

Utvärdering av ett ettårigt projekt (2014-2015) med rehabkoordinatorer vid Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm

Rasmus Elrud
Kristina Alexanderson

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport 2/9 2015

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter på www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Den kan även beställas, se "Våra kontaktuppgifter" på: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

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

Telefon: 08-524 832 24 (administratör)

ISBN 978-91-7549-356-5

Förord

Undertecknad ombads sent under våren 2015 att genomföra en utvärdering av det projekt som under cirka ett år bedrivits vid Verksamhetsområdet Ortopedi vid Södersjukhuset i Stockholm, avseende anställning av rehabkoordinatorer för stöd i arbetet med sjukskrivningar av patienter. Inom projektet har två stycken rehabkoordinatorer arbetat på 50 procent av heltid, det vill säga, motsvarande en heltidstjänst. Såväl projektet som denna utvärdering är begränsade i tid. Den utvärdering vi genomfört har utgått från personalens perspektiv och erfarenhet, framförallt läkarnas. Det har varit imponerande att ta del av hur mycket som åstadkommits i projektet inom Verksamhetsområdet ortopedi på så begränsad tid och hur positivt detta uppfattats.

Studien har genomförts vid Sektionen för försäkringsmedicin och framförallt har följande personer arbetat med det: Kristina Alexanderson, Rasmus Elrud, Annika Evolahti och Katarina Lönnqvist.

Baserat på resultaten av denna utvärdering är min förhoppning att projektet kan fortsätta, alternativt permanentas, och då utvecklas och fördjupas för att överensstämma med de behov som finns inom kliniken och för klinikens patienter.

Ett varmt tack till samtliga personer vid Verksamhetsområdet Ortopedi som bidragit med sina erfarenheter i samband med datainsamlingen!

Kristina Alexanderson

Projektledare, professor
Sektionen för försäkringsmedicin
Karolinska Institutet

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultatet från en utvärdering av det ettåriga projekt med rehabkoordinatorer som bedrivits inom Verksamhetsområde Ortopedi vid Södersjukhuset i Stockholm under åren 2014-2015.

Data har insamlats på två sätt, dels via en enkät till samtliga läkare inom kliniken (36 svar erhöles, svarsfrekvens 72 %), dels via telefonintervjuer med sammanlagt sex läkare, två medicinska sekreterare och en sjuksköterska som alla arbetar inom kliniken. Vissa resultat från enkäten har även jämförts med svar från en motsvarande enkät till ortopedier i Stockholms läns landsting år 2012.

Rehabkoordinatorerna har gjort en första probleminventering samt utvecklat och implementerat nya rutiner för hantering av sjukskrivningsärenden. Läkarna såväl som personerna från andra yrkeskategorier ställde sig mycket positiva till projektet och de rutiner och arbetssätt som det inneburit. Projektet upplevdes ha varit till stor nytta för såväl personalen i deras arbete som för klinikens patienter. Projektet ledde till mer effektiva rutiner i hanteringen av sjukskrivningsärenden och man ansåg att kvaliteten i hanteringen av sjukskrivningsärenden ökat.

Majoriteten av läkarna (70 %) svarade att information och annat stöd från rehabkoordinatorerna hade stor betydelse för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar. Majoriteten av läkarna beskrev att rehabkoordinatorernas arbete underlättat kontakterna med andra aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen, framförallt med patienter (84 %) och Försäkringskassan (84 %) men även med patientens arbetsgivare alternativt Arbetsförmedlingen (78 %), primärvården (69 %), kommunen (69 %) och andra (69 %).

De svårigheter i kontakter med Försäkringskassan som de flesta läkarna upplevde var begäran om onödiga kompletteringar (63 %) samt att det är svårt att komma fram per telefon (56 %). I intervjuerna beskrevs hur kontakterna med Försäkringskassan underlättats mycket då rehabkoordinatorerna tagit de flesta av dessa och då även varit behjälpliga vid skrivning av sjukintyg.

Hälften av läkarna ansåg att projektet inneburit att deras försäkringsmedicinska kompetens ökat. En majoritet av läkarna svarade att de har behov av ytterligare fördjupning av sin försäkringsmedicinska kompetens, framförallt kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsprocessen samt om regelsystemen.

En majoritet (81 %) av läkarna svarade att det stämmer helt eller stämmer bra att rehabkoordinatorernas verksamhet lett till tidsbesparingar för dem.

Hälften (51 %) av läkarna ansåg att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem. En majoritet (72 %) av läkarna svarade att rehabkoordinatorernas verksamhet inneburit att sjukskrivningsarbetet i mindre utsträckning upplevdes som ett arbetsmiljöproblem.

Jämfört med svar från läkare från samtliga ortopediska verksamheter i Stockholms län 2012, svarade en större andel att de hade stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsärenden (84 % 2015 jämfört med 57 % 2012), att systematisk kvalitetssäkring inom området förekom (59 % jämfört med 16 %) och att det på kliniken fanns en gemensam policy gällande hanteringen av sjukskrivningar (38 % jämfört med 28 %). Detta resultat sammanfaller väl

med målsättningen med sjukskrivningsmiljarden, där ledning och styrning är ett av de prioriterade områdena.

Sammanfattningsvis har projektet med rehabiliteringskoordinatorer, trots att det endast pågått en mycket begränsad tid, hunnit få förvånansvärt stor betydelse för arbetet på kliniken, främst vad avser tidsbesparingar för läkare och vissa andra yrkesgrupper, för patientsäkerhet och för klinikkontakter med framförallt Försäkringskassan men även andra aktörer. Såväl läkare som sjuksköterskor och medicinska sekreterare beskriver att rehabkoordinatorerna fyllt en viktig funktion på kliniken och att det är problematiskt att de inte längre finns.

Rehabkoordinatorerna har vidtagit ett flertal åtgärder och implementerat rutiner som bedöms ha fungerat väl. Dessa skulle dock behöva förankras och utvärderas mer och verksamheten skulle även behöva utvecklas för att hantera annat än de mest primära problemen. I studien framkom flera sådana förslag.

I utvärderingen av projektet är två aspekter slående. För det första hur positiv effekt projektet haft på så kort tid. För det andra, hur väl denna intervention, som med mycket kort framförhållning initierats av verksamhetschefen, det vill säga 'top down', har tagits emot i organisationen. Behovet av denna typ av verksamhet verkar vara stort inom kliniken och det finns all anledning att fortsätta med denna koordineringsfunktion och då organisera den så att den fortlöpande kan utvecklas för ökad patientsäkerhet, samt god kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Innehåll

Förord	1
Sammanfattning	2
Förkortningar och begrepp	5
Bakgrund	6
Rehabkoordinatorer i hälso- och sjukvården.....	6
Om läkares arbete med sjukskrivning	7
Perspektiv i utvärderingsprojekt.....	9
Syfte	9
Metod	9
Enkäten.....	10
Intervjuerna	10
Resultat.....	11
Bakgrundsfaktorer	12
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	13
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; frekvens och intensitet.....	15
Allvarlighetsgrad av specifika problem	17
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	19
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	20
Kontakter med Försäkringskassan	24
Behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens	27
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	29
Rehabkoordinatorernas verksamhet	32
Tidsbesparing	35
Arbetsmiljöproblem	35
Stor nytta av koordinatorerna	36
Önskemål om att få behålla rehabkoordinatorer	37
Intervjuer med andra yrkeskategorier inom kliniken	38
Avslutande kommentarer	39
Metodologiska aspekter.....	41
Referenser.....	42
Bilaga	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som, efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år), genomgår nästa utbildningssteg omfattande minst 18 månaders allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
Icke-specialister	Åsyftar här läkare som har läkarexamen men ännu inte har en godkänd specialistkompetens. De kan till exempel ha en pågående AT-tjänstgöring, vara legitimerad läkare eller ha pågående specialiseringstjänstgöring.
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg eller medicinskt underlag) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
Rehabkoordinator	Rehabiliteringskoordinator. Uttrycken rehabkoordinator koordinator används genomgående i rapporten och omfattar flera begrepp för koordineringsfunktionen inom hälso- och sjukvård under sjukskrivningsprocessen för patienter ⁽¹⁻⁴⁾ . Pluralformen för detta ord skrivs i de flesta dokument som koordinatörer snarare än som koordinatörer, varför vi också gjort detta.

Bakgrund

Projektet med rehabkoordinatorer inom Verksamhetsområde Ortopedi vid Södersjukhuset i Stockholm initierades våren 2014 av klinikens verksamhetschef, professor Sari Ponzer.

Projektet har finansierats av Stockholms läns landsting med hjälp av de medel landstinget fått för detta via den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Inom ramen för projektet anställdes två stycken rehabkoordinatorer på vardera 50 procent av heltid, vilka kunde påbörja arbetet med projektet sommaren 2014. Information om deras arbete med att sätta sig in i området, få kompetensutveckling, genomföra en probleminventering, implementera förslag och rutiner, samt avsluta och dokumentera projektet finns i deras slutrapport⁽¹⁾.

Syftet med projektet har varit att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess, med ett mål om

”rätt sjukskrivning och rehabilitering för rätt patient i rätt tid”⁽¹⁾.

I samband med att rehabkoordinatorerna skrev på slutrapporten för projektet sen vår 2015 ombads professor Kristina Alexanderson att göra en begränsad utvärdering av projektet.

Vid Verksamhetsområde Ortopedi vid Södersjukhuset bedrivs akut och specialiserad ortopedisk vård samt utbildning av läkare och sjuksköterskor⁽¹⁾. Kliniken omfattar fyra vårdavdelningar, en operationsavdelning samt öppenvårdsmottagning. Cirka 6000 patienter opereras varje år och kliniken har drygt 20 000 öppenvårdsbesök per år. Av de cirka 280 anställda är cirka 50 läkare.

Ortopedi är en mycket sjukskrivningsintensiv verksamhet. Läkare verksamma vid ortopediska kliniker eller mottagningar är den grupp som har sjukskrivningsärenden oftast av alla typer av kliniska verksamheter, även jämfört med till exempel vårdcentraler, psykiatri, företagshälsovård och rehabiliteringskliniker⁽⁵⁾. Bland de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholm och svarade på en enkät om detta år 2012, hade 80 procent av de som huvudsakligen arbetade inom ortopedi sådana ärenden minst sex gånger i veckan⁽⁶⁾.

Motsvarande andel för läkare vid vårdcentraler var 28 procent. Detta förhållande stämmer väl överens med situationen både fyra och åtta år tidigare.

Rehabkoordinatorer i hälso- och sjukvården

Inom ramen för överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), den så kallade sjukskrivningsmiljarden, har det de senare åren funnits ett villkor om att inom landstingen utveckla en funktion för koordinering av patienters sjukskrivning och rehabilitering⁽⁷⁾. Det har resulterat i att det numera finns en sådan koordineringsfunktion i samtliga landsting. År 2013 bedömdes det finnas cirka 500 personer som hade detta uppdrag, men det var stora skillnader i hur mycket arbetstid de hade avsatt för uppgiften⁽³⁾. Personer som har detta uppdrag kallas koordinators eller rehabkoordinatorer. Deras uppdrag varierar mycket mellan olika verksamheter och omfattar vanligen följande tre områden: stöd till enskilda patienter, koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården respektive kontaktperson, samt samverkanspartner till externa aktörer i sjukskrivningsärenden⁽²⁾. I en litteraturöversikt beskrivs hur uppdraget för koordinators kan utformas⁽³⁾.

Systemet med koordinators i hälso- och sjukvården för att koordinera aktiviteter kring patienter som riskerar att bli sjukskrivna eller är sjukskrivna, för att främja deras återgång i arbete har endast funnits några år⁽⁷⁾. Landstingen ska, enligt sjukskrivningsmiljarden anställa

sådana koordinatörer och får viss ekonomisk kompensation för detta. De allra flesta koordinatörerna finns hittills på vårdcentraler även om sjukskrivning av patienter är mycket vanligt inom flera olika typer av specialistkliniker^(5, 6).

Om läkares arbete med sjukskrivning

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller^(5, 8):

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; ”bota, lindra eller trösta” och främja hälsa⁽⁹⁻¹¹⁾.
2. *Grindvakt* (‘gate keeper’), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt⁽¹²⁻¹⁴⁾. Det kan gälla prioritering av undersökningar, behandlingar, laborietester, 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⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. 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⁽²⁰⁻²³⁾.

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. Rollen som grindvakt till sjukförsäkringen ligger huvudsakligen hos arbetsgivaren under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall och därefter hos Försäkringskassan. Flera tidigare studier visar att många läkare upplever det som problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden^(5, 8).

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 varaktighet av denna nedsättning.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar alltså Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro⁽²⁴⁾.

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. Det innebär att 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⁽²⁴⁾.

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 medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för arbetsgivaren och/eller Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar^(8, 25, 26).

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuell har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt följande sju^(5, 8, 14, 21, 25, 27, 28).

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. 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 arbetsmarknaden⁽²⁹⁾.
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. 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.
5. 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.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om det finns behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet^(26, 30-33).

Läkare har dels uttryckt att det är problematiskt att de inte har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens^(5, 8, 27, 34, 35), dels att man önskar sådan kompetensutveckling^(5, 27, 34, 35).

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige^(5, 34, 35) och särskilt inom ortopedisk verksamhet^(5, 6). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient⁽³⁶⁻⁴¹⁾. 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⁽⁴²⁾.

Det har i olika studier framkommit att det kan finnas så kallade biverkningar av att vara sjukskriven, särskilt av att vara sjukskriven långa perioder. Kunskapen om detta är knapp och vetenskapliga studier är inte enkla att designa. Möjliga konsekvenser kan gälla hälsa, sjukdom (den sjukskrivningen gäller eller andra, till exempel depression), risk för sjuk- eller aktivitetsersättning, förändrad livsstil (relaterat till kost, alkohol, rökning, motion, etcetera), förändrade sociala kontakter, påverka dygnsrytm, karriärmöjligheter, ekonomi, med mera⁽²⁵⁾. Det finns flera hypoteser om hälsofrämjande aspekter av att vara i arbete och olika studier som stödjer detta^(4, 43). Hälso- och sjukvården har även i uppdrag att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet. Att vara uppmärksam på patienter som riskerar att bli sjukskrivna och vidtaga åtgärder anses till exempel av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen som en sådan uppgift, liksom att aktivt verka för återgång i arbete när det gäller patienter som är sjukskrivna – bland annat genom kontakter med arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa⁽⁴⁾. Den parlamentariska Socialförsäkringsutredningen har bland annat föreslagit att hälso- och sjukvården ska åläggas

ett större ansvar för att koordinera aktiviteter som främjar återgång i arbete bland sjukskrivna⁽⁴⁾.

Perspektiv i utvärderingsprojekt

Det perspektiv en utvärdering utgår från har betydelse för resultaten. De perspektiv som kan tas i en utvärdering av denna typ av projekt är flera, till exempel följande⁽⁴²⁾:

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur många och för hur länge patienter vid kliniken blir sjukskrivna⁽⁴⁴⁻⁵⁹⁾.
- *Försäkringskassans perspektiv*, till exempel genom att studera kvaliteten i de olika intyg som skrivs, hur snabbt vissa processer, såsom remisser eller behandlingar, initieras, eller hur anställda inom Försäkringskassan ser på läkares sjukskrivningspraxis respektive uppfattar samverkan med läkare i sådana ärenden^(46, 60-68).
- *Andra aktörers perspektiv*, till exempel socialtjänstens eller Arbetsförmedlingens perspektiv.
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare och andra professioner vid kliniken i sådana ärenden^(44, 64).
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares och andra yrkesgruppers handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾.
- *Chefer inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur chefer inom hälso- och sjukvården uppfattar att arbetet med hantering av patienters sjukskrivning fungerar, om mål uppfylls i verksamheten, hur medarbetarna upplever arbetsmiljön, hur samverkan med olika kliniska verksamheter fungerar, etcetera^(42, 72).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på projektet, på sin och andra läkares sjukskrivningspraxis^(5, 8, 25).
- *Andra professioner inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården uppfattar projektet^(5, 27, 64).

