövde vara sjukskriven längre än FMB rekommenderar.

Jag tittar bara på handledningen beträffande sjukskrivningslängd, för att kunna kommentera skäl till längre sjukskrivning från början, ifall jag råkar bedöma att sjukskrivningstiden skall vara längre än vad anvisningarna säger. (ID1980)

En återkommande kommentar var att det upplevdes mer eller mindre som ett tvång att använda FMB.

Känner mig tvingad att alltid dubbelkolla rekommendationen eftersom en stark och alltid tidskrävande förklaring krävs om jag går utanför rekommendationen. (ID4443)

En läkare skrev att hen lutade sig mot FMB också i fall där Försäkringskassan inte ville bevilja sjukskrivning även om läkaren bedömt inom FMBs rekommenderade sjukskrivningslängd.

Lite stöd för patientens skull när det gäller längd på sjukskrivningen, speciellt vid kompletteringar. Nästan alltid "sjukskriver" FMB längre än vad FK vill godkänna. (ID7553)

Det förekom också att läkare endast tittade i FMB när de fått begäran om komplettering. Ett ytterligare exempel var att hänvisa till FMBs rekommendationer för att motivera att patienter inte endast hade en diagnos och därför inte passade in i rekommendationen.

Diskuterar det oftast i sjukintyget för att poängtera att jag vet vad som rekommenderas men att pat exempelvis har flera komplexa diagnoser som gör att hen behöver vara sjukskriven längre tid än FMB anger. (ID4419)

I.B.6. - I dialog med patienten

Denna kategori berör de olika sätt som läkare beskrev att de använde FMB i dialog med patienter.

Jag använder FMB när jag pratar med patienten, speciellt första gången sjukskrivning görs. Jag använder även vid uppföljning. (ID1155)

I.B.6.1. - För att ta fram handlingsplan

FMB användes av en läkare som underlag för att tillsammans med patienten kunna lägga upp en handlingsplan för vad som ska hända under sjukskrivningen.

Läser all information jag kommer över som hjälp och gör sedan en professionell bedömning och lägger upp en plan tillsammans med patienten. (ID2252)

I.B.6.2. - Som argument för viss sjukskrivningstid

En subkategori handlade om att FMB uppskattades av läkare som ett verktyg i mötet med patienten i de fall läkaren upplevde att patienten hade förhoppningar om att bli sjukskriven, alternativt få en längre sjukskrivning än vad läkaren bedömde behövdes. Majoriteten av dessa kommentarer uttryckte en lättnad över att det finns ett regelverk att hänvisa till, som gjorde att läkaren inte, inför patienten, behöver bära det fulla ansvaret för att inte skriva ett sjukintyg alternativt göra det för kortare tid än patienten önskade.

Pga det ökade patienttrycket att bli sjukskrivna, där jag oftare och oftare finner mig oförstående i på vilket sätt de egentligen inte kan arbeta, och då hamnar i konflikt med patienten, tycker jag att det är mycket skönt att ha FK:s stöd i ryggen. Uttryck som 'jag kan förstå dig, men FK godkänner kanske inte intygen om inte vi kan beskriva objektiva funktionsnedsättningar', eller 'vi börjar med en kortare sjukskrivning och därefter på halvtid - det är säkrast så så vi får besked från FK om det är OK först. Vore tråkigt om du inte fick det godkänt och sen står utan pengar!' är tacksamma uttryck som jag upplever dels inte är osant, men dels ffa räddar relationen och förtroendet mellan mig och patienten. Dessutom tror jag nog att tillstramningen via 'hot' om FK:s beslut kortar sjukskrivningstiden hos de som kanske själva vet att de inte egentligen har så stor grund för sjukskrivning. Skönt att inte stå ensam mot patienten, veta att det faktiskt finns en sträng beslutande instans bakom mig. Vi är naturligtvis inte alltid överens, men ändå oftare så än inte. (ID7292)

Gärna för fler diagnoser, det är ett bra hjälpmedel för att visa pat vad som är en rimligt nedsatt förmåga för att få sjukskrivning, t.ex. vid SYMFYSEOLYS. (ID7574)

Inte [användbart] inom psykiatrin, däremot tidigare då jag jobbat på hälsocentral. På primärvårdsnivå är FMB mycket användbart, både för att 'förhandla' med patienten och för att avgöra vad som är rimligt. (ID4288)

Det fanns även ett exempel på hur läkare använde FMB för att förklara för patienten varför läkaren ändrade sjukskrivningsdiagnos.

Behöver ibland byta diagnos, t ex från stressreaktion t. Utmattningssyndrom för att slippa bli ifrågasatt vid förlängning. Visar då FMB för patienten så de förstår varför de får en annan diagnos. (ID4368)

I.B.6.3. - För att motivera till (återgång i) arbete

En annan subkategori handlar om att FMB även fungerade som ett verktyg för de patienter som är mycket omotiverade att avsluta sin sjukskrivning, eller som önskar sjukskrivning när det inte är motiverat enligt läkaren.

Jag kan ibland ta stöd av FMB när en patient har starkt motstånd mot återgång i arbete där det inte är adekvat/lämpligt med fortsatt sjukskrivning. FMB fungerar då som ett hjälpmedel att behålla behandlingsalliansen men ändå ge patienten en push i en riktning mot återgång i arbete. (ID2405)

FMB är väldigt bra, inte bara som beslutstöd, men även som stöd i samtalet med patienten. Blir det svårt att diskutera med patienten om tex. sjukskrivningslängd eller grad, kan beslutstödet användas i samtalet för att förklara hur Försäkringskassan 'tänker'. Detta händer rätt ofta, och är i praktiken en 'reality check' som man kan ha med patienten. (ID7495)

Det går så smidigt när jag använder mig av soc. FMB, det blir lättare för mig o pat redan från början, att ha en tydlig plan för pat redan från första besöket. Att kartlägga orsaken till sjukskrivningen. Så att man kan hjälpa pat på bästa sätt. (ID2396)

Det är ett väldigt bra stöd och jag använder det ofta när det blir diskussion med missnöjd patient som önskar orimligt lång sjukskrivning. (ID1946)

En annan läkare menade att FMB kan vara ett stöd i sjukskrivningsärenden där läkaren bedömer att patienten borde söka nytt arbete istället för att vara sjukskriven.

*Jättebra att det finns tydliga regler avseende sjukskrivning
Lättare att förklara för patienten att det inte är en rättighet att vara sjukskriven, men det behövs en ordentlig attitydförändring i befolkningen
Det är inte farligt att jobba även om man känner smärta eller olust
Har man ett arbete som inte är bra för en, är det bättre att säga upp sig och söka annat arbete eller utbilda sig
Finns fr a från fackligt håll en uppfattning att man aldrig ska säga upp sig från en fast tjänst. (ID715)*

En annan läkare menade att FMB är ett underlag att använda i rehabiliteringsprocessen, tillsammans med patienten.

*Det händer att det ger mig argument som gör den sjukskrivne mer motiverad.
Ofta finns mer att hämta med att lyssna på patienten, diskutera, och inte stanna upp förrän det finns ett rimligt mått av samsyn.
Rehab-projekt ska vara något man driver tillsammans med patienten. (ID1422)*

I.B.7. - Bra för mindre erfarna läkare

Ett ytterligare användningsområde för FMB var som information och vägledning till mindre erfarna läkare. Flertalet läkare med lång erfarenhet skrev att de inte behövde FMB för egen del, men att andra kan ha nytta av det. Framförallt hänvisade de till juniora läkare eller läkare utbildade utomlands. En del skrev också att FMB varit ett stöd för dem under AT-tjänstgöringen.

Sist jag kollade för några år sen så var det inte relevanta diagnoser för mig. Men tanken är god, hade det funnits när jag tex gjorde AT hade jag nog använt det. Nu kollade jag in igen och de

diagnoser som tillhör min specialitet stämde överens med vad jag anser vara 'normal' tid. Sen är det ju så att i praktiken är övervägande del av mina patienter pensionärer och övriga ofta 'specialfall' på ngt sätt annars skulle de skötas i primärvården. (ID6002)

Jag har 40 års klinisk erfarenhet. För mig är ss en naturlig del i all rehabilitering efter skador och ingrepp. De allra flesta ss vållar inga problem, men självklart finns alltid undantag. Jag tror att det försäkringsmedicinska stödet kan vara värdefullt för de flesta i yngre åldrar, AT-, ST-position, men med åldern löser sig detta och problem uppstår mest med de komplexa fallen. Här blir det oftast problem med att FK inte förstår skillnaden mellan rutinfynd eller de mer komplexa. (ID320)

Använder FMB ibland pedagogiskt, i handledning till utbildningsläkare samt i teamet & gentemot patient. (ID936)

Jag hade enorm glädje av det här när jag började som At-läkare. Jag har använt det sen dess. Jag läser i det kanske en gång i veckan men vid det här laget har jag grundprinciperna för de tillstånd jag behandlar. (ID 4749)

I.C. - Varför använder ej?

Ett tema inom område I, det försäkringsmedicinska beslutsstödet, var orsaker till att läkaren inte använde FMB. Inom detta tema identifierades fyra kategorier, som beskrivs nedan.

I.C.1. - FMB saknas för 'mina' diagnoser eller för samsjuklighet

En av de vanligaste orsakerna till att FMB inte användes var att det inte fanns beslutsstöd för de specifika diagnoser läkaren arbetade med eller att beslutsstöden inte gick att applicera på det specifika sjukskrivningsärendet. Antalet kommentarer om detta var stort och fanns från läkare inom flertalet specialiteter. Denna kategori är också en kategori i temat *Problem med FMB* (I.C.1.). De diagnoser det gäller beskrivs mer utförligt under temat *Önskemål om beslutsstödet*, under kategorin 'Uppdatera FMB' i subkategorin *I.E.1.2. FMB för fler diagnoser* (sid 75).

Andra beskrev att orsaken till att inte använda FMB var att det inte fanns FMB för den typ av samsjuklighet läkarens patienter ofta hade. Även detta behandlas mer ingående under temat *Önskemål om beslutsstödet*, under kategorin 'Uppdatera FMB' i subkategorin *I.E.1.4. FMB för samsjuklighet* (sid 80). Några exempel ges även här.

Jag upplever att de mycket sällan är applicerbara på de patienter jag träffar. Beslutsstödet är diagnosspecifikt och handlar om standardfall. Den överväldigande majoriteten av mina patienter har flera diagnoser, ofta både psykiatriska och somatiska, som samverkar på ett negativt sätt. Det finns dessutom ofta svår psykosocial belastning som vid psykisk ohälsa blir omöjlig att bortse från i sjukskrivningen, då den samverkar intimt med måendet. Beslutsstödet är inte till någon hjälp för mig i dessa situationer. (ID5385)

Det kan vara ett stöd men problemet är att patienten ofta har multipla svårigheter psykiatriskt med komorbiditet, en konstitution som helt ändrar de riktlinjer som FK ställt som blir orimliga. (ID2194)

Läkare inom **missbruksvård**, både alkohol och narkotika, beskrev också andra svårigheter och dilemman de kan stå inför när det kommer till sjukskrivning av sina patienter.

[FMB] är inte helt lätta att applicera vid dolt svårt missbruk som ger funktionsnedsättning. Om personen fortsätter med sitt missbruk kanske de kan fortsätta jobba lite till, men om de ska bryta helt med droger/alkohol kommer de behöva vara helt sjukskrivna en period. (ID3418)

Våra patienter har inte bara ett problem utan förutom beroende av olika slag har de samsjuklighet som gör att symptom överlappar varandra. Därför kan det vara svårt att följa rekommendationer från FMB. (ID1776)

Inom **rehabilitering** beskrevs också en uttalad problematik med samsjuklighet som ett hinder för att kunna använda FMB.

Patienterna på en rehab klinik är oftast komplicerade med hög komorbiditet. (ID929)

Jag har så pass komplexa patienter med i allmänhet mycket svåra funktionsnedsättningar. De passar inte in i beslutsstöden. Det är i allmänhet fråga om uttalat individuella bedömningar. (ID922)

Jobbar på rehabkliniken där pat inte kan jobba överhuvudtaget pga sina skador. Svårt att använda Socialstyrelsens/FK riktlinjer då rehabilitering tar olika tid hos olika patienter. Höftfraktur i kombination med lindrig hjärnskada och kanske missbruk eller depression: bollen går inte att hantera enligt riktlinjer. (ID1967)

Inom rehab ofta multipla funktionsnedsättningar, somatiska, psykiska, kognitiva, med inbördes varierande grad av bidrag. (ID2231)

Jag arbetar med långvarig smärta, där situationen nästan alltid är oerhört komplex och innefattar både fysiska och psykiska komponenter. (ID4983)

Bland **vårdcentralsläkare** framkom några olika beskrivningar av hur samsjukligheten kan te sig här, olika situationer med oklara gränsdragningar mellan diagnoser, sociala och psykosociala faktorer inverkan på arbetet med sjukskrivning samt stor tidsåtgång för att skriva läkarintyg kring samsjuklighet. Ett par citat får inledningsvis illustrera andemeningen i flertalet kommentarer bland läkare på vårdcentraler:

"Varje patient är ett speciellt fall och har flera diagnoser. Vi sjukskriver en patient inte en diagnos." (ID3541)

"Ofta har pat som blir sjukskriven längre tid mer än en diagnos. Därför måste man i regel ta hänsyn till båda/alla dessa och agera efter eget omdöme där flera sjuk blir en additiv effekt dvs $1 + 1 \neq 2$ utan 3, 4 eller 5." (ID2820)

De exempel som gavs på samsjuklighet täckte in olika diagnosområden. Exempel är:

Varje individ och varje sjukfall är unikt. Samsjuklighet vid flera diagnoser omkullkastar ofta beslutsstödet t ex artros + recidiverande depression + hjärtsvikt + KOL. (ID1390)

FMB anger rek. sjukskrivning för EN diagnos. Jag ser ofta patienter med flera, samtidiga, diagnoser, där FMB inte blir användbart, t.ex. äldre patient med **spondylos, diskdegeneration och spinal stenos, samtidigt**. (ID329)

Det är bra att det finns riktlinjer och de kan man använda vid 'rena sjukdomstillstånd'. Sedan är det ju ofta en blandbild gällande sjukdomstillstånd där t.ex. **sömnsvårigheter, ångest och koncentrationssvårigheter fördröjer återgång i arbete efter en hjärtinfarkt**. Det är tydligt för mig som arbetat inom primärvården i mer än 15 år att det är färre patienter som är sjukskrivna för enbart en åkomma. (ID4188)

I de flesta fall av komplicerande sjukskrivning finns flera diagnoser t ex **utmattning, ångest, kronisk smärta axlar nacke, ev kronisk smärta ländrygg**. Beslutsstöden då ej tillämpliga. För de diagnoser där man skulle kunna ha nytta av FMB är begränsningen av sjukskr.tiden sällan ett problem. (ID4036)

Men ffa upplever jag att det finns en diskrepans mellan Soc.styrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, försäkringskassan och verkligheten. Upplevd arbetsförmåga till följd av **psykiska besvär eller värk samvarierar nästan alltid med viss neuropsykiatrisk problematik**, och med denna följer komplex tillvaro såväl på arbetsplatsen som socialt. Det låter sig sällan fångas vare sig inom stipulerad sjukskrivningstid eller med åtgärder på arbetsplatsen. (ID609)

Patienter med singeldiagnoser är ofta inget problem, utan de som har en kombination av olika diagnoser/svårigheter är de som är svåra. T.ex. **utmattningssyndrom i kombination med ADHD**. (ID2212)

Sen så klart de svåra fallen kvar där en läkare på VC inte kan göra patienten frisk utan ofta en komplicerad livssituation eller arbetssituation eller **tilläggsdiagnos** i form av **personlighetsstörningar eller neuropsykiatrisk störning** (grav psykisk störning hamnar fortsatt inom psykiatrin så här sjukskriver VC inte) eller ett **dolt missbruk eller uttalad smärta** (ofta ngt bakomliggande trauma ev som aldrig kommer fram). (ID4680)

Andra kommentarer gällde patienter som (ännu) inte har kunnat få en diagnos, utan var under utredning. (se Önskemål I.E.I.3. sid 75)

I.C.2. - Hinner inte

En annan kategori om varför FMB inte användes handlade om att läkaren inte hinner använda beslutsstöden i sitt arbete.

I.C.2.1. - Finns ingen tid för det

I en stor del av dessa kommentarer beskrevs det att den korta tiden läkaren har för varje patient innebär att de inte hinner läsa FMB.

Hinner inte på 30 min pat besök både hämta pat, ta upp anamnes, undersöka, skriva sjukintyg, dokumentera, eventuellt ordinera läkemedel eller annan behandling, utfärda recept och gå igenom hur de fungerar, förklara hur man går till lab ifall prover ska tas och DESSUTOM läsa igenom beslutsstödet(för jag antar att det är beslutsstödet ni menar).

I praktiken säger jag till pat att jag skriver sjukintyget efter besöket och skickar det hem per post+ e-intyg till FK. Sedan skriver jag intyget efter arbetsdagens slut för att formuleringarna ska bli så genomtänkta som möjligt och då är ju inte patienten kvar på mottagningen ifall kompletteringsfrågor skulle ha behövts. (ID1370)

Vi har inte tid att ta anamnes, undersöka, utreda sjukskriva och dessutom kolla FMB på 20 min. (ID1098)

Några läkare menade att tidsbristen handlade om att de inte haft tid att sätta sig in i FMB och hur det är tänkt att användas.

Jag använder inte FMB för jag har aldrig haft tid att sätta mig in i hur det fungerar. (ID4209)

En ofta återkommande typ av kommentar var läkare som skrev att de ”Borde använda FMB, men har inte tid.” (ID5605). Flertalet skrev att de nog skulle ha nytta av FMB i de ärenden det finns ett diagnosspecifikt FMB för.

Jag har läst det tidigare, men hinner inte läsa under pågående ärende. Jag tycker att jag alltid lider av tidsbrist när jag ska sjukskriva och läser dem därför inte. Jag skulle nog egentligen ha stor nytta av dem om jag bara tog mig tid. Lätt att hamna i gamla hjulspår. (ID3080)

Jag kan tycka att de är för fyrkantiga för att använda när det gäller psykiatriska diagnoser. Önskar ändå jag hade mer tid att använda mig av FMB. (ID4514)

Har tyvärr sällan tid att gå in och läsa. Tror eg det finns mycket bra info där. (ID5254)

Har skummat flera gånger men inte lyckats ta det i användning ännu. Eget fel pga tidsbrist; bör ta tag i det naturligtvis. Dock saknas rekommendationer eller är vaga gällande flera av våra vanligaste diagnoser. (ID4988)

I.C.2.2. - För mycket text

En del läkare menade att det är för mycket text i FMB, eller att det också är andra vårdprogram som ska tas hänsyn till, men att det inte hinns med att läsa dessa.

Textmassan som ska läsas igenom är tyvärr alltför omfattande för att hinna sätta sig in i vid varje sjukskrivningsärende. (ID5391)

Tar tid att slå upp också. Vi har för många olika vårdprogram och beslutsstöd mm som alla olika specialiteter och instanser vill att vi ska hålla på med. Det tar för lång tid. (ID2122)

I.C.2.3. - Svårtillgängligt via journalsystemet

En anledning till att läkaren inte hann läsa FMB var att FMB var svårtillgängligt rent elektroniskt. Detta redovisas under II.A.6. *Bristande integrering av FMB i journalsystemet, sidan 112.*

I.C.3. - Har inte läst

Inom denna kategori fanns två subkategorier, de som kände till FMB men inte läst och de som aldrig hört talas om FMB.

I.C.3.1. - Inte läst

En subkategori av öppna svar handlade om att läkare skrev att de aldrig har läst FMB, eller att det var mycket länge sedan de läste FMB. Flertalet av dessa läkare gick in på Socialstyrelsens hemsida under ifyllandet av enkäten för att läsa om FMB, och en del konstaterar att det fanns FMB för deras diagnoser, vilket de inte kände till innan.

Har inte varit medveten om att det finns försäkringsmedicinskt beslutsstöd för kirurgiska åkommor/ingrepp men ser när jag läser att de rekommenderade sjukskrivningslängderna är de vi använder i praktiken. (ID6374)

Några andra av dessa läkare kommenterade också efter att de, i samband med att de besvarade enkäten tittat på FMB, nu även skulle börja använda FMB i sitt arbete med sjukskrivningar.

Jag ska börja läsa mer på FMB inser jag efter att kollat upp det bättre i samband med denna enkät. När jag kollade sist fanns inte så mycket information... (ID5414)

Inser nu när jag googlade att jag inte läst dem tidigare, men det som står där är sådant jag känner väl till och använder mig av i mitt arbete i sjukskrivningar. Grunden för hur man bör tänka och därmed användbara. (ID5418)

Jag vill påpeka att jag nu pga att jag gör den här enkäten tittar lite på FMB och ser att det utvecklats något. Jag är kirurg, och jag har haft uppfattningen att det inte varit tillämpligt på patienter som är nyopererade. Men nu ser jag att det är det, åtminstone för ljumskbräck, gallsten och koloncancer, som var de jag slog upp. Så jag kommer sannolikt titta mer på det från och med nu. (ID6450)

Medan flertalet läkare som inte tidigare hade läst FMB nu såg positivt på FMB och på att använda det, fanns det också läkare som i sina kommentarer uttryckte ett ointresse för FMB.

Läser dem inte och bryr mig inte om vad som står i det. (ID5609)

I.C.3.2. - Kände inte till FMB

En del läkare svarade att de inte kände till FMB. Några av dem var läkare som fått sin utbildning i ett annat land och som skrev att de inte hade fått någon information om FMB.

Jag har arbetat i sjukvården som utländsk läkare i fem år, har aldrig fått information om att ett sånt föreligger. (ID2307)

Jag är inte utbildad i Sverige, kom hit som färdig specialist och har inte fått någon som helst utbildning om svensk sjukskrivning. Känner inte till FMB eller SS "Övergripande principer för sjukskrivning". (ID4560)

Jag har studerat i Danmark. Därför känner jag inte till det "försäkringsmedicinska beslutsstödet" så väl. (ID7149)

Även läkare som fått sin utbildning i Sverige, och även alldeles nyligen genomgått sin utbildning, menade att de inte hade fått någon information om FMB.

Har missat FMB, ingen info på min arbetsplats (sjukhusbunden specialist). (ID3028)

Vad är detta? Hur har den kommunicerats ut? Jag är nyligen utbildad läkare i Uppsala och har aldrig hört vad FMB är. 100 % närvaro på berörda kursmoment ... (ID6745)

Några svarade att de inte visste vad förkortningen FMB betydde. För två av de öppna svarsalternativen användes förkortningen FMB i frågan. Förkortningen hade förklarats i tidigare frågor i enkäten – men borde uppenbarligen ha förklarats varje gång.

I.C.4. - Har inget behov

En kategori av kommentarer handlade om att läkare inte har något behov av FMB, vanligtvis på grund av att de handlade enkla sjukskrivningsärenden eller för att de hade lång klinisk erfarenhet. När dessa kommentarer delades upp efter åldersgrupperna visade det sig att 51 procent var skrivna av läkare mellan 55-68 år och endast 21 procent av läkare mellan 24-39 år.

Inom **infektion** så svarade ingen läkare i åldersgruppen 55-68 år. De inom infektion som var 24-39 år svarade att de inte hade behov av FMB eftersom de handlade enklare sjukskrivningsärenden.

Inom **rehabilitering** lämnade ingen läkare i den lägsta åldersgruppen kommentarer, och de mellan 55-68 år svarade att rehabiliteringsspecialister inte har nytta av FMB, redan är förtrogna med FMB eller har arbetat så länge att de inte tillför något utöver förvärvad erfarenhet. En läkare i åldersgruppen 40-55 år skrev:

Socialstyrelsen försäkringsmedicinska beslutsstöd är inget man (ska) behöva titta på som färdig specialist i rehabiliteringsmedicin - hela specialistutbildningen går ut på att lära sig bedöma funktions- och aktivitetsförmåga hos patienter med olika kroniska sjukdomar, prognos och relevanta rehabinsatser (oftast förstås i samarbete med paramedicinare) utifrån både diagnosen och individen. Kan denna individ uppnå självständigt boende efter sin hjärnskada? Kan denna individ arbeta deltid i anpassat arbete pga sina stora minnessvårigheter och uttrötthet? Vad går att träna upp eller behandla medicinskt? Vad är kroniskt eller ibland progressivt i funktionsnedsättningen? Det är alltid en individuell bedömning som görs enligt WHOs klassifikation. (ID2855)

Såväl läkare inom **kirurgi** som **öron/näsa/hals** hänvisade, oavsett åldersgrupp, aldrig till sin långa erfarenhet, utan kommenterade att de aldrig behövt FMB. Orsaken till detta beskrevs vara att de har enklare kortare sjukskrivningar, eller att FMB stämmer överens med hur de redan arbetade.

Vårdcentralsläkare stod för en fjärdedel av kommentarerna i denna kategori. I ålderskategorin 55-68 år kommenterade en majoritet av dem att de hade så lång erfarenhet att de inte hade något behov av FMB.

Läser den numera aldrig, och får mycket sällan önskemål om komplettering, tolkar det som att mina 33 år som distriktsläkare gett mig en god erfarenhet att hantera sjukskrivningsfrågor i allmänhet. (ID835)

Nej. Efter 22 år som Allmänmedicinsk Specialist - hela tiden kliniskt verksam - är det ofta relativt självklart om och i vilken grad o längd pat borde vara sjukskriven, oavsett om det faller in i Mall från SoS eller Ej. (ID1664)

Även i åldersgruppen 40-54 år menade vårdcentralsläkare att de inte behövde FMB på grund av lång erfarenhet.

Anv. sällan pga att jag har mycket erfarenhet och min bedömning måste jag stå för i det enskilda fallet. (ID2367)

Kommentarer från vårdcentralsläkare i de två yngsta åldersgrupperna var också att de redan hade en förståelse för vilka sjukskrivningstider som är lämpliga.

I.D. - Problem med FMB

Ett tema inom området försäkringsmedicinskt beslutstöd (I) var de problem som läkare upplever med FMB. Här presenteras först resultat från slutna frågor om detta, därefter från analyser av de öppna kommentarerna.

Sluten fråga om problem med FMB

Enkäten innehöll ett flertal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. Här redovisas först resultat för en sådan fråga som rör FMB.

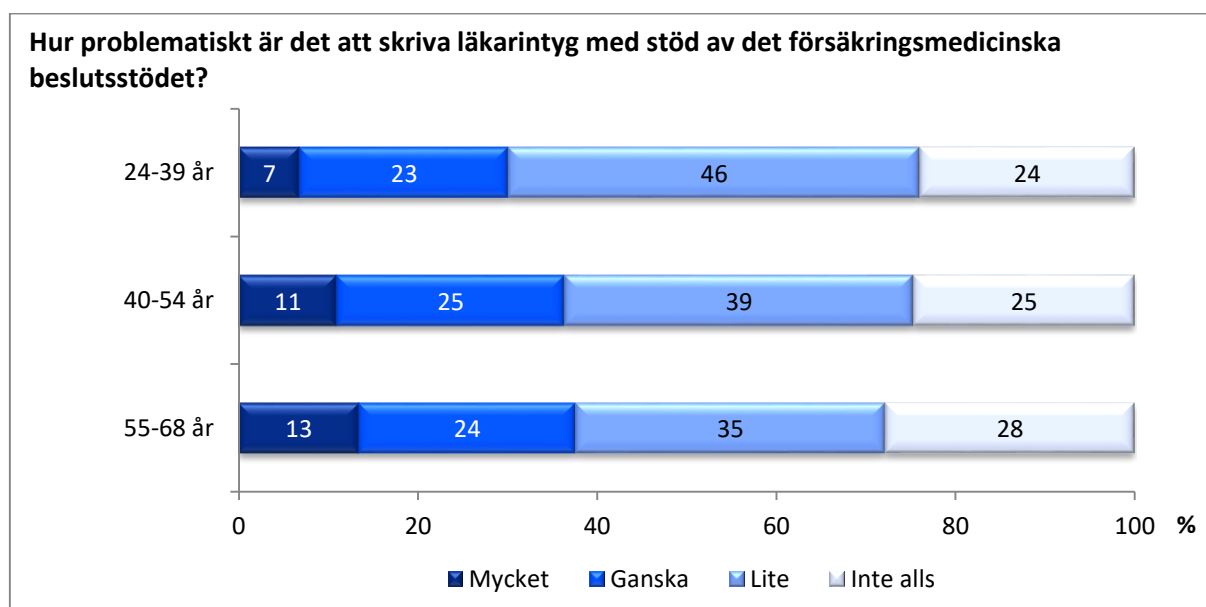
I den efterfrågades *hur* problematiskt läkaren upplevde att det var att skriva läkarintyg med stöd av FMB. I Tabell 20 framgår att 25 procent av läkarna ansåg att det inte alls är problematiskt, medan 10 procent ansåg att det är mycket problematiskt. Av tabellen framgår även att det var stor variation i dessa siffror mellan de olika typerna av kliniska verksamheter. Störst andel läkare som ansåg att det var mycket problematiskt fanns inom smärtmottagningar (23 %), tätt följda av reumatologi (22 %).

Inom vårdcentraler, psykiatri, ortopedi, neurologi och rehabilitering var andelarna 12-13 procent, och lägre i övriga verksamheter.

Tabell 20. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

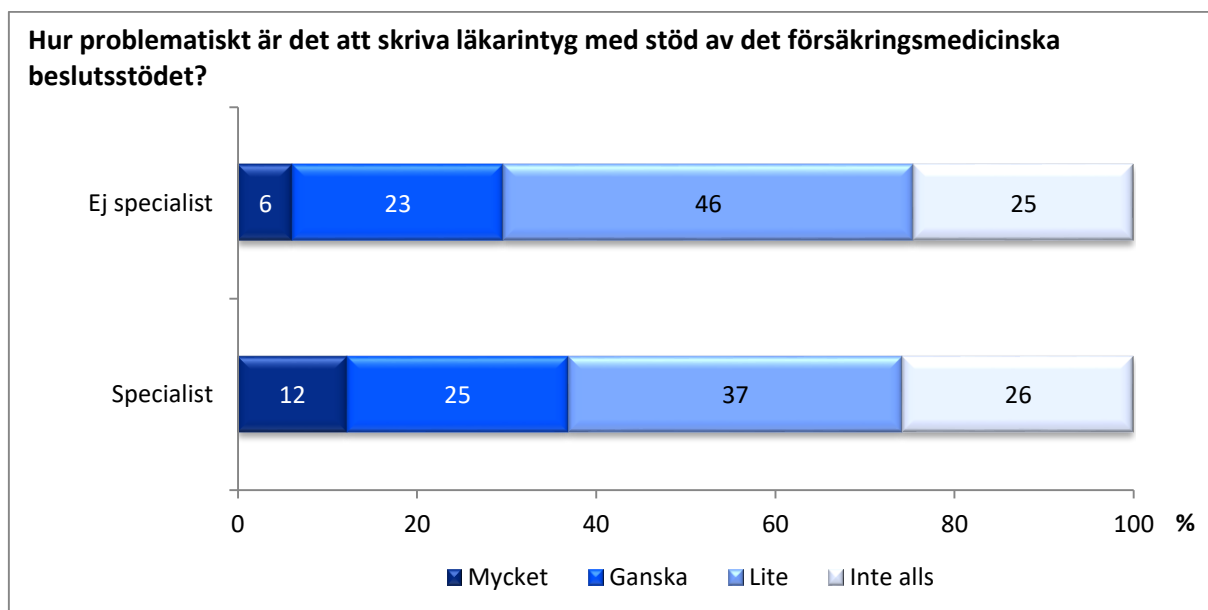
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	9	20	43	29
Hud	10	20	36	34
Infektion	5	18	43	34
Invärtesmedicin	8	20	40	31
Kirurgi	6	15	39	40
Neurologi	12	25	42	22
Gynekologi	9	20	39	31
Onkologi	7	18	42	33
Ortopedi	13	20	42	25
Psykiatri	12	27	41	19
Rehabilitering	12	22	43	24
Reumatologi	22	30	34	15
Smärtmottagning	23	29	29	19
Vårdcentral	12	33	41	14
Ögon	4	13	39	45
Öron-, näs- och hals	5	18	39	38
Annan klinik/mottagning	7	16	31	45
Administration	11	16	40	33
Samtliga läkare	10	24	40	25

Bland de äldre läkarna upplevde en större andel att det var mycket problematiskt skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (Figur 23). Störst andel som gjorde detta fanns i åldersgruppen 55-68 år (13 %) – i den åldersgruppen fanns störst andel som inte alls upplevde detta som problematiskt (28 %).



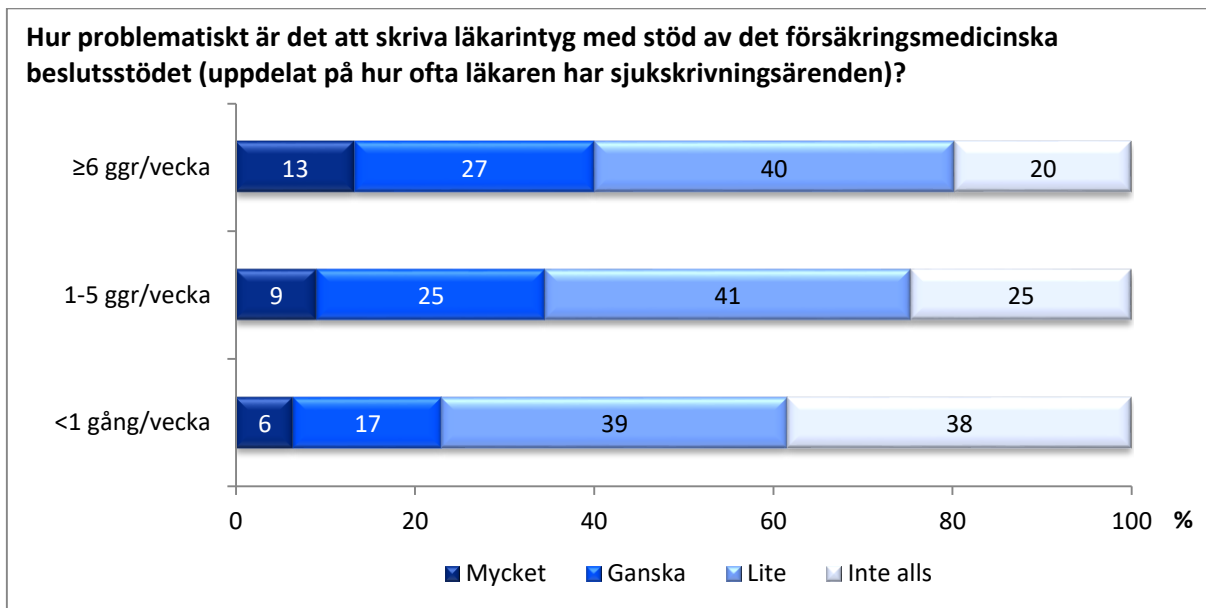
Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på åldersgrupper.

Dubbelt så stor andel av läkarna med specialistutbildning (12 %) svarade att det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB jämfört med de utan specialistutbildning (6 %).



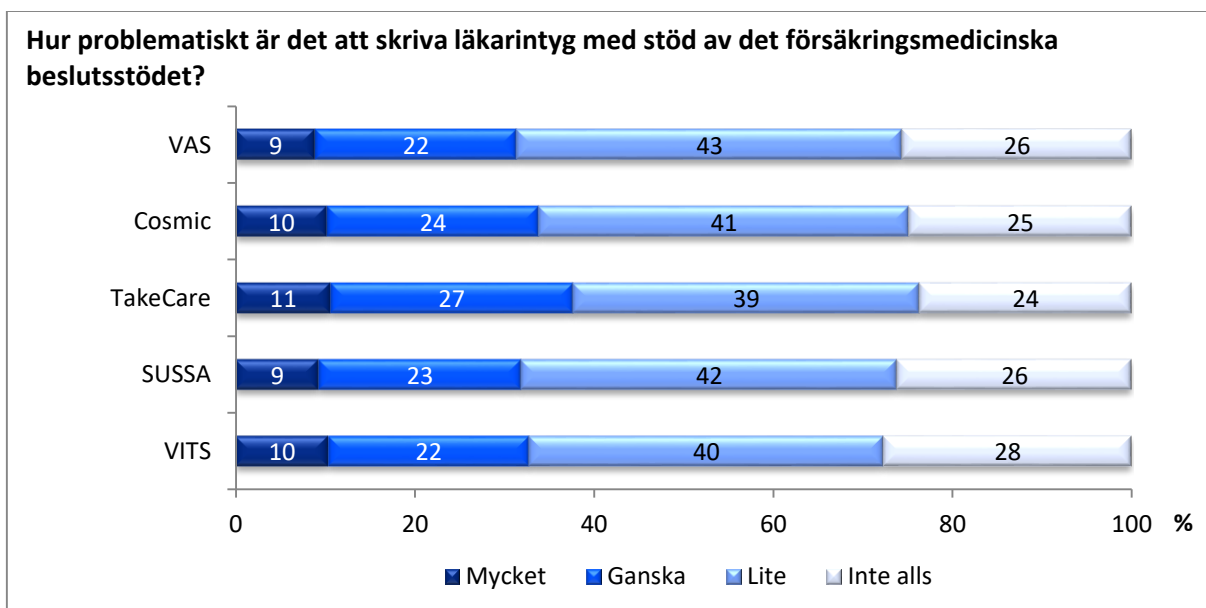
Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på specialister och icke-specialister.

Det var stora variationer i hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg med stöd av FMB beroende på hur ofta läkaren hade sjukskrivningsärenden (Figur 25). Endast en liten andel av läkarna som sällan hade sjukskrivningsärenden upplevde det som problematiskt.



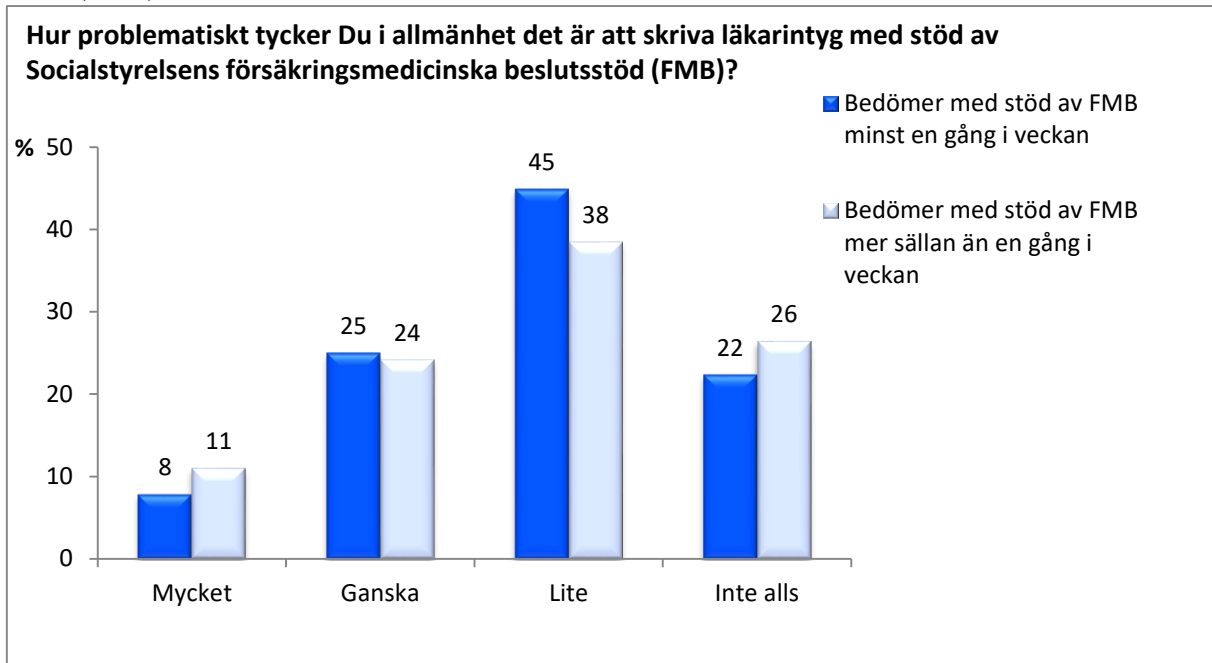
Figur 25. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.

Som Figur 26 visar, svarade mellan 31 och 38 procent av läkarna att de upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB, och störst andel som upplevde detta fanns inom kundgrupp TakeCare (38 %) och lägst andel inom kundgrupp VAS (31 %). Mindre skillnader återfanns bland dem som inte alls upplevde det problematiskt; som lägst 24 procent inom kundgrupp TakeCare upp till 28 % inom kundgrupp VITS.



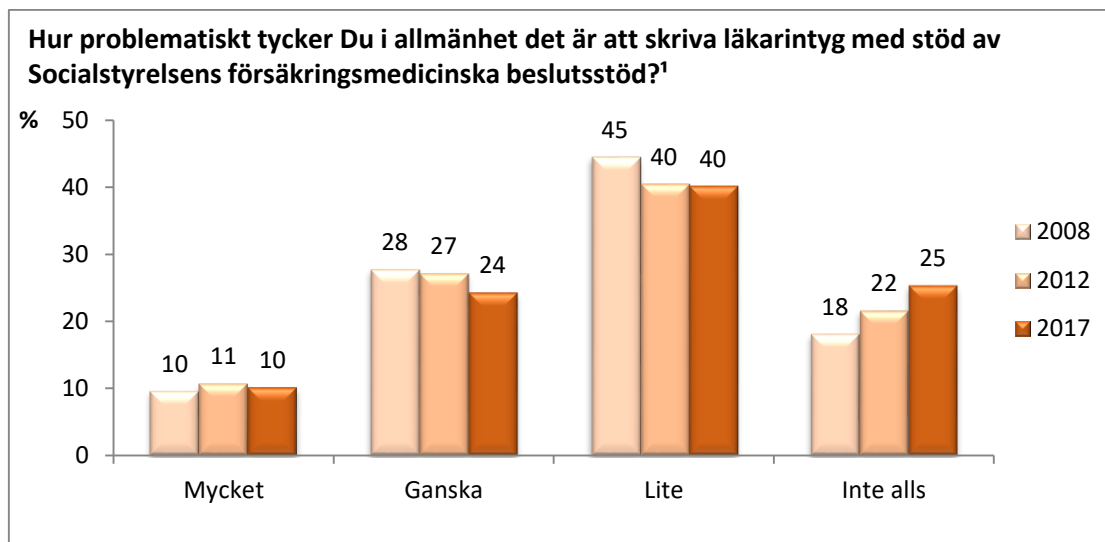
Figur 26. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på kundgrupper.

I Figur 27 visas hur problematiskt läkarna ansåg det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB relaterat till hur ofta de gjorde bedömningar med stöd av FMB. Drygt en tredjedel av läkarna, oavsett hur ofta de använder FMB, ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att använda FMB. Störst andel som angav att det inte alls är problematiskt att använda FMB var de läkare som mer sällan använder FMB (26 %).



Figur 27. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på om de bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av FMB minst en gång i veckan eller mer sällan än en gång i veckan.

I Figur 28 redovisas svaren för hur problematiskt läkare tyckte att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB vid enkäterna år 2017, 2012 respektive 2008. Varje enkätår ansåg cirka 10 procent att detta var mycket problematiskt. Andelen som inte alls tyckte det var problematiskt har dock ökat från 18 till 25 procent.



Figur 28. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De som svarade att de ej använt beslutsstödet är exkluderade.

Öppna svar om problem med FMB

Bland de öppna svar som kunde relateras till denna fråga identifierades ett stort antal kategorier: nio stycken (se Tabell 10, sidan 25).

I.D.1. - Finns inte eller otillräckligt för 'min' diagnos

Ett problem med FMB som nämnades ett flertal gånger var att FMB inte fanns för den eller de diagnoser läkarens patienter har. Detta var också en kategori av anledningar till att inte använda FMB, vilket beskrivs i I.C.1. (sid 52). Innehållet i båda dessa beskrivs under temat *Önskemål för beslutsstödet*, under kategorin 'Uppdatera FMB', subkategorin *I.E.1.2. FMB för fler diagnoser* (sid 75).

Ett annat problem som beskrevs av flera läkare var att FMB var otillräckligt för den egna diagnosen, framförallt gällde detta inom **ortopedi, neurologi och psykiatri**.

I 9/10 fall ej tillämpat i de fall som förekommer på neurol. mott., eller utan vägledn. pga. den stora individuella variationen i MS, PS, Stroke m.m. (ID4227)

Inom **rehabilitering** kommenterade läkare på likartat sätt att neurologiska och neurokirurgiska diagnoser har en stor variation i allvarlighetsgrad och behov av sjukskrivning och att FMB inte är ett stöd då.

För min grupp finns mycket konstiga rekommendationer. Stroke; 2 månader??? Har de aldrig träffat en person med medel till svår stroke?? De flesta andra av de diagnoser som jag arbetar med har inga riktlinjer. Så jag använder dem aldrig. Däremot tycker jag att det är viktigt att vi som läkare ska kunna motivera vår orsak till sjukskrivning. (ID918)

Jag arbetar med hjärnskador och ryggmärgsskador, ovanliga diagnoser med väldigt individuell arbetsförmåga. [FMB] är bra för vanligare sjukskrivningsärenden. (ID6167)

Vanligen innebär dessa kommentarer även önskemål om FMB för fler diagnoser, om mer detaljerad information inom de diagnoser eller åtgärds-koder som finns i FMB. Dessa har nu samlats under temat *Önskemål om beslutsstöden*, inom kategorin *Uppdatera FMB (I.E.1)*, subkategorierna *Förbättra FMB* (sid 77) och *FMB för samsjuklighet* (sid 80).

Hävdar att FMB inte finns, fast det gör det

I ett antal kommentarer skriver läkaren att beslutsstöd inte finns för en viss diagnos, trots att det gör det. Detta kan bero på att sökfunktionen på Socialstyrelsens hemsida inte accepterat de sökord som använts (se även I.D.8. *Svårnavigerad hemsida, sid 68*).

Saknas helt beslutstöd i de svårare diagnoserna så som utmattningsyndrom. (ID107)

Jag har noterat att utmattningsyndrom inte längre har någon FMB, märkligt med tanke på hur vanligt det är. (ID7035)

I.D.2. - Täcker ej samsjuklighet eller komplexa ärenden

Tar ej hänsyn till samsjuklighet. (ID936)

Inom detta tema I.D. *Problem med FMB* handlar en stor kategori av öppna svar om att FMB inte täcker samsjuklighet eller andra komplexa och långvariga sjukskrivningsärenden. Det fanns en variation i vilka typer av kliniker som dessa kommentarer kom ifrån. Det fanns en påtaglig övervikt av sådana kommentarer från **vårdcentraler** (54 % av kommentarerna om detta kom från vårdcentralsläkare, jämfört med att de var 34 % av deltagarna), **psykiatriska kliniker** (18 % jmf 8 %) och **rehabilitering** (5 % jmf 1 %).

Nedan ges några exempel på öppna svar rörande samsjuklighet, där ofta psykisk sjuklighet var en del.

*Socialstyrelsens beslutstöd framförallt den tidigare versionen fungerade dåligt, eftersom svårare tillstånd beskrivs luddigt. I stort sätt omfattas svår **psykiskt sjukdom** i samsjuklighet med t.ex. **missbruk, medfödda funktionsnedsättningar och personlighetsproblematik, trauma** inte alls av beslutstödet, men de utgör 80 % av min verksamhet! (ID3063)*

*De pat jag sjukskriver har i majoriteten av fallen en komplex problematik med dels **psykiatriska sjukdomar, ofta smärtproblematik, ofta hjärt-kärl och metabola besvär** och ganska ofta en ogynnsam profil vad gäller användande av **alkohol, narkotikaklassade läkemedel och ibland illegala droger**. (ID2083)*

En typ av kommentarer här handlade om att det kan ta längre tid att författa läkarintyg om samsjuklighet, än vid avgränsade diagnoser. Tidsåtgången kan teoretiskt sett bli fyrdubbel, om patienten har fyra diagnoser.

Men ofta kopplas det inte till praktiken. Lätt att föreslå längden i sjukskrivningen men det är annorlunda i verkligheten. Ofta multisjuka, Bara en ledande diagnos, men tar otrolig lång tid att alltid skriva andra sjukdomar, och upprepa detta varje gång. (ID463)

I.D.3. – FMB saknar information

I denna kategori, som bland annat rymmer uttalanden om att FMB inte är anpassad till det omgivande samhällets villkor och förutsättningar, identifierades två subkategorier. Den ena handlar om väntetider, den andra om social och psykosocial problematik.

I.D.3.1. - Om hur hantera väntetider

I denna subkategori fanns flera exempel på att FMB inte gav stöd i hur hantera behov av sjukskrivning på grund av bristande möjligheter till vård, på grund av väntetider till utredning inom hälso- och sjukvården eller att väntetider till behandling fördröjer patientens rehabiliteringsprocess.

Som ortoped tycker jag inte alltid FMB kan användas i verkligheten. Väntetider på utredning och operation samt fördröjd läkning och läkningskomplikationer tar man inte hänsyn till. (ID905)

... och det kan gå både en eller två sjukskrivningsförnyelser innan de är i gång med sin behandling, jag är varken psykiatriker, psykolog, kurator, ortoped eller annan specialist som erfodras och att det föreligger väntetider till dessa är inte mitt fel, sådant tar FK ej hänsyn till. (ID5279)

Ibland orsakas väntetider av instanser utanför hälso- och sjukvården, eller på grund av långsam samverkan med andra aktörer så som arbetsgivare, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.

Det försäkringsmedicinska stödet utgår ibland från en ideal situation som inte överensstämmer med verkligheten. T ex i situationer med bestående funktionsnedsättning som hörselnedsättning, där stödet föreslår sjukskrivning 1 mån och därefter byte av arbete/arbetsuppgifter om situationen inte förbättrats. Det är ovanligt att man fått till stånd ett möte mellan FK och arbetsgivaren inom en månad. När stödet infördes skulle det vara ett stöd för beslut, inte en norm man måste hålla sig till. (ID663)

En motsvarande situation beskrevs av läkare vid specialistkliniker, ofta psykiatriska, när läkaren träffar patienter efter en längre sjukskrivning och väntetid till dem. De rekommenderade sjukskrivningstiderna är ofta sedan länge överskridna då, vilket gör det problematiskt att använda FMB.

Patienterna inom specialist psykiatrin har i regel varit sjukskrivna via vårdcentral när de överremitteras. Det har i regel gått den tid som rekommenderas från FMB. Tyvärr blir sjukskrivningarna i regel längre då patienter som vårdas inom specialist psykiatrin i regel har en komplex problematik som tar tid i anspråk. (ID1568)

Vi får ofta de mest svårbehandlade patienterna när såväl allmänmedicinaren som psykiater inte vet vad de ska göra för att hjälpa patienten. De har ofta varit sjukskrivna mycket länge redan när de kommer. I dessa fall har jag ingen nytta av riktlinjerna. (ID1753)

Det är så sällan jag har patienter där FMB är möjligt att applicera, antingen att jag tar över en långtidssjukskrivning eller att det finns en betydande samsjuklighet. (ID1815)

I.D.3.2. - Om hur hantera social och psykosocial problematik

Denna subkategori innefattar aspekten att FMB inte upplevdes ta någon hänsyn till något annat än det rent sjukdomsrelaterade, medan läkare bedömde att social och psykosocial problematik också är involverade i patienters sjukdomsbild och deras möjlighet att kunna tillgodogöra sig behandling och rehabilitering och återfå sin arbetsförmåga. Sådana kommentarer förekom oftare från läkare som arbetade med missbruk och beroendeproblematik, men de förekom inom olika områden.

Bilden stämmer inte alltid med patientens problematik. Riktlinjerna beskriver oftast bara sjukdomen, inte de andra faktorer som påverkar sjukrivning/arbetsförmågan t.ex. Tidigare sjukdomsepisod, pågående rehabilitering, pågående terapi, sociala belastningar, återinsjuknande i ny episod trots att sjukrivningen påbörjats under första... (ID4737)

Kommentarerna illustrerade i dessa ärenden ofta en komplex problembild där sociala och psykosociala problem kombinerades med samsjuklighet.

Jag arbetar på en specialistpsykiatrisk mottagning av mellanvårdskaraktär. Det innebär komplexa fall, ofta med grava sociala, ekonomiska svårigheter, språkliga och kulturella hinder och sårbarheter, flera diagnoser, återkommande missbruk. Ofta kroniska och instabila tillstånd. Det gör att jag ofta hanterar ärenden som är svåra att söka stöd för i FMB. (ID2961)

Det gör mig också stressad och frustrerad att prata med 22-åringa handläggare som själva inte träffat patienten om bedömningar. Ingen förståelse finns från FK runt andra livsfaktorer som comorbiditet (att en patient sedan tidigare har andra sjukdomar) och sedan får en diagnos som tippar över vågskålen så de plötsligt inte klarar arbeta en period, samt att ingen hänsyn tas till patientens sociala omständigheter som att vara bostadslös t ex. Jag upplever att FK bara ser till diagnos och på nya elektroniska intyget kan man bara skriva EN diagnos, Vi distriktsläkare känner våra patienter och det är sällan att man har en diagnos utan att de har flera samtidigt som påverkar arbetsförmågan, då är det svårt med socialstyrelsens riktlinjer. (ID4477)

Jag upplever att de mycket sällan är applicerbara på de patienter jag träffar. Beslutsstödet är diagnosspecifikt och handlar om standardfall. Den överväldigande majoriteten av mina patienter har flera diagnoser, ofta både psykiatriska och somatiska, som samverkar på ett negativt sätt. Det finns dessutom ofta svår psykosocial belastning som vid psykisk ohälsa blir omöjlig att bortse från i sjukskrivningen, då den samverkar intimt med måendet. Beslutsstödet är inte till någon hjälp för mig i dessa situationer. Ofta tycker jag också att FKs egna bedömningar, i alla fall av mindre erfarna handläggare, missar att ta hänsyn till den här komplexiteten. För att få godkänt måste man skriva explicit om allt det här, vilket kräver betydligt mer utrymme än blanketten tillåter. (ID5385)

I.D.3.3. - Utformade för patienter med privilegierad situation

Ett problem som nämndes var att FMB verkar vara framtaget för patienter i privilegierade områden, och utan social problematik. Detta påverkar patienters möjlighet att få en rättssäker handläggning.

Så här fungerar det. Om pat med tveksamma diagnoser har tur/skicklighet/samhällsposition nog att få en duktig läkare som kan skriva intyg ser vederbörande till att alla nyckelord som FK tittar efter finns med och saken är klar. Eftersom de flesta patienter har komplexa sjukdomsbilder väljer man som läkare att trycka på de diagnoser som har störst möjligheter att gå igenom och utesluter andra som inte har det. Om pat däremot är resurssvag/har otur hamnar pat hos en läkare som inte har koll på hur det fungerar och gör fatala misstag, t ex att skriva att pat har en pressande social situation eller avancerade arbetsuppgifter, eller missar helt enkelt att fylla i delar av intyget (då och då i protest mot frågor som ingen läkare i världen egentligen kan svara på). Då 'torskar' patienten och blir sittande med hela ansvaret själv. Ofta har läkaren redan hunnit byta arbetsplats och kan därför inte hjälpa till att ställa saker till rätta. Detta har blivit en enorm klassfråga. Om man är ÖB eller minister eller något annat i medel-överklass får man i regel förr eller senare sina pengar, om man inte kan systemet är man helt utelämnad åt FK/läkaren/slumpen. (ID3935)

Jag får en känsla av att stödet (utbildningar, beslutsstödet etc) kring sjukskrivningar är anpassat för läkare som arbetar i ett område med välutbildad, välmående, socialt och ekonomiskt stabil, svenskspråkig, välinformerad, frisk befolkning - som till exempel Danderyd, Lidingö, Saltsjöbaden och liknande välmående 'öar' i samhället.

Min erfarenhet är att beslutsstödet och innehållet i de av FK anordnade utbildningarna förmedlar kunskap som är svår att tillämpa i verkligheten om man arbetar i ekonomiskt mer utsatta områden. Det slår sedan tillbaka på läkaren på olika sätt. Å ena sidan uttrycker patienten missnöje över läkarens bedömning eller intyg och å andra sidan bombarderar FK med kompletteringskrav, korta deadlines för svar; om inget svar i tid, ingen sjukpenning heller utbetalas. Konsekvens: arg och besviken patient. Patienten överklagar, nya telefonkontakter, möjligen dessutom ett nytt intyg, i värsta fall kompletterande utredning.

Mitt intryck tidigare blev att det var större fokus på att sjukskriva rätt, än att behandla rätt. Högst frustrerande. (ID1602)

Råden verkar vara förankrade i städer/storstäder. Landsbygd med annan arbetsmarknad och möjligheter hamnar i kläm. (ID700)

FK föreställ sig en idealisk patient som inte har sociala och ekonomiska problem, bara en klart begränsad sjukdom, med symtom och tecken som man kan mäta precis utan subjektivitet och oberoende av patienten och därefter ge precis prognos. Sådana patienter finns kanske inom kirurgi eller oftalmologi men inte inom psykiatri. (ID3684)

I.D.4. - Fel och brister i FMB

Inom kategorin *Fel och brister i FMB* inom temat *Problem med FMB* identifierades ett flertal subkategorier.

Flera kommentarer handlade om att det fanns felaktigheter i FMB. De handlade om att FMB var missvisande, inte uppdaterade till nuvarande behandlingar alternativt direkt felaktiga. Avseende missvisande information ges ett exempel från en läkare inom **rehabilitering**:

För den diagnos jag jobbar med finns missvisande fakta i beslutsstödet, t ex nämner man hur stor andel som dör första året utan att påpeka att det gäller alla (0-100 år) som insjuknar, inte individer i åldern 16-64 år som har en mycket mer positiv prognos. (ID2024)

I.D.4.1. - Stämmer ej med vårdprogram, riktlinjer och aktuella behandlingar

En subkategori handlade om att FMB inte stämmer överens med andra vårdprogram, rekommendationer, rutiner och riktlinjer inom vården. Sådana kommentarer kom bland annat från läkare som arbetar på **vårdcentral** eller inom **ortopedi, kirurgi, psykiatri, missbruksvård** respektive **rehabilitering**. En vårdcentralsläkare kommenterade att "FK måste ibland tänka "out of the box" – SoS riktlinjer ibland stämmer inte med lokala bestämmelser!!" (ID417) och en psykiatriker skrev att FMB "Behöver integreras med annan behandlingsrekommendation." (ID425). En kirurg skrev att:

Det saknas info om de vanligaste kirurgiska diagnoserna. De som finns överensstämmer inte med kirurgisk praxis. (ID1698)

Här följer citat från två ortopedier

Soc styrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd avseende fotkirurgi är helt bisarra. De är mer än 10 år g:a /.../ gör om och gör rätt denna gång. (ID1732)

Om det i en lärobok i ortopedi står att ett ryggskott kan sitta i upp till 3 månader så ger ändå socialstyrelsen råd om 14 dagars sjukskrivning. (ID1155)

Inom missbruk:

Ej verklighetsanpassade rekommendationer för den patientgrupp jag behöver handlägga. Till och med den nationella narkotikautredning som beställdes av regeringen för några år sedan påpekar brister i hur pat m missbruksproblem ska handläggas och situationen är oförändrad fortfarande. (ID2325)

Kommentarernas art kunde skilja sig en del beroende på typ av klinisk verksamhet. De typer av kliniker som läkare lämnade sådana kommentarer var **ortopedi, neurologi, obstetrik, rehabilitering** och **onkologi**. Några exempel från dessa verksamheter följer nedan.

