

# Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning

Resultat från en enkätstudie år 2012  
och jämförelser med 2008 och 2004

## Rapport 2013

Kristina Alexanderson  
Britt Arrelöv  
Richard Bränström  
Catharina Gustavsson  
Elin Hinas  
Linnea Kjeldgård  
Therese Ljungquist  
Gunnar Nilsson

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska  
Institutet**

Rapport, reviderad 16 oktober 2013.

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter på [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

Den kan även beställas, se Kontakt på: [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

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

Telefon: 08-524 832 24

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-981256-0-3

# Förord

---

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Sverige om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med två tidigare enkäter; en från 2008 till alla yrkesverksamma läkare i Sverige, och en till läkare i Stockholms och Östergötlands landsting år 2004. Dessa tre enkätstudier, även den som enbart omfattade läkarna i Stockholm och Östergötland, är de tre hittills största i sitt slag, även internationellt. Det innebär goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter, och om förändringar som skett de senaste åtta åren. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse som bas för optimal hantering och samverkan.

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

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr, chef för Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI)
- Britt Arrelöv, allmänläkare, med dr, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Stockholms läns landsting
- Richard Bränström, docent, forskare, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Catharina Gustavsson, med dr, post doc, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Elin Hinas, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Linnea Kjeldgård, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Therese Ljungquist, med dr, forskningssamordnare, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Gunnar Nilsson, allmänläkare, med dr, professor i allmänmedicin, verksamhetschef Centrum för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI

Till projektet har en referensgrupp varit knuten med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått: Siwert Gärdestig, Försäkringskassan; Ove Andersson, Svenska Läkarförbundet; Renée Vickhoff, Svenska Läkaresällskapet; Cecilia Unge, Sveriges kommuner och landsting (SKL); Måns Rosén, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); Jenny Kärrholm, Inspektionen för socialförsäkring, samt Anna Ericsson, Socialstyrelsen.

Projektet har genomförts vid Sektionen för försäkringsmedicin, KI, och ett mycket stort antal personer har under åren varit behjälpliga i projektet. Vi tackar alla för goda insatser. Vi riktar också ett varmt tack till referensgrupp, forskare och intressenter för värdefulla synpunkter i arbetet. *Framför allt tackar vi alla läkare som generöst bidragit genom att avsätta tid för att besvara enkäten!*

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

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
Förkortningar och begrepp .....	6
<b>Bakgrund</b> .....	<b>7</b>
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning .....	9
<b>Syfte</b> .....	<b>17</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>18</b>
<b>2004 års enkätstudie</b> .....	<b>18</b>
<b>2008 års enkätstudie</b> .....	<b>18</b>
<b>2012 års enkätstudie</b> .....	<b>19</b>
Studiepopulation .....	19
Frågeformulär 2012 .....	19
Datainsamling .....	20
<b>Svarsfrekvens</b> .....	<b>21</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>23</b>
2012 års datamaterial .....	23
Jämförelser över tid .....	24
2008-2012 .....	24
2004-2008-2012 .....	25
<b>Resultat</b> .....	<b>28</b>
Upplägg av resultatpresentationen: fyra avsnitt.....	29
<b>1. Samtliga svarande läkare 2012</b> .....	<b>33</b>
Bakgrundsfaktorer .....	33
Yrkesverksamma läkare i Sverige .....	35
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden .....	36
<b>2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012</b> .....	<b>43</b>
Bakgrundsfaktorer .....	43
Frekvens av sjukskrivningsärenden .....	48
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	52
Problem med sjukskrivningsärenden per landsting .....	54
Problem med sjukskrivningsärenden per typ av klinik/mottagning .....	56
Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska .....	58
Allvarlighetsgrad av specifika problem .....	60
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	64
Oro och hot .....	65
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem .....	67
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	72
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd .....	74
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet? .....	74
Problem med att använda beslutsstödet .....	77
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	80
Behov av fördjupad kompetens .....	83
Samverkan och kontakter .....	85
Kontakter med Försäkringskassan .....	89
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	96
Elektronisk överföring av läkarintyg .....	99

Försäkringsmedicinsk kompetens.....	105
Kompetensutveckling via formell utbildning .....	108
Kompetensutveckling via vidareutbildning .....	111
Behov av fördjupad kompetens .....	111
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	114
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet .....	114
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar .....	116
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	116
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	119
Tid i arbetet med sjukskrivning .....	122
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning .....	123
<b>3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012 .....</b>	<b>129</b>
Bakgrundsfaktorer .....	132
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	133
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	137
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning .....	138
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	141
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	143
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	144
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	146
Samverkan och kontakter .....	149
Kontakter med Försäkringskassan.....	151
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	154
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	156
Kompetensutveckling .....	156
Behov av fördjupad kompetens .....	159
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	160
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	161
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	162
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	162
Tid till arbete med sjukskrivning .....	163
<b>4. Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv; Stockholm och Östergötland. 167</b>	<b>167</b>
Bakgrundsfaktorer .....	169
Frekvens av sjukskrivningsärenden .....	170
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	172
Allvarlighetsgrad av specifika problem .....	172
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	178
Oro, och hot .....	179
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	180
Samverkan och kontakter .....	182
Kontakter med Försäkringskassan.....	182
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	184
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	186
Kompetensutveckling .....	186
Behov av fördjupad kompetens .....	188
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	189
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	192
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	192
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	193
<b>Slutkommentar .....</b>	<b>195</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>197</b>

# Sammanfattning

---

I denna rapport presenteras resultat från en enkät om läkares arbete med sjukskrivningsärenden. Enkäten skickades till flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige hösten 2012, och drygt 19 000 svarade (58 % av dem som fått enkäten). Jämförelser görs även med resultaten från en motsvarande enkät år 2008 och från en enkät 2004 till läkare i Stockholms och Östergötlands län.

Majoriteten (72 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 82 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att en mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka 2012 (34 %), jämfört med 2008 (42 %) och 2004 (50 %). Minskningen fanns i samtliga landsting och kliniska verksamheter, och var störst för vårdcentraler. De typer av kliniker/mottagningar där störst andel läkare (från 71 till 59 %) hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan var ortopedi, företagshälsovård, smärtmottagning, onkologi och rehabilitering. Motsvarande andel bland vårdcentralsläkarna var 33 procent.

En tredjedel av läkarna *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan, och tyckte att de var mycket eller ganska problematiska att handlägga. Här fanns ingen stor skillnad mellan de tre åren. Såväl beträffande frekvens som allvarlighetsgrad låg läkare vid vårdcentraler högst avseende att uppleva sjukskrivningsarbetet som problematiskt. Andra kliniker med hög andel var smärtmottagningar, ortopedi och psykiatri. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga samt att göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan – detta gällde alla tre åren. Särskilt problematiskt upplevdes det 2012 vara att bedöma arbetsförmåga för arbetslösa patienter samt att hantera längre sjukskrivningar (frågor om detta lades till i 2102 års enkät).

En tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller i ganska stor utsträckning, och sjuutton procent svarade att de upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som upplevde detta var störst bland vårdcentralsläkare.

Andelen som uppgav att de *sjukskrev patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* var något mindre 2012 jämfört med såväl 2008 som 2004, och minskningen gällde särskilt när orsaken var väntetider för utredning hos Försäkringskassan.

*Det försäkringsmedicinska beslutsstödet*, som infördes 2007, användes av majoriteten av läkarna. Var tredje läkare menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Hälften (48 %) ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten, och en tredjedel (36 %) att det underlättar kontakten med Försäkringskassan. På vårdcentraler, inom invärtesmedicin och inom gynekologi/obstetrik ansåg minst hälften av läkarna att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten.

Drygt två tredjedelar (70 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 72 % av alla) var mycket eller ganska nöjda med kontakten, såväl 2012 som 2008. En tredjedel (31 %) upplevde inte några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 möjliga svårigheter som var listade i enkäten, upplevde en stor andel läkare alla tre åren att det var svårt att komma fram per telefon, svårt att få veta vem man ska prata med och att kontakterna tar för mycket tid. År 2012 angav 38 procent att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och en fjärdedel (27 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. Det var en större andel 2012 jämfört med tidigare som upplevde sig/sina bedömningar ifrågasatta av handläggare, samt som upplevde att man 'talar olika språk'.

En majoritet (62 %) av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan. Drygt hälften av dem som använde det svarade att systemet underlättar deras arbete, var femte att det underlättar mycket medan cirka tio procent ansåg att det försvårar. Tre fjärdedelar ansåg att systemet var problemfritt, och var fjärde användare svarade att systemet leder till ökad kvalitet i intygen.

En absolut majoritet (91 %) av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende. Andelen var generellt något mindre 2012 jämfört med tidigare år. Framför allt ville man 2012 ha ökad kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden och om sjukförsäkringsregler. Ett stort behov av fördjupad kompetens fanns även för bedömning av arbetsförmåga, av dess prognos och av optimal sjukskrivningslängd och -grad. En högre andel (40 %) än tidigare år värderade handledning och försäkringsmedicinska kurser högt. År 2012 ansåg närmare hälften av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Närmare hälften svarade att de skulle sätta ett stort värde på *ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning*. Andelen som ansåg detta var större 2012 än tidigare. Den faktor som störst andel läkare (50 %) 2012 ansåg skulle ha stort värde för arbetet med sjukskrivning var bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

När det gäller *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning* redovisas svar för policy, stöd, tid och kvalitetssäkring av arbetet med patienters sjukskrivning. Resultatet visar att var tredje läkare arbetade på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, och att en av fem läkare hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor medan var tredje inte hade sådant stöd. Denna fördelning var densamma i de två tidigare enkäterna. Mindre än en tredjedel svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Hälften av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

**Slutsatser:** Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka har minskat jämfört med tidigare enkätår. Andelen läkare som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska har inte förändrats nämnvärt, vare sig avseende frekvens eller allvarlighetsgrad. Beslutsstödet har fortsatt stort genomslag; det används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många är nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men andelen läkare som upplever vissa svårigheter är fortfarande stor när det gäller logistik i kontakterna, och är större än tidigare vad gäller upplevelse av att ens bedömningar ifrågasätts och av att man talar olika språk. Behovet av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling respektive instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort, och en större andel önskar handledning och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens. Slående är att i ett stort antal av de områden enkäterna täcker var svarsmonstret likartat mellan åren.

Det finns fortsatt stora förbättringsmöjligheter inom många områden, bland annat när det gäller samverkan mellan Försäkringskassan och läkare, och när det gäller organisatoriska förutsättningar för läkare att utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens. Detta gäller flertalet kliniska verksamheter, och särskilt vårdcentraler/husläkarmottagningar.

## Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen ' <i>Administration</i> ' som sammanfattande beteckning för 'att huvudsakligen arbeta inom <i>Administration, forskning och/eller undervisning</i> '
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Klinik	För att inte tynga texten med den något otypliga ordkombinationen <i>klinik/mottagning/verksamhet</i> som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet ' <i>klinik</i> ' för att beteckna alla dessa tre
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun I texten nämns endast länets namn för att underlätta läsningen, t.ex. 'Östergötland' i stället för 'Östergötlands läns landsting'
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning



# Bakgrund

---

Läkare har en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad [1-3].

Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om denna definition av försäkringsmedicin:

”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” [4].

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen [5-7]. I detta projekt fokuserar vi på läkares erfarenheter av sådant arbete med sjukskrivningar.

## Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada [8]. Sätten att handha detta har varierat såväl över årtusenden som mellan länder och politiska system. I industrisamhällen har olika typer av försäkringar blivit ett vanligt sätt att hantera ekonomisk risk vid sjukdom eller skada såväl som vid andra risker, såsom brand [5, 9-14]. Möjligheten att ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är en central del i välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet [1, 12, 15-18].

Sjukfrånvaro, både kortvarig och mer varaktig (sjukersättning och aktivitetsersättning, tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå [1, 15, 16, 19]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem [20, 21], samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en ’lagom’ nivå. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [1]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [1, 2, 19, 22-28].

I vilken omfattning personer, som omfattas av en sjukfrånvaroförsäkring, kan utnyttja eller faktiskt utnyttjar den, har bland annat samband med följande fyra faktorer:

- *Vilka som omfattas*; om det finns begränsningar i vilka som omfattas av försäkringen vad avser ålder, inkomst, tid i arbete, tidigare sjuklighet eller funktion
- *Vad som omfattas*; om alla typer av skador och sjukdomar omfattas, eller om vissa är undantagna
- *Självrisk*; karensdagar, ersättningsnivå, till exempel i förhållande till det inkomstbortfall sjukfrånvaron leder till, samt antal dagar som försäkringen täcker
- *Skadekontroll*; i vilken omfattning det sker kontroll av i vilken utsträckning en person som söker ersättning uppfyller kraven för att få sådan

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på information i läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken [29]. Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och åtgärder.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen, som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan till minst 25 procent, 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 [29]. Den allmänna sjukförsäkringen är alltså egentligen en inkomstbortfallsförsäkring.

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 sjukfall 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 Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar [1, 2, 30]. När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara involverade [1]. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal. Socialförsäkringsbalken (2010:110) reglerar den allmänna sjukförsäkringen och villkoren för att en person ska kunna beviljas sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetsgivarens ansvar regleras bland annat av Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160), till exempel vad gäller anpassning av arbetet och vidtagande av rehabiliteringsåtgärder. Hälso- och sjukvårdens insatser i samband med behandling, rehabilitering och sjukskrivning regleras av bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24), Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg med mera (SOSFS 1981:25), Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning (SOSFS 1992:16), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [31, 32] samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [33, 34]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [35].

### **Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården**

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [36-38]. Socialstyrelsen har konstaterat [34, 39-43] att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. 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 [24, 43-45].

### ***Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning***

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [1, 2, 24, 32, 46, 47]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt 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<sup>1</sup> [48].
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 arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem 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 behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens [9, 30, 49]. Läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt [50, 51]. De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir det ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden, när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär [1, 52-56]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [55-60], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggssmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i

---

<sup>1</sup> För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

försäkringsmedicin [61-63]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [6, 7, 9, 34, 64, 65, 66]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [67]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [68]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kolleger gör eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning [2, 30, 47, 69].

### Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [2]:

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa [70-72].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [46, 73, 74].
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [35].
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet [47, 75-77].

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 ligger under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall huvudsakligen hos arbetsgivaren, och därefter hos Försäkringskassan. Det vill säga, det ingår i deras roll att kontrollera om villkoren för rätt till sjuklön respektive sjukpenning är uppfyllda. Läkaren har i rollen som behandlande läkare att skapa en tillitsfull relation med patienten som bas för optimal utredning och behandling, och på olika sätt verka för patientens bästa. I rollen som medicinskt sakkunnig gentemot arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska läkaren ge en noggrann och saklig beskrivning av patientens diagnos, funktion och aktivitetsförmåga och göra en bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan.

### Situationen för tio år sedan

I denna rapport presenterar vi resultat från tre olika enkäter till läkare om arbetet med sjukskrivningar. Enkäterna är gjorda med fyra års mellanrum, och den första skickades ut i oktober 2004. Hur var situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro och sjukskrivning då? Detta finns det självklart många olika uppfattningar om, ur olika perspektiv. Nedan listas några aspekter som många då såg som problematiska när det gäller förhållanden som präglade läkares sjukskrivningspraxis (ordet praxis används här i betydelsen 'handlingsmönster i professionell praktik') [2, 24, 78]:

- En oklarhet i rollfördelningen gentemot Försäkringskassan, som endast i liten utsträckning tog sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt kontrollansvar. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning [27, 79]; fanns det ett läkarintyg utbetalades nästan alltid sjukpenning, även om det av intyget inte framgick om

patienten hade en sjukdom eller skada som lett till arbetsförmåga [27, 80, 81]. Detta innebar att läkare ibland kände att grindvaksrollen kom att ligga på dem. Det innebar också att läkare sällan fick respons/feedback på läkarintygens kvalitet [47]. Försäkringskassan höll ofta inte heller på 12-månadersgränsen, det vill säga gränsen för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/sjukbidrag) gjordes. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall kom att pågå mycket länge utan ställningstagande till behov av åtgärder.

- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa [24, 78, 79, 82].

- Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid och -grad vid olika tillstånd för personer i olika åldrar, med multisjuklighet eller olika arbetssituationer, eller om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven eller av att ha sjukersättning [1]. När sådan kunskap saknas utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men när det gäller sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer [24, 34, 39-41, 83]. Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar.

- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin [6, 7, 24, 25, 64, 68, 84-86].

- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig eller saknades helt. Det saknades strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan (extern likaväl som intern) och för kunskapsgenerering när det gäller dessa komplexa arbetsuppgifter [24].

- Sjukfrånvaronivåerna hade fluktuerat dramatiskt i Sverige under de senare decennierna och dåvarande statsministern hade förklarat att de höga sjukfrånvaronivåerna var ett av Sveriges största problem. Det förekom många reportage om sjukfrånvaro i massmedia, även vad gäller läkares roll för sjukfrånvaron.

- När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven var många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade, kände sig utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden [24, 54, 55, 78, 87-89].

### Åtgärder och förändringar

Många åtgärder har genomförts de senaste åren för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den höga sjukfrånvaron. Flertalet av dem har direkt eller indirekt påverkat läkares arbete med sjukskrivningar. Här listas ett antal av dessa:

- Riksdagen satte år 2003 upp ett mål om att *halvera sjukalet* till år 2008, på förslag från regeringen [90].

- *Annonskampanjer* till allmänheten har genomförts av Försäkringskassan (till exempel om vad sjukförsäkringen omfattar och att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning utan att sjukdomen också måste ha lett till nedsättning av arbetsförmågan) [91].

- De tidigare 21 olika försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har slagits samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för öka enhetligheten i bedömningarna.

- Ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* med representanter från aktuella myndigheter och organisationer har bildats.

- Socialstyrelsen publicerade rapporter från den tillsyn man utövade av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården [34, 39-42, 92]. Socialstyrelsen definierade där

sjukskrivning som en del av vård och behandling.

- Karolinska Institutet publicerade en utredning om problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning [24, 78]. Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* [44, 45] för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning (se vidare nedan).
- Senare, år 2009, infördes även den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan SKL och regeringen som, liksom sjukskrivningsmiljarden, innebär ekonomiska incitament för landstingen att i större utsträckning förmedla kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodala behandlingar med syfte att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning.[93-101].
- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra, har ökat, och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare [68].
- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygets kvalitet [102].
- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263) som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget [102].
- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*<sup>2</sup> infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering. Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar. Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer, att användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser [31, 32, 103-105].
- *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och alla landsting/regioner har arbetat mycket aktivt med olika aspekter av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning, bland annat utifrån överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden från och med 2006 (se vidare nedan).
- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen [106].
- *Arbetsförmedlingen* har fått en tydligare och mer aktiv roll i sjukfrånvarofall.
- En allmän diskussion har fortsatt förts i *massmedia* och i samhället om sjukförsäkringen och sjukfrånvaronivåer och om läkares roll i detta.
- *Mer forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, vad som påverkar återgång i arbete och om sjukskrivningspraxis [1, 2, 19, 107-109].
- Med början år 2011 har system införts för *elektronisk överföring av läkarintyg* (blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan, inklusive en funktion för ärendekommunikation ('Fråga-svar-funktionen') i syfte att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan.
- Det har blivit ett *tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hantering av patienters sjukskrivning [110].
- Den *kraftiga minskningen av sjuktalen* har inneburit att läkare, speciellt de vid vårdcentraler,

---

<sup>2</sup> Se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod> samt [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/beslutsstod](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/beslutsstod)

har färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt [37, 111, 112].

- Tre andra förändringar som kan ha haft betydelse för läkares arbete med sjukskrivning av patienter är den större andelen *privat organiserade vårdgivare*, den större andelen så kallade *hyrläkare* eller 'stafettläkare', samt att *företagshälsovårdens* roll delvis har förändrats.
- Förändringar på andra strukturella nivåer som har betydelse för sjukfrånvaro, och därmed för läkares arbete med sjukskrivningar, är förändringar på *arbetsmarknaden* och möjlighet till anställning vid funktionsnedsättningar [113], i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar [114].

### *Sjukskrivningsmiljarden*

För att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågorna införde regeringen, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ekonomiska incitament genom den så kallade "sjukskrivningsmiljarden", i en överenskommelse med SKL för åren 2006-2009. Fortsatta sådana överenskommelser har sedan gjorts varje år, hitintills till och med år 2013 [44, 45, 115-123]. Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Den fasta delen fördelas mellan landstingen efter invånarantal under förutsättning att vissa åtgärder genomförs. Den rörliga delen fördelas utifrån sjukfrånvarons utveckling. Syftet med denna ekonomiska stimulans var att landstingen skulle prioritera sjukskrivningsfrågorna för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

I den första 'miljardöverenskommelsen' 2006-2009 fokuserades på förstärkning av följande fyra områden inom hälso- och sjukvården; *ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan (intern och extern) i sjukskrivningsprocessen* samt *kvinnors ohälsa* (i senare överenskommelser kallad *jämställd sjukskrivning* [124]) [44]. Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar [34, 39-41], dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning [24, 78], där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick [36]. Valet av det fjärde området, kvinnors ohälsa, baserades på de stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. En central del i sjukskrivningsmiljarden var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i respektive landsting.

Landstingen har på många sätt arbetat för en samordnad sjukskrivningsprocess. Bland annat har så kallade sjukskrivnings- eller försäkringsmedicinska kommittéer inrättats, och många använder så kallade sjukskrivnings- eller rehabiliteringskoordinatorer som stöd för intern samordning och/eller gentemot andra aktörer. Kompetensutvecklingen inom försäkringsmedicin har förstärkts, och främjande av användande av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av systemet för elektroniskt överföring av läkarintyg till Försäkringskassan har organiserats.

Även i överenskommelsen för 2010-2011 [116] betonades vikten av att hälso- och sjukvårdens ledningssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), även skulle omfatta sjukskrivningsprocessen, som en del av vård och behandling. Därför ålades landstingen i den villkorade delen att ta fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen skulle även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Under 2010 skulle varje landsting ha utarbetat ledningssystem på övergripande nivå, och under 2011 på verksamhetsnivå. Genom ledningssystemet skulle landstingen kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för

det lokala kvalitetsarbetet samt efterfråga utvärdering av resultat av kvalitetsarbetet. Med anledning av detta konstaterar SKL på sin hemsida:

*”Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt har. Det innebär att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn konstaterat att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet” [125].*

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [44, 45, 115-123, 126]. Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

### **Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning**

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter [2]. Samma metoder som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens [127]. I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

- hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig
- bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning
- hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning
- samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden
- den egna försäkringsmedicinska kunskapen brister, till exempel om arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt [128, 129]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten [2] fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för sjukskrivningspraxis (faktorer som tidigare diskuterats i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturoversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis är inte studerade alls, och i de



flesta studier ligger fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum är också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittstudier och hade relativt få deltagare, och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av studierna. På en övergripande nivå kunde man dock finna stora likheter i resultaten mellan olika länder [3]. Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder [30, 130-133].

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten [2], liksom i andra översikter [1, 3], är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detta projekt, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap. Vi har tidigare bland annat genomfört två omfattande enkätstudier för att erhålla sådan kunskap; en år 2004 till läkarna i två län (n=7 800, svarsfrekvens 71 %) [36, 69, 134-141] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [37, 38, 47, 142]. Dessa är de hittills största enkätstudierna, inte bara i Sverige, utan i hela världen, om läkares arbete med sjukskrivning, både vad gäller antal deltagare och antal frågor om sjukskrivning (183 frågor år 2008 och 163 frågor 2012). Tre av delarbetena från 2004 års enkätstudie inkluderades i den ovan nämnda översikten [2] (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturöversikten [2].

### **Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning**

Vetenskapliga studier om läkares arbete med sjukskrivning kan ha olika utgångspunkter och vara designade på många olika sätt [1, 2]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [1, 2] men även några interventionsstudier har publicerats [1, 2, 30, 143].

*Data* om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika typer av material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer), enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder), så kallade audits [144], inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden eller från Försäkringskassans akter, och data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) [1, 2].

Det perspektiv en studie utgår från har betydelse för resultaten. De perspektiv som kan tas i studier om läkares sjukskrivningspraxis är framförallt [1, 145, 146] följande:

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur länge läkare sjukskriver patienter [16, 45, 55, 80, 128, 147-157].
- *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 [78-81, 158-163].

- *Andra aktörers perspektiv*, till exempel socialtjänstens eller Arbetsförmedlingens perspektiv.
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden [78, 147].
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta [164-176].
- *Chefer inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på läkares arbete med sjukskrivning och på ledning och styrning av detta [177].
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis [24, 78].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovården eller primärvården ser på andra läkares praxis [24, 30, 78, 87, 178].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden [24, 30, 78, 82, 87, 178-184].

När det gäller kunskap som bas för förbättringsåtgärder med syfte att påverka läkares sjukskrivningspraxis, och som bas för utvärderingar av sådana interventioner, anser vi att det är synnerligen viktigt att utgå från läkares egna synpunkter och erfarenheter. I detta projekt, som syftar till att få fördjupad vetenskaplig kunskap inom ett område som har mycket stor betydelse för såväl läkares arbetsmiljö som för patienters livssituation och samhället i stort, har vi därför valt det sistnämnda perspektivet, det vill säga, *vi utgår från läkares perspektiv; deras erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar.*

# Syfte

---

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning.

Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt, i olika typer av kliniska verksamheter och i olika landsting
- Typ, frekvens och allvarlighetsgrad av problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivningar
- Intern och extern samverkan i sjukskrivningsärenden
- Kontakter med Försäkringskassan, inklusive det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg
- Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling
- Organisatoriskt stöd i arbetet med sjukskrivningar
- Skillnader i läkares svar vad gäller ovanstående från år 2004 och 2008 till år 2012.

## Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från en enkätstudie år 2012 riktad till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige. För att få en bild av förändringar över tid jämförs även resultat från enkäten 2012 med motsvarande data från två tidigare enkätstudier; en som genomfördes år 2004 i Stockholms och Östergötlands läns landsting [36] och en som genomfördes år 2008, där samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige inkluderades (Tabell 1) [37].

Eftersom 2012 års enkätstudie till stor del är baserad på 2004 och 2008 års enkäter beskrivs först båda dessa projekt kortfattat.

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012.

Enkätår	Studiepopulation	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	7 665 (läkare i Stockholm och Östergötland <65 år)	71 %	96
2008	37 047 (samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige)	61 %	183
2012	33 144 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige <68 år)	58 %	163

### 2004 års enkätstudie

I 2004 års studie inkluderades läkare som var yngre än 65 år, sammanlagt 7 665 läkare. Av dessa var 6 794 från Stockholms län och 871 från Östergötlands län [36, 134, 135, 137, 139, 140]. Dessa utgjorde då 22 procent av läkarna i Sverige.

Urvalet i Stockholms län utgjordes av de läkare i Stockholm som var medlemmar i Svenska läkarförbundet. Cirka 95 % av läkarna i Sverige var då medlemmar i läkarförbundet. Urvalet i Östergötland baserades på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) med hjälp av Pharma Marketing AB (nuvarande namn Cegedim Sweden AB), som förvaltar HSAR. I detta urval ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som är aktuella för sjukskrivning.

De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter [1, 178]. Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län [36].

Svarsfrekvensen var 71 procent, något högre för kvinnor (74 %) än för män (68 %). Av samtliga 5 455 läkare som svarade hade 4 018 (74 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [36, 38, 47, 69, 78, 112, 134-141, 185-190].

### 2008 års enkätstudie

Enkäten 2008 var en totalundersökning av alla drygt 37 000 yrkesverksamma läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen var yrkesverksamma i Sverige. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) som förvaltas av Cegedim AB (nuvarande namn Cegedim Sweden AB) och innehåller

information om alla läkare i Sverige, inklusive år för läkarexamen och legitimation, typ av specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 [36]. Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att specificera [37]. Antalet frågor utökades från 96 till 183. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

Synpunkter på enkäten gavs också av praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården, av forskare från Sverige och andra länder samt av projektets referensgrupp, som bestod av representanter från olika myndigheter och organisationer. Frågorna prövades i flera omgångar, och slutligen även i en pilotstudie i augusti 2008. Pilotstudiens enkät skickades till ett slumpmässigt urval av 100 personer ur HSAR. Svarsfrekvensen var 62 procent. Smärre förändringar gjordes därefter till den slutliga enkäten.

Svarsfrekvensen var 61 %, liksom tidigare något högre för kvinnor (63 %) än för män (59 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år 58 %, 45-64 år 61 %, 65+ år 75 %). Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 096 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer [38, 47, 67, 69, 111, 112, 141, 142, 186, 189-197].

## 2012 års enkätstudie

### *Studiepopulation*

Enkäten skickades i oktober 2012 till drygt 33 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). Två något olika urval användes:

- För Stockholms och Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta. Detta för att kunna jämföra med resultaten från de två tidigare enkäterna 2004 och 2008.
- För övriga landet ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de två tidigare enkäterna, sällan har sjukskrivningsärenden; laborierverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

### *Frågeformulär 2012*

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Utgångspunkten i dessa modifieringar var dels analyser av resultaten från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [2]. Dessutom lades några frågor till för att få kunskap om betydelsen av förändringar som skett efter 2008, till exempel införandet av möjligheten att elektroniskt överföra läkarintyg till Försäkringskassan, och via detta system kunna kommunicera med handläggare på Försäkringskassan, via en så kallad 'Fråga-svar funktion'. För att inte öka antalet frågor i enkäten togs i stället några frågor från 2008 års enkät bort. Det totala antalet frågor blev 163.

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, tid på nuvarande arbetsplats, klinik, landsting
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; typ, frekvens och allvarlighetsgrad
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Samarbete och kontakter
- Kontakter och samverkan med Försäkringskassan; frekvens, svårigheter, elektronisk överföring av läkarintyg
- Försäkringsmedicinsk kompetens i arbetet med sjukskrivning (hur läkare fått sådan, vad de vill få ökad kompetens om, former för detta och vad de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning)
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

- Flera frågor om elektronisk överföring av elektroniska läkarintyg till Försäkringskassan.
- Tre delfrågor lades till under huvudfrågan som handlar om frekvenser av olika situationer; 'Hur ofta ... a) ... skriver du andra intyg till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning b) ... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till? c) ... innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?'
- I frågan om hur problematiskt olika kliniska situationer relaterade till sjukskrivning upplevdes, lades tre typer av delfrågor till: en fråga om bedömning av arbetsförmåga av arbetslösa patienter, en fråga om att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, och fyra frågor om handläggning av kortare (< 15 dagar), medellånga (15-90 dagar), längre (91-180 dagar) respektive mycket långa (> 180 dagar) sjukskrivningar.
- Ytterligare frågor om potentiella svårigheter lades till vad gäller kontakter med Försäkringskassan; 'FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg', 'Du får ovidkommande frågor via 'Fråga-svar funktionen' vid elektroniska läkarintyg', och 'Du upplever brister i FK handläggares kompetens'.
- Slutligen lades följande fråga till: '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)?'

### ***Datainsamling***

För att kunna genomföra enkätstudien 2012 med största möjliga anonymitet fick Statistiska centralbyrån (SCB), liksom vid de två tidigare enkäterna 2004 och 2008, uppdraget att administrera datainsamlingen och inskanningen av svaren. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt av SCB, som sedan lämnat en avidentifierad datafil till projektgruppen.

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor, samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter, hämtades information om kön, ålder, år för läkarexamen och läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning från Hälso- och Sjukvårdens Adressregister (HSAR), som förvaltas av Cegedim Sweden AB. I HSAR baseras informationen på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

Liksom i de två tidigare enkätstudierna skickades frågeformulär till läkarnas hemadresser, förutom för det fåtal personer där sådan inte fanns tillgänglig; då användes arbetsplatsens adress. Hemadressen valdes dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterad i HSAR. Statistiska centralbyrån tog fram aktuella adressuppgifter. Personer som inte hade en adress i Sverige exkluderades, då ett inklusionskriterium var att bo i Sverige. År 2012 fanns även möjligheten att svara via en webbenkät.

För att öka jämförbarheten mellan de tre enkäterna skickades samtliga frågeformulär ut i oktober månad respektive år. För 2004 års enkät skickades två påminnelser och för enkäterna 2008 och 2012 skickades tre påminnelser till dem som ännu inte svarat.

Samtliga tre enkätomgångar har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

## Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 33 465 läkare i oktober 2012. Det framkom att 321 av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit. Antalet läkare i studiepopulationen var således 33 144 personer.

Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent (Tabell 2). Totalt använde 18,7 procent (n=3568) möjligheten att svara via webbenkäten istället för att svara via pappersformuläret. Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer (Tabell 2). Detta gäller även de två tidigare enkäterna [36, 37].

Tabell 2. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	33 144	19 107	57,6
Kvinnor	15 192	9 234	60,8
Män	17 952	9 873	55,0
20-39 år	9 966	5 676	57,0
40-54 år	11 921	6 293	52,8
55-67 år	11 257	7 138	63,4

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys, uppdelat på län. Svarsfrekvensen varierade från 54 till 66 procent mellan länen (Tabell 3) och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. Observera att denna bortfallsanalys är baserad på läkarens boendelän, medan svaren i resultatdelen presenteras relaterat till vilket landsting läkaren har uppgett att hon eller han huvudsakligen arbetar i.

Tabell 3. Svarsfrekvens (%) uppdelat på län efter läkarens bostadsort.

Län	Svarsfrekvens	Antal svarande
Stockholm	55,6	5 666
Uppsala	57,2	904
Södermanland	53,9	349
Östergötland	61,8	1 058
Jönköping	62,7	522
Kronoberg	58,1	275
Kalmar	56,2	349
Gotland	65,2	101
Blekinge	55,8	220
Skåne	58,3	2 572
Halland	57,8	525
Västra Götaland	58,4	2 919
Värmland	59,1	430
Örebro	61,4	515
Västmanland	53,7	322
Dalarna	62,0	453
Gävleborg	63,0	413
Västernorrland	59,9	349
Jämtland	65,8	252
Västerbotten	54,9	590
Norrbottn	54,8	307
<b>Hela landet</b>	<b>57,6</b>	<b>19 107</b>

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna. Det interna bortfallet är i medeltal 4,7 procent.

### *Öppna svar*

I samtliga tre enkäter fanns det även en sida på slutet med möjlighet att skriva kommentarer kring någon specifik fråga, eller generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning. I 2004 års enkät fanns sådana kommentarer i cirka 1 000 av enkäterna, i 2008 års enkät i cirka 5 000 och i 2012 års enkät i drygt 4 000 av frågeformulären. Analyser av öppna svar i de två tidigare enkäterna har gjorts i ett flertal studier [112, 139, 187, 188], och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.



## Dataanalys

Projektgruppen erhöll oidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn, adress) och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder. För jämförande analyser har vi huvudsakligen använt oss av Chi-2 tester och andelstester (T-tester).

Korrelationsanalyser med Kendalls tau-b har genomförts för att undersöka eventuella samband mellan svar på vissa frågor. Då detta är en tvärsnittsstudie kan korrelationsanalyserna inte ge svar på eventuella orsakssamband mellan olika faktorer.

I ett datamaterial av den storlek detta projekt handlar om, blir flertalet skillnader mellan olika grupper ofta starkt statistiskt signifikanta, även om skillnaden ibland bara är på en halv procent. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans', och att det snarare är anmärkningsvärt när det inte finns en signifikant skillnad. Vi har därför valt att inte belasta rapporten med information om p-värden för skillnader i resultat, med några få undantag. Detta är också anledningen till att vi i rapporten har valt att i stor utsträckning presentera resultaten i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se skillnader med blotta ögat.

I rapporten, med undantag av tabell 2 och 3 i detta avsnitt, presenteras andelar avrundade till heltal. Det innebär att skillnaden mellan två andelar kan vara en procentenhet mindre eller större än vad den ser ut att vara i tabellen eller figuren. Till exempel avrundas 15,73 till 16 och 24,47 till 24, skillnaden mellan 15,73 och 24,47 är 8,74 och avrundas till 9, men skillnaden mellan 16 och 24 är 8. I texten skrivs den faktiska skillnaden, vilket då inte alltid stämmer överens med hur det ser ut i tabellen eller figuren. Denna diskrepans förekommer på flera ställen i rapporten, och innebär alltså att ingendera siffra är felaktig.

### 2012 års datamaterial

Resultaten redovisas i fyra kapitel. I det första, det så kallade **röda avsnittet**, redovisas bakgrundsvariabler för samtliga svarande, samt svar på frågan '*Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?*'.

I det **blå avsnittet** redovisas svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som bor och huvudsakligen arbetar i Sverige och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Läkare som är specialister och svarade att de huvudsakligen arbetar på en barn- och ungdomsklinik eller en geriatrikmottagning är här exkluderade.

Huvudsakligen redovisas resultaten för samtliga sjukskrivande läkare. Vissa resultat redovisas även uppdelat på landsting där läkaren har sin huvudsakliga arbetsplats, uppdelat på läkarens huvudsakliga typ av kliniska verksamhet eller uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå. För redovisningar på klinisknivå ingår i gruppen 'Annan klinik/mottagning' de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats på grund av lågt antal. Där ingår även läkare inom öron-, näs- och halsmottagningar och ögonkliniker, samt icke-specialister vid barn- och ungdomskliniker och geriatrikmottagningar.

I bearbetningen av några av svaren har följande justeringar behövts göras.

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit, och dessa har klassificerats enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid har kategoriserats till en typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren. På liknande sätt har svaren justerats för det fåtal läkare som angett flera alternativ på frågan om i vilket landsting/region hon eller han hade sin huvudsakliga arbetsplats.

På frågan om läkaren upplevde svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ; 'Upplever inga svårigheter' före olika tänkbara specifika svårigheter listades. De som kryssat 'Upplever inga svårigheter' och sedan även angett en eller flera specifika svårigheter, har i analyserna betraktats som att de upplevde svårigheter.

Motsvarande hantering gjordes i analyserna av svaren på 2004 och 2008 års enkäter [36, 37].

## Jämförelser över tid

Två olika typer av jämförelser mellan enkätsvaren från de olika åren har gjorts, dels mellan svar på enkäterna 2008 och 2012 (det så kallade **gröna avsnittet**), dels mellan svar på frågor i alla tre enkäterna; 2004, 2008 och 2012 (det **gula avsnittet**). Nedan redogörs för hantering av analyser i dessa kapitel.

### 2008-2012

I det **gröna avsnittet** (sidan 129) där jämförelser mellan svaren på 2008 och 2012 års enkäter görs, ingår läkare från hela landet. Eftersom urvalet för 2012 års enkät var mer avgränsat än för 2008 års enkät, vad gäller ålder och typ av klinisk verksamhet, har motsvarande avgränsning gjorts vad gäller läkarna vars svar redovisas från 2008 års enkät.

I denna jämförelse ingår därmed svar från läkare som vid respektive enkättillfälle var under 68 år, som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen bodde och arbetade i Sverige. Specialistutbildade läkare som arbetade inom geriatrisk verksamhet, barn- och ungdomskliniker, ögonkliniker eller öron-, näs- och halsmottagningar exkluderades då dessa inte inkluderats i enkätstudien år 2012.

Jämförelser är gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades 2012 alternativet *'Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna'* till. De som kryssat för detta alternativ har exkluderats från analyserna.
- På frågan om hur länge läkaren har varit på sin nuvarande arbetsplats lades ytterligare ett svarsalternativ till 2012. I analyserna görs en sammanslagning av de två första svarsalternativen 2012.
  - 2008: <5 år, 5-9 år, 10 år eller längre
  - 2012: <1 år, 1-4 år, 5-9 år, 10 år eller längre
- Två svarsalternativ ändrades på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför redovisas en sammanslagning av dessa svarsalternativ.
  - 2008: Fler än 20 ggr/vecka, 6-20 ggr/vecka
  - 2012: Fler än 10 ggr/vecka, 6-10 ggr/vecka
- En delfråga under rubriken *'Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...'* ändrades mellan 2008 och 2012. En specificering inom parentes och svarsalternativet *'Ej aktuellt'* lades till. För 2012 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade *'Ej aktuellt'* exkluderats.
  - 2008: ... skriva andra intyg/utlåtanden till FK?
  - 2012: ... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning)?

- Frågan om huruvida *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* formulerades något olika i de två enkäterna, liksom svarsalternativen. Därför presenteras svaren från båda enkäterna separat.
  - 2008: Innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig? [Svarsalternativ: Ja, i stor utsträckning; Ja, i viss mån; Nej]
  - 2012: I hur stor utsträckning innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig? [Svarsalternativ: Stor; Ganska stor; Liten; Ingen]
- En delfråga under rubriken *'Hur ofta i Ditt kliniska arbete...'* formulerades olika i de båda enkäterna, då det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre känt 2008 när det nyligen införts. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
  - 2008: ... 'använder Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning vid sjukskrivning (infördes 2008)?'
  - 2012: ... 'bedömer Du sjukskrivningar utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?'
- Ytterligare en delfråga under rubriken *'Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...'* formulerades något annorlunda 2012, och svarsalternativet *'Har ej använt dem'* togs bort. För 2008 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade *'Har ej använt dem'* exkluderats.
  - 2008: ... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?
  - 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
- Svarsalternativet ”Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen” delades 2012 upp i två separata svarsalternativ på frågan gällande om beslutsstödet underlättade kontakter med olika aktörer. De läkare som svarade *'Ja'* på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade *'Ja'* på alternativet år 2008.
- Ett av svarsalternativen på frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan formulerades olika i de båda enkäterna. Svaren jämförs som om de gällt samma fråga.
  - 2008: Svårt att förmedla information via FK:s förtryckta medicinska intyg
  - 2012: Svårt att förmedla information via FK:s blanketter
- På frågan om i vilken utsträckning grundutbildningen har hjälpt läkaren att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden fanns av misstag i 2012 svarsalternativet *'Ej aktuellt'* med. Analys av 2012 års svar har därför gjorts både inklusive och exklusive svarsalternativet *'Ej aktuellt'*.

### 2004-2008-2012

I det **gula avsnittet** (sidan 167) jämförs svar från 2004, 2008 och 2012 års enkäter för de läkare som respektive år huvudsakligen arbetade i Stockholms eller Östergötlands läns landsting och som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Eftersom endast läkare som var under 65 år inkluderades år 2004, ingår i detta kapitel endast svar från de läkare som var yngre än 65 år när de besvarade enkäten.

Svar på alla de **73 frågor** som fanns i samtliga tre enkäter redovisas här.

Några av frågorna/svarsalternativen formulerades något olika i de tre enkäterna, vilket innebär att viss bearbetning har genomförts för att resultaten ska kunna jämföras. Vilka frågor som skilde sig åt mellan enkäterna samt hur dessa hanterats i analyserna beskrivs nedan.

- I 2008 och 2012 års enkäter fanns fler typer av kliniker/mottagningar angivna som fasta svarsalternativ, jämfört med år 2004. De läkare som 2008 eller 2012 uppgav att de arbetade på någon av de nyttillkomna klinikerna/mottagningarna hänförs i jämförelsen till '*Annan klinik/mottagning*'. Antalet svarsalternativ för klinik/mottagning ökades i 2008 och 2012 års enkäter, då 2004 års enkätstudie visade att ett betydande antal inom kategorin '*Annan klinik*' var sjukskrivande läkare.
- I enkäten 2012 skilde sig svarsalternativen åt på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför analyseras en sammanslagning av svarsalternativen, som kallas 'minst sex gånger per vecka'.
  - 2004 och 2008: Fler än 20 ggr/vecka, 6-20 ggr/vecka
  - 2012: Fler än 10 ggr/vecka, 6-10 ggr/vecka
- På frågan om det finns en gemensam policy på kliniken/mottagningen angående handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008 och 2012, nämligen: '*Vet inte*' och '*Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet*'. De läkare som valt det senare alternativet 2008 och 2012 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.
- På frågan om läkaren har stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008 och 2012, nämligen: "*Ej aktuellt, har ingen chef*" och "*Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet*". De läkare som valt något av dessa två svarsalternativ 2008 eller 2012 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.
- Skalan på svarsalternativen till frågorna "*Hur ofta i Ditt kliniska arbete...*" ändrades från 2004 till 2008 och 2012. De två första svarsalternativen ändrades från "*Fler än 20 ggr/vecka*" och "*6-20 ggr/vecka*" år 2004 till "*Fler än 10 ggr/vecka*" och "*6-10 ggr/vecka*" år 2008 och 2012. Vid jämförelserna slogs båda alternativen ihop för vardera år till "*minst 6 ggr/vecka*".
- Frågan "*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?*" i 2004 års enkät delades 2008 och 2012 upp i två delfrågor: "... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?" samt "... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?". Vid analyserna lades svaren från dessa två delfrågor samman på följande sätt: Om minst en av frågorna 2008 eller 2012 besvarats med svarsalternativ "dagligen" valdes "dagligen". Om ingen av frågorna besvarats med det svarsalternativet användes samma princip för de övriga svarsalternativen i följande ordning: "någon gång/vecka", "någon gång/månad", "några gånger/år", och "aldrig/i stort sett aldrig".
- Till frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan fanns 2008 och 2012, men inte 2004, påståendet "*Upplever inga svårigheter*". Det betyder att ett uteblivet svar år 2004 kunde innebära att man inte upplevt några svårigheter. För att få en någorlunda korrekt jämförelse mellan de tre enkäterna togs därför alla läkare med i analyserna för frågorna om upplevda svårigheter, även om hon eller han inte alls svarat på frågan.
- Till frågan vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan fanns 2004 påståendet "*Jag upplever att mina bedömningar ifrågasatts*". År 2008 och 2012 delades detta upp i två påståenden; "*Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar*" och "*Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar*". I jämförelsen med 2004 slogs dessa två

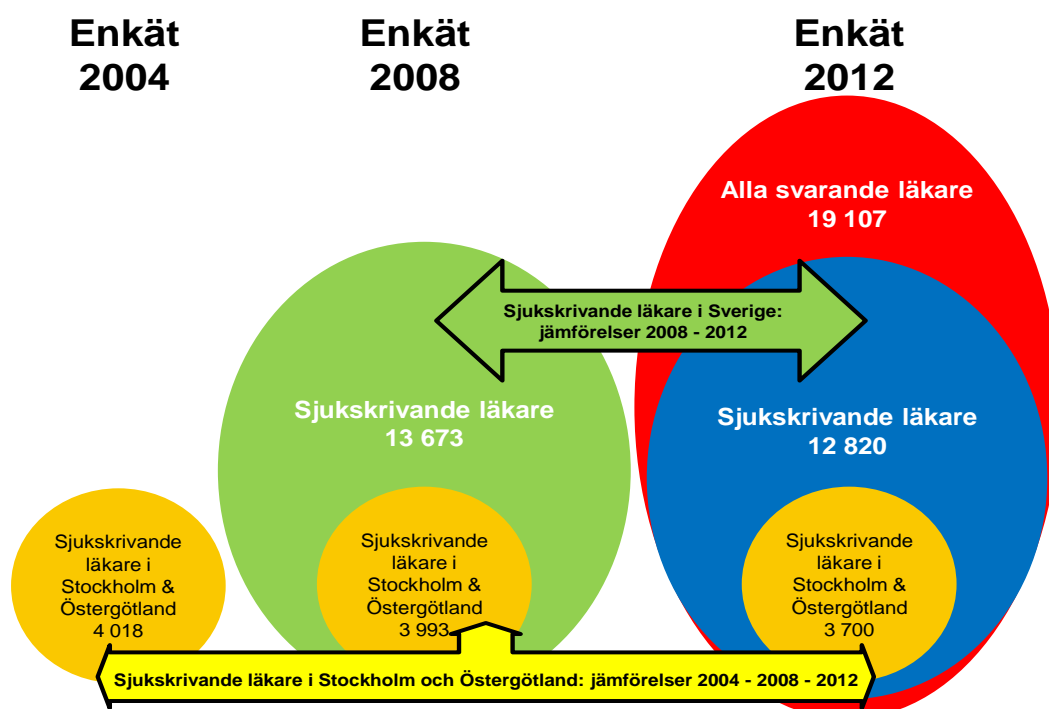
påståenden ihop. För påståendena fanns endast en ruta som kunde markeras och om den markerats för något av påståendena 2008 och/eller 2012 så betraktades det som likvärdigt med markerad ruta 2004.

- År 2004 fanns frågan: *"Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?"*. I enkäterna år 2008 och 2012 var frågan formulerad *"Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning" (med tillägget "nu och i framtiden" år 2012)?*". Svartalternativen var desamma och resultaten för dem har jämförts. En av delfrågorna i 2004 års enkät ("*Kurser*") delades upp i två delfrågor år 2008 och 2012; *"Kurser i försäkringsmedicin"* och *"Kurser i konflikthantering"*. Vid analyserna lades svaren från dessa frågor samman på följande sätt: Om minst en av frågorna 2008 eller 2012 besvarats med svartalternativet *"Stort värde"* valdes *"Stort värde"*. Om ingen av frågorna besvarats med det svartalternativet användes motsvarande princip för de övriga svartalternativen; *"Måttligt värde"* och *"Inget värde"*.

# Resultat

I denna rapport presenteras resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från 2012. Vissa svar presenteras även uppdelat på landsting, klinik/mottagning eller relaterade till svaren på andra frågor. Landstingen presenteras i länsnummerordning och endast deras namn används i text och tabeller för att underlätta läsningen. Klinikerna/typ av mottagning/verksamhet presenteras i bokstavsordning.

Baserat på uttalade behov och visad nytta av detaljerade presentationer från 2004 och 2008 års enkäter, presenteras resultaten för samtliga frågor i 2012 års enkät. I jämförelserna mellan åren ingår svar på frågor som förekom i både 2008 och 2012 års enkäter respektive alla tre (2004, 2008 och 2012) enkäterna. I Figur 1 ges en bild av dessa fyra avsnitt, som har givits olika färger; röd, blå, grön respektive gul.



Figur 1. En översiktsbild för illustration av de fyra olika avsnitten i rapporten; röd, blå, grön respektive gul.

## Upplägg av resultatpresentationen: fyra avsnitt

**Presentationen av resultaten är indelad i fyra avsnitt, som även markeras med fyra olika färger: rött, blått, grönt respektive gult.**

### 1: Samtliga läkares svar 2012

Redovisning av svar från *samtliga* läkare som besvarade 2012 års enkät vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för hela studiepopulationen, uppdelat per landsting och olika typer av kliniker/verksamheter.

#### Röda tabeller och figurer

### 2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

Redovisning av svar från 2012 års enkät för läkare som möter patienter sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare, här kallade '*sjukskrivande läkare*' för att underlätta läsningen. I detta kapitel inkluderas inte svaren från de 634 specialister som huvudsakligen arbetade inom barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, då dessa specialister inte ingick i urvalet från hela landet.