I det här projektet har vi, baserat på uppdraget, utgått från läkarnas perspektiv och kompletterat det med ett par andra yrkesgruppers perspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv är det av stor vikt att vidtagna åtgärder, här rehabkoordinatorerna, upplevs som användbara och positiva av läkarna vid kliniken, då läkarna har ett mycket centralt ansvar för och roll i hanteringen av patienters sjukskrivningar och för deras vård och behandling i övrigt⁽⁴²⁾.

Syfte

Syftet med utvärderingen har varit att få kunskap om läkares och annan personals syn på det projekt med rehabkoordinator för arbetet med patienters sjukskrivning som drivits under ett år vid Södersjukhusets Verksamhetsområde Ortopedi under 2014-2015.

Metod

Data om läkares och annan personals syn på projektet har insamlats på två sätt, dels via en enkätundersökning riktad till läkarna inom Verksamhetsområde ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm, dels via intervjuer av läkare, medicinska sekreterare och sjuksköterskor inom denna enhet. Resultaten från enkäten har även jämförts med svaren från en motsvarande enkät till ortopedier inom Stockholms läns landsting år 2012⁽⁶⁾.

Enkäten

Enkäten innehöll 99 frågor, se Bilaga. Flertalet av frågorna, 86 stycken, ingick i den enkät som år 2012 skickades till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Sverige⁽⁵⁾ och till samtliga läkare i Stockholms läns landsting⁽⁶⁾. Enkäten 2012 innehöll 163 frågor om olika aspekter av läkares arbete med sjukskrivning, såsom frekvens och allvarlighetsgrad av olika problem, kontakter med Försäkringskassan, och om kompetensutveckling inom det försäkringsmedicinska området. Frågorna i den rikstäckande enkäten⁽⁵⁾ baserades på två motsvarande enkäter år 2004 och 2008, och har tagits fram i samverkan med andra forskare och kliniker samt projektets referensgrupp, som består av representanter från Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); Inspektionen för socialförsäkringen, Försäkringskassan samt Socialstyrelsen.

För detta projekt valdes alltså 86 frågor från den tidigare enkäten⁽⁵⁾, frågor som bedömdes kunna ha relevans för en utvärdering av projektet med rehabkoordinatorer. Urvalet baserades på syftet med projektet och gjordes i samverkan med klinikens verksamhetschef. Dessutom inkluderades några frågor om projektet med rehabkoordinatorerna och om deras arbete.

Verksamhetschefen informerade läkare och övrig personal om projektet och gav projektgruppen en lista över samtliga 50 läkare anställda inom verksamhetsområdet, inklusive information om vilka av dessa som var specialistutbildade. En av dessa 50 var verksamhetschefen, vars svar ej beaktats i sammanställningen av resultaten, vilket innebär att studiepopulationen bestod av 49 läkare.

Läkarna inom Verksamhetsområdet ortopedi fick frågeformuläret i ett internkuvert i sitt respektive postfack på kliniken i juni 2015. Där gavs även skriftlig information om projektet, om tystnadsplikt när det gäller hantering av svaren och om frivillighet att delta i projektet. Ett förfrankerat svarskuvert, adresserat till forskargruppen vid Karolinska Institutet, bifogades också. För de läkare som för tillfället ej var vid kliniken, till exempel på grund av föräldraledighet, tjänstgöring i annan verksamhet, semester eller liknande ombads klinikens sekreterare skicka frågeformuläret till läkarnas hemadress. Två skriftliga påminnelser skickades till de läkare som ej svarat.

Det fanns även en möjlighet att skriva egna kommentarer i slutet av frågeformuläret. Sju läkare lämnade sådana kommentarer.

Svar från enkäten 2012

Av de läkare som 2012 besvarade enkäten var det 150 stycken som uppgav att de huvudsakligen arbetade inom ortopedi i Stockholms län och som åtminstone ibland hade sjukskrivningsärenden⁽⁶⁾. Det framgår inte av den enkäten vilken specifik klinik eller mottagning läkaren arbetade vid. För vissa av frågorna jämförs svaren år 2015 med svaren på motsvarande frågor i enkäten 2012.

Intervjuerna

För att få fördjupad information om projektets betydelse genomfördes även ett antal telefonintervjuer av personer anställda på kliniken. För dessa intervjuer utvecklades en intervjuguide med semistrukturerade frågor. Dessa baserades på syftet med studien, på beskrivningar av projekt med rehabkoordinatorer⁽⁷³⁾, på öppna svar/kommentarer i tidigare enkäter^(5, 74), på ett tidigt utkast av rehabkoordinatorernas egen rapport från projektet⁽¹⁾ samt

diskussioner med verksamhetschefen. Intervjuguiden och metoden för att anteckna svar testades först i några telefonintervjuer med andra personer, och modifierades något. Vissa modifieringar skedde även under datainsamlingen och särskilt i samband med att andra yrkesgrupper än läkare intervjuades.

Intervjuerna spelades inte in. Intervjuaren hade intervjuguiden utskriven i pappersform med ett antal förvalda svarsalternativ som kunde kryssas i, beroende på typ av svar. Övriga svar skrevs ned för hand. Omedelbart efter varje intervju renskrevs dessa anteckningar, liksom övergripande intryck från intervjun.

Ett strategiskt urval av läkare inbjöds att delta i intervjun via ett personligt brev i deras respektive postfack på Södersjukhuset. Intervjuaren kontaktade sedan den inbjudne läkaren via e-post, med förslag på tid för intervjun. Urvalet av läkare avsågs ge en blandning vad avser specialistutbildade och icke specialistutbildade läkare samt kön. Projektgruppen hade även fått information om vilka läkare som skulle vara lediga de aktuella veckorna och i första urvalet ingick ej dessa. Efter den första omgången inbjudningar skickades kommande inbjudningar direkt via e-post för att få en snabbare process.

Sammanlagt bjöds 18 läkare in varav sex stycken intervjuades, fyra av dem var specialister och fyra var kvinnor. Vanliga orsaker till att inbjudna läkare inte kunde vara med i intervjun var att de var på semester eller att det inte gick att hitta en tid för intervjun. Intervjuerna tog mellan 16 och 45 minuter.

När mättnad bedömdes ha uppnåtts i informationen som intervjuerna gav, reviderades intervjuguiden utifrån svaren från de intervjuer som genomförts samt ett utkast till koordinatorens egen rapport från projektet som nu erhållits.

Personer från tre andra yrkesgrupper som är involverade i hanteringar av patienters sjukskrivningar vid kliniken bjöds också in via e-post. Förslag på dessa personer att bjuda in till deltagande i intervju erhöles från ortopedmottagningens vårdnadschef. Två sjuksköterskor, som bland annat har ansvar för telefonkontakter med patienter, två medicinska sekreterare och en undersköterska bjöds in. Av dessa intervjuades två medicinska sekreterare och en sjuksköterska. Kontakt kunde inte etableras med den inbjudna undersköterskan.

Sammanlagt intervjuades alltså nio personer.

Resultaten från intervjuerna har sammanställts och presenteras delvis i samband med resultaten från enkäten och för de aspekter som inte berörs i enkäten, sist i resultatdelen.

Resultat

Först redovisas för resultat från enkäten, och på vissa ställen jämförs dessa med resultat från enkäten 2012. Resultaten från intervjuerna presenteras delvis i samband med resultaten från enkäten och för de aspekter som inte berörs i enkäten, sist i resultatdelen.

Bakgrundsfaktorer

Antalet läkare som besvarade enkäten var 36 (svarsfrekvens 72 %), varav 24 hade en specialistutbildning (XX %), 12 icke-specialister (XX %) (Tabell 1).

Tabell 1. Studiepopulation och svarsfrekvens på enkäten

	Antal	Antal svarande	Svarsfrekvens (%)
Samtliga	50	36	72 %
Specialister	30	24	80 %
Icke-specialister	20	12	60 %

Nedan presenteras resultat baserat på enkätsvaren. Av de läkare som besvarade enkäten hade majoriteten (67 %) en avklarad specialistutbildning (Ej i tabell). En mindre andel (28 %) hade en pågående specialistutbildning och några få procent (6 %) hade läkarexamen som högsta utbildningsnivå.

Även om antalet deltagande icke-specialister är mycket lågt har vi valt att presentera data för samtliga liksom uppdelat på specialister och icke-specialister.

Drygt hälften, 57 procent, av läkarna med specialistutbildning hade varit på sin nuvarande arbetsplats tio år eller längre (Tabell 2). Bland de läkare som inte hade en avklarad specialistutbildning hade en lika stor andel, 58 procent, varit mellan ett och fyra år på sin nuvarande arbetsplats.

Tabell 2. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

	<1 år	1-4 år	5-9 år	≥10 år
Samtliga	11	20	29	40
Specialister	9	0	35	57
Icke-specialister	17	58	17	8

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Bland specialisterna hade majoriteten (61 %) sådana konsultationer mer än tio gånger per vecka (Tabell 3). Bland icke-specialisterna var det vanligaste svarsalternativet 6-10 gånger per vecka, vilket 75 procent uppgav.

Tabell 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

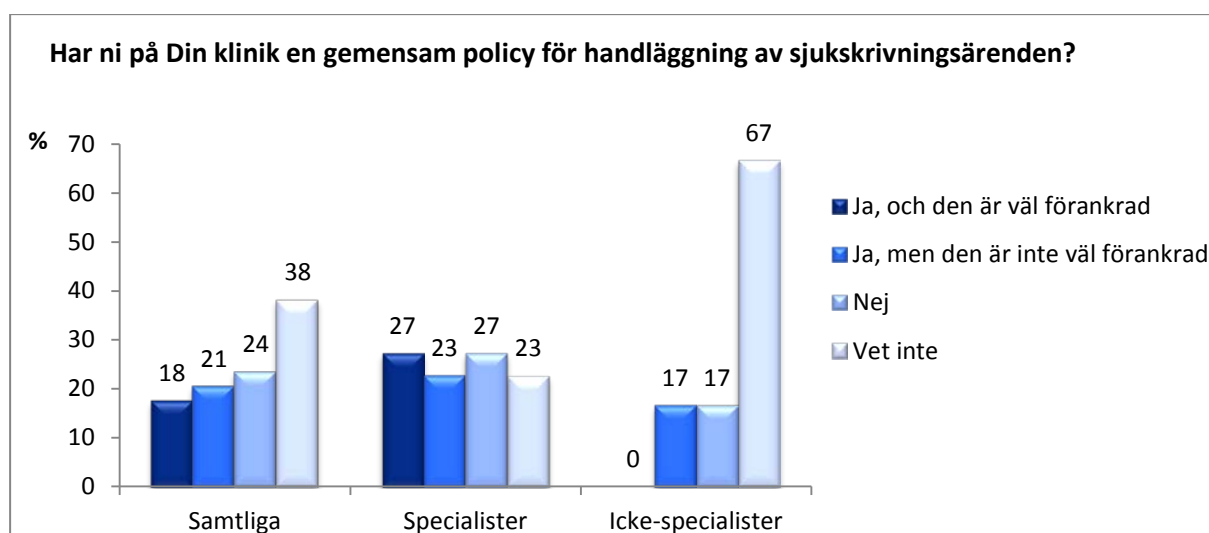
	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger per år	Aldrig/i stort sett aldrig
Samtliga	46	43	9	0	0	3
Specialister	61	26	9	0	0	4
Icke-specialister	17	75	8	0	0	0

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Ett antal frågor i enkäten berörde de organisatoriska förutsättningarna för sjukskrivningsarbetet. Dessa handlade om eventuell policy för detta arbete, om det förelåg en sådan och hur förankrad den i så fall var och vilken nytta den upplevdes ha, vilket stöd läkarna har från sin chef samt om systematisk kvalitetssäkring när det gäller hantering av patienters sjukskrivning förekommer.

Två femtedelar av läkarna uppgav att det på arbetsplatsen fanns en gemensam policy för hantering av sjukskrivningsärenden; 18 procent att denna var väl förankrad och 21 procent att den inte var det (Figur 1). En fjärdedel svarade att en gemensam policy inte fanns medan 38 procent inte visste huruvida någon sådan fanns eller ej. En större andel av specialisterna jämfört med icke-specialisterna uppgav att det fanns en policy och att denna var välförankrad. En betydligt större andel av icke-specialisterna jämfört med specialisterna visste inte om en gemensam policy fanns. Av de som svarat att en gemensam policy fanns, uppgav nio av tio (91 %) att de hade nytta av denna i sitt kliniska arbete (ej i figur).

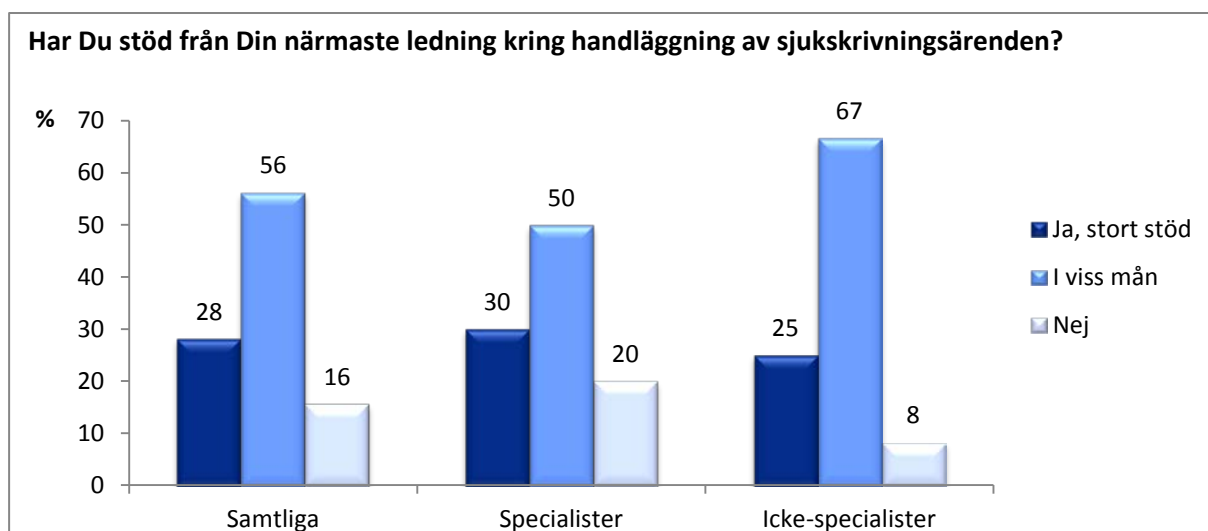
Dessa andelar kan jämföras med ortopederna i Stockholm som svarade på enkäten som år 2012 skickades ut⁽⁶⁾, av vilka 28 procent, uppgav att de på sin arbetsplats hade en policy av denna typ. Av dessa uppgav 84 procent att de hade nytta av denna i sitt kliniska arbete.



Figur 1. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på kliniken finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga och uppdelat på specialister och icke-specialister.

På frågan om stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden svarade majoriteten av läkarna att de hade detta i stor utsträckning eller i viss mån. I Figur 2 visas att bland specialisterna upplevde 30 procent att de hade stort stöd och 50 procent att de i viss mån hade stöd. Motsvarande andelar för icke-specialisterna var 25 respektive 67 procent. Mindre andelar, var femte bland specialisterna och var tionde bland icke-specialisterna, uppgav att de inte hade något stöd från sin närmaste ledning kring detta arbete.