Läkare inom **ortopediska** kliniker och mottagningar gav ofta specifika kommentarer om vad som brister i FMB utifrån de ortopediska diagnoser de arbetar med. En del av dessa beskrivs här, andra under önskemål, *I.E.1.3. Förbättra befintligt FMB*, sid 77. Nedan ges först ett längre citat om detta.

Realistiska tider! Att man efter en chevronosteotomi skulle återgå till arbetet efter 6v är ju orimligt exempelvis.

Jag sysslar med ryggkirurgi där större andel av patienter har svår och långtids smärtproblematik, inte sällan uttalad handikapp. FMB stämmer inte alls. Akut diskbråck t ex kan läka ut på allt ifrån 2 månader (tidigast) till 9-12 månader.

Det går väldigt sällan arbeta med vilka uppgifter som helst när man lider av svår ischias som kräver Morfin, Pregabalin, fulldos Paracetamol och NSAID i flera månader.

Enl. FMB rekommenderar man 3 veckors SI vid lättare arbeten och 6 v vid fysiska arbeten.

Detta kan gälla för lättare fall som handlägges via [distriktsläkare] enbart. Vi som arbetar på högre spec. nivå får alltid de svårare patienter där man överväger operation.

Pat. har väntat 3 mån efter remitteringen med anamnesen 3 månader dessförinnan (6 m totalt) jag följer upp ytterligare 6-8 veckor vid gränsfall (8 månader) Sätter upp pat till operation (1-2 månader till =10 månader), opererar, följer upp med 6v efter operationen och då är vi på 1 år. Sedan börjar det krångla med FK ordentligt. Ur mitt medicinska perspektiv vill jag helst börja räkna rekonvalescensen och rehab från operationsdatum (vi skadar patienten ännu mer och hoppas att till slut vinner alla på det) men FK vill skicka pat till arbete då det har löpt 360 dagar.

Ännu löjligare fall - Opererade patienten för kroniska smärtor efter en ryggskada, stor operation med sk fusion - skruvar, mycket operationstrauma. som regel gäller SI och restriktioner minst 3 månader vilket specificeras alltid i SI.

Jag fick ändå begäran om komplettering 2 veckor (!) efter operationen då patienten närmade sig 180 dagars gräns.

Ovanstående exempel tillhör de enklare fallen. Utöver detta handlägger vi ofta patienter med kroniska smärtor som pågått i flera år. Man får alltid ångest för hur det kommer att krångla med FK efteråt den dagen man sätter upp pat. för operation.

Många patienter har få objektiva fynd utan har svåra neuropatiska smärtor (bland de värsta smärtorna som finns där mediciner sällan hjälper) vilket då sällan duger för att intyget blir godkänt på första försök..

..Begäran om komplettering, svar, beslut, ingen sjukpenning, långt brev, överklagande, nytt beslut... Och köerna ökar..

Beslutsstöd ska vara ett stöd och inte en pisk som FK håller och läkare med patienter står på andra sidan. (ID6095)

I vissa fall är inte beslutsstödet tillförlitligt men FK handläggare följer det blint. /.../ Ett exempel på att FMB inte är tillförlitligt är vid adhesiv kapsulit (frozen shoulder). FMB's rekommendation gäller i de sällsynta fall en patient opereras men eftersom 'oskuret är bäst' och även våra kirurgiska kliniker är hårt pressade faller valet naturligt på att låta tillståndet ha sin naturliga progress vilket innebär 6-24 månader innan full funktion. (ID2946)

Delföreningen, Axel och Armbågssjukdomar, en Svensk Ortopedisk Förening skrev en officiell skrivelse (2010?) till SoS om att FMB inte stämde med deras uppfattning och erfarenhet. Hittills är, vad jag vet, denna skrivelse ej besvarad ännu. (ID736)

Neurologi

I stödet för narkolepsi står det dessutom FEL i informationen om att patienten är som vanligt (dvs har full funktionsnivå) mellan sömnattackerna. Detta är ju fel, och det vet alla som jobbar med dessa patienter. (ID4183)

Vad gäller t ex kognitiv nedsättning efter TSA, så måste FMB uppdateras. Enl nuvarande diagnoskriterier så kan TSA-pat ha kvarvarande symtom långt e. insj. Förhoppningsvis ändras TSA-krit. på sikt så att dessa pat slipper hamna i kläm. FMB måste uppdateras efter aktuell forskning. (ID5993)

Obstetrik

Exempel inom obstetrike för tidiga sammandragningar & hotande förtidsbörd. Fel att känna på cervix! (ID936)

Rehabilitering

Jag handlägger endast medelsvåra - svåra hjärnskador och här brister beslutsstödet. Endast efter mycket lätta - lätta skador (el stroke) är det möjligt att återgå i arbete efter 3 mån. (ID4186)

Onkologi

FMB är ofta dåligt uppdaterade & något "luddiga" - ffa onkologidelen som jag använder mest. Dock bättre nu än från början. (ID4253)

Baseras på äldre cancerbehandlingar med mycket lindrigare biverkningar än de vi använder idag. (ID5025)

I.D.4.2. - Rekommenderade tider för korta/långa

En subkategori inom kategorin *Det står fel i FMB* handlade om att de rekommenderade sjukskrivningstiderna var antingen för korta eller för långa. Det fanns olika exempel på detta, som även framkommer i några övriga kategorier inom både detta och andra tema.

Vissa diagnoser har för långa rekommenderade sjukskrivningstider, vice versa. (ID6551)

Lätta sjukskrivningar är mycket sällan problematiska där ex. större trauma eller kirurgi ligger bakom nedsatt arbetsförmåga. Problemet uppstår dock när vissa patienter med svåra diagnoser mycket prompt skall vara i full tjänst trots att FMS (Socialstyrelsen) rekommenderar heltidssjukskrivning. Skall vi då fortsatt rekommendera sjukskrivning? Knappast. Det belyser också det mest centrala i hela sjukskrivningsprocessen som äger rum idag. Vi sjukskriver inte individer utifrån deras arbetsförmåga utan ifrån deras upplevda arbetsförmåga. Jag har flera patienter med svåra skador från rörelse/stödjearparaten som trots dagliga smärtor jobbar full tid och absolut vill fortsätta pressa sig. Andra vill absolut vara heltidssjukskriven för mycket diffusa symtom (typ fibromyalgi, nackvärk, lindrig whiplash), där jag bedömer att patienten sannolikt har en god arbetsförmåga (men har svårt att komma ut i arbetsmarknaden). (ID6846)

I.D.4.3. - "Skrivna av oinsatta läkarkollegor"

En återkommande kommentar var att FMB upplevdes författade av läkarkollegor som inte hade klinisk förankring inom det aktuella området.

Skrivbordsprodukt gjort av läkare utan daglig kontakt med verkligheten. (ID803)

De är uppenbart gjorda av personer som inte är uppdaterade i den verksamhet som jag sysslar med, vilket medför att de snarast ger ökade svårighet i processen. (ID1530)

I.D.5. - FMB är för generella

En mycket framträdande kategori inom både detta och vissa andra teman var att läkare upplevde att FMB var för generella, och att det svårt att individanpassa FMB. Vanliga uttryck om FMB var att ”De är för generaliserande.” (ID655), ”De är generella. Patienter är individuella.” (ID 306), och ”Svårt tillämpa i enskilda fall.” (ID1213). Flertalet läkare beskrev att problemet med FMB är att de behandlar sjukdomar på gruppnivå, men att det inte fungerar i individuella bedömningar av patienter.

Många som kommenterade att FMB behöver individanpassning satte detta i relation till vissa sjukdomar eller sjukdomsområden som de arbetade med. Det kunde handla om att sjukdomar har en stor bredd i uppvisande av symptom och svårighetsgrader som påverkar funktions- och aktivitetsförmåga. Här skilde sig förekomsten av kommentarer beroende på vilken typ av klinik läkarna arbetade inom. Av de 122 kommentarerna i denna kategori så kom nästan en tredjedel från läkare som arbetar på vårdcentraler, vilket motsvarar vårdcentralers storleksordning bland deltagarna. Det fanns däremot en övervikt av sådana kommentarer från ortopedi, psykiatri, neurologi, rehabiliteringskliniker samt från företagshälsovården.

Det är bra, men många gånger finns samsjuklighet och då kan det vara klurigare. Dessutom är alla individer och ett förlopp är inte tillämbart på alla. (ID4222)

Råden bygger enbart på hur det fungerar på gruppnivå, de tar ingen hänsyn till den abstraktion som kommer i ett enskilt ärende. För att citera Benoit Mandelbrot; 'i randen råder det alltid kaos', dvs i det enskilda ärendet har man ingen ledning av hur det fungerar på gruppnivå utan man måste se det som unikt. (ID2501)

Man kan inte göra generella regler för diagnosgrupper och bortse helt från individuella omständigheter! (ID5710)

Andra läkare pekade mer på att patienters olika förutsättningar måste tas hänsyn till.

Kan vara ett visst stöd, men svårt att applicera på enskilda patienter då vi är mkt olika i vad vi kan klara av. Detta ffa vid psykiatriska besvär samt smärtproblematik där patientens personlighet och vad man kan klara som människa i sin livssituation är mkt olika. Hänsyn till detta är svårt att skriva ner i punkter och samma diagnos kan ge mkt olika uttryck i vad patienten kan klara av. (ID1018)

Ja...men. En diagnos betyder inte samma sak hos en pat som i allt är sitt eget biologiska system. Ålder, kön, psykisk status, kroppslig status... (ID 578)

”Håll tassarna borta”

Det förekom att läkare betonade att de inte vill ha FMB för sina patientgrupper, troligen på grund av det ofta uttryckta missförståndet om att individuella bedömningar inte kan göras inom ramen för FMB.

FMB finns inte i någon större utsträckning för neurologiska sjukdomar. Det är dessutom inte användbart då neurologiska sjukdomar tar sig så olika uttryck hos olika patienter. (ID 6798)

Helt adekvat finns nästan inga riktlinjer för den verksamhet där jag arbetar. Det går inte att ge generella riktlinjer, utan handlar om individuella bedömningar. Dvs. håll tassarna borta! (ID 2486)

I.D.6. - Läkaren kände inte till

En kategori av öppna svar handlar om kommentarer som indikerar områden där läkare inte alltid var insatta i vad som gäller.

I.D.6.1. - Visste inte att FMB ska användas individanpassat

I ovanstående kategori I.D.6. FMB är för generella fanns många exempel på läkare som menade att FMB inte tillåter individuella bedömningar. En del av dessa läkare tycks inte känna till att individuella bedömningar alltid ska göras, och att FMB ska användas som rekommendationer.

Vansinnigt att alla som har en diagnos kan vara sjukskriven i x antal dagar/veckor osv, inget hänsyn tas till individens förutsättningar. (ID1576)

I.D.6.2. - Blandade ihop FMB och FK

En subkategori här var att de av Socialstyrelsen framtagna beslutsstöden uppfattades som framtagna av Försäkringskassan.

Därför blir det fyrkantigt att bara hålla sig till FKs mallar, då de sällan passar in särskilt bra. Det blir också stelbent i bedömningarna från FKs tjänstemän, där problemet är att de varierar väldigt i kunskap och kvalitet. (ID4551)

I.D.6.3. - Kände inte till om alternativ till sjukskrivning

Av vissa kommentarer framkom det att läkaren inte kände till alternativ till vanlig sjukskrivning, såsom att använda förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, ersättning för resor till arbetsplatsen.

Ibland är sjukskrivningen absolut indicerad, då kan den dessutom bli långvarig. Ibland vid vissa sjukdomsdiagnoser föreslår vi sjukskrivning för att undvika att personen går in i ett sjukdomsskov. Det skulle behöva belysas i beslutsstöd eftersom individen då kanske inte utvecklat vare sig symtom eller aktivitetsbegränsning så ett sådant sjukintyg kan bli bortdömt dvs patienten nekas sjukskrivning av FK. (ID687)

Om patienten ö h t inte klarar att ta sig till arbetsplatsen behöver man inte ange vad hon inte klarar där! (ID849)

I.D.6.4. - Kände inte till att FMB har uppdaterats

En annan subkategori här är att läkare inte kände till att FMB uppdaterats eller att nya diagnoser tillkommit. Nedan ges ett exempel på kommentar från en läkare, som tydligen inte sett att FMB avseende depression har uppdaterats.

Det fungerar i grunden inte alls. Till exempel att deprimerade ska hamna på psykiatrin. Det finns inga resurser i Östergötland. I stort sätt meningslös. (ID2830)

En annan kommentar handlade om att det saknas diagnoskoder i FMB, vilket inte stämmer.

I.D.6.5. - Skillnad sjukdom och arbetsförmåga

En ytterligare grupp av kommentarer indikerar att det inte alltid är klart att det inte är sjukdom utan den nedsättning av patientens arbetsförmåga som sjukdomen lett till som kan ge rätt till sjukpenning. (En tidigare studie av FMB visade att detta även är otydligt uttryckt i FMB:s texter (36).)

Jag tycker beslutsstödet är till föga hjälp och stundtals ger felaktiga rekommendationer. Vid hjärtsvikt med symtom motsvarande NYHA klass 2 rekommenderas t ex att man kan behöva sjukskrivning från fysiskt tungt arbete upp till två månader. Hjärtsvikt är ett kroniskt tillstånd. Många pat kommer befinna sig i NYHA klass 2 i resten av sina liv (eller försämras). Då förstår jag inte varför rekommendationen är upp till 2 månader? (ID5095)

I.D.7. - Svårnavigerad hemsida

Inom denna kategori fanns beskrivningar av att Socialstyrelsens hemsida för FMB var svårtillgänglig och svårnavigerad. I synnerhet handlade dessa synpunkter om att sökfunktionen på hemsidan inte var tillräckligt finkänslig och att användare inte ges information om hur de ska söka på hemsidan.

Den är svårnavigerad på sidan, dvs informationen är svår att få fram för vissa diagnoser. I vissa fall helt värdelös. Har potential men funkar mest för "vanliga" diagnoser. (ID7247)

Svårt med sökfunktion, ibland kommer inga svar när man klickar på sök. (ID6254)

Oftast svårt att hitta enkelt rekommendationer. Man måste leta länge med rätt sökord. (ID7095)

Tar ibland långt tid att få fram diagnoskoderna i den sorteringsfunktion som finns idag. Mer 'fritext'-sökning hade uppskattats. (ID7195)

Tycker man kan göra sökfunktionen (diagnos) lite smartare, ska gå fort att få fram. Testade ex. att slå på "stroke". Fick 0 svar tillbaka. Ska det ärligt vara så? (ID5235)

Att en del läkare har haft svårt att få träff på sina sökningar på diagnoser i FMB på Socialstyrelsens hemsida skulle kunna vara en förklaring till att en del läkare med viss bestämdhet svarat i enkäten att det inte fanns något FMB för utmattningsyndrom, trots att det fanns ett sådant.

I.D.8. - Hur FK använder FMB

En framträdande kategori inom temat *Problem med FMB* var hur läkare upplevde att FMB används av Försäkringskassan. Som beskrivits inledningsmässigt var denna typ av kommentarer inom båda områden och deras teman synnerligen framträdande och innebar att vi fört över dessa till ett eget område III (se sidan 161). Här nämns de fem subkategorier av kommentarer som kan hänföras direkt till FMB.

I.D.8.1. - FK gör andra bedömningar nu än tidigare

En kategori av kommentarer handlade om att Försäkringskassan förändrat sina bedömningar i relation till FMB den senaste tiden, ofta avses det senaste året. Nedan ges ett sådant exempel.

Det märks tydligt att FK handläggare fått direktiv att dra ner på sjukskrivningstalen genom att ifrågasätta sjukskrivningarna efter politiska beslut. Intygs-information, DFA-kedja, som tidigare godkänts ifrågasätts nu. Jag har tidigare fått beröm av flera handläggare att jag skriver bra intyg men samma text i ett intyg idag godkänns ej. Jag har just nu 4 ärenden liggande där df ej är i stånd att arbeta men där FK inte betalar ut ersättning. Frågorna från FK utgår från något standardiserat formulär, det är exakt likadant. Det gäller patienter som är sjukskrivna för tex utmattningsyndrom/depression/krisreaktion, liknande diagnoser. Trots att det är helt klart att patienten saknar arbetsförmåga så är intygen ej godkända. Frågan kan vara tex 'beskriv vad df inte klarar pga nedsatt koncentrationsförmåga'. Jag tycker att FK-handläggare borde fatta detta utan att fråga. Jag upplever att viljan att sätta sig in i problemet saknas helt av FK-handläggare och ibland undrar jag om de har adekvat utbildning för sitt jobb. Jag menar att för att kunna bedöma mina intyg måste de ha någon form av medicinsk kunskap samt inlevelseförmåga. Som skrivit ovan tror jag att det finns en systematik sedan årsskiftet att inte godkänna intyg om de inte strikt följer socialstyrelsens stöd. (ID1155)

I.D.8.2. - FK bedömer intyg från PV annorlunda

En annan subkategori är att vårdcentralläkare upplevde att deras intyg bedömdes på andra sätt

Dels upplever jag att patienten kan vara sjukskriven i årtal från specialistvården, men om jag förlänger sjukskrivningen med samma frasering som i specialistsjukskrivningen så godkänns inte sjukskrivningen. (ID609)

I.D.8.3. - FMB används som regler

En mycket central subkategori här är hur FMB beskrivs användas av Försäkringskassan, som ett slagträ, som lagar och regler etc. Detta beskrivs något under område III. *Samverkan med Försäkringskassan*, sid 161.

I.D.8.4. - FK kräver omotiverade medicinska utredningar

En subkategori här är beskrivningar om att handläggare från Försäkringskassan kräver medicinska utredningar/åtgärder som det inte finns medicinskt underlag för, för att bevilja sjukpenning.

Jag ser också ett problem i att försäkringskassan dikterar villkor för sjukskrivning i medicinska frågor tex begär ultraljudsmätning av livmodertapp vid prematura kontraktioner (det finns ingen som helst evidens för det). (ID4557)

Inom reumatologi var en läkare kritisk till att handläggare använder den information som står om läkemedelsbehandling i FMB avseende reumatoid artrit i sjukskrivningsärenden.

- 1. Det är ett stöd, inte ett facit vilket FK:s handläggare verkar tro.*
- 2. Flera rekommendationer i FMB stämmer inte med professionens åsikt, åtminstone vad gäller 'skador på rörelseapparaten'. (ID Inom reumatologi var en läkare kritisk till att handläggare använder den information som står om läkemedelsbehandling i FMB avseende reumatoid artrit i sjukskrivningsärenden.*

3. Verkligheten är alldeles för komplicerad för att så förenklade rekommendationer ska vara till någon nytta. Dessutom anges ofta begränsning i tid. Det handlar väl mer om hur en specifik påverkan på funktionsförmåga eller hur specifika sjukdomsmanifestationer kan bedömas påverka behovet av sjukskrivning.

Att viss läkemedelsbehandling nämns i t ex RA-rekommendationerna gör att detta ibland påtalas av handläggaren. Att man bör överväga biologisk behandling för att få en person att komma tillbaka i heltidsarbete, vilket knappast kan ingå i handläggarna kompetensområde att ha åsikter om. Denna typ av kommentarer bör tas bort från rekommendationerna. (ID2869)

I.D.8.5. - Bristande kompetens hos Försäkringskassans personal

En annan vanlig subkategori här var uttalanden om bristande kompetens hos Försäkringskassans handläggare. I enkäten listades möjliga svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, en av dessa var ”Du upplever brister i FK handläggares kompetens” – 37 procent av läkarna svarade att de gjorde detta. Nedan följer några citat om detta.

FK handläggare har ingen kompetens att en läkares text eller ens ge en tillstymmelse av vilka ord de lägger på en guldvåg. Där är det största felet. (ID5279)

Det händer att FK vid begäran av komplettering av intyg hänvisar till försäkringsmedicinskt beslutsstöd men när jag söker där så finns inte åkomsten med i beslutsstödet eller också framgår där att rimlig sjukskrivningstid efter t.ex. operation av en åkomma inte överskridits. Känslan finns då att handläggaren själv inte läst eller förstått beslutsstödet. (ID 836)

En annan läkare uttryckte sig likartat:

FK kräver ibl. förtydligande där det ej är tillämpligt, verkar inte alltid kunna läsa. Mkt irriterande att det står ”v.g. se soc.styrelsens rek...” i varenda förfrågan trots att det inte finns några. (ID 2002)

I.D.9. - Konsekvenser av problem

De olika problemområden som finns inom detta tema beskrivs få konsekvenser, både för patient och för läkare. Fyra subkategorier identifieras som särskilt viktiga att lyfta fram utifrån läkares utsagor, nämligen *Patienter sjukskrivs med fel diagnos, Patienter blir sjukare, Längre sjukskrivningar, Deprofessionalisering samt Rättsosäker handläggning.*

I.D.9.1. - Patienter sjukskrivs med fel diagnos

I kategorin I.B.4. *För att välja diagnos* (sid 49) beskrevs att läkare ibland använder FMB som en katalog över vilka diagnoser som Försäkringskassan sannolikt skulle bevilja längre sjukskrivningstid än andra diagnoser, något som innebär att vissa diagnoser ter sig vanligare som orsak till sjukskrivning än de egentligen är.

Jag vet att när man behöver sjukskriva längre än rekommenderat så måste man byta diagnos till en som har längre sjukskrivningslängd eller motivera tydligt varför man överskrider rekommendationen. (ID5146)

Flera kommentarer illustrerar att läkare valde en annan diagnos för intyget beroende på rekommenderad sjukskrivningslängd. Läkare beskrev ibland detta som ’diagnosglidning’ och det handlade ofta om psykiska besvär och i synnerhet om ett mer frekvent användande av diagnosen utmattningssyndrom. Citaten nedan belyser att FMB inte upplevs vara helt adekvat och tydligt, vilket får oönskade effekter såsom diagnosglidning.

Intentionen när det skapades var ju att vara ett stöd för sjukskrivande läkare, samt att se om föreslagna tidsramar var adekvata, och att det efter en tid skulle revideras i enlighet med ’verkligheten’. Det som hände var att FK läste FMB mycket noga, med resultat att det blev en glidning i diagnoser för att få längre tid för behövande patienter. (ID1564)

Det är ju ganska trubbigt. Skillnaden är ju milsvid mellan depression och utmattningssyndrom när det gäller sjukskrivningstidens längd. Man kan ju fundera på vad explosionen när det gäller utmattningssyndrom beror på. (ID2768)

Sen verkar det sprida sig som en epidemi på arbetsplatser, att bara för att en kollega blev sjukskriven så ska man själv också det. Det är sällan klassisk 'utmattningssyndrom' det handlar om, utan snarare 'less på livet'. De borde gå ner i tid eller ta semester, inte kräva sjukvård. Inte sällan uttrycker de också att de bara 'vill vila' och inte vill ha mediciner (och jag kan instämna om att mediciner sällan är indicerade). Med denna luddiga diagnos blir det desto svårare att hitta luta sig mot FK:s beslutsstöd. Anpassningsstörning? Ångest UNS? 'less på livet' finns ju inte... (ID7292)

I.D.9.2. - Patienter blir sjukare

Framförallt handlade kommentarerna inom denna kategori om att Försäkringskassans ifrågasättande av patientens rätt till sjukpenning kunde leda till oro och stress som i sin tur innebar mer sjukdom och/eller svårighet att delta i rehabilitering. Det framkom i det sammanhanget även konsekvenser av att FMB inte finns för alla diagnoser. En läkare beskrev att för stressrelaterade diagnoser finns bara två diagnoser vilket gjorde att läkare valde någon av dessa även om patienten egentligen borde fått en annan diagnos. Denna brist i FMB menade läkaren bidrar till att patienter blir sjukare.

Under psykiska sjukdomar som är stressrelaterade har man i princip bara tagit med Utmattningssyndrom och Akut stressreaktion (efter tex terrordåd, livshotande händelse mm), vilket gör att vi läkare omedvetet 'trattar ned' diagnoserna till en av dessa två...! /.../ Så snabbt man kan cementera sjukdom hos en patient som är extremt stressad, men INTE utmattad! Allvarlig och kostnadsdrivande bieffekt av FMB. (ID2955)

Nedanstående citat illustrerar att fokusering på ordvalen i intygen potentiellt kan bidra till att patienternas hälsa försämras.

För att ett intyg skall bli godkänt krävs att jag använder vissa ord, i rätt ruta. Det räcker inte att jag beskriver med mina egna ord varför patienten inte kan arbeta. Och att beskriva graden av funktionsnedsättning med ord som t.ex. 'total' / 'stor' och att detta skulle innebära en viss procents nedsättning är ju bara en bluff. Regeringen har bestämt att sjukskrivningarna skall minska. Försäkringskassan får anpassa sina bedömningar efter det antalet som eftersträvas och sedan skylla på att våra intyg inte är tillräckligt bra. Skapar en massa merarbete för oss och gör patienterna ännu sjukare, och oss också eftersom administrationen av dessa intyg tar mer och mer tid i anspråk. Det är ju inte förebyggande åtgärder för att folk inte skall bli sjuka av jobbet eller vård för att de skall bli friska fortare som prioriteras. (ID1904)

En del läkare kommenterade också att icke individuella eller flexibla bedömningar kan leda till längre sjukdomstider, inte nödvändigtvis kortare, men också att icke flexibla tolkningar av FMB drabbar patienter negativt.

Eftersom jag inte sjukskriver patienter besvärar de mig inte så mycket primärt men jag ser ju hur sådana patienter som kommer till en smärtmottagning drabbas mycket negativt av den stelbenthet som finns i de allmänna och specifika råden. (ID1021)

Rehabiliteringsprocessen fördröjs och tillfrisknandet motverkas av att patienterna är rädda för att bli utan sjukpenning efter ett visst antal dagar. (ID1865)

I.D.9.3. - Längre sjukskrivningar

Flera beskriver att FMB används för att hitta de diagnoser som 'tillåter' längre sjukskrivningstider. Framförallt nämns då att många hellre väljer diagnosen utmattningssyndrom än andra närliggande, med kortare rekommenderad tid. Särskilt kan detta bli ett problem när tidigare sjukintygande läkare har haft en annan syn på detta.

Jag arbetar inom företagshälsovården. Det finns en stor förväntan framför allt från patienterna, men även från andra medarbetare och arbetsgivare att man ska sjukskriva. En svårighet är det försäkringsmedicinska beslutsstödet - alla diagnoser finns inte med. Vad är rekommendation för stresstillstånd? Är det sjukdom? Hur länge är rekommendationen att sjukskriva för stress? Diagnostiska problem - utmattning - hur är gränsdragning kring det? Det finns ingen samstämmighet kring utmattning - det räcker att pat säger att man är trött så uppfylls diagnosen. Psykiatrisk diagnostik är slarvigt utförd. Vad är vetenskapen bakom att sjukskrivningsperioden för utmattning är så lång? Varför ska man enligt beslutsstödet sjukskriva längre tid för oklara diagnoser- ex smärttillstånd? Svårighet att det inte finns samstämmighet

mellan kollegor. En del anser att man ska sjukskriva länge - för utmattning är ett år en kort tid, man övertalar pat att vara sjukskriven länge. Svårighet att ta över sjukskrivningsärenden från kollegor som har annan syn där pat själv har uppfattning att det kommer ta lång tid. Svårt när jag har annan uppfattning om diagnos än tidigare kollega. (ID2567)

I.D.9.4. - Deprofessionalisering

En subkategori av problem som läkare beskrev i sina öppna svar var att FMB bidrar till en deprofessionalisering av läkaryrket. En aspekt av detta relaterar till att FMB används för att klippa- och-klistra text till intyget, vilket också beskrivs i kategorin I.B.3. *Klipper och klistrar text.*

FK har hög personalrotation med många nybörjare som tyvärr inte godkänner sjukintyget om beskrivningen av pat. inte till punkt och pricka stämmer med beslutsstödet. Många av mina intyg är "klipp och klistra" från stödet vilket sparar tid för mig och nästan garanterar att de godkänns. Detta innebär ju en total avprofessionalisering av intygsförfarandet. Stödet får bakvänd effekt. (ID6516)

Flertalet läkare beskrev på olika sätt att FMB leder till fyrkantiga och mekaniska bedömningar av patienter. En uppfattning var att om FMB ska betraktas som en checklista, så behövs det inte någon läkarkompetens för att arbeta med sjukskrivning av patienter.

Om det ändå är det som bestämmer kan man lika gärna koppla diagnos direkt dit och låta mig slippa göra något vi tycks ju obildbara. Låt det bli maskinellt direkt. Om man tror att verkligheten är så mekanisk att det är lika för alla kan ju FMB-FK bestämma - en dator. (ID1607)

Bland det sämsta som Socialstyrelsen åstadkommit. Så oerhört långt från human medicinsk bedömning. Allt nerkokat till ren mekanik - människan som en maskin - det tar si o. så länge för den åtkomman att läka - punkt! O. detta läser FK som den absoluta sanningen - som rättrogn läser bibeln. FMB = HELT 100 % VÄRDELÖST!! (ID832)

I.D.9.5. - Rättsosäker handläggning

Andra läkare menade att handläggares tolkningar av hur FMB ska användas, utan att detta är förankrat i läkarkåren, kan påverka patienters möjligheter till rättssäker handläggning.

De flesta diagnoser finns dessutom inte med, och handläggarna uppfattar då att de enkla diagnoser som finns med kan översättas till övriga- Även detta försvårar situationen för oss i SS-processen. (ID1530)

Så här fungerar det. Om pat med tveksamma diagnoser har tur/skicklighet/samhällsposition nog att få en duktig läkare som kan skriva intyg ser vederbörande till att alla nyckelord som FK tittar efter finns med och saken är klar. Eftersom de flesta patienter har komplexa sjukdomsbilder väljer man som läkare att trycka på de diagnoser som har störst möjligheter att gå igenom och utesluter andra som inte har det. Om pat däremot är resurssvag/har otur hamnar pat hos en läkare som inte har koll på hur det fungerar och gör fatala misstag, t ex att skriva att pat har en pressande social situation eller avancerade arbetsuppgifter, eller missar helt enkelt att fylla i delar av intyget (då och då i protest mot frågor som ingen läkare i världen egentligen kan svara på). Då 'torskar' patienten och blir sittande med hela ansvaret själv. Ofta har läkaren redan hunnit byta arbetsplats och kan därför inte hjälpa till att ställa saker till rätta. Detta har blivit en enorm klassfråga. Om man är ÖB eller minister eller något annat i medel-överklass får man i regel förr eller senare sina pengar, om man inte kan systemet är man helt utelämnad åt FK/läkaren/slumpen. Samtidigt har administrationen av dessa intyg ätit resurser på ett ofattbart sätt. Antingen tar politikerna ansvar och säger att sjukförsäkringen bara gäller vid vissa diagnoser som går att verifiera, som det blivit vid privata försäkringar, eller också får vi leva med att FK är en resurs som kommer att fördelas på grunda skäl, och då kan vi lika gärna skipa intygscirkusen och sköta det enkelt och pragmatiskt som förr, och snabbt blockera läkare som uppenbart missköter systemet. (ID3935)

I.E. - Önskemål om beslutsstöden

I enkäten efterfrågades läkarens önskemål om ytterligare information eller andra förbättringar i FMB. Ett mycket stort antal sådana inkom, och dessa har analyserats på motsvarande sätt som övriga kommentarer. Vi identifierade fem kategorier inom detta tema, nämligen *Uppdatera FMB, Utbildning*

och information, ”Skrota FMB”, Hemsidan, samt önskemål om de Övergripande principerna. Dessa presenteras nedan. Nedan ges ett citat som sammanfattar mångas önskemål.

Att det omfattar mycket fler diagnoser. Att det framgår vad tungt, medeltung etc arbete är. I vilka typer av arbetsuppgifter som man vid den aktuella diagnosen kan förvänta sig att arbetsförmågan är nedsatt och i vilken omfattning. Att man förtydligar att det kan finnas stora individuella variationer i hur lång tid ett läkningsförlopp tar och att andra sjukdomar som tex diabetes, reumatisk sjukdom etc som vanligen inte påverkar arbetsförmågan är göra att rehabiliteras av andra tillstånd tar signifikant längre tid. (ID4754)

I.E.1 - Uppdatera FMB

Kategorin ’Uppdatera FMB’ den absolut största av de fem kategorierna under temat om (I.E.) Önskemål för beslutsstöden, med nio olika subkategorier. Dessa nio subkategorier presenteras här i en egen tabell för denna kategori (Tabell 21). Denna tabell är alltså en utvidgning av tema Önskemål, kategori I.E.1. Uppdatera FMB från Tabell 10, sidan 25.

Tabell 21. Subkategorier och grupper inom kategorin ”Uppdatera FMB”, den största kategorin inom tema Önskemål om beslutsstöden, område I, Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

I.E. Tema: Önskemål om beslutsstöden	
Kategori: I.E.1. - Uppdatera FMB	Subkategorier
1. Basera på vetenskap	1. Basera på vetenskap och aktuell klinisk praxis 2. Statistik om sjukfrånvaro
2. FMB för fler diagnoser	1. Inom olika diagnosområden 2. FMB för symptom
3. Förbättra befintliga FMB	
4. FMB för samsjuklighet	
5. Förenkla/förtydliga och ge exempel	1. Mer kortfattat och koncist, t.ex. lathund 2. Utveckla, ge exempel 3. Specificera för ålder, yrke etc 4. Koppla till text i intyget
6. Om bedömning av funktion, aktivitet etc	1. Information om hur bedöma funktion och aktivitet 2. Information om vad patient kan tänkas klara för arbetsuppgifter 3. Exempel på vad som menas med ’objektiva fynd’ 4. Om individuell bedömning för alla diagnoser
7. Om behandling/rehabilitering	1. Lägg till information om detta 2. Ta bort sådan information
8. Hur hantera psykosocial problematik	
9. Om alternativ till sjukskrivning	

De skulle kunna täcka fler diagnoser och konkretisera ytterligare i vilka fall (sjukdomsförlopp, arbetsuppgifter) längre, respektive kortare sjukskrivningstid är lämplig, och på basen av vilken evidens. (ID7727)

Gör om dom. Ta gärna med en yrkesaktiv läkare i arbetet med detta så att det kan fungera i praktiken. (ID3000)

Inom kategorin Uppdatera FMB identifierades de nio olika subkategorier som framgår av ovanstående tabell 21. Vi presenterar först den kategori som handlar om önskemålen om att i större utsträckning basera FMB på aktuell vetenskaplig kunskap och klinisk praxis.

I detta tema har vi valt att **feta text om specifika diagnoser eller typ av klinisk verksamhet** så att läsaren lätt ska kunna hitta sådana i önskemålen och förslagen.

I.E.1.1 - Basera FMB på vetenskap och klinisk praxis

Här fanns det två grupper, dels avseende att basera FMB på vetenskap och aktuell praxis, dels att även ha med aktuell statistik

I.E.1.1.1 - Basera FMB på vetenskap och klinisk praxis

En subkategori inom kategorin Uppdatera FMB (I.E.1.) var önskemål om att FMB i större utsträckning skulle baseras på evidens och aktuell klinisk praxis och kontinuerligt uppdateras baserat på sådan. Önskemål om detta kom från de flesta typer av kliniker, såsom vårdcentraler, invärtesmedicin, kirurgi, neurologi, rehabilitering, företagshälsovård, gynekologi och onkologi.

De riktlinjer för sjukskrivning som socialstyrelsen har publicerat är vettiga, men de baseras inte på vetenskap och beprövad erfarenhet. (ID2445)

Jag saknar tättare uppdateringar i takt med ny medicinsk kunskap. (ID693)

Tydligare förklaring om vetenskaplig grund för påståendena. (ID7629)

En förhållandevis stor andel av kommentarerna om vetenskap och klinisk praxis kom från läkare verksamma vid **ortopediska** kliniker: närmare 17 procent, att jämföra med de sju procent av deltagarna som arbetade inom ortopedi. Flera av kommentarerna från ortopedier var mycket kritiska till befintligt FMB inom det ortopediska området och några innehöll skarp kritik av författare av dem. Andra föreslog i något mildare ordalag att FMB borde utvecklas i samråd med klinisk expertis på området.

Utveckling inom ortopedi. Kanske fråga ortopedier... (ID6435)

När de utformas bör man kontakta experter på det specifika området, så att FMB blir bättre. Man bör i dessa också ta med att om komplikationer uppstår är det nya förutsättningar som gäller. Handläggarna verkar inte förstå att en komplikation kan påverka aktivitetsbegränsning betydligt. (ID1530)

Läkare inom flera olika typer av kliniker kommenterade att FMB avseende **utmattningssyndrom** inte var evidensbaserad. Dessa synpunkter kom till exempel från reumatologi, företagshälsovård och vårdcentraler.

Förtydliganden och forskning bakom utmattning - det blev bättre i vintras men måste grundas ännu bättre i INTERNATIONELL evidens. (ID2615)

Mer verklighetsförankrade. tex vid utmattningssyndrom står det inte samma sak i riktlinjerna som forskarna tex Glise et al från institutet för stressmedicin förespråkar. (ID3040)

Från **företagshälsovård** och **vårdcentralsläkare** fanns sådana kommentarer även om **smärttillstånd** och **somatiska sjukdomar**.

Det vetenskapliga underlaget är utstuderat skevt för vissa smärtproblem. (ID859)

Ett önskemål var att det beskrivs vilka studier FMB baseras på, att det ges hänvisning till dessa samt att det ges information om vilka experter som tagit fram respektive FMB.

Tidigare fanns uppgift om vilken/vilka namngivna specialister som arbetat fram beslutsstödet för varje diagnos, det var bra. (ID2024)

Hänvisa till studier gällande val av ssk-längd och funktionsnedsättning. (ID4108)

Andra uttryckte medvetenhet om att det saknas såväl vetenskaplig evidens som resultat från enskilda studier inom området, varför önskemålet om evidensbaserade FMB ännu så länge bara kan vara just önskemål.

Mer detaljerad information beroende av diagnos om hur anpassning bäst sker i vilka dimensioner av funktionsnedsättning. Tex hur man skall stegra insatser vid Intryckskänslighet hos Utmattade på bästa sätt, dock vet jag att underlaget för dessa rekommendationer inte har särskilt bra forskningsstöd varför det är svårt att se hur det skulle kunna göras. (ID3722)

I.E.1.1.2 - Statistik för sjukskrivningar

Flera vill även ha mer och tydligare information om hur många med en viss diagnos som brukar bli sjukskrivna i den, samt om vanliga sjukskrivningslängder etcetera för respektive diagnos.

Vore intressant om median i sjukskrivningstid och 10:e percentilen anges. Vilka studier som ligger bakom, hur är tex diagnoser validerade? (ID3213)

Information kring hur långa sjukskrivningar är i snitt för en viss sjukdom (kanske diagramformat eller median- & medelvärde) (ID7767)

Det vore också bra om uppgift om prognos fanns med i beslutsstödet, typ hur stor andel brukar vara i heltidsarbete efter 1 år, efter 2 år, efter 5 år. (ID2024)

Avseende uppdatering och basering på kunskap hänvisar vi även till kategorin I.D.4. 'Fel och brister i FMB' på sid 64, inom temat I.D. *Problem med FMB*.

I.E.1.2 - FMB för fler diagnoser

Uppskattar FMB och önskar att det fanns för flera områden. (ID7534)

Fler diagnoser, och förtydligande för vad som kan gälla i specialfall. För de diagnoser/diagnosgrupper där FMB är tillämpligt är det mycket användbart och underlättar mitt arbete signifikant. (ID7091)

De beslutsstöd som finns är till stor hjälp. Det skulle vara bra om det fanns fler beslutsstöd! (ID7387)

Det vanligaste förbättringsförslaget som läkare hade avseende FMB var att FMB borde utökas med fler diagnoser. Det var en något större andel från kundgrupp SUSSA (18 %) och en något lägre andel från kundgrupp TakeCare (27 %) som gav sådana förslag, i förhållande till storleken på dessa grupper bland deltagande sjukskrivande läkare (13 % respektive 34 %). Det var en lägre andel specialistutbildade (43 % jmf med 68 %) och en större andel ST-läkare (41 % jmf med 26 %) som gav sådant förslag. Det var också en större andel läkare i den yngsta åldersgruppen 24-39 år (59 % jmf med 35 %) jämfört med den äldsta åldersgruppen 55-68 år (14 % jmf med 29 %) som lämnade sådana förslag. Andel som lämnade förslag om fler diagnoser varierade inte med frekvens av sjukskrivningsärenden. Det fanns inte några stora variationer i andelar mellan typ av klinik. De typer av kliniker där en större andel lämnade förslag om att FMB borde innefatta fler diagnoser var invärtesmedicin följt av neurologi, öron/näsa/hals, infektion, gynekologi samt ögonkliniker.

I.E.1.2.1 - FMB för flera diagnoser

Till exempel efterfrågades FMB om diagnoser/åtgärder avseende **handkirurgi, tung psykiatri, missbruk, medfödda funktionsnedsättningar och personlighetsproblematik, neurologi och trauma**.

Utöka gärna med standard för alla typoperationer och sjukdomar. (ID1946)

Att maladaptiv stressreaktion införs som diagnos. Skulle kunna utgöra ett mellanting mellan akut stressreaktion och utmattningsyndrom vad gäller sjukskrivningstid. (ID1708)

Varför finns inget om F43.9 till exempel som rimligen är mycket vanligare än både utmattningsyndrom och akut stressreaktion? (ID2955)

Internmedicinare skrev att FMB bl.a. behövs för klaffsjukdom och aortadissektion.

... skulle behöva byggas ut till att omfatta fler diagnoser. De flesta diagnoser jag som internmedicinare på sjukhus sjukskriver för finns inte med. (ID5060)

Från läkare inom **hematologi** fanns flera kommentarer om att hematologiska sjukdomar inte finns med i FMB. Ett exempel är:

De diagnoser jag arbetar med är inte inkluderade i FMB. Jag jobbar med hematologi dvs ffa maligna sjukdomar i blod, benmärg och lymfkörtlar. (ID4719)

Bland de kommentarer som kom från läkare inom **neurologi** återfanns allmänna önskemål om fler diagnoser.

Flera neurologiska tillstånd behöver vara med. (ID4663)

De flesta läkare inom **invärtesmedicin** svarade att det behövdes fler diagnoser och fler subgrupper. Av de läkare som specificerade vilka diagnoser de saknade återfanns kommentarer från områdena hematologi, hjärta, njurmedicin, lungmedicin. Exempel på det senare är:

Saknas information om vanliga hälsoproblem som t ex mycket bristfällig information om sjukskrivning vid DVT och lungemboli. (ID3231)

Inom **öron, näsa och hals** lämnade läkare huvudsakligen mer generella kommentarer, medan några gällde mer specifika diagnoser.

Många diagnoser inom ÖNH saknar rek. i FMB. (ID7448)

Uppskattningsvis hälften av de sjukdomar som jag på ÖNH klinik behöver sjukskriva för finns inte med i FMB. (ID6879)

Att de skulle vara relevanta för hörsel- och balansrubbingar. (ID3198)

FMB för pat med huvud o halscancer. De går ofta igenom extremt tuff behandling (strålning, op, cytostatika) som påverkar andning, tal, födointag, utseende. Långvarig cancerrelaterad trötthet. (ID4966)

Läkare inom **ögonsjukvården** skildrade en bild av att det saknas FMB för området ögonsjukdomar.

De flesta ögonsjukdomar saknas. (ID7270)

Det finns för få FMB inom ögonsjukdomar. (ID61)

Saknas FMB för de ögonsjd som jag handlägger i sjukskrivn. frågor. (ID5470)

Infektionsläkare lämnade, med något undantag, förslag av mer allmän karaktär, det vill säga, önskemål om fler infektionsdiagnoser i FMB. Några var mer specifika:

Som infektionsläkare på en universitetsklinik handlägger jag ofta patienter som drabbats av en allvarlig infektion och återhämtning skiljer sig stort mellan patienter.

"Återhämtningshastigheten" är svår att objektifiera med de objektiva värden/fynd som efterfrågas på intyget. Ej heller beskrivs denna grupp i "Övergripande principer för sjukskrivning" eller FMB. Detta är ett problem tycker jag. (ID4409)

Fler diagnoser tex encefalit/meningit. (ID6903)

Gynekologer lämnade oftare mer specificerade förslag, framförallt önskades FMB postoperativa tillstånd, endometrios, graviditet och flera graviditetskomplikationer.

Vårdcentralsläkare lämnade ungefär lika stor andel kommentarer inom kategorin 'fler diagnoser' som denna grupp utgör bland de sjukskrivande läkarna (34%). Den absoluta merparten av dessa kommentarer var den korta uppmaningen "*Fler diagnoser!*" följt av förslag på förbättringar avseende diagnoser som redan fanns i FMB. Det handlade även om oklara gränsdragningar mellan diagnoser och svårigheter med diffusa symptom som föranledde önskemål om diagnoser i FMB som kan inkludera dessa.

Användbar information vid diffusa rygg och axlar samt depression och ångest. Sjukskrivning brukar pågå många månader ibland några år ffa hos arbetslösa. (ID3599)

Fler diagnoser. Fler komplicerade diagnoser och de med längre rehabiliteringstid. Oftast väldigt svart-vitt, gärna mer nyanserat! (ID7493)

Bygg ut det med fler diagnoser. Se till att rekommendationerna inte skiljer sig alltför mycket mellan närliggande diagnoser. (ID6790)

Fler diagnoser och även mer runt diffusare tillstånd. (ID6415)

Flera av kommentarerna från vårdcentralläkare låg, som synes, i gränslandet till nästa grupp:

I.E.1.2.2 - FMB för symptom, utredning och när diagnos inte kunnat fastställas

FMB utgår för närvarande från diagnoser eller medicinska åtgärder. En grupp inom subkategorin *FMB för fler diagnoser* handlade om att läkare önskade beslutsstöd även för hur hantera situationer när en patient uppvisar sjukdomssymptom och bristande arbetsförmåga, men där diagnosen är oklar och ytterligare utredning behövs för att kunna ställa diagnos.

[FMB] förutsätter en definitiv & helt uppfylld diagnos. Man kan inom allmänmedicinen se uppenbar arbetsförmåga men behöva arbeta ganska länge (i team) för att sätta diagnos. (ID936)

Information om sjukskrivning under utredning och sjukskrivning för symptom. (ID7772)

Där vi egentligen behöver underlag är långtidsjukrivna utan egentlig sjukdom, (alltså en samling symtomdiagnoser) (ID2125)

Kombinationen diffus generell smärta samt ospecifikt psykiskt dåligt mående har ofta inga konklusiva diagnoser vilket medför inget tillgängligt FMB. Det är inte förvånande men en inte liten andel av patienter beskriver dessa symptom. Någon form av konsensus vad gäller sjukskrivning eller inte sjukskrivning skulle underlätta. (ID2097)

I.E.1.3. - Förbättra FMB för de diagnoser som finns

Inom denna subkategori fanns det ett stort antal förslag om att förbättra FMB för de redan befintliga diagnoserna, såsom:

Mer tydlighet vad gäller kroniska sjukdomar såsom typ 1 diabetes. (ID2811).

Enligt kommentarerna står det fel i några av FMB rekommendationerna (se avsnitt I.D.4. *Fel och brister i FMB*, sid 64). Dessa fel behöver åtgärdas.

Nedan redovisas först förslag för de största områdena där dessa förslag fanns, nämligen **psykiatri**, **värkproblematik** och **ortopedi**.

Den stora delen av de ca 100 *förbättringsförslag* av befintliga FMB diagnoser gällde psykiatri och psykiska besvär, ibland i kombination med smärta. Denna kategori av förslag lämnades nästan uteslutande av läkare inom **vårdcentraler** (51 %), **psykiatri** (30 %) och **företagshälsovård** (10 %).

Från psykiatriker fanns några grupper av kommentarer, varav en handlade om att FMB för de psykiatriska patienterna behöver anpassas till psykiatrins verklighet. En grupp av kommentarer handlade om att **specialistpsykiatrin** har behov som skiljer sig från andra verksamheter som möter patienter med psykiska besvär. Här fanns även önskemål om att precisera, t.ex. ta fram FMB för kronisk depression och att skilja på psykiska sjukdomar som hanteras i primärvården och de som hanteras i specialistvården.

När det gäller psykiatri behöver dessa göras om helt. (ID3750)

De borde skrivas om med en problematisering kring de patienter vi möter i specialistvården. (ID1232)

Arbetar med svårt sjuka patienter. Framför allt sjukskrivning av kronisk depression inkluderas inte. Depression kan variera i svårighetsgrad och vid sjukskrivning av svår depression med kognitiv nedsättning har ofta FK svårt att förstå funktionsnedsättningen. (ID3608)

Beskriv gärna psykisk sjukdom som behandlas av specialistpsykiatrin i en annan kategori än psykisk ohälsa som handhas av primärvården. Begrepp som depression och ångest har under de senaste årtionden vidgats till oigenkännlighet. /.../. Svår depressiv episod med psykotiska symptom är en potentiellt dödlig sjukdom där tillfrisknande kan ta upp till ett halvår/år. Hos en del särskilt med ECT behandling, kan det gå betydligt snabbare. Att tvinga in detta i mallar, är uppenbart oprofessionellt! (ID3063)

Från **psykiatrin** handlade kommentarerna om FMB i högre grad om att ”*Psykisk sjukdom är så olika från individ till individ att det knappt är brukligt.*” (ID7642) och en som ”*Tycker inte att det beskriver nyanserna i psykisk ohälsa tillräckligt väl.*” (ID6427)

Ja. Den bör anpassas bättre till verkligheten vid psykiska tillstånd. (ID2405)

Varför kan deprimerade patienter (förutom depressiv fas av bipolär sjukdom) inte vara sjukskrivna längre tid än 6 månader (det går oftast, men ibland så slår försäkringstjänstemännen bakut)? Vissa deprimerade är terapieresistenta (eller nära) och behöver längre tids behandling innan de förbättras så att sjukskrivning kan minskas. Även de som svarar på behandling kan vara kognitivt nedsatt längre tid än 6 månader vilket är svårt att förklara för försäkringstjänstemännen. Jag brukar fråga dem om de vill att deras barn skall åka taxi med en deprimerad man som har varit sjukskriven 6 månader och förbättrats men som fortfarande har tankar på utvidgat självmord genom trafikolycka? (ID3299)

Bland **vårdcentralsläkare** var **psykiska besvär** det mest framträdande sjukdomsområdet där förbättringar av FMB efterfrågades. Tre fjärdedelar nämnde detta. Även **smärtproblematik** hos patienterna återkom i kommentarerna och i övrigt förekom sjukdomar mer sporadiskt.

Ja, förbättring, mer realistisk. En stressad patient (= utan pengar) går svårtligen rehabilitera. Om man har suicidtankar/planer "skiter" man i jobbet - det behövs ju ändå inte när man är död/har gett upp. (ID558)

Den bör anpassas bättre till verkligheten vid psykiska tillstånd och inte bara vara ekonomers våta dröm om 'att det är bara att rycka upp sig'. (ID2405)

Verklighetsanpassning vad gäller de mer svåra, diffusa diagnoserna som olika typer av psykisk ohälsa, smärttillstånd/fibromyalgi etc. (ID5090)

Kring en av de psykiska diagnoserna, **utmattningssyndrom**, fanns det särskilt många kommentarer, framförallt från vårdcentralsläkare men även från psykiatriker och andra typer av kliniker. Många ansåg att de rekommenderade sjukskrivningstiderna är för långa.

Absolut!! Vad gäller psykisk ohälsa så behövs mycket mer tolkningsutrymme för individuella förlopp. Utmattningssyndrom o stressdiagnoser alldeles för 4-kantiga! (ID4516)

Hur symtom vid utmattningstillstånd ska beskrivas och graderas så att vi kan få en konsensus kring det. (ID429)

Att rekommendationen gällande sjukskrivning för utmattningssyndrom omprövas. (ID 6787)

Rejält omtag vg formuleringen kring utmattningssyndrom, en lucker och snabbt växande diagnos utan internationellt konsensus som inte heller ger vägledning kring evidensbaserad behandling och där sskr rekommendationen alltför starkt pekar på behov av sskr/längre sskr utan att det finns något stöd vetenskapligt för att det behövs/är av godo. (ID5222)

Tillämplighet vid svårtolkad psykiatrisk sjuklighet tack! Hur kommer det sig att utmattningssyndrom möjliggör sjukskrivning hur länge som helst? Det är en svensk diagnos som inte har internationell förankring och ofta döljer andra viktiga psykiatriska diagnoser. Åtråvärd diagnos som gör att samhället förlorar pengar när kärnan egentligen är konflikter på arbetsplatsen. (ID6233)

En **psykiatriker** argumenterade för att FMB om utmattningsdepression inte borde klassas som en psykisk sjukdom.

Att rekommendationen gällande sjukskrivning för utmattningssyndrom omprövas. Utmattningssyndrom är ett mycket diffust tillstånd som per definition beror på stress på jobbet och med mycket stor tveksamhet kan betecknas vara en sjukdom. I FMB's rekommendationer kan patienten behöva vara sjukskriven i mer än ett år (!). Är det inte mer rimligt att byta arbete? Utan tvekan är det inflationen av denna diagnos som driver ökningen av sjukskrivningstalen. (ID6787)

Bland vårdcentralsläkare återfanns istället perspektivet att **utmattningssyndrom** är en tyngre eller svårare sjukdom där det behövs ett utvidgat FMB.

Problemet är att jag på vårdcentral sällan skriver intyg på ex benbrott, en diagnos där FMB är alldeles utmärkt. Oftast skriver jag sjukskrivning för psykisk ohälsa inkl utmattningssyndrom eller vid förkylningar som håller i mer än 1 vecka. Vid förkylningar blir sjukskrivningen så kort att FMB knappt behövs användas. FMB gällande exempelvis utmattningssyndrom blir så svårt att använda, för prognosen är så extremt individuell och arbetsförmågan kan pendla så beroende på hur tidigt patienten söker i förloppet. /.../ Oftast finns ju inga objektiva fynd. Jag

skulle helt enkelt alltså vilja att FMB blev betydligt bättre för psykisk ohälsa och då utgå mer från verkligheten än vad den gör idag. (ID5533)

Andra vårdcentralsläkare efterlyste ökad tydlighet vad gäller **psykisk ohälsa** och även **kronisk värk**.

Mera tydlighet kring sjukskrivning för psykisk ohälsa och kronisk värk/fibromyalgi. (ID4003)

Tydligare när det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa. Ofta är det ju inte svårt när det är ett brutet ben eller svår depression utan svårare när det gäller psykisk lättare ohälsa. Där hjälper beslutsstöd inte mycket. (ID4764)

Onkologer hade också synpunkter på rekommendationer av sjukskrivningslängd, men här fanns också synpunkter på att FMB för cancerdiagnoser baseras på forskning avseende behandlingar som inte längre utförs och att FMB inte tar hänsyn till dagens behandlingseffekter.

För cancerpatienter saknas ofta information om seneffekter av behandlingen som på längre sikt kan påverka förmågan till arbete hos ganska många i patientgruppen. (ID7290)

Inom området **hjärtsjukdom** fanns också flera önskemål, såsom:

Komplettering när det gäller postoperativ sjukskrivning och hjärtsvikt. (ID1122)

Inom **neurologi** beskrev läkare en delvis liknande komplexitet som inom psykiatri, nämligen att neurologiska sjukdomar och symptom har en stor variation i allvarlighetsgrad – detta behöver FMB inkludera. Flera kommentarer handlade om att FMB för några neurologiska diagnoser verkade vara skrivna för enklare fall. Flera nämnde även att nuvarande FMB innehåller felaktigheter, till exempel kring TSA och narkolepsi (se I.D.4.1. *Stämmer ej med vårdprogram, riktlinjer och aktuella behandlingar*, sidan 64)

Patientgrupper med hjärnskador och neurologiska persisterande eller progredierande skador och sjukdomar bör finnas utrymme för individuella skillnader. En diagnos, t.ex. MS eller Epilepsi eller Stroke ser helt olika ut från ena till en annan pat. (ID782)

Alla dessa rutor kommer ju upp automatiskt. Jag sjukskriver mest två diagnoser (epilepsi och narkolepsi) och vet vad det står. Men instruktionerna speglar ju inte hela spektrat av sjukdomsgrad. (ID4183)

Inom neurologin kan samma sjukdom ge väldigt olika grad av funktionsnedsättning vilket lämpar sig dåligt för generella rekommendationer. Många symptom är också svåra att påvisa vid en kroppslig undersökning (fatigue, koncentrationssvårigheter, neurogen smärta etc), men kan ändå i vissa fall begränsa patientens arbetsförmåga MER än de symptom som är tydliga i status (tex reflexstegring eller förlamning) gör. (ID4825)

Sällan som neurologiska patienten uppfyller gemensamma kriterier på det sättet. Tex de flesta migränpatienter behöver aldrig längre sjukskrivning men enstaka patienter med svår migrän under graviditet eller med extremt komplicerad kronisk migrän kan behöva längre sjukskrivningsperioder. Det går inte att använda någon mall för detta utan är ett samspel mellan läkare och patient där man använder sjukskrivningen för att bryta negativ spiral, rehabilitera mm i de fall där patienten hamnat i extremt svår situation och för att undvika längre sjukperiod med behov av ex heltidssjukskrivning, tilltagande depression mm. Samma sak med MS. Har patienter med mycket svåra fysiska handikapp som arbetar heltid och andra patienter med få fysiska handikapp men uttalad fatigue som har svårt att hantera sitt arbete och där rehabkontakter mm verifierar denna bild. Mycket svårt... (ID4444)

TSA /.../ Uppdatering efter vetenskaplig evidens! (ID5993)

Läkare inom **ortopedi** ansåg att för flera diagnoser behöver rekommendationerna uppdateras, till exempel så att den vid adhesiv kapsulit (frozen shoulder) även kan gälla för dem som inte opereras (ID2946). Andra exempel är:

Vid ett flertal diagnoser som leder till operativ åtgärd saknas relevans i informationen tex M18. (ID2247)

Inte så översiktliga råd om längd på sjukskrivning. För frakturer i nedre extremiteter grupperas alla typer av frakturer ihop vilket blir helt oanvändbart. Det är stor skillnad på hur länge man

är arbetsförmögen vid en fraktur i en tå eller en höft och det är den frågan jag ställs inför varje dag i mitt arbete. (ID6218)

avseende fotkirurgi /.../ gör om och gör rätt denna gång.” (ID1732)

Avseende **onkologi** så fanns det dels önskemål om att uppdatera FMB så att de stämmer med de behandlingar som används nu – och deras eventuella konsekvenser för arbetsförmågan, dels om vikten av att kunna hantera sjukskrivningen mer individanpassat och flexibelt.