#### Blå tabeller och figurer

### 3: Läkares arbete med sjukskrivning, i ett fyraårsperspektiv: 2008-2012

För de *130 frågor* som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter jämförs svaren avseende sjukskrivande läkare i hela landet som var under 68 år respektive år. Svar från specialister som huvudsakligen arbetade på barn- och ungdomskliniker, geriatrikmottagningar, ögonkliniker eller öron-, näs- och halsmottagningar är exkluderade.

#### Gröna tabeller och figurer

### 4: Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv för Stockholm och Östergötland: 2004-2008-2012

För de *73 frågor* som fanns med i samtliga tre enkäter (2004, 2008 och 2012) jämförs svaren från sjukskrivande läkare som respektive år var under 65 år och huvudsakligen arbetade i Stockholm eller Östergötland.

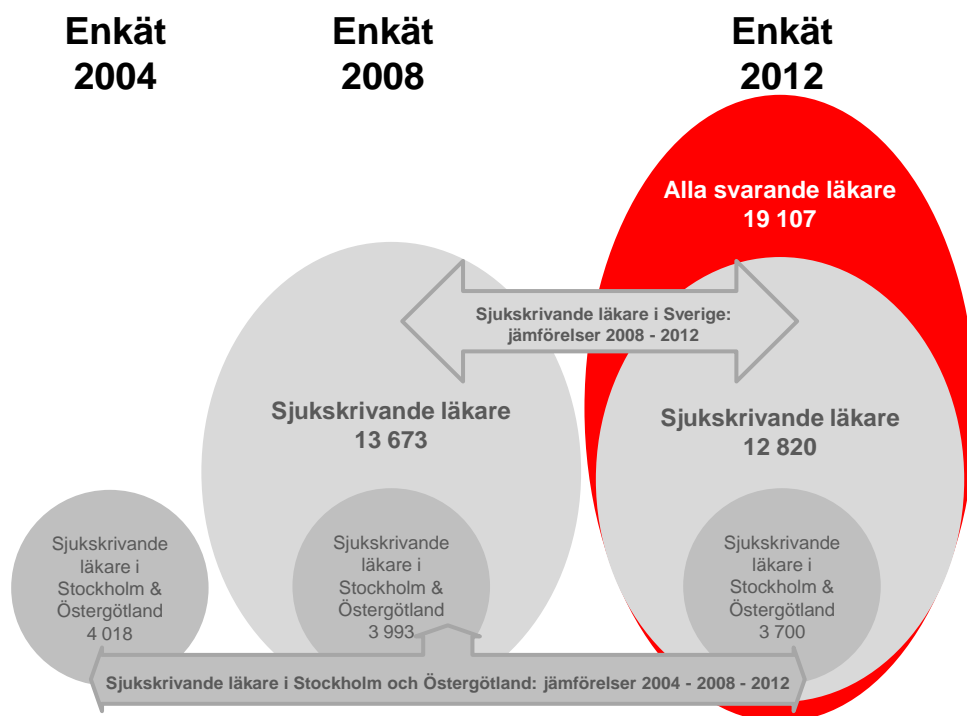
#### Gula tabeller och figurer





# I.

## Samtliga svarande läkare 2012





# 1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som besvarade den enkät som skickades ut 2012 var 19 107, varav 9 234 kvinnor (48 %) och 9 873 män (52 %).

## Bakgrundsfaktorer

I Tabell 4 visas antal svarande totalt och uppdelat per landsting, baserat på det landsting där läkarna huvudsakligen arbetade, fördelning mellan kvinnor och män, mellan åldersgrupperna samt andel specialister. Andelen svarande kvinnor per landsting varierade mellan 38 (Blekinge) och 54 procent (Stockholm). Åldersfördelningen redovisas uppdelat i tre åldersgrupper. Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns i Jämtland (39 %), och störst andel äldre (55-67 år) fanns i Blekinge (42 %). Även andel svarande per landsting visas i tabellen; 26 procent av alla svarande läkare arbetade i Stockholm.

Tabell 4. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i de olika åldersgrupperna och andel specialister, för hela landet respektive varje landsting.

Landsting	Antal svarande	Andel % <sup>1</sup>	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildad %
Stockholm	5059	26	54	29	35	36	72
Uppsala	816	4	47	30	34	36	74
Södermanland	366	2	46	30	33	37	70
Östergötland	989	5	48	31	34	34	73
Jönköping	515	3	46	37	34	29	71
Kronoberg	271	1	41	27	33	40	77
Kalmar	330	2	47	35	33	32	75
Gotland	108	1	49	28	31	41	78
Blekinge	226	1	38	26	32	42	80
Skåne	2255	12	48	28	34	38	75
Halland	452	2	44	32	33	35	71
Västra Götaland	2775	15	47	30	35	35	73
Värmland	398	2	46	31	34	35	73
Örebro	521	3	44	33	30	37	72
Västmanland	334	2	46	31	31	38	70
Dalarna	432	2	52	38	26	36	68
Gävleborg	446	2	42	34	35	31	71
Västernorrland	334	2	47	37	26	36	68
Jämtland	241	1	41	39	29	32	71
Västerbotten	576	3	46	28	35	38	74
Norrbotten	327	2	44	28	31	40	74
Annat land <sup>2</sup>	207	1	27	14	31	55	81
Har ej svarat på frågan om landsting <sup>3</sup>	1129	6	50	23	21	56	66
<b>Hela landet</b>	<b>19 107</b>	<b>100</b>	<b>48,3</b>	<b>29,7</b>	<b>32,9</b>	<b>37,4</b>	<b>72,5</b>

<sup>1</sup> Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

<sup>2</sup> De som svarade "Annat land" har exkluderats ur kommande analyser.

<sup>3</sup> Flertalet av dessa hade inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna och var därför inte ombedda att svara på denna fråga.

Som framgår av Tabell 5 var det större skillnader mellan kliniker än mellan landsting vad gäller andel kvinnor och andel i olika ålderskategorier. Störst andel kvinnor fanns inom gynekologi (70 %) och lägst inom ortopedi (22 %). Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns på infektionskliniker (41 %), och störst andel äldre (55-67 år) fanns inom Försäkringskassan/försäkringsbolag (83 %) och inom företagshälsovården (78 %). Andelen specialister speglar åldersfördelningen.

Tabell 5. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i olika åldersgrupper och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % <sup>1</sup>	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildad %
Barn- o ungdom	693	4	66	40	34	26	65
Företagshälsovård	349	2	46	1	22	78	97
Försäkringskassa/bolag	36	<0,5	56	0	17	83	100
Geriatrisk	296	2	68	28	30	42	65
Gynekologi	1001	5	70	27	35	38	79
Hud	243	1	69	23	33	43	83
Infektion	334	2	50	41	31	28	71
Invärtesmedicin	1871	10	45	40	35	25	67
Kirurgi	1524	8	33	39	34	28	69
Neurologi	267	1	46	38	33	29	73
Onkologi	356	2	64	30	40	30	76
Ortopedi	912	5	22	33	35	32	75
Psykiatri	1095	6	54	25	34	41	73
Rehabilitering	141	1	60	21	37	43	78
Reumatologi	189	1	62	23	38	40	83
Smärtmottagning	86	<0,5	29	5	36	59	98
Vårdcentral	4166	22	52	29	32	39	68
Ögon	157	1	59	32	32	36	72
Öron-, näs- och hals	159	1	48	38	28	34	73
Annan klinik/mottagning	3126	16	43	29	37	34	77
Administration	804	4	38	10	31	59	85
Ingen	145	1	36	26	28	46	70
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna <sup>2</sup>	981	5	51	24	20	56	64
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	176	1	51	30	26	44	66
<b>Samtliga läkare</b>	<b>19 107</b>	<b>100</b>	<b>48,3</b>	<b>29,7</b>	<b>32,9</b>	<b>37,4</b>	<b>72,5</b>

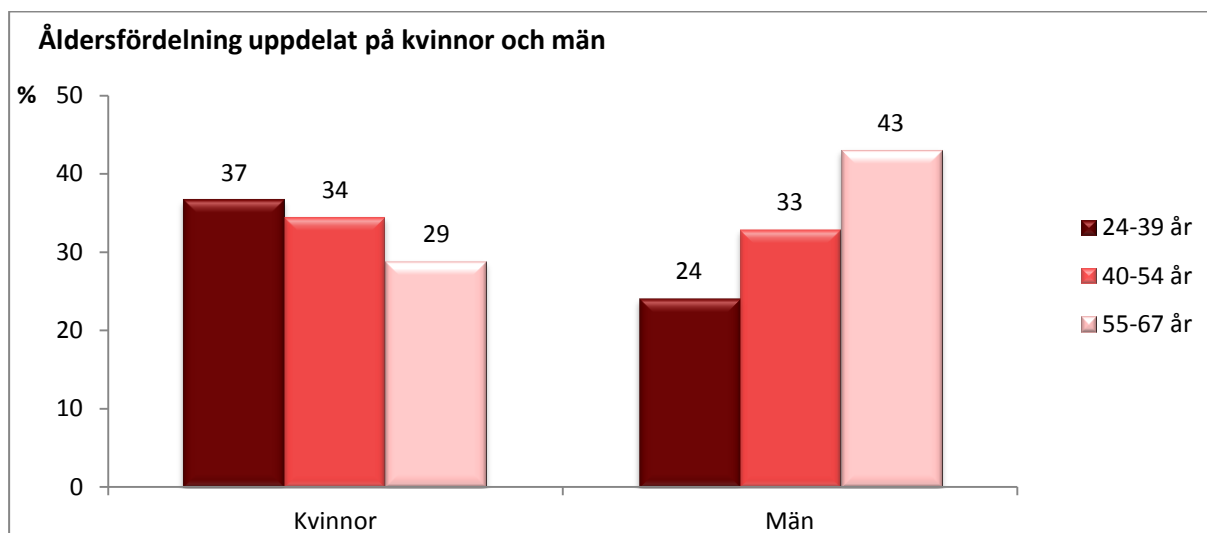
<sup>1</sup> Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

<sup>2</sup> De som inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna har exkluderats ur kommande analyser.

### Yrkesverksamma läkare i Sverige

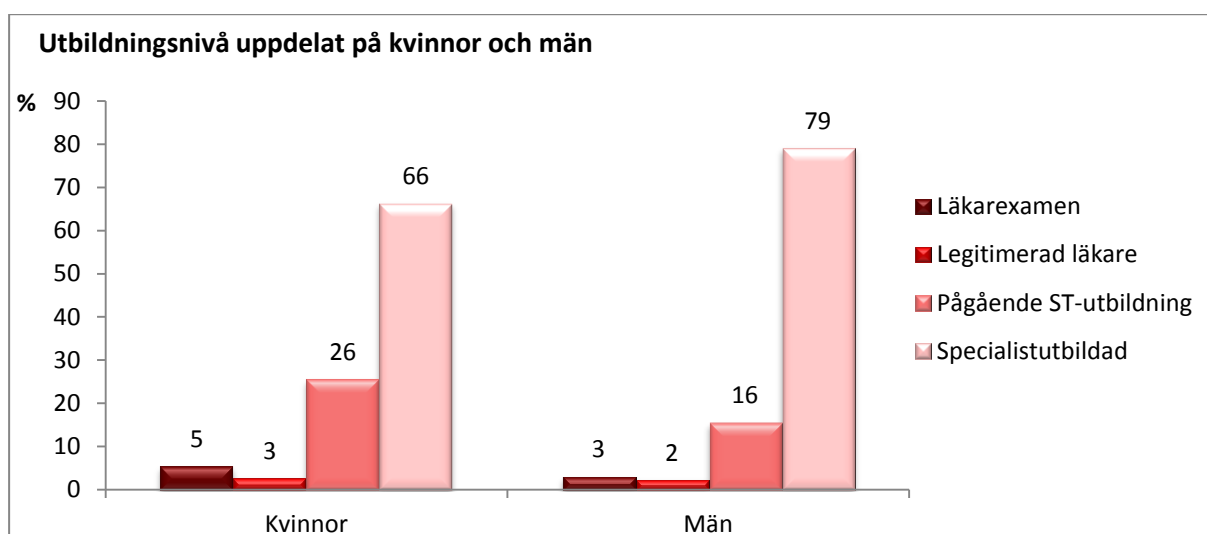
Resultatet i fortsättningen av detta kapitel baseras på svar från de läkare (n=17 922) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Sverige. Det innebär att de 1185 läkare som uppgav att de inte har arbetat som läkare det senaste 12 månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension, etcetera) eller huvudsakligen arbetade i ett annat land inte har tagits med i analyserna i resten av rapporten.

Det fanns en signifikant könsskillnad ( $p < 0,001$ ) i åldersfördelningen (Figur 2). Av kvinnorna tillhörde den största andelen, 37 procent, den yngsta åldersgruppen, medan 43 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen.



Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.

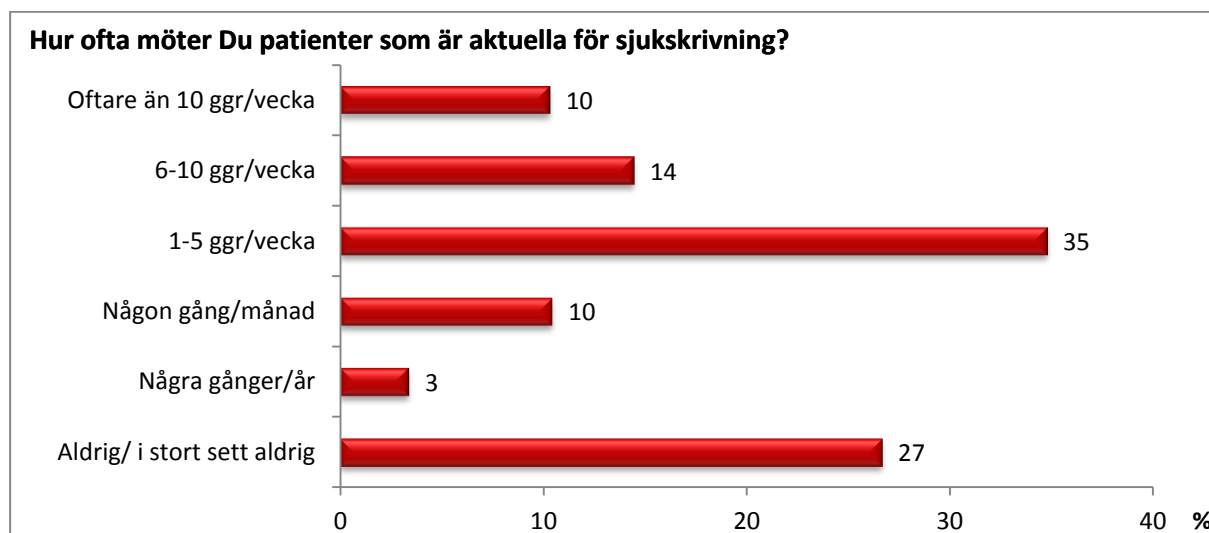
Det fanns även en könsskillnad ( $p < 0,001$ ) vad gäller fördelningen av läkare vad avser högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 79 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 66 procent.



Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.

## Andel läkare som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för *'sjukskrivande läkare'*, även om inte alla dessa konsultationer innebar att patienten sjukskrevs. Resultatet visar att de flesta, 60 procent, hade sådana konsultationer minst en gång i veckan, men att 27 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade det (Figur 4). En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=287, 1,6 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

I Tabell 6 visas motsvarande data för respektive landsting. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka varierade mellan 6 procent (Norrbotten) och 14 procent (Västmanland). Störst andel läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning var aktuellt fanns i Stockholm (35 %).

Tabell 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.

Landsting	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	4994	10	12	30	9	4	35
Uppsala	804	11	15	33	9	3	29
Södermanland	363	10	17	40	13	2	18
Östergötland	975	9	12	32	9	5	34
Jönköping	510	9	17	42	11	2	19
Kronoberg	268	11	14	42	10	1	21
Kalmar	326	9	18	40	10	5	19
Gotland	106	12	16	46	7	1	18
Blekinge	221	10	16	39	14	3	17
Skåne	2228	10	14	36	12	4	24
Halland	448	10	16	42	11	2	19
Västra Götaland	2741	13	16	34	10	4	23
Värmland	392	13	15	35	11	3	23
Örebro	517	9	15	39	12	3	21
Västmanland	331	14	15	40	10	2	20
Dalarna	428	8	18	42	11	3	18
Gävleborg	444	10	18	36	13	2	21
Västernorrland	330	9	16	36	14	4	20
Jämtland	239	8	18	38	10	3	23
Västerbotten	569	9	12	38	11	2	28
Norrbotten	324	6	18	43	12	3	18
Har ej svarat på frågan om landsting	77	8	6	25	9	1	51
<b>Hela landet</b>	<b>17 635</b>	<b>10,3</b>	<b>14,4</b>	<b>34,8</b>	<b>10,4</b>	<b>3,4</b>	<b>26,7</b>

Motsvarande resultat uppdelat på typ av klinik/mottagning visas i Tabell 7. De kliniker/mottagningar där läkare oftast hade konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning var onkologi, smärtmottagning och ortopedi, där 37, 38 respektive 39 procent av läkarna hade sådana konsultationer oftare än 10 gånger i veckan.

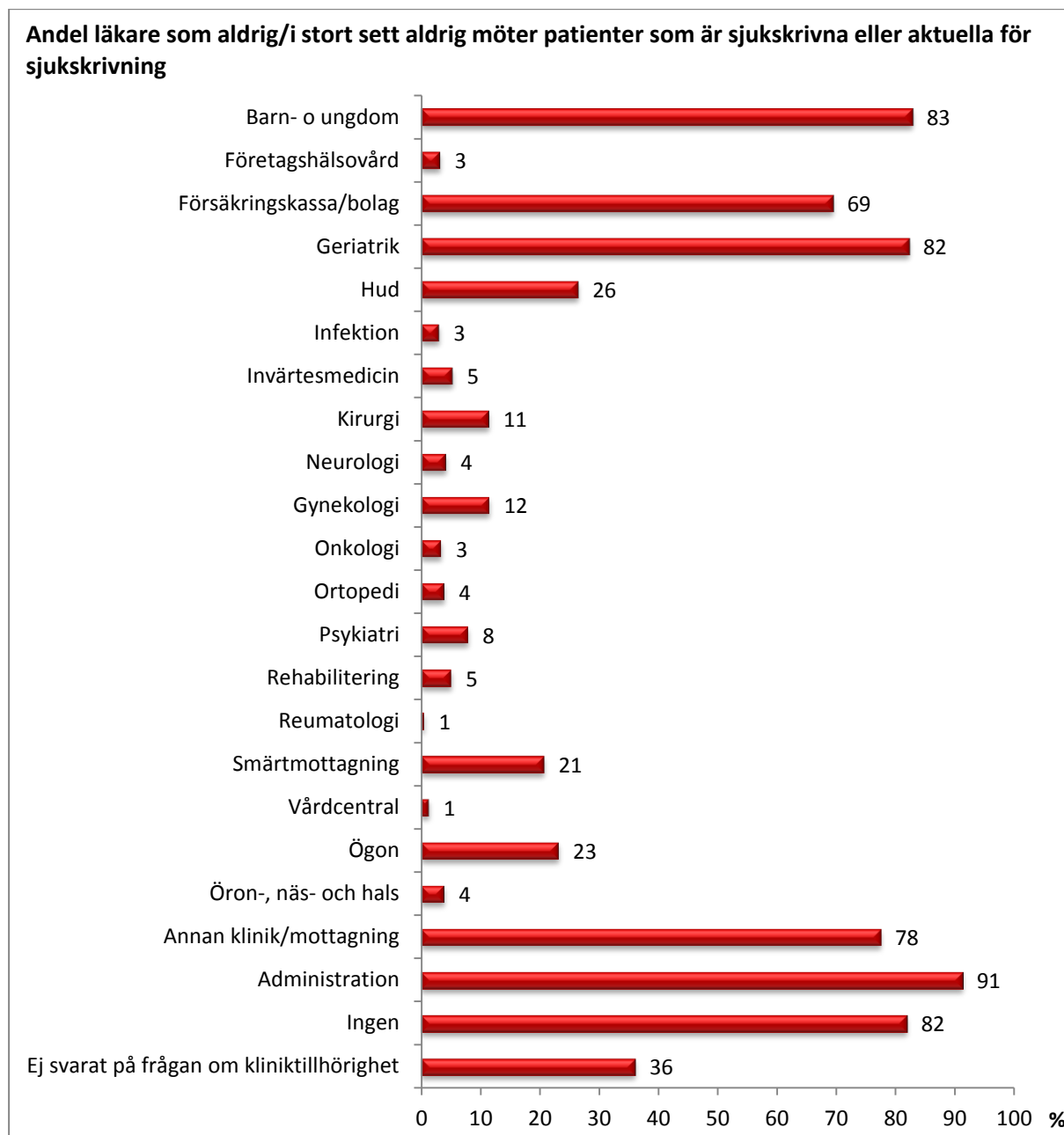
Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn- o ungdom	676	<0,5	1	5	5	6	83
Företagshälsovård	344	32	35	23	6	1	3
Försäkringskassa/-bolag	36	6	0	22	3	0	69
Geriatrisk	293	1	1	4	4	8	82
Gynekologi	990	5	14	48	16	6	12
Hud	238	1	1	5	26	40	26
Infektion	330	4	10	56	24	3	3
Invärtesmedicin	1847	5	8	45	29	7	5
Kirurgi	1498	11	15	45	15	3	11
Neurologi	262	11	23	49	11	3	4
Onkologi	354	37	21	30	8	1	3
Ortopedi	898	39	29	25	3	<0,5	4
Psykiatri	1072	25	24	33	7	3	8
Rehabilitering	137	30	26	31	6	1	5
Reumatologi	183	6	21	59	13	1	1
Smärtmottagning	82	38	16	18	2	5	21
Vårdcentral	4121	7	25	60	6	<0,5	1
Ögon	151	1	5	17	26	27	23
Öron-, näs- och hals	154	6	12	53	18	6	4
Annan klinik/mottagning	2997	6	3	7	5	2	78
Administration	759	<0,5	<0,5	2	4	1	91
Ingen	116	2	2	9	5	1	82
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet	97	9	10	29	11	4	36
<b>Samtliga läkare</b>	<b>17 635</b>	<b>10,3</b>	<b>14,4</b>	<b>34,8</b>	<b>10,4</b>	<b>3,4</b>	<b>26,7</b>

Av samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige arbetade 73 procent i någon omfattning med sjukskrivning; det var således en stor andel läkare som åtminstone ibland har sådana arbetsuppgifter. Av läkarna vid vårdcentraler hade 37 procent sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Resultaten pekar på att arbete med sjukskrivning är mer vanligt förekommande bland läkare inom vissa andra verksamheter, till exempel inom ortopedi, onkologi, rehabilitering, företagshälsovård och på smärtmottagningar än vid vårdcentraler.



Andelen läkare som aldrig hade sjukskrivningskonsultationer varierade mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Figur 5). Minst andel fanns inom reumatologi och på vårdcentraler, där endast en procent angav att de aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

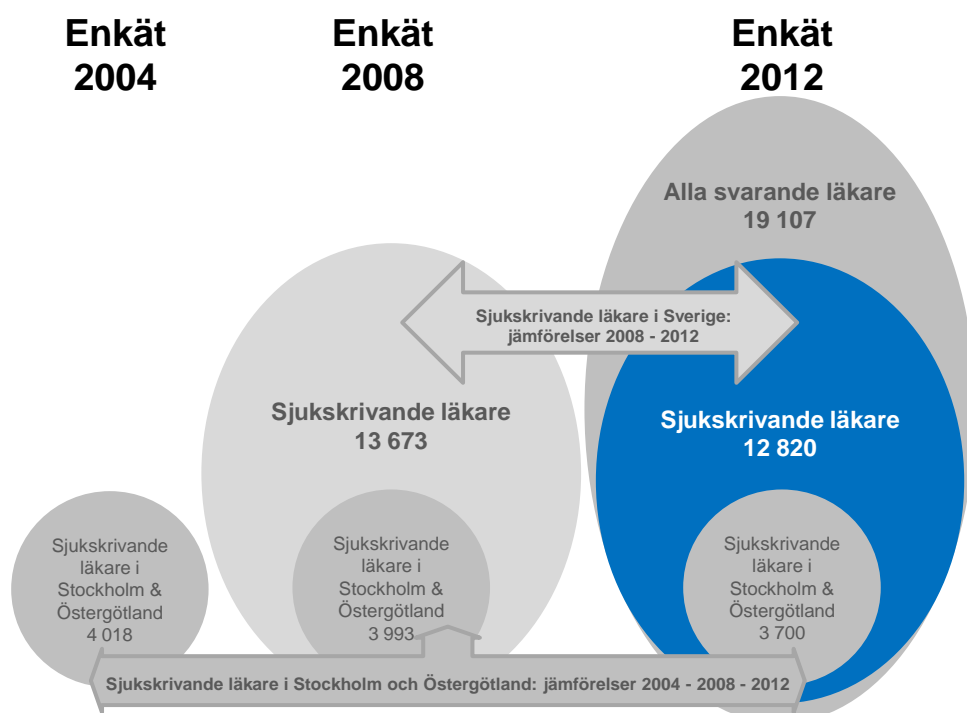


Figur 5. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.