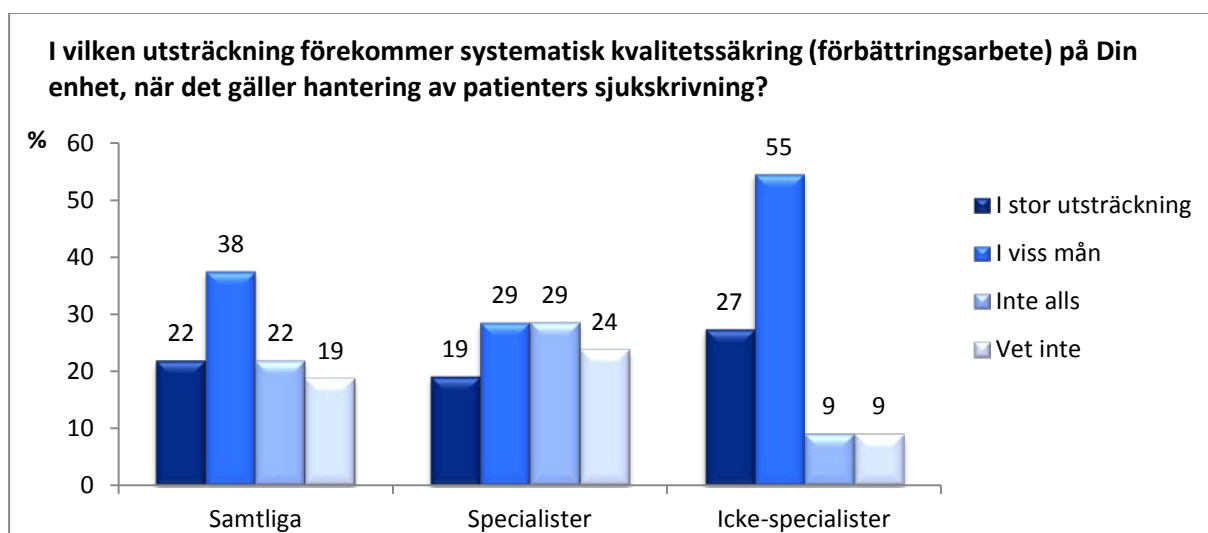
Detta är betydligt högre siffror än för ortopederna i Stockholm år 2012, då 19 procent hade stort stöd, 38 procent stöd i viss mån och hela 36 procent inte hade något sådant stöd kring handläggning av sjukskrivningsärenden.



Figur 2. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga och uppdelat på specialister och icke-specialister.

Majoriteten, 59 procent, av läkarna uppgav att systematisk kvalitetssäkring, förbättringsarbete, när det gäller hanteringen av sjukskrivningsärenden förekom i stor utsträckning eller i viss mån på deras enhet (Figur 3). Detta kan jämföras med den betydligt lägre andelen, 16 procent, bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarat på den enkät som då skickades.

Bland specialistläkarna svarade knappt hälften detta medan en fjärdedel svarade att det inte alls förekom. Bland icke-specialisterna svarade majoriteten, 82 procent, att det förekom i stor utsträckning eller i viss mån.



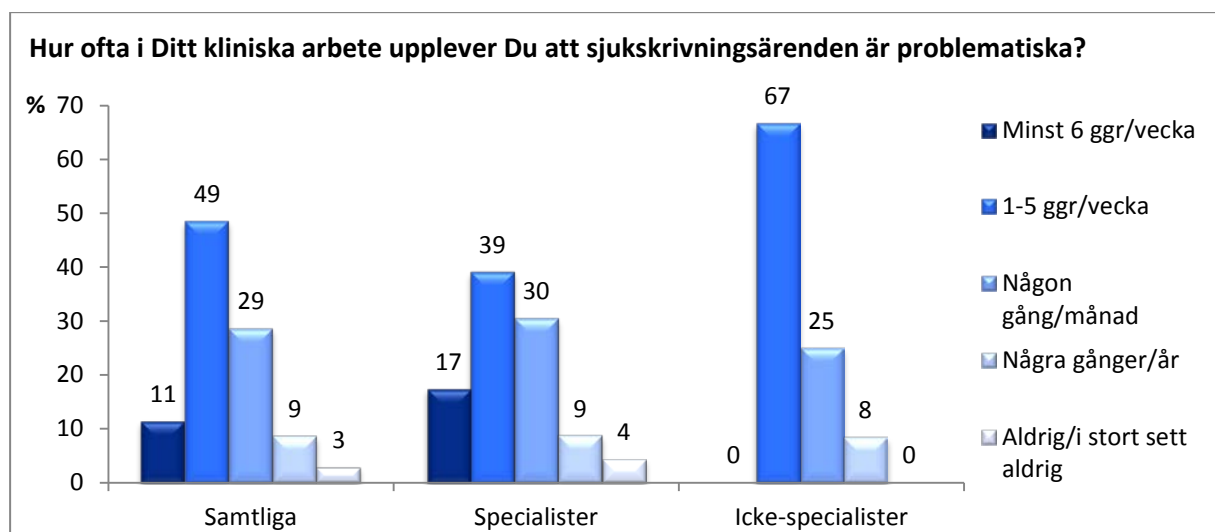
Figur 3. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, för samtliga och uppdelat på specialister och icke-specialister.

Av de svarande läkarna var det endast en mindre andel, fyra stycken vilket motsvarar 11 %, som uppgav att de använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (ej i figur).

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; frekvens och intensitet

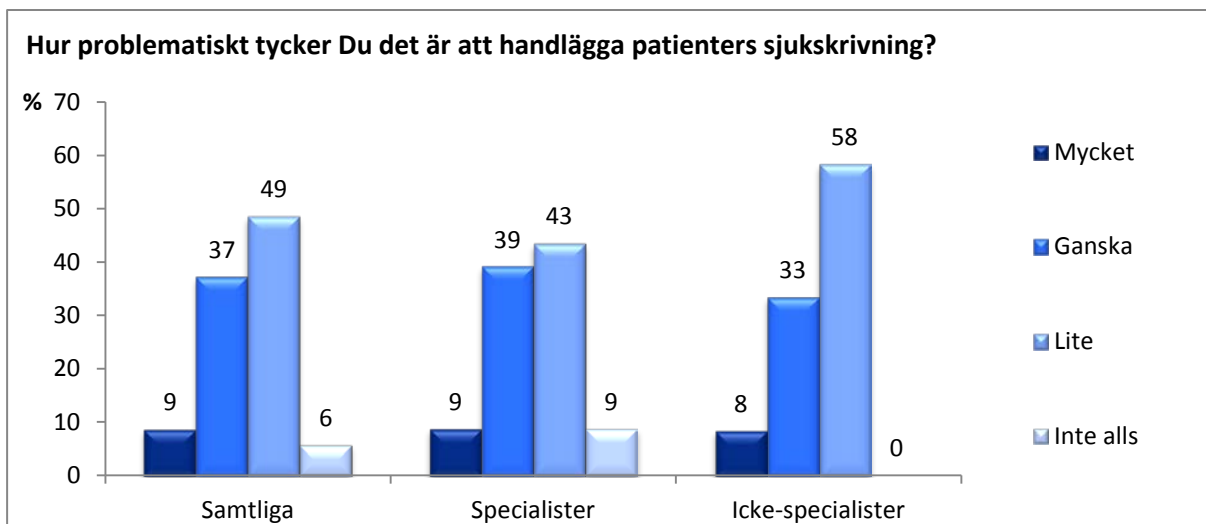
Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningar. Först fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska. Majoriteten av läkarna, 57 procent av specialisterna och 67 procent av icke-specialisterna, upplevde detta minst en gång i veckan (Figur 4). Noteras kan dock att medan ingen av icke-specialisterna svarade att de upplevde detta oftare än fem gånger per vecka, uppgav närmare var femte specialist detta svarsalternativ. Endast en mindre andel av läkarna uppgav att de aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska.

Bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på den enkät som då skickades ut svarade i jämförelse 49 procent att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka (jämfört med 60 % 2015) och fem procent att de aldrig eller i stort sett aldrig gjorde det.



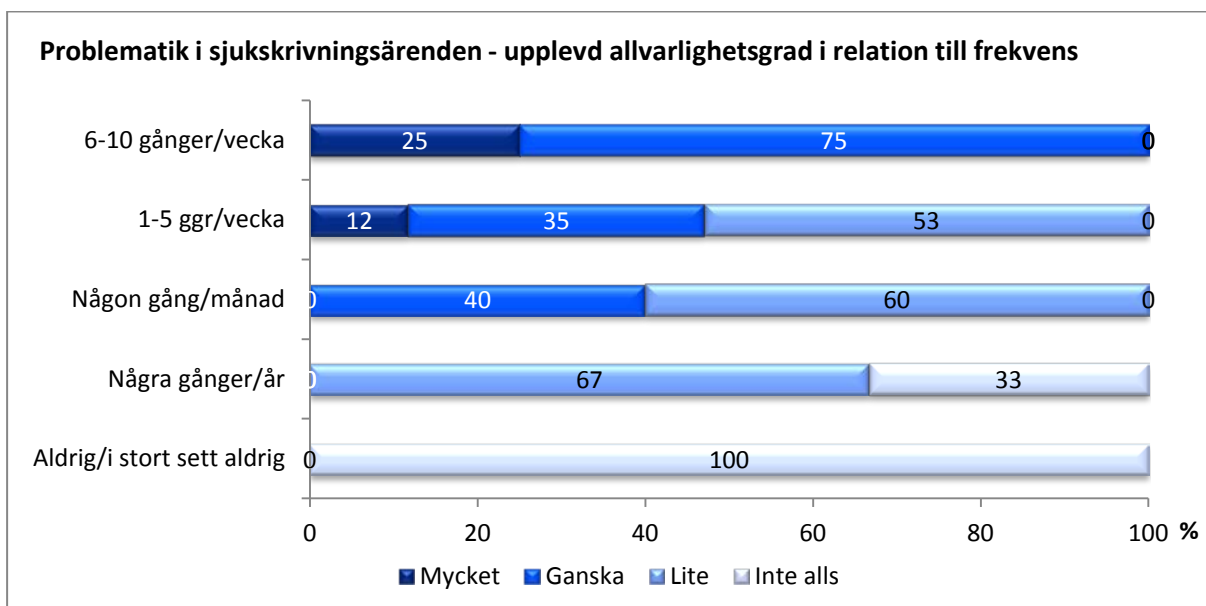
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga och uppdelat på specialister och icke-specialister.

I enkäten efterfrågades även hur problematiskt läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Knappt hälften av läkarna (48 procent av specialisterna och 42 procent av icke-specialisterna) tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt (Figur 5). En knapp tiondel bland såväl specialister som icke-specialister tyckte att det var mycket problematiskt. En tiondel av specialisterna upplevde det inte alls problematiskt medan ingen av icke-specialisterna uppgav detta svarsalternativ. Av ortopederna i Stockholm år 2012 svarade 36 procent att det var mycket eller ganska problematiskt.



Figur 5. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, för samtliga och uppdelat på specialister och icke-specialister.

I Figur 6 redovisas svaren på frågorna om frekvens och allvarlighetsgrad i relation till varandra. För att undvika alltför få svar i respektive kategori redovisas inte dessa resultat uppdelat på specialister och icke-specialister. Av figuren framgår ett mönster av att bland dem som oftare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, upplever även en större andel sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska. På motsvarande sätt fann ingen av dem som aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket eller ganska problematiska.



Figur 6. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Allvarlighetsgrad av specifika problem

Enkäten innehöll frågor om specifika situationer och uppgifter för läkarna i deras arbete med sjukskrivning samt om hur problematiska dessa upplevdes. Svaren på de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt, medan några redovisas i avsnitten **Kontakterna med Försäkringskassan** (se sidan 24) samt **Tid i arbetet med sjukskrivning** (se sidan 22) längre fram i rapporten.

Många av de olika situationerna och uppgifterna som efterfrågas i enkäten upplevdes som mycket eller ganska problematiska av majoriteten av läkarna. Det som störst andel av läkarna upplevde som problematiskt var att bedöma nuvarande och framtida arbetsförmåga för sjukskrivna patienter samt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (Tabell 4). Att bedöma nuvarande arbetsförmåga för patienter med ett arbete uppgav elva procent som mycket och 54 procent som ganska problematiskt. Att göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga upplevde 17 procent som mycket och 51 procent som mycket problematiskt. Andelen som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att göra sådana långsiktiga prognoser skilde sig markant mellan specialister och icke-specialister, bland de sistnämnda var andelen 92 procent och bland specialisterna 57 procent. Att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivningar där annan läkare skrivit tidigare intyg upplevdes av 14 procent som mycket och 51 procent som ganska problematiskt. Även här var skillnaden relativt stor mellan de båda grupperna. Åttiotre procent av icke-specialisterna upplevde detta som mycket eller ganska problematiskt, jämfört med 57 procent av specialisterna.

Tabell 4. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	0	29	59	12
	Specialister	0	36	55	9
	Icke-specialister	0	17	67	17
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	0	29	59	12
	Specialister	0	30	57	13
	Icke-specialister	0	27	64	9
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	11	54	26	9
	Specialister	9	61	22	9
	Icke-specialister	17	42	33	8
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	23	34	40	3
	Specialister	22	35	39	4
	Icke-specialister	25	33	42	0
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	6	49	34	11
	Specialister	4	43	39	13
	Icke-specialister	8	58	25	8
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	17	51	26	6
	Specialister	17	39	35	9
	Icke-specialister	17	75	8	0
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	11	37	34	17
	Specialister	13	30	39	17
	Icke-specialister	8	50	25	17
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	14	51	29	6
	Specialister	13	43	35	9
	Icke-specialister	17	67	17	0

Läkare har i sitt arbete med sjukskrivningsärenden olika uppgifter i förhållande till patienten, såsom att överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, att hantera situationer när patienten och läkaren har olika åsikter om behovet av sjukskrivning och att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter.

En majoritet, 60 procent, av läkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när de och patienterna har olika åsikter om behovet av sjukskrivning (Tabell 5). Andel som angav detta var större bland icke-specialisterna jämfört med specialisterna, 75 jämfört med 52 procent. Drygt hälften av läkarna uppgav det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför andra aktörer, andelen var här något högre bland icke-specialisterna jämfört med specialisterna (58 respektive 48 procent). En knapp tredjedel

av specialisterna och en fjärdedel av icke-specialisterna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning.

Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	Samtliga	9	20	66	6
	Specialister	9	22	61	9
	Icke-specialister	8	17	75	0
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	9	51	34	6
	Specialister	4	48	39	9
	Icke-specialister	17	58	25	0
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	20	31	34	14
	Specialister	17	30	35	17
	Icke-specialister	25	33	33	8

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Hälften av läkarna (49 %) uppgav att de sjukskriver patienter utan att träffa denne, till exempel vid telefonkontakt, minst en gång per vecka (Tabell 6). Detta var betydligt vanligare bland specialister än icke-specialister (61 jämfört med 25 procent). En tredjedel (31 %) svarade att de minst en gång i veckan möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Detta var vanligare bland icke-specialister än specialister (42 jämfört med 26 procent). En knapp femtedel av specialisterna upplevde konflikter med patienter minst en gång per vecka, något som ingen av icke-specialisterna uppgav att de upplevde. Dock är andelen som upplever sådana konflikter minst någon gång per månad större bland icke-specialisterna än bland specialisterna, 58 jämfört med 48 procent. Knappt var femte av icke-specialisterna upplevde aldrig eller i stort sett aldrig konflikter, jämfört med en tiondel av specialisterna. En fjärdedel av specialisterna upplevde aldrig eller i stort sett aldrig att patienterna säger nej till den sjukskrivning som läkaren föreslår, jämfört med en knapp tiondel av icke-specialisterna.