Bättre anpassat för cancerpatienter. Dels att patienter reagerar olika på samma behandling men också att samma pat kan reagera och må olika under samma behandling. Sjukskrivning måste kunna vara mer flexibel och på ett enklare sätt utan en massa extra intyg och utlåtanden. (2359)

Mer verklighetsförankring i de olika turer som onkologiska patienter har både under utredning, behandling och ev. återfall. (ID6917)

En grupp här var önskemål om skrivningar om **hur hantera de icke typiska fallen**, de extraordinära fallen, personer som ofta har flera olika diagnoser.

Som tidigare sagt finns mänskliga variationer som gör att somliga vägrar låta sjd stå i vägen medan andra lägger sig platt. Båda förhållningssätten potentierar förlängd sjukskrivning alt förnyad sjukskrivning. (ID2946)

FMB kan vara problematiskt vid extraordinära avvikande fall t ex vid multifaktoriell sjukskrivning. Här bör läkarens/vårdteamets bedömning värderas högre än FMB. (ID3229)

I.E.1.4. - FMB för samsjuklighet

En subkategori här handlade om behov av förbättrade FMB vad avser samsjuklighet, respektive långa och komplexa sjukskrivningsärenden. Även här stod **vårdcentralsläkare** för majoriteten av kommentarer (60 %), medan **psykiatri** stod för närmare 20 procent och **företagshälsovården** för 5 procent. I denna kategori fanns inga noterbara skillnader mellan svaren beroende på typ av klinik läkarna arbetade på, därför presenteras svaren istället uppdelade i två subkategorier som var ungefär lika stora; om samsjuklighet och komplexitet.

Flertalet kommentarer var av den kortare typen av uppmaning att FMB måste ta hänsyn till samsjuklighet och komplexitet i sjukskrivningsärenden. En grupp av svar kan sammanfattas som önskemål om diskussion i FMB om hur bedömning i sjukskrivningsärenden kan ta hänsyn till samsjuklighet.

Mer flexibla rekommendationer. Hur man ska hantera sjukskrivning vid kombinationer av sjukdom. (ID6235)

Hänsyn till flera samtidiga sjukdomar/funktionsnedsättning. (ID5446)

Smärta och psykisk ohälsa t ex. Hur bedöma vid fibromyalgi, ångest, depression i kombination, eller neuropsykiatriska störningar/personlighetsyndrom och flera diagnoser. (ID3472)

Införa punkt/rubrik ”för multisjuka/multifaktoriella ärenden” kan sjukskrivningslängden behöva förlängas. är ju dock närmast ogörligt att få någon bra uppskattning som gäller för alla. (ID7507)

I en annan grupp kommentarer återfinns samsjuklighet utifrån ett psykiatriskt perspektiv.

Gäller sällan våra patienter inom specialistpsykiatrin, vilka har kroniska tillstånd och komplexa svårigheter med flertal olika diagnoser. Skulle gärna se ett beslutsstöd för patienter med kombinerad ADHD+Asperger, personlighetsstörning, bipolaritet och PTSD! Och glöm inte att många dessutom missbrukar... (ID2837)

En annan grupp av kommentarer berörde önskemål kring ökad flexibilitet och hänsynstagande i bedömning av hur samsjuklighet påverkar funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. (Mer om önskemål om information om bedömning av funktion, aktivitet och arbetsförmåga finns under rubriken I.E.1.6. *Information om hur bedöma funktion och aktivitet*, sid 83)

Avsnitt om multisjuklighet och dess inverkan på funktionsnedsättningen. (ID6474)

Skulle behövas en avsevärd nyansering av sjukdomstillstånd samt framförallt hänsynstagande till comorbiditet, olika yrkesrelaterade krav etc för att vara en reell hjälp. Idag upplever jag snarast att det blir ett redskap för FK att neka sjukskrivning, trots att min bedömning utifrån hela patienten talar sitt tydliga språk. (ID7447)

Större flexibilitet i hur samsjuklighet kan påverka funktions/aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. Beslutsstödet är utformat i stuprörmodell där det många gånger är oerhört svårt att få det att passa till den individuella patienten. Framför allt gäller detta patienter som har flera diagnoser som påverkar aktivitetsförmågan, vilket är mycket vanligt. (ID6235)

Ett exempel som gavs är hur en **depression** kan kompliceras av ett **gravitetstillstånd**.

Ja, FMB borde förbättras. T ex Socialstyrelsens beslutsstöd är relevant när man sjukskriven för 'vanlig' egentlig depression. Dock när man sjukskriver gravida kvinnor som deprimerade eller i hög risk för försämring från lindrig till måttlig depression måste man ta hänsyn till att graviditet och post partum perioden och psykisk sjukdom som är kopplad till dem skiljer sig från "vanliga" depressioner vad gäller riskfaktorer, symptom, konsekvenser (inte minst risk för snabb försämring, risk för suicid, påverkad anknytning och kvinnas förmåga till omsorg om det väntande barnet) och duration (det gäller en kort och begränsad period). Behov till sjukskrivning ska bedömas med särskilt beaktande pga detta. Det finns flera andra sådana tillstånd som modifieras av andra omständigheter. (ID7011)

På sidan 52, I.C.1., *FMB saknas för 'mina' diagnoser eller för samsjuklighet* finns ytterligare exempel om diagnoser eller diagnosområden där information om samsjuklighet saknas i FMB – och som inneburit att läkaren inte använder FMB.

I.E.1.5 - Förenkla/förtydliga och ge exempel

En subkategori innehöll önskemål om att förenklingar och tydliggöranden av FMB; dessa önskemål bottnade i en kritik om att FMB upplevdes som "luddigt" och svårtolkat. Lika många kvinnor som män gav sådana kommentarer. Det var en större andel läkare inom vårdcentraler (50 % jmf med att 34 % av deltagarna var vårdcentralsläkare) och inom psykiatri (14 % jmf 8 %) som ansåg att FMB borde vara mer konkreta och tydliga. Det var också en större andel som gick ST-utbildning (47 % jmf 26 %) och en lägre andel specialister (37 % jmf 68 %) som hade dessa önskemål jämfört med hur stora dessa grupper var bland deltagarna. Det mest utmärkande för kommentarerna inom denna subkategori var skillnader mellan åldersgrupper. Av gruppen 24-39 år ansåg 60 procent (jmf 35 %) att FMB borde konkretiseras, medan motsvarande för gruppen 40-54 år var 31 procent (jmf 35 %) och gruppen 55-68 år 10 procent (jmf 29 %). Dessa skillnader bidrog dock inte till tematiska skillnader i de öppna svaren.

Inom denna kategori identifierades fyra subkategorier: 1) *mer kortfattade och koncisa FMB*, 2) *Utveckla, ge exempel*, 3) *Relatera till ålder, yrke, etc* samt 4) *koppla skrivningarna till text i läkarintyget*. Nedan ges mer information om dessa subkategorier.

I.E.1.5.1. - Mer kortfattat och koncist, t.ex. lathund

En stor grupp kommentarer här handlade om vikten av att FMB är kort och koncist alternativt att det även finns en kortversion. Det fanns flera önskemål om att det skulle finnas en 'lathund' som snabbt går att läsa, även under en patientkonsultation, till exempel i tabellform eller inplastad att kunna ha på skrivbordet eller i fickan. Det fanns både önskemål om sådana kortversioner för specifika diagnoser eller diagnosområden, samt om en sammanställning för alla diagnoser.

Skulle gärna se en kondenserad version som är applicerbar på cancerpatienter, I synnerhet obotligt sjuka. (ID2197)

Sällan grad. Enklare utformning "Guideline i tabellform"? - men betoning på guideline. Tänk på att specialister i Allmänmed. kanske har 10-15 min på sig, inkl. admin. (ID7289)

Betydligt mer kortfattad så man kan läsa den när patienten är i rummet. dvs storlek max som twitter. (ID4981)

En enkel överskådlig "lathund" med tidsintervallen för de vanligaste diagnoserna (utan en massa brödtext). En laminerad A4-sida el. liknande. (ID1619)

Skulle gärna ha mer tillgänglig information och stöd kring sjukskrivning. Gärna som en folder. (ID7690)

Jag tror det skulle fungera allra bäst med en liten laminerad lathund som man kan ha i fickan, som vägledde hur man ska fylla i intyget. (ID5777)

Kliniks-specifik "Lathund" (ID2345)

En kort lathund för sjukdomar som är vanliga på en akutmottagning. (ID4042)

I.E.1.5.2. - Utveckla, ge exempel

Ytterligare en grupp kommentarer handlade om önskemål om "Belysande exempel" (ID4820) och "Konkreta förslag" (ID4916) i FMB, i syfte för läkare att lättare förstå hur FMB ska tolkas och användas i praktiken. Dessa förslag skrevs uteslutande av läkare i åldersgrupperna 24-39 år och 40-54 år. Flertalet läkare önskade exempel på omständigheter som motiverar en längre sjukskrivning, men andra önskemål fanns också.

Det behövs mer exempel på hur olika fall kan handläggas/bedömas. (ID6950)

Motivering/exempel på vad som utgör de rekommenderat intervall för sjukskrivningslängds yttre begränsningar, ex. vilka faktorer som talar för att en sjukskrivningslängd i den övre delen av intervallet krävs. (ID7686)

Vad som krävs för att frångå rekommendationen om sjukskrivningslängd, t ex vad som skall tydliggöras i intyget och exempel när man kan frångå. (ID7219)

Mer praktiska exempel av kniviga komplicerade fall. (ID6025)

Tydligare exempel på vad försäkringskassan inte tycker ligger till grund för sjukskrivning. (ID7774)

Andra kommentarer av mer generell karaktär innehöll önskemål om fler och utförligare rekommendationer och resonemang, medan följande urval pekade på särskilda aspekter det önskades förtydligande kring. Framförallt önskades tydligare angivelser om duration.

Mer utförlig information för vissa diagnoser. Rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad är ofta så varierande att det inte är till större hjälp. Det kan på samma diagnos sträcka sig från ingen sjukskrivning alls upp till 12 månaders heltidssjukskrivning utan närmare förklaring till när FK tycker att det ena eller det andra är lämpligt. (ID7354)

Lite mer detaljer, diffust med '4 veckor men i vissa fall 3 månader'. (ID4622)

Graderingar. Står bara upp till ett visst antal månader. (ID7351)

Mer detaljer kring vanliga diagnoser t ex artros, frakturtyper etc. Samt stöd till % eller alternativa arb. uppg. (ID6753)

Gärna mer förtydligande vilka funktionsnedsättningar bedöms till vilken grad av sjukskrivning - gärna mer detaljerad och gärna kommentarer i upptrappningplanering. (ID4735)

Om behovet av exempel på texter:

... det är inte övergripande principer jag behöver utan detaljerade färdigskrivna intyg så jag inte behöver rabbla upp samma förbestämda ord i rutorna varje gång. För skriver jag begripligt för mig själv och patienten godkänns det inte. (ID1904)

I.E.1.5.3. - Specificera för ålder, kön, yrke inom varje diagnos

I linje med ovanstående subkategori så fanns även önskemål om mer specificering om möjligt behov av sjukfrånvaro relaterat till ålder, yrke, etcetera.

Ålder borde tas hänsyn till. (ID416)

Mer detaljerat stöd till exempel

- 1. Beroende på patientens ålder och eventuellt yrke (relevant i vissa fall - till exempel en fraktur hos en 30-årig mot en 63-årig, Fraktur i en datorprogramerare kontra en byggarbetare?)*
- 2. Tillgänglighet (eller inte) av rehabilitering / psykologiskt stöd mm*
- 3. Som vi alla vet påverkar olika saker hur vi upplever smärta och sjukdom, psykologi, bakgrund och till och med den typ av arbete man gör. (ID4162)*

I.E.1.5.4. - Koppla skrivningarna till text i intyget

Ett önskemål var att i FMB utgå från det som efterfrågas i intyget, såsom funktion och aktivitet.

Kortare mer sammanfattade. Kanske beslutsstöd som inte bara utgår från diagnos utan också från texten i intyget? (ID6951)

I.E.1.6. - Om bedömningar av funktion, aktivitet, arbetsförmåga

En subkategori av önskemål för FMB som utkristalliserades var att de ska finnas texter bedömningsinstrument eller mer information alternativt rekommendationer vad gäller bedömning av patienters funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. Dessa kommentarer kom huvudsakligen från vårdcentraler (drygt 60 %) men också i viss utsträckning från psykiatri (16 %), och en mindre grupp från företagshälsovård (4 %). Den absoluta merparten av dessa kommentarer handlade om behov av utökat FMB vid olika psykiska besvär. Nedan återfinns ett urval av citat från läkare inom **psykiatri**.

I.E.1.6.1. - Information om hur bedöma funktion och aktivitet/arbetsförmåga

I dennas grupp fanns många önskemål om information om hur genomföra bedömningar av funktion, aktivitet respektive arbetsförmåga, inklusive att det skulle ges exempel på detta.

Beslutsstödet är ganska bra men det gäller ju endast några diagnoser, hade varit bra om det vid fler diagnoser står om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. (ID6903)

Råd om hur man uppnår en bedömning av hur patienten klarar/(inte) sina vissa/konkreta arbetsuppgifter. (ID3499)

... aktivitetsbegränsning gentemot normalt förekommande arbeten för de som är arbetslösa då... (ID4080)

En generell gradering av funktionsnedsättning, och beslutsalgoritm. (ID4145)

Råd om och när patienter bör genomgå utredning t ex arbetspsykologisk eller arbetsmedicinsk sådan eller ev andra utredningar samt råd om vilka insatser eller behandlingar som bör erbjudas för att öka arbetsförmåga. (ID6689)

Som alternativt tycker jag att man kan underlätta bedömarens arbete genom att mer strukturerat fråga om funktioner/arbetsförmåga, det finns ju funktionella förmåga skalor som verkar vara ett bättre verktyg för försäkringsmedicinska bedömningar. (ID6442)

Tydligare kring aktivitetsbegränsningar för vissa psykiatriska tillstånd. (ID5205)

Samt att tex en operation förbättrar inte en patient omedelbart utan det finns en konvalescens tid som är individuellt beroende som inte stämmer med Socialstyrelsens rekommendationer. (ID5279)

En annan vanlig kommentar var önskemål om information om hur Försäkringskassan önskar att läkaren skriver.

Information om hur jag ska beskriva funktionsnedsättning hos psykiskt sjuka så att FKs handläggare förstår. (ID5748)

Info om vilka typer av funktionsnedsätt. & aktivitetsbegr. utifrån symtom som kan förväntas & hur de ska formuleras för att man ska "tala samma språk" som FK. (ID4772)

Ökad beskrivning av psykiatriska sjukdomars aktivitetsbegränsningar i förhållande till det FK efterfrågar. (ID833)

Även inom företagshälsovård efterlyste läkare mer information om bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning vad gäller patienter med psykiska besvär.

Information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för patienter med psykiska besvär. (ID253)

Vårdcentralsläkare utgjorde den absoluta majoriteten av de läkare som lämnat önskemål om förbättringar av FMB vad gäller bedömning av patienters funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. Många av dessa berörde också psykiska besvär.

Förtydliganden om hur mäta arbetsförmåga i förhållanden till specifika arbetsuppdrag samt handläggning rek vid multifaktoriella orsaker till ss [sjukskrivning] som t ex vid stress/psykiatriska diagnoser. (ID2295)

Ffa. bedömning om funktionsnedsättningsgrad gällande - psykisk ohälsa - Aktivitetsbegränsningar. (ID1500)

Rekommendation om sjukskrivning för patienter med personlighetsstörning som inverkar på arbetsfunktion avseende samarbete och kommunikation med patientens arbetskollegor. (ID4567)

Arbetsförmåga relaterad till symtom, ffa vid psykiatrisk sjukdom. (ID5823)

Utförligt beslutsstöd/blankett för arbetsförmågebed vid långvarig utmattning. (ID4830)

Eftersom FK förefaller tala ett annat språk när man efterfrågar objektiva tecken på funktionsnedsättning vore det önskvärt att FK/SOS förtydligade vilka objektiva test man önskar vid t ex utmattningsreaktion med kognitiv påverkan/trötthet/minnessvårigheter.

En del av kommentarerna från **vårdcentralsläkare** handlade om **somatiska sjukdomar** eller specificerade inte något särskilt sjukdomsområde. Här nämndes bland annat ICF (85).

Mer tydliga råd för hur beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. (ID2851)

Standardiserade formuleringar för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för respektive tillstånd (analogt med ICF) (ID7020)

Mer specifik information hur man ser på arbetsförmåga i förhållande till olika sorter arbete. (ID5725)

Mer specifikt inom varje diagnos. Och utökade information om funktionsnedsättning vid olika yrken. (ID7051)

Som alternativt tycker jag att man kan underlätta bedömarens arbete genom att mer strukturerat fråga om funktioner/arbetsförmåga, det finns ju funktionella förmåga skalan som verkar vara ett bättre verktyg för försäkringsmedicinska bedömningar. (ID6442)

I.E.1.6.2. - Information om vilka arbetsuppgifter en patient kan tänkas klara

Ett annat önskemål gällde arbete – dels information om vilka arbetsuppgifter i olika typer av yrken en patient kan förväntas ha svårigheter att klara av, dels vilken typ av arbetskrav som arbetsförmågan ska bedömas i relation till.

Min önskan är att det för varje diagnos ges exempel på några vanliga aktivitetsbegränsningar relaterat till olika funktionsnedsättningar som är vanliga vid den specifika diagnosen. Det vore också bra om man relaterade sjukskrivningslängden till typ och grad av funktionsnedsättning samt till typ av arbete (fysiskt tungt, intellektuellt krävande, stressigt, emotionellt krävande, ett enkelt rutinarbete etc). (ID2024)

FMB finns inte för några Handkirurgiska diagnoser. Inom Handkirurgi skulle det underlätta avsevärt om det fanns och om försäkringskassan rakryggat kunde definiera vad patienten kan utföra för arbete med en frisk och en sjuk hand. (ID 4324)

I.E.1.6.3. - "Objektiva fynd"

En ytterligare aspekt som det önskades information om i FMB handlade om vad som avses med 'objektiva medicinska fynd'. Dessa kommentarer torde höra samman med att Försäkringskassan i allt större utsträckning efterfrågat beskrivning av 'objektiva medicinska fynd' där sådana ej kan observeras vid undersökningen. Det fanns en sluten fråga i enkäten om huruvida läkaren upplevde sådana frågor som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan och hela 46 procent av läkarna svarade att de upplevde detta som en svårighet (4). Det fanns endast en typ av svårighet i kontakten med Försäkringskassan som större andel läkare upplevde, nämligen att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg"; 56 procent av läkarna svarade detta. Att handläggare efterfrågade beskrivning av 'objektiva medicinska fynd' har enligt många blivit vanligare. Flera av svaren i denna grupp indikerar att man snarare efterfrågar information om att det inte alltid går att få sådana objektiva fynd för vissa diagnoser, dvs en förhoppning om att om detta står tydligt i FMB så kommer inte Försäkringskassan att efterfråga det.

En rad som förklarar vad FK menar med objektiva medicinska tecken, så jag förstår vad som efterfrågas.

Eller kanske att det kan förtydligas att vid vissa tillstånd finns det inga objektiva tecken i undersökningssituationen som man rimligtvis kan presentera i ett sjukintyg. Utan att funktions/aktivitetsnedsättning baseras på en sammanvägd bedömning av patientens anamnes och den diagnos man ställer. Så att FK förstår att de efterfrågas något som inte finns. (ID6960)

Objektiva bedömningsinstrument med graderingar för de psykiska diagnoser. (ID2430)

En analys av vilka sjukskrivningsdiagnoser som oftast ifrågasätts av FK när det gäller objektiva tecken bör leda till förtydligande av vilka test/utredningar FK önskar. (ID129)

Vilka objektiva observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat skall jag använda. När inget 'syns' utanpå? När vi inte får använda våra skattningsskalor som MADRS, HAD, KEDS etc? Hur beskrivs kognitiva svårigheter i fält 4, om inget framkommer eller syns vid själva undersökningstillfället. (ID1654)

I.E.1.6.4. - Text om individuell bedömning för alla diagnoser

Som framgått ovan handlar ett mycket stort antal av läkarnas kommentarer om att användandet av FMB måste baseras på individuella bedömningar av varje patient. Detta är också fallet, men är uppenbarligen inte tillräckligt tydligt i FMB texterna. Detta bör finnas i texten för varje diagnos i FMB.

Måste för vissa diagnoser finnas utrymme för individanpassning. Kronisk lumbago-ischias, cervikal rizopati och utmattningssyndrom visar stor bredd kliniskt i funktions- o aktivitetsförmåga med samma rehabiliteringsinsatser. (ID2400)

I.E.1.7. - Information om åtgärder och behandling

Ytterligare en subkategori här handlade om önskemål om information i FMB om åtgärder och behandling. Här fanns två typer av kommentarer – de flesta innehöll önskemål om mer sådan information medan ett par kommentarer önskade att sådan information togs bort helt och hållet.

I.E.1.7.1. - Lägg till information om detta

En annan subkategori här var ett stort antal kommentarer där läkaren önskade att det fanns mer information i FMB om möjliga åtgärder och behandlingar.

Saknar råd om rehabiliterande insatser. (ID107)

Ofta tycker jag att rekommendationerna är orimliga gällande återgång i arbete för t ex pat med utmattningssyndrom. Vore bra med en översyn eller bättre resonemang kring hur man ska tänka och hur man ska få tillbaka pat till jobbet snabbare. (ID7048)

Råd om och när patienter bör genomgå utredning t ex arbetspsykologisk eller arbetsmedicinsk sådan eller ev andra utredningar samt råd om vilka insatser eller behandlingar som bör erbjudas för att öka arbetsförmåga. (ID6689)

En psykiatriker efterlyste tydligare FMB med rehabiliteringsplaner och interprofessionellt samarbete runt patienter.

Vore önskvärt med tydliga riktlinjer kring sjukskrivning för psykiatriska sjukdomar, samt rehabplan och mer samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut. (ID6506)

Särskilt gäller detta när sjukskrivning inte rekommenderas i FMB.

Jag skulle önska förslag på alternativ åtgärd när sjukskrivning inte är rekommenderad trots att patienten upplever sin funktionsnedsättning som aktivitetsbegränsande. I princip samtliga sjukskrivningsfall vi har gäller lindrig- och stressrelaterad psykisk ohälsa av dåligt definierad utlösande orsak samt icke-strukturella smärttillstånd. Vid samtliga dessa är det stor diskrepans mellan subjektiva och objektiva fynd och prognoser är omöjliga. (ID6669)

En angränsande grupp av kommentarer berörde önskemål om att FMB också borde inkludera fler rekommendationer om rehabilitering och borde kunna anpassas till den tid rehabilitering ibland tar för patienter.

Mer om långtidssjukskrivningar och rehab möjligheter för olika sjukdomar. (ID7132)

Det är ett bra beslutsstöd men väldigt styligt enligt min mening. I de fall jag känner att jag skulle behöva ett sådant stöd är i ärenden där förloppet inte löper som förväntat eller det tar längre tid för rehabilitering än Socialstyrelsens riktlinjer. Då är det svårt att veta vart man ska hämta information och även då man får kompletteringar just för att man avviker från beslutstödet. (ID7280)

Medan flertalet kommentarer från vårdcentraler efterlyste mer information och diskussion i allmänhet kring **utmattningssyndrom**, så fanns också de som önskade rekommendationer kring behandling och hur återgången i arbete kan se ut.

FMB var tidigare tydligare strukturerat, saknar det nu. Saknar de rek om kontakt med psykiatrin som tidigare förelåg gällande exvis depressiv episod som inte gått i regress. Upplever att detta togs bort p.g.a. de brister vi idag har i psykiatrin, inte av omtanke om den som lider av psykisk ohälsa, och där finns behov av psykiatrispecialistbedömning. (ID776)

Mer information och förklaringar om vissa undantag ffa när det gäller psykiska sjukdomar/långa tendinita om bl a sjukskrivningsgrad/längd och när man rekommenderar att byta yrket/upsägning för att kunna söka annat jobb. (ID2053)

I.E.1.7.2. - Ta bort sådan information

Några kommentarer handlade istället om önskemål att all sådan information skulle tas bort, baserat på erfarenheter av att Försäkringskassans handläggare använde dem på ett oprofessionellt sätt., se avsnitt ”FK kräver omotiverade medicinska utredningar”, sidan 69.

I.E.1.8. - Om hur hantera social och psykosocial problematik

En ytterligare subkategori var flera kommentarer om att det inte går att bortse från de sociala och psykosociala faktorer som har en stor inverkan på till exempel psykiatripatienters sjukdomsutveckling och förutsättning till behandling och rehabilitering.

... samt att ingen hänsyn tas till patientens sociala omständigheter som att vara bostadslös t ex. (ID4477)

En annan subkategori inom denna kategori handlade om hantering av psykosociala faktorer och önskemål om att de också beaktades i FMB. Se även I.D.3. *Saknar information*, sidan 62.

Många ord och vissa delar bra, men ändå bedömningar, pat anser inte att den kan. Andra frågor som bör tas med och hanteras av myndigheten: Svartarbete? Missbruk? Dold agenda? Sjskr skada? försäkringsersättning? Språk? osv. Detta är en statlig grej, inte kan VC klara det själva? (ID3119)

Problemet är multipla diagnoser och ”premorbid personlighet”, ”social ohälsa” som hinder för rehabilitering. Ålder borde tas hänsyn till. (ID416)

Att ”sjukdom” alltid är kopplat till ett socialt perspektiv och att förbättring i sjd alltid är beroende av socialt sammanhang. Detta måste vi få in i sjukskrivningsbegreppen! (ID2909)

Jag upplever att de mycket sällan är applicerbara på de patienter jag träffar. Beslutsstödet är diagnosspecifikt och handlar om standardfall. Den överväldigande majoriteten av mina patienter har flera diagnoser, ofta både psykiatriska och somatiska, som samverkar på ett negativt sätt. Det finns dessutom ofta svår psykosocial belastning som vid psykisk ohälsa blir omöjlig att bortse från i sjukskrivningen, då den samverkar intimt med måendet. Beslutsstödet är inte till någon hjälp för mig i dessa situationer. Ofta tycker jag också att FKs egna bedömningar, i alla fall av mindre erfarna handläggare, missar att ta hänsyn till den här komplexiteten. För att få godkänt måste man skriva explicit om allt det här, vilket kräver betydligt mer utrymme än blanketten tillåter. (ID5385)

En annan aspekt som behöver beaktas här är individers olika **grad av sårbarhet**.

Psykiskt sjuka patienter är mycket sårbara, för det mesta redan från barndomen. De har psykiatrisk samsjuklighet som försvårar hela rehab processen. Man kan inte förvänta sig i så fall att en depression försvinner lika fort som hos en person som får depression första gången

efter kanske en krisreaktion och som aldrig haft kontakt med psykiatrin. Man måste vara mycket flexibel i hur man bedömer pat. som är psykiskt sjuka. (ID3888)

I.E.1.9. - Information om alternativ till sjukskrivning

Det fanns önskemål om information i FMB om rekommendationer om att byta arbete och om hälsoeffekter av att arbeta.

... rekommendationer angående särskilt psykisk ohälsa ha för lite uppmärksamhet för det hälsosamma effekt av att jobba. (ID6442)

Det fanns önskemål om att inkludera information om andra möjliga ersättningar vid diagnoser som påverkar eller riskerar att påverka arbetsförmågan. Exempel är sjukersättning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, ersättning för resor till arbetet, handikappersättning.

När kan sjukpenning omvandlas till sjukersättning - många av våra pat har en varaktigt nedsatt funktionsförmåga och stadiet av tidsbegränsad sjukskrivning har ofta passerat när pat väl når psykiatrin. (ID5214)

Ytterligare en grupp av svar berörde rekommendationer i de fall patientens sjukskrivning avslutas, men läkaren bedömer att patienten är i fortsatt behov av olika typer av insatser.

Mer information om långtidssjukskrivningar, det hjälper föga att kunna skriva att en patient inte ska vara sjukskriven längre, vad skall jag som doktor göra i stället, vilka insatser finns? (ID6616)

Vad man ska göra om tillståndet inte går över inom den föreslagna perioden. (ID5747)

I.E.2. - Utbildning om FMB

En kategori av önskemål gällde mer information och utbildning om FMB. Här fanns fyra subkategorier gällande vilka utbildningen eller informationen skulle gälla: läkare, Försäkringskassans handläggare, patienter respektive allmänheten.

I.E.2.1. - Av läkare

Kommentarer om utbildning och information om FMB varierade inte med typ av klinik, utbildningsnivå och kundgrupp. Bland de äldre var det färre som i sina kommentarer önskade utbildning om FMB. Av dem som efterfrågade mer information och utbildning om FMB var 70 procent kvinnor, att jämföra med att 50 procent av de svarande var kvinnor. Det fanns önskemål både om vad man önskade mer kompetens inom och om former för att få detta.

Ja. Jag önskar information om hur man ska fylla i blanketten vid sjukskrivning till exempel kurser online som är tillgängliga när man behöver. (ID7046)

En del menade att kurser i FMB borde ingå i såväl ordinarie grundutbildning som i specialistutbildningar. Det fanns även önskemål om införande av 'sjukskrivningscertifiering' (ID4459), samt om regelbunden fortbildning.

Bättre utbildning under grund- och specialistutbildningen kopplat till patientfall. Fortsatt BRA utbildning under hela specialiseringen. Gärna i form av att någon bra person åker runt på vårdcentralerna och drar patientfall. Det är bara utifrån dem som man kan lära sig de snåriga bestämmelserna. Små foldrar har ingen effekt hur fina de än är. Kräv sjukskrivningscertifiering. (ID4459)

Regelbunden fortbildning hade gjort det enklare att använda sig av FMB. Möten där man kan diskutera sjukskrivningar och då hinna relatera till FMB. (ID1870)

Kontinuerlig utbildning till alla medarbetare det skulle bli bra. På min arbetsplats finns internutbildning och man kan fundera att vi under denna vecka har även utbildning om sjukskrivningar, FMB osv. med en kompetensperson. Jag vill jättegärna utveckla min kunskap när det gäller sjukskrivningar. (ID3492)

Utbildning. Varför inte införa utbildningsdagar för oss som sjukskriver? Kanske en per år. Någon form av tvång vore bra för annars finns nog risk att arbetsgivaren inte släpper iväg oss för utbildning. (ID4484)

Både översiktliga introduktionskurser och mer specifika kurser efterfrågades. Kvinnor hade mer specificerade förslag på vad de önskade att information och utbildning skulle innehålla än män, t.ex. specialitetsspecifik information/kurser.

Information om FMB riktad till vår klinik/våra diagnosgrupper på tex läkarmöte. (ID5542)

Specialitetsspecifik information. (ID6897)

Jag önskar mer kurser för försäkringsmedicin, helst riktade kurser, t ex för läkare inom neurologi. (ID5952)

Skulle vilja veta mer om sjukskrivningslängden och ekonomisk betydelse för patienten, skillnad från sjukersättning vid en allvarlig sjukdom (cancer). (ID3124)

Skulle önska fortbildning! Framför allt gällande regelverket/juridiken. (ID5028)

Gemensamma utbildningstillfällen vore av stort värde! Alltid bra att ha få höra den andra sidans syn på saken. (ID3287)

De svåraste sjukskrivningarna är de utlandsfödda med både fysisk, psykisk och social ohälsa. Där skulle jag verkligen behöva mer kunskap. (ID4532)

Skulle gärna vilja ha praktiska exempel på hur en långtidssjukskrivning går till, vem man kan få hjälp med bedömning av arbetsförmåga mm som är mer riktade till läkare. (ID6987)

Skulle gärna få mer utbildning kring hur man utfyller sjukintyg för komplicerade sjukdomsförlopp. (ID7690)

Särskilt efterfrågades utbildning om FMB och försäkringsmedicin för de som fått sin läkarutbildning utomlands.

Information till läkare som får läkarlegitimation från ett annat land och får den svenska läkarlegitimationen (startpaket?). Information saknas från arbetsplatsen, svårt att få komma på några utbildningskurser angående detta (får ej ledigt/finns ej för utländska läkare) (ID6765)

Att tid avsätts för att lära om FMB

Flera kommenterade att det behövde och önskade tid avsatt för att lära sig om FMB. Flertalet som önskade mer utbildning beskrev även att deras arbetsplatser inte tillät dem att ta tid för fortbildning. Det fanns önskemål om att det skulle vara en del av arbetsgivarens/vårdgivarens ansvar att organisera tid för sådan utbildning.

Vi har aldrig tid att läsa. Vi har aldrig fått utbildning. Endast om man skulle göra det obligatoriskt för arbetsgivare att varje person schemaläggs att gå en kurs, då först kommer vi att lära oss mer. Sedan många år är produktionskraven fr politiker och hälso- och sjukvårdsförvaltningen på arbetsgivarna så höga att man fullständigt skiter i att man inte gör rätt. Måste bara producera enligt principen 'Går det så går det!' (ID2780)

Föreläsning om huvuddragen skulle vara bra. Har ingen tid för 'egenstudier' p g a att 2 av 3 överläkare saknas på mottagningen. (ID1475)

Om min chef avsatte studietid t ex en halv dag skulle jag med förtjusning titta på fmb. Den tiden finns inte. Jag svarar på den här enkäten på min fritid men jag tänker inte läsa fmb på fritiden. (ID2005)

Har själv dålig kunskap om gällande föreskrifter och beslutsstöd och det beror inte på ointresse utan att förutsättningarna för kunskapsinhämtande och lärande är lika med noll. Har inte fått någon utbildning efter grundutbildningen för snart 30 år sedan /.../ det finns i vården i dag ingen tid avsatt för att man ska hinna sätta sig in i olika frågor och få bättre kunskap hur man ska tillämpa de regler och föreskrifter som finns i den egna verksamheten. Gäller inte bara försäkringsmedicinska frågor. (ID2478)

I enkäten framkom att en stor andel av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem; en tredjedel (31 %) upplevde detta varje vecka. En tredjedel (29 %) av läkarna upplevde aldrig detta som ett arbetsmiljöproblem. Nedan ges ett citat som kopplar detta till behovet av tid för kompetensutveckling inom försäkringsmedicin.

En bra bemannad verksamhet med ett arbetstempo som medger att man håller sig uppdaterad om olika typer av riktlinjer, rekommendationer och beslutsstöd inklusive de om sjukskrivning är bästa insatsen för att förbättra kvalitén på arbetet med sjukskrivningar och sjukintyg och bästa förebyggande åtgärd mot att läkare själva blir sjuka (och kanske i behov av sjukskrivning) pga samvetsstress och allmän stress. (ID6334)

I.E.2.2. - Av handläggare FK

En annan subkategori handlade om önskemål om att Försäkringskassans handläggare skulle få utbildning för att få kompetens (kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) i att hantera dessa ärenden professionellt. Flera av kommentarerna innehöll exempel på situationer när handläggare saknat viss kompetens, till exempel handläggare som frågat om när en kronisk sjukdom eller förståndshandikapp går över.

Jag eftersöker mer kunskap hos handläggare på FK istället. Människor går inte att hantera enligt schabloner. (ID1967)

FK handläggare anser att alla individer ska tillfriskna efter FMB och så ser inte verkligheten ut. Jag anser att FK handläggare måste ha bättre utbildning. (ID1155)

... gärna att handläggarna får mer kunskaper kring psykisk sjukdom. De kan inte, och ifrågasätter våra bedömningar. Och de måste lära sig vara diplomatiska och visa empati. (ID3888)

... Detta skall inte enskilda psykiatriker behöva skriftligt förklara till varje ny 22 årig handläggare som inte ids läsa på. Specialistpsykiatriska diagnoser skall ha samma tyngd och självklarhet som hjärtinfarkt eller lunginflammation. (ID3063)

Att påpeka för handläggare på FK att det är bara REKOMMENDATION om sjukskrivningslängd och ej ett MÅSTE!!! (ID2064)

Ett förslag var att detta delvis skulle kunna förmedlas via texter i FMB.

Jag skulle också önska att försäkringskassans handläggare förstod (kanske genom beslutsstödet) att en symtomskattning som MADRS inte är mer objektiv än att beskriva symtomen i ord, bara för att resultatet är en siffra. (ID7674)

I.E.2.3. - Av patienter

En subkategori var önskemål om att patienter skulle få information om vad FMB är, vad FMB innebär och hur FMB är tänkt att fungera. Specifika förslag var att ha en version av FMB på nätet som var anpassad för patienter, att vid tidsbokning kunna skicka information till patienten om FMB, ha 'Patientinformation att skriva ut eller maila (ID5604)',

Flera kommentarer handlade om önskemål om att patienter skulle ha realistiska förväntningar på vad som gäller för sjukskrivning generellt och för specifika diagnoser och att läkaren inte skulle behöva lägga tid på att berätta detta. Gärna broschyrer, kunna maila information, etc.

Det är värsta problemet med sjukskrivning är felaktiga förväntningar hos patienten, arbetsgivaren, anhöriga och kollegor av andra yrke i teamet. Ofta känner jag mig tvingad till vissa sjukskrivningar. Alltid blir det konflikter och en massa negativ energi när jag försöker följa beslutsstödet. (ID4354)

Patienter som blir upprörda/arga över att de får avslag för sjukpenning/sjukersättning där pats missnöje går ut över doktorn (trots att man noga informerat pat om att det inte är läkaren som tillstyrker ekonomisk ersättning utan FK). Allmänheten bör vara bättre informerad om detta. (ID1737)

Den/de försäkrade & arbetsgivaren borde informeras i betydligt större utsträckning om innehållet i FMB för att förstå vad den allmänna sjukersättningen omfattar. I dagsläget blir det jag som behandlande läkare som får informera om den biten och varför ansökan kan komma till avslås. Det kan vara helt ok att minska försäkringens förmånlighet men det är den försäkrade som skall informeras och veta vad som gäller - då kan vi starta med helt andra förutsättningar: att hjälpas åt att planera för vård & rehabilitering! (ID3426)

Bland förslagen avseende bättre information om FMB till patienter och i allmänhet fanns olika typer av förslag. Det vanligaste förslaget var att ge olika typer av individuell information till patienter.

Patientinformation - gör patienten delaktig i detta. (ID3379)

Patientinformation att ge patienten om sjukskrivningen avseende respektive diagnos. Tips på egenvård osv. Motiveringar till varför sjukskrivning bör undvikas ibland osv. (ID94)

Låt även patienten få detta underlag. Fast kanske i en läsvänligare upplaga. Då har de kanske rimligare förväntningar på vården. (ID432)

Mer information till patienter om sjukskrivning så de inte kommer till oss och undrar varför de inte blir sjukskrivna. (ID7334)

En patientanpassad version där man kan skriva ut ett relevant blad om aktuell sjukdom som information kring vilka regler som gäller vid bedömningen så det inte behöver uppstå diskussion kring detta. (ID3203)

Skulle önska att det var allmänt känt i samhället, eller åtminstone att så fort en pat. kommer på tal för sjukskrivning skulle det finnas en broschyr som skickades ut till pat. Det tar mycket tid att förklara processen ibland. (ID4080)

Några menade dock att information om FMB borde komma från Försäkringskassan, och inte hälso- och sjukvården.

Att informationen förmedlas till patienten från FK så att pat är informerad om vad som gäller på övergripande nivå. (ID2816)

Individualiserad skriftlig patientinfo från FK till pat ang hur handläggaren bedömer arbetsförmåga vid olika diagnoser o tillstånd. (ID6619)

Patienter har ofta den missuppfattningen att läkaren bestämmer om sjukskrivning och inser inte att läkare intygar om det medicinska hälsotillståndet och gör en bedömning med tillhörande rekommendation medan FK fattar beslutet. Det vore mycket värdefullt att patienter var mer medvetna om hur processen och rollerna egentligen går till. Försäkringskassan skulle kunna göra en insats i utbildning av befolkningen i detta avseende. (ID7758)

Jag tycker inte att det ska vara min uppgift att förklara FKs policy och regler och varför man ex ur ett samhällsekonomiskt perspektiv inte får vara sjukskriven efter 180 dagar om man kan klara ett annat jobb på heltid. FK måste förklara bättre för sökanden. (ID7126)

I.E.2.4. - Av allmänheten

En annan subkategori rör behovet av information till allmänheten om FMB, t.ex. genom bredare informationsinsatser. Detta skulle innebära att patienter skulle ha mer realistiska förväntningar.

Det skulle vara önskvärt att man tydliggör för allmänheten vad man har för rättigheter och skyldigheter i samband med en eventuell sjukskrivning och vilken roll den behandlande läkaren har. Många gånger upplever jag att patienterna uppfattar det som en rättighet att bli sjukskrivna och att det är jag som behandlande läkare som ska verkställa denna rättighet. (ID4141)

Sannolikt värdefullt med informationskampanj riktad direkt mot befolkningen, då det har skett är enda gångerna jag i min vardag har sett minskade sjukskrivningsönskemål. (ID3994)

Det fanns olika förslag på hur information och kunskap om FMB skulle kunna spridas, via annonser i dagstidningar, större informationskampanjer etc.

Publicera i dagstidningar så att alla i Sverige får se innan de blir sjuka. (ID3509)

allmänheten behöver informeras i större utsträckning om att sjukförsäkringssystemet blivit strängare och inte är ett heltäckande skydd som man kan förvänta sig ska ge en skälig ekonomisk ersättning i alla lägen. Det är ofta en diskrepans mellan patienters förväntningar och systemets regler. (ID5575)

Det behövs tydligare info till allmänheten om vad sjukskrivning innebär. Många uppfattar detta som en rättighet som pat själv bestämmer. (ID6226)

Andra menade att detta även skulle förbättra läkares arbetssituation och arbetsmiljö.

Jag tror att man med information till allmänheten skulle kunna göra mycket för vår arbetssituation kring denna fråga. T ex. informera att man inte har rätt till ett visst antal sjukskrivningsdagar, att det jag skriver är en rekommendation, men att det är försäkringskassan som avgör om den godkänns eller inte. (ID6132)

Jag tycker att det vore bra om FMB kunde spridas till allmänheten/skrivas om i form anpassad för allmänheten. Det skulle ge allmänheten en rimligare syn på sjukskrivning, vårt arbetssätt och därmed minska all tid läkare lägger på diskussioner med patienter som vill bli sjukskrivna. (ID7608)

Ytterligare en grupp kommentarer berörde den samhällseffekt bredare informationssatsningar kan ha för allmänhetens kunskap och attityder, gällande arbete och sjukfrånvaro. Detta gäller till exempel allmän information om att stress inte är oerhört farligt, utan en del av livet, samt om regelverket om vad som ger rätt till sjukskrivning.

Jag tror det är viktigt med samhällsinformation liknande den som har förankrat hos befolkningen att antibiotika inte skall ges vid förkylningssymptom. Det behöver komma tydligare direktiv från stressinstitutet angående vad som är korrekt handläggning vid stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom. Tidigare sade man att utmattade patienter skulle vara heltidsjukskrivna under flera år men så vitt jag vet så har forskning visat att detta inte leder till arbetsåtergång och bättre psykisk hälsa. Många patienter har uppfattningen att stress är oerhört farligt och därför kan dom inte jobba. Här behövs mer samhällsinformation och även utbildningsinsatser till läkare. (ID6919)

Viktigt att opinionsbilda bland befolkningen. Är det meningen att man som privatperson ska använda sjukförsäkringen för livskriser och tillfälliga svackor eller är den till för allvarliga sjukdomstillstånd? Det är inte rimligt att man vid upprepade tillfällen kan vara sjukskriven månader i sträck till följd av stress symptom men ändå fortsätter att leva likadant på det privata planet. Som det är nu så verkar det som att befolkningen tycker det är ok att det första man skalar bort då livet är lite jobbigt är själva arbetet men man fortsätter med husrenovering, självförverkligande, middagsbjudningar och resor som vanligt.

På samma sätt som man lyckats vända opinionen när det gäller efterfrågan på antibiotika vid självläkande infektioner så måste man försöka ändra opinionen kring sjukskrivning. Man hör titt som tätt 'jag gick in i väggen i helgen och sjukskrev mig två månader'. Livet går upp och ner hela tiden, målet måste vara att man lyckas bibehålla arbetet som bas i tillvaron och gör förändringar i privatlivet såväl som i arbetssituationen vid stress. (ID5244)

Jag skulle önska att dom som har högst ansvar för hur våra sjukskrivningsregler ser ut dvs politikerna som stiftar lagar etc ... tog sitt ansvar och informerade allmänheten om ändringar som gjorts och varför. Nu är det vi som läkare som har fått det ansvaret utan att få tillräckligt med tid och utbildning för det. (ID1660)

I.E.3. - ”Skrota FMB”

Medan många hade förbättringsförslag vad gäller FMB skrev drygt 40 läkare att de ville att FMB skulle skrotas helt. Uppdelat på de olika kundgrupperna så fanns en stor andel av dem i kundgrupp VITS (37 %) denna synpunkt, och i fallande ordning inom TakeCare (25 %), Cosmic (16 %), SUSSA (14 %) och VAS (9 %). Flertalet kommentarer handlade om att FMB inte ansågs vara förenligt med kunskap, evidens eller läkarens professionella bedömningsförmåga.

Avveckla dumheterna och återupprätta läkarens bedömningsförmåga. Försäkringskassan kan istället hålla koll på om någon avviker markant i sjukskrivningsfrekvens och mönster. (ID 1162)

Det vore bättre om de inte fanns. Nu använder FK dem och eftersom de inte har någon medicinsk utbildning av sina handläggare reagerar de med krav om kompletteringar på sjukintyget så fort sjukskrivningstiden ej stämmer. (ID 2553)

Nej skrota det, ingen människa är exakt lik någon annan och tillfriskning skiljer sig väldigt mkt mellan individer för samma sjukdom, det beror ju givetvis på olika arbetsplatser, olika förutsättningar osv. (ID 4487)

Kommentarerna som uppmanade till att FMB borde skrotas var ibland laddade med kraftuttryck eller känslor, i större grad här jämfört med många av de övriga temana.

Bara skrota!!! Väck med det – stjälper mkt mer än det hjälper, nya, unga kollegor men även äldre tenderar att i alltför hög grad förlita sig på ”mekaniken”, läkar-pat.-relationen gagnas på intet vis – tvärtom. Jag har otaliga ggr fått sopa upp skärvorna av patienter som varit hos ngn kollega o. fått besked: ”Du får 3 v. ss – inte en dag mer”, när det visar sig att 6 mån. behövdes! Ja, usch! (ID 832)

I.E.4. - Bättre hemsida

Inom temat Önskemål för FMB identifierades en kategori om hemsidan. Denna kategori hör inte direkt hemma under Området digitalisering utan rör Socialstyrelsens hemsida om FMB.

I.E.4.1. - Tydligare hemsida med bättre sökfunktioner

Inom denna subkategori fanns ett flertal uttalade önskemål när det gällde bättre tillgänglighet och tydlighet på Socialstyrelsens hemsida för FMB, relaterade till de problem läkare beskrev om att FMB på Socialstyrelsens hemsida var svårtillgänglig och svårnavigerad (se sid 68). I synnerhet handlade dessa synpunkter om att sökfunktionen på hemsidan inte var tillräckligt finkänslig och att användare inte ges information om hur de ska söka på hemsidan. Bättre sökfunktioner var ett återkommande önskemål liksom att sökningarna skulle gå snabbare.

Skapa bättre sökmotor på FMB:s hemsida, att kunna hitta sjukskrivningslängd och grad snabbare kopplad till diagnos. Att ha bara en sökmotor på hemsidan. (ID4888)

Tydligare hur man hittar olika diagnoser ex sökverktyget. (ID7135)

Lättare översikt på hemsidan, lättare sökning efter diagnos. Väldigt finkänsligt vad man skriver i sökrutan. En massa klickande för att öppna flikar. (ID7344)

Enklare sökfunktion på ICD-kod. Skriv in icd-kod och kom till rätt avsnitt. Borde vara enkelt. (ID7394)

Diagnosförslag borde förbättras med flera träffar på olika sökord. (ID5624)

Bredare valmöjlighet/sökord för hitta rätt diagnoskod. (ID2734)

I.E.4.2. - Kunna delas digitalt till patienter

En läkare föreslog att FMB borde vara delningsbar, för att kunna delas digitalt till patienter.

Jag önskar att det ska vara så lätt som möjligt att navigera i FMB för att kunna ta ett korrekt och snabbt beslut angående sjukskrivningen. Allt som blir för komplicerat går bort pga tidsbrist. Vore bra om informationen som finns i FMB kan länkas till pat ex e-mail så pat kan läsa igenom beslutsstöd i lugn och ro om så önskas. (ID6612)

I.E.4.3. - Information om när FMB revideras

Flera av de öppna svaren illustrerar att några läkare inte känner till att FMB hade uppdaterats för många diagnoser alternativt att FMB kommit till för nya diagnoser. Några läkare skrev att de tidigare letat efter diagnoser och inte hittat dem, och att de, när de fått enkäten, tittade de igen och såg att det nu fanns rekommendationer för flera nya diagnoser. Läkare önskade få information om när FMB revideras, och ett par läkare önskade att datum för tidigare revideringar av de olika FMB diagnoserna bör framgå på hemsidan.

Oklart hur ofta det uppdateras, och bättre spårbarhet/revisionshistorik vid förändringar. Man kan inte bara ändra, det skall motiveras och det skall gå att se tidigare rekommendationer. (ID2635)

En läkare ger ett förslag till *hur* information om revideringar av FMB kan spridas till läkare, dvs genom verksamhetschefer.

Om det finns ett kapitel om ögon skulle jag kunna tänka mig att läsa den om den skickades till mig. Per post eller digitalt (ex via min arbetsgivare). Det är en liten del av mitt arbete så jag kommer aldrig orka söka infon själv. (ID4247)

I.E.4.4. - Integrera med e-intyget

Önskemål inom denna subkategori, att vilja ha FMB integrerat i e-intyget, finns utvecklat inom II.D. Önskemål inom Område II. Digitala system, varför läsaren hänvisas dit, sid 142.

I.E.5. - Övergripande principerna

De flesta förslagen och önskemålen gällde de diagnosspecifika beslutsstöden (FMB). En del var dock generella och kan anses gälla även de övergripande principerna.

I.E.5.1. - Klargörande texter

De flesta förslagen och önskemålen gällde de diagnosspecifika beslutsstöden (FMB). En del var dock generella och kan anses gälla även de övergripande principerna, till exempel vad gäller bedömning av arbetsförmåga bland personer som inte har något arbete respektive i förhållande till olika sorters arbete och om vad som avses med skrivningarna om till exempel tungt och medeltungt arbete. Önskemål om förslag på vidare handläggning vid långvariga sjukskrivningar fanns också, liksom om exempel på hur lägga upp diskussion om arbetstid vid deltidssjukskrivning.

Mer specifik information hur man ser på arbetsförmåga i förhållande till olika sorters arbete. (ID5725)

Att det framgår vad tungt, medeltung etc arbete är. (ID4754)

Eventuellt skulle man kanske ha några 'patientfall' som exempel att läsa i beslutsstödet, för att underlätta kontakt läkare-patient, och för att kunna motivera deltidssjukskrivning när man har ont om tid och svårigheter att sätta sig in i patientens exakta arbetsförhållanden och därför inför denne förklara på vilket sätt exv 50% arbetstid är lämpligt och praktiskt genomförbart. Om jag själv inte bottnar i hur man som exv. anställd på en krävande arbetsplats där patienten behövs konstant faktiskt kan lägga om arbetstiden, så har jag svårt att vara trovärdig i mina rekommendationer till patienten om att deltid faktiskt är till nytta för patienten (i relation till heltidssjukskrivning). (ID6314)

Ev förslag på vidare handläggning vid långvariga sjukskrivningar. (ID2396)

En annan aspekt som återkommande lyftes var vikten av att tydliggöra den stora individuella variationen i hur mycket och hur länge ett medicinskt tillstånd kan påverka arbetsförmågan. Särskilt viktigt att detta framgår vad avser samsjuklighet med sjukdomar som vanligen inte i sig själva innebär nedsatt arbetsförmåga, såsom högt blodtryck, reumatisk sjukdom, etcetera.

I.E.5.2. - Sprid information om de övergripande principerna

Det var också uppenbart att många inte kände till att de övergripande principerna existerade, varför de behöver tydliggöras på hemsidan och information om dem spridas på olika sätt till läkare, andra professioner inom hälso- och sjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, till arbetsgivare, patientorganisationer, allmänheten och till patienter.

II. Digitala system

I det andra området som studien omfattar, *Digitala system (II)* presenterar vi nedan i Tabell 22 en sammanställning av de fyra teman vi identifierat i analyserna av de öppna svaren inom detta område, liksom deras respektive kategorier och subkategorier.

Efter Tabell 22 presenteras resultat från några av de slutna enkätfrågorna gällande läkares användande av e-intyg samt huruvida e-intyg var integrerat i deras journalsystem.

Därefter presenteras i detalj resultatet från analyserna av de öppna svaren i de olika teman och kategorier som illustrerats i Tabell 22.

I Tabell 27, sidan 143 finns en mer detaljerad beskrivning av kategorier, subkategorier och grupper inom temat Önskemål.

Tabell 22. De fyra teman (A-D) och deras kategorier och subkategorier inom område II, Digitala system.

Område II: Digitala system			
A. Integrering mellan system	B. E-intyget	C. Digitaliserad kommunikation	D. Önskemål (i Tabell 27, sid 143 finns mer detaljer om detta tema)
1. Positivt med integrering av system	1. Positivt om e-intyget	1. Positivt om fråga/svar-funktionen	
2. Varför använder ej?	2. Tar tid	2. Meddelande från FK syns inte - Syns inte i journal - Extra personalresurs för hantering av fråga/svar behövs - Problem med signeringslista - Alla läkare har inte behörighet att svara - När inte fram om läkaren ej är i tjänst	1. Bättre digitala system - Basala förutsättningar - Snabbare digitala system - Lättare hitta e-intyg från journalen - Enklare inloggning i modulen - Kunna växla fönster - Bättre översikter av sjukskrivningar - Överföring av information mellan journal och e-intyg
3. Bristande integration mellan systemen - Extern sjukskrivningsmodul länkad från journalen (dvs inte integrerad) - Systemen långsamma och hänger sig	3. Problem med fylla i - Datum krångligt att skriva in - Går bara att skriva en diagnos - För lite utrymme till fritext - Går inte att kopiera eller klistra in text	3. Andra problem - Går inte att svara - Går inte att ha fråga/svar uppe samtidigt som journal - Vet inte om svar har skickats	2. Enklare funktioner i e-intyget - Ifyllande av diagnoser - Ifyllande av datum - Mer utrymme för fri text - Kopiera text till och i e-intyget - Sparfunktioner - Signera och skicka - Utskrifter - Bekräftelse på att e-intyg & kompletteringar har skickats och tagits emot
4. Problem med integrering i journal - E-intyget är svårtillgängligt från journalen - Går inte att ha två fönster öppna samtidigt - Sjukskrivningsmodulen kräver många in- och utloggningar - Dålig överföring av information från journalen - Automatisk journalanteckning sker inte	4. Problem med att förlänga och att spara - Måste skriva om hela intyget vid förlängning - Blir utloggad - Påbörjat intyg sparas inte - E-intyg försvinner när systemet hänger sig - Går inte att spara	4. Kommunikation med FK - Ingen återkoppling efter begäran om kontakt - Försöker få till avstämningsmöten utan att lyckas - Personlig kontakt bättre - Patientperspektivet saknas - Svårt utläsa frågor ur lång text - Modulen bidrar till fler begäran om kompletteringar - Kommunikation har blivit opersonlig och stel - Har lett till envägskommunikation - Svårt att nå handläggare - Handläggare svarar inte på frågor - Ingen kontaktuppgift	3. Enklare e-intygsmallar - Diagnosspecifika mallar - Inför fler kryssalternativ - Återinför det förenklade intyget - Förenkla förlängningar - Övrigt
5. Dålig översikt av sjukskrivningar - E-intyg från andra kliniker syns inte - Dålig översikt av patienters sjukskrivningar	5. Utskriftsproblem - Uppgifter försvinner vid utskrift - Krävs många klickningar för att skriva ut e-intyget - Går inte att skriva ut och skicka samtidigt - Sekretessproblem	5. Konsekvenser för patienten av ovanstående - Försening och avslag när läkare ej nås av meddelanden - Förseningar och avslag pga tekniska problem med att svara - Sker ingen automatiskt journalanteckning	4. Integration av FMB - Länk från journalen till FMB - FMB i e-intyget
6. Bristande integrering av FMB i journalen - Svårt att hitta FMB från journal - FMB inte tillgängligt från intyget	6. Konsekvenser för rättssäkerhet - Viktiga uppgifter får inte plats i e-intyget - E-intyg skickas inte iväg - Får inte veta om e-intyget har sänts iväg - Finns inte tid inhämta patientens godkännande - Går inte att korrigera e-intyg när det är skickat	6. Kommunikation med patienten - Patienten använder inte 1177, behöver få papperskopia - Enklare med pappersversion	5. Kommunikation - Fråga/svar-modulen som ömsesidigt forum - Få veta att meddelande kommit - Kunna välja kommunikationsform med FK - Åtgärda tekniska fel i fråga/svar-modulen - Koppla fråga/svar-modul till tidsbokning i journalen - Avstämningsmöten - Information till patienter om Mina intyg i 1177 - Anslut arbetsgivare och Arbetsförmedling till e-intygssystemet

II.A. - Integrering mellan system

I detta avsnitt presenteras resultat från några slutna enkätfrågor om användande av elektronisk överföring av läkarintyg och huruvida detta är integrerat med journalsystem.

Majoriteten, 80 procent, av läkarna svarade att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Näst intill alla, 93 procent, av de läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg har också detta överföringssystem integrerat med sitt journalsystem.