## 2.

# Svar från sjukskrivande läkare 2012





## 2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 12 820 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Sverige
- var yrkesverksamma, det vill säga hade arbetat som läkare under den senaste 12-månadersperioden
- svarat att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning

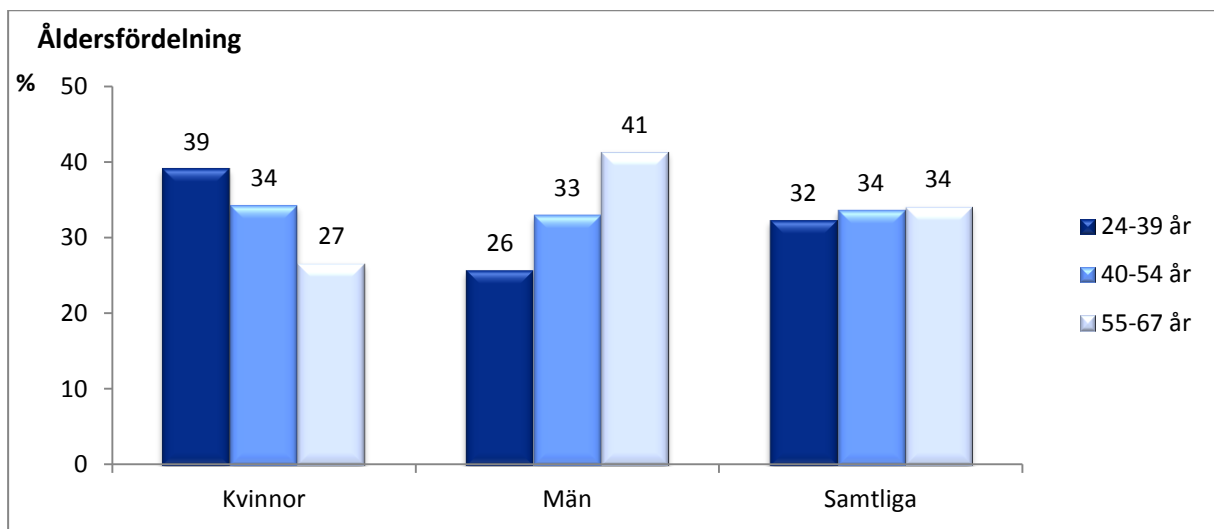
De specialister som svarade att de huvudsakligen arbetade på en barn- och ungdomsklinik eller en geriatrikmottagning har exkluderats inför analyserna.

För att underlätta läsningen kallas dessa läkare härnäst i rapporten för *'sjukskrivande läkare'*.

Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp (elva personer). För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på kliniknivå, ingår de därför i gruppen *"Annan klinik/mottagning"*. I den gruppen redovisas även svar från läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar på ögonkliniker och öron-, näs- och halsmottagningar, samt från de läkare som inte var specialister och som arbetade på barn- och ungdomskliniker eller inom geriatrisk medicin, med anledning av att dessa inte ingick i urvalet för enkätutskicket.

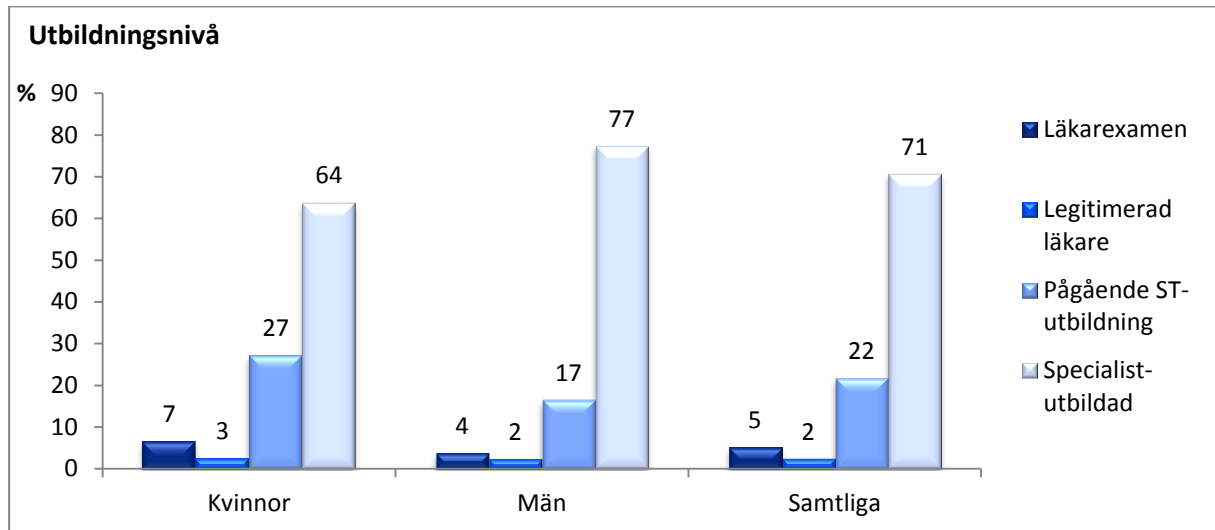
### Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna var 49 procent kvinnor och 51 procent män. Som framgår av Figur 6 fanns skillnader i åldersfördelningen ( $p < 0,001$ ) mellan män och kvinnor.



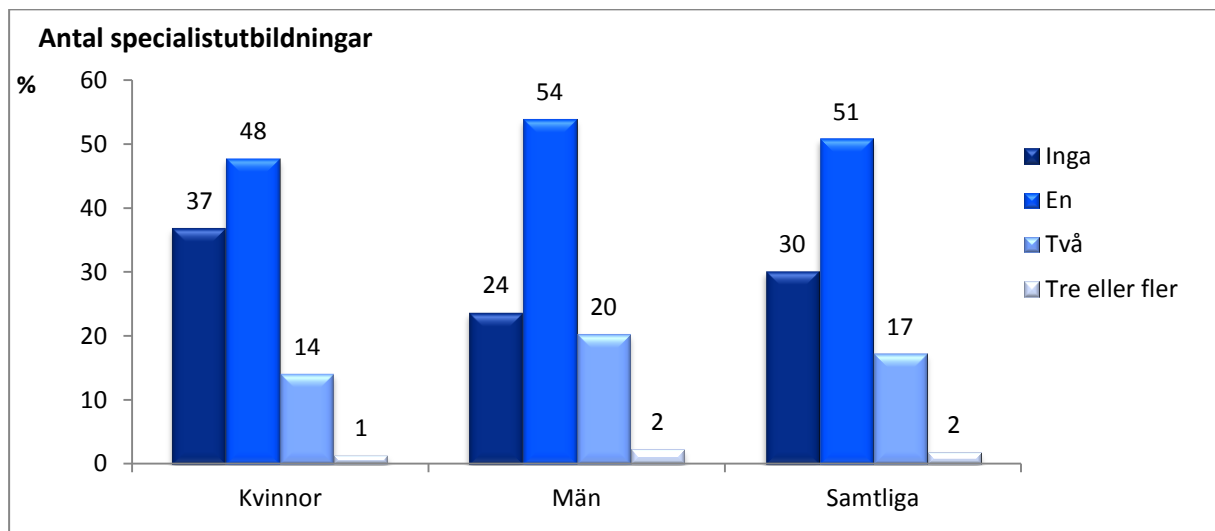
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. En större andel av männen hade en specialistexamen (77 %), jämfört med kvinnorna (64 %) ( $p < 0,001$ ) (Figur 7).



Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

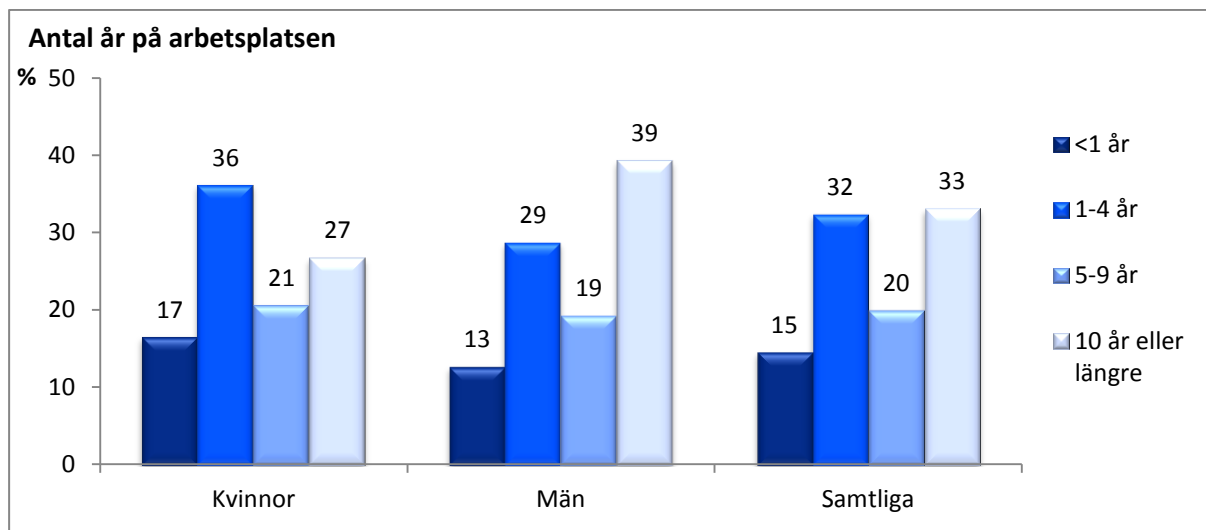
I Figur 8 framgår det tydligare att andelen icke-specialister var större bland kvinnorna (37 %) än bland männen (24 %).



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

### Antal år på arbetsplatsen

Nästan hälften (47 %) av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och en tredjedel tio år eller längre (Figur 9). En större andel män jämfört med kvinnor hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats ( $p < 0,001$ ).



Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

*Ålders- och könsfördelning per landsting*

Antalet sjukskrivande läkare i de olika landstingen som svarat på enkäten avspeglar landstingens befolkningsstorlek; med flest svarande från de stora regionerna; Stockholm (25 % av de sjukskrivande läkarna), Västra Götaland (16 %) och Skåne (13 %) (Tabell 8).

Könsfördelningen varierade något, med störst andel kvinnor i Stockholm (54 %) och minst i Blekinge (39 %). Ålderssammansättningen varierade också. Störst andel yngre läkare bland de svarande fanns i Västernorrland (40 %), och störst andel äldre fanns i Blekinge (42 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Blekinge (80 %) och minst i Södermanland och Dalarna (66 %).

Tabell 8. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för hela landet och för varje landsting.

Landsting	Antal svarande	Andel % <sup>1</sup>	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildad %
Stockholm	3197	25	54	46	32	35	33	69
Uppsala	570	4	48	52	33	32	35	71
Södermanland	297	2	47	53	33	32	35	66
Östergötland	630	5	50	50	36	35	30	68
Jönköping	411	3	47	53	37	33	29	71
Kronoberg	210	2	40	60	27	32	41	76
Kalmar	263	2	48	52	34	34	32	74
Gotland	87	1	52	48	31	30	39	75
Blekinge	184	1	39	61	24	34	42	80
Skåne	1685	13	50	50	29	34	37	73
Halland	361	3	45	55	34	31	35	71
Västra Götaland	2094	16	48	52	32	36	33	71
Värmland	300	2	48	52	32	33	35	72
Örebro	407	3	46	54	34	30	36	70
Västmanland	265	2	46	54	33	31	35	69
Dalarna	348	3	53	47	39	26	34	66
Gävleborg	351	3	44	56	31	34	34	72
Västernorrland	264	2	50	50	40	25	35	67
Jämtland	185	1	42	58	37	30	34	73
Västerbotten	409	3	47	53	30	34	36	70
Norrbottn	264	2	46	54	30	31	38	70
Har ej svarat på frågan om landsting <sup>2</sup>	38	<0,5	42	58	26	37	37	68
<b>Samtliga läkare</b>	<b>12 820</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>71</b>

<sup>1</sup> Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

<sup>2</sup> Dessa läkare har i fortsättningen av rapporten inte tagits med i de landstingsspecifika redovisningarna.



*Ålders- och könsfördelning per typ av klinik/mottagning*

Det var betydande skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av kliniker och mottagningar (Tabell 9). Störst andel svarande kvinnor återfanns inom gynekologi (72 %), och störst andel män inom ortopedi (78 %). En någorlunda jämn åldersfördelning fanns på de flesta kliniker/mottagningar, med undantag för företagshälsovården, där 77 procent av läkarna var över 55 år, och på smärtmottagningar där endast sex procent var under 40 år. Störst andel unga läkare fanns inom invärtes- och infektionsmedicin (42 %).

Tabell 9. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % <sup>1</sup>	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	333	2,6	47	53	1	22	77	98
Gynekologi	876	6,9	72	28	30	37	32	76
Hud	175	1,4	70	30	26	34	41	81
Infektion	320	2,5	50	50	42	32	26	71
Invärtesmedicin	1749	13,7	46	54	41	35	23	66
Kirurgi	1327	10,4	34	66	40	35	25	68
Neurologi	251	2,0	47	53	39	35	27	71
Onkologi	342	2,7	64	36	30	41	29	76
Ortopedi	863	6,8	22	78	34	35	31	74
Psykiatri	987	7,7	55	45	27	34	39	72
Rehabilitering	130	1,0	62	38	22	37	41	77
Reumatologi	182	1,4	62	38	23	38	38	82
Smärtmottagning	65	0,5	34	66	6	37	57	97
Vårdcentral	4067	31,9	52	48	30	32	38	68
Annan klinik/mottagning <sup>3</sup>	1004	7,8	49	51	34	31	35	69
Administration	66	0,5	52	48	15	27	58	83
Ingen <sup>2</sup>	21	0,2	38	62	76	5	19	24
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet <sup>2</sup>	62	0,5	44	56	29	37	34	61
<b>Samtliga läkare</b>	<b>12 820</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>71</b>

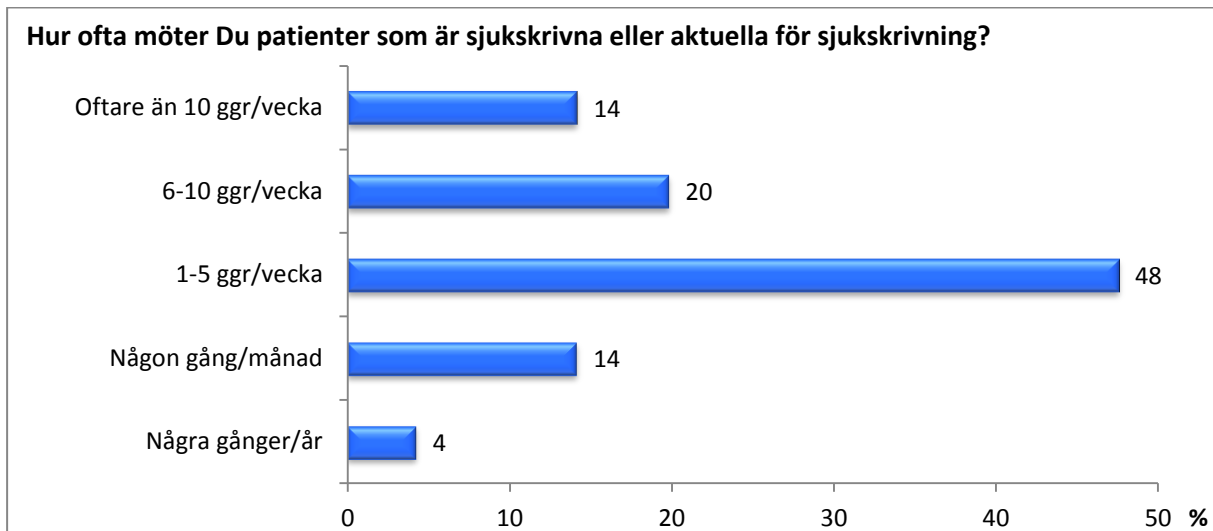
<sup>1</sup> Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

<sup>3</sup> I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n = 11). Där ingår även läkare inom öron-näsahals- samt ögonkliniker, samt icke-specialister vid alla typer av kliniker/mottagningar som inte listas på annat sätt.

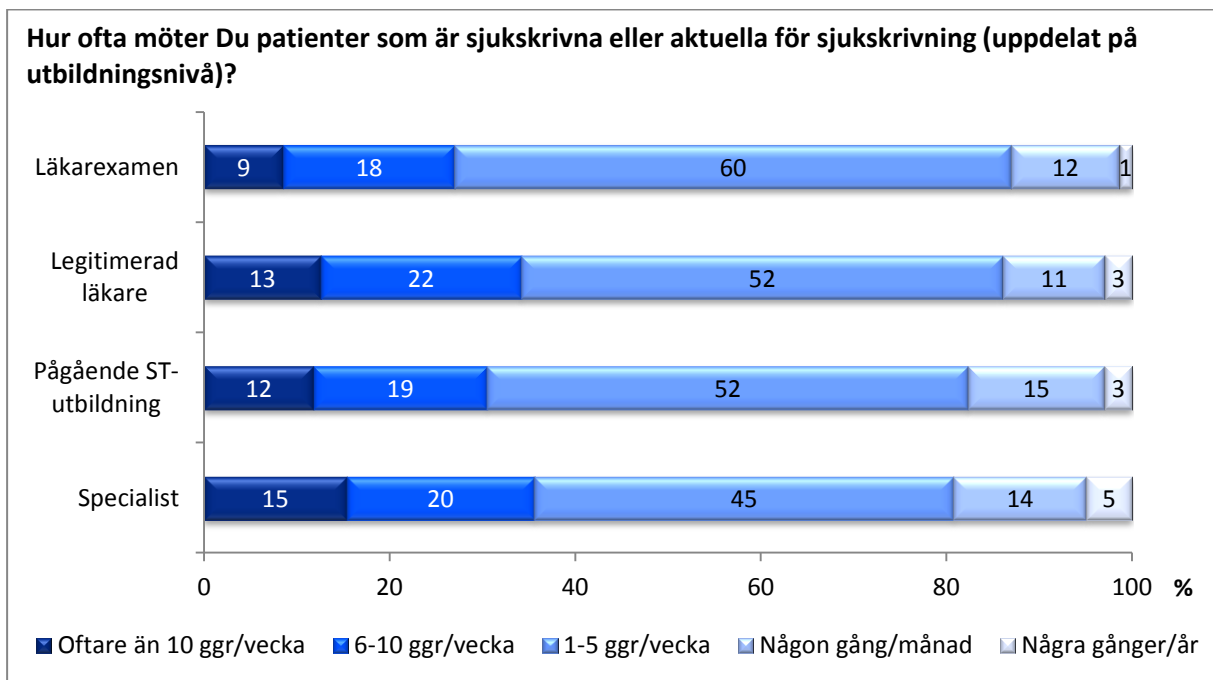
## Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 10 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Det framgår att drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan.



Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Det var en relativt jämn fördelning vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning. Dock hade en något större andel av specialisterna sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka (Figur 11).



Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

I Tabell 10 redovisas hur ofta läkare möter patienter som är aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting. I Västmanland och Värmland svarade sjuttionio procent av läkarna att de hade sådana konsultationer oftare än 10 gånger per vecka. I Norrbotten var motsvarande siffra åtta procent, vilket var den lägsta andelen i landet.

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.

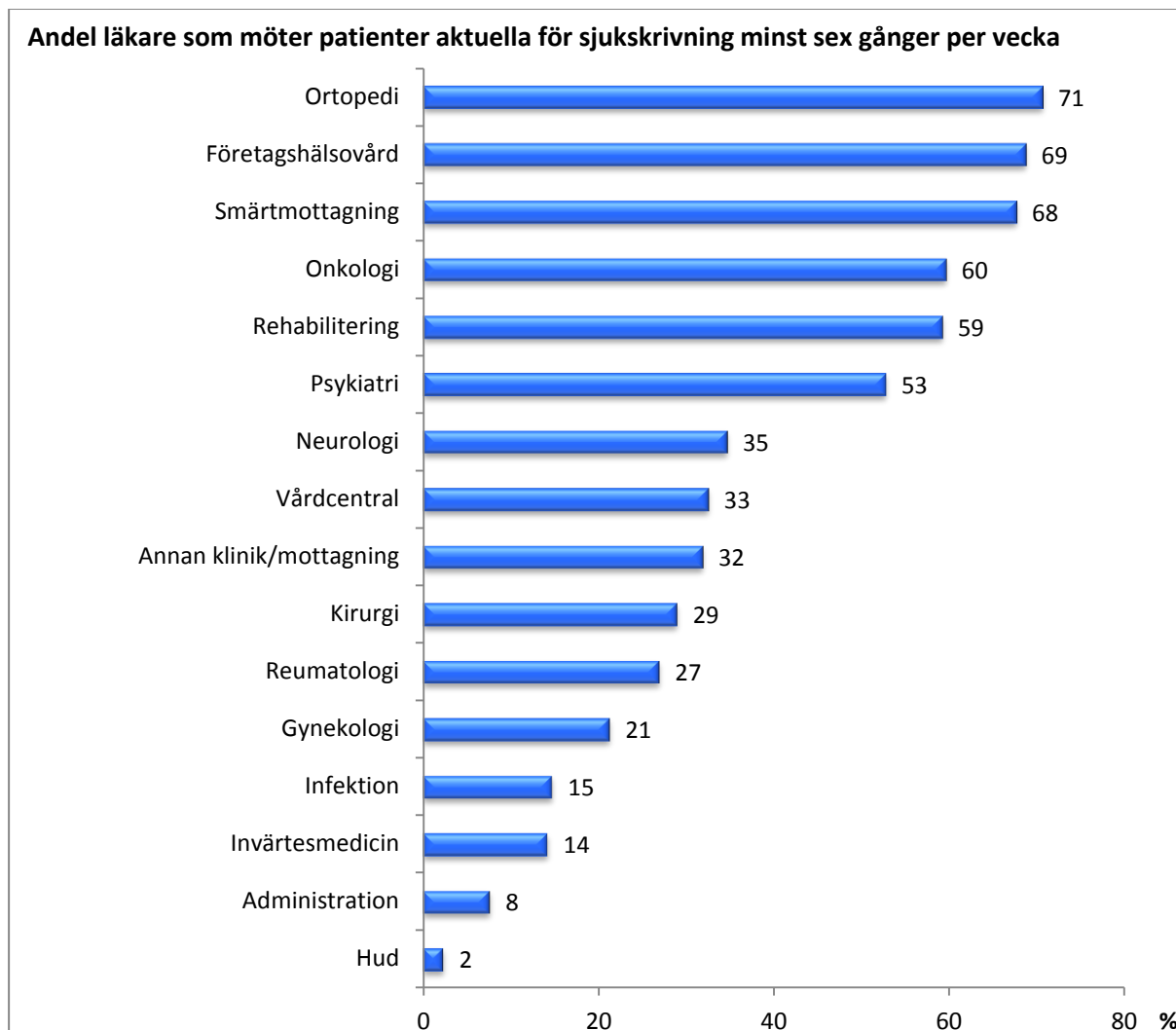
Landsting	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Stockholm	16	19	46	14	5
Uppsala	15	21	47	12	4
Södermanland	12	21	48	16	3
Östergötland	13	18	49	14	6
Jönköping	11	21	52	14	2
Kronoberg	14	18	53	13	2
Kalmar	11	22	49	12	6
Gotland	15	20	56	8	1
Blekinge	13	20	47	17	4
Skåne	13	18	48	15	5
Halland	12	20	52	14	3
Västra Götaland	16	21	45	13	4
Värmland	17	20	45	14	3
Örebro	12	20	50	15	3
Västmanland	17	18	49	13	2
Dalarna	10	22	52	13	3
Gävleborg	12	22	46	17	3
Västernorrland	12	20	45	17	5
Jämtland	10	23	49	14	4
Västerbotten	13	17	53	15	3
Norrbotten	8	22	53	14	4
<b>Hela landet</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>48</b>	<b>14</b>	<b>4</b>

Konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning förekom bland läkare inom alla olika typer av kliniker/mottagningar, men variationen mellan olika typer av kliniker/mottagningar var betydligt större än mellan landstingen (Tabell 11).

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Företagshälsovård	33	36	24	6	1
Gynekologi	5	16	54	18	7
Hud	1	1	7	36	55
Infektion	4	10	58	24	3
Invärtesmedicin	6	9	48	31	7
Kirurgi	12	17	50	17	4
Neurologi	11	24	51	11	3
Onkologi	38	22	31	8	1
Ortopedi	40	30	26	3	<0,5
Psykiatri	27	26	36	8	3
Rehabilitering	32	28	33	6	2
Reumatologi	6	21	59	13	1
Smärtmottagning	48	20	23	3	6
Vårdcentral	8	25	61	6	<0,5
Annan klinik/mottagning	21	11	34	22	12
Administration	3	5	27	48	17
<b>Samtliga läkare</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>48</b>	<b>14</b>	<b>4</b>

I Figur 12 presenteras andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som uppgav att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan fanns på ortopedkliniker (71 %), inom företagshälsovård (69 %) och smärtmottagningar (68 %). Inom onkologi och rehabilitering var denna andel 60 respektive 59 procent. På vårdcentraler var motsvarande andel 33 procent.



Figur 12. Andel (%) läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

#### *Sammanfattning om frekvens av sjukskrivningsärenden*

Fyra av fem (82 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, och var tredje hade det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst inom ortopedi, företagshälsovård, smärtmottagningar, onkologi och rehabilitering. Trettiofyra procent av vårdcentralläkarna hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka.

## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Först fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 13). En tredjedel (32 %) av läkarna rapporterade att de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt minst en gång i veckan. Mer än hälften (59 %) svarade att det var problematiskt någon gång per månad eller några gånger per år. Knappt nio procent uppgav att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var problematiska.