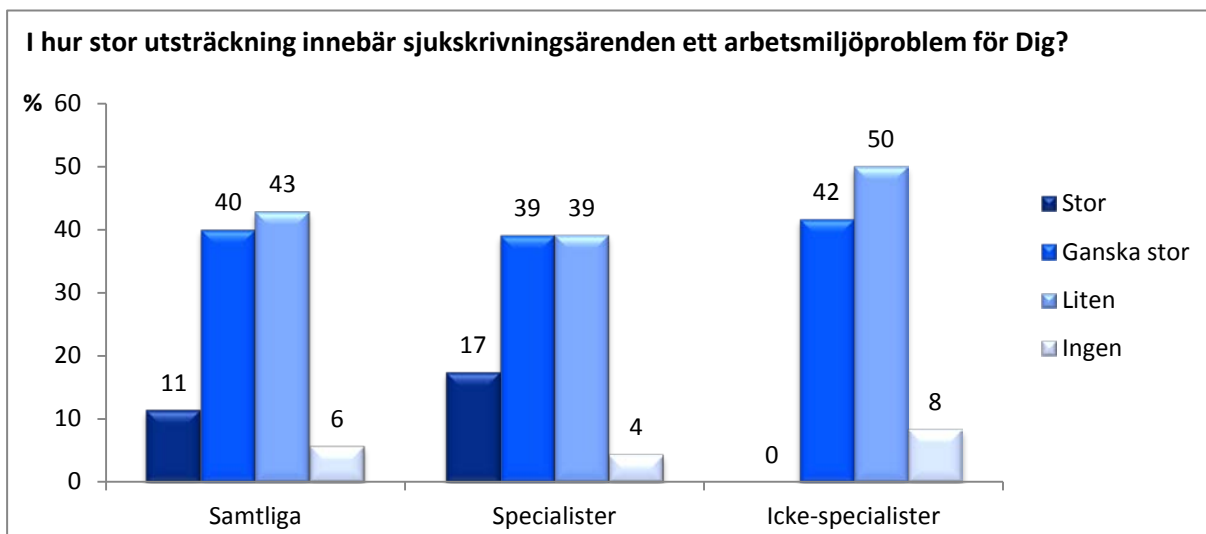
Tabell 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	Samtliga	11	40	37	11
	Specialister	17	30	43	9
	Icke-specialister	0	58	25	17
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	31	49	11	9
	Specialister	26	52	13	9
	Icke-specialister	42	42	8	8
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	18	32	32	18
	Specialister	18	32	27	23
	Icke-specialister	17	33	42	8
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	20	40	34	6
	Specialister	26	26	43	4
	Icke-specialister	8	67	17	8
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	49	31	17	3
	Specialister	61	26	13	0
	Icke-specialister	25	42	25	8

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

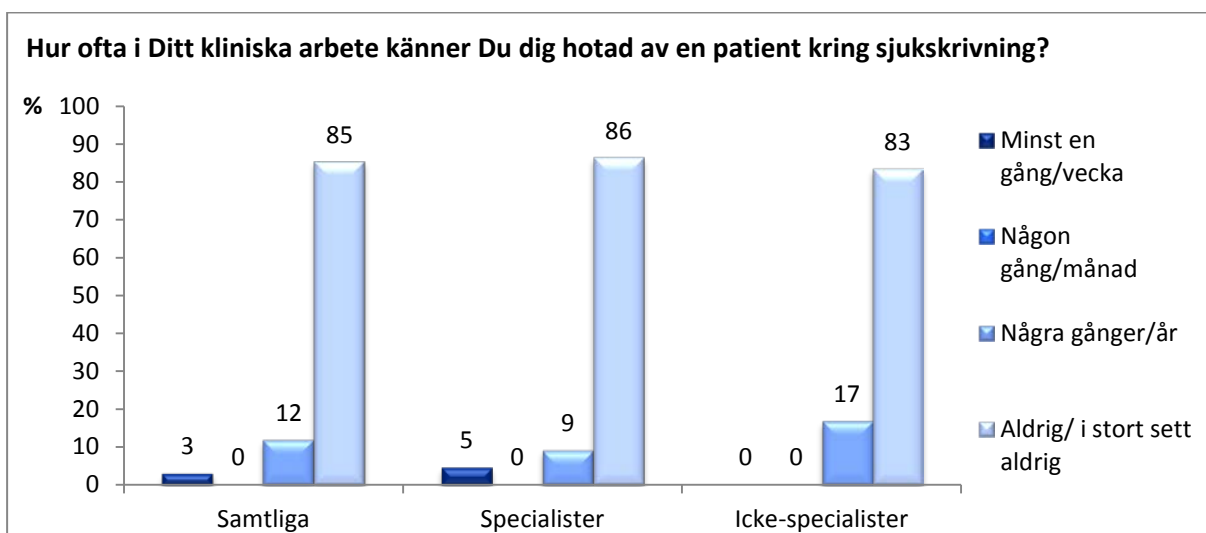
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem^(75, 76), vilket också läkarenkäten år 2012 visade på, då en betydande andel ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. I föreliggande frågeformulär ingick en fråga om i vilken omfattning arbetet med sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem. Hälften av läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor omfattning innebär ett arbetsmiljöproblem (Figur 7). Andelen var något större bland specialisterna. Antalet icke-specialister är dock förhållandevis litet.

Andelen som upplevde att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor omfattning innebär ett arbetsmiljöproblem kan jämföras med motsvarande andel bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten som då skickades ut, vilken var 36 procent, det vill säga, lägre än på Verksamhetsområdet ortopedi år 2015.



Figur 7. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Majoriteten av läkarna, 85 procent, svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig känner sig hotade av patienter kring sjukskrivningsärenden (Figur 8). Andelen som kände sig hotade minst någon gång per månad var följaktligen 15 procent. Andelen skilde sig inte nämnvärt mellan specialister och icke-specialister. Motsvarande andelar bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten som då skickades ut var av samma storlek, 84 kände sig aldrig eller i stort sett aldrig hotad av patienter kring sjukskrivning.



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sig hotade av patienter i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Tid för arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll frågor vilka berörde läkarnas tid i arbetet med sjukskrivning. Fyra av dessa frågor handlade om tidsbrist. Tre avsåg frekvens av tidsbrist gällande olika aspekter av sjukskrivningsarbetet; den direkta patientkontakten, patientrelaterad tid (till exempel tid för att skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation) samt kompetensutveckling, handledning och reflektion. Den fjärde frågan gällde hur problematiskt det upplevdes att hantera tidsbrist i sjukskrivningsarbetet.

Stora andelar av de svarande läkarna upplevde tidsbrist i sjukskrivningsärenden (Tabell 7). Närmare hälften, 46 procent, av läkarna svarade att de upplever daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid (till exempel när intyg ska skrivas eller kontakter tas). En nästan lika stor andel, 44 procent, upplevde daglig tidsbrist avseende tid för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsärenden och en något mindre andel angav daglig tidsbrist avseende tid med patienten (38 %). En större andel av specialisterna än icke-specialisterna, två av fem jämfört med en fjärdedel, upplevde daglig tidsbrist när det gäller tid med patienten.

Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

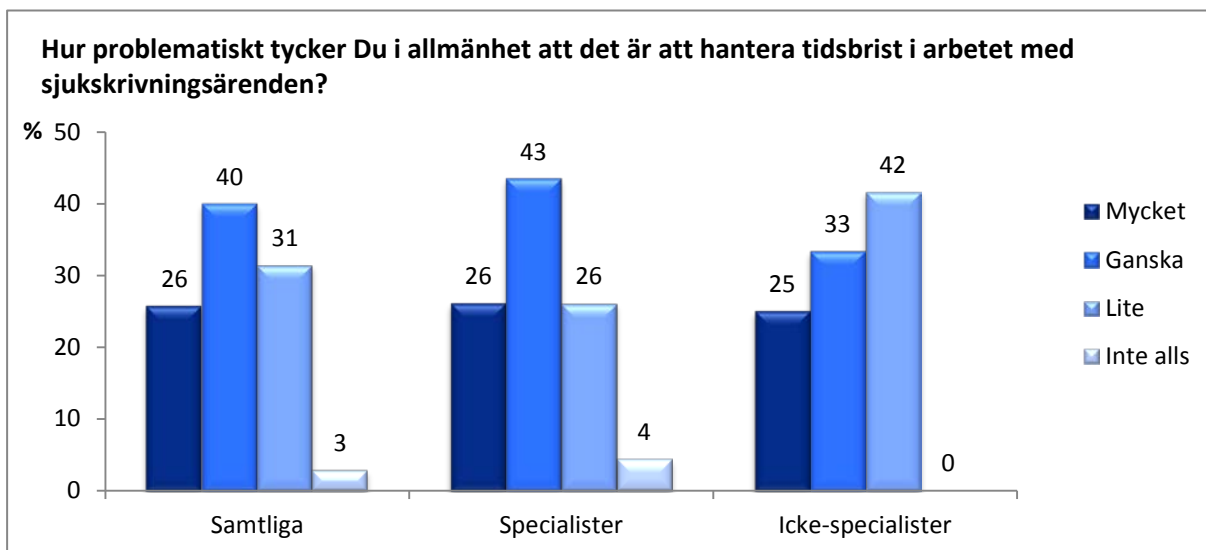
Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Samtliga	38	47	9	6
	Specialister	43	43	4	9
	Icke-specialister	27	55	18	0
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	46	43	6	6
	Specialister	48	43	0	9
	Icke-specialister	42	42	17	0
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	44	26	18	12
	Specialister	43	30	17	9
	Icke-specialister	45	18	18	18

¹T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

Bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten upplevde ungefär lika stor andel av läkarna tidsbrist i arbetet med sjukskrivning dagligen, 51 procent uppgav daglig tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid, 42 procent när det gällde kompetensutveckling, handledning och reflektion och 40 procent när det gällde tid med patienten.

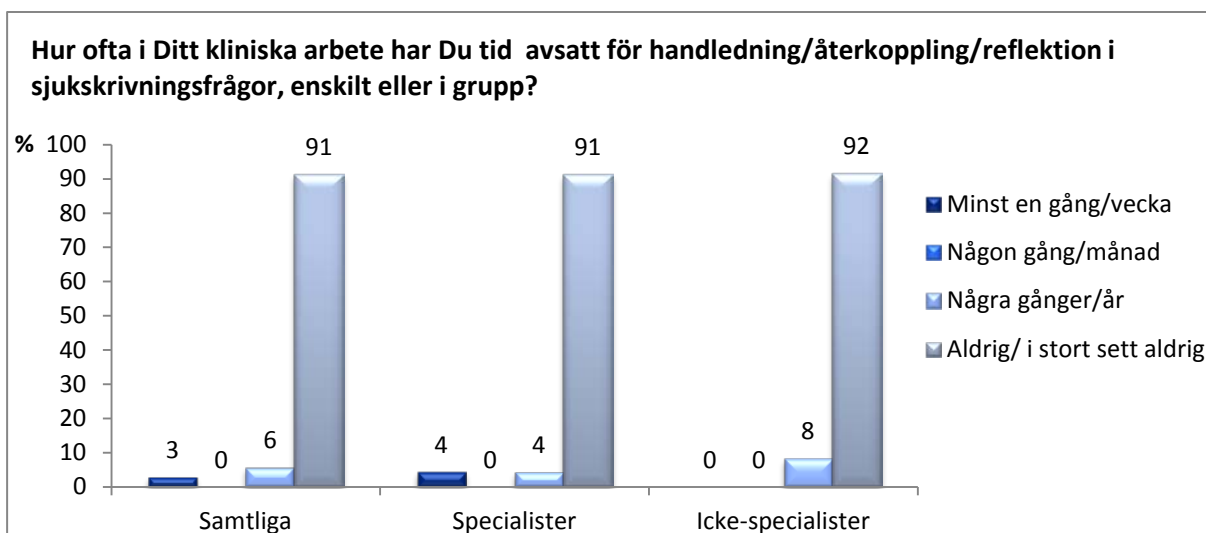
På frågan hur problematiskt det upplevdes att hantera tidsbrist i sjukskrivningsarbetet svarade störst andel, två av fem, av läkarna att det var ganska problematiskt (Figur 9). En fjärdedel av läkarna svarade att det var mycket och en tredjedel att det var lite problematiskt. En större andel av specialisterna än icke-specialisterna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt.

Bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten, svarade i jämförelse 27 procent att det var mycket, 31 procent att det var ganska och 25 procent att det var lite problematiskt. Ett femte svarsalternativ fanns dock på denna fråga i 2012 års enkät, "ej aktuellt", vilket tretton procent uppgav.



Figur 9. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Den absoluta majoriteten av läkarna, nio av tio, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (Figur 10). Detta gällde både specialisterna och icke-specialisterna. Motsvarande andel bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten som då skickades ut var 95 procent.



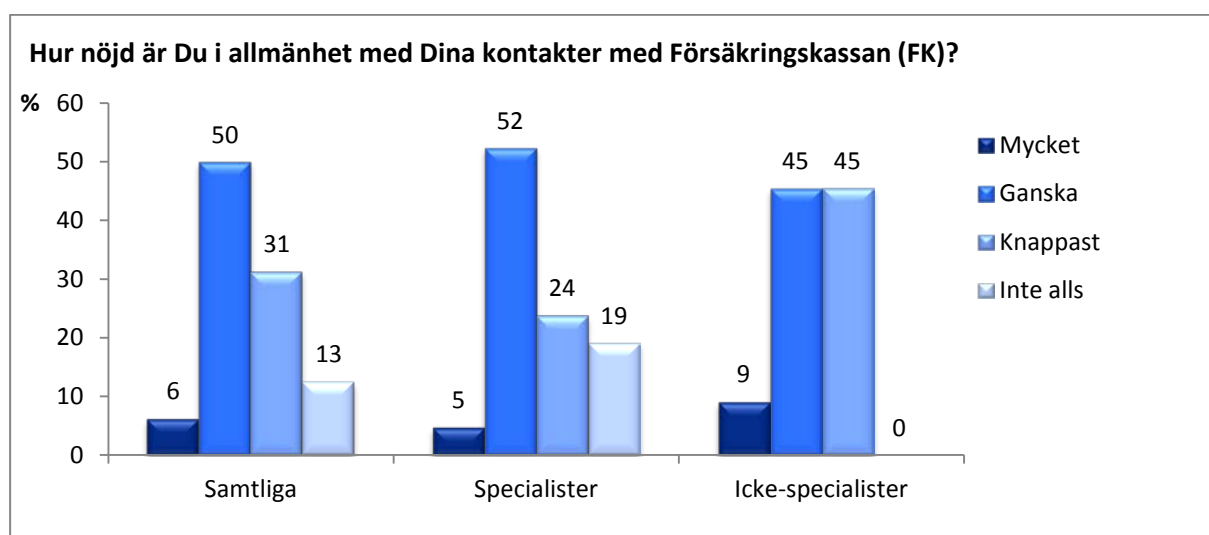
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

I intervjuerna med läkarna framkom uppfattningen att hanteringen av sjukskrivningsärenden utgör ett arbetsmiljöproblem på grund av den tidsbrist som råder. Med de många arbetsuppgifter som läkarna har, beskrevs intygsskrivande och frågor från Försäkringskassan som moment som påverkade arbetsmiljön negativt, det senare då journaler måste gås igenom, nya intyg skrivs och eventuell kompletterande kontakt med patienter måste tas. Rehabkoordinatorernas verksamhet beskrevs ha minskat omfattningen av dessa arbetsuppgifter, och därmed detta arbetsmiljöproblem dramatiskt, vilket beskrivs i avsnittet Rehabkoordinatorernas verksamhet (se sidan 32).