I Tabell 23 visas att 80 procent av sjukskrivande läkare använder e-intyg, men att i alla landsting förutom Stockholm använde omkring 90 procent e-intyg, medan endast 49 procent av läkarna i Stockholm använde e-intyg. Av läkare som använde e-intyg, så svarade den stora majoriteten att det var integrerat med journalsystemet och att det fungerade i stort sett bra. Tjugo procent av läkare i Västerbotten, 17 procent i Örebro, 14 procent på Gotland och 13 procent i Södermanland respektive Skåne uppgav att det var integrerat men att det uppstod problem. Skåne särskilde sig från övriga landsting på så sätt att 26 procent av läkare som använder e-intyg uppgav att e-intyg inte var integrerat med journalsystemet.

Tabell 23. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

Landsting	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
Stockholm	1664	49	85	10	3	3
Uppsala	554	89	96	2	1	1
Södermanland	308	93	81	13	5	1
Östergötland	577	92	95	3	1	2
Jönköping	441	96	95	3	<0,5	2
Kronoberg	221	94	95	4	<0,5	1
Kalmar	265	94	95	2	2	2
Gotland	95	92	85	14	0	1
Blekinge	168	90	87	8	5	1
Skåne	1523	84	59	13	26	2
Halland	388	95	89	8	2	2
Västra Götaland	1939	89	88	9	2	1
Värmland	310	91	92	4	2	2
Örebro	398	91	75	17	7	1
Västmanland	229	90	94	2	2	2
Dalarna	397	93	95	3	1	1
Gävleborg	346	93	85	10	2	3
Västernorrland	253	90	88	10	1	1
Jämtland	200	94	93	7	1	0
Västerbotten	442	92	71	20	8	1
Norrbottn	258	89	92	6	2	<0,5
Hela landet	10 990	80	84	9	6	2

I Tabell 24 visas stora skillnader i andel som använder e-intyg beroende på typ av klinik. Lägst andel var inom företagshälsovård (12 %), följt av annan typ av klinik (55 %) och smärtmottagning (59 %). Störst andel läkare som använde e-intyg var på vårdcentraler (90 %) följt av läkare inom onkologi (85 %) och ögonklinik (84 %). Störst andel läkare som hade e-intyg integrerat med journalsystemet och uppgav att det fungerade bra återfanns inom infektion (90 %) och gynekologi (89 %) och störst andel som uppgav att det uppstod problem återfanns inom ortopedi (13 %), administration (13 %) samt neurologi (11 %). Resultaten visar sammanfattningsvis att den stora majoriteten av de läkare som har e-intyg integrerat med journalen upplevde att det i stort fungerade bra.

Tabell 24. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

Klinik/mottagning	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
Företagshälsovård	39	12	82	5	13	0
Hud	138	81	80	10	5	4
Infektion	298	83	90	8	1	1
Invärtesmedicin	1378	83	87	8	3	2
Kirurgi	1055	82	88	8	2	1
Neurologi	228	75	86	11	2	1
Gynekologi	239	75	89	7	3	2
Onkologi	290	85	88	9	2	2
Ortopedi	691	75	83	13	3	1
Psykiatri	869	83	88	8	3	1
Rehabilitering	113	72	87	9	4	1
Reumatologi	162	82	84	10	5	1
Smärtmottagning	32	59	81	9	6	3
Vårdcentral	4204	90	79	8	11	1
Ögon	287	84	86	9	1	3
Öron-, näs- och hals	319	76	88	8	2	3
Annan klinik/mottagning	562	55	87	7	3	3
Administration	46	70	87	13	0	0
Samtliga läkare	10 990	80	84	9	6	2

I Tabell 25 visas att andel läkare som använder e-intyg successivt ökar med yngre åldersgrupper; 73 procent av läkare mellan 55-68 år, 80 procent av de mellan 40-54 år respektive 86 procent av de mellan 24-39 år använde e-intyg. Det var en större andel icke-specialister som använde e-intyg (87 %) jämfört med specialister (77 %), och en större andel av läkare som hade sjukskrivningsärenden mer än 1 gång i veckan använde e-intyg (84 %) jämfört med läkare som hade ärenden mer sällan än en gång i veckan (77 %).

Störst andel av läkare som använder e-intyg och som upplevde problem var de som hade sjukskrivningsärenden oftare än sex gånger i veckan (11 %) och lägst andel som upplevde problem var läkare som hade sjukskrivningsärenden mer sällan än varje vecka (7 %).

Tabell 25. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på åldersgrupper, specialister och icke-specialister samt hur ofta de har sjukskrivningsärenden.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
24-39 år	4150	86	85	8	2	5
40-54 år	3886	80	83	9	1	6
55-68 år	2954	73	82	9	2	7
Ej specialist	3854	87	84	8	2	6
Specialist	7125	77	83	9	2	6
≥6 ggr/vecka	4020	77	82	11	1	6
1-5 ggr/vecka	4960	84	84	8	2	6
<1 gång/vecka	2010	77	87	7	3	4

Bland läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg så svarade 26 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter”. Bland läkare som inte använder elektronisk överföring av läkarintyg så svarade 24 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter” (visas ej i tabell).

Som Tabell 26 visar så var det större skillnader mellan kundgrupperna huruvida läkarna använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Bland läkare som tillhör VAS, Cosmic och SUSSA använder 92 procent elektronisk överföring, medan 86 procent av VITS och endast 61 procent av TakeCares användare också använder elektronisk överföring.

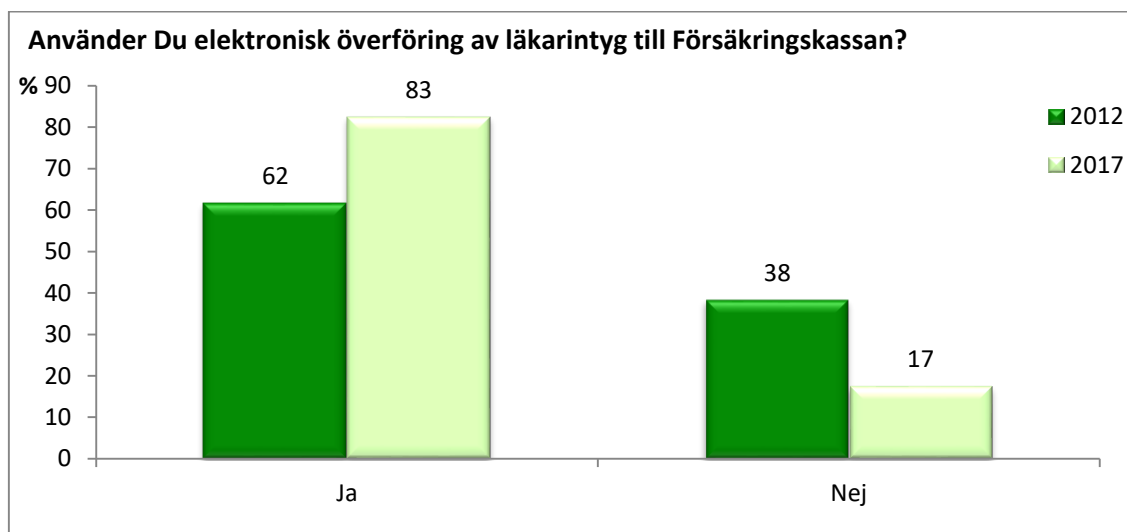
På frågan om elektronisk överföring på något sätt är integrerat med journalsystemet svarade 94 procent av Cosmics användare ”Ja, och det fungerar i stort sett bra”, medan motsvarande andelar för övriga kundgrupper var VAS (90 %), TakeCare (87 %), SUSSA (78 %) och VITS (72 %).

Tabell 26. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på kundgrupper.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

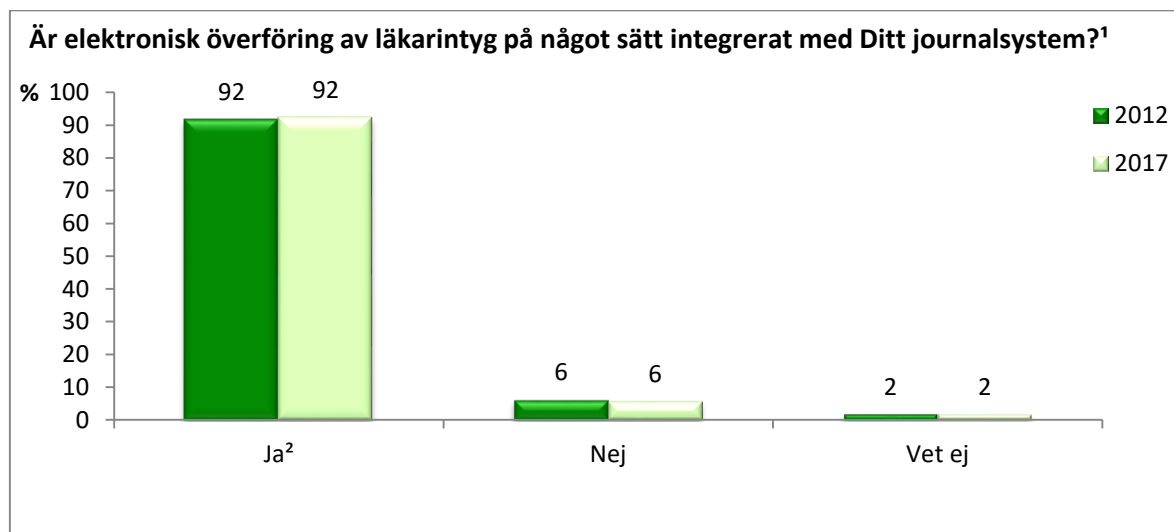
Kundgrupp	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
VAS	646	92	90	7	1	2
Cosmic	2797	92	94	3	2	1
TakeCare	2878	61	87	8	2	2
SUSSA	1569	92	78	15	1	6
VITS	3086	86	72	12	2	14

I Figur 29 illustrerad att andel läkare som använder elektronisk överföring av intyg ökat betydligt, från 62 procent år 2012 till 83 procent år 2017.



Figur 29. Andel (%) läkare som uppgav respektive svarsalternativ på frågan om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.

Som framgår av Figur 30, var det inte några förändringar alls mellan enkätåren 2012 och 2017 avseende om intyget var integrerat med journalsystemet. Med tanke på att integreringen pågick i det största landstinget, Stockholm, kan resultatet tyckas anmärkningsvärt.



Figur 30. Andel (%) läkare som uppgav respektive svarsalternativ på frågan om elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt är integrerat med deras journalsystem, år 2012 respektive 2017.

¹Endast de som svarat ”Ja” på föregående fråga, om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan.

Nedan redovisas innehåll i de sex kategorier av öppna svar som identifierades inom temat *II.A Integrering mellan system*.

II.A.1. - Positivt med integrering av system

Den övervägande delen av de öppna svar som lämnades var beskrivningar av sakförhållanden, problem eller kritiska synpunkter, men det fanns också positiva kommentarer.

Av de läkare som svarade att de inte hade elektronisk överföring av intyg integrerat i journalsystemet (dessa tillhörde kundgrupp TakeCare eller VITS) så svarade några att de hade positiva erfarenheter av att arbeta med elektronisk överföring av intyg från extern webbplattform, även om kopplingen dit inte alltid fungerade bra.

Länkat. Det är lätthanterligt. (ID1164)

För att skriva sjukintyg måste man logga ur journalen och logga in på sjukskrivning. Det är krångligt och tar onödig tid. Mycket irriterande !!!! I övrigt fungerar elektroniskt sjukintyg bra. (ID553)

Läkare uppskattade också att FMB kom upp i det elektroniska intyget i webbplattformen, även om någon ansåg att texten var för lång.

Det är bättre nu när den informationen ”poppar” upp i sjukskrivningsmodulen. På så vis mer lättillgänglig än tidigare. (ID2392)

Texten som dyker upp i sjukintyget är på tok för lång för att man ska hinna läsa igenom den och ta in all information. Önskemål om kortare och mer koncentrerad text. (ID5722)

Det skulle vara bra om personer berättar i verksamheterna om FMB (funktionen att de dyker upp i e-intygsmodulen är briljant!) (ID5939)

De flesta som hade positiva erfarenheter av elektronisk överföring av intyg hade detta integrerat i journalen. En del av dem som svarat ”Ja, men det uppstår problem” på frågan om de hade elektronisk överföring integrerat i journalen gav olika exempel.

Oftast fungerar det bra men det kan ta lång tid att öppna, är "fantastiskt" många tryck som måste göras för att skriva ut på papper till arbetsgivaren. Händer att det hänger sig men det är sällan. (ID57)

Osäkerhet kring att ladda & verifiera intyg, funkar 75 %. (Melior Siemens) Sjukskrivningsstödet är integrerat. (Det funkar bra.) (ID3666)

Flera läkare menade även att det var bra att e-intygen fanns integrerade i journalen och att det fungerade bra för att förlänga tidigare e-intyg.

Fungerar bra men saknar möjlighet att kunna 'bläddra' mellan tidigare intyg och det man håller på att skriva. Användbart ffa när man förlänger sjukperioden och egentligen bara vill överföra de flesta uppgifter. (ID5520)

Det går inte att "bläddra" mellan journaltext och intyget. Intyget måste sparas ner om jag vill gå in i journalen. Det blir många klick. Jag ser det ändå som positivt att intygen finns i journalen. Det ger god överblick både över mina egna och andra läkares intyg. (ID1017)

Bland dem som svarat att de hade elektronisk överföring av intyg integrerat i journalen och svarat "Ja, och det fungerar i stort sett bra" beskrev några att integreringen var lite långsam, att de inte kunde ha både journalen och modulen öppna samtidigt eller att det fanns någon annan förbättringspotential.

Lite för långsamt men i övrigt bra funktion. (ID5382)

Mkt problem i början, men nu fungerar det bra. Lite dumt att det är ett uthopp från journalen. Tar alltid tid att starta osv. (ID5402)

Den elektroniska sjukskrivningen fungerar verkligen bra, särskilt nu när blanketten har blivit kortare. I vårt journalsystem (Melior) hade jag dock önskat att man fritt kunde hoppa mellan journal och elektronisk sjukskrivningsblankett för att lätt kunna fylla i rätt datum, etc. Som det är nu måste man tyvärr spara blanketten, och gå tillbaka till journal och därefter tillbaka till blanketten. (ID7716)

Det är integrerat men kopplat till programmet som en separat applikation. Oftast fungerar det bra och man kan i journalsystemet se en kort notis om en patient blivit sjukskriven men man måste öppna sjukskrivningsapplikationen för att kunna se mer detaljerad information om skälet till sjukskrivningen m.m. Det blir ibland väldigt många klick för att få tillgång till infon om sjukskrivningen. (ID7007)

En del av de läkare som hade elektronisk överföring av intyg integrerat i journalen och svarat "Ja, och det fungerar i stort sett bra" eller "Ja, men det uppstår problem" skrev att de uppskattade funktionen att FMB kom upp automatiskt från intyget. För några innebar det att FMB används mer.

FMB-rutorna är mycket bra! (ID6726)

Jag läser oftast det som kommer upp vid intygsskrivningen. (ID2032)

FMB utmärkt bas stöd! Löser dock inte problemet med diagnosglidning och lättvindigt satta sådana. (ID157)

Har precis fått e-intyg där FMB kommer upp automatiskt. Tror på förbättring framöver. (ID4654)

I Region Jönköping finns/fanns integrerat beslutsstöd enligt ICF i sjukintygblanketten vilket underlättar mycket. (ID6411)

Har precis börjat använda e-intyg och då kommer beslutsstödet upp automatiskt vilket innebär att jag kanske kommer att använda det mer. (ID4078)

II.A.2. - Varför använder ej?

Ytterligare en kategori inom temat Integrering mellan system var orsaker till att läkaren inte använde sig av elektroniskt överförbara intyg. Dessa kommentarer kom nästan uteslutande från kundgrupp TakeCare respektive VITS, och redovisas här uppdelat på dessa kundgrupper. I kundgrupp TakeCare var vanliga orsaker till att inte använda elektroniskt överförbara intyg att de ännu inte hade införts eller att de alldeles nyligen hade införts, men att läkarna inte hade introducerats i systemet eller kände sig ovana med det.

Jag är inte introducerad i hur man skall göra. Men det är görbart i båda våra datasystem: Take Care o Obstetrix. (ID2970)

Andra orsaker var tekniska problem.

Väljer man fel ruta, låser hela systemet → detta gör att jag ibland avstår från elektronisk överföring. (ID5750)

Vi har slutat med det pga tekniska problem. Vi skickar läkarintyg per post numera. (ID5835)

Några läkare menade att patientens deltagande upplevdes bli bättre genom pappersvarianten.

Ej testat. Det ökar patientens delaktighet att få pappersblankett i handen. (ID6590)

Nyligen infört, använder mest pappersblanketter. Patienterna kan inte ta del av intygen elektroniskt. Saknar bostad, aktivt missbruk etc. (ID3594)

En läkare skrev varför hen såg fram emot att få sjukskrivningsmodulen införd.

Den nya elektroniska modulen som ska sjösättas i höst ska förhoppningsvis ha länkar till FMB, vilken dag i sjukskrivningsprocessen/ resp om man passerat dag 180, och en lathund med vanligaste ICF-diagnoser per ICD-10-diagnos. Det ger också större möjligheter för mer detaljerad statistik än tidigare. (ID1564)

Ytterligare en orsak som angavs i kundgrupp TakeCare för att inte använda sig av det elektroniskt överförbara intyget var begränsningen i antal diagnoser som kunde fyllas i i intyget, ett problem som återkommer senare i rapporten.

Jag använder inte elektronisk överföring för där kan man endast fylla i en diagnos. På pappret kan man fylla i 3 st. (ID6584)

I kundgrupp VITS hade elektroniskt överförbara intyg varit installerat sedan en tid, och därför såg också orsakerna till att denna funktion inte användes lite annorlunda ut än för de som ingick i TakeCare. Här nämndes olika orsaker till att inte använda e-intyg, bland annat att meddelande från FK krävde inloggning i separat fråga/svar-modul, att meddelanden hamnade i en signeringskorg som inte går att bevaka, att det innebar dubbelarbete eftersom patienter ändå behöver intyg utskrivet på papper, eller att krav på ett särskilt tjänstekort för att komma åt e-intygs-modulen upplevdes krångligt. Det nämndes också andra orsaker i citaten som följer.

Jag använder i princip aldrig elektronisk överföring av läkarintyg utan patienten får kopior och får själv skicka dem till försäkringskassan. Jag vill inte ha elektroniskt överförda frågor från försäkringskassan utan föredrar vanliga brev. Svårt att bevaka när man får frågor elektroniskt från försäkringskassan. Tar lång tid att besvara dessa för hand. Går snabbare att diktera in svaret. (ID1462)

Onödigt att behöva be patienten om tillstånd innan intyget skickas när man redan har kommit överens om sjukskrivning. Detta leder till att fler intyg skickas i pappersformat. (ID4954)

Vi använder även ett separat program som ej är kopplat till elektronisk överföring och äldre kollegor är mycket måna om att detta separata icke-integrerade program används istället. (ID7343)

De flesta av de ovan nämnda citaten skildrar olika former av upplevda problem bland läkare, dessa presenteras i nedanstående kategorier.

II.A.3. - Bristande integration mellan systemen

Inom denna kategori identifierade vi följande två subkategorier, *Externt sjukskrivningsverktyg länkat från journalen* samt *Systemen hänger sig/låser sig*.

II.A.3.1. - Externt sjukskrivningsverktyg länkat från journalen

En del läkare beskrev i de öppna svaren att e-intyg inte var integrerat med journalen men att det fanns en länk till e-intyg från journalen. Det var inte alltid tydligt i de öppna svaren om länk betydde länk till en extern webbsida eller länk till en separat modul med ingen eller viss kommunikation med

journalssystemet. Det var bara läkare inom SUSSA och VITS som beskrev detta, och några inom VITS specificerade att det fanns en länk till en webbsida för sjukskrivning.

Det finns en länk till E-intyg men det öppnas i webbläsaren. Gamla sjukintyg kan inte läsas i journalssystemet vilket är bedrövligt. I Jönköping kunde vi detta och det var av stort värde. (ID7215)

Alltså det finns en länk i PMO men det är enda kopplingen. Går snabbare att knappa in adressen utanför PMO. (ID7414)

Läkare som svarat att det fanns en länk till ett separat system, ifrågasatte eller tycks ibland själva ha haft svårt att avgöra om en länk till ett separat system ska beskrivas som att e-intyg är integrerat med journalen.

Det finns en länk men annars ingen direkt integrering. Ingenting av sjukintyget kommer automatiskt in i journaltexten vilket är synd. (ID7041)

Det finns en länk men tycker knappast det räknas till integrering. (ID7608)

Dåligt integrerat. Ej kopplat på något vis utan bara ett uthopp. (ID7750)

Journalsystemet erbjuder en länk för sjukskrivning och överföring. Vet inte om detta kan sägas vara integrerat. Hur som helst är det inte alltid den fungerar. Har man öppnat länken är det inte möjligt att gå tillbaka för att kontrollera t ex datum. (ID3342)

Genväg med bristande funktion

En läkare, tillhörande SUSSA, skrev att det fanns två länkar från journalen, varav en genväg som inte fungerade optimalt.

Det finns två olika uthopp till sjukskrivning. En längre och en genväg. Vid förlängning av sjukskrivning kan man inte använda genvägen, då kan man inte få en kopia på den tidigare sjukskrivningen och komplettera den. (ID4719)

Långsam uppkoppling som hänger sig

Integreringen, om en sådan kan sägas ha funnits här, tycks ha inneburit att tillgången till journalen hindras för en del läkare efter att de klickat på länken till sjukskrivningsverktyget. De flesta av de öppna svaren, från både SUSSA och VITS, beskrev att det tog lång tid att logga in i sjukskrivningsmodulen via denna länk och att uppkopplingen hängde sig.

Uthoppet till Eyedoc hänger sig ofta. (ID6601)

Uthopp till annat fönster. Ofta problem med att det låser sig. Långsamt att fylla i. (ID6526)

Nej, får logga in i annat system från PMO. Ibland kommer man inte alls in. Långsamt. (ID853)

Integrerat via länk i journalssystemet. Tar ofta lång tid från det att man trycker på länken till dess att man är inloggad (i det externa intygsprogrammet). Tar även tid att skriva in patientens personnummer, det hänger inte med från journalssystemet. (ID7675)

II.A.3.2. - Systemen långsamma och hänger sig/låser sig

I likhet med de läkare som uppgav att uppkopplingen till externt sjukskrivningsverktyg hängde sig, var detta ett problem även för de som hade sjukskrivningsmodulen integrerad med journalen. De uppgav att systemet var segt, hängde sig och hakade upp sig, ofta med konsekvensen att e-intyget inte hade kunnat skickas iväg till Försäkringskassan. Problemen var likartade och förekom i alla kundgrupper men var vanligare förekommande i kundgrupp SUSSA och VITS.

Datasystemet "COSMIC" ställer till det ganska så ofta man loggas plötsligt ut, systemet kraschar o låser sig nästan dagligen. (ID814)

Dåligt kompatibelt med journalssystemet; all text syns inte, hackar och hakar upp sig → stor stressfaktor!! (ID2116)

Systemen 'hänger sig' ofta. Mycket felmeddelanden som ej går att förstå. (ID6387)

Tenderar att hänga sig mitt i och man får starta om från början. Laddar inte upp som det ska utan med jämna mellanrum får man bara upp en blank sida, man får stänga ner och starta om. Ibland flera gånger. (ID1572)

Noterbart var att de läkare som skrev om att systemen hänger sig ofta menade att detta hände ”ibland” eller ”ofta” vilket betyder att det handlade om ett återkommande problem och inte enstaka undantag. Läkare med många sjukskrivningsärenden upplevde sannolikt problemen mer frekvent. Följande läkare beskriver exempelvis att detta var ett problem flera gånger i veckan.

Ibland går det inte att sända elektroniska intyg och kompletteringar. Systemet ”hänger sig”. Händer 1-5 x/v. (ID3827)

Ja, sedan hösten 2016. Klar vinst att systemet i alla fall känner igen mig när jag har klickat mig fram till E-intyg. Men 5-10 gånger/vecka hakar det upp sig. Exempel Rätt läkare fel tjänstgöringsort. Jag halkat ur systemet. Finns inte. Öppnandet av E-intyg får journalsystemet att krascha och slänga ut mig. Upp till 6 minuter har jag mätt tiden till att blanketten är skrivbar från att jag identifierat mig för modulen. Laggas flera ggr varje vecka. Utlåt går ej att skicka. Utlåt går ej att skriva ut. Kan inte läsas av annan personal och måste därmed skrivas extra i anteckning. För svårt att kolla datum, främst. Extra moment. (ID4043)

II.A.3.2.1. - Sjukskrivningsmodulen låser sig när e-intyget ska fyllas i

Flera läkare beskriver att e-intyget hade problem med att känna av knapptryckningar vilket försvårade ifyllandet av e-intyget.

Eyedoc i vilket sjukintyget skrivs är svårarbetat, ofta fylls inte alla bokstäver och/eller alla blanksteg jag trycker ned i. Inte ens vid upprepade försök (med extra hårt tryck på tangenten). Det gör att texten ofta ser amatörmässig ut, vilket jag tolkar som ett litet slutgiltigt diffust hän över att ingenting i sjukskrivningsprocessen ska gå enkelt. (ID5359)

Det är segt och tar lång tid. Rutorna har begränsad storlek - får inte plats med allt viktigt. Buggar i programmet gör att det inte går att skriva ibland utan att ta bort några bokstäver först. (Eyedoc) (ID6234)

Eye.doc fungerar mycket dåligt. Ibland kommer man inte in till blanketten, ibland när jag skrivit intyg går det inte att spara texten, det går inte att spara texten i world om man inte använder specialväg. Svårt skriva i kopia, tuggar ibland text, tar ibland inte emot knapptryckningar, går ibland inte få in mellanslag i texten. Jag tar ofta kontakt med helpdesk kring detta. (ID2887)

II.A.3.2.2. - Sändning av e-intyget hänger sig

Även sändningen av e-intyget hängde sig ibland, och läkare beskrev att det krävdes upprepade försök att skicka e-intyget innan det verkligen sändes iväg.

Några gånger så hänger sig systemet och sänder inte intyget. Kan ta 1-2 dagar innan det sänder. (ID3560)

Behövs ofta flera försök för att intyget ska gå iväg. Vissa av mina kollegor kan endast i undantagsfall få iväg sina intyg och behöver hjälp för att intygen ska komma iväg (dvs låna inloggning för överförandet). (ID2568)

Att systemen hänger eller låser sig innebar även att text eller hela e-intyg försvann eller att e-intyg aldrig sändes iväg. Sådan problematik tas upp under subkategorin *Konsekvenser för rättssäkerhet*, sidan 124.

II.A.4. - Problem med integrering i journal

Inom denna kategori identifierades fyra subkategorier av problem.

II.A.4.1. - E-intyget är svårtillgängligt i journalen

Ett vanligt förekommande problem var att det elektroniska intyget upplevdes svårt att hitta, eller låg svårtillgängligt från journalen. Även dessa synpunkter kom huvudsakligen från kundgrupp VITS (62%).

II.A.4.1.1. - Svårt att hitta e-intyget i journalen

Läkare inom kundgrupp TakeCare och SUSSA upplevde svårigheter med att hitta sjukskrivningsblanketten från journalen.

För mycket blanketter i Take Care → Svårt att hitta/tar tid. (ID1019)

Mitt största problem är att komma ihåg var jag hittar sjukskrivningsblanketten i vår elektroniska journal [TakeCare]. (ID1920)

Mitt största problem är att hitta sjukskrivningsintyget i Take Care eftersom det byter namn 1-2 ggr per år och ligger bland ett stort antal andra intyg till försäkringskassan (> 15 st). Det borde alltid ha samma namn även om det är olika versionsnummer. Det kan ta lika lång tid att hitta intyget som att fylla i det. Otroligt dåligt när stödfunktionerna är ett hinder i det dagliga arbetet. I synnerhet om man som jag sällan sjukskriver patienter är en siffer och bokstavskombination helt ointressant att försöka komma ihåg för vilket intyg som gäller. (ID3012)

Ett par läkare inom kundgrupp TakeCare beskriver att det krävs kunskap om var en behöver befinna sig i journalen för att få upp intyget.

Tar lång tid innan intyget kommer upp o när man spar, signerar osv. Måste stå på speciell plats i journalen för att få upp intyget men man kan klicka in en del steg innan det kommer upp en varning att man är på fel plats dvs slöseri med tid. (ID2888)

Problem att man bara får upp intyget om man står på ett besök till sjukvården. (ID4657)

Även i kundgrupp SUSSA upplevde läkare sjukskrivningsintyget som svårtillgängligt. Här handlade synpunkterna främst om att det var många klick innan en kom fram.

I slutenvården i Örebro fungerar de flesta elektroniska system ganska dåligt. Läkarintyget är inget undantag. För det mesta fungerar systemet, men det tar alltid lång tid till följd av alla klick och menyer man måste ta sig igenom innan man kommer till intyget (samt när man ska skriva ut det). (ID4672)

För det första, så ser man inte någon anteckning/intyg i själva journalen, utan man måste klicka sig till val 'blanketter', där ett extra fönster eyedoc öppnas. Detta är tråkigt och kräver mer tid för att man ska leta sig fram till rätt intyg. (ID7220)

II.A.4.1.2. - Krävs tjänstekort

Läkare inom VITS, VAS och Cosmic uppgav att det krävdes ett särskilt tjänstekort för att logga in i och kunna signera och skicka intyg från sjukskrivningsmodulen, något som ofta krånglade.

Krävs sitkort som ibland krånglar. (ID3240)

Otaliga klick, långsamma överföringar, beroende av tjänstekort, ofta lagg och att programmet 'hänger sig'. (ID7497)

Tycker överhuvudtaget att sjukskrivningsverktyget är konstruerat för FK skull- inte för läkarna. Drar mig alltid för att använda det. Inloggning med SITS-kort, först, sedan leta diagnosnummer etc. Det tar mig lika lång tid att fylla i ett intyg- som hela läkarbesöket i sig!! Har 15 minuter/patient/besök. Får ofta rosa felmeddelanden, och så får man göra om. Svårarbetat!!! (ID2650)

Eftersom jag ej är fast anställd har jag inget idkort i systemet. Jag kan skicka intyg men ej svara på förfrågan om kompletteringar. Måste be kollega om hjälp vilket är irriterande. Ffa när FK frågar om 2-3 veckors sjukskrivning pga anemi med ett H på 90. (ID1443)

En läkare skrev att tjänstekortet behövde vara i datorn hela tiden, något som kan vara problematiskt i en akut styrd verksamhet där personal exempelvis snabbt behöver springa iväg och lämna datorn om ett larm går.

Kräver att SITHS-kortet fysiskt är i datorn hela tiden, vilket är ett logistiskt bekymmer på en akutmottagning. (ID5787)

Det kan tilläggas att läkare inom exempelvis TakeCare inte har ett särskilt e-tjänstekort för att komma åt sjukskrivningsmodulen, men behöver e-tjänstekort för att alls kunna logga in i arbetsdatorer vilket

krävs för att komma åt samtliga system som behandlar patientuppgifter. Om dessa läkare haft eventuella synpunkter på problem med e-tjänstekort så har de inte lämnat sådana synpunkter i denna enkät, helt enkelt för att problemet inte förknippas specifikt med sjukskrivningsarbetet.

II.A.4.1.3. - Krånglande kortläsare

Läkare i kundgrupp VITS beskrev att det förutom att det krävdes ett särskilt tjänstekort för att komma åt sjukskrivningsmodulen så krånglade också de kortläsare som detta tjänstekort skulle användas i.

Diverse problem - det allra viktigaste är dock att det alltid tar för lång tid. Signering med hjälp av kort och (ytterligare en) kod fungerar inte på alla tangentbord - landstinget har inte laddat ner rätt program. Om jag inte kan signera kan jag inte ens skriva ut intyget manuellt - otroligt irriterande och tidskrävande. Just nu kan jag inte redogöra för hur många klick som krävs för utskrift elektroniskt eller på papper - men de är många. (ID355)

Framförallt är detta ett problem med våra kortläsare på datorerna som ofta inte kan läsa min identitet/signering och man måste då cirkulera tills man hittar en dator vars kortläsare fungerar, vilket kan ta tid när det gäller signeringen. (ID850)

Ytterligare ett lösenord att komma ihåg. Måste ha kort med SITHS-kod. En del datorer på mitt jobb har inte kortläsare för detta. (ID5326)

Ibland fungerar inte kortläsarna till datorerna och då går det inte att signera och skicka vilket är irriterande och tidsslösande. (ID5723)

Förutom de som specificerade att kortläsare inte fungerade så redogjorde ytterligare en del läkare för att det även på ett mer generellt plan var problem med inloggningen när tjänstekort krävdes. Dessa läkare kan ha syftat på problem med kortläsare, som de ovanstående läkarna, eller så kan de ha syftat på något annat som var problematiskt med inloggningen.

Ibland avvisas SITS kortets behörighet. Annars fungerande. (ID2798)

Ibland fungerar inte inloggningen (SITHS kortet). (ID1701)

Inloggning och kontakt med Telia som är ansvarigt för våra kort är ett totalt fiasko. Om detta var ett privat företag under inga omständigheter skulle man acceptera situationen!!!! (ID2526)

II.A.4.1.4. - Andra problem med inloggning

Ytterligare en grupp läkare inom kundgrupp VITS beskriver en rad olika problem med inloggning, utan att nämna behov av kort, även om en del av dessa eventuellt också kan handla om tjänstekortsinloggning.

Ibland funkar inte inloggningen. Till slut funkar den, efter att man lirkat i 15-30 min. (ID3313)

Svårigheter med legitimeringen när man öppnar intygsmodulen. (ID7509)

Det tar dubbeltid eftersom man måste skriva in patientens personnummer och så är det ofta svårt att komma in i om man har varit inne i det innan... Det går säkert en kvart om dagen i att starta och stänga programmet plus att skriva in personnummer. (ID6273)

Mkt bristande - är enklare att gå via web-interface. (ID5921)

Skitdåligt! Ganska ofta når man inte FK:s hemsida, kan då inte läsa tidigare ss. Man blir fort utloggad och måste logga in igen, många gånger/dag. (Min bror har säkerhetsjobb på Kustbevakn, loggar in till allt en gång per dag ...). Journalprogrammet (PRIO) har bara en inbyggd länk till FKs hemsida. I själva journalen finns ingen info om ss. Det skulle underlätta om tidigare blankett fanns direkt. Jag brukar printa ut den som underlag för ant under besöket. Regnskog Alla dessa avbrott för t ex inloggning är farliga. Jag tappar tråden, riskerar glömma viktiga saker, pat börjar prata om annat som tar tid, det kostar psykisk energi som ger sämre vård. (ID1701)

II.A.4.2. - Går inte att ha två fönster öppna samtidigt

En vanligt förekommande kommentar var att det inte gick att ha journalen öppen samtidigt som ett intyg i sjukskrivningsmodulen, samt att det inte gick att ha ett tidigare e-intyg öppet samtidigt som ett nytt skrevs. I praktiken innebar detta att läkare behövde skriva ut information för att ha breddvid sig under intygsskrivandet, eller att skriva egna anteckningar för att komma ihåg vad som skulle skrivas.

Läkare inom alla kundgrupper utom Cosmic hade dessa synpunkter, och VITS stod för nästan hälften av kommentarerna. Kundgrupp VITS stod även ut vad gäller innehållet i kommentarerna, de berörde enbart problem med att inte kunna ha journalen öppen samtidigt som sjukskrivningsmodulen. Inom kundgrupp VAS, TakeCare och SUSSA hade läkare istället problem med både att journalen inte kunde vara öppen samtidigt som ett intyg i modulen, samt att det inte gick att ha ett tidigare e-intyg öppet samtidigt som ett nytt skrevs.

Två e-intyg kan inte vara öppna samtidigt

Nedan följer ett urval av kommentarer där konsekvenser av problemen också skildras. De första berör att två e-intyg inte kan vara öppna samtidigt i sjukskrivningsmodulen.

Kan ej ha uppe gammalt intyg samtidigt för att se datum. meddelande till FK knutna till specifikt intyg, ej till sjukperiod, ibland förekommer meddelanden på gamla intyg, avisering om meddelande fungerar dåligt. (TakeCare/AsynjaVisph) (ID6030)

När intyg ska förlängas raderas en del av informationen (som hur länge föregående intyg gällde) och denna kan man inte komma åt på annat sätt än att stänga det intyget man arbetar med. (ID6045)

Fungerar bra men saknar möjlighet att kunna 'bläddra' mellan tidigare intyg och det man håller på att skriva. Användbart ffa när man förlänger sjukperioden och egentligen bara vill överföra de flesta uppgifter. (ID5520)

Tar lång tid att spara. Man måste starta om det för att kunna skriva ut kopia. Man kan inte gå tillbaka till tidigare intyg utan att starta om. (ID5704)

Journal och modul kan inte vara öppna samtidigt

Följande är ett urval av de många kommentarer om att journal och modul inte kunde vara öppna samtidigt, ett problem som tenderar att väcka starka negativa känslor hos läkare.

Hafsig och ofullständig integration. (Eye-doc NCS-Cross) egentligen två helt skilda system. Journalläsning/skrivning kan ej ske samtidig. Kan inte samtidig visa journal, sjukintyg, kompletteringsfrågor. Haltande och långsamt. (ID3751)

Kan ej hämta uppgifter i journalen under det att intyget skrivs, då stängs intygsmodulen!!! Vem f..n kan hålla alla datum o händelser som är relevanta i huvudet för intyget. Allt för ofta ser man hur inaktuella data kopieras till nästa intyg bara för att man skall få iväg 'skiten'. (ID2890)

Väldigt många klick behövs (Melior). Ibland hänger det sig, tom att intyg raderats när man skrivit och varit tvungen att byta fönster. Mycket omständigt att ha journalfönster och intygsfönster upp samtidigt. (ID4251)

Det är olyckligt att man inte kan skriva läkarintyget samtidigt som man kan titta i journalen. Man ska alltså ha datum, hela sjukdomsbilden klar för sig i huvudet eller på papper innan läkarintyget skrivs. Det medför inga större problem vid standardsjukskrivningar, men i mer komplicerade patientfall gör det ju säkert läkarintygen sämre då man helt enkelt inte har den tiden att hopp fram och tillbaka. (ID6323)

II.A.4.3. - Sjukskrivningsmodulen kräver många in- och utloggningar

Det framkom att läkare behövde göra många in- och utloggningar i sitt arbete med sjukskrivning, och i en förfinad analys visade det sig att dessa svar nästan uteslutande kom från läkare inom kundgrupp SUSSA och VITS, dock med mycket olika typer av beskrivningar. De öppna svaren från läkare i gruppen VITS handlade om samma fenomen beskrivet under subkategorin ”går inte att ha två fönster

öppna samtidigt”, det vill säga att eftersom det inte gick att ha journalen och modulen öppna samtidigt så krävdes in- och utloggningar mellan de båda systemen.

Ej helt integrerat - svårt att bläddra mellan journalen och det intyg som man skriver. Vill man göra så får man logga in/ut eller använda 2 olika datorer samtidigt. (ID386)

Ligger som extern länk. Kan ej ”hoppa” mellan journal o intyg för då loggas man ut ur intygsmodulen. (ID1231)

Behöver logga in igen och fylla i förskrivarkod, arbetsplats mm. Tar för lång tid. (ID4814)

Måste logga ut och in mellan varje patient/sjukskrivning. (ID3789)

Inloggning kräver precisering av arbetsplats och patientuppgifter

Flera läkare påpekar också att de inte bara behöver logga in och knappa in patientuppgifterna igen efter att ha blivit utloggad, utan även måste fylla i uppgifter om sig själva och sina arbetsplatser.

Klar vinst att systemet i alla fall känner igen mig när jag har klickat mig fram till E-intyg. Men 5-10 gånger/vecka hakar det upp sig. Exempel Rätt läkare fel tjänstgöringsort. Jag [har] halkat ur systemet. Finns inte. Öppnandet av E-intyg får journalsystemet att krascha och slänga ut mig. Upp till 6 minuter har jag mätt tiden till att blanketten är skrivbar från att jag identifierat mig för modulen. (ID4043)

I PMO måste man ständigt logga in på nytt om man är inaktiv en stund. Inloggning tar mycket tid då man varje gång måste precisera arbetsplats osv. (ID7390)

Jag måste först välja nuvarande arbetsplats för att komma in i systemet. Därefter skriva in pats personnummer och hämta pat från befolkningsregistret. När en pat är klar loggas man automatiskt ut, så proceduren måste göras på nytt varje gång. (ID3400)

Går inte att backa

De läkare från kundgrupp SUSSA som lämnade kommentarer kring att det krävdes många in- och utloggningar beskrev samstämmigt att deras problem var att de inte kunde backa tillbaka i sjukskrivningsmodulen. De blev då automatiskt utloggade. De kunde exempelvis inte öppna flera intyg efter varandra utan att behöva logga in i modulen igen. Följande citat skildrar deras bild av detta.

Då man skall backa i systemet, jag har tagit upp ett intyg och vill backa o ta upp nästa detta funkar inte får stänga eyedoc och öppna det igen= tar extra tid som jag inte har. (ID2701)

Tar lång tid att spara. Man måste starta om det för att kunna skriva ut kopia. Man kan inte gå tillbaka till tidigare intyg utan att starta om. (ID5704)

System Cross. /.../ Det går ej att backa i systemet. Har man gått in i fel intyg måste man stänga och börja om. Mycket tidsödande! (ID5822)

Dock krångligt när man inte kan backa utan hela tiden måste gå in på nytt om man hamnat på fel ställe. (ID55)

Ett av problemen är att man inte kan skriva ut valfria tidigare utfärdade intyg (t.ex genom att kryssmarkera aktuella intyg) utan att gå in i ett specifikt intyg begära utskrift av arbetskopia, därefter går ur systemet, gå in i samma system ytterligare en gång för att markera ett annat intyg för utskrift och därefter ånyo gå ur systemet. Detta får upprepas tills man har utskrifter av alla relevanta handlingar så att man t.ex kan överta en kollegas sjukskrivningsansvar. Fler problem finns! (ID985)

II.A.4.4. - Dålig överföring av information från journalen

Att arbeta i två system tycks, även om integration mellan systemen finns, innebära dubbel dokumentation eller andra problem i överföringen av data från journalen till sjukskrivningsmodulen. De öppna svaren visar att en del läkare fick fylla i grundläggande uppgifter för varje intyg, eller att de oroade sig för att fel överförd information skickades iväg. Problemen såg lite olika ut för olika kundgrupper. I TakeCare berörde problemen främst vid förlängning av tidigare utfärdade e-intyg.

Vid förnyelse åker inte datum med, således kan det bli glapp mellan olika sjukskrivningar. (ID4894)

Skulle underlätta om datum kopierades till nästa intyg. (ID4527)

När intyg ska förlängas raderas en del av informationen (som hur länge föregående intyg gällde) och denna kan man inte komma åt på annat sätt än att stänga det intyget man arbetar med. (ID6045)

Ovanstående citat skildrar att datum inte följer med vid förlängning av intyg i sjukskrivningsmodulen som används i TakeCare. Nedanstående citat visar istället att namnet på den tidigare sjukskrivande läkaren tycktes följa med, och då läkares namn inte gick att ändra skapade det osäkerhet för den läkare som skulle förlänga intyget.

Om jag ska förlänga någon kollegas intyg gör jag en 'kopiera till ny' i Take Care. Då står den tidigare läkaren kvar som undertecknare. Detta verkar rättas till när man sparar dokumentet men det tog lång tid att komma fram till. (ID3331)

Det går inte att skicka intyget om en ruta inte bockats i. Om jag förlänger en annan läkares intyg så kan jag inte ändra till mitt namn. Våra sekreterare verkar helt oförstående kring att det finns ett e-intyg och skriver istället ut ett pappersintyg. (ID5775)

När någon annan sjukskrivit patienten innan kan man inte ändra namn på doktor, däremot verkar det bli mitt namn när jag skriver ut intyget. Men när jag skickar elektroniskt vet jag inte riktigt hur det blir för mottagaren, eftersom det står en annan doktors namn och jag inte kan byta. (ID5888)

I kundgrupp VITS hade de läkare som lämnat kommentarer andra problem vad gäller överföring av data från journalen till modulen. Det mest framträdande problemet för dessa läkare var att patientens personnummer och andra personuppgifter inte överfördes.

Det tar dubbeltid eftersom man måste skriva in patientens personnummer och så är det ofta svårt att komma in i om man har varit inne i det innan...Det går säkert en kvart om dagen i att starta och stänga programmet plus att skriva in personnummer. (ID6273)

Frustrerande, tidskrävande och osmidigt att behöva logga in och ur i flera system. Personnummer som inte följer med över från ett system till ett annat. PMO fullständigt undermåligt bla i detta avseende. (ID5052)

Dessutom kommer inte pat:s egen adress automatiskt på FK:s intyg, i de fall intyget ska skrivas ut och skickas hem till patient som ej klarar av att göra det själv. Detta kräver att en annan personalkategori loggar in i ett annat system, hämtar ut adressen, skriver den på kuvert osv. Det tar 5 minuter och kostar skattepengar. Om adressen kom automatiskt på intyget skulle pappersintyg skulle kunna skickas i fönsterkuvert. Här finns en möjlighet för FK att bidra till ett rimligt användande av skatteresurser! (ID4399)

I kundgrupp SUSSA fanns överföring av patientuppgifter, men överföringen fungerade inte alltid som den skulle.

Ibland luras systemet för läkarintyg genom att inte korrekt ha fått med sig patientens identitet från journalportalen. Då kan man inte skicka eller skriva ut det utan måste kasta det färdigskrivna elektroniska intyget och börja om från början. (ID4672)

II.A.4.5. - Automatisk journalanteckning sker inte

En återkommande grupp av kommentarer handlade om att det inte gjordes något automatisk anteckning i journalen efter ivägskickat e-intyg. En fördjupad analys visade att dessa kommentarer i princip uteslutande kom från läkare inom de två kundgrupperna VITS (25%) och SUSSA (72%). De allra flesta kommentarer var av den koncisa varianten att det ”Sker ingen automatisk notering i journalen om sjukskrivning utan detta måste göras manuellt.” (ID185). En del läkare inom grupp SUSSA skrev att de hade haft automatiskt genererad journalanteckning tidigare, men att det inte längre fanns.

Dåligt att det inte går att se intyg och hur lång sjukskrivningen är i journalen vilket gick en tid på världen. (ID1823)

Finns som uthopp från journalsystemet, och någon automatlagring (journalanteckning) genereras ej, vilket det gjorde tidigare. Medför således en extra arbetsuppgift i och med att journalanteckning måste göras manuellt. (ID2652)

Utmärkande i svaren från kundgrupp SUSSA var ett missnöje med att sjukskrivningsmodulen Eyedoc (som liksom journalsystemet NCS Cross tillhör företaget Evry) inte genererar de automatiska journalanteckningar om sjukskrivningen som de i tidigare system hade haft.

Tidigare hade vi ett system där sjukskrivningens längd och grad automatiskt överfördes till aktuell journalanteckning. Tydligt och bra. Den funktionen försvann vid införandet av IT system eye-doc. Nu måste det dikteras och många gör det ofullständigt och på olika sätt, vilket ger sämre journalanteckningar. (ID4112)

Det sker ingen informationsöverföring tillbaka till journalsystemet. För att någon annan i teamet ska se vilka intyg som är utfärdade måste man göra en anteckning om detta, eller de logga in i EyeDoc. (ID5211)

Vi får ingen automatisk text, avseende sjukskrivningsgrad och sjukperiodens längd, vilket vi bett om i flera års tid. Merarbete att manuellt skriva in dessa uppgifter i journalens text, där de definitivt hör hemma. Krångligt att behöva ha två system för dokumentation (journal och eyedoc) öppna samtidigt. Risk för felaktiga diagnoskoder etc, när informationen flyttas manuellt mellan systemen. Ju fler system som används parallellt, desto större risk för att datorn ger upp... (ID2350)

Arbetar i Every, tidigare BMS-systemet, där vi tidigare fick en automatanteckning i journaltexten när vi skrev ett sjuk-intyg. Idag gör vi uthopp till blankettorg och får inte en automatanteckning som beskriver sjukskrivningsorsak, %-andel och sjukskrivningslängd. (ID1483)

Tidigare genererades en automatisk journalanteckning när man skrev ett sjukintyg (sjukskrivningsgrad och tid), vilket var bra. Så inte längre. Gäller NCS System Cross. (ID2524)

Kommentarerna från SUSSA innehöll ofta kommentarer om att den dubbeldokumentationen som krävdes var tidsödande. Men några skrev också att sjukskrivningen inte alltid blev ordentligt dokumenterad i journalen, vilket enligt några läkare leder till sämre överblick och bristande informationsöverföring.

Skulle önska automatanteckning i journalen + svårt att få överblick över sjukskrivningar över tid ex-vis sjukskrivningsgrad och hur långa tidsperioder. (ID6520)

Uthopp som ibland hänger sig. Saknar också att det skulle komma upp en automatanteckning i journalen för hur sjukskrivningen ser ut (bra att veta tex vid förlängning utan att behöva öppna det gamla intyget för att kolla). (ID5911)

Man måste manuellt skriva in att sjukskrivning görs och vilka datum och %. Lätt att glömma. Då syns inget i mottagningsanteckningen! Säkert ett bra system för FK - men inte för oss i primärvården. (ID2597)

Inom kundgrupp VITS skrev flera läkare att de hanterade utebliven automatisk överföring av information till journalen med att skriva ut e-intyget och låta det scannas in i journalen. Något som innebar att andra yrkesgrupper också behövde involveras i den administrativa processen.

Tyvärr!!! Förr kunde vi diktera intygen, nu måste vi logga ut på en annan portal, logga in leta reda på pat och skriva för 'hand' isf att diktera, samt skriva ut kopia som sen ska scannas in i journalen, sekr ska fylla i att pat är sjukskriven(blev automatiskt om man skrev intyget i journalen) samt lämna intyget till vår koordinator... (ID2380)

Extra inloggning men finns i journalsystemet men tar mellan 90-120 sek varje gång extra. Måste sedan tas ut på papperskopia för att scannas in i journal. Detta eftersom det måste dokumenteras. (ID1053)

II.A.5. - Dålig översikt av sjukskrivningar

II.A.5.1. - E-intyg från andra kliniker syns inte

Ett problem som läkare uppmärksammat var att det var svårt att se patientens sjukskrivningshistoria eller att det inte gick att se läkarintyg skrivna från andra kliniker, och att andra inte heller kunde ta del av den egna kliniken intyg. Detta även då patienten godkänner detta. Det var nästan uteslutande ett problem inom SUSSA. De flesta av dessa skrev att de inte kunde ta del av intyg skrivna på andra kliniker.

Större problem är att jag inte kan läsa sjukintyg från andra kliniker. Dvs om jag övertar sjukskrivning från annan klinik eller fåra primärvården kan jag inte få info om tidigare sjukskrivning. (ID535)

Det är också väldigt frustrerande att man inte kan läsa sjukintyg som är utfärdade på andra kliniker/vårdcentraler. Vi kan läsa varandras journaler men inte se varandras sjukintyg! (ID4001)

Jag kan inte se sjukskrivningar gjorda på andra kliniker trots att jag har rätt att läsa deras journaler. En del patienter remitteras ut för fortsatt sjukskrivning och att då inte se föregående underlag försämrar min bedömning. (ID5216)

Kan ej se tidigare sjukintyg utfärdade av andra kliniker vilket blir problem för sammanhängande sjukskrivning av flera vårdgivare. (ID7485)

Kan ej läsa tidigare sjukskrivningsintyg, är essentiellt att se tidigare datum när senaste sjukskrivning avslutats, speciellt då patienten ej minns, detta är numera ej möjligt. (ID7373)

Men framför allt är Eyedoc i sig i ointuitivt jävla skitsystem, särskilt då det är fullkomligt omöjligt att skaffa sig en överblick i och då det inte går att se/nyttja intyg som skrivits vid andra kliniker även om pat skulle tillåta det. (ID4841)

Några skrev att det var svårt att få en överblick av en patients sjukskrivningshistoria, men att det gick att se sjukskrivningar utfärdade vid andra kliniker, exempelvis om en har kännedom om vilken klinik som skrivit det tidigare intyget.

Man behöver veta vilken klinik som gjort tidigare sjukskrivning när det är aktuellt med förlängning. Annars kan man inte hitta sjukskrivningen. (ID1990)

Kommer enbart åt MIN huvudsakliga ENHETS intyg, även när jag arbetar på en annan, eller söker i patientens journal. Kan iofs via en omväg läsa, men kan inte använda mig av tidigare skriven text. (ID5353)

Svårt att se tidigare sjukskrivningar från andra läkare. (ID1287)

Svårt att få överblick av tidigare sjukskrivning, dålig användarvänlighet. (ID101)

De läkare som hade Cosmic lämnade inte några kommentarer om att inte kunna se e-intyg utfärdade vid andra kliniker. Ett par läkare i VAS kommenterade detta, men en tredje skrev att det problemet nog inte kvarstår längre. Några enstaka inom VITS och TakeCare menade att intyg skrivna av kollegor inte alltid syns och en läkare tillhörande TakeCare skrev att:

För att e-intyg skulle fungera delade man upp klinikens journaler i olika "spärrgrupper"/splittrade journalen vilket gör att det inte är lika lätt att uppfatta helheten i behandlingen (nästan alla våra patienter har kontakt med olika delar av vår verksamhet). (ID2321)

II.A.5.2. - Dålig översikt av patienters sjukskrivningar

Ett problem som relaterar till att e-intyg inte gick att se från andra kliniker var att läkare skrev att det var svårt att få en överblick av patienters sjukskrivningar. Dessa kommentarer kom främst från läkare inom kundgrupp SUSSA men förekom även från VITS. Problemen handlade dels om att en del läkare inte kunde se e-intyg från andra kliniker på grund av spärrad tillgång, men i de fall de hade behörighet fanns det ibland andra hinder för att se andra klinikers e-intyg.

Oöversiktligt vem som sjukskrivits, när, %, för vad. Många klick för att se det, särskilt om flera kliniker är med. EyeDoc är ett mycket otympligt system. (ID3648)

System Cross. /.../ Det går ej att se på översikten vilka datum sjukskrivningen gäller eller för vilken diagnos, oöversiktligt. Man måste gå in i varje intyg för att se. Det går ej att backa i systemet. Har man gått in i fel intyg måste man stänga och börja om. Mycket tidsödande! (ID5822)

Några läkare skrev att den bristande översiktligheten gjorde att det var svårt att få en överblick av patientens hela sjukskrivningsperiod, och vilka sjukskrivningar som höll på att löpa ut. Några menade också att det var viktigt med denna överblick utifrån de olika gränserna vad gäller antal sjukskrivningsdagar i rehabiliteringskedjan, till exempel inför dag 90, 180 och 365.

Svårt att få överblick av tidigare sjukskrivning, dålig användarvänlighet. (ID101)

Systemen integrerar inte till fullo. Det skapas ingen automatgenererad text med sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad, samt att det är svårt att helt överblicka en patients totala sjukskrivningsperiod. Det skulle vara önskvärdt då de perioderna uppenbarligen är väldigt kritiska utifrån försäkringskassans bedömningar. (ID6669)

Det finns ingen översikt kopplad till journalsystemet där man ser vilka sjukskrivningar som håller på att löpa ut. Många av våra pat har svårigheter med egen förmåga till överblick o planering. (ID4128)

II.A.6. - Bristande integrering av FMB i journalsystemet

Tidigare i rapporten, under rubriken *Hinner inte använda FMB* (sid 54) beskrevs bland annat att FMB upplevdes svårtillgängligt och att det tog tid att söka upp Socialstyrelsens hemsida och där söka fram FMB och därefter relevant information i FMB. Att svårtillgängligheten bidragit till att FMB inte används av läkare framgick av de öppna svaren i detta avsnitt.

II.A.6.1. - Svårt att hitta FMB från journalen

Återkommande kommentarer, från alla kundgrupper, angående användande av FMB var *"Hinner oftast inte ta fram dem"* (ID5039), *"Tar för mycket tid att plocka fram."* (ID6449) och *"Kanske är användbara, men har dem inte framför mig"* vid sjukskrivning. (ID3535). Andra kommenterade att FMB borde vara tillgängligt från journalsystemet.

Vore bra om Melior hade direkt tillgång till beslutsstöd, annars har jag inte tid att titta på dem. (ID6536)

Svårt att hinna ta tid att förstå och gå igenom dokument av längd och med detaljer, även om innehållet kan vara bra. De är inte heller lätta att navigera fram till. (ID4896)

Det sista citatet ovan pekar också på att det kan upplevas svårt för läkare att hinna ta sig igenom texten om FMB på Socialstyrelsens hemsida, även om sidan skulle vara direktlänkad från journalen.

II.A.6.2. - FMB är inte tillgängligt från e-intyget

Flertalet läkare beskrev att FMB inte var tillgängligt från e-intyget och att FMB därför upplevdes svårtillgängligt i sjukskrivningsarbetet. Många föreslog att FMB på olika sätt borde vara tillgängligt från e-intyget (se även *FMB i e-intyget* under *Önskemål*, sid 155).

Direkt koppling till sjukskrivningsformuläret så att jag slipper söka FMB via nätet. Spar tid och underlättar bedömning av sjukskrivning, grad och längd. (ID3226)

II.B. - E-intyget

Inom temat E-intyget identifierade vi sex kategorier; *Positivt med e-intyget, Tar tid, Problem med att fylla i, Andra problem, Utskriftsproblem* samt *Konsekvenser för rättssäkerhet*.

II.B.1. - Positivt med e-intyget

En kategori av öppna svar inom temat *E-intyget* handlade om att e-intyget är positivt på olika sätt, både avseende att möjligheten finns och avseende hur e-intyget fungerar. I presentationen slutna svar i Tabell 23 illustreras att 84 procent av de läkare som använder e-intyg och har det integrerat med journalsystemet uppgav att det i stort fungerar bra. Många av de öppna svaren om detta var korta och nöjda, och kan sammanfattas som ”*Lysande.*” (ID5861), ”*Fungerar superbra!*” (ID2450), ”*SUPER!*” (ID5267), ”*Mycket smidigt!*” (ID6372) eller ”*E-läkarintyget är det bästa som hänt sedan formfranskan :-)*” (ID5675). Andra kommenterade att e-intyget inneburit en tidsbesparing.

Elektronisk överföring går fortare. (ID115)

Mycket tidssparande system! (ID3357)

Utmärkt o mkt praktiskt. (ID977)

En del läkare poängterade att logistiken för att sända iväg intyget förbättrats med e-intyget.