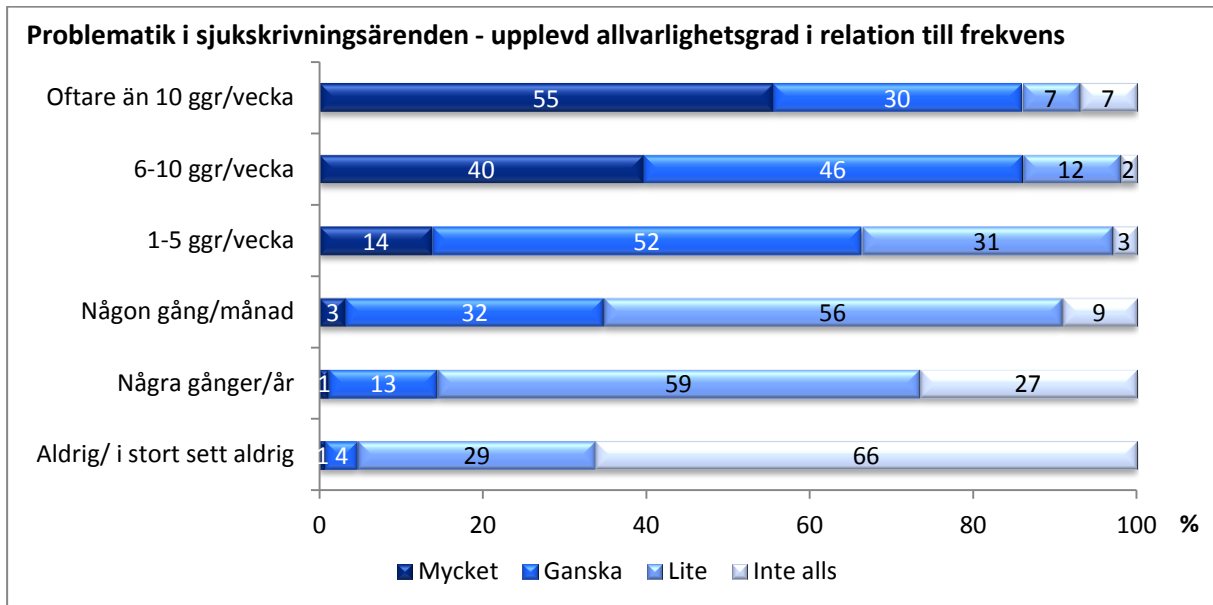
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Sju procent tyckte det var mycket problematiskt och 16 procent att det inte alls var problematiskt. Närmare 40 procent av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 14).



Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

I Figur 15 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de är. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få (1 %) av dem som aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket problematiska. Korrelationskoefficienten mellan svaren, beräknad med Kendalls tau-b, var 0,49, det vill säga, det fanns ett samband mellan frekvens och allvarlighetsgrad.



Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

**Problem med sjukskrivningsärenden per landsting**

Det fanns skillnader mellan landstingen vad gällde hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska (Tabell 12). Andelen läkare som gjorde detta minst en gång per vecka varierade från 26 procent (Östergötland) till 40 procent (Jämtland).

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	4	26	36	23	10
Uppsala	4	26	41	21	9
Södermanland	4	35	35	18	8
Östergötland	3	23	39	25	10
Jönköping	3	32	39	20	5
Kronoberg	1	31	42	20	5
Kalmar	5	29	39	18	9
Gotland	3	28	37	22	9
Blekinge	6	32	33	23	7
Skåne	4	27	39	21	9
Halland	4	29	34	24	9
Västra Götaland	5	27	38	22	9
Värmland	3	35	35	18	8
Örebro	4	31	36	22	8
Västmanland	4	32	36	21	7
Dalarna	3	30	42	19	6
Gävleborg	5	29	41	17	7
Västernorrland	5	25	39	21	9
Jämtland	3	37	31	23	5
Västerbotten	4	24	43	23	6
Norrbottn	3	26	34	29	9
<b>Hela landet</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>9</b>



Även svaren på *hur* problematiskt arbetet med sjukskrivningar upplevdes vara varierade något mellan landstingen (Tabell 13); 46 procent av läkarna i Jämtland upplevde handläggning av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematisk, medan motsvarande siffra var 35 procent i Östergötland.

Tabell 13. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på landsting.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Stockholm	7	31	43	19
Uppsala	6	32	47	15
Södermanland	10	33	42	15
Östergötland	6	29	49	16
Jönköping	6	37	43	13
Kronoberg	7	31	48	15
Kalmar	9	29	46	16
Gotland	7	34	44	15
Blekinge	9	31	45	15
Skåne	9	32	44	15
Halland	9	28	47	17
Västra Götaland	6	30	48	16
Värmland	6	37	42	15
Örebro	8	29	49	14
Västmanland	9	31	44	17
Dalarna	6	33	50	11
Gävleborg	8	32	44	15
Västernorrland	7	31	45	17
Jämtland	12	34	48	6
Västerbotten	5	33	50	13
Norrbottn	7	29	49	15
<b>Hela landet</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>16</b>

**Problem med sjukskrivningsärenden per typ av klinik/mottagning**

Det var en stor variation mellan olika typer av klinik/mottagning i hur ofta läkare upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska (Tabell 14). De kliniker/mottagningar där störst andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan var vårdcentraler (50 %), ortopedi (46 %) och smärtmottagningar (46 %), följt av psykiatri (43 %).

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	5	28	41	18	7
Gynekologi	3	21	40	27	10
Hud	0	2	14	54	31
Infektion	<0,5	10	33	41	16
Invärtesmedicin	1	12	38	38	11
Kirurgi	2	14	36	34	15
Neurologi	2	33	40	18	6
Onkologi	1	13	46	28	12
Ortopedi	7	39	40	9	4
Psykiatri	9	34	38	14	5
Rehabilitering	1	28	43	21	7
Reumatologi	3	30	45	19	3
Smärtmottagning	24	22	27	17	10
Vårdcentral	6	44	39	10	2
Annan klinik/mottagning	2	12	29	30	26
Administration	2	8	24	35	31
<b>Samtliga läkare</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>9</b>

Majoriteten av läkarna på vårdcentraler (56 %) upplevde sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska (Tabell 15). Även inom reumatologi (48 %), psykiatri (46 %) och neurologi (45 %) var det en stor andel läkare som upplevde detta. På smärtmottagningar (18 %) fanns den största andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som mycket problematiska.

Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

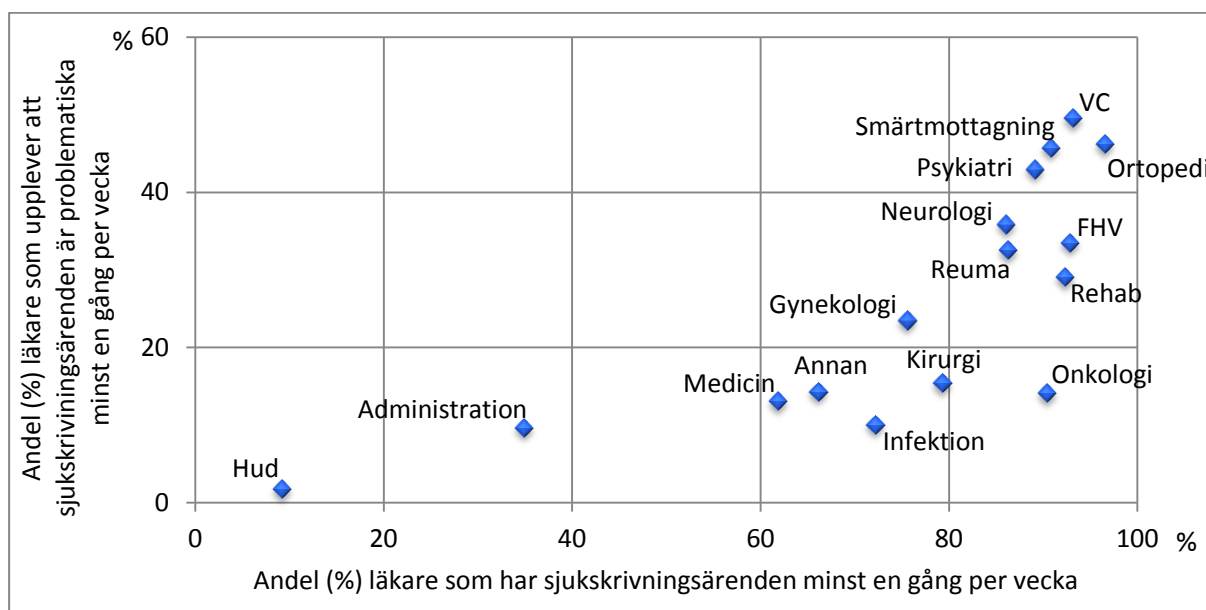
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	3	17	50	30
Gynekologi	4	27	51	18
Hud	2	27	46	25
Infektion	1	15	63	21
Invärtesmedicin	4	27	53	17
Kirurgi	3	17	52	28
Neurologi	8	37	49	6
Onkologi	1	18	54	28
Ortopedi	8	32	48	11
Psykiatri	9	37	42	12
Rehabilitering	4	22	50	25
Reumatologi	8	40	41	10
Smärtmottagning	18	24	35	24
Vårdcentral	12	44	37	6
Annan klinik/mottagning	5	18	44	33
Administration	2	31	34	34
<b>Samtliga läkare</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>16</b>

### ***Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska***

Korrelationen mellan frågorna om frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av att uppleva dem som problematiska var 0,39<sup>3</sup>. I Figur 16 och Figur 17 visas relationer mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och upplevelsen av dessa som problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar.

I Figur 16 visas andelen läkare inom de olika typerna av kliniker/mottagningar som hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan relaterat till andelen som hade problem med hantering av sjukskrivningsärenden lika ofta, det vill säga *minst en gång i veckan*.

Läkare som arbetade på hudkliniker och inom administration, forskning eller undervisning hade relativt få sjukskrivningsärenden och upplevde sällan dessa som problematiska. På onkolog- och kirurgkliniker hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden varje vecka, och en relativt liten andel av dem upplevde dessa som problematiska. Bland andra grupper av läkare med stor andel konsultationer per vecka, angav däremot en stor andel av läkarna att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. Störst andel med problem bland de sistnämnda fanns bland läkarna på vårdcentraler, tätt följda av läkare inom ortopedi och på smärtmottagningar.

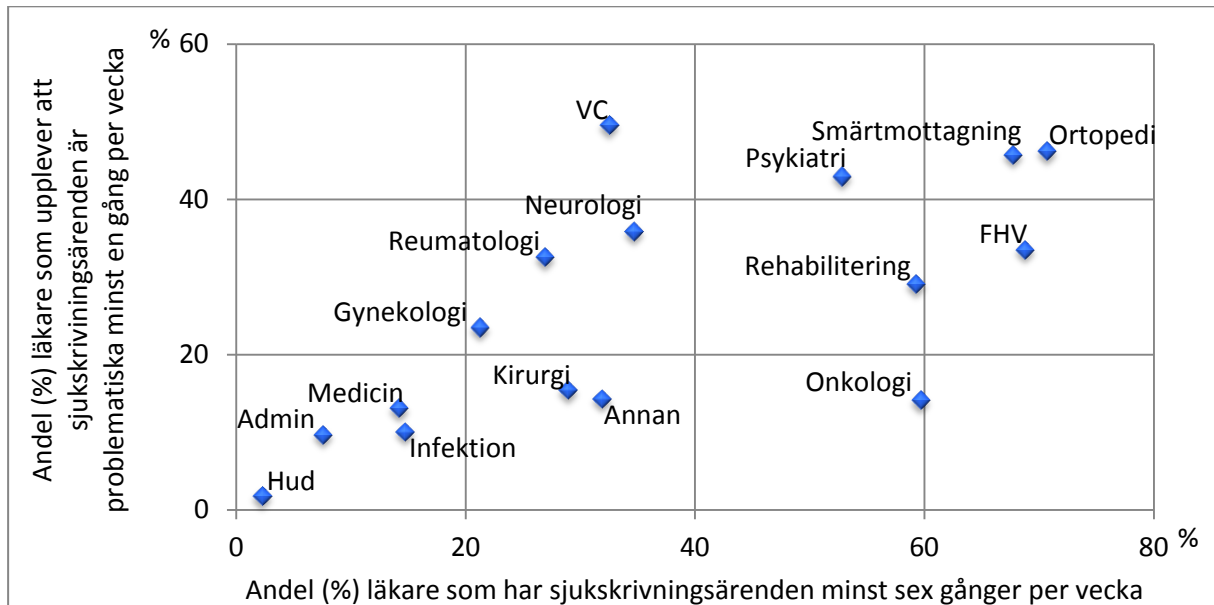


Figur 16. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

<sup>3</sup> Beräknad med Kendalls tau-b.

I Figur 17 visas motsvarande samband som i Figur 16, men för andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som hade sjukskrivningsärenden *minst sex gånger per vecka* och upplevde dessa som problematiska *minst en gång per vecka*.

Här ser fördelningen något annorlunda ut. Spridningen är större och förhållandet mellan antal ärenden och problem är mer linjärt, det vill säga, ju större andel som har många ärenden på kliniken, desto större andel upplevde dessa som problematiska varje vecka, med vissa undantag. Bland läkare inom onkologi, och i viss mån bland läkare inom rehabilitering, hade en liten andel problem varje vecka, trots att en stor andel ofta hade sjukskrivningsärenden. Läkare som arbetar på vårdcentral skiljer sig från övriga genom att andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var relativt liten, medan andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka är stor. Läkarna inom företagshälsovård skiljer sig från övriga på motsatt sätt, det vill säga genom att andelen som ofta har sjukskrivningsärenden var stor, och andelen som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var relativt liten.

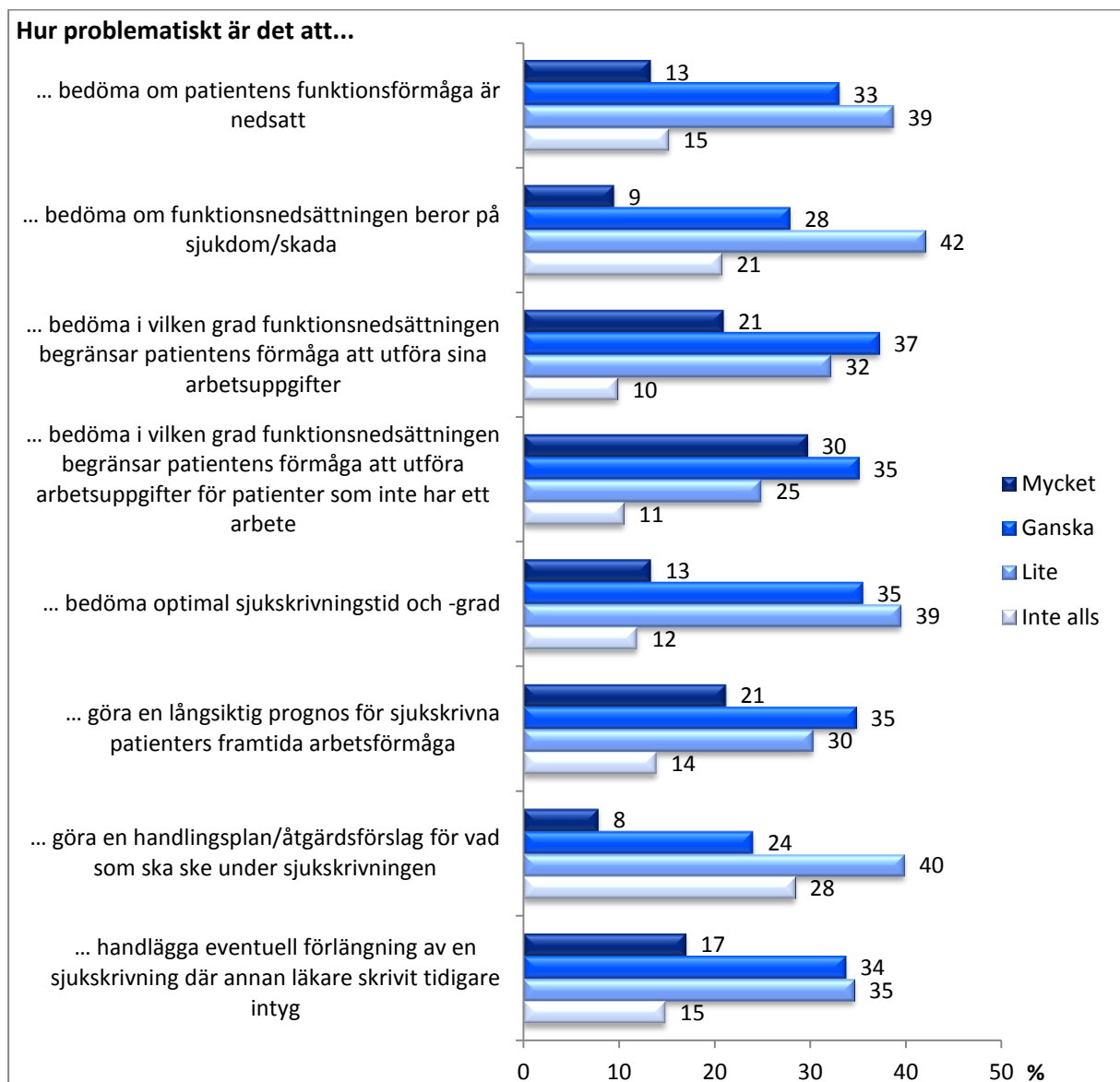


Figur 17. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

### Allvarlighetsgrad av specifika problem

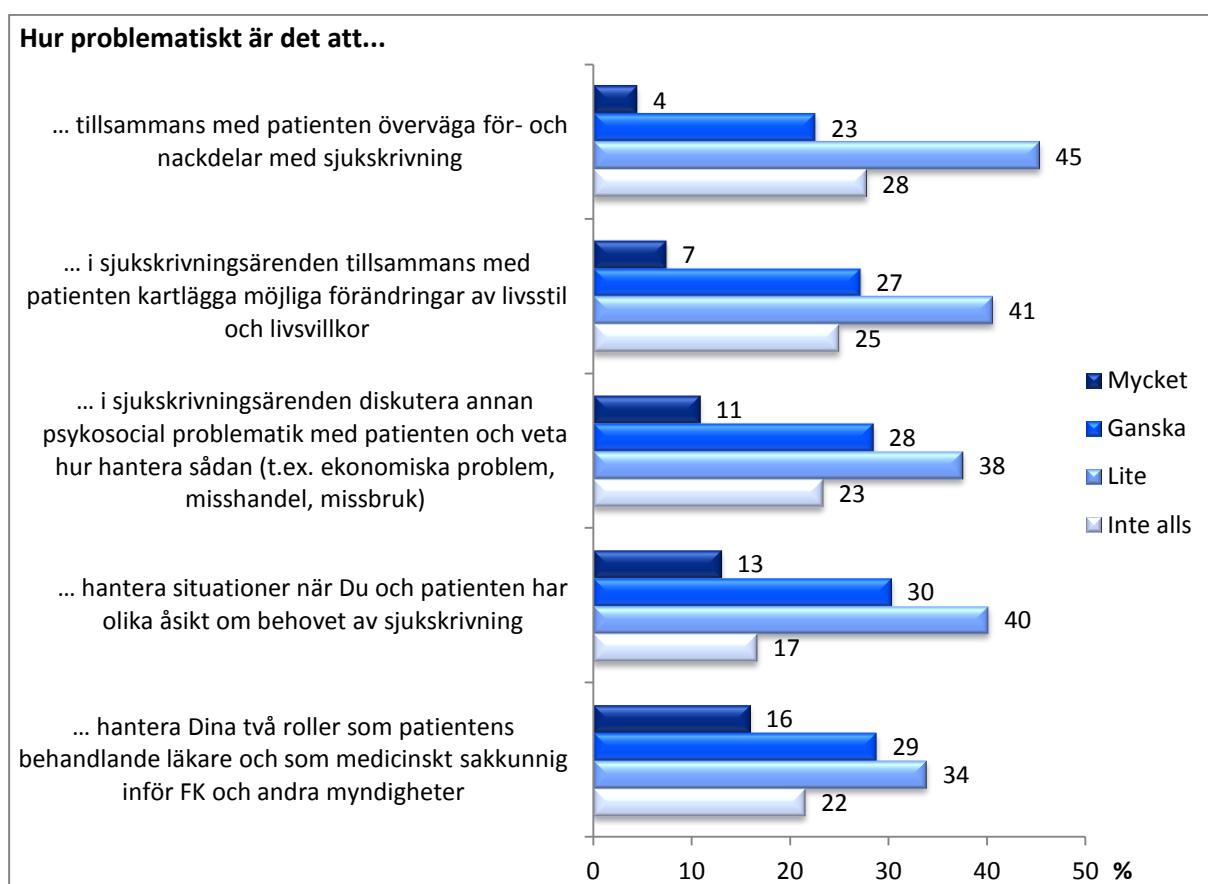
I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 77) respektive Samverkan och kontakter (sidan 85) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 30 procent angav det som mycket problematiskt och 35 procent som ganska problematiskt (Figur 18). Drygt hälften tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som hade ett arbete, samt att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga. Hälften av läkarna ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat.



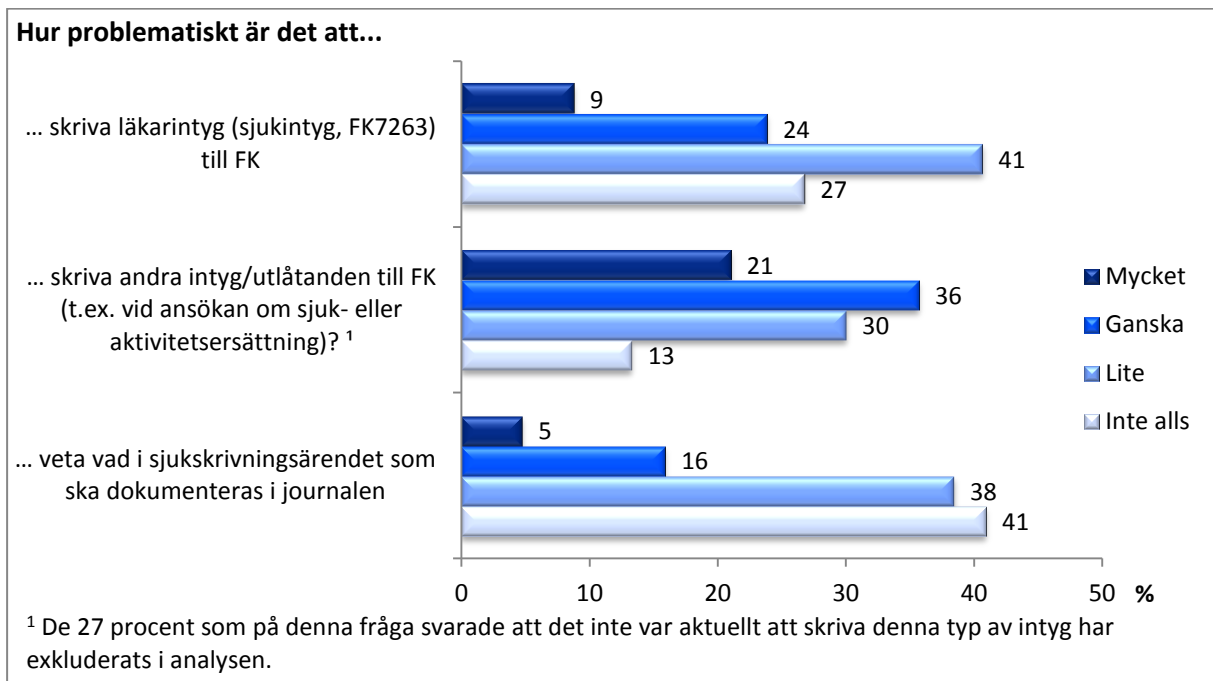
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

I sitt yrkesutövande har läkaren olika roller i förhållande till patienten i sjukskrivningsärenden, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör [24]. Fyrtiofem procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Figur 19). En annan uppgift är att tillsammans med patienten diskutera för- och nackdelar med en eventuell sjukskrivning – detta upplevde inte lika stor andel som problematiskt. Ytterligare uppgifter som kan vara aktuella är att hantera situationer där livsstilsförändringar kan vara påkallade eller där en omfattande psykosocial problematik finns. Även om många upplevde detta som problematiskt fann en större andel det mycket problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.