Kontakter med Försäkringskassan

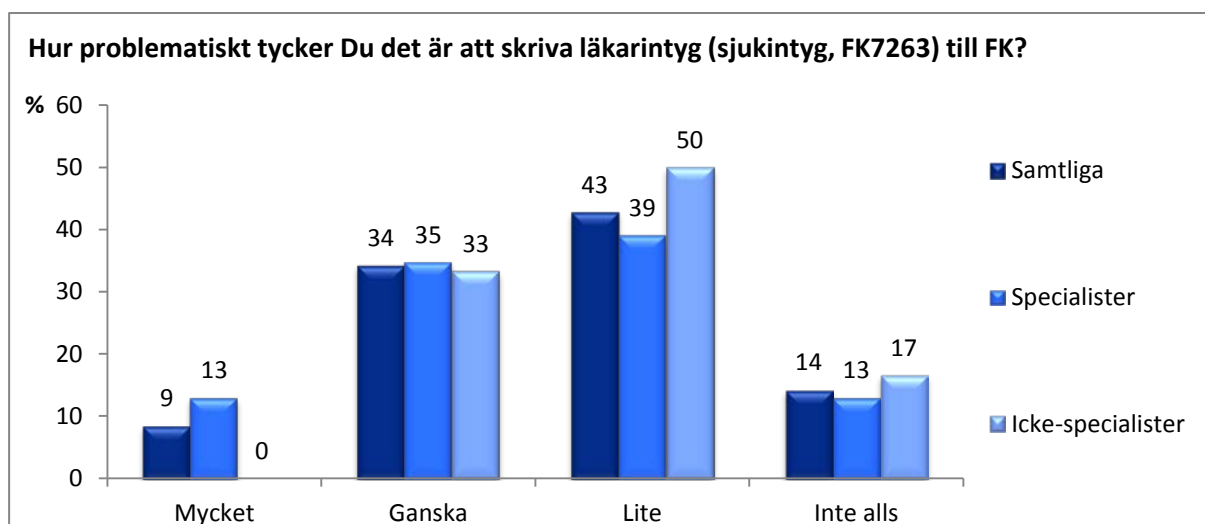
Enkäten berörde också läkarnas kontakter med Försäkringskassan. Sex procent av läkarna uppgav att de inte hade några sådana kontakter (Ej i figur). På frågan hur nöjda de var med kontakterna med Försäkringskassan svarade drygt hälften (56 %) av dem som uppgivit att de hade sådana kontakter att de var mycket eller ganska nöjda med dessa (Figur 11).

Motsvarande andel bland ortopederna i Stockholm som år 2012 svarade på enkäten var högre; 67 procent.



Figur 11. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister. De som ej hade sådana kontakter har exkluderats.

Drygt två femtedelar, 43 procent, av läkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg (FK7263) till Försäkringskassan (Figur 12). Denna andel var närmare hälften bland specialisterna (48 %) och en tredjedel (33 %) bland icke-specialisterna. Andelen som upplevde det som inte alls problematiskt var 14 procent.

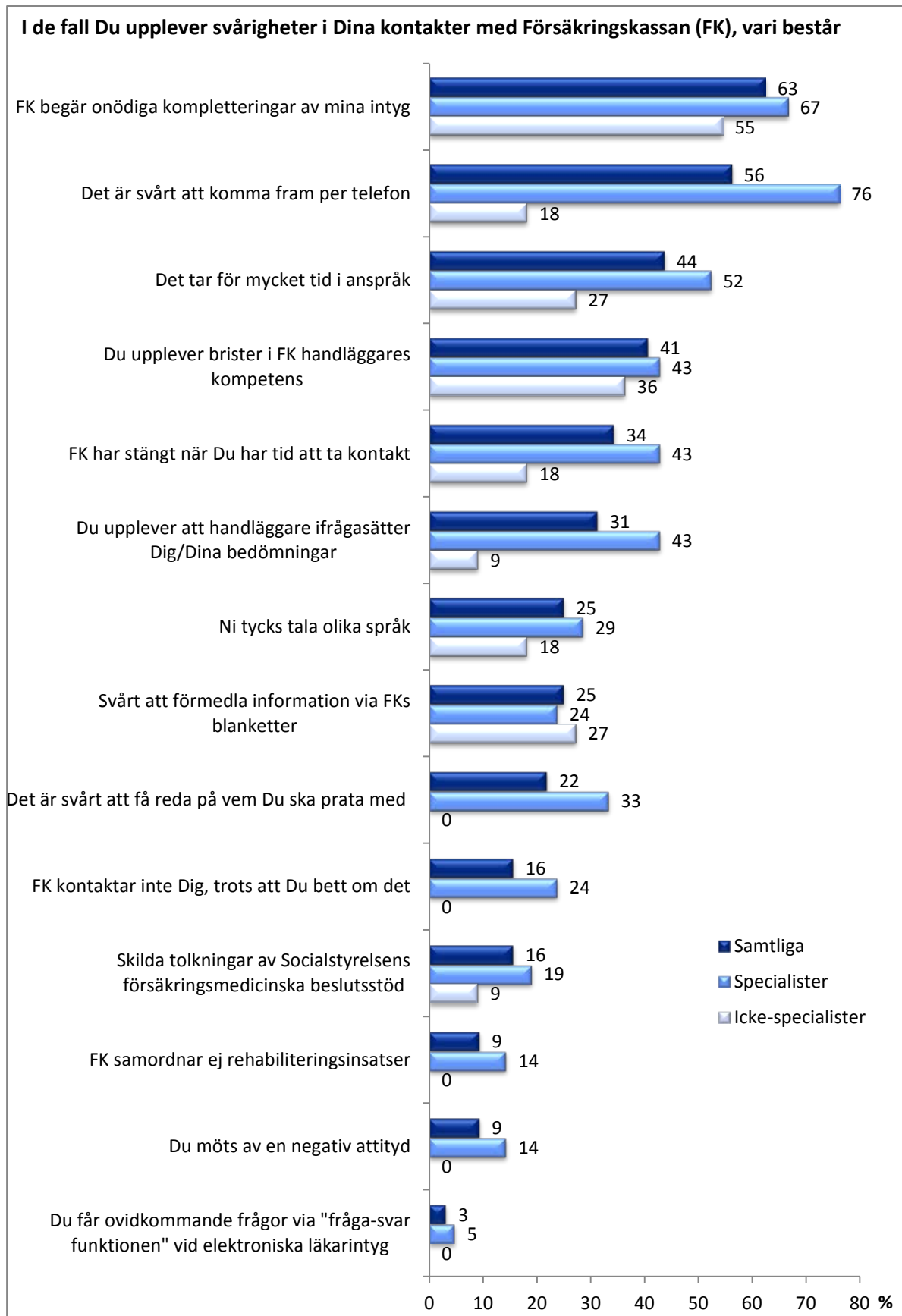


Figur 12. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt de tycker det är att skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan

En av frågorna i enkäten handlade om svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. Baserat på resultaten från tidigare studier fanns fjorton olika typer av svårigheter samt ”Upplever inga svårigheter” med som svarsalternativ. Sexton procent av läkarna, 10 procent bland specialisterna respektive 27 procent bland icke-specialisterna svarade att de inte upplevde några svårigheter (Ej i figur). Av de listade svårigheterna var den som störst andel läkare upplevde, 63 procent, att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg (Figur 13). Drygt hälften av läkarna (56 %) upplevde att det var svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon. Här förelåg en stor skillnad mellan specialisterna av vilka 76 procent angivit detta och icke-specialisterna bland vilka motsvarande andel var 18 procent. Närmare hälften av läkarna, 44 procent, svarade att det tar för mycket tid i anspråk. Även här var skillnaden mellan specialister (52 %) och icke-specialister (27 %) stor. Överlag så upplever en större andel av specialisterna än icke-specialisterna de olika typerna av svårigheter. Ett undantag är att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter, vilket ungefär lika stora andelar upplever.

I enkäten 2012 svarade 23 procent av ortopederna att de inte upplevde några svårigheter i kontakter med försäkringskassan – jämfört med den lägre andelen om 16 procent nu. Framförallt var det en högre andel nu som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg (52 % då, 63 % nu), att det är svårt komma fram på telefon (44 % då, 56 % nu) samt att handläggaren ifrågasätter läkarens bedömningar (19 % då, 31 % nu).



Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens

Många läkare upplevde mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom olika områden relaterade till sjukskrivningsarbetet. Det område för vilket störst andel läkare efterfrågade ökade kunskaper gäller de möjligheter och skyldigheter de olika aktörerna som är involverade i sjukskrivningsprocessen har. Tre av fyra läkare hade behov av ökad kunskap kring arbetsgivares och Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, drygt två tredjedelar hade detta behov vad gäller Försäkringskassan (Tabell 8). Över hälften av läkarna (61 %) behövde fördjupad kunskap kring vilka möjligheter och skyldigheter de själva har som läkare i samband med sjukskrivningsärenden. En ungefär lika stor andel hade behov av mer kunskap om vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik. Mer kunskap om arbetsgivares möjligheter och skyldigheter efterfrågades av en större andel av icke-specialisterna jämfört med specialisterna, 92 respektive 67 procent. När det gäller fördjupad kunskap om samhällets möjligheter att ta hand om psykosocial problematik efterfrågades det av en större andel av specialisterna jämfört med icke-specialisterna, 71 respektive 33 procent.

Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	Samtliga	9	52	33	6
	Specialister	10	52	29	10
	Icke-specialister	8	50	42	0
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	15	55	27	3
	Specialister	19	48	29	5
	Icke-specialister	8	67	25	0
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	15	61	21	3
	Specialister	19	48	29	5
	Icke-specialister	8	83	8	0
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	21	55	21	3
	Specialister	24	48	24	5
	Icke-specialister	17	67	17	0
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	18	39	36	6
	Specialister	24	48	19	10
	Icke-specialister	8	25	67	0

Även behov av fördjupad kompetens kring regelsystemen efterfrågades. Närmare två tredjedelar av läkarna hade ett mycket eller ganska stort behov av mer kunskap gällande sjukförsäkringens regelsystem och hälften kring de privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har (Tabell 9). En betydligt större andel av icke-specialisterna jämfört med specialisterna hade ett mycket eller ganska stort behov av ökad kunskap om privata försäkringar och tilläggförsäkringar, 75 respektive 38 procent.

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	21	42	33	3
	Specialister	24	43	29	5
	Icke-specialister	17	42	42	0
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	21	30	39	9
	Specialister	10	29	48	14
	Icke-specialister	42	33	25	0

När det gäller läkarens arbetsuppgifter i sjukskrivningsarbetet svarade en relativt stor andel att de hade ett behov av fördjupad kompetens. Omkring hälften hade ett mycket eller ganska stort behov avseende att utforma optimala handlingsplaner samt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (Tabell 10). Ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning uppgavs av en betydligt större andel av icke-specialisterna jämfört med specialisterna, 75 respektive 33 procent. Två av fem hade ett mycket eller ganska stort behov av mer kompetens gällande vilka krav som ställs i olika yrken, att bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning samt att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning. Ungefär en tredjedel hade ett liknande behov av fördjupad kompetens vad gäller att bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning samt att ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger. Var femte läkare svarade att de hade ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg.

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	Samtliga	6	30	48	15
	Specialister	5	29	52	14
	Icke-specialister	8	33	42	17
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	12	27	52	9
	Specialister	10	29	48	14
	Icke-specialister	17	25	58	0
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	16	28	44	13
	Specialister	15	30	35	20
	Icke-specialister	17	25	58	0
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	9	39	39	12
	Specialister	14	19	48	19
	Icke-specialister	0	75	25	0
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	0	39	45	15
	Specialister	0	38	43	19
	Icke-specialister	0	42	50	8
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	3	18	67	12
	Specialister	5	19	57	19
	Icke-specialister	0	17	83	0
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	12	39	45	3
	Specialister	10	43	43	5
	Icke-specialister	17	33	50	0
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	6	27	61	6
	Specialister	10	19	62	10
	Icke-specialister	0	42	58	0

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Flera frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, det vill säga, vad som har störst betydelse för god kompetens och kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Här framkom att kontakter med andra yrkesgrupper hade stor betydelse. Det som störst andel (två tredjedelar) ansåg hade stor betydelse för god kvalitet i arbete med sjukskrivningar var ”information från klinikens rehabkoordinatorer” och ”annat stöd från klinikens rehabkoordinatorer” (Tabell 11). Majoritet av läkarna ansåg det också som viktigt för god kvalitet i deras arbete att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från rehabkoordinatorerna.

Knappt hälften angav att sådant underlag från fysioterapeut eller arbetsterapeut hade stort värde, medan en tredjedel satte stort värde på liknande underlag från annan läkare samt kurator eller psykolog.

Tabell 11. Andel (%) läkare som svarade att de åtta nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Information från klinikkens rehabkoordinator	Samtliga	70	30	0
	Specialister	76	24	0
	Icke-specialister	58	42	0
Annat stöd från klinikkens rehabkoordinator	Samtliga	64	30	6
	Specialister	71	19	10
	Icke-specialister	50	50	0
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Samtliga	36	58	6
	Specialister	43	48	10
	Icke-specialister	25	75	0
Kontakter med handläggare på FK	Samtliga	21	48	30
	Specialister	29	43	29
	Icke-specialister	8	58	33
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av <i>annan läkare</i>	Samtliga	36	55	9
	Specialister	38	48	14
	Icke-specialister	33	67	0
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av <i>fysioterapeut/arbetsterapeut</i>	Samtliga	48	45	6
	Specialister	57	38	5
	Icke-specialister	33	58	8
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av <i>kurator/psykolog</i>	Samtliga	36	55	9
	Specialister	48	43	10
	Icke-specialister	17	75	8
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av <i>rehabkoordinator</i>	Samtliga	55	39	6
	Specialister	62	29	10
	Icke-specialister	42	58	0

En tredjedel ansåg att handledning i hantering av sjukskrivningsärenden skulle vara värdefullt (Tabell 12). Information via internet och kurser i försäkringsmedicin uppgav en fjärdedel hade stort värde.

Tabell 12. Andel (%) läkare som angav att de sex nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	30	61	9
	Specialister	24	67	10
	Icke-specialister	42	50	8
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	15	58	27
	Specialister	19	52	29
	Icke-specialister	8	67	25
Information via Internet	Samtliga	24	64	12
	Specialister	19	67	14
	Icke-specialister	33	58	8
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	24	64	12
	Specialister	24	62	14
	Icke-specialister	25	67	8
Konferenser, seminarier	Samtliga	18	61	21
	Specialister	14	57	29
	Icke-specialister	25	67	8
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	18	48	33
	Specialister	14	52	33
	Icke-specialister	25	42	33

En tredjedel ansåg att uppföljande statistik över hur ens enhet sjukskrivit under det senaste året skulle ha stort värde och nästan lika många när det gäller sådan statistik över hur man själv sjukskrivit (Tabell 13).

Tabell 13. Andel (%) läkare som angav att de två nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	34	25	41
	Specialister	30	20	50
	Icke-specialister	42	33	25
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	Samtliga	27	30	42
	Specialister	24	24	52
	Icke-specialister	33	42	25

Rehabkoordinatorernas verksamhet

I intervjuer med läkarna efterfrågades först hur bekant läkaren var med projektet med rehabkoordinatorer. Alla kände till det, även om alla inte visste så mycket om dess detaljer. Samtliga ansåg att projektet haft stor betydelse för verksamheten på kliniken.

Det beskrevs att även om man inte vet exakt vad koordinatorerna gjort hade man märkt stora effekter av projektet i sitt eget arbete med sjukskrivningar. I samtliga intervjuer med läkarna beskrevs hur rehabkoordinatorerna varit till stor nytta i sjukskrivningsarbetet och i de flesta fall hur problem kring sjukskrivningsärenden minskat i och med koordinatorernas arbete.