Försäkringskassan skall ha en eloge för sin utmärkta logistik; elektroniska intyg och den centraliserade inläsningscentralen fungerar mycket bra. (ID694)

Förenklar, därför att skickar direkt + pat behöver ej ”hålla reda” på 1 ex till FK. Eller vi på VC behöver inte skicka pappersex med post. Tycker det är bra! (ID2164)

Något som några läkare betonade underlättade skrivningsprocessen ytterligare var färdiga intygsmallar för vissa diagnoser eller automatisk ifyllnad via diagnoskod i e-intyget.

Vi har autoifyllnad via diagnoskod av läkarintyg i linje med FMB i Landstinget i Uppsala län, vilket underlättar mycket. Det är en mycket bra förändring. (ID3142)

I journalsystemet finns även intygsmallar för vanliga diagnoser, med förifyllda formuleringar kring funktionsnedsettn. osv. Detta är mycket bra och uppskattat! Uppsala, Akademiska sjh, ortopedkliniken. (ID5339)

Några läkare beskrev att överföring av intyget fungerade bra i vissa journalsystem eller landsting, men inte i andra.

Fungerar utmärkt med Cosmic. (ID5161)

Vi har 2 journal system Take Care och Obstetrix, Läkarintyg elektroniskt överföring fungerar bra Obstetrix (oftast ej alltid) men ej Take Care. (ID4092)

Ja när det används i Melior men nej när vi använder Obstetrix för mödravården. (ID7000)

Vi har precis börjat. I Vänersborg har jag arbetat länge med digitala överföringar och var mycket nöjd. (ID3326)

Efter pensionering för ett halvt år sedan har jag arbetat i som inhyrd läkare i två olika landsting, ett med och ett utan elektronisk överföring. Där jag använt det fungerar det bra Norrbottens LL). (ID1385)

Några skrev att det elektroniska intyget även uppskattades av patienter och att en ytterligare fördel är att det är miljövänligt – sparar papper.

Underlättar för både läkare och patient och uppskattas oftast mycket av de senare. (ID4206)

Fungerar mycket bra, helt utan problem. Mycket uppskattad funktion, då det ju är väldigt miljövänligt, vilket känns viktigt. (ID6307)

Några av de positiva kommentarerna om e-intyget från läkare som svarat ”Ja, men det uppstår problem” avseende om det var integrerat i journalen innefattade även några olika typer av problembeskrivningar.

Fungerar väldigt bra. Dock hade det varit bra diagnosspecifika färdiga textmallar som man givetvis bör kunna justera från patient till patient. (ID6804)

Komplettering av intyg finns integrerat också men fungerar inte alls! Själva sjukintygssbiten fungerar dock i stort sett bra. (ID4875)

Tyvärr förs inte diagnos och datum över till blanketten automatiskt från cosmic vilket är tidskrävande och onödigt litet arbetslivet. Annars fungerar det oftast bra. (ID5275)

Några av de läkare som svarat att integreringen fungerade i stort sett bra hade också de några kritiska synpunkter.

Det så kallade E -intyget var perfekt för enkla rutin-kirurgiska ingrepp. (ID869)

Relativt lite problem. Har hänt någon gång att "systemet hängt sig" och att man inte kunnat skicka intyg. (ID127)

Det blir en gissning, och intygen är kanske lite krångliga att fylla i. Mycket bättre sen möjligheten att förnya elektroniskt infördes. (ID6002)

Själva överföringen fungerar bra men ifyllandet är gjort onödigt krångligt. T ex måste man själv komma ihåg datumformatet och skriva in strecken. (ID4622)

Elektronisk sjukskrivning är bra - men FK begär hela tiden onödig komplettering (med en knapptryckning) - drar ut på hela processen. (ID2093)

De problem som nämndes fördjupas ytterligare i de följande kategorierna om e-intyget nedan.

II.B.2. - Tar tid

Följande kategori berör olika former av tidsödande problem som läkare möter i sitt arbete med det elektroniskt överförbara intyget. Vanligt förekommande ord som läkare använde om e-intyget var att det var ointuitivt och inte användarvänligt. Eftersom varje kategori inom tema *E-intyget* fokuserar på specifika och enskilda delar av problemområden, så försvinner helhetsbilden av hur en läkares arbete kan se ut med e-intyget. Därför följer här först några citat som skildrar några läkares samlade problembild i arbetet med e-intyg.

Det finns en länk via journalsystemet, dock är sjukskrivningsprogrammet ganska 'trött' och tungrovt. Fylla i många rutor och ca 30 klick på musknappen totalt, för att fylla i, spara, signera, skriva in kod, tacka ja till att skicka till FK och att patienten accepterar detta, skicka och sedan skriva ut intyget till patienten. Otroligt tidsödande. (ID4070)

Trögt system, tar lång tid. Patienten vill ändå alltid ha en kopia på sjukintyget och detta blir krångligt med bollande mellan sekreterare och läkare. Först dikteras ett intyg, som sedan skrivs ut och hamnar i min signeringskorg. Jag signerar och skickar till FK elektroniskt. Därefter måste sekr ånyo meddela mig om att intyget är utskrivet i pappersform för att signeras inför diskussion med arbetsgivaren - blir långa handläggningstider. (ID3951)

Det går inte att använda copy-and-paste för text i sjukskrivningsmodulen. Detta medför medarbete, ökade kostnader, upplevelse av meningslöshet och skatteslöser kring sjukskrivningsadministrationen osv. Dessutom kommer inte pat:s egen adress automatiskt på FK:s intyg, i de fall intyget ska skrivas ut och skickas hem till patient som ej klarar av att göra det själv. Detta kräver att en annan personalkategori loggar in i ett annat system, hämtar ut adressen, skriver den på kuvert osv. Det tar 5 minuter och kostar skattepengar. Om adressen kom automatiskt på intyget skulle pappersintyg skulle kunna skickas i fönsterkuvert. Här finns en möjlighet för FK att bidra till ett rimligt användande av skatteresurser! (ID4399)

II.B.3. - Problem med att fylla i

I kommentarerna gavs många exempel på problem med att fylla i E-intyget. Bland dem identifierades följande fyra subkategorier.

II.B.3.1. - Datum krångligt att skriva in

Det fanns kommentarer som belyste att det var onödigt krångligt att fylla i datum i det elektroniska intyget, och analysen visade att det framför allt var i kundgrupp Cosmic detta specifika problem fanns, med något exempel även från kundgrupp TakeCare. Det tyckts ha krävts att datum för sjukskrivning fylls i med bindestreck, annars accepterar inte intyget försöken att fylla i datumet. Nedanstående urval av kommentarer skildrar detta, ett detaljproblem som borde vara lätt att åtgärda, och som väcker stor irritation hos flera läkare.

Själva överföringen fungerar bra men ifyllandet är gjort onödigt krångligt. Text måste man själv komma ihåg datumformatet och skriva in strecken. Helt onödigt, borde bara vara att fylla i. (ID4622)

Vårt system via Cambio Cosmic är irriterande med datum format (krävs att skrivas med bindestreck) och kalenderfunktion saknas. Dessutom hade ngn form av mall varit bra ffa när det gäller ofta återkommande diagnoser med korta sjukskrivningar (ex vissa operationer) Här hade det inte varit dumt om det försäkringsmedicinska stödet kom upp som ett tips eller liknande! (ID3285)

En läkare tillhörande kundgrupp VITS skrev att hen istället hade problem vid ändring av datum i sjukskrivningsmodulen.

Ska man ändra datum i en kopierad sjukskrivning måste man t.ex. ändra sista-datum innan man ändrar första-datum, annars accepteras inte detta av datorn. En välmenande säkerhetsåtgärd som skapar irritation och merarbete, och kastar bort skattepengar som kunde användas till något meningsfullt som kommer människor och skattebetalare till godo. Här finns en möjlighet för FK att vara ansvarstagande och uppdatera sin modul! (ID4399)

En annan läkare beskrev att det var lätt att tolka olika datum och sjukskrivningsgrader fel i översikten i VAS, när det handlade om nedtrappning av ett sjukskrivningsärende.

När jag skriver ett läkarintyg med två perioder med olika sjukskrivningsgrad, det visar inte den sista period som den första i listan. För exempel: -- 3/4 ---- 16/03 - 31/03 -- 1/2 ---- 1/04 - 15/04 -- 1/1 ---- 01/03 - 15/03 När jag öppnar översikt av sjukskrivningar i programmet (VAS), man kan missförstå att sista sjukskrivning var 75 % till 31/03. (ID6741)

Förutom att läkare önskade bättre funktion för att fylla i datum i e-intyget så förekom att läkare saknade att kunna snabb söka patienter och saknade det stöd för att ta in diagnosnummer från ICD som finns i journalsystem.

II.B.3.2. - Går bara att fylla i en diagnos

Återkommande kommentarer handlade om att det bara var möjligt att ange en diagnos, och inga bidiagnoser, i det elektroniska intyget. Analysen visade att detta bara var ett problem för kundgrupp TakeCare. Problemet med att det bara går att skriva en diagnos i det elektroniska intyget framkom för användare av olika journalsystem inom kundgrupp TakeCare.

Endast 1 diagnos möjlig att sätta när man skickar elektroniskt. Ej möjligt med bidiagnoser (använder TakeCare) (ID103)

Ett önskemål är att det gick att skriva in mer än en diagnos (Asynja), nu måste man komma ihåg att skriva det i fri text i ngn annan ruta istället. Likaså är det ibland för lite utrymme att utveckla ett resonemang. (ID354)

Läkare menade att det var problematiskt att Försäkringskassans handläggare inte kände till att intyget bara gav möjlighet till att sjukskriva på en diagnos.

Går endast använda en diagnoskod något som tyvärr handläggarna ej vet. (ID6943)

De nya e-sjukskrivningarna innebär att man bara kan ha en diagnos angiven vilket många av FK's handläggare inte tycks känna till. Svar på inskickade frågor via e-fråge formulär besvaras aldrig (har aldrig fått någon återkoppling hittills) av FK. (ID4082)

Några skriver att det dessutom inte finns något fortsättningsblad att skriva på, vilket leder till ytterligare försämrade möjligheter att kommunicera att en patient har flera diagnoser till Försäkringskassans handläggare.

Kan inte skriva flera diagnoser. Kan inte skicka fortsättningsblad. (ID7480)

Går det inte just nu att skriva flera diagnoser och inte heller att använda extra blad. (ID2857)

Antalet diagnoser som kan sättas är numera bara en jämfört med tidigare tre. Det finns ingen möjlighet att skriva kompletteringar på särskilt blad. (ID3656)

Man kan bara skriva 1 diagnos. För lite utrymme att skriva. (ID3923)

En annan aspekt som framkom i de öppna svaren var att det innebar problem och konsekvenser att bara kunna skriva en diagnos i intyget.

Endast möjlighet att ange en diagnos som grund för sjukskrivning vilket är ett problem. (ID4502)

Jag upplever att FK bara ser till diagnos och på nya elektroniska intyget kan man bara skriva EN diagnos, Vi distriktsläkare känner våra patienter och det är sällan att man har en diagnos utan att de har flera samtidigt som påverkar arbetsförmågan, då är det svårt med socialstyrelsens riktlinjer. (ID4477)

En läkare skriver att det elektroniska intygets begränsning till en diagnos är anledningen till att hen inte använder elektronisk överföring av sjukintyg.

Jag använder inte elektronisk överföring för där kan man endast fylla i en diagnos. På pappret kan man fylla i 3 st. (ID6584)

II.B.3.3. - För lite utrymme till fri text

En återkommande synpunkt var att det elektroniska intyget har för lite utrymme till fri text att lämna nödvändig information. Andelen svar från de olika kundgrupperna skilde sig inte från hur stora kundgrupperna var bland sjukskrivande läkare. Andelen svar från vårdcentralsläkare var dock nästan dubbelt så stor; 63 procent att jämföra med att denna grupp utgjorde 34 procent av de sjukskrivande läkarna. En läkare sammanfattar väl de problem vad gäller bristande utrymme i det elektroniska intyget, vilket resultaten i denna rapport också visar på.

- 1. För kort textlängd i textrutorna.*
- 2. Ingen möjlighet att skriva extrabladd.*
- 3. Endast EN diagnoskod som man kan skriva in. (ID6541)*

Flera läkare skildrar att det ofta är mycket information som behöver få plats, men inte får plats i det elektroniska intyget.

PROBLEM: De vill ha hela sjukförloppet beskrivet. Det finns inte plats att skriva. Varje sjukintyg skall ju idag vara bärande för sig själv. Vid långa förlopp räcker det inte med plats. (ID1071)

Intygen är märkligt dimensionerade. Bakgrundsinformation är i vissa fall komplicerad, men detta ska sammanfattas på tre rader. (ID4514)

Sjukskrivningsblanketten är absurd. Man har bara 2,5 - 3 rader att sammanfatta patientens hela sjukhistoria, sociala förhållanden, psykiska trauman, sjukdomens utveckling, genomgången och planerad behandling mm. (ID1748)

Utrymmet för text i e-systemet (web-cert) stämmer ej med utrymmet på den fysiska blanketten: även om alla tecken är använda i webcert tar texten i flera av punkterna bara upp halva utrymmet i rutan på den utskrivna blanketten - irriterande att behöva förkorta och flytta text mellan rutorna. (ID4886)

Det begränsade antalet tecken i varje fält kan leda till att läkare flyttar text mellan rutorna istället, något som potentiellt kan bidra till ett annat problem som återkommande syns bland de öppna svaren; att handläggare begär kompletteringar för att uppgifter står i en annan ruta än avsett.

Fälten ej dimensionerade för somatik respektive psykiatri

Flera kommentarer pekar på att finns olika behov att skriva mer eller mindre i vissa fält i sjukskrivningsintyget, beroende på form av sjukdomsområde.

Rutorna för små, detta blir problematiskt ffa vid sjukintyg vid psykisk ohälsa där psykstatus knappt får plats (vid utskrift hamnar text över nästa ruta). Likaså anamnesen. (ID4224)

Den nya blanketten för ansökan om sjukersättning har en märklig fördelning av utrymme. Ytterst sparsamt med frågor och utrymme för sjukhistoria och undersökningar-behandlingar-fynd vid somatiska sjukdomar, tycks alldeles för inriktat på psykiatriska besvär. Det finns ändå gott om

människor med hjärt-kärlsjukdomar, reumatiska sjukdomar, neurologiska sjukdomar, ortopediska problem m.m. som har svårighet att arbeta och rutorna för beskrivning av sådant är ju nästan obefintliga. (ID2103)

Vidare är Sjukintygen inte utformade för att kunna beskriva och förklara psykiska tillstånd. Antalet tecken som får skrivas i varje ruta är alltför begränsat för att det ska gå att ge en uttömmande bild till en person utan kunskap och inlevelseförmåga om tillståndet. I mitt journalsystem fungerar det inte att skriva på extrasidor. Dessa försvinner och kan inte länkas till intyget. Förändra intyget så att det blir användbart också för oss som ska skriva det. (ID2405)

De uttömmande beskrivningar som krävs får inte plats

En vanlig kommentar från läkare var det paradoxala i att de upplevde att Försäkringskassan å ena sidan begär att de ska skriva uttömmande och detaljerat, men å andra sidan att detta är omöjligt genom den tekniska begränsningen av det antal tecken som får plats att skriva i e-intyget.

Antalet skrivtecken som kan användas är mycket begränsat, och det kan uppstå en moment 22-liknande situation när Försäkringskassan begär kompletterande information, och när man ger den så säger IT-systemet ifrån att man använder för många skrivtecken, och att man måste vara mer kortfattad och precis. (ID3656)

För lite plats att skriva på. Rutorna blir fulla innan man skrivit det som man vet att FK kommer att kräva. (ID2122)

Antal tecken är begränsade i varje kolumn så det är omöjligt att skriva de 'uppsatser' som handläggaren på FK vill ha.... (ID4557)

Pga platsbrist på intyget är det inte alltid lätt att föra över info. Behöver skicka journalkopia ibland för att slippa skriva ytterligare ett intyg. Vet inte alltid vem som läser journalkopian – skickas till FK:s inläsningscentral. Stör mig mycket. Vill ha namngiven mottagare. FK:s handläggare läser inte gamla intyg m fl som jag hänvisar till. Förväntas att man skriver om allt på varje intyg. Slöseri med tid. Då kommer frågor, krav på komplettering på frågor som finns besvarade sedan tidigare. (ID870)

När nya intyg skrivs har jag plockat bort tidigare anamnes för att få plats med nya händelser....ack nej då kommer det tillbaka som om handläggaren inte kan läsa tidigare intyg och göra ett sammanhang !!!!! Det bör finnas tillräckligt med utrymme i varje ruta så att viktig info inte behöver fraktioneras. (ID853)

Sjukintygsblanketten är inte ändamålsenlig. Det efterfrågas detaljerad information men man får bara skriva 250 tecken i flera av rutorna på intyget. (ID397)

Blanketterna är helt vansinniga! Alla klagar på våra "dåliga" intyg, varför ändrar man då inte på blanketten så det funkar bättre? Och fråga oss först!! En del rutor är för små. IT, fixa!! (ID1701)

Vi talar "olika språk". Det förefaller som FK senaste tiden inte har annat att göra än att skicka tillbaka intyg till behandlande läkare för komplettering. Meningslöst lägga ned sin tid på intyg som inte leder någonvart. Blanketter utformade så att det finns för lite plats för att beskriva det FK vill veta och ställer frågor om. (ID748)

Bristande utrymme för fri text leder till kompletteringar

Att intyget ger ett för begränsat utrymme till fri text var inte enbart en teknisk fråga. Flera läkare skildrade vilka negativa konsekvenser ett för litet fritextutrymme inneburit för patienterna, vilket presenteras i *Konsekvenser för rättssäkerhet* (sid 124), och de beskrev också att det innebar extra arbete i form av att Försäkringskassan skickade begäran om kompletteringar av sådant som inte fått plats i e-intyget.

Blanketterna FK har tvingar en att förenkla och korta ner komplexa resonemang och då blir det i stället behov av komplettering. Vore bättre att kunna skriva mer direkt. (ID5418)

II.B.3.4. - Går inte att kopiera eller klistra in text

Några problem som läkare inom SUSSA och VITS beskrev var att det på olika sätt inte gick att kopiera text mellan olika e-intyg, mellan journal och e-intyg eller mellan kommentarsfält i e-intyget.

Går inte att kopiera text från journal till e-intyget

Inom kundgrupp SUSSA beskrev läkare exempelvis att det inte gick att kopiera text från journalen och inte heller kopiera och klistra in text mellan intyg.

Det vore bra om man kunde klippa in uppgifter, tex status från journalen till det elektroniska intyget för att spara tid men det går inte. (ID883)

Svårt att hoppa mellan journal och intyg - förfråga från fk. Omöjligt klippa och klistra. (ID2903)

Svårt att överföra /kopiera uppgifter från journalen till intyget. Detta leder till dubbel administration, onödig stress och dålig arbetsmiljö. (ID2276)

Några läkare inom VITS beskrev att det inte var möjligt att kopiera text från journalen in i e-intyget, en teknisk begränsning som tycks höra hemma i journalsystemet.

Melior heter journalsystemet. Jag kan inte läsa journalen och fylla i intyget samtidigt. Jag borde kunna kopiera in vissa journaluppgifter genom datorns klippa och klistra funktion. Men det går inte. Det är en helt annan mjukvara än de andra 10-15 andra mjukvarorna kopplade till Melior med sin egen logik och fördelar och fallgropar. ALLT TAR EN MASSA ONÖDIGT TID FRÅN DET JAG ÄR BÄST PÅ ATT GÖRA. Nämligen behandla patienter. (ID4503)

Mer relaterat till Journalsystemet Melior där självklara funktioner som klippa ut och klistra in text inte fungerar. Överföringen till FK är sällan problematisk. (ID5429)

Man kan heller inte "copy-paste" från journalen. Detta blir ett irriterande moment när man är stressad. (ID7675)

Går inte att kopiera text inuti e-intyget

Några läkare inom VITS hade också problem med att det inte alltid gick att kopiera text inuti sjukskrivningsmodulen, det vill säga mellan e-intygets olika rutor.

Ej möjligt att kopiera text mellan intyg. (ID6845)

Det enda som inte är så bra att det på vissa datorer inte går att kopiera text mellan de olika punkterna. Detta fungerade tidigare, annars fungerar det oftast bra. (ID6903)

Det går inte att "copy-paste" information från t.ex. en rubrik till en annan eller från journalsystemet till läkarintyget, utan alltid måste skrivas manuellt, vilket tar tid läkare inte har. (ID2975)

Det går inte att använda copy-and-paste för text i sjukskrivningsmodulen. Detta medför medarbete, ökade kostnader, upplevelse av meningslöshet och skatteslöser kring sjukskrivningsadministrationen osv. (ID4399)

Går inte att kopiera text alls mellan systemen

Läkare inom VITS rapporterade störst problem med bristande möjlighet att kopiera text. Dessa läkare beskrev problem såväl med att kopiera e-intyg för förlängning, text mellan olika e-intyg, text inom ett och samma e-intyg samt text från journal till e-intyg. En läkare skriver dock att det gick att återanvända ett tidigare e-intyg.

Fungerar de flesta dagar och det är smidigt att slippa skriva ut, stoppa i kuvert, använda Postnord. Det är också smidigt att man kan återanvända text från tidigare intyg, att man slipper skriva om hela intyget, bara justera/uppdatera. För en som skriver många andra intyg till FK är det osmidigt att det inte går att kopiera (Ctr C, Ctr V) DFA mellan de olika intygen eller mellan en bra och aktuell journalanteckning och intyget. Det är också osmidigt att det inte går att Ctr C alt Ctr X, Ctr V inom intyget om man vill justera sin text under tiden man skriver intyget. Jag vet att det finns en annan metod för att kopiera eller flytta text men den är bölig, fungerar dåligt. Är

man stressad och van att skriva mycket och redigera under tiden så går det vanliga sättet med automatik och vips så har en bra text (som man bara vill flytta lite) försvunnit. (ID2024)

Medan citatet ovan pekar på att läkare inte anser att de ska behöva skriva om ett intyg från början vid uppdatering eller förlängning, utan kunna använda tidigare intyg och uppdatera detta, så skrev en annan läkare från VITS att detta inte gick.

Det ska gå att flytta text/kopiera från första läkarintyget till nästa när man förlänger tiden, men det går inte. (ID3740)

II.B.4. - Problem att förlänga och att spara

En annan typ av problem handlade om problem med att i de digitala systemen förlänga sjukskrivningar och att spara intyg, här identifierades fyra subkategorier av problem.

II.B.4.1. - Måste skriva om hela intyget vid förlängning

Ett problem som läkare inom kundgrupperna TakeCare och SUSSA beskrev var att det inte gick att skapa en ny redigerbar kopia av ett tidigare e-intyg när en sjukskrivning skulle uppdateras eller förlängas. Framför allt skildras problemet när läkare inom TakeCare beskrev att det tog extra tid för dem att skriva ett helt nytt intyg när en annan läkare innan inte hade använt e-intyg. Samma merarbete tycks ha uppstått när elektroniskt överförbar sjukskrivning skulle införas och börja användas på en arbetsplats, att det inte gick att skapa ny redigerbar kopia av en tidigare blankett till det nya e-intyget.

Trots att intyget är identiska kan inte de 'gamla' analoga kopieras och redigeras och sedan skickas in som elektroniskt. Man behöver därmed fylla i dem från början vilket leder till att ännu ett läkarbesök förbrukas till att jag sitter och stirrar in i datorn - istället för att hjälpa patienten med exempelvis statusundersökning, diagnostisering, behandling, eller något annat vårdrelaterat. (ID51)

Det går inte att kopiera från ett 'vanligt' intyg till e-intyg. (ID7693)

Går ej att kopiera gamla intyg utan varje fönster måste kopieras manuellt, tar evigheter ... jnlssystem Take Care. (ID5468)

Merarbete när föregående läkare inte använt den nya blanketten tidigare, eftersom det ej går att enkelt överföra info till den nya e-blanketten. (ID3327)

Tidskrävande konvertering när det finns intyg som inte är elektroniskt överförd tidigare. Skulle önska att kopieringen fungerar så att det finns ett underlag att utgå ifrån. Att skriva om långa intyg tar onödig tid. Självklart gör man en ny bedömning varje gång men vissa uppgifter som anamnes, insatser mm ändras ju inte gång på gång. (ID2618)

Förlängning på ett enkelt sätt av "gamla" vanliga sjukintyg (alltså ej elektroniskt överförda) på elektronisk väg är ej möjligt. (ID3909)

Förlängning av existerande läkarintyg fungerar ej. Man måste göra ett nytt mha copy paste. (ID7621)

Tre subkategorier av sådana problem nämndes.

II.B.4.1.1. - Går inte att skapa kopia när ny utgåva av e-intyget släppts

Varje gång Socialstyrelsen gör ändringar i e-intygens utformning släpper de en ny utgåva, eller version, av e-intyget. Flera läkare inom kundgrupp TakeCare beskrev att detta gjorde att de inte kunde skapa en ny redigerbar kopia av ett e-intyg vid förlängning av en tidigare sjukskrivning.

I och med att intygen ändras årligen (obetydliga förändringar) går det ej att kopiera och fylla i ändringar utan man måste skriva helt nya intyg på kroniskt sjuka patienter med liten förändring över tid i arbetsförmåga. Tar mycket tid som skulle kunna användas bättre till patientarbete. Har talat med FFK angående detta och de lovade att se över det men har inte noterat ngn skillnad ännu. (ID2802)

Går ej att kopiera eller förlänga intyg efter uppdatering av blanketten. Går ej att använda färdigskrivna mallar vilket skulle vara bra vid standardiserade operativa ingrepp. (Bäggö ovanst. punkter avser journalsystemet Take Care.) (ID3995)

II.B.4.1.2. - Går inte att skapa kopia när tidigare e-intyget skrivits vid annan klinik

Läkare inom SUSSA skrev att e-intyg från andra kliniker var låsta för att skapa ny redigerbar kopia, vilket inte minst kan skapa problem för läkare som arbetar på flera olika kliniker.

Måste skapa ett nytt ärende om det gäller förlängning av ett redan pågående sjukskrivningsärende som är redan startat på en annan enhet. (ID498)

Går inte att föra över info från annan instans i intygen. Om pat varit sjukskriven från t ex ortopedklin först. (ID4912)

Kommer enbart åt MIN huvudsakliga ENHETS intyg, även när jag arbetar på en annan, eller söker i patientens journal. Kan iofs via en omväg läsa, men kan inte använda mig av tidigare skriven text. (ID5353)

Går inte att se eller kopiera andra klinikers sjukintyg (som onkolog förlänger jag ofta sjukskrivning initialt skriven av annan utredande klinik). (ID6431)

II.B.4.1.3. - Svårt att skapa ny kopia av tidigare e-intyg

Läkare inom SUSSA beskrev att det var svårt att förstå hur förlängning av tidigare e-intyg skulle gå till, men att det tekniskt var möjligt. Några beskrev också svårigheter med att göra förlängningen.

Ibland accepterar ej förnyelse av mig men gör det av sekreterare. (ID1776)

Jag har på grund av att jag arbetar deltid kliniskt och i övrigt mest administrativt inte så ofta patienter numera som behöver sjukskrivas. Inte sällan då förlängningar och i princip varje gång hakar det upp sig i hanterandet. Svårt och inte helt logiskt begripligt hur man ska förlänga intygen. Känns alltid stressigt och osäkert. (ID1176)

Det enda problemet med sjukskrivningar jag har är relaterat till det elektroniska formuläret. Fram för allt när det gäller att förlänga intyg, det är alldeles för 'icke intuitivt'. (ID2338)

Mycket svårt att förlänga en pågående sjukskrivning. Oftast lättare att göra en helt ny sjukskrivning. (ID4179)

II.B.4.2. - Blir utloggad ur modulen

Läkare inom kundgrupp SUSSA och VITS rapporterade att de automatiskt blev ofrivilligt utloggade från sjukskrivningsmodulen efter en viss tid. En majoritet (67%) av dessa kommentarer kom från läkare som arbetade inom VITS.

Skitdåligt! Ganska ofta når man inte FK:s hemsida, kan då inte läsa tidigare ss. Man blir fort utloggad och måste logga in igen, många gånger/dag. (Min bror har säkerhetsjobb på Kustbevakn, loggar in till allt en gång per dag) Journalprogrammet (PRIO) har bara en inbyggd länk till FKs hemsida. I själva journalen finns ingen info om ss. Det skulle underlätta om tidigare blankett fanns direkt. Jag brukar printa ut den som underlag för ant under besöket. Regnskog Alla dessa avbrott för t ex inloggning är farliga. Jag tappar tråden, riskerar glömma viktiga saker, pat börjar prata om annat som tar tid, det kostar psykisk energi som ger sämre vård. (ID1701)

Det ligger som en extern länk. Önskvärt att det vore integrerat i journalen. Inloggningen tar tid och man blir "utslängd" om man inte arbetat i modulen under en period. (ID2062)

Måste logga in i externt program och knappa in patientuppgifter. Loggas ofta ut. (ID2399)

Inte knutet till pat. Lång/omständig inloggning, lätt att bli utloggad. (ID3244)

Loggas ur efter kort stunds inaktivitet och då måste man börja om att logga in. (ID3500)

Autoutloggning efter ca 15 min gör att jag ideligen behöver logga in igen. Jag förstår sekretess-aspekten men med tanke på hur oerhört flagrant sjukvården sköter sekretessen i övrigt är det löjligt och tidsödande. (T ex genom "öppet kontorslandskap" på akutmottagningarna så att vem som helst kan läsa om vad som helst på datorerna. Eller alla papper som ligger överallt.) (ID6516)

En läkare beskriver att hen dessutom måste starta om datorn efter att ha blivit utloggad från sjukskrivningsmodulen.

Om det går för lång tid mellan första gången man använder intygsmodulen och nästa har man loggats ut pga inaktivitet och då kan man inte klicka på länken i PMO för att komma in igen utan tvingas ofta starta om datorn. (ID6702)

II.B.4.3. - Påbörjat arbete sparas inte automatisk vid utloggning

Läkare från SUSSA respektive VAS skrev att de uppgifter de fyllt i modulen inte sparades automatiskt, så när de loggades ut så försvann också arbetet de gjort.

Det är segt och tar lång tid. Rutorna har begränsad storlek - får inte plats med allt viktigt. Buggar i programmet gör att det inte går att skriva ibland utan att ta bort några bokstäver först. (Eyedoc) Vi kan bara se tidigare intyg skrivna på min egen vårdenhets. Ej från andra vårdcentraler eller slutenvården. I kompletteringsprogrammet blir man utloggad efter en stund utan att det märks och försöker man då skicka iväg kompletteringen försvinner allt man skrivit och går ej att hitta igen!! Uruselt!! (ID6234)

Vid önskemål om komplettering slår systemet av vid 45 minuter och inget påbörjat arbete sparas vilket medför dubbelt arbete i bästa fall. (ID4566)

Om man vill gå in i journalen för att få kompletterande information försvinner det man har fyllt i om man inte sparar. (Omständigt att spara.) (ID6635)

II.B.4.3. - E-intyg försvinner när systemet hänger sig

Att systemen låser sig eller hänger sig, vilket togs upp under kategorin II.A.4. *Problem med integrering i journal* (sid 104) innebar även att text eller hela e-intyg försvann, enligt läkare från alla kundgrupper men i synnerhet SUSSA och VITS. De exemplen som presenteras i detta avsnitt visar på olika typer av sådana problem.

Fungerar inte alltid. Hänger sig och allt arbete går förlorat ibland, sjukt irriterande. (ID2531)

Om man råkar klicka i en annan flik i journalsystemet så försvinner allt man skrivit! Ibland hakar det upp sig så att det inte fungerar att få fram blanketten för sjukintyg. (ID6179)

Väldigt många klick behövs (Melior). Ibland hänger det sig, tom att intyg raderats när man skrivit och varit tvungen att byta fönster. Mycket omständigt att ha journalfönster och intygsfönster upp samtidigt. (ID4251)

Ytterligare typer av problem, var erfarenheter av att systemet hängde sig vid klick i vissa rutor, att extrasidor försvinner eller att gamla intyg försvunnit.

Väljer man fel ruta, låser hela systemet → detta gör att jag ibland avstår från elektronisk överföring. (ID5750)

Läkare erfor problem med att allt arbete försvann när de hade skrivit klart e-intyget och skulle klicka på 'signera' och spara inför att skicka iväg e-intyget.

Systemet låser sig till och från. Allt försvinner när jag skall signera och spara. Det är helt enkelt jobbigt. (ID1574)

Sedan händer det ofta på min arbetsplats att Eyedoc stängs ner/krånglas till när man trycker på knappen som skickar intyget elektroniskt till FK. Har man inte kommit ihåg att spara innan man skickar vidare, då är det kört..... (ID7220)

Många klick!! "Signera" och "spara" funktion - man tror då att intyget är skickat till FK vilket det inte är. (ID874)

II.B.4.4. - Går inte att spara

Några läkare skrev att det inte var möjligt att spara utkast av påbörjade e-intyg. Detta fick till följd att nedlagt arbete försvann och de fick börja om från början med att skriva intyget.

Man kan inte "spara" information på läkarintyget (FK 7263) och komma tillbaka till intyget senare, dvs att gå "ur" journalen och komma tillbaka till intyget. Intyget måste "skickas" direkt när man fyllt i intyget. (ID3753)

För att läsa journal måste man gå ur sjukskrivningsmodulen för att sedan göra om. (ID6895)

II.B.5. - Utskriftsproblem

En annan kategori av problem inom temat E-intyget handlade om problem med utskrift – fyra olika subkategorier av sådana problem identifierades.

II.B.5.1. - Uppgifter försvinner vid utskrift

Läkare inom kundgrupp TakeCare beskrev att uppgifter försvann i utskriften av e-intyget. Kommentarererna berörde oftast att valet utskrift till arbetsgivare innebar en tom utskrift.

När man klickar i "utskrift till arbetsgivare" blir de flesta fält blanka. Arbetar i Stockholm med TakeCare. (ID5514)

Det finns en "arbetsgivarutskrift" som är helt tom, dvs följer inte regelverket. (ID3204)

Det finns en variant i Take Care för utskrift till arbetsgivare som resulterar i att bara sida två skrivs ut, vilket går stick i stäv med arbetsgivarens rätt till och behov av info för att kunna fullgöra sitt rehabansvar. (ID5222)

Går ej att skriva ut kopia till arb-givare → texten försvinner då. (ID2377)

Några kommentarer beskrev inte vilken typ av utskrift det skildrade problemet berörde, och dessa kommentarer såg delvis lite annorlunda ut än de som nämnde att det handlade om utskrift till arbetsgivare.

När pat skriver ut sin kopia ser det ut som att den inte är påskriven trots att den är elektroniskt signerad. (ID2849)

Diagnos namn kommer inte i print. (ID357)

När en kopia skrivs ut på papper saknas allt utom datum för sjukskrivning. (ID1004)

II.B.5.2. - Krävs många klick för att skriva ut e-intyget

Medan kommentarer från läkare inom kundgrupp TakeCare särskilde sig genom att uppgifter försvann vid utskrifter, så särskilde sig kommentarer från läkare inom kundgrupp VITS genom återkommande beskrivningar av att det krävdes många klick för att få till en utskrift av e-intyget.

Det krävs många onödiga klick, särskilt när man ska skriva ut intygen (man måste tex klicka två gånger på skriv ut-knappen och sen ett ytterligare ok). Tidigare slapp man godkänna med id-kort och kod, detta tar extra tid. Alla små extra klick och moment stjälar tid från patienten och viktigare arbete. (ID6711)

Många klickfunktioner dvs krävs för många klick/godkännanden för att skicka och skriva ut intyget vilket gör att det tar upp för mycket tid och påverkar arbetsmiljön. (ID7690)

Det är alldeles för många klickningar, för att kunna skicka iväg och skriva ut kopia till patienten. (ID2221)

Enstaka läkare från kundgrupp VITS skrev även att e-intyget inte alls gick att skriva ut.

Problemet ligger i vårt journalsystem. Patienten bör få en kopia på intyget, men det går inte att skriva ut. (ID3740)

II.B.5.3. - Går inte att välja skicka och skriva ut samtidigt

Läkare tillhörande kundgrupp TakeCare, SUSSA samt VITS beskrev att det uppstod problem kring olika kombinationer av att välja utskrift och sända e-intyget till Försäkringskassan. Ett problem som beskrevs var att läkaren var tvungen att sända iväg intyget till Försäkringskassan för att alls kunna skriva ut en pappersversion.

T ex när jag skall sjukskriva pat < 2 veckor så måste jag skicka sjukskrivning elektroniskt till FK innan jag kan skriva ut papperskopia till pat. (ID1895)

Ifall vill jag ss pat. 1 v går det inte och skriva ut den påfylld utan man får skicka till FK för att kunna skriva ut. (ID7094)

De flesta pat korttidssjukskrivna, så FK ska ej ha intyget. Pat vill ha papper. (ID2002)

Man måste skicka till FK från första sjukskrivningsdag för att kunna få ut papperskopia till patienten. (ID171)

Att även korta sjukskrivningar måste sändas för att sedan kunna skrivas ut innebär merarbete sannolikt för både sjukvården och Försäkringskassan som måste bedöma och sortera dessa sjukskrivningar. En annan aspekt av att det inte gick att skriva ut e-intyget innan det sändes iväg var att patienten inte hade möjlighet att läsa det innan det sändes, trots att patientens medgivande fordras för att sända e-intyget (se avsnitt *Finns inte tid inhämta patientens godkännande*, sid 126).

Det förekom kommentarer att det upplevdes otydligt i valen av hur e-intyget skulle hanteras, något som kan vara relaterat till att det behövde göras flera val för varje alternativt sätt att hantera det.

Tycker att valmöjligheterna är otydliga, känns lite chansartat när man ska välja hur sjukintyget skall hanteras (skickas direkt men brukar även förse pat. med en kopia). Säkert för att jag sjukskriver så pass sällan. (ID4346)

Några läkare inom kundgrupp TakeCare pekade också på att det enbart gick att göra ett val i taget, vilket medförde att samma procedur ibland behövde göras flera gånger.

Onödigt många knapptryckningar. Omöjligt att välja både sekretessutskrift och utskrift av fullständigt intyg. (ID7394)

Men inte så smidig, man behöver vänta på överföringen och det tar flera steg att skriva ut en kopia, respektive två olika varianter... borde finnas optionen automatisk kopia av båda versioner: eftersom dem efterfrågas regelbundet av patienterna. (ID2989)

Problem då man samtidigt ska skriva ut dokumenten vilket inte fungerar i vissa tillfällen. (ID6278)

En läkare i TakeCare beskrev att e-intyget behövde signeras flera gånger om det skulle gå att skriva ut.

Ett problem är att man signerar sjukintyget elektroniskt, men när man skriver ut ett exemplar (till exempel till arbetsgivaren) finns det en ruta för läkarens namnteckning och man måste signera den igen. (ID7732)

II.B.5.4. - Sekretessproblem

I subkategorin sekretessproblem relaterat till utskriftsproblem, identifierades två subkategorier av svar: att det inte går att skriva ut sekretessversion till arbetsgivare respektive att det blir problem med sekretessen när utskrifter hamnar på en mottagning där annan personal passerar.

II.B.5.4.1. - Går inte att skriva ut sekretessversion till arbetsgivare

Läkare från kundgrupp TakeCare, SUSSA samt VITS beskrev att det uppstod problem när de behövde skriva ut en sekretessversion av e-intyget till arbetsgivaren.

Det går inte att ta ut en arbetsgivarkopia utan anamnes och status, vilket gör att man ibland, framför allt då konflikter på arbetsplatsen bidrar till sjukligheten, undviker att föra in väsentlig information i intyget. (ID1790)

Mina patienter har hiv men vill inte att arbetsgivaren ska få veta det för då får de sparken. Jag tvingas ljuga på blanketten. Borde vara olika blanketter till FK och till arbetsgivare. Sekretess saknas. (ID2651)

Frånsett när det behövs en ännu mer uttalad sekretessversion till arbetsgivaren. T ex de med utredning för sömn- och koncentrationssvårigheter, men för stigmatiserande med utv av neuropsykiatrisk funkt.nedsätt eller begynnande demensutveckling. (ID604)

Går ej att skriva ut med sekretess. (ID4144)

II.B.5.4.2. - Skrivs ut på mottagning där övrig personal kan läsa

Ett ytterligare sekretessproblem som nämndes var att e-intyg skrivs ut på skrivare som står på en mottagning där det passerar mycket personal, vilket riskerar att röja sekretessen. Även i fall då

skrivaren befinner sig långt bort från läkarens arbetsplats kan det innebära att obehörig personal hinner ta del av innehållet.

Sekretessen? Skrivs ofta ut på skrivare på mottagning och sjuksköterskor, exp. biträden etc går förbi och läser allt de kommer över. Sedan pratar de om det i korridorer, fikarum och hemma med sin familj samt ute på staden med sina kompisar samt i deras omklädningsrum. (ID2252)

II.B.6. - Konsekvenser för rättssäkerhet

I denna kategori, som handlar om olika konsekvenser för rättssäkerheten som problemen i ovanstående kategorier inom temat E-intyg kan innebära, identifierades fem subkategorier.

II.B.6.1. - Viktiga uppgifter får inte plats i e-intyget

Några svårigheter som lyfts avseende e-intygets utrymmesmässiga begränsningar kan innebära problem för rättssäkerheten och patientsäkerheten. Exempelvis kan de begränsningar i antal tecken och antal diagnoser som kan anges i intyget bidra till att alla relevanta uppgifter om patientens tillstånd inte alltid kan beskrivas. I en del fall rapporteras som konsekvenser inte bara förseningar i handläggningen, utan också avslag på patientens ansökan.

II.B.6.1.1. - Missvisande bild när endast en diagnos kan anges

De läkare som skrev att det bara fanns plats för en diagnos i e-intyget beskrev också att detta ledde till problem i kommunikationen med Försäkringskassan, vilket i förlängningen kunde gå ut över patienterna.

Finns tyvärr bara möjlighet att ange en diagnos, vilket innebär problem när flera diagnoser/sjukdomstillstånd påverkar arbetsförmågan. (ID1788)

Blanketten innehåller bara plats för en diagnos. Det blir ofta missvisande eftersom samsjuklighet t ex depressionsdiagnos och smärtdiagnos är vanligt. (ID141)

Man skriver bara en diagnos. Handläggaren läser men missar andra diagnoser i texten på punkt 5 o 9. (ID2280)

I digitala intyg i exv journalsystemet Take Care kan bara en huvuddiagnos anges i diagnosfältet. FK beaktar ofta enbart den diagnos som står där i sin bedömning trots att det i texten i andra fält i intyget anges och betonas att det inte finns en utan flera huvuddiagnoser. (ID2433)

II.B.6.1.2. - Begränsat antal tecken i e-intyget leder till problem för patienten

Begränsningen av det antal tecken som läkare kan skriva i e-intyget skapade i förlängningen ibland stora problem för patienter.

Det största problemet är att få in ohälsans totala omfattning på typ 200 tecken. Och att man blir ifrågasatt av någon som inte har träffat pat och inte verkar förstå det Medicinska i intyget. Och osäkerheten att jag bedömer att det finns grund för sa men pat får efter en månad hemma veta att det inte gått igenom och får inga pengar. Fruktansvärt. (ID6974)

Våra patienter (inom psykiatri) är komplexa ofta och de tre rutor för ds är inte tillräckligt för att ge övergripande information hur djupt problemet är. (ID2298)

Otroligt att intygsmodulen inte tillåter fler tecken i relevanta rutor! Leder till 'dumma' förkortningar från min sida och därmed missförstånd. (ID4007)

Jag glömde säga att man bara får plats med ett begränsat antal bokstäver i dessa rutor. Sedan får patienten avslag på sjukskrivningen med motiveringen att 'läkaren' inte varit tillräckligt detaljerad i intyget. När jag ringde FK och talade om att det inte gick att skriva mer i rutorna för att den elektroniska blanketten inte tar fler tecken fick jag till svar att det inte var deras bekymmer. Gissa om jag längtar efter att gå i pension. (ID2179)

II.B.6.2. - E-intyg skickas inte iväg

Ett vanligt förekommande problem som lyftes i kommentarerna handlade om att skicka iväg e-intyget till Försäkringskassan. Problemet handlade om att ivägskickade e-intyg faktiskt inte skickades eller att det inte kom fram till Försäkringskassan och att läkaren inte fick information om detta.

Flertalet sjukskrivningar kommer inte fram till FK - detta efter journalbyte 170508 (innan ej detta problem). (ID5570)

Det uppstår ofta situationer när man tror att det har gått iväg, men det visar sig senare att det inte har gått iväg elektroniskt. Inom journalsystemet Melior fungerar detta i alla fall dåligt. (ID1489)

Jag har vid flera tillfällen skrivit intyget med patienten närvarande och efter signering tryckt på 'skicka'-knappen och sagt till patienten att 'nu är det skickat till FK'; men likväl så nästa gång jag öppnar intygsmodulen så är det inte överfört. Första gången trodde jag att jag hade glömt att trycka på 'skicka'-knappen, men nu har jag börjat att rutinmässigt stänga ner modulen och öppna den på nytt för att se om det har överförts. (ID1808)

Intygen kommer inte iväg, vi får inga meddelanden och vi tror att allt är OK och FK för inget underlag. Sker mycket frekvent! (ID2963)

II.B.6.2.1. - Konsekvenser för läkare och patienter

Konsekvenserna av att systemen inte fungerar optimalt och e-intyget inte skickas iväg kunde bli mycket extra arbete för läkare, att handläggningen hos Försäkringskassan försenades och att patienten blev lidande.

Det har hänt flera gånger att intyget ej gått iväg till FK trots att man sänt iväg det. Detta har inneburit att handläggningen tagit längre tid än nödvändigt. (ID5321)

Ibland skickas inte Intyget och ställer då till onödigt problem för patienten och mycket extra arbete för läkare. (ID7724)

Ibland står det att de har gått iväg och sedan har de inte det och pat blir utan pengar och FK går i taket över försenat intyg. (ID5681)

II.B.6.2.2. - Felaktig signal om att e-intyg är skickat

Ett problem var att sjukskrivningsmodulen signalerar att e-intyget är ivägsänt, men att det i själva verket visar sig inte ha blivit sänt.

Flera gånger återkopplar Cosmic att intyget är skickat vilket ändå inte är fallet (ID5214)

Det har hänt att intyg stått som överförda där detta ej skett, intyg som fastnar i överföringsprocessen och jag får börja om. (ID5207)

Har sista tiden haft problem med den elektroniska överföringen, intyget verkar inte ha nått fram till FK trots att det är skrivet, skickat och ligger i journalen. Har lett till problem då pat inte fått sina pengar i tid. (ID6512)

II.B.6.2.3. - Felaktig signal om att e-intyg kommer skickas

Ett ytterligare problem som beskrevs var att modulen signalerar ett felmeddelande som innehåller information om att systemet automatiskt kommer att sända e-intyget en gång i timmen till dess att sändningen lyckats. Så visade sig inte alltid vara fallet, med konsekvensen att e-intyget inte sändes iväg.

Var nyligen med om att sidan säger tekniskt fel men att intyget kommer automatiskt att skickas 1 gång/h tills det kommit fram. Får inget mer felmeddelande men info från pat tre veckor senare att intyget ej kommit fram. Syns ej i festerna att det inte gjort det, men fk bekräftar att det aldrig kommit in.. (ID6974)

Ja, ett problem är att de fåtal ggr när överföring misslyckas påstår meddelandet att programmet skall försöka igen, men det fungerar ej, utan då måste man dra ut papper o be sekreterare att skicka in. Jag har ej haft tid att undersöka om det är vårt journalsystems fel eller FKs fel (ID4487)

Beroende på det sanslöst usla journalsystemet Cosmic där intyget om man inte är jävligt uppmärksam hamnar på den senaste vårdkontakten och då ej kommer iväg elektroniskt varvid systemet slår sig för bröstet och talar om att "nytt försök kommer att göras senare" vilket inte sker och således missas det hela Men man har ju lärt sig den hårda vägen ... 😊 (ID1457)

Andra läkare hade erfarenheter av att de inte fick något felmeddelande om vad som orsakade att e-intyget inte sändes iväg.

Skickas inte och kommer inget felmeddelande vad som saknas=får göra om proceduren tills det funkar (Take Care) (ID5918)

II.B.6.3. - Läkare får inte veta om e-intyget har sänts iväg

I det ovanstående avsnittet 'E-intyg skickas inte iväg' gavs exempel på att det ibland kom upp felmeddelande om att e-intyget misslyckades och att systemet automatiskt skulle försöka sända varje timme, men också att det inte kom något felmeddelande när e-intyget inte sändes iväg även om det stod som sänt i modulen och en automatisk anteckning i journalen hade gjorts. En ytterligare aspekt som tycks skapa osäkerhet för läkare var att de inte fick något meddelande som bekräftade att intyget hade gått iväg, eller att modulen signalerade motstridiga uppgifter.

Aldrig vet när intyg är skickat till FK. Det står på blankett att det är redan skickat till FK och sedan kommer rutan "skicka till FK" som verkar vara redan skickat. (ID4107)

Jag är osäker om intygen kommer till FK. Ibland går det inte att sända iväg intyget, då skrivs ut intygsex på pappret. (ID754)

Fastnar och skickas inte eller att det är oklart om det gått iväg. (ID1458)

Ja men jag få ingen kvittens (ID3279)

II.B.6.4. - Finns inte tid att inhämta patientens godkännande

Läkare får en kontrollfråga innan de kan skicka iväg e-intyget som handlar om ifall läkaren har inhämtat samtycke från patienten innan e-intyget skickas. En del läkare upplevde detta på olika sätt som problematiskt eller svårförståeligt. Andra påpekade att patienten ofta inte är kvar eller i närheten när e-intyget ska sändas, vilket ställer till med logistiska problem.

Pat vill ha en kopia- det fungerar ofta inte att skriva ut. Man måste ha pat's godkännande innan man skickar intyget men pat är inte där och kan läsa det. (ID4612)

Patienten är inte delaktig o kan inte kontrollera själv att uppgifterna i sjukintyget stämmer. (D3271)

Är ju inte tillåtet att skicka utan att pat medger, kontrollfråga ställs i systemet innan man kan skicka. (ID3845)

Ett relaterat problem var att det inte var möjligt att skriva ut e-intyget innan det sändes till Försäkringskassan, vilket bidrog till logistiska problem för patienten att i realiteten kunna läsa sitt e-intyg innan det skickades.

(I Take Care) Måste skickas till FK innan de kan skrivas ut och ges till pat. Det borde vara tvärtom, att man kan skriva ut dem och ge dem och sedan skicka dem om pat vill det. (ID6488)

Några läkare skrev att kravet på att patienten ska ha fått möjlighet att godkänna e-intyget innan det kan sändas iväg elektroniskt gjorde att läkaren inte använde sig av e-intyg, utan att de istället gav en utskrift till patienten att själv hantera.

Att man måste ha patientens uttalade godkännande för att skicka direkt till FK. För oss som sjukskriver sällan är det lätt att glömma att fråga om det är OK att skicka elektroniskt, vilket i praktiken innebär att man inte skickar för att slippa ett extra telefonsamtal eller en extra promenad tillbaka till det vådrum patienten befinner sig. (ID4667)

Jag tycker det är viktigt att patienten själv får läsa all dokumentation som skickas. Genom att pat får skicka intyget själv löser jag den delen. (ID4126)

Ytterligare en grupp svar handlade om en oförståelse för att patienten ska tillfrågas att sända iväg ett intyg som patienten sökt upp läkaren för att göra.

Min IT-avdelning har lagt till nån jäkla integritetsruta som frågar om jag verkligen har frågat patienten om lov att sjukskriva, som om jag sjukskriver folk bara för att det är kul. Oerhört tröttsamt dubbelarbete. (ID6944)

Konstigt att tillstånd från patienten behövs. (ID3902)

II.B.6.5. - Går inte att korrigera e-intyg när det är skickat

Ett problem som läkare inom kundgrupp Cosmic, TakeCare och SUSSA upplevde, var att det inte går att makulera eller korrigera fel i e-intyg som skickats iväg till Försäkringskassan, även om e-intyget ännu inte hunnit tas hand om. Det krävdes istället att läkaren skrev ett helt nytt intyg.

Det går inte att redigera ett skickat intyg (om man t.ex. kryssat i fel ruta, vilket ofta upptäcks i samband med utskrift av intyget till patienten). Då måste istället ett helt nytt intyg skickas. Jfr t.ex. remisser som kan makuleras om det ännu inte har bedömts av mottagande enhet. (ID7693)

Det går att skriva intyget och skicka iväg i pat journal. Om man vill makulera intyget tex om man råkat skriva fel som man upptäcker efter att det skickats in så kan man omgående makulera intyget i pat journal och istället skriv om ett nytt som man skickar iväg elektroniskt MEN! Intyget blir ej makulerat hos försäkringskassan så de får plötsligt två intyg medan man som behandlare tror att de bara fått det sista och inte det makulerade. (ID4089)

Svårt att komplettera, justera om något har blivit fel. (ID4049)

När jag signerat och vill/behöver komplettera eller skrivit något fel tar det en jäkla tid att ordna till det. (ID6007)

II.C. - Digitaliserad kommunikation

Detta tema, digitaliserad kommunikation, handlar huvudsakligen om den fråga/svar-funktion som införts parallellt med möjligheten att skicka e-intyg. Fråga/svar-funktionen är, rent tekniskt, en separat modul som har olika varianter av integration med e-intyget respektive journalsystemen. Fråga/svar-funktionen är i någon mån alltid kopplad till ett inskickat e-intyg. Flera kategorier inom detta tema berör tekniska aspekter av fråga/svar-modulen, medan andra kategorier handlar om hur fråga/svar-funktionen påverkar kommunikationen mellan läkare, Försäkringskassans handläggare och patienter. Sex kategorier identifierades i de öppna svaren. Efter att positiva kommentarer om fråga/svar-funktionen presenterats, så redovisas även svar på några slutna frågor om läkare upplever det svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter respektive om läkare uppger att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg. Därefter presenteras de övriga fem kategorierna av öppna svar.

II.C.1. - Positivt om fråga/svar-funktionen

En kategori inom temat Digitaliserad kommunikation var att fråga/svar-funktionen är ett bra och positivt instrument. Svar handlade om att det fungerar bra, spar tid, underlättar arbetet med sjukskrivningar liksom kommunikationen med handläggare vid Försäkringskassan. Nedan ges exempel på sådana kommentarer.

Fråga/svar funktionen är ett lyft för hela processen!!! Mycket bra!! (ID5181)

Borde jobba enbart med svar och fråge formulären via IT. (ID4894)

Digitala sjukintyget o digital kommunikation m FK är utmärkta instrument som förbättrat processen betydligt. (ID954)

En del läkare beskrev att fråga/svar-funktionen underlättade kontakterna med handläggare.

Meddelandefunktionen fungerar bra för att komplettera uppgifter, det är snabbt och smidigt. (ID2589)

Meddelanden som går direkt in i min signeringskorg och som jag kan svara på via vårt datajournalssystem är ett mycket bra sätt att hålla kontakt. (ID2610)

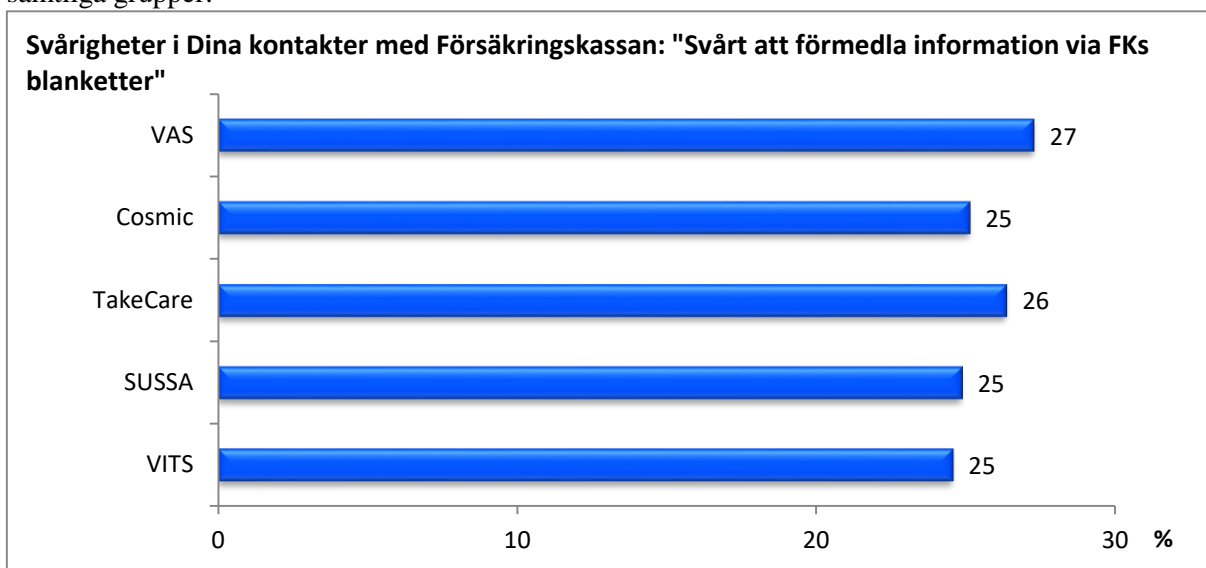
Annars tycker jag att det är bra med de elektroniska intygen och även den elektroniska meddelande-funktionen som finns där det tydligt framgår vem som är handläggare och tel nr. (ID4462)

Mycket har förbättrats efter införandet av elektroniska intyg samt Fråga/Svar-funktion. (ID6648)

Svårt förmedla information via e-intyget

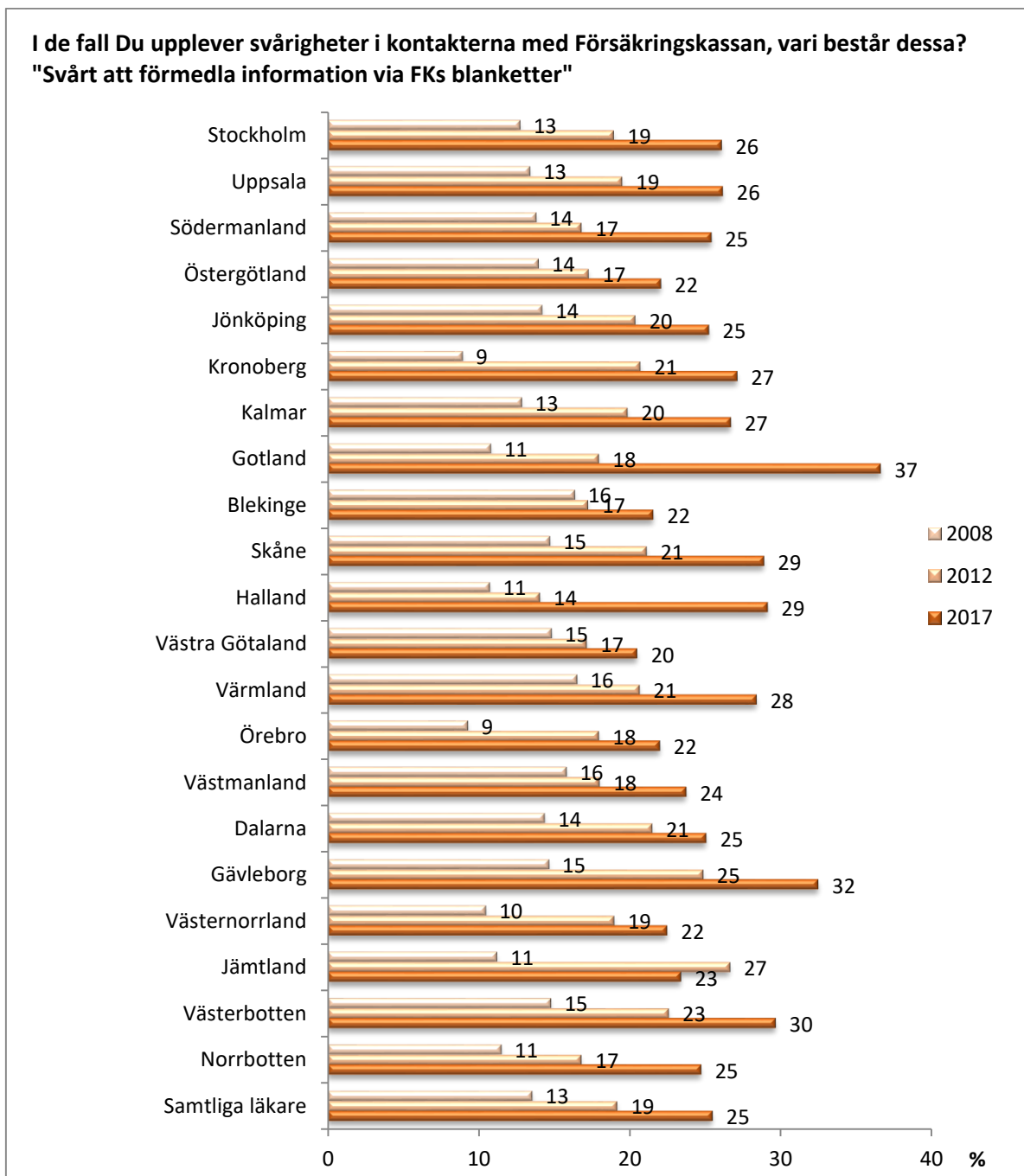
Bland läkare, för hela landet, som svarat ”Ja, och det fungerar i stort sett bra” eller ”Ja, men det uppstår problem” på den slutna frågan i enkäten om de har elektronisk överföring av läkarintyg integrerat i journalsystemet svarade 25 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter”. Bland läkare som svarat ”Vet ej” eller ”Nej” på frågan om de har elektronisk överföring av läkarintyg integrerat i journalsystemet svarade 32 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter”.