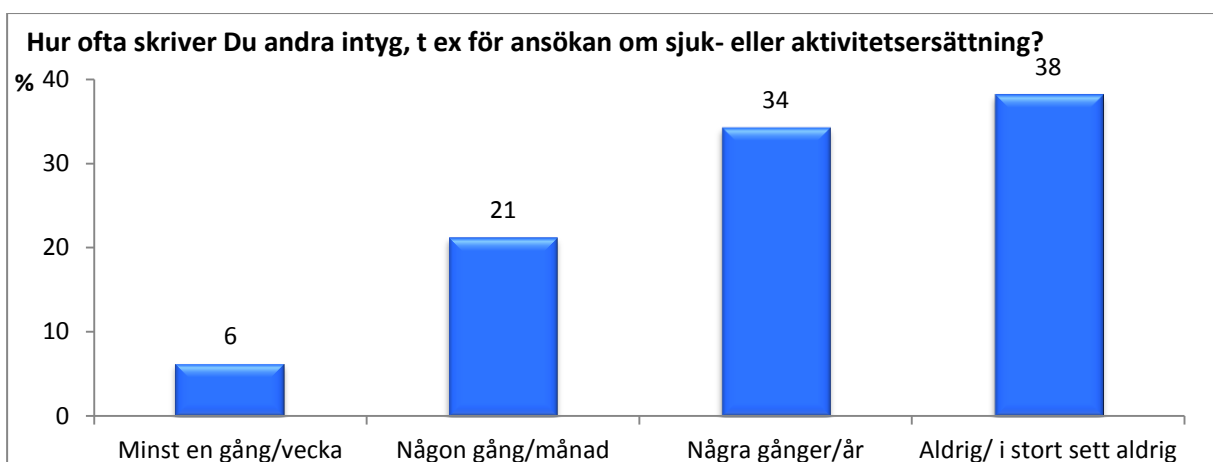
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

När det handlade om att skriva vanliga läkarintyg, och särskilt att skriva mer omfattande intyg till Försäkringskassan, upplevde en större andel av läkarna detta som problematiskt jämfört med att hantera dokumentationskravet [34, 92], det vill säga veta vad i ett sjukskrivningsärende som ska dokumenteras i journalen (Figur 20). Mest problematiskt rapporterades det vara att skriva andra typer av medicinska intyg/utlåtanden än läkarintyget (FK 7263); 57 procent av de tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg (en dryg fjärdedel, 27 procent, uppgav att det inte var aktuellt) fann detta som ganska eller mycket problematiskt.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263 svarade 38 procent av läkarna att de aldrig gör detta (Figur 21).

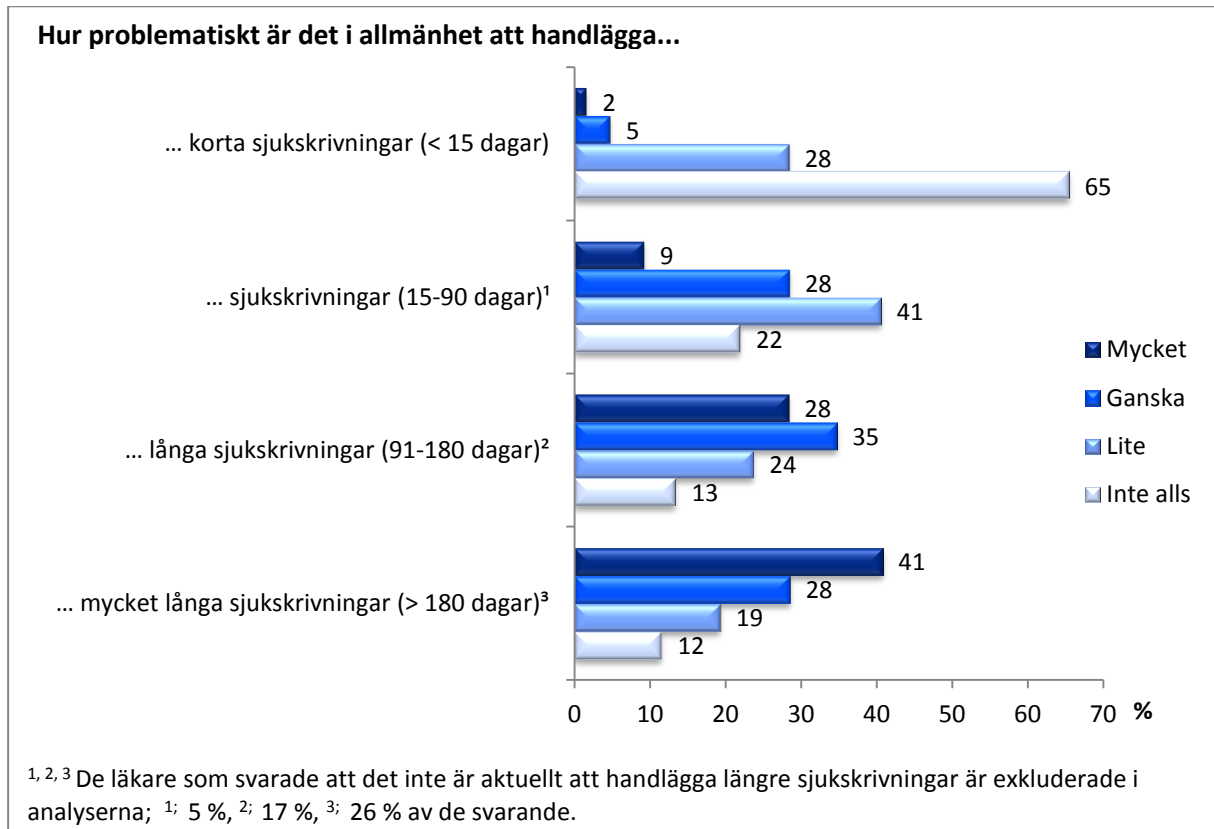


Figur 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning.



Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det var att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem (Figur 22). För 17 respektive 26 procent av läkarna var det inte aktuellt med konsultationer som innebär längre sjukskrivningar, det vill säga sådana som översteg tre eller sex månader.

Två tredjedelar av läkarna tyckte att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varade längre än två veckor. Bland dem som hanterade långa sjukskrivningar var det bara en dryg tiondel som inte alls tyckte detta var problematiskt.



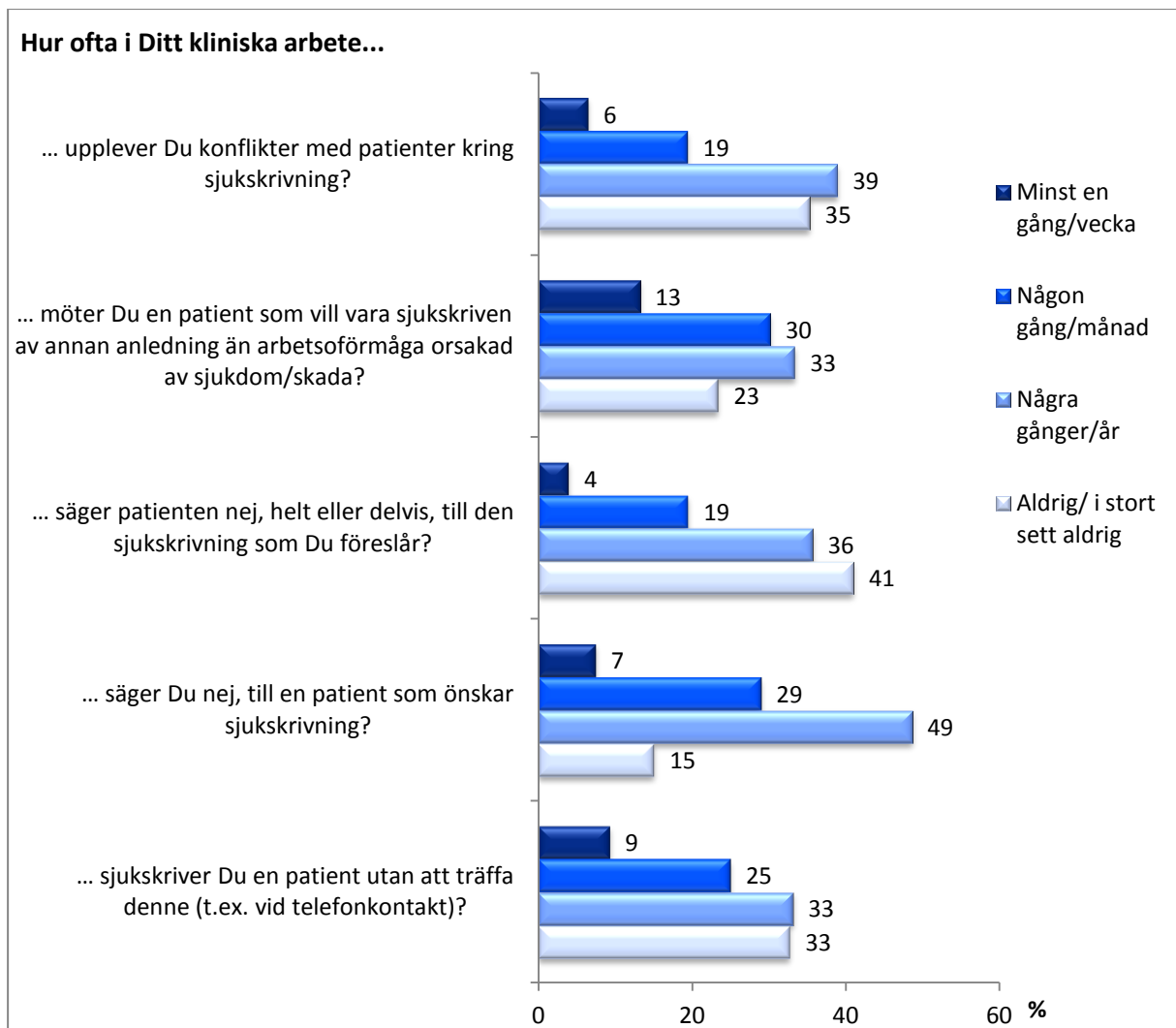
Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk. (De läkare som inte handlade längre sjukskrivningar har här exkluderats.)

**Frekvens av potentiellt problematiska situationer**

Tretton procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada (Figur 23).

Sju procent sade lika ofta nej till en patients önskan om sjukskrivning. Å andra sidan var fyra procent av läkarna varje vecka med om att en patient sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Sex procent av läkarna hade konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång i veckan, medan 35 procent aldrig eller nästan aldrig hade sådana konflikter.

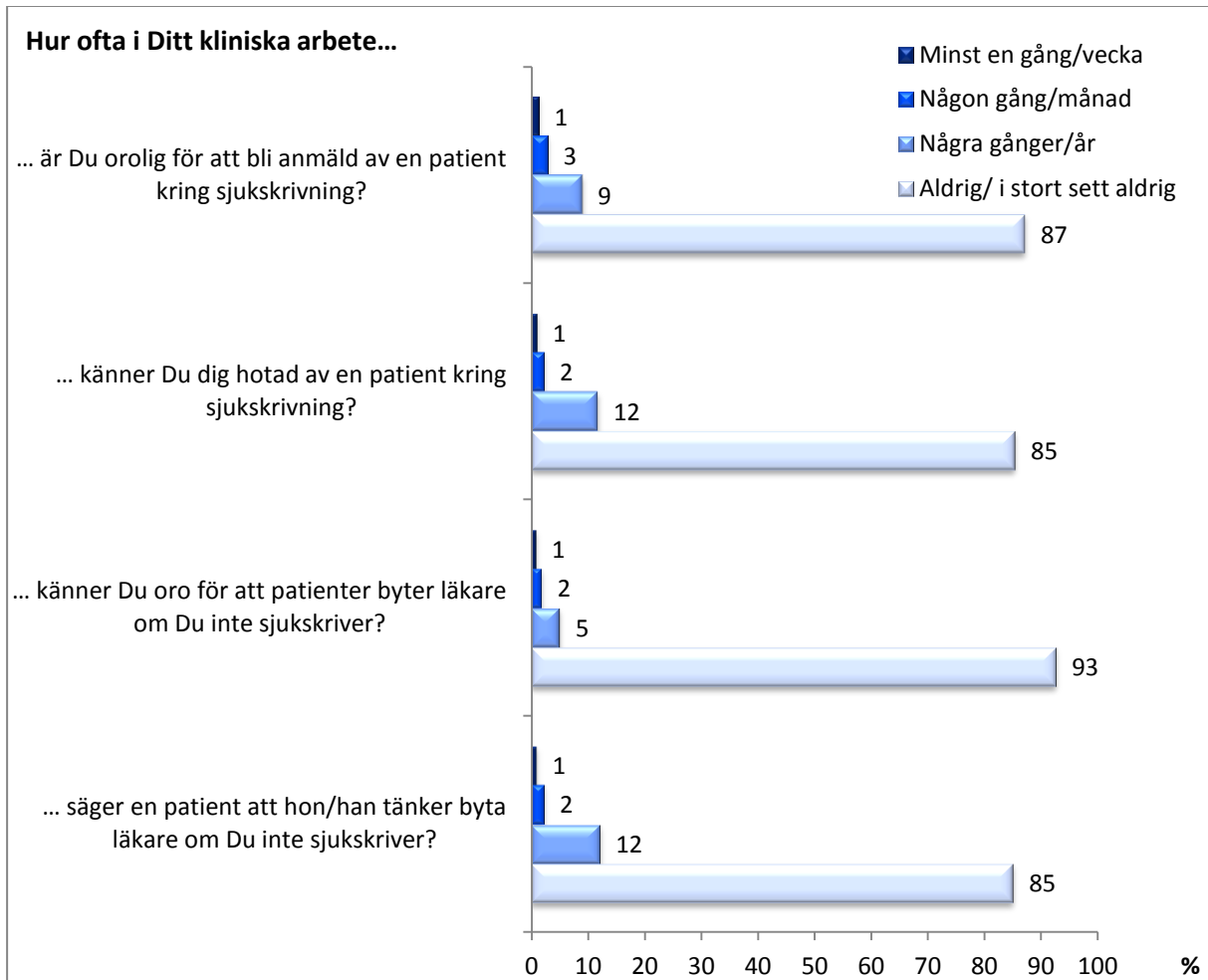
Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; nio procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom.



Figur 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.

**Oro och hot**

Sju procent svarade att de upplevde någon av situationerna listade i Figur 24 minst någon gång per månad (ej visat i figur). Andelen läkare som minst några gånger per år kände sig hotade och oroliga var högst på Försäkringskassa/försäkringsbolag (18 %), inom psykiatri (15 %), på vårdcentraler (12 %) och inom ortopedi (8 %) (ej visat i figur).



Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

### *Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar*

En stor andel läkare upplever olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden.

En tredjedel (32 %) av läkarna rapporterade att de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång i veckan. Närmare 40 procent av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning.

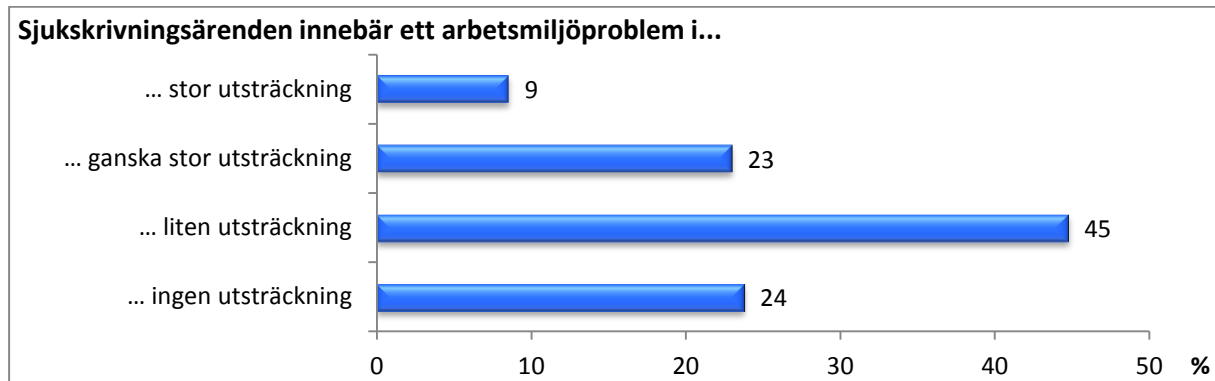
Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att minst en gång i veckan uppleva det arbetet som problematiskt. Det fanns två undantag från detta; bland läkarna inom onkologi hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, medan en liten andel upplevde dessa ärenden som problematiska minst en gång i veckan. Det motsatta förhållandet gällde för läkare på vårdcentraler - en mindre andel hade sjukskrivningsärenden ofta, men en stor andel upplevde dessa ärenden som problematiska.

När det gäller frekvens och allvarlighetsgrad av de olika specifika problematiska situationer som nämns i enkäten, var följande särskilt problematiska för många läkare: att bedöma patienters arbetsförmåga, särskilt för arbetslösa patienter, och bedöma prognos av arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar, skriva mer omfattande typer av läkarintyg, hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig, hantera eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare initierat, och att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning.

I procent räknat upplevde en liten andel hot eller oro för anmälningar av en patient i sjukskrivningsarbetet. Detta är dock en del av många läkares arbetsmiljö och behöver uppmärksammas.

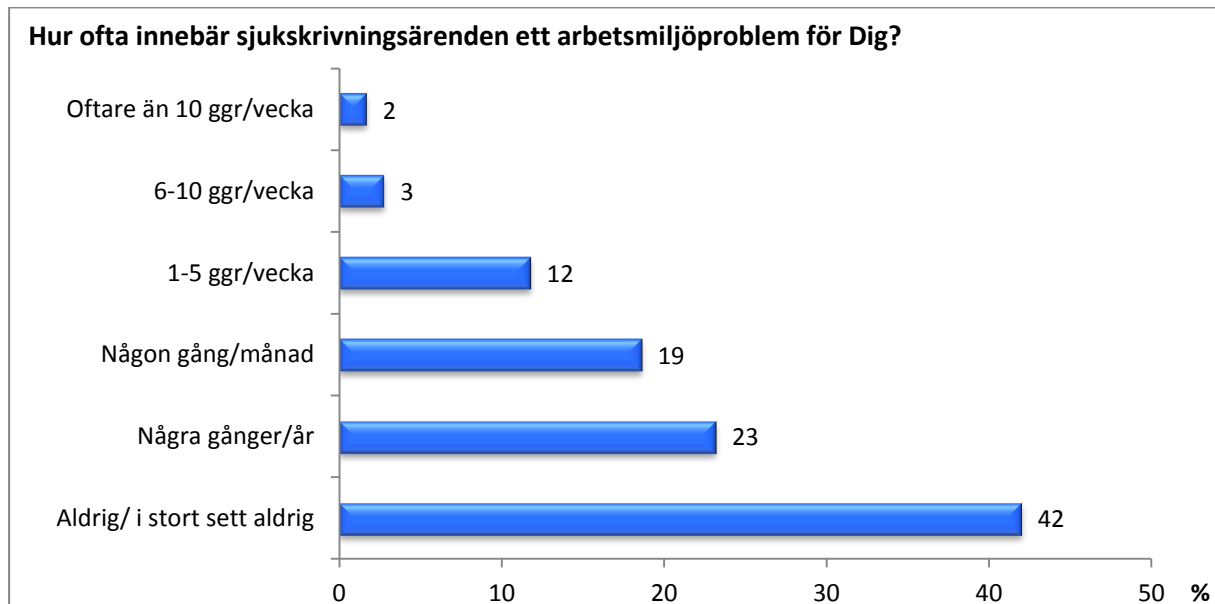
## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [30, 60, 87, 178, 198]. Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. En tredjedel av läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor (9 %) eller ganska stor (23 %) utsträckning (Figur 25). För en fjärdedel (24 %) innebar sjukskrivningsärenden inte ett arbetsmiljöproblem.



Figur 25. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning.

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem svarade 42 procent att de aldrig gör det, medan 17 procent svarade att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 26).



Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

*Arbetet med sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem, per landsting*

Det fanns vissa skillnader mellan landstingen vad gäller i vilken utsträckning läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem (Tabell 16). I Jämtland var andelen läkare som ansåg att sjukskrivning i stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem störst (15 %), medan bara fem procent i Uppsala menade detsamma. Störst andel läkare som ansåg att sjukskrivningsarbetet inte innebar ett arbetsmiljöproblem återfanns i Stockholm (28 %).

Tabell 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten eller ingen utsträckning, uppdelat på landsting.

Landsting	Stor	Ganska stor	Liten	Ingen
Stockholm	7	22	42	28
Uppsala	5	24	44	26
Södermanland	11	22	50	17
Östergötland	9	20	47	24
Jönköping	9	26	46	18
Kronoberg	9	21	51	18
Kalmar	10	23	44	22
Gotland	10	19	46	25
Blekinge	11	22	44	23
Skåne	10	24	43	23
Halland	10	19	44	27
Västra Götaland	8	23	47	22
Värmland	8	33	43	16
Örebro	9	23	43	25
Västmanland	10	23	47	20
Dalarna	9	23	48	21
Gävleborg	11	26	39	23
Västernorrland	9	22	44	25
Jämtland	15	27	42	16
Västerbotten	8	25	46	21
Norrbotten	8	21	49	22
<b>Hela landet</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>45</b>	<b>24</b>

Även när det gällde hur ofta läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar var ett arbetsmiljöproblem var det i Jämtland som den största andelen, 29 procent, upplevde detta minst en gång per vecka (Tabell 17). I övriga landsting varierade andelen läkare som upplevde detta minst en gång per vecka mellan 14 procent i Stockholm och 20 procent i Västmanland.

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på landsting.

	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gångar/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	4	10	17	23	46
Uppsala	3	13	19	23	42
Södermanland	7	11	22	22	38
Östergötland	4	11	21	25	40
Jönköping	3	13	21	24	39
Kronoberg	3	13	18	27	39
Kalmar	6	13	18	21	42
Gotland	6	12	21	19	42
Blekinge	4	11	24	21	40
Skåne	4	12	18	23	43
Halland	4	13	17	21	45
Västra Götaland	4	12	18	23	42
Värmland	6	13	22	27	32
Örebro	6	11	21	20	42
Västmanland	5	15	19	22	40
Dalarna	4	14	22	23	37
Gävleborg	6	12	16	28	37
Västernorrland	5	13	17	22	44
Jämtland	7	22	17	26	28
Västerbotten	3	12	24	24	37
Norrbottn	4	12	15	20	49
<b>Samtliga</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>42</b>

*Arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, per typ av klinik/mottagning*

Problemen med sjukskrivning varierade med typ av klinik/mottagning och det gjorde även frågan om huruvida sjukskrivning sågs som ett arbetsmiljöproblem. Sexton procent av läkarna som arbetade på vårdcentraler ansåg att sjukskrivningsärenden ”i stor utsträckning” var ett arbetsmiljöproblem (Tabell 18), medan motsvarande andel var tre procent eller mindre på sju typer av kliniker/mottagningar. Drygt en tredjedel av vårdcentralsläkarna ansåg att sjukskrivningsärenden i ”ganska stor utsträckning” var ett arbetsmiljöproblem, och en nästan lika stor andel av läkarna inom ortopedi, neurologi och reumatologi uppgav detsamma. Detta innebär att mer än hälften (52 %) av vårdcentralsläkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar var ett stort eller ganska stort arbetsmiljöproblem. Näst störst andel som ansåg detta fanns inom ortopedi (42 %) och psykiatri (38 %). När det gäller andel läkare som inte alls ansåg att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem, var andelen minst bland läkare på vårdcentraler (10 %) och bland läkare inom ortopedi (11 %).

Tabell 18. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten eller ingen utsträckning, uppdelat på typ av klinik/mottagning

Klinik/mottagning	Stor	Ganska stor	Liten	Ingen
Företagshälsovård	3	15	43	39
Gynekologi	4	16	50	30
Hud	1	9	46	44
Infektion	1	5	55	39
Invärtesmedicin	3	12	53	33
Kirurgi	3	10	50	37
Neurologi	10	30	46	13
Onkologi	2	13	58	28
Ortopedi	11	31	47	11
Psykiatri	11	27	43	19
Rehabilitering	4	15	52	29
Reumatologi	11	30	48	12
Smärtmottagning	7	20	39	34
Vårdcentral	16	36	38	10
Annan klinik/mottagning	4	12	38	46
Administration	3	13	32	52
<b>Samtliga läkare</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>45</b>	<b>24</b>



Vid de typer av kliniker/mottagningar där en stor andel läkare (enligt Tabell 18) upplevde att arbetet med sjukskrivning i 'stor eller ganska stor 'utsträckning är ett arbetsmiljöproblem, upplevde även en stor andel *minst en gång per vecka* att arbetet med sjukskrivningar är ett arbetsmiljöproblem (Tabell 19). Störst andel fanns på ortopedkliniker (31 %), följt av vårdcentraler (25 %), smärtmottagningar (22 %) och inom psykiatri (22 %).