På frågan om det varit för någon särskild typ av sjukskrivningar läkarna haft nytta av rehabkoordinatorerna svarade de flesta att det gällt alla typer av ärenden, medan några svarade att de haft särskild nytta av dem när det gäller sjukskrivningar överstigande 180 dagar, när det gäller patienter som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen, förlängningar av sjukskrivningar eller deltidssjukskrivningar. En annan typ av ärende där koordinatorernas arbete varit till särskild nytta beskrevs vara patienter i extra behov av stöd. Ett exempel som gavs på detta var patienter med missbruksproblematik eller patienter som på andra sätt lever på marginalerna, vilkas ärenden koordinatorerna kunnat ta tag i tidigare i sjukskrivningen för att planera åtgärder och till exempel koppla in Arbetsförmedlingen eller andra aktörer. Läkarna upplevde att patienterna haft stor nytta av rehabkoordinatorerna, då koordinatorerna fångar upp ärenden och ser till att de inte "faller mellan stolarna". Koordinatorerna har även en djupare dialog med patienterna än vad läkarna hinner med, där de dels kan informera om vad som gäller vid en sjukskrivning och om vad som händer i ärendet samt även göra en individanpassad planering av sjukskrivningen, utifrån patientens behov och förutsättningar.

Enkäten innehöll ett flertal frågor om vilken betydelse rehabkoordinatorernas verksamhet haft för läkarnas sjukskrivningsarbete. Först efterfrågades huruvida rehabkoordinatorernas verksamhet underlättat läkarnas kontakter med övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen, det vill säga med patienten själv, Försäkringskassan, arbetsgivare alternativt Arbetsförmedling, primärvården, kommunen och andra aktörer. En klar majoritet av läkarna, minst två tredjedelar, svarade att det stämmer helt eller stämmer bra att kontakterna med respektive aktör underlättats av rehabkoordinatorernas arbete (Tabell 14). Drygt åtta av tio ansåg att detta gällde för kontakterna med patienter och med Försäkringskassan. Drygt tre fjärdedelar uppgav att det stämmer helt eller delvis att kontakterna med arbetsgivare respektive Arbetsförmedling underlättats och drygt två av tre att detta gällde för kontakterna med primärvården, kommunen samt andra aktörer. Eftersom sådana kontakter inte är aktuella lika ofta var andelen lägre än vad gäller kontakterna med Försäkringskassan.

Tabell 14. Andel (%) läkare som uppgav de olika svarsalternativen på påståendet att rehabkoordinatorernas verksamhet underlättat läkarnas kontakter med olika aktörer i sjukskrivningsprocessen, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

Rehabkoordinatorernas verksamhet har underlättat mina kontakter med...		Stämmer helt	Stämmer bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
... - patienten	Samtliga	38	47	6	9
	Specialister	48	39	4	9
	Icke-specialister	11	67	11	11
... - Försäkringskassan	Samtliga	38	47	9	6
	Specialister	39	43	9	9
	Icke-specialister	33	56	11	0
... - arbetsgivaren /Arbetsförmedlingen	Samtliga	28	50	9	13
	Specialister	35	43	9	13
	Icke-specialister	11	67	11	11
... - primärvården	Samtliga	28	41	19	13
	Specialister	35	35	17	13
	Icke-specialister	11	56	22	11
... - kommunen	Samtliga	28	41	16	16
	Specialister	35	35	13	17
	Icke-specialister	11	56	22	11
... - andra aktörer	Samtliga	28	41	19	13
	Specialister	35	35	17	13
	Icke-specialister	11	56	22	11

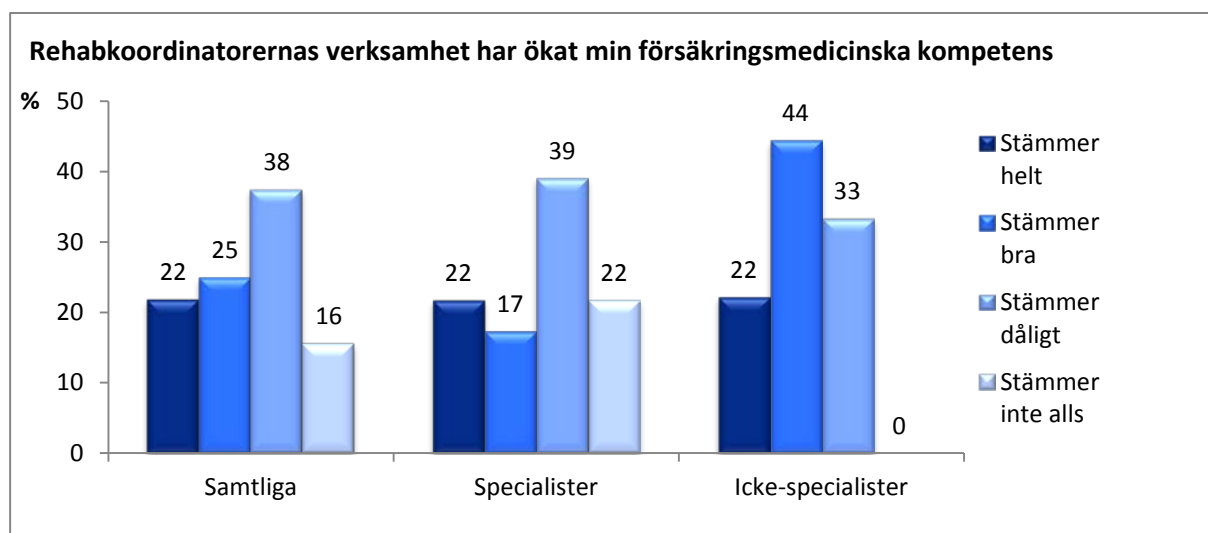
I intervjuerna beskriver flera av läkarna hur den största nyttan av projektet varit just att kontakterna med Försäkringskassan och patienterna underlättats. Läkarna beskrev hur koordinatorena redan från ett ärendes början hållit i kontakterna med Försäkringskassan och patienten och fungerat som en mellanhand mellan dem och läkaren. Rehabkoordinatorerna har fångat upp patienter i behov av åtgärder via journalsystemet och har i ärenden, där sådant behov förelegat, kunnat gå igenom med patienten vad som gäller vid sjukskrivning redan innan läkaren har kontakt med denne. Vidare har koordinatorena sammanfattat ett ärende åt läkaren innan dennes kontakt med patienten och sedan informerat patienten när ny information i ärendet uppkommit. Vad gäller kontakterna med Försäkringskassan framkom hur rehabkoordinatorerna skött dessa så att det läkaren främst behövt göra har varit att skriva läkarintyg. Rehabkoordinatorerna har även skrivit kommentarer och förslag till text att lägga in i intygen, vilket resulterat i att färre kompletteringar behövts från läkaren. Detta kan exemplifieras med ett citat från ett av de öppna svaren i enkäten:

MEST EFFEKTIV ÅTGÄRD FÖR ATT FÖRBÄTTRA KVALITET PÅ SJUKINTYG: REHABKOORDINATORER!

Rehabkoordinatorerna skrev ibland förslag till text i sjukintyget för läkaren att ta ställning till och skriva under. I intervjuerna framkom även hur rehabkoordinatorerna i förekommande fall tagit kontakt med andra aktörer när behov av detta förelegat, till exempel har

Arbetsförmedlingen kunnat kopplas in tidigare i sjukskrivningen när patienten inte bedömts kunna återgå till sitt ordinarie arbete.

I enkäten svarade hälften av läkarna (47 %) att det stämmer helt eller stämmer bra att deras försäkringsmedicinska kompetens ökat i och med rehabkoordinatorernas arbete (Figur 14). Bland icke-specialisterna var denna andel högre än bland specialisterna; 67 procent jämfört med 39 procent.



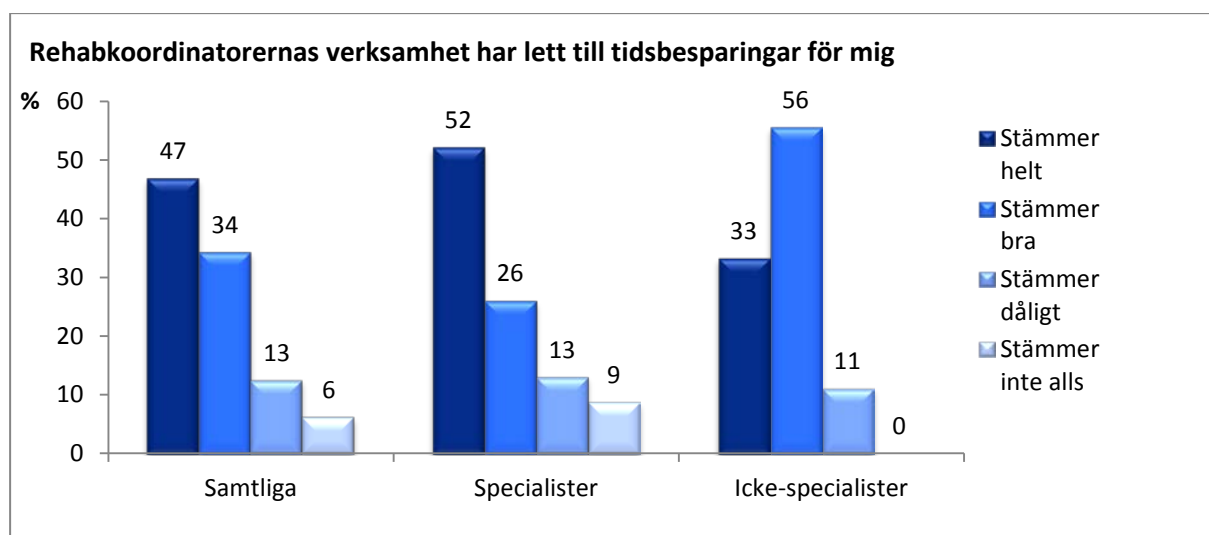
Figur 14. Andel (%) av läkarna som uppgav de olika svarsalternativen på påståendet att rehabkoordinatorernas verksamhet lett till en ökad försäkringsmedicinsk kompetens, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

I intervjuerna beskrev flera av läkarna hur deras försäkringsmedicinska kompetens ökat. Framförallt vad gäller hur man ska tänka vid intygsskrivande, vilken information Försäkringskassan efterfrågar och hur man ska formulera sig i intygen. Detta har åstadkommit genom förslag på intygstext som rehabkoordinatorerna bistått läkarna med samt genom de kommentarer och påminnelser vilka koordinatorerna gett på läkarnas intyg rörande hur dessa ska skrivas.

Läkarnas försäkringsmedicinska kompetens hade även ökat när det gäller rekommenderade sjukskrivningstider för olika diagnoser, de olika faserna i rehabiliteringsgarantin samt hur sjukskrivningar ska hanteras i förhållande till patientens anställningsform. Alla intervjuade läkare ansåg dock inte att koordinatorernas verksamhet medfört att deras försäkringsmedicinska kompetens ökat.

Tidsbesparing

En majoritet av läkarna (81 %) svarade att det stämmer helt eller stämmer bra att rehabkoordinatorernas arbete lett till tidsbesparingar och därmed ökad effektivitet för dem (Figur 15). En tiondel av specialisterna och ingen av icke-specialisterna ansåg att det inte stämmer alls att rehabkoordinatorernas arbete lett till tidsbesparingar för dem.

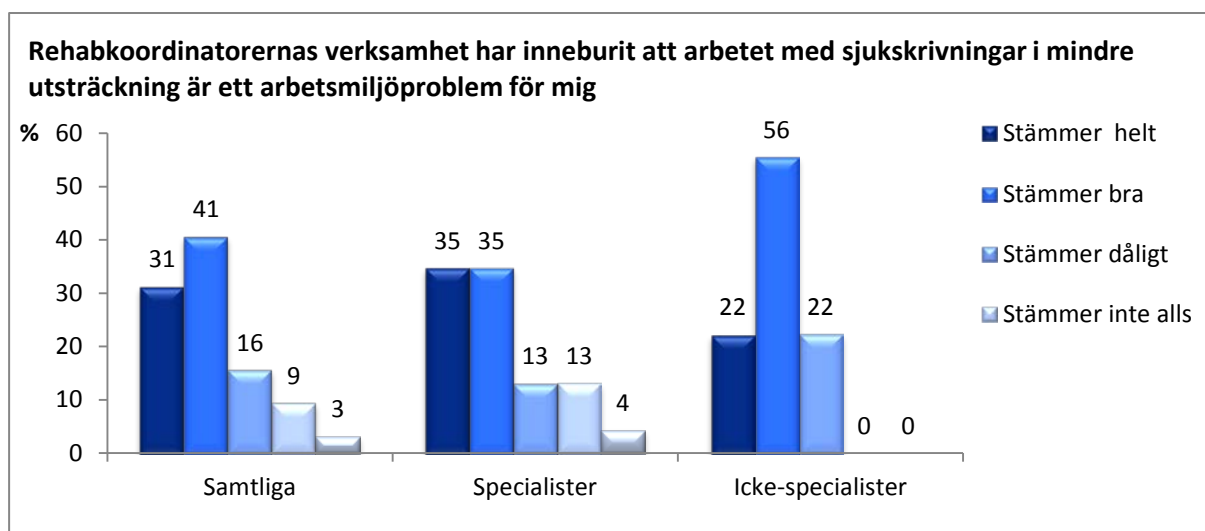


Figur 15. Andel (%) av läkarna som uppgav de olika svarsalternativen på påståendet att rehabkoordinatorernas verksamhet lett till tidsbesparingar för läkaren, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

I intervjuerna beskrev läkarna hur rehabkoordinatorernas arbete inneburit att kontakterna med Försäkringskassan och med patienter tagit mindre tid för dem och att koordinatorernas insatser inneburit såväl tids- som energibesparingar. Antalet kontakter minskade i och med att koordinatorerna hanterade alla kontakter som inte krävde åtgärd från läkare. Läkarna slapp även logistiken kring kontakterna, i och med koordinatorernas samordnande funktion i ärendena. Tidsbesparingar skedde även avseende, Att rehabkoordinatorerna bistått läkarna med förslag till sjukintygstext innebar även tidsbesparingar.

Arbetsmiljöproblem

Nästan tre fjärdedelar (72 %) av läkarna svarade att det stämmer helt eller stämmer bra att rehabkoordinatorernas verksamhet inneburit att sjukskrivningsarbetet i mindre utsträckning än tidigare utgjort ett arbetsmiljöproblem (Figur 16). En något större andel av specialisterna, en tredjedel, jämfört med icke-specialisterna, en fjärdedel, angav att detta stämmer helt. Endast en läkare uppgav att detta inte hade varit ett problem tidigare.



Figur 16. Andel (%) av läkarna som uppgav de olika svarsalternativen på påståendet att rehabkoordinatorernas verksamhet lett till tidsbesparingar för läkaren, för samtliga samt uppdelat på specialister och icke-specialister.

I intervjuerna med läkarna framkom blandade åsikter om i vilken omfattning hanteringen av sjukskrivningar utgjorde ett arbetsmiljöproblem och huruvida rehabkoordinatorernas arbete innebar någon skillnad i omfattningen av dessa arbetsmiljöproblem.

De som uppgav att tidsbrist utgjorde ett arbetsmiljöproblem upplevde att arbetsmiljöproblemet minskade och att man fick mer tid för övriga arbetsuppgifter i patientarbetet. Likaså förekom uppfattningen att kontakterna med Försäkringskassan orsakade ett arbetsmiljöproblem eftersom handläggarna begärde många kompletteringar samt i vissa fall försökte påverka patientens behandling. Då koordinatorena såg till att intyg blev rätt ifyllda från början och tog över många av kontakterna minskade detta arbetsmiljöproblem.

En annan åsikt som framfördes var att organisationen och rutinerna kring hanteringen av sjukskrivningar var orsak till arbetsmiljöproblemet. Ett exempel på detta var att läkare, som redan hade ett fullbokat schema, fick nya patienter från akuten som behövde förnyade sjukintyg. Detta problem upplevdes ha förbättrats något i och med att akuten börjat tillämpa de rekommendationer kring sjukskrivningstider som koordinatorena tagit fram.

Stor nytta av koordinatorena

Sjukskrivningskoordinatorerna upplevdes ”fylla en lucka” på kliniken på ett föredömligt sätt vilket förenklat för patienter, läkare och annan personal liksom för Försäkringskassans handläggare.