I Figur 31 visas andel läkare som svarat att det var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att förmedla information via läkarintyget uppdelat på de fem kundgrupperna. Det var inte några påtagliga skillnader mellan kundgrupperna avseende detta, ungefär en fjärdedel tyckte detta var en svårighet i samtliga grupper.



Figur 31. Andel (%) läkare som uppgav att det är svårt att förmedla information via FKs blanketter som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.

En jämförelse av svar från motsvarande enkätfrågor år 2008, 2012 och 2017 visar en successiv och kraftig ökning av andel läkare som upplevde svårigheter att förmedla information via e-intyget (Figur 32). I mer än hälften av landstingen hade denna andel fördubblats år 2017 jämfört med 2008.



Figur 32. Andel (%) läkare som uppgav att det är svårt att förmedla information via FKs blanketter som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting.

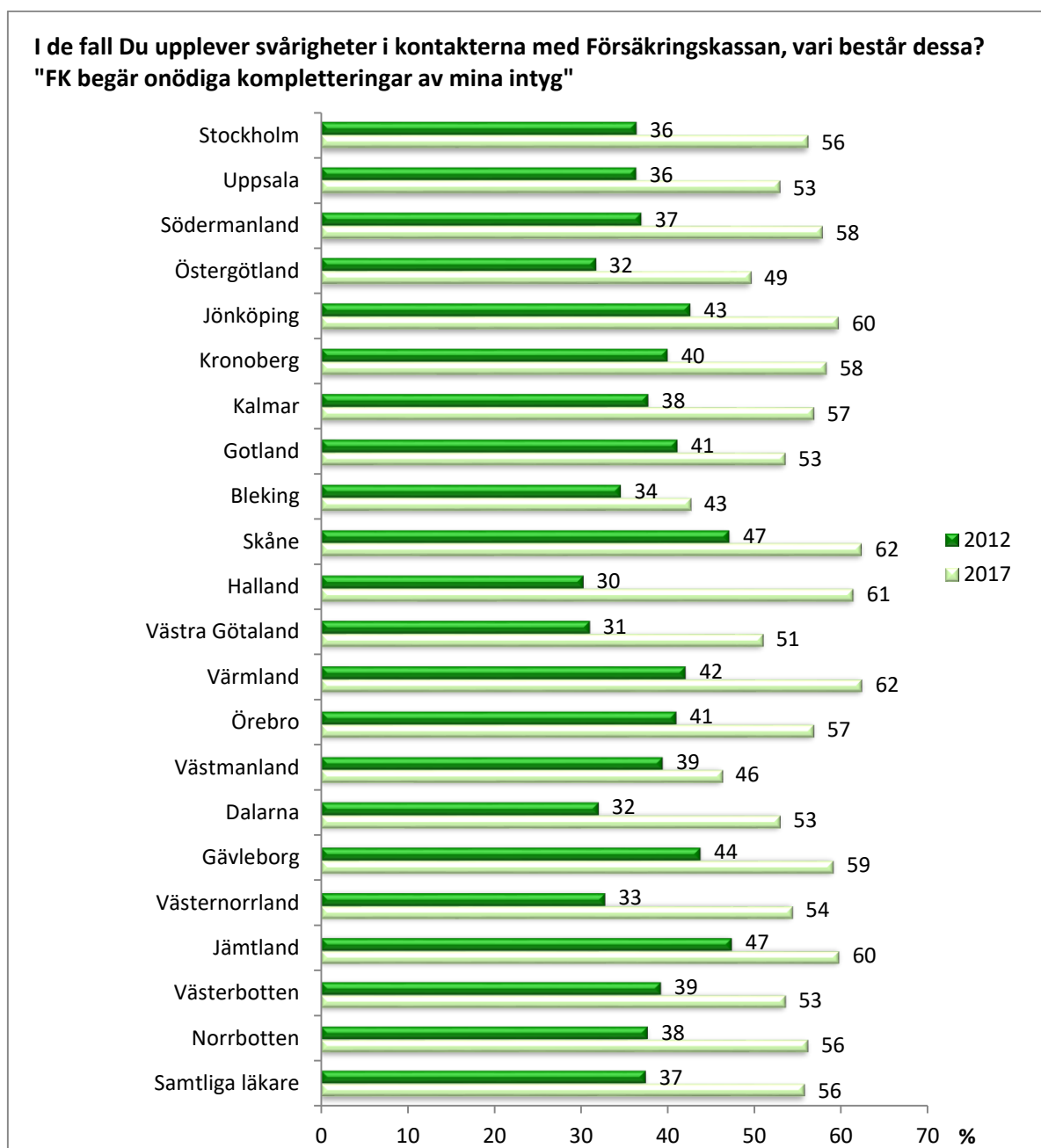
FK begär onödiga kompletteringar av e-intyg

I enkäten listades 18 olika typer av möjliga svårigheter läkaren kan uppleva som en svårighet i sina kontakter med Försäkringskassan. Den svårighet av dessa 18 som störst andel (56 %) upplevde var att ”FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg” (4). I Figur 33 visas dessa andelar uppdelat på de fem kundgrupperna. Som framgår upplevde en majoritet av läkarna i samtliga kundgrupper detta, ungefär lika stor andel i varje kundgrupp. Andelen som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av sina läkarintyg, var något större andel inom kundgrupp VAS (59 %) och minst inom kundgrupp SUSSA och VITS (54 %).



Figur 33. Andel (%) läkare som uppgav att FK begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.

Den slutna enkätfrågan "FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg" fanns med de två enkätåren 2012 och 2017. Figur 34 visar att en avsevärt större andel läkare upplevde detta år 2017 (56 %) i jämförelse med år 2012 (37 %). Störst skillnad i andelar mellan enkätåren kan ses för Halland, där andelen som upplevde detta var dubbelt så stor år 2017 (61 %) jämfört med år 2012 (30 %).



Figur 34. Andel (%) läkare som uppgav att FK begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting.

II.C.2. - Meddelanden från FK syns inte

Följande kategori av öppna svar innehåller fem olika subkategorier som relaterar till problembeskrivningen att meddelande från Försäkringskassan inte syns för läkare.

II.C.2.1. - Syns inte i journalen

Ett av de vanligare problem som läkare beskrev att de hade gällande kommunikation via fråga/svar-modulen var att meddelandena inte syntes i journalsystemet. En majoritet av dessa kommentarer (58 %) kom från kundgrupp VITS, men kommentarernas innehåll skilde sig överlag inte mellan kundgrupperna. Några specifika undantag för kundgrupp TakeCare och SUSSA redogörs för i slutet av detta avsnitt.

Återkommande kommentarer var att det fungerade bra att skicka intyg elektroniskt, men att fråga/svar-funktionen var svår att förstå eller inte alls fungerade.

Bra för att skicka iväg intyg men trafiken i motsatt riktning (FK till mig) fungerar dåligt. Ytterligare ett datasystem som måste bevakas och byggas rutiner kring. Byråkratiskt och omständigt. Tidigare papper och post mycket bättre och lättare att bevaka. (ID1365)

Flera läkare skrev att de eller deras klinik inte hade fått någon information om att Försäkringskassan börjat kommunicera via fråga/svar-funktionen och inte fått någon information om var läkare skulle kunna läsa och besvara dessa meddelanden.

Ingen på arbetsplatsen kände till att försäkringskassan (FK) använde en mailapplikation, varvid denna "mailbox" stod helt oläst och oanvänd i 2 år ... (ID6106)

FK begär kompletteringar på elektronisk väg. Detta fungerar inte. 1. Ingen har informerat oss om detta tillvägagångssätt. 2. Meddelanden lär hamna i vår bevaknings eller signeringskorg? Helt omöjligt att hantera. 3. Fick nyligen veta att det finns en bevakning under intygflikten. Ej rimligt att vi ska gå in där för att se om FK vill något. Fanns flera gamla ärenden men FK har aldrig efterfrågat svar! 4. Vid frågor - skriv ett brev!!! (ID1616)

Har fått meddelande via mailen, att Fk vill ha en komplettering (ngt enstaka tillfälle) Fattade dock inte var jag skulle hitta själva frågan!!! Fick ringa o fråga, o ingen kunde svara. Till slut efter fler samtal visade det sig att man skulle öppna sjukskrivningsmodulen, o leta upp ng konstig flik på sidan av intyget, för att där hitta frågan...dvs jag fattar inte hur vi kommunicerar med varandra. (ID2650)

En mycket vanlig kommentar var att läkare inte får någon avisering om att de har en fråga från Försäkringskassan i fråga/svar.

Totalt dysfunktionellt man ser inte när FK kräver komplettering sjukskrivn. Syns inte i journalen! (ID2286)

Det är inte svårt att skicka intygen i sig trots onödigt mkt knapptryckningar. Problemet är att man inte får automatisk avisering när FK skickar meddelande. (ID4167)

Som jag tidigare skrivit borde verkligen meddelandena som FK:handläggare skriver dyka upp i signeringskorgen. Där hamnar ALL annan inkommande information, utom just meddelande från FK. Därför missas ofta dessa meddelanden om t.ex. komplettering eller datumförslag för avstämningsmöte. Vi har PMO som journalsystem. (ID6934)

Några kommentarer handlade om att läkare fått meddelande om att de hade fått ett meddelande, men inte kunde se, öppna eller läsa något meddelande.

Har fått meddelande att det finns en fråga från FK, men jag har inte kunnat hitta frågan i mitt datasystem. (ID3891)Lätt att skicka, men kan inte öppna frågor om komplettering från FK. Får därför inte besked om att man önskar komplettering innan påminnelsen kommer per post. (ID2723)

Jag får besked på att jag fått ett meddelande av FK i journalen, men kommer inte åt meddelandet, utan måste jaga rätt på en handläggare. (ID7057)

Klumpiga IT-lösningar på mitt sjukhus gör att jag dels inte får någon signal på att FK skickat elektroniskt meddelande om tex komplettering i det datoriserade intygssystemet, dels inte kan läsa meddelandet om jag väl fått reda på att det finns. Systemet i sin nuvarande form är gravt dysfunktionellt o tvingar mina pat att själva förmedla meddelanden från FK till mig. Detta leder till stora fördröjningar, felaktigt uppfattad info o sannolikt onödigt långa intygspenoder. Jag arbetar på Sahlgrenska, så är inte ensam om problemet...men ingen tycks ha förmågan att lösa detta trots årtal av påpekanden. Det vore enklare om FK skickade brev eller e-post. (ID4119)

Några kundgrupper utmärkte sig med specifika problem, förutom de ovan nämnda problemen som alla kundgrupper på olika sätt delade. Läkare som tillhörde kundgrupp TakeCare respektive VITS beskrev att meddelanden hamnade inne i patientens journal, eller ännu mer gömt i något av patientens intyg.

Meddelande till FK knutna till specifikt intyg, ej till sjukperiod, ibland förekommer meddelanden på gamla intyg, avisering om meddelande fungerar dåligt. (TakeCare/AsynjaVisph) (ID6030)

När en handläggare skickar meddelande syns det ej i min vidimeringskorg utan bara inne i journalen. Och man går ju inte in i patienters journal förrän de kommer på eventuellt återbesök. Det vore bra om det kom som en påminnelse via vidimeringskorgen. Och det vore bra om det var lättare att skriva meddelande då det är svårt att få tag på handläggare via telefon. (ID6812)

Om FK vill ha kompletteringar kan jag bara se att de vill ha det om jag öppnar journalen och intyget - idet flaggas inte upp, och jag får ingen text alls från FK så jag har ingen aning om vad de vill ha kompletterat... i praktiken måste jag vänta på att patienten tar kontakt med sin info från FK och då är vi ofta redan sena, eller till att vi får papperspåminnelse vilket också ofta tar väldigt lång tid.... (ID6103)

Dock det är viktigt att veta att den elektroniska begäran om komplettering som ni skickar ser vi INTE i journal. Det tycker inte jag att några på FK vet. Vi ser det bara om vi råkar öppna patientens sjukskrivningsintyg. Bara när det kommer i pappersform blir vi medvetna om det. (ID5041)

Läkare tillhörande kundgrupp SUSSA beskrev en något rörig situation med många separata datasystem som inte kommunicerade med varandra. Detta bidrog till ytterligare svårigheter att kunna bevaka fråga/svar-funktionen.

Dessutom förväntas vi att aktivt leta i ännu ett signeringssystem om det inkommit mejl eller hälsningar från handläggare till oss. Vi arbetar för närvarande i 9 olika datasystem med lika många inloggningar där inget av systemen kommunicerar med det andra. Alla har signeringskrav och andra funktioner där vi förväntas bevaka och kommunicera helst flera ggr per dag. Helt uppåt väggarna!!!!!!!!!!!! (ID3409)

Krängligt datorsystem för kommunikation med FK, som är ett extra system UTÖVER alla labsystem och journalsystem som vi annars har och måste logga in i. Det går inte att hantera 7-8 olika datorsystem samtidigt och dessutom ha tid för patienten. (ID6424)

Sjukintygen ligger helt separat - kan inte veta om att de finns, eller att det blir problem om jag inte aktivt söker upp informationen. Försäkringskassan förväntar sig sannolikt att jag bevakar detta separata system för det är dit frågor går - det är dock en helt orimlig förväntan som jag inte tänker ställa upp på. Det är system som är pådyvlat oss läkare utan att vi har kunnat säga ja eller nej till det. Eftersom denna tekniska lösning kommit på plats så har den nyligen exploderat till helt ohållbar: Alla slags blanketter som någonsin kan tänkas i alla slags ärenden till alla slags myndigheter ligger huller om buller och vi förväntas lägga extra arbetstid för att hitta dem, förstå dem och fylla i dem när intyg i fritext, dikterat, skulle varit oerhört mycket bättre för oss. Sjukintygen som man ofta gör, samt intyg för sjukpension kan jag tänka mig i detta format - men jag ska även hitta bilstöd och parkeringsstöd blandat med smittskyddsanmälan och blanketter kring barnsjukdomar. Ingen har frågat oss som ska arbeta med detta om vi vill ha det - det är pådyvlat oss på högre ledningsnivå. Skulle jag behöva handha det oftare (gör inte det då jag forskar mycket) skulle tvånget att hantera alla intyg (alltså den tekniska aspekten av det) vara ett starkt skäl att byta karriär. (ID7634)

Det sista citatet illustrerar att den bristande tekniken gjort att läkaren funderat på att sluta sitt arbete.

II.C.2.2. - Extra personalresurs för hantering av fråga/svar behövs

Några skrev att kliniken hade fått avsätta personalresurser till att bevaka meddelanden från Försäkringskassan.

Vi har i många år haft detta, men utan integr. i egna journ.-systemet. Vi har fått gå in i FK:s ss-modul o. skriva in pat person-nummer på ett något annorlunda vis jfrt. m. egna systemet (o. övriga system). Kompletteringsönskemål har sedan skrivits från FK → oss i ett system som INTE flaggar el. gör oss varse detta, inget på mailen, inget i journ.-systemet. Enda sättet har varit att gå in i FK-modulen o. checka om det finns ngt. att komplett. Alltså: Logga in; kolla m. pat pers.nr. Fullständigt "Hål i Huvudet" - Vi har fått sätta sekr.tid till att sköta denna övervakningsuppgift. (ID832)

Om en komplettering begärs från FK så finns det inget system där man ser det om man inte aktivt regelbundet går in och tittar just där. Ett system skapat av någon tekniker som inte arbetar med patienter, man måste få dagen att vara effektiv! Nu har man tillsatt en rehab

koordinator som ska fylla den funktionen istället för att låta IT-systemet sköta det.... Gäller Sahlgrenska universitetets sjukhuset- Melior (ID3195)

EyeDoc är ett mycket otympligt system. Kommunikationen med FK via vår digitala site är inte enkel, syns ej i signeringslistor. Vi har löst det med med. sek. som får täcka upp för teknikens brister och bevaka/skriva ut/lägga papperslappar. (ID3648)

Kontaktvägarna är en för mycket. Hinner inte sköta mitt arbete med alla nya datasystem. Hos oss organiserat med sekreterare som "buffert" som meddelar när något meddelande finns. Därför fungerar det. (ID4627)

II.C.2.3. - Problem med signeringslistan

Läkare beskrev problem med att meddelanden från Försäkringskassans handläggare hamnade i en signeringslista (även kallad vidimeringskorg) i journalsystemet. I signeringslistan hamnar alla journalanteckningar, remisser, utfärdade intyg och annat, som ska signeras innan det försvinner från listan som åtgärdat. Under en veckas arbete kan det ansamlas många poster i signeringslistan, och läkare skrev att de inte hade tid att bevaka denna lista av många gånger hundratals, eller tusentals osignerade poster. Nästan åttio procent av dessa kommentarer kom från kundgrupp VITS, men enstaka snarlika problem rapporterades också från andra kundgrupper.

II.C.2.3.1. - Svårt att se meddelanden

Följande urval av citat kommer från de läkare som tillhör VITS och de handlar om svårigheter med att se meddelanden som hamnar i signeringslistan.

Förfrågningar från FK signalerar ej, hamnar i allmän signeringskorg som jag inte alltid hinner hantera som jag borde. Vidare är det svårt att i formuläret både se FK:s frågor och samtidigt besvara dem. (ID2213)

Det jag inte gillar är att "frågor och svar" från FK kommer i min signeringskorg. I signeringskorgen visar bara max 250 ant vilket innebär att "frågor och svar" kan bli liggande i korgen ett tag/alt inte visas förrän jag har signerat av tillräckligt för att det ska visas. Eftersom det är sällan jag får "frågor & svar", kanske 1 gång/år, är det inget jag vill aktivt leta efter dagligen. (ID4753)

Man får inte information om att tex komplettering behövs på ett säkert sätt, kan komma fram med posten lång tid efter datumet de önskar ha fått in kompletteringen. Att skicka meddelanden i sjukintygsmodule som man aldrig går in i förrän man sjukskriver nästa gång, eller att ärendet läggs i en signeringskorg i journalen som kan innehålla över 1000 osignerade anteckningar pga för lite administrativ tid) säkerställer inte att man uppmärksammas på att kompletteringen behövs och pat blir lidande. Ett säkrare och bättre kontaktsätt behövs då brev även kommer fram sent ibland. (ID5962)

När FK ber om komplettering, kommer detta i min signeringslåda tillsammans med mina flera hundra osignerade anteckningar. Det är omöjligt att upptäcka dom, innan jag får en påminnelse via post. (ID5133)

II.C.2.3.2. - Meddelanden går inte att få bort

Andra kommentarer, från läkare inom VITS och TakeCare handlade om att de meddelanden som hamnade i signeringslistan inte gick att få bort, utan "låg kvar och skräpade".

Det går inte att radera ärenden som är åtgärdade, de ansamlas. (ID1475)

När FK önskar kompletteringar måste man göra precis rätt i systemet första gången man försöker annars kan man inte få bort den ur Meliors (Reg. Skånes datajournalssystem) signeringskorg. Jag har begäranden som legat där i flera år och varken jag eller Meliorsupport kan få bort dem. (ID2838)

Kommer bevakning i signeringslistan att intyget skall kompletteras svårt att förstå hur det fungerar. Signeringsposten går ej att få bort från signeringslistan. Osäkerhet ang om mitt meddelande gått iväg (verkar så men är ej säker). (ID3943)

II.C.2.3.3. - Meddelanden är tomma

Några läkare beskrev också att det signalerade meddelandet var tomt och att det skapade osäkerhet kring om signeringen var fel, eller om det finns ett dolt meddelande någonstans.

Man vill inte få meddelanden i E-verktyget. I vårt journalsystem (Melior) uppstår en signeringspost i signeringskorgen när meddelande finns i E-verktyget. När man då dubbelklickar för att signera, kommer man till E-verktyget. Det är då tomt och finns inget att signera trots att vårt journalsystem indikerar så. Detta är irriterande eftersom man strävar efter att ha en 'tom signeringskorg'. Det kan gnaga en efter arbetstid att det finns ogjort arbete, trots att man försökt lösa det. (ID6509)

II.C.2.4. - Alla läkare har inte behörighet att svara

De öppna svaren visade också på att alla läkare inom kundgrupp Cosmic inte har behörighet att använda funktionen.

Kommunikation från FK till vårdgivare via Medcert har varit problematisk pga att det inte gått att använda för AT-läkare/icke leg läkare men FK har ändå skickat frågor via det systemet. Dessutom innebär det ytterligare en 'digital brevlåda' att hålla koll på. Överföringen av själva läkarintygen till FK från Cosmic-journalen fungerar bra. (ID2915)

II.C.2.5. - När inte fram om läkaren inte är i tjänst

Tidigare redovisades problem med att frågor från Försäkringskassan hamnade i signeringslista. Läkare påpekade återkommande att signeringslistor inte bevakades när läkaren inte var i tjänst, och att ingen därför kunde ta hand om begäran om kompletteringar i tid.

Fungerar ej att kommunicera via "fråga-svar" i journalsystemet. Blir onödiga fördröjningar då frågan kommer den vägen - eftersom F-kassan inte vet om man har semester/har slutat eller är ledig/jour. Tyvärr fungerar inte alltid bevakning av signeringskorg i dator. Bättre att kommunikation sker via brev alt. till mottagningen. (ID2783)

Ibland lurigt när det begärs komplettering under semestertid eftersom dessa kommer till sjukskrivande doktor enbart och inte kan ses av kollega som bevakar signeringskorgen. (ID5875)

Problem när meddelanden skickas och jag är iväg (vilket man är ofta under ST-tiden). Då behöver vi få meddelanden per brev el. telefon. Kollegor kan inte komma åt min meddelandefunktion. (ID5411)

Ffa dock problematiskt med begäran om komplettering som skickas elektroniskt. Om en tillfällig läkare (AT, ST) har skrivit intyget fångas inte detta upp. Det kommer i o f s en begäran i pappersform så småningom. (ID4016)

Många läkare som beskrev problemen med att meddelanden inte nådde fram till dem, beskrev också vilka konsekvenser detta kunde få för patienter (se avsnitt *Konsekvenser för rättssäkerhet*, sidan 124).

II.C.3. - Andra problem

Det fanns andra tekniska problem med fråga/svar-modulen som gjorde kommunikationen med Försäkringskassan problematisk.

II.C.3.1. - Går inte att svara

Läkare inom kundgrupp TakeCare, SUSSA och VITS skrev att det inte var tekniskt möjligt att besvara handläggares frågor via fråga/svar-funktionen.

Det har inte gått att svara på kompletteringar hittills -svaraknappen fungerar inte. (ID1878)

När man skriver komplettering under "Notering" förs det ej över till FK. (ID4301)

Det händer också att man inte kan svara på frågorna, av tekniska skäl. Då måste jag diktera ett brev OCH ringa IT-support så de tar bort raden ur signeringsmodulen. Har hänt några grejer. (ID4939)

Ibland försvinner texten i de svar som skickas på kompletteringar på sjukskrivningsärenden. Även hört att samma sak händer kollegor. Numera skriver jag svaren i Worddokument och klistrar in texten. Omständigt. (ID4494)

Kompletteringssvar lagras ej, det har hänt att man har skrivit komplettering och svarat men svaret har ej kommit till FK och har försvunnit. (ID7262)

II.C.3.2. - Går inte att ha fråga/svar öppen samtidigt som journal

Ytterligare en grupp läkare, inom kundgrupp TakeCare, hade problem med att de inte kunde ha svarsmodulen öppen samtidigt som journalen, varför de fick problem med att besvara frågorna. I synnerhet gällde detta då utskrift av meddelandet i fråga/svar-modulen inte var möjlig att göra.

Enl min erfarenhet av AsynjaWisph går det inte att skriva ut begärda kompletteringar av FK utan man måste själv försöka sammanfatta de ställda frågorna inför journalgenomgång och sedan besvara frågorna elektroniskt (inte optimalt). Tekniken sätter gränser. Det skulle oxå vara värdefullt om handläggaren själv tog telkontakt map frågeställningar i intyget med resp läk och inte bara förlitade sig på elektroniskt ställda frågor (ibland tom enklare för alla parter). (ID1347)

kan ej ha uppe gammalt intyg samtidigt för att se datum. meddelande till FK knutna till specifikt intyg, ej till sjukperiod, ibland förekommer meddelanden på gamla intyg, avisering om meddelande fungerar dåligt. (TakeCare/AsynjaVisph) (ID6030)

II.C.3.3. - Vet inte om svar har skickats

Ett tekniskt problem för läkare inom VITS var att de inte visste om svaret hade skickats iväg, samma problem som många beskrev vad gäller sändandet av intyget.

Det hakar upp sig ibland och skrivna meddelanden försvinner innan de är skickade. (ID7654)

Den elektroniska kommunikationen mellan FK och sjukvården fungerar ibland inte på så sätt att t ex FK's frågor ang komplettering ej når fram och vice versa. (ID4061)

Mina svar på frågor från FK går aldrig iväg så jag får nya påminnelser (men nya frågor till FK gå iväg). (ID7288)

II.C.4. - Kommunikation med FK

En kategori av svar handlade om att kommunikationen mellan läkare och handläggare hade påverkats av införandet av fråga/svar-funktionen. Precis som för andra subkategorier under kategorin Digitaliserad kommunikation så stod kundgrupp VITS för en stor andel av kommentarerna, här drygt 40 procent. Denna kategori av öppna svar innehåller uppdelade subkategorier där helhetsbilden kan tappas bort. Nedanstående citat illustrerar den övergripande problembilden i denna kategori.

Jag har arbetat som läkare i 39 år skrivit otaliga vanliga sjukintyg och LOH upplever att kontakten med FK försämrats betydligt de senaste åren de nya handläggarna saknar kompetens om sjukdomar och vård och verkar sakna vanligt förnuft. De hör aldrig av sig när jag kryssat i rutan med begäran om kontakt, är nästintill omöjliga att nå per telefon och använder ett juridiskt inspirerat språk i skriftlig kommunikation. frågorna vid begäran om komplettering av intyg är stereotypa och enligt min bedömning ofta onödiga enär jag brukar bemöda mig att skriva i intyget från början så att det ska framgå även för en lekman på FK att förstå varför en patient behöver vara sjukskriven från sitt arbete. under tidigare decennier har jag konfererat med tjänstemännen via telefon och på avstämningsmöten tämligen regelbundet och då kunnat bidra till att nå konsensus på ett bra sätt. numera förekommer endast kommunikation via eyedoc där det skriftligt begärs komplettering av intyg och jag förstås svarar skriftligt till en tjänsteman som jag endast känner till namn, ej som en verklig person och samarbetspartner. det hela tar i mitt tycke onödig tid från övrigt vårdcentralsarbete och ger upphov till irritation från min sida. (ID1283)

II.C.4.1. - Ingen återkoppling efter begäran om kontakt

Andra öppna svar, lämnade av läkare inom kundgrupp VITS och TakeCare, handlade om att de inte får återkoppling, annat än begäran om kompletteringar, efter att ha kryssat i ruta i intyget om att läkaren önskar kontakt med patientens handläggare.

Har flera gånger kryssat i blanketten (sjukskrivningsformuläret) att jag önskar kontakt med försäkringskassan för vidare gemensam planering, men har stort sett aldrig blivit kontaktad. (ID874)

Stora svårigheter att få kontakt med handläggare på FK trots skriftlig begäran. (ID851)

Ingen kontakt med FK trots att man kryssa på att man vill ha kontakt med FK i Stockholm. (ID1175)

II.C.4.2. - Försöker få till avstämningsmöten utan att lyckas

Läkare inom SUSSA, TakeCare och Cosmic skrev att de hade försökt att få till avstämningsmöten med Försäkringskassan men inte lyckats.

Svårt att få FK till avstämningsmöten trots att jag begär det. (ID787)

Avstämningsmötena 'försvann' för något år sedan, och därefter är kommunikationen med FK enbart via deras förfrågningar. Därmed har också möten med AF och arbetsgivare försvunnit. Tidigare fungerade avstämningsmötena bra, och man kunde komma fram till en rehabilitering. (ID1382)

Saknar avstämn. möten. Saknar lätt att nå FK handläggare. Stark irritation ang. kompletteringar. Långt avstånd mellan FK o läkare i förståelse om bedömning sjukdom, nedsatt förmåga. (ID719)

II.C.4.3. - Personlig kontakt bättre

Många läkare skrev att de föredrog en personlig kontakt istället för att försöka få till ett svar i fråga/svar-funktionen. Det fanns olika orsaker till detta, bland annat de olika tekniska hinder läkare hade för att komma åt modulen och meddelanden samt att därefter kunna läsa, besvara och skicka svar utan hinder. En del menade också att patienters omständigheter var för komplicerade och tidsödande för att formulera på ett rättvisande sätt i intygmodulen.

Upplever generellt att samverkan fungerar mycket bättre genom personlig kontakt, avstämningsmöten, telefonsamtal osv. Kontakt enbart via korrespondens och blanketter tidskrävande och leder ofta till missförstånd. (ID2995)

Missförstånden och irritationen som kan uppstå vid kommunikation i elektronisk form skulle vi slippa om det i högre grad fanns möjlighet till direkt kommunikation via skype, telefon eller IRL. (ID4777)

Jag tycker kontakt via telefon är mycket bättre än korta meningar i fråga svarsfunktion hos FK. Omständigheterna är oftast så komplicerade att små svar bara genererar nya frågor. Vi har inte avsatt tid sjukskrivnings handläggning utan det måste ske i mån av tid mellan andra arbetsmoment. Därför svårt att be handläggare ringa upp en viss tid/dag. (ID4307)

Ofta problematiskt att enkelt lösa frågor från FK - frågor via intygsmodulen ibland alldeles för ospecificerade, ibland krävs onödigt omfattande tilläggsintyg. Många problem skulle lättare lösas med telefonkontakt - tyvärr är arbetsbelastningen sådan att eventuella telefonkontakter vanligtvis hinns med först efter ordinarie arbetstid. (ID664)

Kompletteringar av intyg reder vi bäst ut per tfn då handläggaren kan komma med frågor så att ytterligare korrespondens undviks. Ofta problematiskt att nå handläggare när jag har möjlighet. (ID1037)

II.C.4.4. - Patientperspektivet saknas

En läkare poängterade att patientperspektivet saknades när kommunikationen skedde i skriftlig form.

Patienterna har ofta ännu svårare att få kontakt med handläggarna, som inte alltid har ett bra bemötande. Patienterna känner sig misstänkliggjorda och får vänta lång tid på beslut ang ersättning. Kommunikation i skriftlig form är alltför byråkratisk och ingen hänsyn tas när patienter har svårt att läsa och skriva t ex pga dyslexi. Helhetssynen brister. Komplexiteten är ofta större än de enskilda diagnoserna var för sig, vilket kan vara svårt att kortfattat beskriva i intyg. Exempelvis unga personer med långvarig smärta och psykiatrisk samsjuklighet/funktionsnedsättning. (ID2045)

II.C.4.5. - Svårt utläsa frågor ur lång text

En vanlig synpunkt på begäran om kompletteringar som handläggare skickade via fråga/svar-funktionen var att meddelanden innehöll lång och otymplig text med allmän information om FMB blandat med frågor som var mer eller mindre tydliga för läkaren att utläsa.

Det webbaserade systemet för 'kompletteringar' är otroligt omständigt. Det är ofta en lång text där det är inbakat vissa specifika frågor så det tar ofta flera minuter att förstå vad de egentligen är de önskar komplettering för. (ID7198)

F-kassans elektroniska kommunikation (frågor mm via den elektroniska sjukskrivningsblanketten) är ytterst illa fungerande - merparten av texten man får är ngn form av autotext, full av upprepningar, där det är svårt att identifiera vad FK:s fråga är. Det är också ofta så att dessa brev är dubblade av ngn anledning, dvs samma brev följer på ett tidigare i samma blankett (kommunikation). (ID2900)

Kompletteringsfrågor går via WEBcert där frågorna är inte tydligt ställda, utan utgör del i löpande brödtext med ovidkommande ständiga upprepningar av samma sak däremellan. Standardfraser som inte är till någon nytta utan skymmer bara frågeställningarna, Hur svårt kan det vara att fråga 1 ... 2.. ETC!! UPPSPALTAT OCH TYDLIGT. Utan övertydliga ständiga upprepningar av typen ... Du vet väl att soc.styr har beslutsstöd för ditten och datten bla bla!! (ID1374)

Jobbade på en vårdcentral för några månader sedan. Fick då väldigt långa brev i den elektroniska portalen från försäkringskassan som verkar vara någon slags standardtexter som de klistrat in. Väldigt svårt att hinna gå igenom så mycket text där dessutom mycket var allmänna saker som inte gällde den specifika patienten. När jag svarade de i samma elektroniska portal fick jag inget svar. Om de ska ha kontakt med oss ska det vara korta och koncisa frågor. Vi behöver även bättre utbildning kring hur den elektroniska portalen ska användas. Så som den används av försäkringskassan nu, har det endast gett oss läkare en extra sak att hålla reda på och gett oss sämre arbetsmiljö. (ID6686)

II.C.4.6. - Modulen bidrar till fler begäran om kompletteringar

En återkommande kommentar var att läkare upplevde att det blivit för lätt för handläggare att skicka iväg begäran om kompletteringar via fråga/svar-funktionen.

Jag uppfattar att begäran om kompletteringar har ökat. Det känns som om det är alldeles för lätt för handläggare på FK att digitalt skicka en liten komplettering via WebCert utan att ha en tanke på hur mycket administration det skapar för läkaren i andra änden. (ID7606)

Dock noteras att om elektronisk överföring används får man frågan om komplettering mycket oftare än om man inte använder det. (ID2358)

E-intygen tycks generera mycket mer frågor och svar från FK som dessutom inte går att läsa i systemet. (Take Care) (ID1929)

Inte imponerad alls av begäran i "Webcert" Ytterligare en låda/system att kolla ... och kanske "lätt" för FK att skicka? (ID4335)

Försäkringskassan svarar i Webcert med förformulerade texter som utformats av någon sadistisk jurist. De ställer krav på komplettering med standardtexter som inte vägleder oss läkare alls. Värst av allt, detta görs utan att blinka/tänka, på 5 sekunder, med att kryssa i rutan i deras program "jävlas med läkarna". (ID3260)

II.C.4.7. - Kommunikation har blivit opersonlig och stel

Läkare inom framförallt SUSSA och VITS lämnade kommentarer om att de upplevde att kommunikationen med Försäkringskassan blivit mer opersonlig och stel i och med införande av fråga/svar-funktionen.

Kommunikation med FK sker via korta meddelanden i Melior (sjukintyget – kommentarer). Bättre med personlig dialog. Blir mailkorr. & ej effektiv personlig sådan. Handhar allvarliga diagnoser. (ID3823)

Det stora problemet är kontakten med FK när man därifrån har synpunkter, inte godkänner intyg. Finns inte ens ett tel.nr till aktuell handläggare så att man enkelt kan nå hen för

diskussion. Har blivit mycket mer anonymt och krångligare kontakt de senaste åren. Tack och lov att jag arbetar i en specialitet där sjukskrivning inte tillhör det dagliga arbetet! /.../ Känns helt avpersonifierat att skicka en kommentar till någon som inte har undertecknat förfrågan med namn och tel.nr! Är det en strategi från FK av vara anonym? Det kan ju inte vi läkare som skriver sjukintygen vara (ännu så länge)... (ID1154)

Jag upplever en helt omvänd situation under det senaste året; från att ha haft ett välfungerande samarbete med FK sen 20år, med god samsyn, bra dialog har det blivit rent ut satt förskräckligt. Vi har hamnat i en situation som är tillbaka till -80talet där vi huvudsakligen kommunicerar via intyg ,ständiga ifrågasättanden ,begäran om orimliga förtydliganden (ex.vis objektiva fynd hos pat med invalidiserande panikångest utlöst av arbetssituationen; pat. har förstås inte ngr symptom som jag kan se i undersökningssituationen),orimliga slutsatser (ex.vis ' om pat orkar 5 tim en dag bör hon klara det varje dag',ang pat som jobbar deltid 20 timmar/vecka, med ngt olika deltidspass /dag.). (ID161)

II.C.4.8. - Har lett till envägskommunikation

I de öppna svaren skildras en bild av att fråga/svar-funktionen har bidragit till en envägskommunikation, där handläggare ställer frågor och läkare är skyldiga att besvara dem, medan det motsatta förhållandet inte gäller .

FK kan kommunicera till mig men jag kan inte skriva till dem annat än att svara på frågor. Kan ej kontakta FK i ett ärende via EDI. (ID1034)

Problemet med okunniga och stressade FK-handläggare nämns nästan aldrig. Inte heller att metoden envägskommunikation (kompletteringar) är mycket sämre än dialog mellan pat, FK, vården och arbetsgivaren där alla hör vad den andre säger (avstämmingsmöte). (ID2024)

FK kan skicka frågor elektroniskt men vi kan inte skicka frågor eller be om kontakt samma väg.

Är så trött på att det alltid är telefonsvarare:

Är på möte åter...

Är på möte åter...

Har gått för dagen... (ID1334)

II.C.4.9. - Svårt att nå handläggare

Ett inte helt ovanligt problem var att fråga/svar-modulen inte fungerade, och läkare beskrev att det kunde vara svårt att försöka nå handläggare via telefon istället.

Ärendehanteringssystemet fungerar ej och när man ringer är det svårt att komma fram + kan inte lämna meddelande om att blir uppringd. (ID6570)

II.C.4.10. - Handläggare svarar inte på frågor

Återkommande öppna svar nämnde att läkare inte fick svar på frågor som de ställt till handläggare via fråga/svar-funktionen.

FK svarar ALDRIG på frågor via gemensamma kommunikationslägen Eye-doc. (ID2887)

Man kan skicka frågor där mellan vården och försäkringskassan men jag har aldrig fått något svar på mina frågor. Ibland kommer anmodan om komplettering där men ibland via brev. Man kan bara använda en diagnos och skriva text med några få rader. Hur ska man då kunna ge all information? (ID3959)

När jag har möjlighet att ringa är handläggaren inte anrättbar och vice versa. Det finns en elektronisk meddelandefunktion men där har jag aldrig fått svar de gånger som jag skickat fråga via den (cirka 5-10 gånger). (ID6071)

II.C.4.11. - Ingen avsändare eller kontaktuppgift

Ett problem för läkare var när handläggare skickade meddelanden utan att ange sitt namn eller kontaktuppgifter. Detta blev i synnerhet ett problem i de fall läkaren inte kunde skicka svar via fråga/svar-funktionen och behövde nå handläggaren på annat sätt.

Ibland svårt att komma åt att läsa kompletteringar i intygsmodulen, telefonnummer till handläggare står inte i kompletteringen. Lägga massa onödig tid i FKs växel. Fk önskar extremt

utförliga kompletteringar som man omöjligen kan få plats att skriva i ett normalt intyg. (ID6171)

Många anger tel eller mail i sin kommunikation, men inte alla, som bara lämnar det vanliga telefon-numret som är ämnat befolkningen i allmänhet. (ID619)

Blir verkligen trött på att jaga handläggare som i bästa fall är tillgängliga på telefon. Ibland får vi inte något tel-nr eller också en begränsning på tex må-to 10-11 (fungerar dåligt då all klinisk verksamhet pågår med bokade patienter hela dagarna. Sjukskrivningskompletteringar sker oftast på övertid. (ID739)

II.C.5. - Konsekvenser för patienten av ovanstående

De olika problem som presenterats i temat II.C Digitaliserad kommunikation innebär också olika konsekvenser för patienter. Här har vi identifierat tre huvudsakliga sådana konsekvenser.

II.C.5.1. - Förseningar och avslag när läkare inte nås av meddelanden

Många läkare beskrev vilka konsekvenser de olika problemen med fråga/svar-funktionen fick för patienterna, i form av oro, försenade handläggningar och utbetalningar eller i värsta fall avslag på ansökan om sjukpenning.

Förfrågningar från FK syns inte, man måste aktivt leta. Jag har haft ett fall där patienten skulle förlora sin sjukpenning eftersom jag inte svarat. Jag visste överhuvudtaget inte om att förfrågan inkommit och att även påminnelse låg dold. (ID440)

Vid ett tillfälle av ss av 60-talist med bilateral lungemboli, ett tillstånd alla läkare vet är ett riskabelt tillstånd o innebär nedsatt syresättning som långsamt förbättras efter insatt blodförtunnande behandling, angav jag utökad information i rutan "övr upplysningar" för att slippa efterkommande frågor. Trots det, sökte handläggare mig för att fråga just det som stod i rutan "övr upplysningar". Pga min ledighet fick handläggare ej tag på mig, fick till följd att pat fick slut på pengar. (ID446)

FK kräver ofta kompletteringar. Då sätts ett visst datum när dessa skall vara tillhanda. Om jag ej befinner mig på min arbetsplats ex på kurs/semester - får pat ingen sjukersättning. (ID2553)

En läkare påpekade att det ändå vore bättre om handläggare använde sig av funktionen, istället för att avslå patientens ansökan utan att ha begärt komplettering.

Upprepade gånger har handläggare på FK meddelat patienten avslag på sjukskrivningsintyget utan att ha använt sig av möjligheten att begära förtydligande via den elektroniska funktionen, som när den används fungerar bra enligt min erfarenhet. (ID2051)

II.C.5.2. - Förseningar och avslag pga tekniska problem med att svara

Det fanns olika aspekter vad gäller den digitala fråga/svar-funktionen i sjukskrivningsmodulen som berör potentiell rättsosäkerhet i handläggningen av sjukskrivningsärenden. Att läkare inte kan se, besvara eller vet om att de fått begäran om komplettering, som redogjorts för tidigare, är en sådan aspekt som kan få direkta konsekvenser för patienten. Några läkare gav exempel på hur detta kunde leda till försenade handläggningar och att patienter får avslag på ansökan om sjukpenning.

Att meddelanden från fk plötsligt kan dyka upp i en överfull signeringskorg är värdelöst och patientosäkert! (ID4150)

Svårigheten med att kunna svara i modulen och på annat sätt få kontakt med handläggare blir en rättsosäkerhetsaspekt.

När jag försöker nå handläggaren är detta ofta problematiskt. E-intyget underlättar men det är ibland buggar i Take Care (journalsystemet) som gör det omöjligt att svara elektroniskt. När man försöker nå handläggaren är detta ej lätt och pat får inga pengar. Detta har hänt senast denna vecka! (ID4694)

Att meddelanden inte hamnar tidsmässigt kronologiskt var också ett problem enligt en läkare tillhörande VITS.

STORT problem att intygsmodulen inte kan sortera inkomna meddelanden kronologiskt för en enhet, det innebär att meddelanden för äldre sjsk missas. (ID4007)

En läkare inom kundgrupp SUSSA beskrev att det förekom att läkarens svar hamnade hos fel person.

Systemet hakar upp sig – svar hamnar hos fel person. (ID2787)

II.C.5.3. - Sker ingen automatiskt journalanteckning

En ytterligare aspekt som rörde patientsäkerheten var att dialogen som sker i fråga/svar-funktionen inte journalförs, då dialogen skedde utanför patientens journal. Läkare inom VAS och VITS kommenterade detta.

Överföring fungerar bra, men fråga-svarsfunktionen är inte bra. Döljs i en överfull signeringskorg och extra info inkorporeras ej i sjukintyget. Jag tycker inte om chattar, för där hamnar information som inte syns i journalen sen (jämför med Mina Vårdkontakter, samma problem). (ID4183)

De kommentarer och meddelanden som går mellan läkare och FK behöver lättare kunna ses som del av patientens journal, ser ingen enkel väg att få ut min kommentar till FK från intygssystemet till VAS som vi har i Halland. (ID2983)

II.C.6. - Kommunikation med patienten

Kommunikationen med patienter kring sjukskrivningar sker nästan uteslutande genom personlig kontakt under patientbesök, hembesök eller under patientens sjukhusvistelser. Det förekom dock kommentarer om att arbetet med e-intyg komplicerades av att patienter inte alltid är anslutna fullt ut till överföringssystemet med e-intyget och inte använder funktionen Mina intyg i 1177.

II.C.6.1. - Patienter använder inte 1177 och behöver utskrift

En del läkare beskrev i de öppna svaren att patienterna inte hade kunskap om funktionen i Mina intyg i 1177.se, och att de inte upplevde att de hade tid att informera patienter om denna funktion.

Pat har ännu inte tillräckligt med kunskap om Mina intyg och förstår inte varför man inte skriver ut intyget och varför är första sidan av intyget till arbetsgivare blank. (ID2561)

Pat vill ofta ha en papperskopia också, det tar tid att förklara var de hittar sina intyg på internet, antar att det är en tidsfråga innan systemet är mer bekant för allmänhet. (ID3522)

Man måste ändå skriva ut läkarintyg till patienten för lämna den till arbetsgivare. Hinner inte att förklara till patienten att de kan hämta på FK hemsida eller de har ingen skrivare för att skriva ut det. (ID6543)

Några läkare skrev också att patienterna inte alltid har möjlighet att komma åt sina intyg via 1177.se, antingen beroende på att funktionen ännu inte var införd eller för att patienterna hade svårt med tillgång på grund av social utsatthet.

Oftast fungerar systemen, men patienterna vill ha papperskopior, vilket tar extra tid i anspråk. Ötydligt hur man helt går över till elektroniska intyg. (ID4721)

Pat skulle kunna komma åt blanketten hemifrån så slipper jag skriva ut. (Vi gör ofta administrativt arbete i andra delar av sjukhuset än där patienterna är.) (ID2613)

Nyligen införd, använder mest pappersblanketter. Patienterna kan inte ta del av intygen elektroniskt. Saknar bostad, aktivt missbruk etc. (ID3594)

En mycket vanligt förekommande kommentar var att det medförde ett dubbelarbete i merparten av sjukskrivningsärenden, eftersom patienternas arbetsgivare ändå behövde en kopia.

Men patienterna vill nästan alltid ha en papperskopia i alla fall, både på f-kassans intyg och arbetsgivarens. Så måste ändå printa dem. (ID6347)

II.C.6.2. - Enklare med pappersversion

Läkare uppgav ibland också att dubbelarbetet med e-intyg medförde att de ansåg det lättare att istället arbeta med pappersversionen av intyget.

Oklara regler. T ex om man skickar ett intyg elektroniskt så är det vanligt att patienten vill ha ett ex utskrivet också. Således dubbelarbete vilket gör att jag nästan alltid, oberoende av ss längd, väljer pappersvarianten enbart. Detta är lite stenålder men sparar arbete. (ID2980)

II.D. - Önskemål angående digitalisering

Detta avsnitt baseras på de uttryckliga önskemål läkare lämnat i öppna svar samt på de problem de beskrev som de direkt eller indirekt uttryckte att behöver lösas. De problembeskrivningar och citat som önskemålen baseras på återupprepas av utrymmesskäl inte i detta avsnitt, utom i enstaka fall då de fyller en förtydligande funktion. Citat som uttrycker önskemål finns med. I de fall önskemål enbart har uttryckts av läkare inom specifika kundgrupper så nämns dessa kundgrupper.

I Tabell 27 nedan ges en översiktlig bild av de fem kategorier som identifierades inom Temat Önskemål avseende området Digitala system. Denna tabell ger alltså en mer detaljerad version av Temat Önskemål från Tabell 22, sidan 95.

Tabell 27. Kategorier och subkategorier inom tema Önskemål, område II, Digitala system.

II.5.D. Digitala system: Tema Önskemål				
1. Bättre digitala system	2. Enklare funktioner i e-intyget	3. Enklare e-intygsmallar	4. Integration av FMB	5. Kommunikation
1. Basala förutsättningar - Tid att skriva och få patientens godkännande under besöket - Dator och skrivare i undersökningsrum - Fungerande kortläsare - Telefon att vara nåbar på	1. Ifyllande av diagnoser - Fler rutor för diagnoser - Automatiska förslag på diagnoskod i rullista - Automatisk överföring av diagnos	1. Diagnosspecifika mallar - För de vanligaste diagnoserna - Utifrån typ av klinik	Länk från journalen till FMB	1. Fråga/svar-modulen som ömsesidigt forum - Läkare bör på eget initiativ kunna skicka meddelanden - Ge behörighet till alla läkare - Kontaktuppgift på handläggare - Frågorna i begäran om kompletteringar måste synas - Handläggare bör besvara läkares frågor
2. Snabbare digitala system	2. Ifyllande av datum - Tydligare instruktion om ifyllande - Ange antal veckor istället för exakta datum - Kalender-funktion för datumrutorna	2. Inför fler kryssalternativ - Diagnosspecifika kryssalternativ - För olika typer av funktionsnedsättning - För säker eller osäker bedömning	FMB i e-intyget - Klickbart i e-intyget - Automatisk visning av FMB	2. Få veta att meddelande kommit - Vill få tydligare notis i journalen vid nytt meddelande i modul - Bör nå klinik - Behöver journalföras
3. Lättare hitta e-intyg från journalen - Ge e-intyget ett tidlöst namn - Tillgängligheten bör inte bero på plats i journalen	3. Mer utrymme för fri text - Antalet tecken i rutor - Inkludera extra blad i e-intyget	3. Återinför förenklade intyg - Antalet tecken i rutor		3. Kunna välja kommunikationsform med FK - Via post eller e-post - Via telefon - Ta bort fråga/svar-modulen helt
4. Enklare inloggning i modulen - Slippa problem med tjänstekort - Förval av inställningar - Ta bort automatisk utloggning	4. Kunna kopiera text till och i e-intyget	4. Förenkla förlängningar - Tydligare instruktion hur enkel förlängning kan göras - Skapa redigerbar kopia av tidigare e-intyg - Skapa redigerbar kopia även vid nya versioner av e-intyget - Enklare e-intyg under rehabiliteringsperiod - Kunna ändra namn på kollegors e-intyg		4. Åtgärda tekniska fel i fråga/svar-modulen - Signeringslistor ska fungera - Meddelanderutor ska fungera
5. Kunna växla fönster - Mellan sidor i modulen - Mellan moduler och journal (både sjukskrivningsmodul och fråga/svarmodul)	5. Sparfunktioner - Knapp för att spara utkast - Automatisk sparfunktion	5. Övriga önskemål - Nytt fält för läkares åtgärd - Intygsmall anpassad för teambedömningar - Använd begrepp som läkare förstår - Journalanteckning som intyg		5. Koppla fråga/svar-modul till tidsbokning i journalen
6. Bättre översikter av sjukskrivningar - Se e-intyg från andra kliniker - I modul och journal - Av sjukskrivningar som löper ut - Notis när sjukskrivning närmar sig 90, 180, 365 dagar	6. Signera och skicka - Signering bara en gång - Delegera signeringsrätt till medicinska sekreterare - Signera och låt patient skicka till FK			6. Avstämningsmöten
7. Överföring av information mellan journal och e-intyg - Automatisk överföring av uppgifter till e-intyget - Automatisk anteckning i journalen	7. Utskrifter - Spara utkast och skriv ut - Skicka och skriv ut - Flexibla arbetsgivarutskrift			7. Information till patienter om Mina intyg i 1177
	8. Bekräftelse på att e-intyg och kompletteringar har skickats och tagits emot			8. Anslut arbetsgivare och Arbetsförmedling till e-intygssystemet

II.D.1. - Bättre digitala system

I denna kategori av öppna svar beskrev läkare att integrationen av systemen inte alltid fungerar tillfredställande. Det kan handla om att uppkopplingen till sjukskrivningsmodulen från journalen tar för lång tid, att det hänger sig, är för svårt att logga in i eller att det inte går att använda båda systemen samtidigt och att de inte kommunicerar med varandra.

II.D.1.1. - Basala förutsättningar

En subkategori av önskemål var tillgång till vissa basala förutsättningar för läkare att kunna utföra ett bra arbete med e-intyg. Dessa svar är indelade i fyra olika grupper.

II.D.1.1.1. - Tid att skriva och få patientens godkännande under besöket

Tidsbrist under patientbesök har lyfts som ett återkommande problem för att hinna skriva e-intyg under patientbesöket, varför e-intyget skrivs och skickas vid en annan tidpunkt än under patientbesöket. Samtidigt krävs patientens godkännande för att e-intyget ska skickas iväg.

Att man måste ha patientens uttalade godkännande för att skicka direkt till FK. För oss som sjukskriver sällan är det lätt att glömma att fråga om det är OK att skicka elektroniskt, vilket i praktiken innebär att man inte skickar för att slippa ett extra telefonsamtal eller en extra promenad tillbaka till det vådrum patienten befinner sig. (ID4667)

Det extra arbetsmoment detta fodrar blir, som citatet ovan visar, ett hinder för att använda e-intyget. För att detta arbetsverktyg inte ska skapa merarbete önskar läkare tillräckligt med tid för patientbesöken, så att detta hinns med.

II.D.1.1.2. - Dator och skrivare i undersökningsrum

Att kunna skriva e-intyg med patienten närvarande fodrar att det finns dator i undersökningsrum och skrivare nära tillhands, helst i undersökningsrummet. Utskrifter ska kunna ske på så sätt att sekretessen inte bryts.

II.D.1.1.3. - Fungerande kortläsare

Inom kundgrupp VITS krävdes ett tjänstekort med tillhörande kod för att kunna logga in i sjukskrivningsmodulen. Ett problem förknippat med detta var att de kortläsare som var kopplade till arbetsdatorerna ofta krånglade vid inloggning. Om ett särskilt tjänstekort ska krävas även i framtiden för att kunna använda e-intyg så måste också kortläsare till dessa fungera.

II.D.1.1.4. - Telefon att vara nåbar på

Läkare uttryckte inte bara att det var svårt att nå handläggare, utan också att de själva var svåra att nå – inte enbart på grund av tajt arbetsschema, men ibland också på att de saknade telefon och ett telefonnummer att kunna lämna till handläggare.

II.D.1.2. - Snabbare digitala system

Att systemen var långsamma och hängde sig förekom i alla kundgrupper, men sådana kommentarer var vanligare förekommande i kundgrupp SUSSA och VITS. Långsamheten gällde både vid själva inloggningen och när läkare arbetade i modulen. Sjukskrivningsmodul och integrering behöver bättre prestanda så att inloggning, uppladdning och arbete i modulen kan gå fortare.

Tenderar att hänga sig mitt i och man får starta om från början. Laddar inte upp som det ska utan med jämna mellanrum får man bara upp en blank sida, man får stänga ner och starta om. Ibland flera gånger. (ID1572)

Det är segt och tar lång tid. Rutorna har begränsad storlek - får inte plats med allt viktigt. Buggar i programmet gör att det inte går att skriva ibland utan att ta bort några bokstäver först. (Eyedoc). (ID6234)

En rad olika buggar i sjukskrivningsmodulen nämndes i de öppna svaren, flera liknande det ovanstående citatet att det var problem med att skriva i e-intyget men också att modulen låste sig när läkare klickade i rutor eller på spara eller skicka. Sådana problem behöver åtgärdas.

II.D.1.3. - Lättare att hitta e-intyg från journalen

En subkategori av önskemål handlade om att det borde vara lättare att hitta e-intyget från journalen. Dessa önskemål är uppdelade i följande två grupper.

I.D.1.3.1. - Ge e-intyget ett tidlöst namn

Ett problem beskrivet av läkare inom kundgrupp TakeCare och SUSSA handlade om att e-intyget var svårtillgängligt i journalen. Några skrev att det berodde på mängden blanketter tillhörande Försäkringskassan, och en läkare inom TakeCare menade att det berodde mer specifikt på att e-intyget bytte namn efter varje uppdatering då en ny version av e-intyget gavs ut.