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

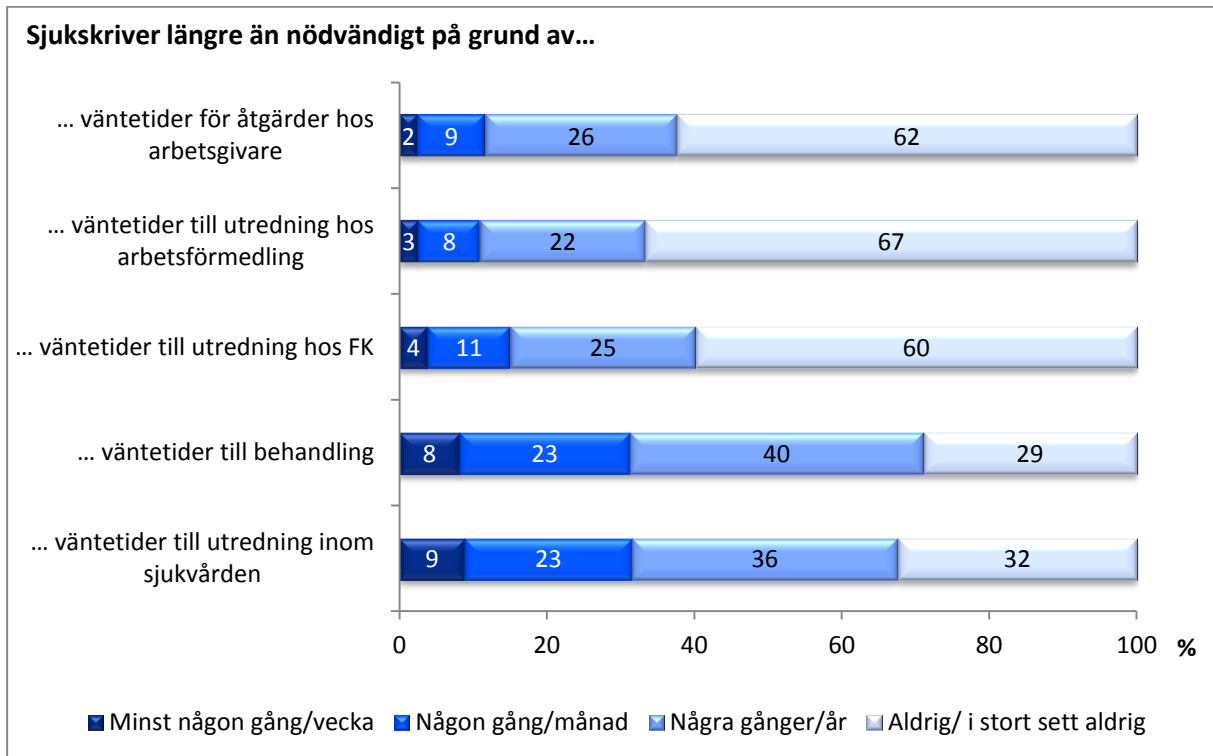
Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	3	6	14	23	55
Gynekologi	2	7	17	25	48
Hud	1	0	5	15	80
Infektion	1	3	8	26	63
Invärtesmedicin	1	5	13	23	58
Kirurgi	2	5	12	20	61
Neurologi	4	17	27	22	30
Onkologi	1	7	15	22	56
Ortopedi	10	21	22	20	28
Psykiatri	9	13	20	21	36
Rehabilitering	2	9	12	22	54
Reumatologi	3	15	22	27	33
Smärtmottagning	10	12	12	22	44
Vårdcentral	6	19	27	26	22
Annan klinik/mottagning	2	5	9	20	63
Administration	2	5	12	17	65
<b>Samtliga läkare</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>42</b>

#### *Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem*

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 30 procent av läkarna. Andelen varierade mellan olika landsting och mellan olika kliniker. Störst andel fanns bland läkarna på vårdcentral, där över hälften, 52 procent, ansåg att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Motsvarande siffra inom ortopedi var 42, inom reumatologi 41 och bland läkarna inom neurologi 40 procent. Sjutton procent av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka.

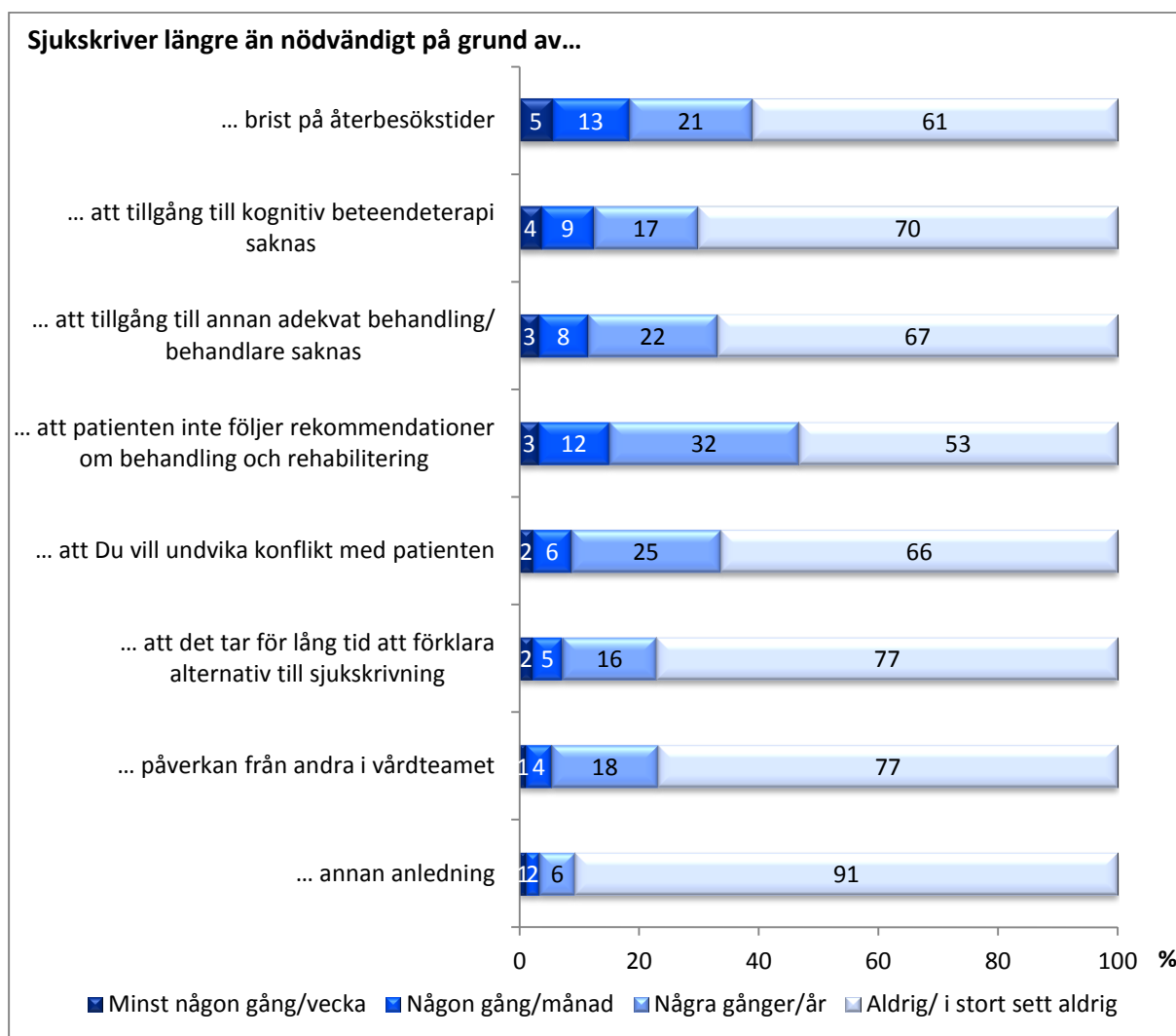
## Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Figur 27 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården. Nästan en tredjedel uppgav att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av sådana väntetider.



Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

Även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt efterfrågades (Figur 28). De två orsaker som angavs av flest läkare var brist på återbesökstider och att patienten inte följde läkarens rekommendationer, 18 respektive 15 procent uppgav att de sjukskrev längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av dessa orsaker. De allra flesta läkare uppgav dock att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt av dessa anledningar.



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

#### *Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt*

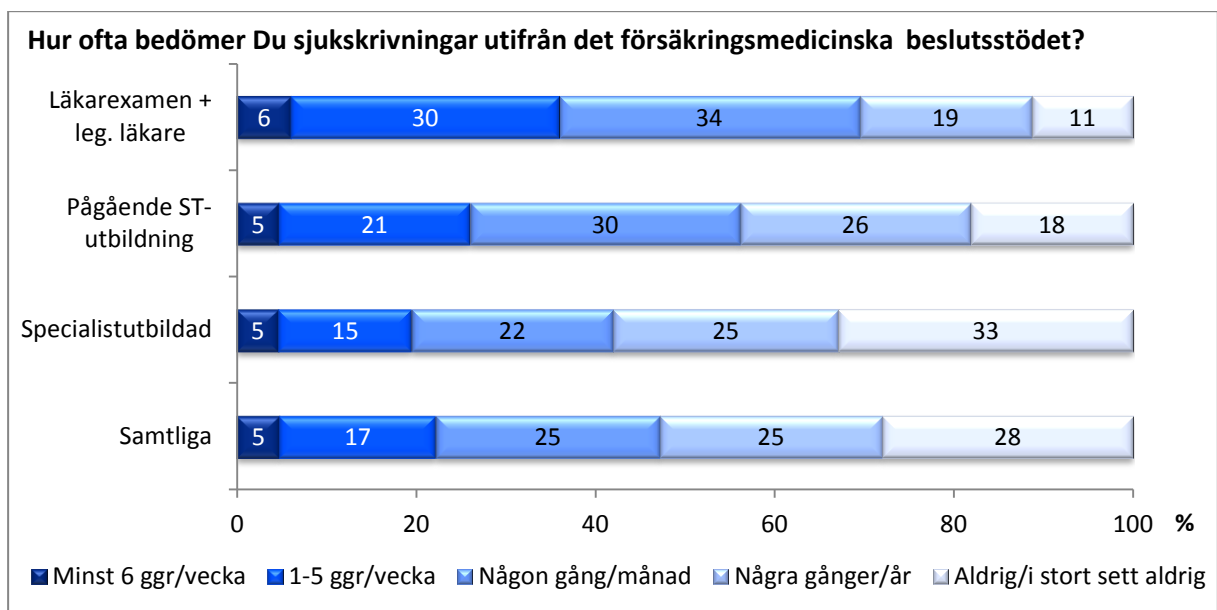
De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården; nio respektive åtta procent av läkarna gjorde detta varje vecka.

## Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Som beskrivs i bakgrunden infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd hösten 2007, och har sedan uppdaterats. I enkäten fanns tio frågor om beslutsstödet avseende hur ofta det användes, hur problematiskt det var att använda det i samband med utfärdande av läkarintyg, om beslutsstödet underlättade kontakter med andra aktörer och om behov av mer kompetens i att använda det. Det fanns också frågor om hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

### *Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?*

Närmare hälften av läkarna, 47 procent, uppgav att de använde beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 29). Vissa skillnader kan ses i relation till utbildningsnivå. Specialister använde sig av beslutsstödet i lägre grad.



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.

Andel läkare i varje landsting som svarade att de använder beslutsstödet i sina bedömningar visas för varje landsting i Tabell 20. I Södermanland och Dalarna uppgav 26 procent av läkarna att de gjorde detta minst någon gång per vecka. Lägst andel läkare som använde beslutsstödet fanns i Stockholm, där 33 procent uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder det.

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	5	16	22	24	33
Uppsala	4	18	22	25	31
Södermanland	5	21	26	24	24
Östergötland	4	17	24	25	31
Jönköping	4	19	26	26	24
Kronoberg	5	18	24	30	23
Kalmar	3	21	33	19	24
Gotland	1	15	33	23	28
Blekinge	5	15	29	26	24
Skåne	6	19	26	23	26
Halland	4	21	26	22	27
Västra Götaland	5	17	25	26	27
Värmland	5	16	26	27	26
Örebro	6	16	23	25	30
Västmanland	5	16	27	25	27
Dalarna	4	22	26	32	16
Gävleborg	4	19	30	24	23
Västernorrland	4	16	28	28	23
Jämtland	2	13	27	33	26
Västerbotten	4	14	31	21	30
Norrbottn	4	20	25	28	23
<b>Hela landet</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>28</b>

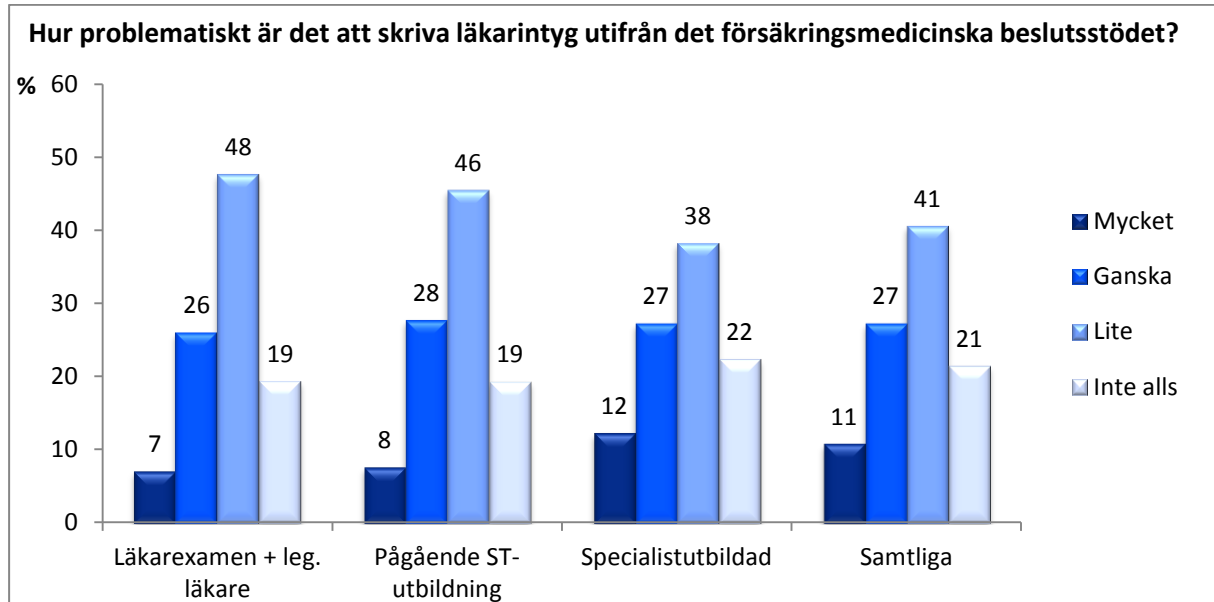
Det fanns stora skillnader i hur ofta beslutsstödet användes på de olika klinikerna/mottagningarna (Tabell 21). Den största andelen läkare som uppgav att de använder beslutsstödet fanns bland dem som arbetade inom företagshälsovården, där 44 procent använde det minst en gång i veckan. Andelen som uppgav att de aldrig eller nästan aldrig använder beslutsstödet var störst inom hudkliniker, på 'annan klinik/mottagning' och på smärtmottagningar.

Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	18	26	24	19	13
Gynekologi	4	18	25	23	31
Hud	0	1	9	37	52
Infektion	1	7	15	33	44
Invärtesmedicin	2	8	24	32	33
Kirurgi	4	14	19	24	40
Neurologi	1	10	23	32	33
Onkologi	4	15	19	20	42
Ortopedi	9	22	21	19	29
Psykiatri	9	20	25	22	25
Rehabilitering	6	20	20	27	26
Reumatologi	3	10	18	35	33
Smärtmottagning	9	10	7	26	48
Vårdcentral	5	24	33	24	14
Annan klinik/mottagning	3	10	15	22	51
Administration	3	8	18	28	43
<b>Samtliga läkare</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>28</b>

**Problem med att använda beslutsstödet**

Trettioåtta procent av läkarna uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 30). En större andel läkare med specialistkompetens upplevde detta mycket problematiskt (12 %), jämfört med läkare med lägre utbildningsnivå. Majoriteten fann dock detta endast lite eller inte alls problematiskt.



Figur 30. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Andelen som uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet varierade mellan landstingen. Fyrtionio procent av läkarna i Jämtland ansåg att det var mycket eller ganska svårt, jämfört med trettiofyra procent i Örebro, Västernorrland respektive Västerbotten (Tabell 22).

Tabell 22. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Stockholm	12	29	37	22
Uppsala	11	26	42	22
Södermanland	11	31	40	18
Östergötland	10	26	40	24
Jönköping	12	28	43	17
Kronoberg	11	34	36	19
Kalmar	11	24	46	18
Gotland	8	38	32	23
Blekinge	10	31	31	28
Skåne	12	27	40	21
Halland	13	25	41	21
Västra Götaland	9	25	44	22
Värmland	10	31	41	18
Örebro	9	25	46	20
Västmanland	14	26	40	20
Dalarna	7	28	47	18
Gävleborg	11	27	39	22
Västernorrland	10	23	45	23
Jämtland	12	38	35	15
Västerbotten	10	23	44	23
Norrbottn	11	25	39	25
<b>Hela landet</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>21</b>



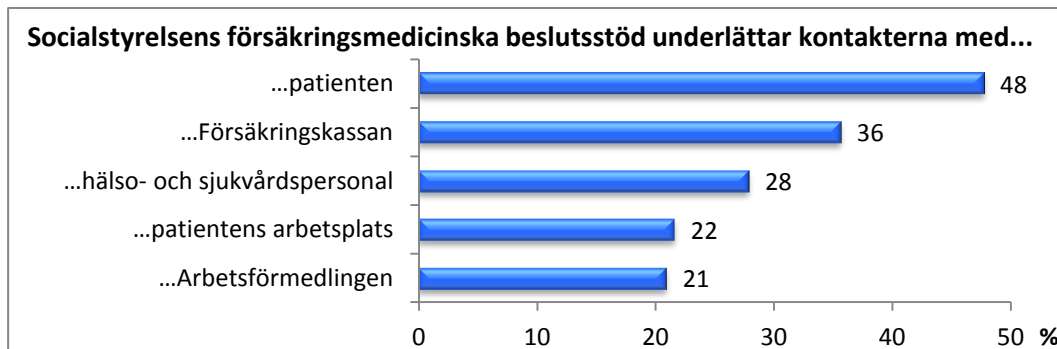
Skillnaderna mellan olika typer av kliniker var något större. Runt hälften av läkarna på smärtmottagningar, reumatologkliniker och vårdcentraler/husläkarmottagningar uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer (Tabell 23). Inom företagshälsovård, där man använde beslutsstödet i störst utsträckning, ansåg en mindre andel (28 %), jämfört med samtliga läkare (38 %), att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg i enlighet med beslutsstödet.

Tabell 23. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	8	20	49	23
Gynekologi	7	23	41	29
Hud	8	27	42	22
Infektion	5	25	42	28
Invärtesmedicin	8	25	45	22
Kirurgi	7	22	41	31
Neurologi	10	31	42	17
Onkologi	11	21	43	25
Ortopedi	13	24	41	21
Psykiatri	13	29	41	17
Rehabilitering	12	17	45	26
Reumatologi	14	35	34	17
Smärtmottagning	14	36	24	26
Vårdcentral	14	34	39	14
Annan klinik/mottagning	9	21	33	37
Administration	7	14	45	34
<b>Samtliga läkare</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>21</b>

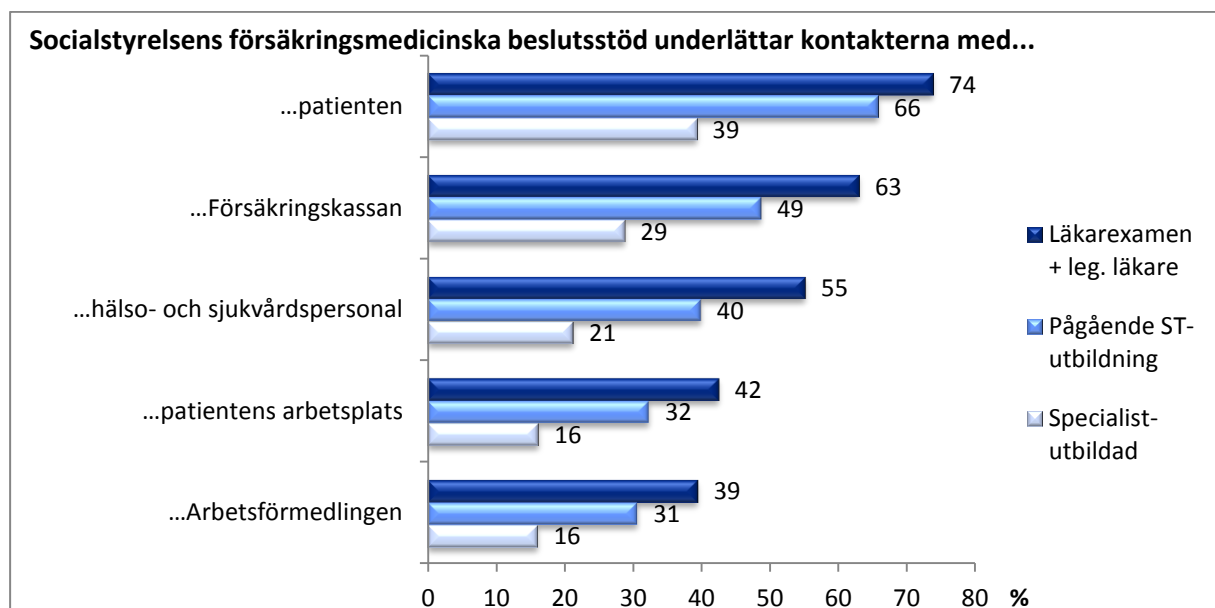
**Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra**

Förekomsten av det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom med andra samverkanspartners. I Figur 31 visas att nästan hälften av läkarna svarade att de ansåg att detta underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel menade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som kryssat i att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



Figur 31. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

I Figur 32 har svaren på frågan om beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. Det framkommer att läkare med lägre utbildningsnivå i större utsträckning ansåg att beslutsstödet underlättade kontakterna med olika aktörer. Specialisterna uppgav i minst utsträckning att beslutsstödet underlättade kontakterna.



Figur 32. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Resultaten visar att över hälften av läkarna upplevde att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakter med olika aktörer i samtliga landsting (Tabell 24). Även här gällde detta främst i kontakten med patienten. Vissa skillnader fanns mellan landstingen; från 41 procent i Kronoberg till 55 procent av läkarna i Västerbotten och Norrbotten ansåg att beslutsstödet innebär att kontakten med patienten underlättades. Andelen för vilka beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan var 43 procent i Södermanland och 40 procent i Kalmar och Västernorrland, jämfört med 36 procent för läkare i hela landet. Andelen läkare som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med minst en av de andra aktörerna varierade från 51 procent i Blekinge och Värmland till 64 procent i Dalarna.

Tabell 24. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på landsting.

Landsting	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats	Arbetsförmedlingen	Minst en av dessa aktörer
Stockholm	45	34	28	21	21	52
Uppsala	43	33	25	20	18	52
Södermanland	53	42	33	27	26	61
Östergötland	47	35	29	22	21	55
Jönköping	48	38	27	22	20	58
Kronoberg	41	37	24	19	19	53
Kalmar	53	40	27	23	23	60
Gotland	51	33	31	19	21	59
Blekinge	43	33	25	18	19	51
Skåne	46	36	28	21	20	54
Halland	48	33	30	23	22	53
Västra Götaland	50	39	29	24	23	58
Värmland	44	29	22	18	18	51
Örebro	48	34	27	22	21	54
Västmanland	50	38	33	21	22	56
Dalarna	58	39	31	24	23	64
Gävleborg	51	38	28	22	20	57
Västernorrland	55	40	31	25	25	60
Jämtland	45	24	14	14	14	53
Västerbotten	49	35	24	19	18	56
Norrbotten	55	34	31	19	19	61
<b>Hela landet</b>	<b>48</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>55</b>

Det fanns även en variation mellan kliniker/mottagningar i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet ansågs underlätta kontakten med patienter och andra parter (Tabell 25). Som tidigare påpekats är inte det diagnosspecifika beslutsstödet utvecklat för alla diagnoser, vilket kan ha betydelse för resultatet i denna fråga.

Andelen läkare som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med minst en av de andra aktörerna var störst på vårdcentraler; 65 procent av läkarna där har angivit minst ett av svarsalternativen. Det var även bland läkare på vårdcentraler som störst andel, över hälften (56 %), hade nytta av beslutsstödet i kontakten med patienter, medan motsvarande andel bland läkare som arbetade på smärtmottagningar var 27 procent (Tabell 29). Drygt 40 procent av läkarna som arbetade inom företagshälsovård eller på vårdcentral menade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan.

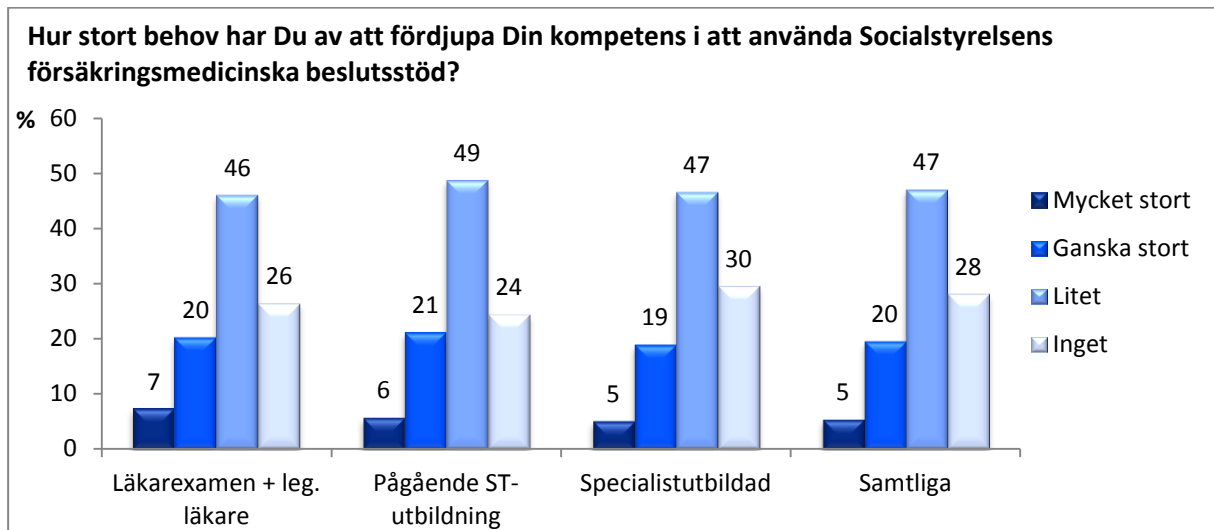
Tabell 25. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats	Arbetsförmedlingen	Minst en av dessa aktörer
Företagshälsovård	48	42	25	32	20	58
Gynekologi	53	35	33	21	18	58
Hud	42	27	20	19	16	45
Infektion	38	22	16	15	13	42
Invärtesmedicin	50	36	31	23	22	57
Kirurgi	45	31	27	21	20	49
Neurologi	35	31	17	15	16	46
Onkologi	34	30	18	16	14	42
Ortopedi	41	29	21	17	16	48
Psykiatri	37	37	30	21	24	51
Rehabilitering	29	27	26	14	13	39
Reumatologi	30	25	20	14	16	36
Smärtmottagning	27	24	20	14	16	35
Vårdcentral	56	41	30	23	24	65
Annan klinik/mottagning	39	30	26	22	21	44
Administration	42	37	32	20	19	51
<b>Samtliga läkare</b>	<b>48</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>55</b>

En liten andel läkare (9 %) uppgav att de upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar av beslutsstödet. Denna svårighet angavs av fyra procent av läkarna som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, fem procent av dem som var under pågående ST-utbildning och 11 procent av specialisterna (ej visat i figur).