Samtliga intervjuade personer beskriver att koordinatorena har haft stor betydelse för dem i deras arbete – på en skala på ett till fem svarade samtliga de högsta värdena: fyra eller fem.

Samtliga läkare ställer sig mycket positiva till införandet av rehabkoordinatorer inom verksamhetsområdet. Nedan exemplifieras detta med två citat från läkares öppna svar i enkäten:

Rehab-koordinatorer har varit helt superbt!

Rehabkoordinatorerna gjort ett mkt bra jobb!

I intervjuer framkommer att det som upplevts som mycket positivt med koordinatorens arbete är att de i stor utsträckning självständigt kunnat sköta kontakterna med Försäkringskassan och med patienterna i sjukskrivningsärenden. Ett exempel är hur de gett förslag på intyg till läkaren. Andra uppfattningar om det mest positiva är att koordinatorens tagit tag i ärenden och kunnat hjälpa patienterna i rehabiliteringsprocessen, till exempel genom att tillsammans med patienten ta fram handlingsplaner för vad som ska ske under sjukskrivningen och se till att rätt åtgärder vidtas i rätt tid.

Syftet med projektet har varit att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. I intervjuerna framkom en allmän uppfattning av att hanteringen av sjukskrivningsärenden, under perioden då rehabkoordinatorerna var aktiva, varit effektivare och hållit en högre kvalitet. Koordinatorerna har tagit tag i patientärenden tidigare i processen och sett till att rätt person kopplats in direkt. På så vis har det kunnat undvikas att ärenden fastnar, bollas fram och tillbaka eller att patienter faller mellan stolarna. Koordinatorerna har även fyllt en funktion som bollplank med läkare som velat diskutera hantering av svåra sjukskrivningsärenden alternativt få feedback från. En annan viktig aspekt har varit att koordinatorens tagit fram rehabiliteringsplaner för patienter, åtgärder har på så vis kunnat individanpassas efter patientens behov, rätt åtgärd kunnat vidtas snabbare och patienten kunnat hjälpas genom stegen i rehabprocessen. Rehabkoordinatorerna beskrivs ha varit ett gott stöd för patienter, till exempel genom att förmedla relevant information till dem.

Båda rehabkoordinatorerna har haft fysioterapi som sin grundutbildning, vilket innebär att de haft god kompetens i att bedöma och beskriva fysisk funktion och aktivitetsbegränsning. Detta har uppskattats av läkarna och beskrivs som att det innebar *högre kvalitet* i hantering av sjukskrivningsärenden.

Ett viktigt mål som anges i sjukskrivningsmiljarden är att hälso- och sjukvården ska verka för *jämställda sjukskrivningar*. I projektet med rehabkoordinatorer inom kliniken har rehabkoordinatorerna valt att fokusera på en aspekt av detta, nämligen våld i nära relationer. De har inte hunnit arbeta med andra aspekter av jämställda sjukskrivningar. Av intervjuvaren att döma har man (ännu) inte lyckats etablera detta, då de intervjuade läkarna sade sig antingen inte veta något om denna ansats eller ha hört talas om den men inte veta mer och inte ha haft någon nytta av detta i sitt sjukskrivningsarbete.

Nåbarhet

En annan faktor som beskrivs som positiv är hur lätt det har varit att få kontakt med koordinatorens i de fall detta behövts. Det har varit lätt att gå till dem, då de haft sina arbetsplatser på mottagningen. De har också varit lätta att nå per telefon alternativt via det elektroniska journalsystemet.

Önskemål om att få behålla rehabkoordinatorer

En annan återkommande kommentar som behöver beaktas var att *projektiden varit alltför kort* för att projektet skulle kunna ha bestående förändringar för verksamheten. Längre tid behövs. I intervjuerna med läkarna framkommer hur rutinerna kring hanteringen av sjukskrivningsärenden förändrats, med koordinatoren som samordnande mellan de olika aktörerna. De förbättringar som skett i hanteringen av sjukskrivningar beskrivs i intervjuerna huvudsakligen som temporära för den period koordinatorens var aktiva i sin roll gentemot läkarna.

Flera av läkarna uttryckte en *önskan om att funktionen med rehabkoordinatorer skulle återupprättas*. Flera beskrev hur de skulle vilja att koordinatorerna skulle arbeta samt sådant de saknat under projektets gång. Man ville till exempel att koordinatorerna skulle fortsätta ta hand om kontakterna med Försäkringskassan och patienterna samt samordna sjukskrivningsärendena med de olika inblandade aktörerna. Man ville även att koordinatorerna också fortsättningsvis skulle vara behjälpliga med att ta fram underlag till text i sjukintygen. För att undvika att patienterna får för korta sjukskrivningar och att ett nytt intyg måste skrivas innan patienten fått en återbesökstid alternativt rimligen kunde ha återgått till arbete, framkom även en önskan att koordinatorerna skulle fortsätta kommunicera de rekommenderade sjukskrivningstiderna till övriga läkare på kliniken, särskilt till AT-läkare och till läkare på akuten.

Ett annat önskemål var att koordinatorerna vara uppdaterade om förändringar i regelsystemet och informera läkarna om detta. Önskemål framfördes även om att koordinator kopplades in på samtliga ärenden med patienter som har yrken med högre krav på funktion och aktivitet än stillasittande jobb, för att ta fram handlingsplan för rehabiliteringen. Det föreslogs även att inrätta team kring mer problematiska ärenden, där de olika aktörerna, koordinator, läkare och handläggare från Försäkringskassan kan diskutera patienter som riskerar att inte kunna återgå till sitt tidigare arbete. Ett annat önskemål var återkoppling i enskilda fall, utöver övergripande statistik. Södersjukhuset, liksom större delen av övriga vårdverksamheter i Stockholm har ännu inte infört ett system för elektronisk överföring av läkarintyg. Flera önskade att detta fanns och att koordinatorerna eventuellt skulle kunna ansvara för införandet av detta. Man såg ett stort behov av *'lathundar'* för sjukskrivning vid ortopediska diagnoser.

Intervjuer med andra yrkeskategorier inom kliniken

Av intervjuerna med de medicinska sekreterarna och med sjuksköterskan framkom att även dessa *upplevt mycket stor nytta av projektet* med rehabkoordinatorer. Medicinska sekreterare har tidigare fått hantera ett antal kontakter med Försäkringskassan, till exempel kring sjukskrivningsärenden som blivit liggande på grund av att läkaren inte varit i tjänst. Sjuksköterskor beskrevs komma i kontakt med aspekter av patienters sjukskrivning framförallt när patienter ringer till avdelningen för telefonrådgivning, till exempel för komplettering av läkarintyg.

Koordinatorernas arbete ansågs inte bara varit positivt för läkarna utan även ha haft mycket positiva effekter i det egna arbetet, då det lett till stora tidsbesparingar för båda yrkeskategorierna och det beskrevs vara problematiskt att koordinatorerna inte finns längre.

Jag vill betona hur stort värde koordinatorerna har haft.

Ett problem för sjuksköterskornas arbete på avdelningen före projektet var att deras telefontid för rådgivning till patienter ofta fylldes av sjukskrivningsärenden, vilket innebar att andra patienter inte kom fram. Nu när inte rehabkoordinatorerna arbetar längre har detta problem återkommit. Sjuksköterskorna kan inte heller alltid svara på frågor kring sjukskrivning utan blir en mellanhand i kontakten mellan patient och läkare. Särskilt svårt upplevdes det när patienter ringer och är arga och upprörda för att de inte får kompletteringar av sina intyg och sjuksköterskan inte kan svara på varför detta inte skett. Rehabkoordinatorernas arbete har upplevts som en stor avlastning och har förbättrat arbetsmiljön för sjuksköterskorna genom att koordinatorerna under projektets gång hållit i kontakterna med patienterna. Detta har gjort att sjuksköterskorna sluppit ta dessa kontakter samt ökat tillgängligheten för patienter som söker

rådgivning kring andra vårdrelaterade frågor. Patienterna upplevdes också ha fått bättre stöd i och med att de kunnat komma i kontakt med någon som är mer insatt i sjukskrivningsärendet och mer kunnig inom försäkringsmedicin.

Även av de medicinska sekreterarna beskrev hanteringen av sjukskrivningsärenden som problematisk. Sekreterarna hade innan projektet med rehabkoordinatorer avsatt telefontid för patienter med frågor. Sekreterarna upplevde att de inte kunde besvara de frågor patienterna ställde om sjukskrivningsärendet och att de i vissa fall inte kunde hjälpa patienten att komma i kontakt med läkaren i ett ärende då det i slutändan hängde på huruvida läkaren tog kontakt med patienten eller inte. De fick även ibland hantera kontakter med Försäkringskassan, utan att ha befogenheter i sjukskrivningsärendet, till exempel när en komplettering riskerar att bli sen på grund av att läkaren är borta.

Före och efter projektet med koordinatorena har de medicinska sekreterarna även fungerat som mellanhand i kontakterna mellan Försäkringskassan och läkarna när till exempel en begäran om komplettering kommer in. Sådana arbetsuppgifter upplevs som problematiska och kan, beroende på aktuell bemanning och övriga arbetsuppgifter, även utgöra ett arbetsmiljöproblem. Koordinatorernas arbete upplevdes av sekreterarna ha varit till stor nytta då koordinatorena tog kontakterna med patienterna och med Försäkringskassan samt samordnade ärenden. Detta ledde till en effektivare kommunikation, där ärenden gick direkt till rätt person och patienter slapp bolla runt, vilket även gav en förhöjd patientsäkerhet.

I intervjuerna med de medicinska sekreterarna och sjuksköterskan framkom att de önskar att systemet med rehabkoordinatorer återinförs. Om detta sker efterlyste de även mer information från koordinatorena, inte bara till läkarna utan även till övrig vårdpersonal, både om koordinatorenas yrkesroll samt om försäkringsmedicinska frågor. Exempel på sådant som efterfrågas är kunskap om koordinatorenas funktion gentemot Försäkringskassan samt vilka förändringar som är på gång inom hälso- och sjukvården när det gäller försäkringsmedicinska aspekter. De önskade även att rehabkoordinatorerna ska fortsätta hantera kontakterna mellan läkare, patient och Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden.

Avslutande kommentarer

I denna utvärdering av Verksamhetsområdet ortopedis projekt med rehabkoordinatorer framkom att såväl läkare som andra yrkesgrupper på kliniken genomgående upplevde sig ha haft stor nytta av projektet. Det har inneburit; bättre och mer professionell hantering av patienter, större patientsäkerhet, tidsbesparingar för läkare och andra yrkesgrupper på kliniken, samt bättre kontakter med Försäkringskassan och andra aktörer. Det finns tydliga önskemål om att återinföra rehabkoordinatorer och om att utveckla deras verksamhet så att även andra aspekter i arbetet med patients sjukskrivning ingår.

Under den korta tid projektet funnits har nya rutiner utformats, implementerats och tillämpats för att hantera vad som upplevdes som de största problemen inom verksamhetsområdet. Dessa var framförallt av logistisk art, att hantera kontakter med Försäkringskassan, skriva intyg som innehöll den information som behövdes, kontakta patienter, identifiera och hantera ärenden som av olika anledningar blivit liggande, kontakter med och information till patienter. Dessa behöver i fortsättningen ses över och utvecklas. För en eventuell fortsättning av projektet behöver även aspekter av hur kliniken hanterar sjukskrivningsinstrumentet som en del av vård

och behandling vad gäller till exempel psykosocial problematik, jämställdhetsfrågor, etcetera fördjupas. En annan aspekt är hur olika yrkesgrupper inom kliniken kan få en bättre försäkringsmedicinsk kompetens, något som efterfrågades av flera.

Det framgår tydligt av svaren att en stor del av läkarna inom kliniken har haft nytta av projektet med rehabkoordinatorer. Majoriteten ansåg att rehabkoordinatorerna hade haft stor betydelse för god kvalitet i deras arbete med patienters sjukskrivning. De flesta ansåg även att rehabkoordinatorerna hade underlättat läkarnas kontakter med såväl Försäkringskassan som med patienter. Majoriteten ansåg även att rehabkoordinatorerna underlättade kontakterna med andra aktörer, såsom arbetsgivare, Arbetsförmedling, primärvård, kommunen, etcetera.

En betydligt större andel av läkarna vid Verksamhetsområdet ortopedi på Södersjukhuset svarade 2015 att de hade stöd från sin närmaste ledning i handläggning av patienters sjukskrivning, jämfört med läkarna vid ortopediska verksamheter år 2012 i Stockholm. Detta är en av de stora skillnaderna mellan de två mätningarna. En annan stor skillnad mellan de två enkäterna är att en betydligt större andel av läkarna vid kliniken svarade att det förekom systematiskt kvalitetsäkring; förbättringsarbete när det gäller hantering av patienters sjukskrivning (59 % 2015 jämfört med 16 % 2012).

Jämfört med samtliga svarande vid ortopedkliniker i Stockholm år 2012 upplevde en större andel vid Södersjukhuset år 2015 arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning (36 % 2012, 50 % nu). Det framkom även att en större andel av läkarna upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan nu än bland dem som svarade år 2012 och att en lägre andel var nöjda med kontakterna nu än 2012. Det är möjligt att upplevelsen av kontakterna med Försäkringskassan har samband med upplevelsen av detta som ett arbetsmiljöproblem, något som en tidigare studie tyder på⁽⁷⁴⁾.

För de två personer som, på 50 % av heltid vardera, fick uppdraget som rehabkoordinatorer var denna typ av verksamhet ny. Det innebär att uppstartstiden var lång. Det fanns inte heller några etablerade rutiner för hur de skulle arbeta, vare sig vid Verksamhetsområdet Ortopedi på Södersjukhuset eller vid andra likande verksamheter i landet⁽⁷³⁾. Det innebär att det tagit tid för rehabkoordinatorerna att sätta sig in i området, för verksamhetsledningen att etablera kännedom om och rutiner för deras arbete på kliniken samt för att pröva olika former och rutiner för detta⁽¹⁾. Initialt var det inte heller klart om tjänsterna bara skulle finnas under ett halvår, eller om medel för verksamheten skulle förlängas året ut. Detta innebär att förutsättningarna för projektet inte varit optimala. Med hänsyn till detta är resultaten imponerande. Både enkät- och intervju svaren tyder dock på att läkare och andra har upplevt stor nytta av projektet och av rehabkoordinatorernas arbete.

En aspekt av stor betydelse för rehabkoordinators-funktionen är den kompetens koordinatören har, vad avser kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Tjänsten som rehabkoordinator kräver bland annat goda försäkringsmedicinska kunskaper samt goda kunskaper om den egna organisationen, vad gäller till exempel de olika professionernas ansvar samt vilka interna rutiner och behandlingsmöjligheter som föreligger. Att rehabkoordinatorerna i detta fall rekryterats internt och har en grundutbildning och mångårig erfarenhet inom fysioterapi, bedöms ha haft betydelse på så sätt att de haft god kompetens i att bedöma, diskutera och i intyg beskriva fysisk funktion och aktivitet för enskilda patienter. Detta torde också ha stor betydelse för Verksamhetsområdet ortopedis patientgrupp. Intervjuerna med läkarna styrker denna bild. Samtidigt framkom att många patienter även har psykosocial problematik, vilket

innebär att kompetens kring sådana aspekter och hur de kan hanteras torde vara av central betydelse för en eventuell fortsättning av projektet.

En aspekt här är i vilken utsträckning koordinatorerna kan ta över vissa arbetsuppgifter i sjukskrivningsärenden och i vilken utsträckning de bidragit till kompetensutveckling och att läkarna bättre kunnat utföra sina uppgifter i dessa ärenden. Läkarna beskriver i intervjuerna hur rehabkoordinatorerna både bidragit till en ökad försäkringsmedicinsk kompetens men framförallt att de tagit över det som tidigare varit läkarnas uppgifter.