Mitt största problem är att hitta sjukskrivningsintyget i Take Care eftersom det byter namn 1-2 ggr per år och ligger bland ett stort antal andra intyg till försäkringskassan (> 15 st). Det borde alltid ha samma namn även om det är olika versionsnummer. Det kan ta lika lång tid att hitta intyget som att fylla i det. Otroligt dåligt när stödfunktionerna är ett hinder i det dagliga arbetet. I synnerhet om man som jag sällan sjukskriver patienter är en siffer och bokstavskombination helt ointressant att försöka komma ihåg för vilket intyg som gäller. (ID3012)

Många läkare, i likhet med det ovanstående citatet, håller sannolikt inte reda på de olika sifferkombinationerna på de många olika intyg som återkommande släpps i nya versioner med nya sifferkombinationer i versionsnamnen. För tillgänglighetens skull, vore det av värde att intygen har ett mer tidlöst namn som är lättare att tolka, så att läkare inte behöver ägna tid för att leta sig fram.

I.D.1.3.2. - Tillgängligheten bör inte bero på plats i journalen

Några läkare inom kundgrupp TakeCare beskrev att det bara gick att öppna e-intyg om de stod vid en viss plats i journalen, exempelvis bara om de stod vid patientens besök till sjukvården. Detta beskrevs som krångligt, onödigt och tidsödande, och borde kunna åtgärdas.

II.D.1.4. - Enklare inloggning i modulen

En rad problem har lyfts av läkare avseende problem att logga in i sjukskrivningsmodulen. Här presenteras några av de mer eller mindre uttryckta önskemål som skulle underlätta inloggning.

I.D.1.4.1. - Slippa problem med tjänstekort

En återkommande beskrivning av läkare inom kundgrupp VITS, VAS och Cosmic var att det krävdes ett särskilt tjänstekort för inloggning i sjukskrivningsverktyget. Läkare som beskrev problemen med detta uttryckte ofta upprörda känslor, men problematiserade sällan i sina beskrivningar varför det skulle krävas ett särskilt tjänstekort för just sjukskrivningsverktyget, när det inte krävdes ett särskilt tjänstekort för att logga in i journalsystem, läkemedelsmoduler eller andra datasystem eller programvaror som innehåller känsliga uppgifter om patienter. Den kritik läkare trots allt lyfte kring problemen med krav på tjänstekort för att kunna logga in bör kunna anses inkludera ett problematiserande av denna form av specifika inloggningsmetod för att komma åt en enskild modul.

I.D.1.4.2. - Förval av inställningar i modulen

Ett tidsödande problem som beskrevs av läkare inom kundgrupp SUSSA och VITS var att de var tvungna att söka upp sig själva i sjukskrivningsmodulen och därefter välja sin aktuella arbetsplats, innan läkaren kunde fortsätta med att söka upp patienten ur folkbokföringsregistret.

I PMO måste man ständigt logga in på nytt om man är inaktiv en stund. Inloggning tar mycket tid då man varje gång måste precisera arbetsplats osv. (ID7390)

Då de flesta läkare har en begränsad uppsättning av arbetsplatser borde det vara möjligt att spara förinställda val som läkaren lättare kan välja mellan efter att ha loggat in.

I.D.1.4.3. - Ta bort automatisk utloggning

Ett problem som nämns i citatet i föregående avsnitt var att läkare automatiskt loggades ut från modulen, efter vad som upplevdes alldeles för kort stund. Detta gjorde att de behövde logga in och söka upp sina egna och patienternas uppgifter i systemet ibland flera gånger dagligen. Läkare önskade därför möjlighet att ta bort automatisk utloggning från sjukskrivningsmodulen. Problemet rapporterades av läkare inom kundgrupp SUSSA och VITS.

II.D.1.5. - Kunna växla fönster

Många läkare skrev att de önskade möjlighet att kunna växla fönster mellan sidor i sjukskrivningsmodulen, mellan sjukskrivningsmodulen och fråga/svar-modulen samt journalsystemet.

I.D.1.5.1. - Växla mellan sidor i sjukskrivningsmodulen

Läkare inom kundgrupp SUSSA beskrev att de blev utloggade när de försökte backa i sjukskrivningsmodulen.

Önskar att "Eye-Doc" hade en "back-funktion" - om man börjat "fel" och vill gå tillbaka måste man stänga ned fliken och starta om från början - kanske det dock har att göra med vårt journalsystem - det vet jag faktiskt inte. (ID4253)

Ett ännu vanligare beskrivet problem var att läkare inte kunde öppna ett äldre e-intyg samtidigt som det nya e-intyget var öppet, vilket gjorde att läkare var tvungna att skriva ut eller anteckna uppgifter och ibland gjorde att det nya e-intyget försvann. Det borde vara möjligt att ha äldre e-intyg öppna för läsning samtidigt som det nya skrivs.

I.D.1.5.2. - Växla mellan moduler och journal

Läkare i kundgrupp VITS hade problem med att inte kunna ha journalen öppen samtidigt som sjukskrivningsmodulen samt fråga/svar-funktionen. Inom kundgrupp VAS, TakeCare och SUSSA hade läkare både problem med att journalen inte kunde vara öppen samtidigt som ett intyg i sjukskrivningsmodulen, samt att det inte gick att ha ett tidigare intyg öppen samtidigt som ett nytt skrevs.

I Melior hade det varit bra att kunna ha uppe fliken för Intyg samtidigt som man har uppe fliken med journaltext. Detta hade underlättat tex avseende datum etc som oftast ska skrivas i intyget och om man inte kan ha uppe båda flikarna samtidigt så måste man minnas/skriva ner på papper innan. Inte något jätteproblem, men kanske hade varit enklare om man bara fick ett separat fönster. (ID7627)

Men det ligger i Eye Doc, ett system utanför själva journalen vilket inte är optimalt. Svårt att skriva och använda journalen samtidigt, då man måste "växla" fönster. (ID6462)

Det skulle i praktiken alltså krävas två datorer för att kunna både läsa i journalen och skriva ett e-intyg samtidigt. Något som inte är möjligt inom exempelvis TakeCare där inloggning i hälso- och sjukvårdens datorer kräver tjänstekort, vilket betyder att det bara går att logga in i en dator i taget. Det borde vara möjligt att kunna arbeta i sjukskrivningsmodulen parallellt med att läsa och arbeta i journalen.

II.D.1.6. - Bättre översikter av sjukskrivningar

Ett vanligt förekommande önskemål i de öppna svaren var att få bättre översikt av patienters sjukskrivningshistorik.

I.D.1.6.1. - Se e-intyg från andra kliniker

Ett problem som läkare inom kundgrupp SUSSA hade var att de inte kunde se e-intyg utfärdade vid andra kliniker, även om de hade behörighet att läsa journaler från dessa kliniker.

Kan ej läsa tidigare sjukskrivningsintyg, är essentiellt att se tidigare datum när senaste sjukskrivning avslutats, speciellt då patienten ej minns, detta är numera ej möjligt. (ID7373)

Här borde det vara möjligt att utöka behörigheten, åtminstone efter att läkaren elektroniskt bekräftat patientens godkännande. Patienten bör dock ha möjlighet att själv ansöka om att skydda sina uppgifter, precis som när det gäller journaluppgifter.

I.D.1.6.2. - I modul och journal

Läkare inom SUSSA önskade både bättre översikt av patienters sjukskrivningar i sjukskrivningsmodulen samt i journalen. I modulen gick e-intygen att se, men det gick inte att få en översikt som visade vilka diagnoser patientens sjukskrivning baserades på och inte heller sjukskrivningslängd och -grad.

Det skulle behövas en mer integrerad funktion, t ex att man kan se sjukskrivningstid och -grad direkt i journalen. (ID5783)

Ovanstående citat visar på behovet av att de dessa uppgifter även behövs i journalen, det system läkaren vanligtvis använder för att få överblick över sitt arbete.

I.D.1.6.3. - Av sjukskrivningar som löper ut

Några läkare uttryckte önskemål om att få en översikt av sjukskrivningar som håller på att löpa ut för att kunna planera in patientbesök.

Det finns ingen översikt kopplad till journalsystemet där man ser vilka sjukskrivningar som håller på att löpa ut. Många av våra pat har svårigheter med egen förmåga till överblick o planering. (ID4128)

I.D.1.6.4. - Notis när sjukskrivning närmar sig 90, 180, 365 dagar

Ytterligare ett önskemål var en integrerad översikt kopplat till journalen där läkare kunde se vilka sjukskrivningar som höll på att löpa ut.

Systemen integrerar inte till fullo. Det skapas ingen automatgenererad text med sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad, samt att det är svårt att helt överblicka en patients totala sjukskrivningsperiod. Det skulle vara önskvärt då de perioderna uppenbarligen är väldigt kritiska utifrån försäkringskassans bedömningar. (ID6669)

De digitala systemen bör utformas så att läkaren får en tydlig indikation att aktuell sjukskrivning när över 6 månader och att detta innebär att motiveringen & arbetsförmågan ställs mot hela arbetsmarknaden. (ID110)

II.D.1.7. - Överföring av information mellan journal och e-intyg

Bristande överföring av uppgifter mellan journal och modul pekades ut som en tidskrävande aspekt av sjukskrivningsarbetet eftersom det krävde dubbelarbete.

I.D.1.7.1. - Automatisk överföring av uppgifter till e-intyget

I de öppna svaren lämnades en rad olika önskemål om bättre överföring av information från journalen till sjukskrivningsmodulen. Det handlade oftast om patientens personuppgifter, diagnos men även datum vid förlängning av sjukskrivning när kopia skapas av tidigare e-intyget; att första nya sjukskrivningsdatum automatiskt blir dagen efter sista sjukskrivningsdatum i tidigare e-intyget.

Intyget borde kunna hämta information direkt från journalen; mycket dubbeldokumentation. (ID5053)

Personuppgifter överförs direkt, men skulle även önska att diagnos skulle föreslås (diagnos i aktuellt vårdtillfälle). (ID5033)

Tar även tid att skriva in patientens personnummer, det hänger inte med från journalsystemet. Man kan heller inte "copy-paste" från journalen. Detta blir ett irriterande moment när man är stressad. (ID7675)

I.D.1.7.2. - Automatisk anteckning i journalen

Läkare inom kundgrupp VITS och i synnerhet SUSSA önskade att det gjordes en automatisk journalanteckning när e-intyg skickats iväg till Försäkringskassan.

Det är sällan/aldrig man får en "automatanteckning" när man är klar => detta vill man ha så att man genom att endast läsa journalen (= som är det som håller samman all info om pat) ska kunna se att pat blivit sjukskriven. Även vill man se hur länge, för vad etc. etc. (ID6054)

II.D.2. - Enklare funktioner i e-intyget

Denna kategori av öppna svar tar upp läkares önskemål och förbättringsförslag som avser funktioner inuti e-intyget, från det att läkaren börjar fylla i e-intyget och till dess att det skickas.

II.D.2.1. - Ifyllande av diagnoser

Läkare lämnade olika förslag på hur ifyllandet av diagnos i e-intyget skulle kunna förenklas.

II.D.2.1.1. - Fler rutor för diagnoser

Inom kundgrupp TakeCare föreslog läkare att det måste bli möjligt att ange flera diagnoser på det elektroniska intyget.

Det går ej att välja flera diagnoser. Detta måste åtgärdas! (ID7698)

Skulle vilja nyansera genom flera olika diagnoser som samverkar. I e-blanketten finns endast plats för en diagnos. (ID6549)

Det borde vara plats för fler diagnoser om det är flera diagnoser som nedsätter arbetsförmågan. Det finns inget extra blad för skrivutrymme som i pappersformen. (ID6175)

Ett önskemål är att det gick att skriva in mer än en diagnos (Asynja), nu måste man komma ihåg att skriva det i fri text i ngn annan ruta istället. Likaså är det ibland för lite utrymme att utveckla ett resonemang. (ID354)

II.D.2.1.2. - Automatiska förslag på diagnoskod i rullista

Ett annat förslag var att en rullista med förslag på diagnoser kommer upp när läkare börjar fylla i diagnosnamn eller diagnoskod i rutorna för diagnoser i e-intyget.

II.D.2.1.3. - Automatisk överföring av datum från journalen

Läkare tillhörande Cosmic, TakeCare och SUSSA föreslog att diagnos också var en form av data som borde överföras automatiskt till modulen.

Tyvärr förs inte diagnos och datum över till blanketten automatiskt från cosmic vilket är tidskrävande och onödigt litet arbetslivet. Annars fungerar det oftast bra. (ID5275)

Dålig automatik i fyllning av datum etc, noggranna krav på datumformat. Borde smidigare kunna hämta diagnoskoder från aktuellt besök i journalen. (ID7370)

/Journalssystemet borde automatiskt kunna fylla i eller föreslå diagnoskod tex. (ID5970)

Personuppgifter överförs direkt, men skulle även önska att diagnos skulle föreslås (diagnos i aktuellt vårdtillfälle). (ID5033)

II.D.2.2. - Ifyllande av datum

Läkare från framförallt Cosmic, men även TakeCare, vittnade om att det var krångligt att fylla i datum i e-intyget, och önskade förenkla ifyllandet. I denna subkategori redovisas läkares olika förslag på hur ifyllandet av datum skulle kunna underlättas.

Blanketten tar inte alla typer av skrivning av datum (bör enkelt kunna lösas tekniskt). (ID3027)

II.D.2.2.1. - Tydligare instruktion om ifyllande

Några läkare önskade att e-intyget skulle ge en vägledande instruktion om i vilket format e-intyget ville ha datum ifyllt. Nu tvingades läkare gissa och testa sig fram.

Lite knepigt att fylla i blanketten. Blir ngt fel så låser det sig. Skulle vara något friare i sin utformning samt med tydligare instruktion om sifferföljd (datum t ex. 2017-07-01, 170701, 010717 etc ...). (ID2252)

II.D.2.2.2. - Ange antal veckor istället för exakta datum

Ett förslag för att förenkla ifyllande av datum var att möjliggöra för läkare att fylla i antal dagar eller veckor istället för att räkna sig fram till ett datum.

I rutan där man anger tid som patienten ska vara sjukskriven borde man kunna ange ex antal dagar/veckor utan att behöva sitta och räkna dagar i den existerade kalenderrutan. (ID5053)

II.D.2.2.3. - Kalender-funktion för datumrutorna

Andra läkare, som inte redan hade en sådan funktion, föreslog att det automatiskt skulle komma upp en kalender när muspekaren klickades i datumrutor, där läkare sedan kunde välja datum ur kalendern.

Sjukskrivningsblanketten är för klumpig. Avigt datumformat och inget stöd för att ta in diagnosnummer från icd.na, exempelvis. Datumrutorna kunde t.ex. ha sådana där klickbara kalendrar. Pat skulle kunna komma åt blanketten hemifrån så slipper jag skriva ut. (Vi gör ofta administrativt arbete i andra delar av sjukhuset än där patienterna är.) Man kan signera blanketten med SITHS-kort istället för kulpets. Det gör vi redan med t.ex. dödsorsaksintyggen. (ID2613)

II.D.2.3. - Mer utrymme för fri text

Ett gemensamt problem för alla kundgrupper var att skrivfälten i e-intyget bara tillät ett begränsat antal tecken som gjorde att läkare upplevde att de inte fick plats att skriva nödvändig information. De lämnade två typer av önskemål relaterade till detta problem.

II.D.2.3.1. - Antalet tecken i rutor

Ett återkommande önskemål från läkare var att begränsningen av antal tecken i e-intygets fält skulle ökas eller tas bort helt.

Tag bort maxantalet bokstäver per ruta i det elektroniska intyget. (ID2510)

Alldeles för liten ruta för aktuella förhållanden och det är ej längre möjligt skriva ytterligare på separat papper. FK vill ha utförlig info men för liten plats att skriva. Gör elektroniska intyget svåränvänt. Svårt även följa ett förlopp då info från tidigare intyg försvinner. BÖR ÄNDRAS!!!! STOR BRIST!!! (ID2344)

II.D.2.3.2. - Inkludera extra blad i e-intyget

Flera läkare önskade också att det skulle finnas ett extra blad i e-intyget där de kunde utveckla sig när så behövdes. Medan en del läkare skrev att det inte fanns något extra blad, så skrev andra att sådant extra blad fanns, men att det inte gick att bifoga e-intyget.

Tyvärr finns det inga fortsättningsblad för kompletterande information när det man vill beskriva så tydligt som möjligt inte ryms i avsedd plats. (ID4695)

Vidare är Sjukintygen inte utformade för att kunna beskriva och förklara psykiska tillstånd. Antalet tecken som får skrivas i varje ruta är alltför begränsat för att det ska gå att ge en uttömmande bild till en person utan kunskap och inlevelseförmåga om tillståndet. I mitt journalsystem fungerar det inte att skriva på extrasidor. Dessa försvinner och kan inte länkas till intyget. Förändra intyget så att det blir användbart också för oss som ska skriva det. (ID2405)

Det fanns önskemål om att extra blad ska ligga antingen direkt i e-intyget eller som en länkbar bilaga som följer med när e-intyget skickas.

II.D.2.4. - Kunna kopiera text till och i e-intyget

Läkare inom kundgrupp SUSSA men framförallt VITS rapporterade problem med att de inte kunde kopiera text mellan olika e-intyg, inom ett och samma e-intyg samt text från journal till e-intyg. Dessa moduler behöver justeras så att de kan ta emot kopierad text.

II.D.2.5. - Sparfunktioner

Ett stort problem för läkare var att deras utkast på e-intyg inte sparades, och det fanns två typer av önskemål för att lösa detta.

II.D.2.5.1. - Knapp för att spara utkast

Några läkare beskrev att det inte gick att spara utkast på e-intyg, något som de lämnade som förbättringsförslag att ändra på.

Man kan inte "spara" information på läkarintyget (FK 7263) och komma tillbaka till intyget senare, dvs att gå "ur" journalen och komma tillbaka till intyget. Intyget måste "skickas" direkt när man fyllt i intyget. (ID3753)

II.D.2.5.2. - Automatisk sparfunktion

Ett återkommande problem var att de uppgifter som fyllts i e-intyget samt i kompletteringar i fråga/svar-modulen försvann vid automatisk utloggning eller när läkare klickade på en annan flik i modulen eller journalen. Detta innebar för läkare inom alla kundgrupper, men i synnerhet SUSSA och VITS, att införd text eller hela det påbörjade e-intyget försvann. Här föreslogs istället att det borde finnas automatisk sparfunktion.

II.D.2.6. - Signera och skicka

Framförallt inom kundgrupp VITS beskrev läkare att det krävdes många klick för att hantera sjukskrivning av patient via e-intyget.

Fylla i många rutor och ca 30 klick på musknappen totalt, för att fylla i, spara, signera, skriva in kod, tacka ja till att skicka till FK och att patienten accepterar detta, skicka och sedan skriva ut intyget till patienten. Otroligt tidsödande. (ID4070)

Det tycks som att antalet klick borde vara möjliga att minska betydligt.

II.D.2.6.1. - Signering bara en gång

Läkare uppgav att de behövde signera flera gånger, vid inloggning, vid ivägskickande samt vid utskrift. Ett förslag var att de bara skulle behöva signera e-intyget en gång.

II.D.2.6.2. - Delegera signeringsrätt till medicinska sekreterare

Det är vanligt att läkare dikterar anteckningar och intyg, som sedan transkriberas till journalen av medicinska sekreterare. Den transkriberade anteckningen eller intyget hamnar sedan i läkarens signeringslista för signering. Sedvanliga anteckningar brådskar ofta inte att signera, då de i vissa journalsystem låser sig automatiskt för redigering efter några veckor. För e-intyg som behöver skickas iväg krävs dock läkarens elektroniska signering, innan e-intyget kan skickas, vilket fördröjer handläggningen.

Mitt förslag till socialstyrelsen har sedan länge varit att ge signeringsrätt till sekreterarna som skriver intygen. Om så dikterar vi intygen, de skriver dem och signerar dem (genom vår delegering). Vinsten blir att FK får intygen direkt. Patienten får intyget direkt och de behöver inte ligga i läkarnas signeringskorg i dagar - veckor så att FK hör av sig och pat hör av dig. Alla vinner på förslaget, men enligt socialstyrelsen gick det inte att delegera signeringsrätt av sjukintyg. (ID7320)

I ovanstående citat föreslår en läkare att läkare bör kunna delegera signeringsrätt till medicinska sekreterare. Ett argument för detta skulle kunna vara att signeringen i detta fall enbart fyller en administrativ funktion, så länge e-intyget inte avviker från det dikterade.

II.D.2.6.3. - Signera och låt patient skicka

Läkare menade att det borde vara möjligt att välja om läkaren eller patienten själv skulle skicka iväg e-intyget.

Att det inte går att ändra hur man skickar intyget. Dvs om pat gör det själv eller ej. (ID7273)

II.D.2.7. - Utskrifter

Det framkom olika problem relaterade till utskrifter som läkare önskade skulle åtgärdas.

II.D.2.7.1. - Spara utkast och skriv ut

Ett påtagligt systemfel som framkommit av en del läkare är att patientens medgivande krävs för att skicka iväg e-intyg å ena sidan, men att det å andra sidan inte går att skriva ut e-intyget för patienten att läsa igenom och godkänna innan det skickas till Försäkringskassan. Det måste vara möjligt för alla läkare att kunna spara ett utkast, skriva ut det (med alla ifylld information) för godkännande och korrektur innan det skickas. En annan orsak till att kunna spara och signera, men inte skicka iväg är vid de sjukskrivningar under 14 dagar då Försäkringskassan inte ska handlägga ärendet.

(I Take Care) Måste skickas till FK innan de kan skrivas ut och ges till pat. Det borde vara tvärtom, att man kan skriva ut dem och ge dem och sedan skicka dem om pat vill det. (ID6488)

Önskar gärna draga ut intyget på papper för att finslipa o korrigera innan jag skickar det. (ID748)

II.D.2.7.2. - Skicka och skriv ut

Läkare tillhörande kundgrupp TakeCare, SUSSA samt VITS beskrev att det krävdes många klick för att skicka och skriva ut e-intyget. Sammanfattningsvis var önskemålen att kunna skicka och skriva ut papperskopia samtidigt, samt att kunna skriva ut en vanlig samt en sekretesskopia/arbetsgivarutskrift samtidigt.

Det krävs många onödiga klick, särskilt när man ska skriva ut intygen (man måste tex klicka två gånger på skriv ut-knappen och sen ett ytterligare ok). Tidigare slapp man godkänna med id-kort och kod, detta tar extra tid. Alla små extra klick och moment stjälar tid från patienten och viktigare arbete. (ID6711)

Men inte så smidig, man behöver vänta på överföringen och det tar flera steg att skriva ut en kopia, respektive två olika varianter... borde finnas optionen automatisk kopia av båda versioner: eftersom dem efterfrågas regelbundet av patienterna. (ID2989)

Onödigt många knapptryckningar. Omöjligt att välja både sekretessutskrift och utskrift av fullständigt intyg. (ID7394)

II.D.2.7.3. - Flexiblare arbetsgivarutskrift

Läkare inom kundgrupp TakeCare beskrev att det saknades information i arbetsgivarutskrifter, och det var en varierande skala från att det saknades enstaka uppgifter som diagnos eller elektronisk signering upp till att e-intyget var helt blankt. Att e-intyget inte innehöll några, eller knappt några, uppgifter alls tillhörde de vanligare kommentarerna. Å andra sidan fanns läkare som inte kunde välja en arbetsgivarutskrift med sekretess.

Mina patienter har hiv men vill inte att arbetsgivaren ska få veta det för då får de sparken. Jag tvingas ljuga på blanketten. Borde vara olika blanketter till FK och till arbetsgivare. Sekretess saknas. (ID2651)

Läkarna som beskrev dessa problem lämnade inte konkreta förslag på hur arbetsgivarutskrift istället borde se ut, men en samlad bild skildrar ett önskemål om mer flexibilitet i val av information i arbetsgivarutskrift.

II.D.2.8. - Bekräftelse på att e-intyg och kompletteringar skickats och tagits emot

Ett återkommande problem i alla kundgrupper var att läkare inte fick bekräftelse på att e-intyget hade skickats. Det skapade förmodligen mest osäkerhet, men det fanns också exempel på att e-intyget inte kom fram till Försäkringskassan.

Vill få feedback på att intyget är "framme" hos FK! (ID2909)

Man vet aldrig om intygen går iväg till FK går inte att kontrollera annat än att ringa. (ID3198)

Att få en bekräftelse på att e-intyget är skickat skulle också kunna göra att läkare lättare upptäcker att e-intyget inte blev skickat, när de trott att det var den funktionen de klickade i.

Många klick!! "Signera" och "spara" funktion - man tror då att intyget är skickat till FK vilket det inte är. (ID874)

II.D.3. - Enklare e-intygsmallar

En mycket vanligt återkommande kommentar var att läkare önskade förenklade e-intygsmallar i syfte att förenkla sjukskrivningsarbetet samt för att göra det mer jämlikt.

Fler mallar, tillgängliga för alla för mer jämlik sjukskrivning! (ID6847)

II.D.3.1. - Diagnosspecifika mallar

Det fanns olika former av önskemål inom alla kundgrupper om att det skulle finnas diagnosspecifika e-intygsmallar, och några skrev att de redan hade sådana. Dessa kommentarer var mycket positiva till mallarna.

I journalsystemet finns även intygsmallar för vanliga diagnoser, med förfyllda formuleringar kring funktionsnedsättn. osv. Detta är mycket bra och uppskattat! Uppsala, Akademiska sjh, ortopedkliniken. (ID5339)

Vi har standardiserade mallar för sjukskrivning av vanligare tillstånd. Det är EXTREMT bra såväl för kompletta intyg som för rättssäkerheten för patienten. (ID6847)

II.D.3.1.1. - För de vanligaste diagnoserna

Några läkare skrev att de önskade e-intygsmallar för vanliga diagnoser där frågorna i e-intyget var anpassade efter diagnosen.

Det vore önskvärt att frågorna i intyget anpassades till diagnosen. (ID397)

Att kunna välja ett sjukintyg med förvald diagnos och sedan bocka i vad jag anser uppfyller intyget. (ID6858)

Jag arbetar med patienter med akut hjärtinfarkt och önskar att det finns en färdigskriven mall för 'standardsjukskrivning' så att jag slipper svara på frågor som är irrelevanta. Likaså för pat som är by-opererade. (ID2067)

Det fanns också de läkare som hade sett e-intygsmallar där text från FMB fylldes i automatiskt då diagnoskod skrevs in i e-intyget, och önskade sig en sådan integrerad version.

Har sett system där beslutsstöd automatiskt fylls i då diagnoskod lägges in. Sparar MYCKET tid! (ID6128)

II.D.3.1.2. - Utifrån typ av klinik

En del läkare uttryckte att de önskade standardiserade e-intyg som var mer anpassade efter typ av klinik de arbetade på.

Man borde kunna göra egna/klinikgemensamma mallar för standardsjukskrivningar där man bara kompletterar med patientspecifik info för att få bättre / mer fullständiga underlag. (ID5053)

Sjukskrivning är något som patienten ofta tar upp i slutet av besöket och då finns ingen tid kvar till detta. Lång tid att skriva intyget även för en enklare åkomma och 7 dagars SS (när pat varit hemma en vecka redan). Enklare intyg för kortare SS-perioder vore bra! 'automatisk SS' / mycket kort intyg för ineliggande patienter vore bra. Naturligtvis kan man inte jobba om man är inlagd på sjukhus. Vissa patienter kan sedan återgå till arbete direkt och då behövs ingen fortsatt SS, men vissa patienter behöver fortsatt SS och då får intyg skrivas då. (ID7627)

II.D.3.2. - Inför fler kryssalternativ

Ett återkommande önskemål var att det skulle införas kryssalternativ i e-intyget. De vanligaste argumenten för detta var att det skulle spara tid och att det skulle bli mer likvärdiga och rättssäkra bedömningar.

Det tar tid att fylla i hela sjukintyg, ett färdigt flervalssalternativ i de flesta frågorna vore av värde. (ID6090)

II.D.3.2.1. - Diagnosspecifika kryssalternativ

Flera förslag lämnades om att det skulle införas kryssalternativ kopplat till diagnos, och flera av läkarna som lämnade dessa önskemål relaterade detta till att det skulle bli mer likvärdiga bedömningar.

Som det är nu påverkas bedömningarna av hur skicklig läkaren är att formulera sig eller klippa in rätt ord från FMB, inte särskilt objektivt i mina ögon. Mest likvärdiga sjukintygsbedömningar skulle man få om resp diagnos skulle medföra ett antal ja/nej-frågor för läkaren att besvara. (ID2638)

Det skulle finnas mallar för sjukskrivning relaterat till diagnos så att man bara kunde kryssa i det som är aktuellt och gradering. Dock även med möjlighet att skriva i fritext när saker behöver förtydligas. Det känns som om FK fäster stort vikt vid att rätt ord, rätt termer och ibland även rätt ordföljd används för att intygen ska godkännas. Dessutom skulle det spara tid både för oss som utfärdar intyg och för FK som ska bedöma dem. Vi har mycket annat som också måste göras! (ID2234)

Att Socialstyrelsen fortsätter sitt arbete med att integrera FMB och ICD på ett binärt sätt i intygen så att vi läkare kan kryssa i intygen. Kör över Försäkringskassan och återställ ordningen i Socialdepartementet. (ID3260)

II.D.3.2.2. - För olika typer av funktionsnedsättning

Ett önskemål var att e-intyget skulle föreslå olika funktionsnedsättningar att välja mellan.

Eftersom jag arbetat länge med företagshälsovård där depression och utmattningsyndrom är vanliga sjukskrivningsdiagnoser vore det bättre med speciella intyg där man bara kunde kryssa i rutor för funktions- och aktivitetsersättning eftersom det tar för lång tid att skriva! (ID266)

Exempel på funktionsnedsättningar utifrån diagnoser i form av kryssrutor där ifyllning av dessa gör att fält fylls i med aktuell funktionsnedsättning. Detta för att göra intygen rättssäkra och standardiserade eftersom de ändå granskas av jurister snarare än människor med empati eller värderfarenhet! (ID6771)

II.D.3.2.3. - För säker eller osäker bedömning

Ett önskemål var att det infördes en kryssalternativ för om läkarens bedömning var säker eller inte, för att urskilja de sjukskrivningsärenden som behövde mer utredning än andra.

Föreslår två rutor på intyget: Säker bedömning Ja/Nej Osäker bedömning Ja/Nej Fokusera därefter utredande åtgärder på de osäkra bedömningarna! (ID3820)

En återkommande kommentar från läkare var även att de menade att de inte hade kompetens att bedöma arbetsförmåga och att de hade svårt att kunna beskriva detta i intyg. En läkare menade att det i svårbedömda fall skulle vara möjligt att kryssa i att arbetsförmåga inte varit möjlig att bedöma.

Min önskan är att försäkringskassan själv utreder arbetsförmågan i samtliga fall där det finns oklarheter kring detta. Jag som läkare har inte kompetens att bedöma arbetsförmågan och hälso- och sjukvården har ej resurser att utreda detta. Det borde finnas en kryssruta på sjukintyget där man kan välja att arbetsförmågan ej går att bedöma vilket skulle (i ett önskvärt scenario) initiera en utredning via försäkringskassan. (ID114)

II.D.3.3. - Återinför förenklade intyg

Under en period fanns ett förenklat intyg för sjukskrivning. En del läkare hänvisade till detta och önskade att ett sådant infördes igen för mer självklara och enklare sjukskrivningar av patienter.

Återinförande av någon form av förenklade sjukintyg önskas. Det var mycket bra. Det försvann. Har ingen uppfattning att jag utfärdade intyg mer liberalt då. (ID5359)

Enkla intygen gjorde fantastisk skillnad i mitt arbete. Ortopediska skador är oftast ganska självklara sjukskrivningsfall och då ska det vara enklare att fylla i intygen. (ID5553)

Ta tillbaka de förenklade 'E-intygen'. Sluta ifrågasätta kortare förlängningar av sjukskrivningar efter operativa åtgärder. (ID6729)

Följande kommentarer relaterar till detta, det vill säga, önskemål relaterade om e-intyg anpassade för olika längd på sjukskrivningen.

Ser också ett behov av mer anpassade intyg, ex ett enkelt intyg för dag 1-30, ett mer detaljerat för dag 31-90 och därefter ytterligare ett för långtid. Där kunde också en bättre dialog föras kring vad som är gjort och vad som bör göras. (ID4514)

Det vore önskvärt med förenkling av läkarintyget för sjukskrivning för kortare perioder. T.ex. sjukskrivning upp till 14 dagar. Borde i sådana tillfällen kunna räkna med diagnos, sjukskrivningsgrad och sjukskrivningsperiod. Känns meningslöst att beskriva funktionsnedsättning och förväntad återgång i arbete för t.ex. akut övre luftvägsinfektion. Tar endast onödig tid! Förslaget som skulle komma förra året där man bara skulle skriva e var bra. Beklagligt att det inte blev verklighet. (ID6700)

II.D.3.4. - Förenkla förlängningar

Läkare inom kundgrupperna TakeCare och SUSSA beskrev att det inte gick eller att det var svårt att skapa redigerbar kopia av ett tidigare e-intyg när en sjukskrivning skulle förlängas och de efterlyste enkla sätt att göra förlängningar.

II.D.3.4.1. - Tydligare instruktion hur enkel förlängning kan göras

Flera läkare inom kundgrupp SUSSA beskrev att det var krångligt att hitta sättet att förlänga från journalen och en uttryckte en önskan om en tydligare instruktion.

Svårt att hitta bland andra intyg. En självinstruerande hur man gör om man vill förnya sjukskrivning med föregående sjukintyg. (ID6064)

II.D.3.4.2. – Kunna skapa redigerbar kopia av tidigare e-intyg

Läkare inom SUSSA önskade kunna förlänga e-intyg skrivna av läkare vid andra kliniker, men hade inte tillgång till att komma åt dessa e-intyg.

Kopia på intyg från andra kliniker tex kirurgi borde finnas tillgängliga för kopiering vid förlängning av sjukskrivning digitalt. Intyget är ju patientens, ska följa patienten och inte behandlande enhet. Det skulle vara en förbättring. (ID3509) SUSSA

II.D.3.4.3. – Kunna skapa redigerbar kopia även vid nya versioner av e-intyget

Socialstyrelsen ändrar regelbundet läkarintygets innehåll. I samband med det uppdateras e-intygsmallen. Ett problem som uppstår för läkare vid dessa uppdateringar är att när läkare vill skapa en redigerbar kopia av ett tidigare e-intyg, så går inte det, eftersom den aktuella e-intygsmallen ser annorlunda ut. Detta skapar mycket merarbete för läkare.

I och med att intygen ändras årligen (obetydliga förändringar) går det ej att kopiera och fylla i ändringar utan man måste skriva helt nya intyg på kroniskt sjuka patienter med liten förändring över tid i arbetsförmåga. Tar mycket tid som skulle kunna användas bättre till patientarbete. (ID2802)

II.D.3.4.4. - Enklare e-intyg under rehabiliteringsperiod

Vi sysslar med rehabilitering. Vi önskar ett enkelt intyg under rehabiliteringsperiod och snabb hantering av intyget. Stora nuvarande problem med FK stör rehabilitering och gör det ibland omöjlig att rehabilitera patienter. (ID492)

II.D.3.4.5. - Kunna ändra namn på utfärdare vid kopior av kollegors e-intyg

Ett problem som läkare inom kundgrupp TakeCare beskrev när de skulle förlänga en sjukskrivning med hjälp av att skapa en redigerbar kopia av patientens tidigare e-intyg, var att den tidigare utfärdande läkarens namn inte gick att ändra till det egna namnet i den nya kopian.

II.D.3.5. – Övriga önskemål

Nedan listas ytterligare grupper av önskemål inom kategorin *Enklare e-intygsmallar*.

II.D.3.5.1. - Ny ruta för läkares åtgärd

En läkare önskar en ny standardruta i intyget för vilken åtgärd läkaren gjort för aktuell patient.

Intyget har standardrutor för 'min undersökning', 'min telefonkontakt' och 'journal' men inte för 'Min åtgärd'. (ID322)

II.D.3.5.2. - Intygsmall anpassad för teambedömningar

Det fanns önskemål om att införa e-intyg som är anpassade för teambedömningar för att på ett enklare sätt kunna inkludera teammedlemmars relevanta bedömningar i e-intyget.

II.D.3.5.3. - Använd begrepp som läkare förstår

Ett av de större problemområden läkare beskriver är att läkare och Försäkringskassan talar olika språk, ett tema som syns även när läkare beskriver problem med e-intyget. Läkare önskade att e-intyget skulle utgå från de begrepp som läkare använder, och att det vore naturligt då det är läkare som ska fylla i e-intyget.

Den vanliga blanketten för sjukskrivning är svår att förstå - hur ska man annars tolka att fel info fylls i så att de måste kompletteras gång efter annan? Vi talar inte samma språk som FK - men blanketten speglar bara FK:s syn och terminologi. Läkare är kompetenta och ofta språkbegåvade, men går bet på att fylla i blanketten. Revidera den! Gör den entydig och skriv så sjukvården förstår precis. (ID1496)

Förstår inte rubrikerna i intyget. Varför väljer man att döpa om medicinska begrepp såsom status mm och kalla det för nåt som vi läkare inte förstår? Är det nån annan profession som utfärdar intyg? Använd vår nomenklatur. Ingen förstår vad som skiljer ruta 4 och 5. Om man vill att vi ska göra bra intyg, anpassa dessa efter oss läkare. (ID1717)

II.D.3.5.4. - Journalanteckning som intyg

En läkare önskade att intyget skulle utgå från en särskild journalmall istället för att ligga i en separat sjukskrivningsmodul.

Man skulle istället skapa en journal där den vanliga journalanteckningen kunde gälla som sjukintyg förutsatt att den infon som erfordras var med i anteckningen. Då slapp man göra om dokumentationen 2 ggr. Dokumentation tar tid. (ID2122)

II.D.4. - Integration av FMB

Inom tema önskemål fanns en kategori som berörde bättre integration av FMB

II.D.4.1. - Länk från journalen till FMB

Läkare efterlyste ett mer integrerat FMB i journalen, exempelvis genom klickbara länkar från journalen för att öka tillgängligheten och användandet av FMB i sjukskrivningsarbetet.

Borde vara tillgänglig via sjukhusets digitala journalsystem. (ID3199)

Det måste integreras till journalsystemet för att bli användbart. Nu vet jag inte i ärlighetens namn var jag hittar det. Har sett det på någon obligatorisk utbildning, men inte använt sedan. (ID4969)

Om det var integrerat i datorjournalen och dessutom användarvänligt skulle man säkert se FMB mer ofta. (ID2893)

II.D.4.2. - FMB i e-intyget

Här fanns två grupper av önskemål

II.D.4.2.1. - Klickbart i e-intyget

Flertalet läkare efterlyste klickbara länkar direkt från e-intyget för att öka tillgängligheten och användandet av FMB i sjukskrivningsarbetet.

Det är önskvärt med en klickbar länk till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i själva sjukintyget (FK7263) för att direkta kunna stämma av planerad sjukskrivning mot detta. (ID5542)

Tiden för pat besök o fylla i ett bra sjukintyg räcker inte till för mig att också ta mig tid att börja använda ett nytt verktyg, hitta länken till beslutsstödet... jag skulle använda den, snabbtitta oftare om den var direkt länk från diagnos koden på sjukintyget. (ID3308)

FMB borde finnas som länk vid relevanta punkter i den elektroniska sjukskrivningsblanketten för snabb tillgång. (ID4823)

II.D.4.2.2. - Automatisk visning av FMB

Andra läkare skrev att de ville ha FMB integrerat e-intyget. Det var framförallt FMBs rekommendationer om sjukskrivningslängd för specifika diagnoser som läkare exemplifierade med att de önskade få upp automatiskt i e-intyget.

Fungerar väldigt bra. Dock hade det varit bra diagnosspecifika färdiga textmallar som man givetvis bör kunna justera från patient till patient. (ID6804)

Enklare access via journalen, intyget. Att man får upp ruta med rekommenderad längd på sjukskrivning så fort man skriver in journalen. Utan att behöva göra ett ytterligare klick. (ID7214)

Jag skulle vilja få fram dem direkt i rutan på blanketten i koppling till frågan gällande om man valt att frånga dem gällande längd och varför. Här måste man slå upp dem för att se om man följt rekommendationerna. (ID7257)

II.D.5. - Kommunikation

Inom kategorin kommunikation inom temat Önskemål för digitalisering, identifierades åtta subkategorier, varav flera har undergrupper av ytterligare önskemål. De flesta subkategorier handlar om kommunikation med Försäkringskassan.

II.D.5.1. - Fråga/svar-modulen bör vara ett ömsesidigt forum för kommunikation

En subkategori innefattade att läkare beskrev att fråga/svar-modulen på olika sätt fungerade som en envägskommunikation för Försäkringskassan att skicka begäran om kompletteringar och frågor till läkare, men att detta meddelandeverktyg inte svarade mot läkares behov.

II.D.5.1.1. - Läkare bör på eget initiativ kunna skicka rättelser och meddelanden

Läkare i kundgrupp TakeCare och Cosmic beskrev det som ett problem att de själva inte kunde initiera en kontakt med Försäkringskassan via fråga/svar-modulen förrän en handläggare hade skickat ett meddelande den vägen.

Utöka fråga/svar hos FK, så att jag kan initiera elektronisk kontakt med handläggare och slippa försök med telefon. (ID6829)

I den nuvarande journalen (webdoc) kan FK skriva frågor till mig och jag kan då svara. Dock kan inte jag skriva en fråga till FK (annat än på sjukintyget) (ID2122)

De önskade kunna initiera en egen kontakt via modulen, något som också potentiellt skulle kunna göra att läkare inte alltid behövde skriva ett helt nytt e-intyg i de fall de glömt skriva något i ett redan i skickat e-intyg.

II.D.5.1.2. - Ge behörighet till alla läkare

Några läkare som hade tillfälliga anställningar och exempelvis AT-tjänstgöring skrev att de hade behörighet att skicka e-intyg, men inte hade behörighet att använda fråga/svar-modulen.

Eftersom jag ej är fast anställd har jag inget idkort i systemet. Jag kan skicka intyg men ej svara på förfrågan om kompletteringar. Måste be kollega om hjälp vilket är irriterande. Ffa när FK frågar om 2-3 veckors sjukskrivning pga anemi med ett H på 90. (ID1443)

Eftersom det sannolikt inte finns några egentliga hinder för att ge läkare behörighet till båda modulerna bör detta åtgärdas.

II.D.5.1.3. - Kontaktuppgift på handläggare

Flera läkare skrev att de fick anonyma begäran om kompletteringar eller att meddelande var underskrivet med ett namn, men inte några kontaktuppgifter.

Har ingen personlig kontakt. I datoriserade system får man själv hålla reda på om FK kräver kompletteringar eller har andra önskemål vilket inte alltid är så lätta hålla reda på. Önskvärt att man får en namngiven person (telefonnummer) på FK som man kan kontakta om man behöver fråga. (ID2478)

II.D.5.1.4. - Frågorna i begäran om kompletteringar måste synas i meddelanden

Många kommentarer handlade om att Försäkringskassans handläggare skickade långa standardtexter där deras frågor till läkaren låg inbakade, vilket gjorde att det var svårt att hitta frågorna. Läkare önskade att frågorna ska vara lätta och utläsa, separat från övriga texter, och konkret utformade så att de förstår frågan. Det fanns även önskemål om att handläggare, om de ska använda standardtexter i sina kompletteringsfrågor, ska ha åtminstone två olika: en för diagnoser där det finns FMB och en för de diagnoser där detta inte finns.

FK kräver ibl. förtydligande där det ej är tillämpligt, verkar inte alltid kunna läsa. Mkt irriterande att det står "v.g. se soc.styrelsens rek..." i varenda förfrågan trots att det inte finns några. Skaffa två kompletteringsförfrågningar - ett med o ett utan denna formulering. (ID 2002)

II.D.5.1.5. - Handläggare bör besvara läkares frågor

En del läkare menade att det upplevdes som ett tvång att besvara frågor från Försäkringskassans handläggare, men att handläggare inte besvarade deras frågor i fråga/svar-modulen.

Om man kryssar i att man vill ha kontakt med FK, eller om man ställer en fråga elektroniskt borde det finnas någon skyldighet för FK att besvara frågan. I dagsläget besvaras 1/20 såna önskemål/frågor. (ID6175)

II.D.5.2. - Få veta att meddelande kommit

Ett återkommande problem var att läkare inte fick veta att meddelanden inkommit i fråga/svar-funktionen. Läkare hade olika typer av förslag på notiser om att meddelanden inkommit, till exempel via brev, e-post eller via journalen.

II.D.5.2.1. - Vill få tydligare notis i journalen vid nytt meddelande i modul

Det fanns många beskrivna problem med att få meddelande i journalen om att det inkommit ett meddelande från Försäkringskassan. Det fanns också de som var positiva till att få meddelandet via signeringslistan i journalen, och det förekom att läkare inom TakeCare önskade en sådan funktion integrerat.

När en handläggare skickar meddelande syns det ej i min vidimeringskorg utan bara inne i journalen. Och man går ju inte in i patienters journal förrän de kommer på eventuellt återbesök. Det vore bra om det kom som en påminnelse via vidimeringskorgen. Och det vore bra om det var lättare att skriva meddelande då det är svårt att få tag på handläggare via telefon. (ID6812)

Andra läkare vill inte ha notiser via signeringslistan, utan ha en särskild meddelandekorg för ärenden som kom från Försäkringskassan eller 1177.

Återkopplingar från FK dyker upp i signeringskorgen, men eftersom vårt rent katastrofala system (melior) numera tar 20-30 minuter i anspråk för att signera en veckas arbete så drar man sig för att gå in i signeringsfunktionen. Då ser man inte fråga från FK och det händer att deadline passeras. En annan typ av meddelande hade löst det problemet, men NEJ, föreslå för guds skull inte mail... Där är det ännu mer fullt. Jag hade velat ha nån annan enkel korg i melior där ärenden från mina vårdkontakter och försäkringskassan hamnade. Det händer också att man inte kan svara på frågorna, av tekniska skäl. Då måste jag diktera ett brev OCH ringa IT-support så de tar bort raden ur signeringsmodulen. Har hänt några grejer. (ID4939)

Läkare inom VITS beskrev å andra sidan att meddelandet bara syntes inuti i e-intyget, som läkare vanligen inte öppnar, och ett förslag var att det skulle finnas en tydligare notisfunktion i journalen.

Jag arb. med PMO. I det system vet jag inte om att FK ville ha kontakt med mig/begär komplettering innan man kommer inte fram på vederb. persons sjuknämningens ärenden till FK, som är ju inte daglig rutin?! Man ville ha gärna ex. blinkande ikon med text: "titta i pers-nr sjuknämningar vid FK". (ID1296)

II.D.5.2.2. - Bör nå klinik, inte enbart enskild läkare

Ett omfattande problem som beskrevs var att fråga/svar-systemet är konstruerat utifrån premissen att läkare alltid är i tjänst för att läsa och besvara meddelanden från Försäkringskassan. Ett säkrare system för meddelandehantering vore att meddelanden går till kliniken, eller enheten, så att meddelanden inte endast hamnar hos en enskild läkare.

Fungerar ej att kommunicera via "fråga-svar" i journalsystemet. Blir onödiga fördröjningar då frågan kommer den vägen - eftersom F-kassan inte vet om man har semester/har slutat eller är ledig/jour. Tyvärr fungerar inte alltid bevakning av signeringskorg i dator. Bättre att kommunikation sker via brev alt. till mottagningen. (ID2783)

Problem när meddelanden skickas och jag är iväg (vilket man är ofta under ST-tiden). Då behöver vi få meddelanden per brev el. telefon. Kollegor kan inte komma åt min meddelandefunktion. (ID5411)

En läkare inom VITS som tycktes tillhöra en enhet där meddelanden syns för hela enheten inuti sjukskrivningsmodulen lämnade ett önskemål om att meddelandena skulle hamna i kronologisk tidsordning för att inte tappas bort.

STORT problem att intygsmodulen inte kan sortera inkomna meddelanden kronologiskt för en enhet, det innebär att meddelanden för äldre sjsk missas. (ID4007)

II.D.5.2.3. - Behöver journalföras

Det åligger all legitimerad personal som för patientjournal inom hälso- och sjukvården att dokumentera uppgifter som är av betydelse för patientens vård och behandling. Sjukskrivning är en del av patientens behandling och relevanta uppgifter i sjukskrivningsärendet ska därför journalföras.

De kommentarer och meddelanden som går mellan läkare och FK behöver lättare kunna ses som del av patientens journal, ser ingen enkel väg att få ut min kommentar till FK från intygssystemet till VAS som vi har i Halland. (ID2983)

I de fall meddelanden sker i sjukskrivningsmodulen utanför journalen bör dessa meddelanden per automatik eller manuellt kunna överföras på ett enkelt sätt.

II.D.5.3. - Kunna välja kommunikationsform med handläggare

En annan subkategori visar att det var vanligt att läkare inte ville få meddelanden från Försäkringskassan i fråga/svar-modulen, utan ville kunna välja andra kommunikationsvägar. En del läkare ville sköta denna kontakt via telefon och andra ville sköta kontakten via post eller e-post.

II.D.5.3.1. - Via post eller e-post

FK skickar ofta pat som budbärare av besked som t ex FK behöver komplett uppgifter, kommer dra in sjukpenning. Inte snyggt! Med till mig fr FK enbart via intygsmodulen fungerar ej, jag kan inte bevaka den kontinuerligt. Behöver medd via mail alt tel/brev. (ID1082)

När FK begär kompletteringar på något sätt via intygsmodulen i journalsystemet kommer ingen avisering till sjukskrivande läkare om man inte åter går in i intygsmodulen, men det gör man ju inte när man väl sjukskrivit patienten. Skulle vara mycket bättre med en avisering via mail när något inte har fungerat, och ofta skriver jag nu specifikt i intygen att jag endast önskar kontakt via mail. (ID4046)

Klumpiga IT-lösningar på mitt sjukhus gör att jag dels inte får någon signal på att FK skickat elektroniskt meddelande om tex komplettering i det datoriserade intygsystemet, dels inte kan läsa meddelandet om jag väl fått reda på att det finns. Systemet i sin nuvarande form är gravt dysfunktionellt o tvingar mina pat att själva förmedla meddelanden från FK till mig. Detta leder till stora fördröjningar, felaktigt uppfattad info o sannolikt onödigt långa intygperioder. Jag arbetar på Sahlgrenska, så är inte ensam om problemet...men ingen tycks ha förmågan att lösa detta trots årtal av påpekanden. Det vore enklare om FK skickade brev eller e-post. (ID4119)

Vid förfrågan från FK syns inte detta på ett tillräckligt tydligt sätt. Man behöver gå in i systemets 'signeringskorg', vilket man inte hinner göra. Förfrågningar kan då missas/fördröjas. Önskar brev istället! (ID4163)

Att ev frågor kring komplettering inte ingår i journalsystemet utan kommer via mail (ID5452)

II.D.5.3.2. - Via telefon

Jag skulle önska betydligt fler direkta kontakter, t ex per tel, skulle förmodligen minska behovet av intygskompletteringar. (ID2221)

Vid begäran om komplettering av intyg inte bara sjukskrivning hade jag önskat direktnummer till handläggaren och lämplig tid att kontakta hellre än brev med begäran om komplettering av tex diagnos, blir trötgt att arbeta så. (ID6093)

Det avgörande problemet är att det inte finns formella muntliga kontakter mellan f-kassan och läkaren. När jag var mer verksam med sjukskrivningar kryssade jag alltid i att kontakt önskades om jag förutsåg en längre sjukskrivning. Eventuella kompletteringar måste i framtiden kunna lösas digitalt med enkla frågor: Jag har läst ditt sjukintyg men efter kontakt med den sjukskrivne undra jag om du kan precisera vad koncentrationssvårigheterna, gångsvårigheterna/tröttheten består av. Då blir det smidigare. (ID1662)

När jag bedömer en patientsituation som självklart handikappande och kompletter. krävs, så upplever jag en, i och för sig naturlig, kompetensklyfta. Det blir ibland en lite tidsödande pedagogisk uppgift för mig att förklara det hela för handläggaren. De skriftliga förfrågningarna via datasystemet är hemska. Kräver romaner. Föredrar att ringa upp handläggarna. Det blir då oftast en trevlig och bra kontakt. (ID732)

II.D.5.3.3. - Ta bort fråga/svar-modulen helt

Många läkare var kritiska till fråga/svar-modulen och några önskade att den skulle tas bort helt.

Tycker man kan ta bort kommunikationsdelen på det elektroniska sjukintyget. Det fungerar inte att försäkringskassan kommunicerar med intygsskrivandet läkare så. Man går inte in och kollar där. Bäst är om det är fel i intyget att försäkringskassan ringer berörd läkare. (ID6282)

II.D.5.4. - Åtgärda tekniska fel i fråga/svar-modulen

Det fanns olika tekniska fel och problem i fråga/svar-modulen som läkare mer eller mindre direkt uttryckte behövde åtgärdas.

II.D.5.4.1. - Signeringslistor ska fungera

Ett av de återkommande tekniska problem som beskrevs var att meddelanden som kom via signeringskorgen antingen inte gick att öppna, inte gick att besvara eller att meddelandena inte gick att få bort från signeringslistan efter att det besvarats.

När FK skickar meddelande om kompletteringar så försvinner förfrågningarna aldrig ur systemet när man väl har kompletterat. Ligger kvar och 'skräpar' i datasystemet dvs går inte att slänga. Ringt systemoperatör som ej hade ngn lösning. (ID2085)

II.D.5.4.2. - Meddelanderutor ska fungera

Läkare beskriver flera tekniska problem med fråga/svar-modulen. Dels att det fanns till synes två rutor att skriva svar i, men att den ena inte fungerade, och dels att läkare blev utloggade under arbetet men utan att det märktes förrän meddelandet skulle skickas.

*I kompletteringsprogrammet blir man utloggad efter en stund utan att det märks och försöker man då skicka iväg kompletteringen försvinner allt man skrivit och går ej att hitta igen!!
Uruselt!! (ID6234)*

När FK ställer en fråga finns det 2 olika svarsfält dels ett övre dels ett nedre. Det är oklart vilket fält som skall användas o ofta fungerar inte den nedre svarsrutan när man trycker på svara. Då vill/försöker man istället skriva in samma text men det går inte att kopiera den text man skrivit in utan man får ägna ny tid med att skriva om i den övre textrutan. Tips: Ta bort det ena textfältet. Övre textruta Fråga FK Frågor från FK => Svar läkare Nedre textfält. (ID1109)

II.D.5.5. - Koppla fråga/svar-modul till tidsbokning i journalen

Ett sätt att komma ihåg att besvara begäran om kompletteringar och också kunna enkelt boka av tid för detta i läkares besökskalender vore enligt en läkare att kunna koppla sjukskrivningsverktyget till journalens tidsbokningssystem.

Web cert kommunikation behöver kopplas till tidbok och bokas in för att ej tappa bort de och ha tid att svar på frågor. (ID4588)

II.D.5.6. - Avstämningsmöten

En subkategori innehöll återkommande önskemål om avstämningsmöten med Försäkringskassans handläggare. En del läkare menade att de tidigare hade haft sådana, men att handläggare nu uppgav att de inte längre hade tid för avstämningsmöten.

Avstämningsmötena 'försvann' för något år sedan, och därefter är kommunikationen med FK enbart via deras förfrågningar. Därmed har också möten med AF och arbetsgivare försvunnit. Tidigare fungerade avstämningsmötena bra, och man kunde komma fram till en rehabilitering. (ID1382)

Sällan problem med kommunikationen med FK vid avstämningsmöte som dock blivit mycket sällsynta tyvärr. Även på telefon går det bra när man väl får tag i handläggaren. Mycket knöligt och frustrerande med kommunikation genom Fråga/svars funktionen i elektroniska sjukintyget. Då pratar FK gärna byråkratspråk. (ID1573)

Önskar fler avstämningsmöte FK hinner ej med. (ID1650)

Problemet med okunniga och stressade FK-handläggare nämns nästan aldrig. Inte heller att metoden envägskommunikation (kompletteringar) är mycket sämre än dialog mellan pat, FK, vården och arbetsgivaren där alla hör vad den andre säger (avstämningsmöte). (ID2024)

Upplever generellt att samverkan fungerar mycket bättre genom personlig kontakt, avstämningsmöten, telefonsamtal osv. Kontakt enbart via korrespondens och blanketter tidskrävande och leder ofta till missförstånd. (ID2995)

II.D.5.7. - Information till patienter om Mina intyg i 1177

Läkare beskrev att det pågick ett dubbelarbete med att skriva ut papperskopior till patienterna delvis beroende på att patienterna inte hade kunskap om funktionen i Mina intyg i 1177.se. Läkare upplevde att de inte hade tid att vara den som på korta patientbesök ska informera patienter om funktionen.

Man måste ändå skriva ut läkarintyg till patienten för lämna den till arbetsgivare. Hinner inte att förklara till patienten att de kan hämta på FK hemsida eller de har ingen skrivare för att skriva ut det. (ID6543)

Ett indirekt uttryckt önskemål kan därför sägas vara att läkare önskar att patienter får information om Mina intyg i 1177, då det skulle kunna minska läkares arbete med att skriva ut e-intyget till dem.

II.D.5.8. - Anslut arbetsgivare och Arbetsförmedling till e-intygssystemet

I en sista subkategori inom temat önskemål, så förekom att läkare tyckte att e-intyget fungerade så bra att de ansåg att även arbetsgivare och Arbetsförmedling borde anslutas till e-intygssystemet.

Det vore ännu bättre om även arbetsgivarna kunde anslutas till detta system på något vis, så att papper kunde elimineras även gentemot dem. (ID6307)

III. Samverkan med Försäkringskassan

I denna studie ingick det inte att analysera läkares synpunkter på samverkan med Försäkringskassan, med undantag för hur detta fungerade rent digitalt.

I analyserna av de öppna svaren blev det dock snart klart att synpunkter på FMB, på digital tillgänglighet av FMB i journalsystem, på integration av läkarintyg i journalsystem etc, etc, ofta var starkt sammanvävda med synpunkter om Försäkringskassans sätt att arbeta och om samverkan med Försäkringskassan. Det fanns en stor mängd öppna svar om detta. Några av de uttalandena kunde identifieras som egna subkategorier eller grupper inom område I eller II. Flertalet hörde dock inte dit. Med terminologin vi använder här för de kvalitativa analyserna framstod detta istället som ett tydligt och eget område, område III som vi valt att kalla Samverkan med Försäkringskassan. Däremot har vi inte gjort noggranna analyser av kommentarerna vi lagt i det området utifrån den analysen, vad avser teman, kategorier, subkategorier, etc. Det innebär att vi inte heller har analyser om de skiljer sig från de öppna svaren om samverkan med Försäkringskassan som analyserades i en delstudie om slutna och öppna svar i 2012 års enkät (78).

Övergripande avseende detta område III kan sägas att i flera av de öppna svaren framgick det att de negativa eller mycket negativa synpunkterna på FMB handlade om hur Försäkringskassan använder FMB – det vill säga, inte om FMB i sig. Detsamma gällde synpunkterna på elektronisk överföring av läkarintyg och fråga/svar-funktionen. Ett stort antal synpunkter om detta handlade inte om systemet i sig utan om hur det användes av Försäkringskassan. Ett exempel är att läkaren fick, vad som upplevdes som standardiserade frågor som skickades utan att de hade relevans för sjukskrivningsärendet. Ett annat exempel är hur Försäkringskassans upplevs ha använt möjligheten att skicka elektroniska meddelanden via fråga/svar-modulen. Data innehåller många fler exempel inom detta område III, och analyser för att identifiera teman och kategorier inom området skulle troligen ge användbar kunskap. Självklart finns det då behov av att även få motsvarande synpunkter och upplevelser från Försäkringskassans handläggare.

Det finns flera tänkbara teman som kommer fram i kodningen och analyserna där det är viktigt att betona att dessa inte i sig har undersökts. Exempelvis på aspekter är läkares beskrivning av att Försäkringskassans sätt att använda FMB, har inneburit att många läkare upplever att de inte längre kan använda varken sedvanligt medicinskt språk och inte heller ”vanlig svenska” eftersom de menade att handläggare avslår ansökan om sjukpenning om läkare inte använt de särskilda ord och begrepp som återfinns i FMB.

Vanliga uttryck om FMB var att läkare önskade ”Att FK ska sluta läsa dem som fan läser bibeln.” (ID6820) och läkare som kommenterade att ”det som en gång var rekommendation har nu blivit lag hos FK handläggarna” (ID 370).

Jag önskar att man på FK tar det som en rekommendation inte som lagregel vi är inte likadana vi människor all bedömning måste vara individuell (ID480)

Dom är LAGREGLER för FKs personal trots att det anges att dom är riktlinjer. Skrämmande! (ID 635)

En mkt vanlig motsättning i kontakten med FK handlar om det försäkringsmedicinska beslutsstödet som utfärdats av Socialstyrelsen. Där är Socialstyrelsen väl medvetna om att beslutsstödet inte kan ses som ett regelverk baserat på diagnoser eftersom Socialstyrelsen vet att sjukskrivningen till syvende och sist handlar om den individuella medicinska bedömningen. Den

bedömning som görs av varje läkare i kontakt med den enskilda patienten. Man får säga. Generaliserade bedömningar gör sig icke besvär. En patient med hjärtinfarkt behöver si många veckors sjukskrivning och en annan patient med hjärtinfarkt behöver så många. Den här nyanserade synen på det försäkringsmedicinska beslutsstödet har dock inte gått fram till (de medicinska amatörerna) på FK, som använder beslutsstödet som försök till slagträ varje gång i kommunikationen med oss läkare. I stort sett samtliga krav på komplettering har innehållit en hänvisning till beslutsstödet. Detta blir en stor irritationsfaktor för en kompetent utövare av läkaryrket med en lång erfarenhet av sjukskrivningsbedömningar. (ID976)

Min erfarenhet från FK-kassans handläggare är att de ser beslutsstödet som direktiv, ej riktlinjer. Bedömningen av en enskild patient kan ju avvika från beslutsstödet men det är svårt att få gehör för detta. I dessa situationer blir beslutsstödet en belastning i stället för en tillgång. (ID1022)

Tyvärr har det blivit som vi/jag befarat. FMB har inte blivit en guide utan en absolut sanning och handläggare på FK tolkar den så. Detta leder till att FK säger till pat att "läkarintyget inte räcker" och massor av kompletteringar från min sida. (ID3629)

Alltså syftet med beslutsstödet som stöd åt läkare är bra men användningen av FK handläggare som någon sorts standardiserad regelbok för överprövning av läkares bedömningar har blivit helt fel. (ID4095)

Andra läkare menade att en del av de kompletteringar som begärs från handläggare är rent språkliga, det vill säga att språket inte följt FMBs språk.

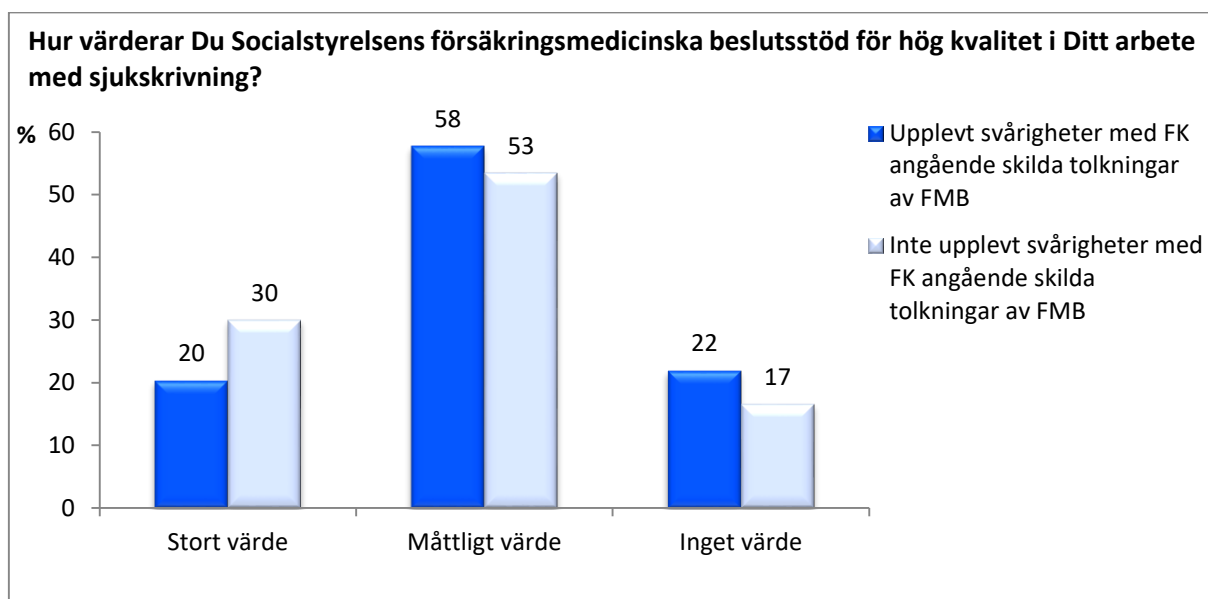
Största problemet för oss är att handläggarna på FK inte kan någonting medicinskt och begär kompletteringar som bara innebär en ny skrivelse som förklarar samma sak med andra ord, Jag upplever att det avgörande för om intyget blir godkänt är min stilistiska förmåga och jag har lärt mig använda vissa nyckelord och begrepp som jag vet brukar gå igenom. (ID 2628)

Det verkar som om FKs handläggare fått förhållningsorder om att strikt följa beslutsstödet bokstavliga tolkning och ha uppfattningen att sjukdom kan mätas på en arbiträr skala. Dessutom har man infört graderingar av tillstånd som inte motsvaras av vedertagen medicinsk diagnostik, men som av tjänstemännen hanteras som överordnad den senare. Jag uppfattar det som kunskapsförakt att en enda sammanfattande skrift (beslutsstödet) upphöjs till den enda sanningen, överordnad all sammanvägd medicinsk, och bio-psyko-social bedömning. (ID1794)

...men de saknar delvis verklighetsförankring. Mest uppenbart att det i de övergripande principerna står: 'Traditionella sjukdomsdefinitioner som fokuserar på iakttagbara förändringar på organnivå är också uppenbart otillräckliga', men samtidigt verkar FK:s handläggare besatta av objektiva statusfynd, och ignorerar mer eller mindre resten av intyget. (ID7693)

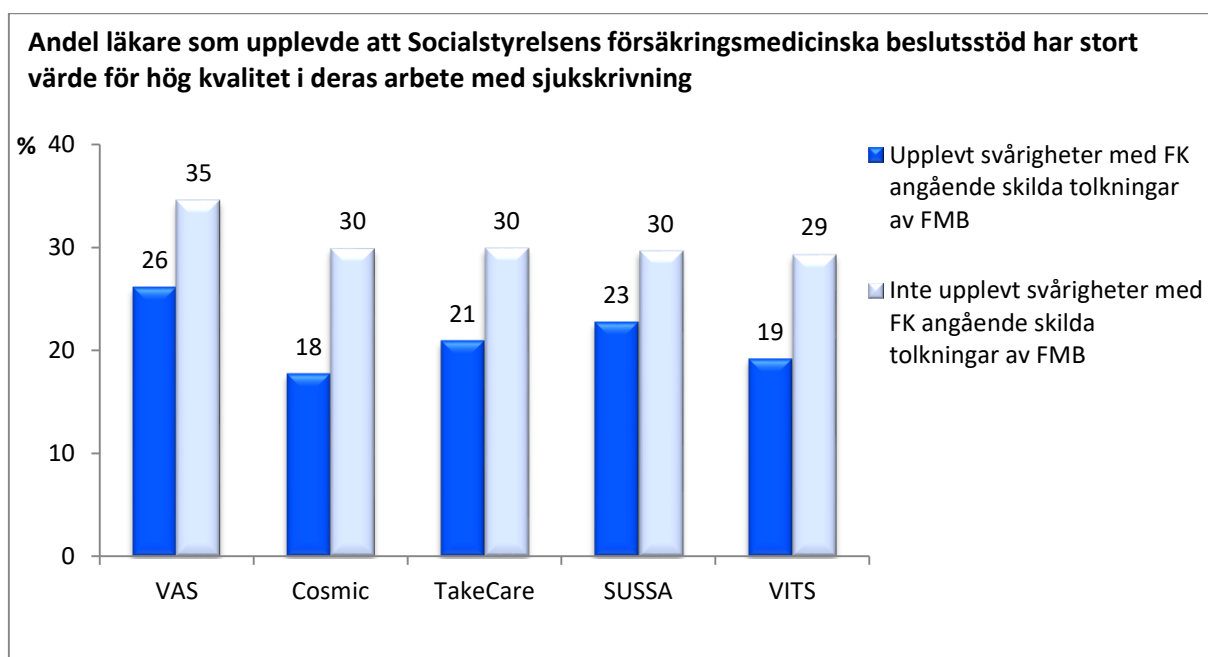
I enkäten fanns ett flertal slutna frågor om läkares samverkan med Försäkringskassan (4). Vi har ovan, för område I och II presenterat resultat från några av de frågorna. Här presenteras resultat från ytterligare två sådana slutna frågor.

I Figur 35 framgår att bland de läkare, som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB, svarade en mindre andel läkare (20 %) att FMB har stort värde i deras arbete med sjukskrivningsärenden. Motsvarande andel var betydligt större: 30 procent bland de läkare som inte upplevt sådana svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.



Figur 35. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.

I Figur 36 visas motsvarande andelar uppdelat på de fem kundgrupperna avseende att anse att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort värde. Båda grupperna inom VAS ansåg att beslutsstödet har stort värde i större utsträckning än inom de andra fyra kundgrupperna.



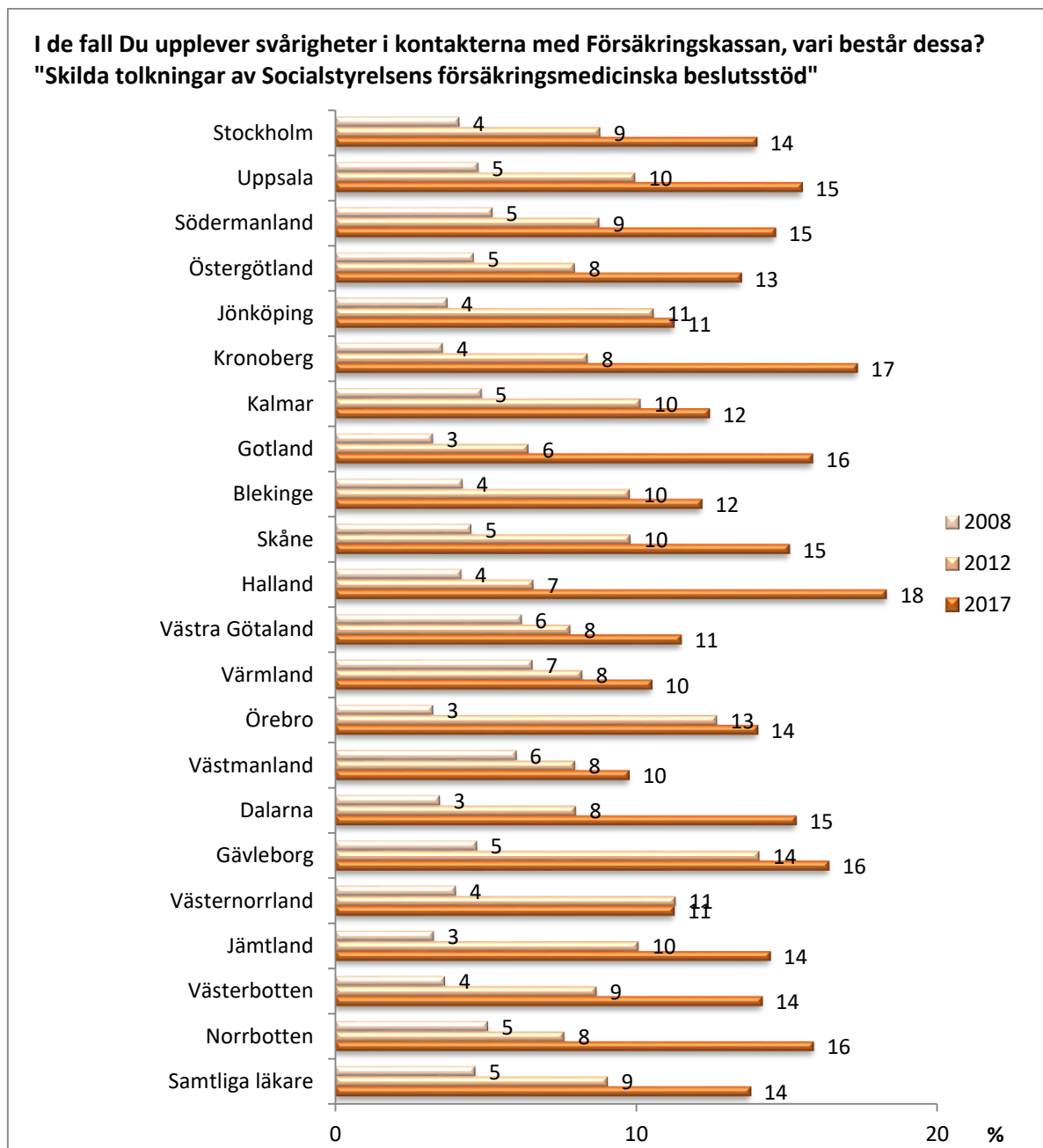
Figur 36. Andel (%) läkare i respektive kundgrupp som upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort värde, uppdelat på om läkaren upplevt eller inte upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.

Som Figur 37 nedan visar ansåg mellan 13 och 17 procent av läkarna i de olika kundgrupperna att ”Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.



Figur 37. Andel (%) läkare som uppgav skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.

Figur 38 visar att en större andel läkare år 2017 ansåg att ”Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan jämfört med de tidigare två enkätåren.



Figur 38. Andel (%) läkare som uppgav skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting, för var och ett av enkätåren 2008, 2012 respektive 2017.

Ett citat som illustrerar en annan aspekt ges här:

Inom min sub-specialitet där jag jobbar med endometriosis saknas vetenskapligt stöd och råd kring hur man ska sjukskriva (dessa är dock på väg). Jag får på varje intyg förklara vad sjukdomen är, vad den innebär för pat, vad man kan förvänta sig för prognos, förklara varför pat ej är helt smärtfri efter operation etc. På varje intyg! Detta är mycket tidskrävande. Varför inte lita på den sjukskrivande läkaren? (ID3691)

Ytterligare dimensioner

Utöver den dimension av resultaten som omfattar de tre områdena (I. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, II. Digitala system och III. Samverkan med Försäkringskassan) framkom ytterligare tre tydliga dimensioner som finns som ett genomgående stråk i kommentarerna. Dessa handlar om rättssäkerhetsaspekter, tid samt uttryck för emotioner. Nedan nämns dessa tre kort.

Rättsosäkerhet

Rättsosäkerhet eller risk för rättsosäkerhet var en dimension som återkom ofta i analyserna. Ibland låg det som en outtalad konsekvens av beskrivna problem, men relativt ofta beskrev läkare också mer uttalat att de problem de nämnde innebar eller kunde innebära rättsosäkerhet för patienten. Det gällde framförallt två aspekter

- De tekniska problemen rörande elektronisk överföring av e-intyg. Det handlade dels om tekniska problem avseende ifyllande av e-intyget, att systemen låste sig och att e-intyg försvann, att begäran om kompletteringar inte nådde läkare, att det inte gick att besvara begäran om information mellan läkare och Försäkringskassans handläggare, kunde leda till att ingen inom sjukvården såg Försäkringskassans begäran om komplettering, alternativt inte såg det i tid, alternativt att läkarens meddelande eller intyg inte nådde Försäkringskassan
- Att Försäkringskassans handläggare tolkar text och rekommenderade tider i FMB som regler och lagtext. Här handlade det om att handläggare inte godkänner individuella bedömningar trots att intentionen med FMB varit att rekommendationerna ska vara underlag för just individuella bedömningar. En rättsosäker konsekvens var att läkare inte valde att sjukskriva patienter på korrekt diagnos, utan valde diagnos utifrån hur generösa sjukskrivningstiderna var formulerade i FMB. En annan konsekvens var att Försäkringskassan beviljade sjukpenning utifrån att ”rätt” ord och synonymer från FMB använts, och inte efter vad läkare innehållsmässigt skrev i intyget.

Tid

Olika aspekter av tid går igenom ett stort antal av kommentarerna inom de olika områdena och temana. Tre olika aspekter framkommer:

- Problem med FMB, med digitala lösningar samt i kontakten med Försäkringskassan ledde till att hanteringen av sjukskrivningsärenden tog alldeles för mycket tid.
- Läkaren hade inte tid till kompetensutveckling inom området, t.ex. att sätta sig in i FMB eller hur de digitala systemen fungerar. Läkare önskade få detta – och att det i vårdorganisationen avsattes tid för detta.
- De digitala systemen och FMB sparade tid.

Emotioner

En ytterligare dimension var att många läkare uttryckte starka emotioner i sina kommentarer. De handlade ibland om lättnad och glädje över sådant de fann positivt, men betydligt oftare om irritation, frustration, förtvivlan, förakt och ilska och fanns för samtliga tre områden; de försäkringsmedicinska beslutsstöden, de digitala aspekterna och samverkan med Försäkringskassan. Nedan ges ett axplock av exempel.

Man får alltid ångest för hur det kommer att krångla med FK efteråt den dagen man sätter upp pat. för operation. (ID6095)

...och det är SÅ ENERVERANDE. Jag förväntas logga in i detta system, som ett av många icke integrerade system och jag hinner icke detta!!! FK fattar ej detta o skickar meddelanden som jag ej ser, om kompletteringar mm. Patienten kommer i kläm!! Försenas och är ytterligt kasst! (ID5697)

Jag upplever att det är många nya handläggare på FK som är väldigt nitiska och ifrågasätter saker som jag efter 15 år i yrket kan. Det gör mig också stressad och frustrerad att prata med 22-åringa handläggare som själva inte träffat patienten om bedömningar. (ID4477)

Trots att jag då gör en utförlig beskrivning av varför jag bedömer att arbetsförmågan är nedsatt under längre tid än vad socialstyrelsens råd säger så ifrågasätts min bedömning nu. Jag har 2,5 år kvar till pension men har starka övervägande att sluta på min arbetsplats och börja som hyrläkare och jobba 3 veckor på olika ställen för att komma ifrån detta stora arbetsmiljöproblem som jag anser FK skapar med sin totala brist på inlevelseförmåga. (ID1155)

De är direkt löjväckande. Att ens komma på något så korkat kan bara göras av obegåvade kollegor utan klinisk erfarenhet och ffa empati. Skapade av kollegor som inte orkar med patientkontakter. Flyr in i någon byråkratisk organisation för att de inte orkar. Varje engagerad, intresserad, nyfiken, receptiv, någorlunda begåvad doktor, vet följande; en stukad fot kan gå över på en dag. Eller så haltar men ett halvår. Patienter varierar näst intill det obegripliga. Vissa har en förmåga att klara vad som helst avseende stress. Andra är inte så väl rustade. På vanlig svenska så finns det människor som är sköra. Att koka ihop någon så obegriplig, så ovetenskaplig sörja, gränsar till brottslighet. Att därefter sätta det i händerna på en samling utbildade tomtar på FK. Då har man passerat gränsen. Säpo bör bli inblandad. (ID1460)

Fyrkantig skit som inte har ngt med medicinsk bedömning att göra. Om det är som det står i dessa meningslösa dokument så skulle aldrig det goda samtalet eller medicinsk bedömning behövas av kunnig läkare. Sätt en maskin eller vaktmästare till att sköta det istället!!! (ID 3113)

Att jag ska behöva ägna timmar av mitt arbete till sådant här är ett resursslöseri som är måttlöst, utan rim och reson. Man kan bli förtvivlad för mindre. (ID 1192)

Det är värsta problemet med sjukskrivning är felaktiga förväntningar hos patienten, arbetsgivaren, anhöriga och kollegor av andra yrke i teamet. Ofta känner jag mig tvingad till vissa sjukskrivningar. Alltid blir det konflikter och en massa negativ energi när jag försöker följa beslutsstödet. (ID4354)

Något mycket irriterande är den formulering i brev till patienter som Fk använder när de begärt komplettering - en formulering som antyder att om bara läkaren gjort jobbet tillräckligt bra så skulle ersättning betalas ut. Patienter ringer ofta och säger ungefär: Du måste skriva om intyget, det dög inte. Vid fler tillfällen har jag varit med om detta, när alla relevanta uppgifter faktiskt funnits på intyget, dock inte med exakt beslutsstödet formulering. (ID 1794)

Som läkare skall jag sitta på 2 stolar, både som pats biträde men samtidigt företrädare FK vilket är mkt svårt då pat tror att ex avslag på sjukskrivning beror på att jag som läkare skrivit ett dåligt intyg. SLUTA SKRIV detta till patienterna! När en pat får avslag på ersättning måste det framgå att avslaget beror på att pats sjukdom ej uppfyller kriterierna för ersättning, inte att intyget på något sätt är undermåligt. FK försätter läkare i en situation med oändliga, nästan till slut påhittade statusfynd, för att intyget skall godkännas eftersom problemet utmålas som läkarens "fel". (ID6226)

Avslutande kommentarer

Sammanfattning av resultaten ges i rapportens sammanfattning, sidan 2.

Här ges några kommentarer till metod och resultat.

I denna studie har vi analyserat såväl slutna som öppna svar från läkare från hela landet och från samtliga typer av kliniska verksamheter där sjukskrivningar ingår i arbetsuppgifterna. Fokus har varit på läkarens erfarenheter och synpunkter avseende två områden, dels (I) Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, dels (II) digitala system för hantering av sjukskrivning och läkarintyg. Omfattande kvantitativa och kvalitativa analyser av den stora datamängden har genomförts.

Vi fann att de försäkringsmedicinska beslutsstöden används och uppskattas av majoriteten av läkare samtidigt som förbättringspotentialen är stor. Vi fann också omfattande missförstånd kring beslutsstöden, missförstånd som inneburit en negativ syn på att använda dem.

Även e-intyget och integreringen av det i journalen används och uppskattas av majoriteten av läkare. Ett stort antal kommentarer med önskemål om förbättringar lämnades dock, som underlag för åtgärder. Den mängd tekniska problem som beskrevs med de digitala systemen i hälso- och sjukvården förefaller ta mycket tid och kraft. Förbättringspotentialen är påtaglig.

Kommentarer om metoden

Denna enkät och de två motsvarande som genomfördes år 2008 respektive 2012 (2-4) är de hittills, utan jämförelse absolut största om läkarens arbete med sjukskrivning av patienter, även internationellt (16). Att samtliga läkare vid kliniker som har sjukskrivningsärenden, och inte ett urval, inkluderades är en styrka.

Svarsfrekvensen år 2017 var 54 procent, vilket är något lägre än de 58 procent som svarade 2012 (3). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier (86, 87). Under datainsamlingsperioden kontaktades vi av många läkare som berättade att de hade fått ett stort antal andra enkäter att besvara under samma tidsperiod, vilket minskade deras beredvillighet att svara. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen, trots ett mycket omfattande frågeformulär med 133 frågor, kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget ämne. Av Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) framgår det dock inte alltid vilken typ av verksamhet läkare arbetar inom, vilket innebär att ett för oss okänt antal läkare som inte skulle ha fått enkäten kan ha fått den. Det innebär till exempel att en del laboratorieläkare kan ha fått den och avstått från att svara då de inte arbetar med sjukskrivningar, vilket i så fall påverkar svarsfrekvensen.

Som oftast i enkätstudier var svarsfrekvensen högre bland kvinnor och bland äldre personer. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att unga läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har nåtts av inbjudan att delta, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

Vi har erhållit avidentifierad information angående de som besvarat enkäten. Det innebär att vi inte haft möjlighet att kontakta de läkare som inte svarat för att ta fram ett underlag för bortfallsanalys av eventuella skillnader i svarsmönster mellan dem som inte svarade jämfört med dem som svarade. Vi vet alltså inte om de som inte svarade till exempel upplevde hantering av sjukskrivningsärenden som problematisk i större eller i mindre utsträckning än de som svarade. Dock kan det anses vara ett tillräckligt stort antal läkare som deltagit varje år för att ge underlag för åtgärder.

För några slutna enkätfrågor jämförde vi även svaren med de från tidigare enkäter. Urvalet har varierat något mellan enkätåren, vilket innebär att vi i de jämförelserna bara har inkluderat de grupper där alla fått frågorna alla år (4).

Några av frågorna i enkäten hade kunnat vara mer specifikt utformade. De öppna svaren visar att det exempelvis var svårt för läkare att bedöma vad som avses med att ett e-intyg är integrerat i journalen. Räcker det med att det finns en länk från journalen? En del läkare skrev vilka journalsystem eller fråga/svar-funktioner de hade, medan andra inte gjorde det. Det innebär att det kan vara svårt att tolka och förstå vissa beskrivningar, då läsaren inte vet vilket datasystem som avses, eller hur designen är uppbyggd. Resultatens uppdelning i kundgrupper gav dock en övergripande, och ibland en mycket tydlig bild av att problemen var av skilda slag i olika kundgrupper. Resultat relaterat till kundgrupp påverkas av hur långt man kommit med integreringen inom respektive system. Medan kundgrupp TakeCare fortfarande befann sig i en process av integrering av e-intyget i journalsystem under datainsamlingsperioden maj-oktober 2017, så visar resultaten på jämförelsevis stora problem med den genomförda integreringen inom kundgrupp VITS.

Under analyserna togs flera beslut om *avgränsningar*. Självklart handlar läkarnas öppna svar om många andra aspekter än de två områden (I och II) som omfattas av denna studie och dessa aspekter har inte ingått i kodningen och de fortsatta analyserna. Som framgår av resultatdelen framkom i analyser av kommentarer inom de två områdena att ytterligare ett område var närvarande, nämligen Samverkan med Försäkringskassan (III). Detta eftersom en mycket stor del av läkarnas öppna svar om FMB respektive digitala system var nära sammanvävda med uttalanden om Försäkringskassan, det vill säga, det var inte alltid tydligt vad som handlade om FMB och vad som handlade om Försäkringskassans hantering av FMB. När läkare till exempel skrev om "Försäkringskassans FMB" eller att problemen med FMB snarare var hur handläggare vid Försäkringskassan uppfattades använda FMB, behövde detta hanteras i analyserna. I analyserna fördes dessa typer av uttalanden över till ett nytt område III; Samverkan med Försäkringskassan. Det finns ett mycket stort antal andra kommentarer om Försäkringskassan och kontakter med Försäkringskassan som inte har inkluderats i kodningen av de öppna svaren i denna studie. Detsamma gäller kommentarer där FMB figurerar men fokus i kommentaren till exempel är att läkaren föreslår att någon annan profession ska ta över hantering av sjukskrivningsärenden, snarare än att ge synpunkter på just FMB.

De öppna svaren är ett synnerligen rikt och omfattande material som kan ligga till grund för flertalet kommande studier, ur olika perspektiv och med olika frågeställningar.

I frågeformuläret användes på några ställen förkortningar, för att minska textmassan som den deltagande läkaren skulle behöva läsa. Exempel på sådana förkortningar är FK för Försäkringskassan, rehabkoordinator för rehabiliteringskoordinator och FMB för försäkringsmedicinska beslutsstödet. Förkortningen FMB användes på fem ställen, på de första två ställena förklarades förkortningen, men inte på de tre nästkommande. Samtliga dessa tre förkortningar förekom på samma sida i pappersformuläret, och förkortningen var förklarad högst upp på den sidan. Trots det har några personer frågat vad förkortningen betyder. Möjligen har detta gjort att vi missat några kommentarer om FMB. Andra har i sina kommentarer själva använt förkortningen.

Ambitionen med enkätens konstruktion var att läkare skulle ha möjligheter att ge synpunkter om både det försäkringsmedicinska beslutsstöds övergripande principer och om de diagnosspecifika rekommendationerna (FMB). Därför fanns det slutna och öppna frågor om båda dessa delar av beslutsstödet. Det framkom dock i de öppna svaren att läkare inte alltid kände till de övergripande principerna eller skillnaden mellan dessa och de diagnosspecifika. Flera tolkade frågan om de övergripande principerna som att den gällde de diagnosspecifika. Det framkom till exempel i kommentarer på frågan om de övergripande principerna, att de inte finns för vissa diagnoser. Det innebär att andelen som uppgav att de kände till de övergripande principerna kan vara en överskattning.

Det finns många olika sätt att kategorisera och benämna aspekter av betydelse inom de två stora områden vi studerat här. De benämningar vi här använt för teman respektive kategorier har i första hand baserats på ordval i enkäten och i de öppna svaren. Några kategorier förekommer inom mer än ett tema, till exempel att inte ha tid. I ena fallet, är det en kategori om att inte ha tid att läsa de

övergripande försäkringsmedicinska principerna i andra fallet handlar det om uttalanden om önskemål om tid för kompetensutveckling när det gäller FMB.

Enkäten besvarades under perioden maj-oktober 2017 och resultaten gäller alltså förhållanden för FMB och digitala system under denna tidsperiod eller tidigare. Vissa förändringar av dessa har skett sedan dess.

Samtliga resultat gäller läkares erfarenheter av och syn på de studerade aspekterna. Motsvarande synpunkter från Försäkringskassans och andra hälsoprofessioner skulle ge en annan, kompletterande bild, liksom synpunkter ur ett patientperspektiv. Som komplement ges här ett citat ur ett patientperspektiv, från en av deltagarna, när det gäller läkares tidsbrist, hur det var när hen själv träffade sin läkare för förlängning av sjukskrivning.

När jag träffar min egen läkare i primärvården, sker det bara när sjukskrivningen behöver förlängas. Han har inte tid med mer än så. Han är empatisk och vill väl, men överbelastad. Vi går mycket kort igenom vad som hänt sedan sist, men hinner inte gå in på djupet med något. Sedan plockar han fram sjukskrivningsblanketten och börjar slipa på formuleringarna, frågar mig om det fortfarande stämmer och jag försöker förtydliga, men han kan inte lyssna, för han är inne i hur han skall formulera sig. Sedan kräver jag att få prata kort om sådant jag tycker saknas i min rehab eller aktuella problem, han vrider sig i stolen och vill gå vidare till att boka återbesöks tid om 4 månader (för om den inte bokas direkt kommer det inte finnas möjlighet att ses). Mötet avslutat. Tror inte det hade gynnat vår relation om han dessutom vore tvungen att läsa riktlinjerna för att få fram om det var 3 eller fyra månader jag kunde vara helt sjukskriven och om det var 50 eller 75% en standardperson borde vara sjukskriven vid det här laget. Han behöver möjlighet att se mig oftare, inte bara då jag behöver förlänga sjukskrivningen. Han behöver hinna gå på utbildning om min diagnos, om rehab och ha tid att samordna min rehab med övriga inblandade. Men så ser inte verkligheten ut, så jag driver min rehab själv. Dock har inte alla sjukskrivna läkarutbildning. (ID 5418)

Kommentarer om resultat

Läkarnas beredvillighet att använda sin fritid till att dela med sig av sina erfarenheter avseende arbetet med sjukskrivningar genom att svara på enkäten och även att i så stor utsträckning komplettera svaren med ytterligare synpunkter är slående. Vi tolkar detta som att man upplever området som angeläget och problematiskt och att det finns stora behov av åtgärder och förbättringar.

En mycket vanlig kommentar var att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska rekommendationer inte tillåter en individuell bedömning av patientens behov av sjukskrivningstid och -grad. *Detta är anmärkningsvärt, eftersom det inte stämmer.* I de övergripande principerna (5) framgår det tydligt att ”bedömningarna måste vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd.” (5, sid 18). Det står även i de övergripande principerna att:

*Den del av beslutsstödet som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser ska vara en vägledning för läkare och för Försäkringskassans tjänstemän i arbetet med sjukskrivning. Att de är vägledande betyder att de ska tolkas och användas utifrån de unika förutsättningar som råder i varje situation där sjukskrivning är aktuell. Rekommendationerna skall tillföra kompletterande information till både individ och läkare. **Läkarens slutliga bedömningar måste ske individbaserat och med respekt för individens integritet och unika förhållanden.** Bedömningar måste göras på ett sådant sätt att de är tydliga, transparenta, och begripliga för den enskilde. Avsteg ifrån rekommendationerna bör motiveras och dokumenteras. Det finns en individuell spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga. Detta kan vara grund för avsteg. Samsjuklighet kan vara en annan (5, sid 10, vår fetning av text).*

Vikten av den individuella bedömningen nämns (och nämndes) även i många av de diagnosspecifika beslutsstöden (t.ex. i beslutsstöd för: Bröstcancer, Prostatacancer, Depressiv episod, Recidiverande depression, Ångest, Stressreaktion, Parkinsons och MS), dock inte i alla diagnosspecifika beslutsstöd.

Även om möjligheten för och vikten av individuell bedömning kan lyftas mer i FMB är brist på text om detta troligen inte huvudorsaken till läkarnas uppfattning av bristande möjligheter för

individ Anpassning. En betydande orsak är sannolikt de erfarenheter läkarna redogjorde för av hur FMB används av Försäkringskassan: som 'regler' eller 'lag' snarare än som rekommendationer.

Liknande resultat framkom i analyserna av de öppna svaren från läkare i den förra motsvarande läkarenkäten år 2012 (78). I den studien var fokus i analyserna på läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, dvs inte alls samma fokus som i denna studie. I analyserna identifierades nio olika teman av problem i kommunikationen med handläggare på Försäkringskassan samt i det bemötande som läkare upplevde från Försäkringskassan. Några av dem stämmer överens med resultaten från denna studie. Ett exempel på detta är att inom ett av de nio teman som identifierades i den studien, nämligen Rättsosäkerhet, var en kategori att "Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används som lag", en annan att "Vissa nyckelord 'måste' användas" i intygen. Under andra kategorier så som "Svårt att förmedla information via FK's blanketter" och "Bristar i systemet för elektronisk kommunikation" framkom redan då problem med att läkaren dels inte får information om att det kommit frågor från Försäkringskassans handläggare via fråga/svar-funktionen och dels att det inte går besvara frågorna. Ytterligare problem som framkom redan 2012 och som berör rättssäkerhet var kategorin "För lite utrymme att skriva på" som i föreliggande studie visar är ett hinder för läkare att lämna viktig information (78, sid 11). Det får ses som anmärkningsvärt att så allvarliga problem fortfarande, fem år senare, förekommer i så stor utsträckning som resultaten från den senaste enkäten antyder.

Närmare hälften av läkarna (46 %) svarade att det var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att handläggare "efterfrågar 'objektiva medicinska fynd' där sådana ej kan observeras vid undersökningen". Det fanns i kommentarerna många beskrivningar av vad som uppfattades som orimligheter i dessa frågor. En konsekvens av detta var kommentarer med önskemål om att i FMB beskriva vad som avses med objektiva fynd för olika diagnoser – flera av dem var möjligen ironiska.

Att bedöma konsekvenser av en sjukdom eller skada för en individs funktion är ibland möjligt med de instrument för detta som tagits fram (12, 88). Däremot saknas bra instrument för att bedöma hur olika funktionsnedsättningar påverkar aktivitetsbegränsning respektive arbetsförmåga. Detta är ett problem inom hälso- och sjukvård och inom försäkringsorganisationer inte bara i Sverige utan även internationellt. Vi har ännu inga bra lösningar på detta även om diskussionen om hur man bör hantera detta kommit betydligt längre under de senaste årtiondena. FMB är ett instrument som kan underlätta men den nuvarande bristen på evidensbaserade metoder gör att problematiken kommer att kvarstå länge.

Över hälften av läkarna sade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att handläggare "begärde onödiga kompletteringar av deras intyg". Andelen läkare som upplevde detta har ökat betydligt de senaste nio åren. Eftersom begäran om kompletteringar sker via fråga/svar-funktionen kan en del av våra resultat om betydligt högre andel läkare som reagerat på vad de upplever som 'onödiga' begäran om kompletteringar, möjligen förklaras av att det förekommer fler förfrågningar som ett resultat av fler sjukskrivningsärenden (89). Det är dock knappast troligt att de mycket kritiska och skarpa kommentarer som fanns om innehållet i Försäkringskassans begäran om kompletteringar enbart kan förklaras av den beskrivna ökningen. Vi fann exempel i alla tre områden som kan vara bidragande orsaker till läkarnas upplevelser att arbetet med kompletteringar försvårats. Samverkan och problem kring kompletteringar behöver studeras djupare, utifrån olika aspekter.

Sammantaget visar resultaten att e-intygets och fråga/svar-funktionens användbarhet för läkare behöver förbättras för att underlätta användandet av det. Samtidigt ger studien en bild av att läkare med tidigare goda erfarenheter av samverkan med FK nu saknade – och önskade – personlig kontakt med handläggare, åtminstone via telefon. Hur olika typer av kontakter behöver ske för att främja en god samverkan är något som behöver studeras vidare.

I en studie av texterna för de diagnosspecifika beslutsstöden framkom att språket kring flera neurologiska diagnoserna skilde sig från språket i andra diagnoser, vilket kan innebära att det varit svårare för icke medicinskt skolad personal att förstå allvarlighetsgraden i många neurologiska

diagnoser (36). En slutsats som drogs i den studien var att detta kan vara en möjlig orsak till att så stor andel av neurologerna svarat att de har olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (4). Detta kan också ha samband med nästa aspekt:

I tidigare studier har det framkommit att Försäkringskassans handläggare borde använda sig mer av den medicinska kompetens som finns inom Försäkringskassan som stöd för dem i deras arbete, nämligen de försäkringsmedicinska rådgivarna (78). Kommentarererna i denna rapport tyder på att detta fortfarande är fallet. Läkare beskriver att de lägger mycket tid på att beskriva medicinska aspekter för handläggare. Även en annan studie, från 2012 har påpekat detta problem (90).

Läkarna beskrev i sina öppna svar flera positiva aspekter av de digitala systemen, liksom ett stort antal utmaningar i arbetet med dem.

Bredvid FMB torde ICF och digital integrering av texter från ICF kunna vara en möjlighet att underlätta för läkare i skrivande av läkarintyg (91). Detta nämndes i några få kommentarer.

Förbättringsförslag

De slutsatser som presenteras här baseras på de problem och de önskemål som läkare har beskrivit i studien. Det är dock viktigt att betona att vi separerat läkares uttryckta önskemål från de slutsatser som studien resulterar i. Slutsatserna utgår från en samlad och övergripande analys av potentiella förbättringsområden, och är inte uppdelade efter exempelvis kliniker eller kundgrupper. Analyserna visar att presenterade problem, behov och utvecklingsområden inte förekommer i alla kundgrupper, och inom några kundgrupper kan en del av problem som beskrevs i enkätsvaren år 2017 ha hunnit åtgärdats sedan dess.

FMB och de övergripande försäkringsmedicinska principerna

Det fanns omfattande önskemål om att diagnosspecifika rekommendationer (FMB) tas fram för flera diagnoser samt om utförligare och förtydligande texter i FMB. En hel del av de kommentarerna innehöll också önskemål om information för att handläggare vid Försäkringskassan ska kunna förstå vissa grundläggande förhållanden, såsom att 'objektiva medicinska fynd' inte alltid är möjligt att beskriva eller att samsjuklighet kan ha betydelse för funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. Det vill säga, man önskade inte denna information i FMB för egen del – detta upplevdes vara självklarheter för läkare – utan som information till Försäkringskassans handläggare.

Sammantaget visar resultaten på några utvecklingsområden av FMB:

- Uppdatera FMB kontinuerligt, baserat på ny kunskap och klinisk praxis
- FMB för fler diagnoser samt för samsjuklighet och symptom
- Rätta till nuvarande felaktigheter i FMB
- Inkludera mer detaljerad information om diagnosen, om rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad, samt om bedömning av funktion, aktivitet och arbetsförmåga
- Ge fler exempel, t.ex. på 'normalt förekommande arbete' och om vad som krävs i olika yrken
- Lägg till om hälsofrämjande aspekter av arbete och om att byta arbete
- Var tydligare med att individuella bedömningar ska göras
- Lägg till information om alternativa ersättningar såsom förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappersättning
- Enklare struktur på hemsidan och bättre sökfunktion
- Visa revisionshistorik för FMB
- System för att informera läkare och andra om revideringar av FMB
- Informera och utbilda om FMB – gäller läkare, annan sjukvårds- och försäkringskasspersonal, patienter och allmänhet

Flera kommentarer gällde utbildning om FMB, att detta behövs - under läkarutbildning på olika nivåer, för läkare som utbildats utomlands, för andra professioner inom sjukvården och i andra organisationer, såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedling, samt information till patienter och till allmänheten om FMB. Olika former för utbildningar behövs och ansvariga inom vården måste skapa förutsättningar för läkare och andra att tillägna sig sådan kompetens.

Digitaliseringen och det elektroniskt överförbara intyget

Några övergripande reflektioner kring resultaten avseende digitalisering är att landets läkare arbetar i många olika journalsystem där integreringen av e-intyget tycks ha fungerat olika bra. Att det finns så många olika system försvårar möjligheten att få en enhetlighet, förbättra prestanda och för att effektivisera uppdateringar och resurser.

Läkarna pekade på en rad olika förbättringsområden av teknisk art. Att systemen behöver bättre prestanda, åtgärder av buggar som försvårar ifyllande av e-intyg, förbättrad överföring mellan sjukskrivningsmodul och journalsystem, bättre möjligheter att kopiera, etcetera. Sammantaget illustreras några prioriterade åtgärdsområden som skulle kunna förenkla läkares arbete med e-intyg. Utan att bli alltför detaljerad är dessa förslag:

E-intyget

- Enklare inloggning i extern e-intygsmodul genom förinställda val av t.ex. arbetsplats
- Enklare intyg för korta sjukskrivningsärenden
- Inför diagnosspecifika e-intyg för de vanligare diagnoserna
- Automatisk överföring av patientuppgifter och diagnos från journalen
- Extra fält för tilläggsdiagnoser
- Kalenderfunktion för val av datum
- Utöka antalet tecken som kan skrivas i fritext-fält
- Utveckla fler kryss-svarsalternativ för standardiserad bedömning och enklare ifyllande
- Möjlighet till extra blad samt att bifoga bilaga länkat till e-intyget
- Automatisk visning av kortare texter från FMB i e-intygets rutor. Länk till FMB för mer detaljerade fördjupningar
- Kunna skapa redigerbar kopia för enkel förlängning av en patients tidigare sjukskrivning
- Kunna spara och skriva ut utkast av e-intyg, för korrektur och godkännande från patient

- Elektronisk signering endast en gång, samtidigt som e-intyget skickas elektroniskt
- När e-intyget skickas, möjliggör val av kombinerad knapp med 'Skicka och skriv ut till arbetsgivare', med kryssalternativ för vilken information som ska synas i utskriften
- Bekräftelsesignal när e-intyget är skickat
- Kunna begära läsbekräftelse för att veta att e-intyget respektive meddelanden nått fram
- Utveckla möjlighet för läkare att signera e-intyget och skicka det elektroniskt till patienten för godkännande och insändande till FK via 1177
- Automatisk journalanteckning där diagnos, längd och grad på sjukskrivningen framgår

Kommunikation med Försäkringskassan

- Lös problemet att Försäkringskassans begäran om kompletteringar via fråga/svar-funktionen inte alltid upptäcks
- Möjlighet att lägga in e-post-adress i fråga/svar-modulen till vilken noteringar om inkomna meddelanden skickas
- Kunna stänga av möjligheten för Försäkringskassan att skicka meddelande i fråga/svar-funktionen och istället hänvisa till andra kontaktuppgifter
- Att meddelanden inte kan skickas anonymt från Försäkringskassan, kontaktuppgifter ska automatiskt synas
- Tydligare mall för meddelanden från Försäkringskassan där frågor separeras från allmän information
- Längre öppettider hos Försäkringskassan

Kommunikation med patient och arbetsgivare

- Informationssatsning om 1177 och Mina intyg, exempelvis genom broschyr som kan förmedlas till patienter
- Utred möjligheten till att ansluta arbetsgivare och/eller arbetsförmedling till e-intygssystemet

Organisatoriska förutsättningar i form av tid och fungerande digitala system behövs

Kommentarer om tid eller snarare om brist på tid återkom ofta för samtliga studerade områdena. Tid behövs bland annat för att:

- sätta sig in i FMB, de övergripande principerna, och de digitala systemen
- i mötet med patienten, för att bedöma funktion, arbetsförmåga och diskutera konsekvenser av sjukfrånvaro och ta fram en handlingsplan för vad som ska ske under eventuell sjukfrånvaro, skriva intyg etc
- ibland för kommunikation med andra aktörer, såsom andra hälsoprofessioner, arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, etc.

Att organisera vården så att dessa förutsättningar finns att utveckla, vidmakthålla och tillämpa professionalitet i det försäkringsmedicinska arbetet är ett ledningsansvar (4, 27, 75, 92).

Figur- och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.....	22
Figur 2. Andel (%) läkare som mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	23
Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på åldersgrupper.	31
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på specialister och icke-specialister.	32
Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.	32
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på kundgrupper.	33
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	34
Figur 8. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på kundgrupper.	35
Figur 9. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på åldersgrupper.....	35
Figur 10. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på specialister och icke-specialister.	36
Figur 11. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på hur ofta de hade sjukskrivningsärenden.	36
Figur 12. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning. .	37
Figur 13. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	38
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.	38
Figur 15. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.	40
Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på specialister och icke-specialister.	41
Figur 17. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på åldersgrupper.	41

Figur 18. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på kundgrupper.....	42
Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.....	43
Figur 20. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	45
Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde att ”ni tycks tala olika språk” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.....	48
Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde att ”ni tycks tala olika språk” var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	49
Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på åldersgrupper.....	57
Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på specialister och icke-specialister.....	58
Figur 25. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på hur ofta de har sjukskrivningsärenden.....	59
Figur 26. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på kundgrupper.....	59
Figur 27. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på om de bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av FMB minst en gång i veckan eller mer sällan än en gång i veckan.....	60
Figur 28. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	61
Figur 29. Andel (%) läkare som uppgav respektive svarsalternativ på frågan om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.....	99
Figur 30. Andel (%) läkare som uppgav respektive svarsalternativ på frågan om elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt är integrerat med deras journalsystem, år 2012 respektive 2017.....	100
Figur 31. Andel (%) läkare som uppgav att det är svårt att förmedla information via FKs blanketter som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.....	128
Figur 32. Andel (%) läkare som uppgav att det är svårt att förmedla information via FKs blanketter som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting.....	129
Figur 33. Andel (%) läkare som uppgav att FK begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper.....	130
Figur 34. Andel (%) läkare som uppgav att FK begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting.....	131
Figur 35. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.....	163
Figur 36. Andel (%) läkare i respektive kundgrupp som upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort värde, uppdelat på om läkaren upplevt eller inte upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.....	163

Figur 37. Andel (%) läkare som uppgav skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kundgrupper. 164

Figur 38. Andel (%) läkare som uppgav skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på landsting, för var och ett av enkätåren 2008, 2012 respektive 2017. 165

Lista över tabeller

Tabell 1. Svansfrekvens (%) år 2017 uppdelat på kön respektive åldersgrupper. 15

Tabell 2. Studiepopulation, svansfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017..... 15

Tabell 3. De frågor som analyserats i studien, deras respektive svarsalternativ, det interna bortfallet för respektive fråga, samt vilka enkätår även tidigare års resultat presenteras för. 16

Tabell 4. De fem kundgrupperna och vilka landsting som ingår i var och en av dem, samt andel deltagare från respektive landsting inom var och en av kundgrupperna. 17

Tabell 5. Svansfrekvens (%) uppdelat på kundgrupper. 17

Tabell 6. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting. 20

Tabell 7. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på kundgrupper. 21

Tabell 8. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning. 21

Tabell 9. De tre områdena av öppna svar respektive teman inom var och ett av områdena. 24

Tabell 10. De fyra teman (A-E) och deras kategorier och subkategorier inom område I, det försäkringsmedicinska beslutsstödet. 25

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på landsting..... 26

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på kundgrupper. 27

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning. 27

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av de läkare som kände till dem som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på åldersgrupper, specialister och icke-specialister samt hur ofta de har sjukskrivningsärenden. 28

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning. 31

Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting. ... 33

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) de använde, uppdelat på typ av klinik/mottagning. 39

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) de använde, uppdelat på kundgrupper. 40

Tabell 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats

respektive Arbetsförmedlingen, samt med minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	44
Tabell 20. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	57
Tabell 21. Subkategorier och grupper inom kategorin ”Uppdatera FMB”, den största kategorin inom tema Önskemål om beslutsstöden, område I, Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.	73
Tabell 22. De fyra teman (A-D) och deras kategorier och subkategorier inom område II, Digitala system.	95
Tabell 23. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting.	96
Tabell 24. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	97
Tabell 25. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på åldersgrupper, specialister och icke-specialister samt hur ofta de har sjukskrivningsärenden.	98
Tabell 26. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som uppgav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på kundgrupper.	99
Tabell 27. Kategorier och subkategorier inom tema Önskemål, område II, Digitala system.	143

Referenslista

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsen H, Söderberg E. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
2. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, Skånér Y, Söderberg E, Södersten E. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
3. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
4. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.
5. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. ICF International Classification of Functioning, Disability and Health Short version. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
7. Brage S, Donceel P, Falez F. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. Disability and rehabilitation. 2008;30(18):1392-6.
8. ICF klassificering av Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010.
9. Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder - ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
10. Fresk M, Arrelöv B, Skånér Y, Backlund L, Nilsson G. ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. Läkartidningen. 2013;27-28(110).
11. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 och 2. Slutbetänkande av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU 2015:21. 2015. Report No.: 2015:21.
12. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademien; 2010. p. 174-95.
13. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
14. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet; 2009.
15. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
16. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
17. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scandinavian journal of primary health care. 2010;28:67-75.
18. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
19. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. The Cochrane Library. 2017.
20. Barth J, de Boer E, Busse J, Hoving J, Kedzia S, Couban R, Fischer K, von Allmen D, Spanjer J, Kunz R. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. Bmj. 2017;356:14.
21. Letrilliant L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. The European journal of general practice. 2012;18(4):219-28.
22. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. Scand J Public Health. 2003;31(6):460-74.
23. Wahlstrom R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices (review). Scand J Public Health Suppl. 2004;63:222-55.

24. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkarens problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
25. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. BMC public health. 2010;10:61.
26. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. Scandinavian Journal of Public Health. 2011;39:245-54.
27. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin: Karolinska Institutet; 2013.
28. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa - en process med stora utmaningar. Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
29. Uppdatering av sjukskrivningsrekommendationer för psykiska sjukdomar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Delrapportering av regeringsuppdraget för försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
30. Informationsspecifikation för Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 2017-11-10.
31. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
32. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010. Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet; 2011.
33. Lynch C. Utvärdering av FMB - Sammanställning av användarundersökningen. Inera; 2017 2017-05-02. Contract No.: Version 1.0.
34. Alexanderson K, Hinas E, Nilsson K. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie år 2016.: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2016.
35. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
36. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
37. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen; 2007.
38. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008. Socialstyrelsen; 2009.
39. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
40. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, diagnosspecifikt.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen.
41. Reed P, editor. The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Singapore: Reed Group Holdings, Ltd.; 2004.
42. Delclos G. Comparative overview of disability guidelines in the United States; part of a workshop titled: Diagnosis-specific sickness certification guidelines/recommendations: their background and implications. 5th European Public Health Conference; 7-10 November 2012; Malta: European Journal of Public Health; 2012. p. 96-7.
43. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. BMJ open. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
44. Intygstjänster 2017. Delrapport 2. Inera; 2017.
45. Jerlwall L, Pehrsson T. eHälsa och IT i landstingen - Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen. 2018 Maj.
46. Digitalisering av Socialstyrelsens produkter 2016. Delrapport om socialstyrelsens uppdrag i samband med överenskommelsen mellan staten och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
47. Värdet av digital teknik i den svenska vården. McKinsey & Co; 2016 Juni.

48. Teknik för hälsa - så kan Stockholm ta tåten i digitaliseringen av vården. Stockholm: Stockholms Handelskammare; 2018.
49. Lövström R, Schoug Bertilsson K. Bilaga 7 Rapport Stöd för rätt sjukskrivning 2016
Insatsförteckning. Stockholm: Försäkringskassan, SKL; 2016 2016-10-04. Dnr SKL: 14/3621.
50. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka?
Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
51. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO
Regional Committee for Europe; 1998.
52. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund:
Studentlitteratur; 2000.
53. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York:
Russell Sage Foundation; 1980.
54. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå
Universitet; 2001.
55. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of
Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
56. Härmed intygas att... En vägledning för läkares utfärdande av intyg. Sveriges läkarförbund; 2011.
p. 1-16.
57. Vad ska ett läkarintyg innehålla? Försäkringskassan; 2011.
58. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund:
Studentlitteratur; 2001.
59. Adler H. Medicinsk juridik, grundläggande handbok. Lund: Studentlitteratur; 2010.
60. Sjölenius B, Adler H. Intyg och utlåtande. Lund: Studentlitteratur; 2001.
61. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
62. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm:
Karolinska Institutet; 2010.
63. Becher T. Professional education in a comparative context. In: Torstendahl R, Burrage M, editors.
The formation of professions. London: Sage Publications; 1990. p. 134-50.
64. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism
och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
65. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff
University; 2008.
66. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M.
Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm:
Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2005.
67. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors; 1993.
68. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification.
Occupational medicine. 2010;60(2):152-5.
69. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. Försäkringsmedicin. Lund:
Studentlitteratur; 2013.
70. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén,
handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
71. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer;
1980.
72. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm:
Socialstyrelsen; 2005.
73. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och
psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
74. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska
diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
75. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges
Kommuner och Landsting; 2010.
76. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm:
Socialstyrelsen; 2005.

77. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
78. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. Försäkringskassan; 2015.
79. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet; 2013.
80. Användarmanual. Webcert integration. Inera AB; Landsting och regioner i samverkan för E-hälsa; 2018.
81. Edhlund B, McDougall A. Allt om NVivo 11: lulu.com; 2017. 396 p.
82. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
83. Bruhn A. Datorprogram i kvalitativ analys In: Arvidsson J, Fahlgren S, editors. Kunskap utan väggar - perspektiv och metoder för fältstudier i grupp. Lund: Studentlitteratur; 2002.
84. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. . Nurse Education Today 2004;24:105-12.
85. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Stockholm: Socialstyrelsen, WHO; 2017.
86. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån; 2011.
87. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2017.
88. Ludvigsson M, Svensson T, Alexanderson K. Begreppet arbetsförmåga; en litteraturgenomgång. Submitted. 2006.
89. Svar på regeringsuppdrag Rapport - Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan; 2017 2017-12-12.
90. Mannelqvist R. Arbetsförmåga i sjukförsäkringen - rätt och tillämpning. Uppsala: Iustus Förlag AB; 2012.
91. Starzmann K. The physician and the sickness certification [Doctoral]. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
92. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.

Bilaga

Bilaga, de frågor i enkäten där öppna svar efterfrågades (förminskad och rutorna för öppna svar är borttagna. I Webversionen var det möjligt att skriva upp till 8000 tecken efter varje fråga. I pappersversionen varierade storleken på ytan att skriva på, från ca tio centimeter till en hel A4-sida.)

13. Hur ofta sjukskriver Du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av ...	Dagligen	Någon gång/ vecka	Någon gång/ månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... annan anledning (Precisera gärna nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa? (15 st alternativ var först listade här) <input type="checkbox"/> Annat (förtydliga gärna nedan eller på sid 12)					
17. Hur fungerar Dina kontakter med patienters arbetsgivare? <input type="checkbox"/> Har inga kontakter med patienters arbetsgivare <input type="checkbox"/> Mycket bra <input type="checkbox"/> Ganska bra <input type="checkbox"/> Ganska dåligt <input type="checkbox"/> Mycket dåligt <i>Beskriv gärna eventuella svårigheter eller problem nedan</i>					
18. Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, men har inte läst dem <input type="checkbox"/> Ja, något <input type="checkbox"/> Ja, mycket väl					
			Ger de Dig ett stöd i Ditt arbete med sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, är inte användbara <input type="checkbox"/> Nej, är svårtillgängliga <i>Kommentera gärna nedan</i>		
20. Vilken information från FMB använder Du? Avser även när Du är väl förtrogen men FMB och inte behöver läsa. (Flera svar möjligt) <input type="checkbox"/> Ingen alls <input type="checkbox"/> Rekommendation om sjukskrivningslängd <input type="checkbox"/> Rekommendation om sjukskrivningsgrad <input type="checkbox"/> Information om funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga <input type="checkbox"/> Annat, vad ...					
21. Önskar Du någon ytterligare information eller andra förbättringar i FMB? Vad:					
22. Använder Du elektronisk överföring av läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till Försäkringskassan (FK)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej → gå vidare till fråga 23 Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem? <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, och det fungerar i stort sett bra <input type="checkbox"/> Ja, men det uppstår problem - <i>Precisera gärna problemen nedan</i>					
Plats för fler kommentarer: (Skriv endast inom rutan. Ange gärna numret på frågan Du kommenterar) (Fältet att skriva på omfattade en hel A4-sida)					



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7676-055-0