I intervjuerna framkom att en del av de åtgärder rehabkoordinatorerna vidtagit i sitt arbete inte var bekanta för de intervjuade. Att implementeringen inte var fullständig i klinikens alla delar får dock anses förväntat med tanke på den korta period projektet varat.

Metodologiska aspekter

Ett projekt som detta kan, som framgår av bakgrundsavsnittet, utvärderas ur flera olika perspektiv och med olika typer av datainsamlingar. I denna utvärdering har vi utgått från läkares och annan personals perspektiv. En begränsning är att ingen förmätning är gjord.

Detta är en tvärsnittsstudie med ett mätillfälle endast efter projektets avslut, vilket innebär att vi inte har motsvarande information om situationen före projektet startade upp. Det är därför en fördel att vi kunde använda svaren från läkare verksamma vid ortopediska verksamheter i Stockholm i en enkät år 2012⁽⁶⁾. Dessa jämförelser måste dock göras med försiktighet då vi inte vet hur stor andel av de som svarade då, som arbetade vid Södersjukhuset eller om det fanns skillnader i svarsmönster relaterade till olika ortopediska verksamheter i Stockholm.

Det är också en fördel att ett relativt stort antal frågor om olika aspekter av arbetet med sjukskrivningar ingick då det innebar att frågor som rörde rehabiliteringskoordinatorerna var inlagda bland andra frågor om till exempel andra aktörer eller former av stöd, så att den som svarade kunde se dem i ett mer övergripande sammanhang än om enkäten endast bestått av frågor om rehabiliteringskoordinatorerna. Det är dock möjligt att det stora antalet frågor (99 stycken) har påverkat svarsfrekvensen negativt.

Svarsfrekvensen på enkäten var god; 71 procent. Den var betydligt högre än svarsfrekvensen på enkäten i Stockholm år 2012 (58 %)⁽⁶⁾ och jämförbar med den på enkäten 2004^(6, 35) trots den allmänna trenden i Sverige med minskande svarsfrekvenser i enkätstudier⁽⁷⁷⁾. Den höga svarsfrekvensen, trots att enkäten och dess påminnelser gick ut i semestertider, kan bero på att även verksamhetschefen själv informerat läkarna om projektet. Den kan också tolkas som att intresset för sjukskrivningsfrågor är stort, eller som att man anser det viktigt med projektet med rehabkoordinatorer. Vi har ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmönstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade.

Svarsfrekvensen var lägre bland icke-specialisterna jämfört med bland specialistläkarna (60 respektive 80 %), vilket tillsammans med det låga antalet läkare gör att resultat rörande jämförelser mellan specialister och icke-specialister bör tolkas med försiktighet och mer ses som utgångspunkt för kommande uppföljningar.

När datainsamlingen för projektet gjordes, hade rehabiliteringskoordinatorerna i princip avslutat sitt direkta arbete på kliniken. Koordinatorerna arbetade under denna tid i första hand med att sammanställa information från projektet och att skriva en projektrapport. Det kan alltså vara så att läkarnas svar, när det till exempel gäller arbetsmiljöproblem eller kontakten

med Försäkringskassan gäller situationen efter att rehabkoordinatorerna avslutat verksamheten. Avsaknad av det stöd koordinatorens verksamhet inneburit blev eventuellt extra tydlig när de slutat. Detta var även särskilt tydligt i de svar de medicinska sekreterarna respektive sjuksköterskorna gav, då deras arbetsuppgifter åter blev fler och tyngre i och med projektets upphörande, utan att de hade egentlig kompetens för att utföra dem.

Det är också en fördel att utvärderingen inte genomförts av en enhet inom Södersjukhuset eller landstinget, utan av en forskningsenhet på Karolinska Institutet, Solna. Resultaten från denna utvärdering kan användas som utgångspunkt vid utvärdering av kommande satsningar inom Verksamhetsområdet Ortopedi när det gäller framtida projekt och ledning och styrning av hantering av patienters sjukskrivning.

Sammanfattningsvis har detta projekt, med hänsyn till den korta tiden det pågått, haft god effekt för patient säkerhet och effektivitet vid kliniken. Det är även slående hur positivt verksamheten med rehabkoordinatorer upplevts.

Referenser

1. Axelsson K, Lundman L. Rehabkoordinatorer inom ortopedi - för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Verksamhetsområde Ortopedi, Södersjukhuset, 2015.
2. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.
3. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.
4. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 och 2. Slutbetänkande av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU 2015:21.
5. 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.
6. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
7. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, 2013.
8. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
9. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
10. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
11. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.

12. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
13. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
14. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
15. Härmed intygas att... En vägledning för läkares utfärdande av intyg. Sveriges läkarförbund; 2011. p. 1-16.
16. Vad ska ett läkarintyg innehålla? Försäkringskassan, 2011.
17. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
18. Adler H. Medicinsk juridik, grundläggande handbok. Lund: Studentlitteratur; 2010.
19. Sjölenius B, Adler H. Intyg och utlåtande. Lund: Studentlitteratur; 2001.
20. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
21. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
22. 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.
23. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
24. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
25. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003.
26. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
27. 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.
28. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
29. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
30. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. Occup Med (Lond). 2010;60(2):152-5.
31. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2013.
32. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
33. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
34. 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.

35. 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.
36. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
37. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
38. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
39. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
40. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005 Artikelnummer 2005-109-2.
41. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
42. 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.
43. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, 2013 S2010:04.
44. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
45. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL, 2009.
46. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33:314-20.
47. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1998;317:28-32.
48. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
49. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):104-9.
50. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *Eur J Public Health*. 2005;15(5):470-4.
51. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London: The Stationary Office, 2008.
52. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
53. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? 2008.

54. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7.
55. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006;23(2):246-52.
56. Löfvander M, Engström A. An observer - participant study in primary care of assessments of inability to work in immigrant patients with ongoing sick leave. *Scandinavian Journal Prim Health Care*. 2003(21):1-6.
57. Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
58. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(1):46-50.
59. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
60. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahrnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland, 2002.
61. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum, 2003.
62. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahrnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004 2.
63. Söderberg E, Shahrnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland, 2003.
64. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
65. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg, 1996.
66. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
67. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(1):125-30.
68. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *J Occup Rehabil*. 2003;13(1):45-61.
69. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014:9.
70. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan, 2014.

71. Müssener U. Encouraging encounters. Experiences of People on Sick Leave in their Meetings with Professionals [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2007.
72. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, 2007.
73. Hansen Falkdal A, Hörnvist Bylund S, Edlund C. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Umeå: Umeå Universitet, Mittuniversitetet, 2013.
74. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. Försäkringskassan, 2015.
75. Ljungquist T, Arrelov B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000704.
76. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational Medicine*. 2012;63:23-9.
77. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån, 2011.

Läkares arbete med sjukskrivning inom VO ortopedi; utvärdering av projektet med rehab.koordinatorer

Läkare inom verksamhetsområde ortopedi vid SöS hanterar dagligen många sjukskrivningsärenden. Sedan hösten 2014 har rehab.koordinatorerna/ sjukskrivningskoordinatorerna Lena Lundman och Karin Axelsson arbetat inom ett projekt som syftar till att förbättra hantering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden för våra patienter. Rehab.koordinatorernas huvudsakliga uppgift har varit att samordna hälso- och sjukvårdens del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och aktivt delta i samverkan mellan hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunernas socialtjänst men också att stödja läkare i deras arbete gällande sjukskrivningsärenden.

Karolinska Institutet har av verksamhetsområdet ortopedis ledning fått i uppdrag att utvärdera vilken betydelse detta projekt har haft för läkares arbete. *Därför ber vi Dig om hjälp med att besvara denna enkät, som skickas till samtliga läkare vid verksamhetsområde ortopedi vid SöS. Din medverkan är frivillig, men dina svar kan inte ersättas av någon annans. Du kan skicka in svaren i det bilagda portofria svarskuvertet.* Några läkare kommer även att inbjudas till en kort telefonintervju.

Om Du har frågor eller vill ha mer information är Du välkommen att kontakta mig!

Vi ber Dig svara på frågorna så snart som möjligt.

Stort tack på förhand för Din medverkan!

Med vänliga hälsningar,



Kristina Alexanderson

Professor, projektledare

Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

Telefon 08-524 832 00; E-post: kristina.alexanderson@ki.se

Dina svar är skyddade

Dina uppgifter skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Det innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt och att enkätsvar endast presenteras på gruppnivå, utan möjligheter att identifiera enskilda individers svar. Numret högst upp på blanketten är till för att projektledningen ska kunna se vilka som ska få en påminnelse. Samtliga insamlade data förvaras på Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin. Varken verksamhetsområdets ledning eller andra inom landstinget kommer att få tillgång till dessa data.

1. Vilken är Din högsta läkarutbildningsnivå?

Läkarexamen
 Legitimerad läkare
 Pågående ST-utbildning
 Specialist

2. Hur länge har Du arbetat inom Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset

<1 år
 1-4 år
 5-9 år
 10 år eller längre

3. Har ni på Din klinik/mottagning en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?

Ja, och den är väl förankrad
 Ja, men den är inte väl förankrad
 Nej
 Vet inte

} Har Du nytta av policyn i Ditt kliniska arbete? Ja Nej

4. Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?

Fler än 10 ggr/ vecka	6-10 ggr/ vecka	1-5 ggr/ vecka	Någon gång/ månad	Några gånger/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...

	Dag- ligen	Någon gång/ vecka	Någon gång/ månad	Några ggr/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... tid med patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Använder Du elektronisk överföring av läkarintyg (även kallat sjukintyg, FK7263) till Försäkringskassan (FK)?

Ja Nej **→ gå vidare till fråga 7**

Hur väl fungerar den elektroniska modulen för överföring av intyg tillsammans med Ditt (kliniska) journalsystem?

Problemfritt
 Problem med att starta upp programmet
 Andra problem (*Precisera gärna här eller på sid 7*)

7. Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...	Fler än 10 ggr/ vecka	6-10 ggr/ vecka	1-5 ggr/ vecka	Någon gång/ månad	Några gångar/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, enskilt eller i grupp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samarbetar Du med/remitterar till rehab.koordinator i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriver Du andra intyg t.ex., för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. I hur stor utsträckning innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?	Stor	Ganska stor	Liten	Ingen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... handlägga patienters sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera Dina två roller, dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriva läkarintyg till FK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Rehab.koordinatorernas verksamhet har ...	Stämmer helt	Stämmer bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
... underlättat mina kontakter med: - patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... - Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... - arbetsgivaren/arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... - primärvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... - kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... - andra aktörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ökat min försäkringsmedicinska kompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lett till tidsbesparingar för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... inneburit att arbetet med sjukskrivningar i mindre utsträckning är ett arbetsmiljöproblem för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var ej ett problem tidigare

11. Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka krav som ställs i olika yrken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utforma optimala handlingsplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information via Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information från klinikens rehab.koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat stöd från klinikens rehab.koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurser i försäkringsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konferenser, seminarier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter med handläggare på FK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av:			
- annan läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fysioterapeut/arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kurator/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rehab.koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?

- Mycket
- Ganska
- Knappast
- Inte alls
- Har inga kontakter med FK

14. I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa? Ange ett eller flera alternativ

- Upplever inga svårigheter
- Det tar för mycket tid i anspråk
- Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med
- Det är svårt att komma fram per telefon
- FK har stängt när Du har tid att ta kontakt
- FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det
- FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser
- Du möts av en negativ attityd
- Ni tycks tala olika språk
- Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
- Svårt att förmedla information via FKs blanketter
- FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg
- Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg
- Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Du upplever brister i FK handläggares kompetens

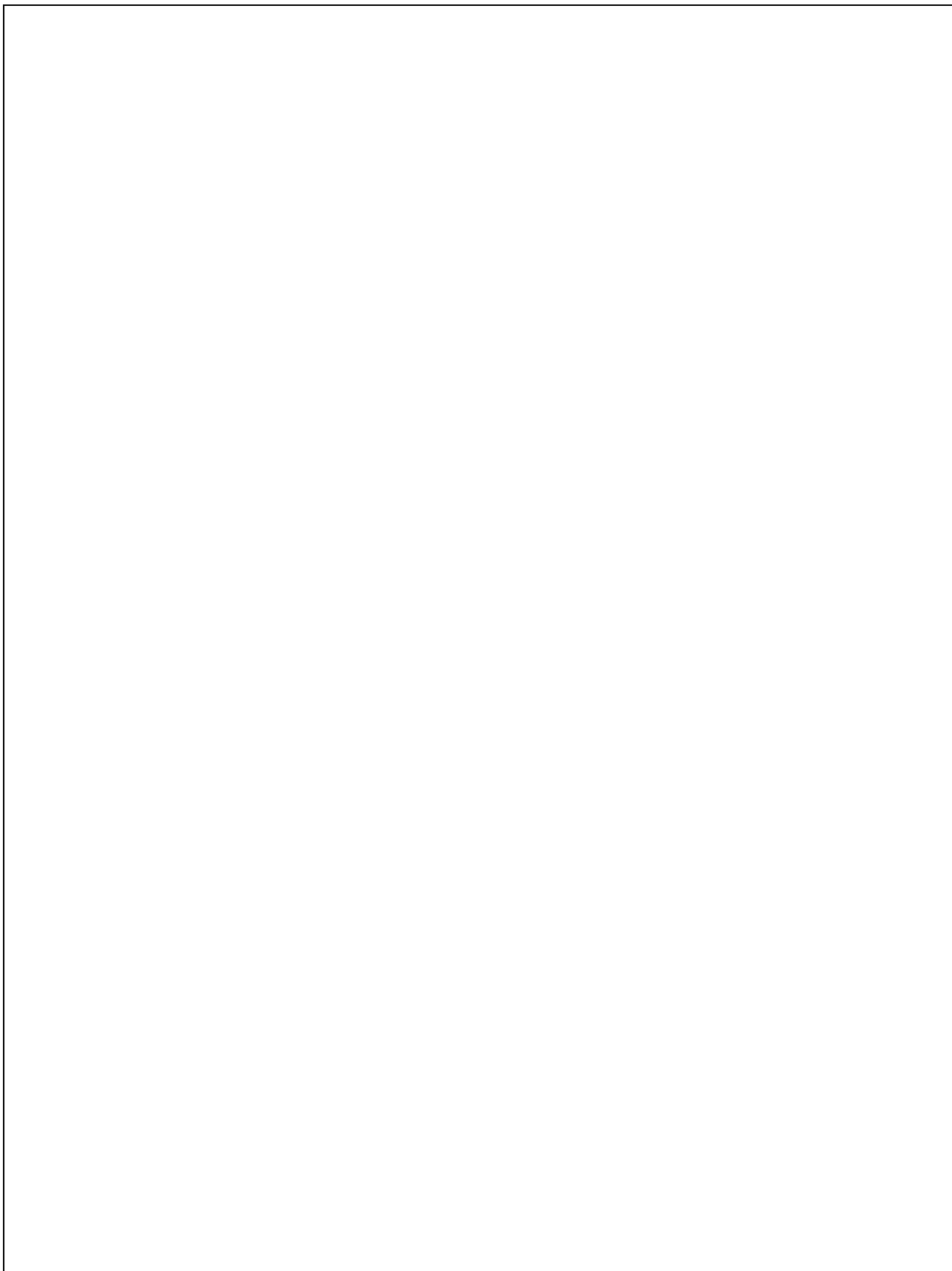
15. Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden?

- Ja, stort stöd
- I viss mån
- Nej

16. I vilken utsträckning förekommer systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) på Din enhet, när det gäller hantering av patienters sjukskrivning?

- I stor utsträckning
- I viss mån
- Inte alls
- Vet inte

Plats för Dina ev. kommentarer:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide optional comments.

Stort tack för Din medverkan!



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7549-356-5