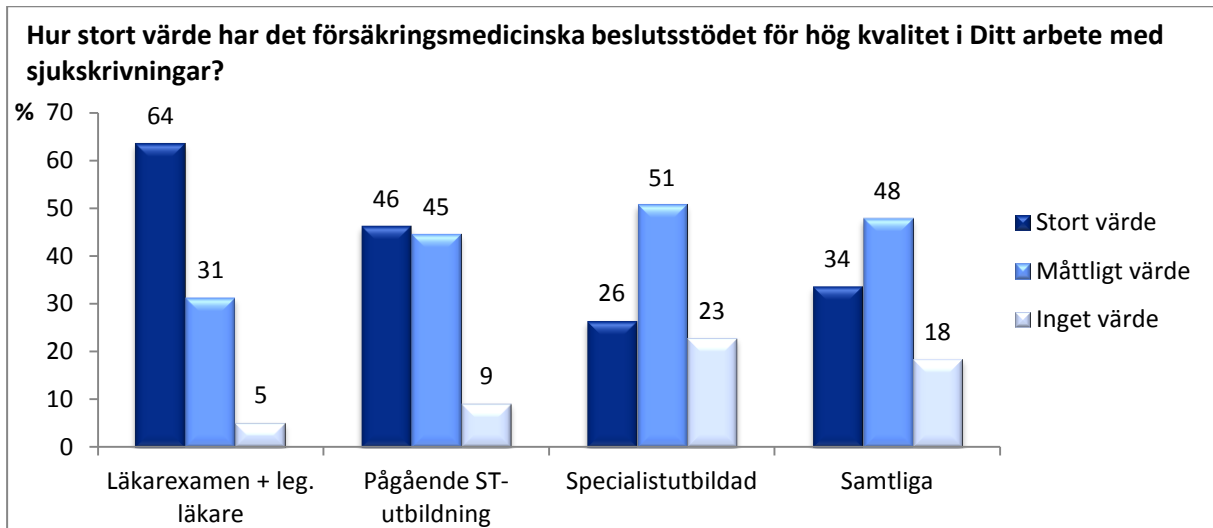
**Behov av fördjupad kompetens**

På frågan om behovet av ökad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en fjärdedel att de upplevde ett stort eller ganska stort behov av detta (Figur 33). När frågan om behovet att fördjupa kompetensen i att använda beslutsstödet kopplades till läkarnas utbildningsnivå visade det sig att en något större andel av specialistutbildade läkare uppgav att de inte hade något behov av att fördjupa sin kompetens, jämfört med andra utbildningsnivåer. I övrigt fanns det bara små skillnader.



Figur 33. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Läkarna fick även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. Mindre än en femtedel ansåg att beslutsstödet inte har något värde, 48 procent att det har måttligt värde och drygt en tredjedel, 34 procent, att det har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 34). När frågan om beslutsstödet värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar kopplades till högsta läkarutbildningsnivå framkom att störst andel av läkarna som uppgav att beslutsstödet hade stort värde för kvaliteten (65 %) fanns bland dem som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, medan störst andel (23 %) som uppgav att stödet inte hade något värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning återfanns bland specialistläkarna.



Figur 34. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

#### *Sammanfattning om beslutsstödet*

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd i arbetet med sjukskrivningar. Detta är särskilt tydligt bland läkare under utbildning, som använder stödet i högre utsträckning än specialisterna. Inom företagshälsovården användes beslutsstödet betydligt oftare än inom andra verksamheter. Drygt var tredje läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, och var fjärde läkare uttryckte ett stort eller ganska stort behov av mer kompetens i att använda det.

Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för närmare hälften av läkarna som använde det, och för en betydande andel även i kontakterna med andra aktörer, framför allt med Försäkringskassan. En dryg tredjedel (34 %) av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Beslutsstödet verkar alltså ha fått ett stort genomslag, det används och upplevs som ett stöd.

## Samverkan och kontakter

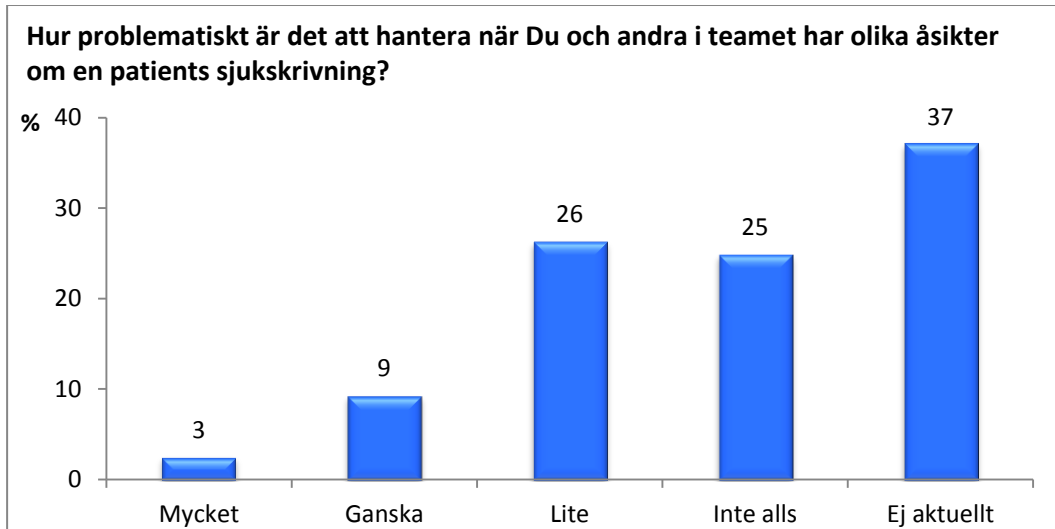
I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 26 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 19 procent gjorde minst en gång per vecka. När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan remitterade till företagshälsovård, hade kontakt med arbetsgivare, eller deltog i avstämningsmöten var även den liten. Hela 49 procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård.

Trettio procent uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator), som samordnar åtgärderna för patienten.

Tabell 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer.

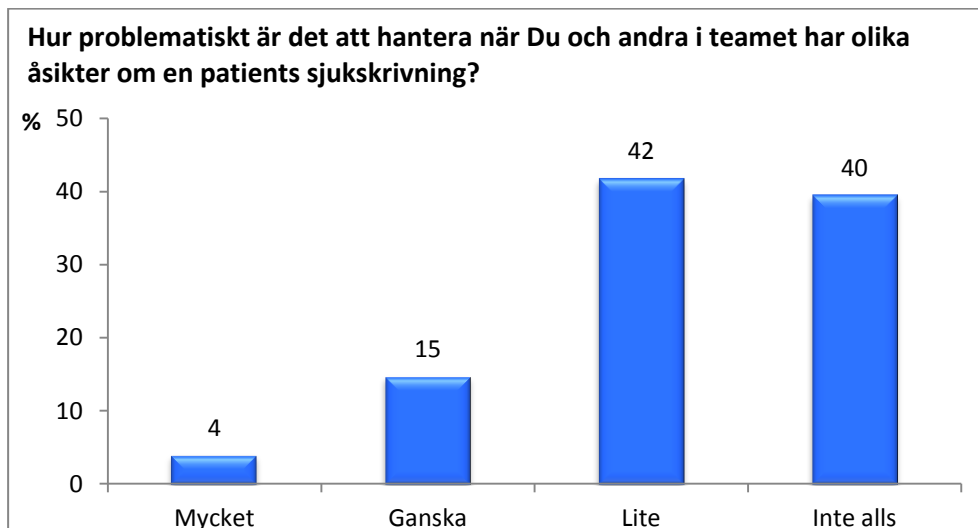
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2	11	38	49
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	14	23	26	37
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	19	24	26	31
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	5	20	40	35
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	5	15	24	55
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	3	6	17	74
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	1	5	19	74
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	1	10	33	56
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	11	19	30	40

Att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt (Figur 35). Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt detta är framgår att 37 procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. Detta kan betyda att man oftast har samma åsikter, eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.



Figur 35. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

I Figur 36 visas resultatet för samma fråga, där de 37 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. Nästan en femtedel (19 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte hade samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning.



Figur 36. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning

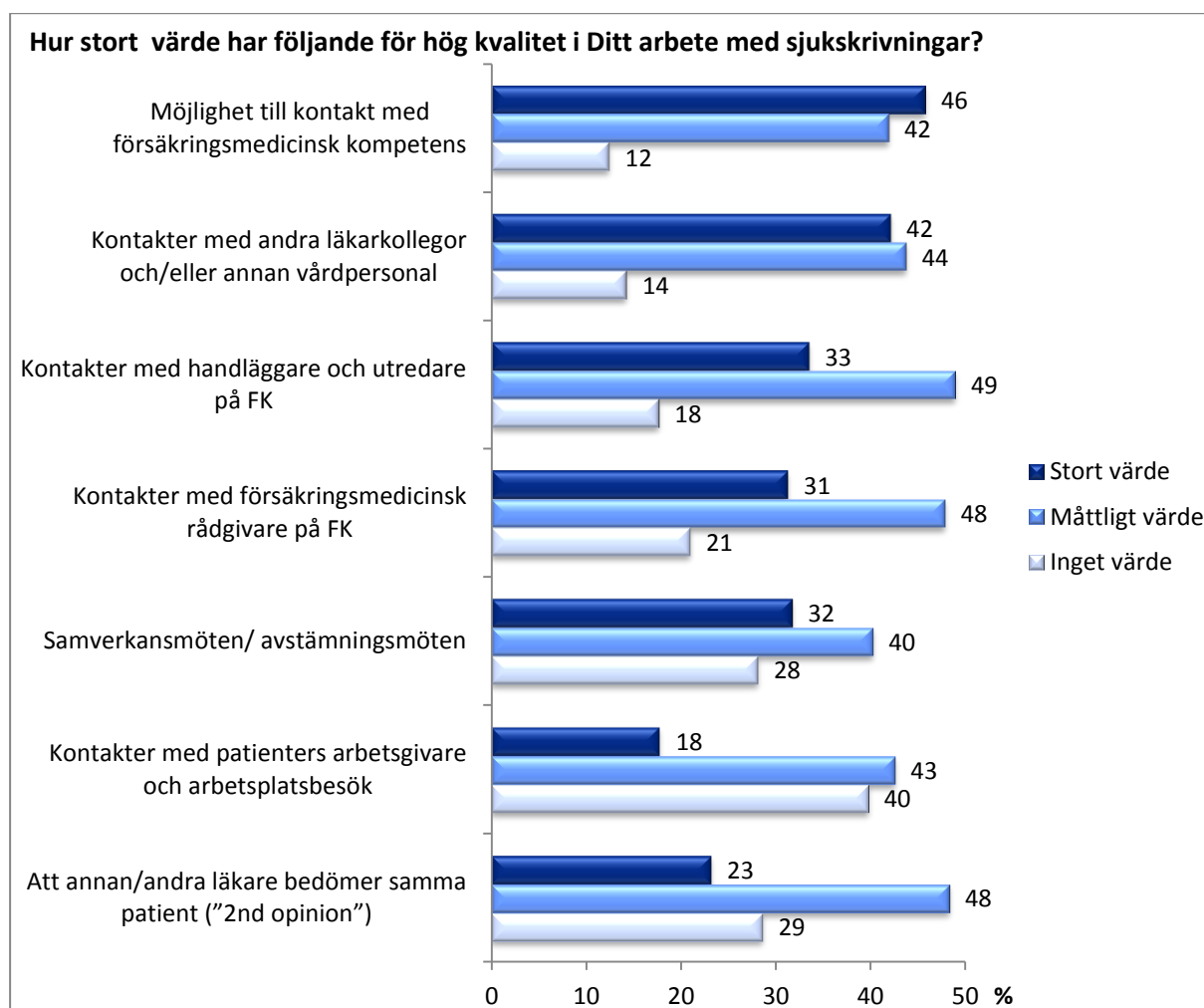
(De 37 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)



### Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Här redovisas svar på några av de frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra. Flertalet resultat om försäkringsmedicinsk kompetens redovisas i kapitlet om detta (sidan 105).

Kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens upplevdes av en stor andel läkare att vara av stort (46 %) eller måttligt (42 %) värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, liksom kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal; 42 procent menade att dessa var av stort värde, och 44 procent att de var av måttligt värde (Figur 37). Var tredje läkare (32 %) uppgav att samverkansmöten/avstämningsmöten och att ha kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan (33 %) var av stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Närmare en av tre läkare (31 %) menade också att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare<sup>4</sup> på Försäkringskassan var av stort värde.

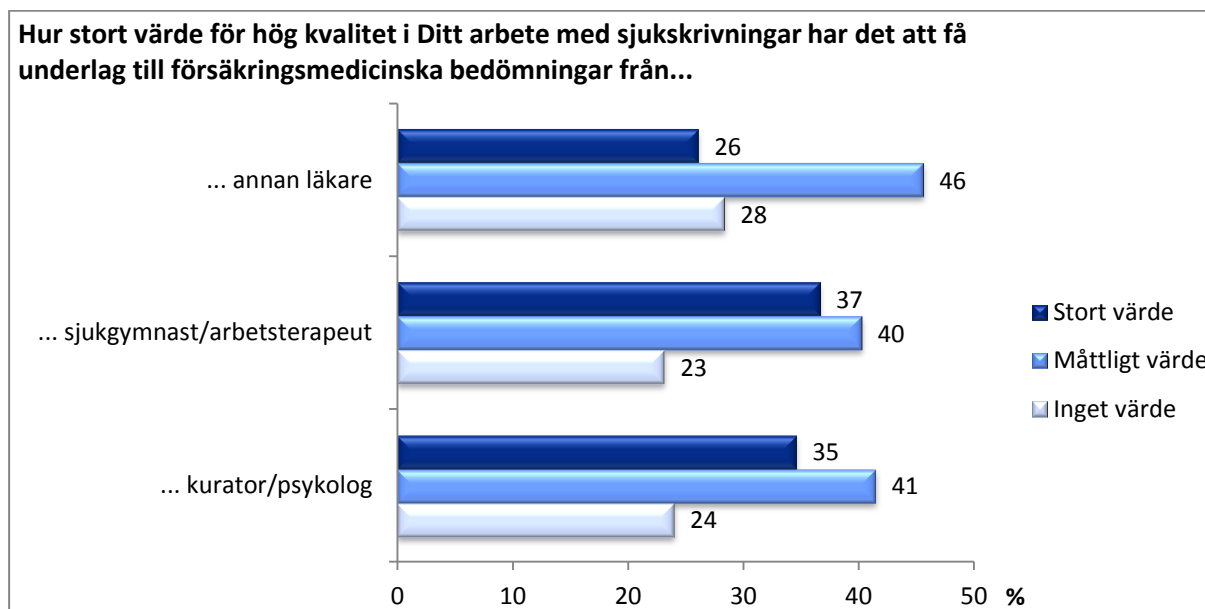


Figur 37. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

<sup>4</sup> Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare kallades tidigare försäkringsläkare och ännu längre tillbaka förtroendeläkare. Försäkringsmedicinska rådgivare är läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och har, som namnet antyder, i uppdrag att bistå såväl Försäkringskassans handläggare som hälso- och sjukvården med försäkringsmedicinsk kompetens.

### Värdet av att få underlag av andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

En dryg tredjedel av läkarna menade att det var av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller från sjukgymnast/arbetsterapeut till sina försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 38). Ungefär en fjärdedel menade att underlag från dessa yrkesgrupper, såväl som från andra läkare, saknade värde.



Figur 38. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

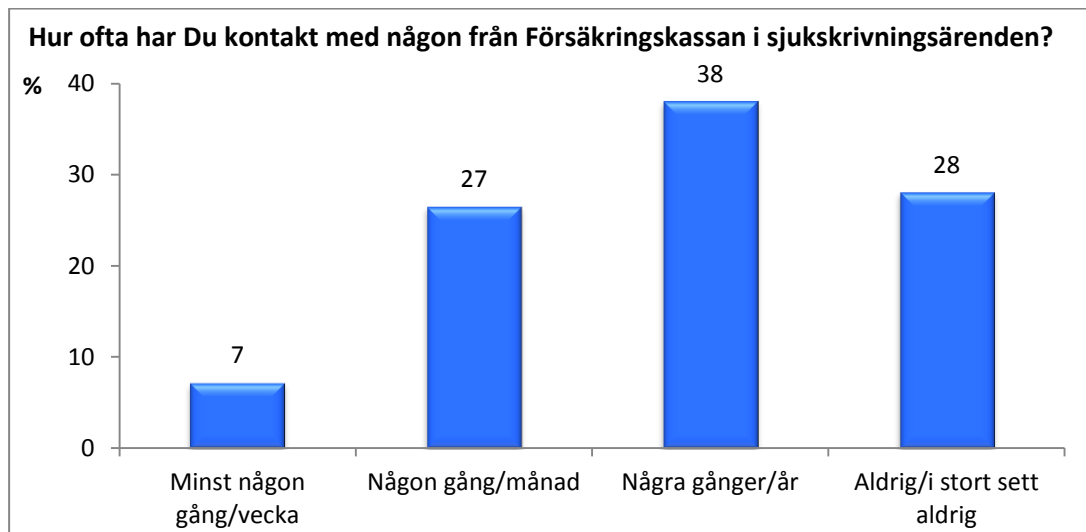
### Sammanfattning samverkan och kontakter

Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel (19 %) angav att de samarbetade med eller remitterade till minst en gång i veckan. Hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade till företagshälsovården, och tre av fyra angav att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakter med arbetsgivare och socialtjänst i sjukskrivningsfrågor. Var tredje läkare uppgav att de minst en gång i månaden saknade en person som samordnar åtgärder för patienten, en så kallad koordinator eller coach. Ungefär två av fem menade att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade högt värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, och en lika stor andel tyckte att det inte var problematiskt att hantera situationer där åsikterna om en patients sjukskrivning skilde sig åt mellan läkaren och andra medlemmar i teamet. Var tredje läkare menade att det var av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller sjukgymnast/arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar, medan ungefär en fjärdedel tyckte att sådana underlag, liksom underlag från läkarkollegor, saknade värde.

## Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 105) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 85) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 74). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

Tjugoåtta procent av läkarna uppgav att de aldrig hade kontakt med någon från Försäkringskassan, medan sju procent hade kontakt minst en gång per vecka (Figur 39).



Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

I Tabell 27 visas hur läkare i de olika landstingen svarade på frågan om hur ofta de hade kontakt med Försäkringskassan. Andelen läkare som hade kontakt minst någon gång i veckan varierade mellan tre procent (Uppsala, Östergötland) och tolv procent (Blekinge). Det fanns en variation i andelen som aldrig har kontakter med Försäkringskassan från 18 procent i Jönköping till 35 procent i Östergötland.

Tabell 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

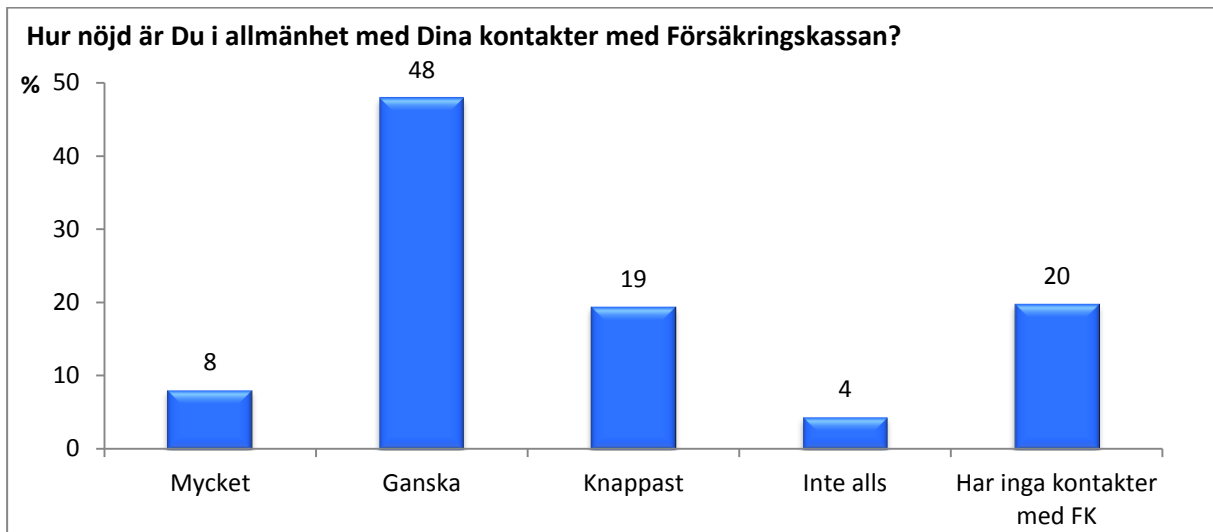
Landsting	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Stockholm	7	24	37	32
Uppsala	3	27	36	33
Södermanland	10	36	34	20
Östergötland	3	20	41	35
Jönköping	6	30	46	18
Kronoberg	8	30	39	23
Kalmar	10	32	33	25
Gotland	6	27	37	30
Blekinge	12	22	43	24
Skåne	8	27	40	24
Halland	9	30	34	27
Västra Götaland	9	28	36	27
Värmland	9	33	36	23
Örebro	7	28	38	28
Västmanland	7	26	37	30
Dalarna	8	23	36	33
Gävleborg	7	29	38	26
Västernorrland	6	27	39	28
Jämtland	8	28	38	26
Västerbotten	5	26	40	30
Norrbottn	4	19	49	28
<b>Hela landet</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>28</b>

Hur ofta samverkan med Försäkringskassan skedde varierade med vilken typ av klinisk verksamhet läkarna arbetade inom. Företagshälsovården avvek kraftigt när det gäller kontakter med Försäkringskassan; 58 procent uppgav att de hade kontakt varje vecka (Tabell 28). Även en relativt stor andel av läkare på rehabiliteringskliniker (25 %) och inom psykiatri (22 procent) hade kontakter med Försäkringskassan varje vecka. Andelen som aldrig hade kontakt varierade mellan två procent (företagshälsovård) och 69 procent (hud).

Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

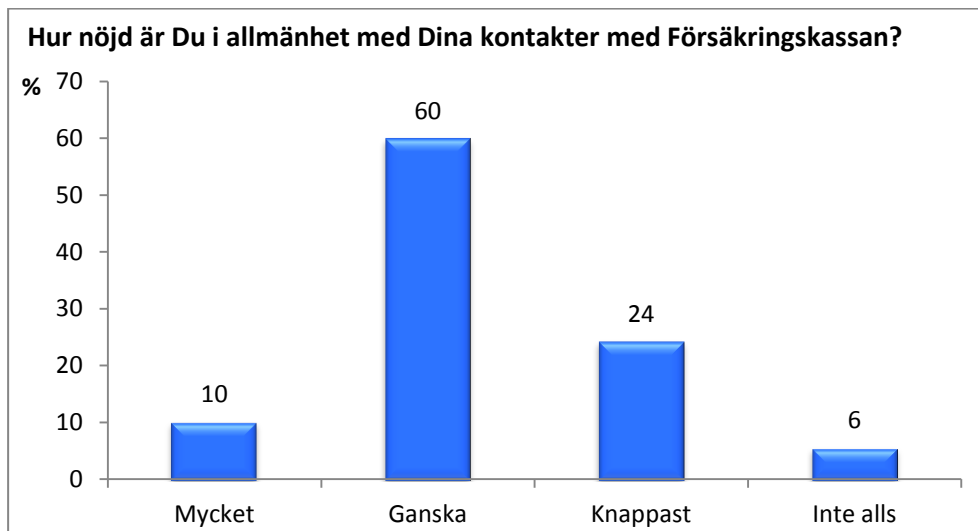
Klinik/mottagning	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Företagshälsovård	58	30	9	2
Gynekologi	<0,5	8	47	44
Hud	0	1	29	69
Infektion	0	4	36	60
Invärtesmedicin	1	7	45	47
Kirurgi	<0,5	5	37	58
Neurologi	3	33	46	17
Onkologi	2	19	57	22
Ortopedi	5	32	49	15
Psykiatri	22	40	27	11
Rehabilitering	25	41	27	8
Reumatologi	4	32	56	7
Smärtmottagning	11	37	28	25
Vårdcentral	9	48	36	7
Annan klinik/mottagning	2	9	31	58
Administration	2	10	42	47
<b>Samtliga läkare</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>28</b>

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 20 procent av de sjukskrivande läkarna att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan (Figur 40).



Figur 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

Av de 80 procent som hade kontakter med Försäkringskassan var 70 procent mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 41). De 20 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderades i analysen.



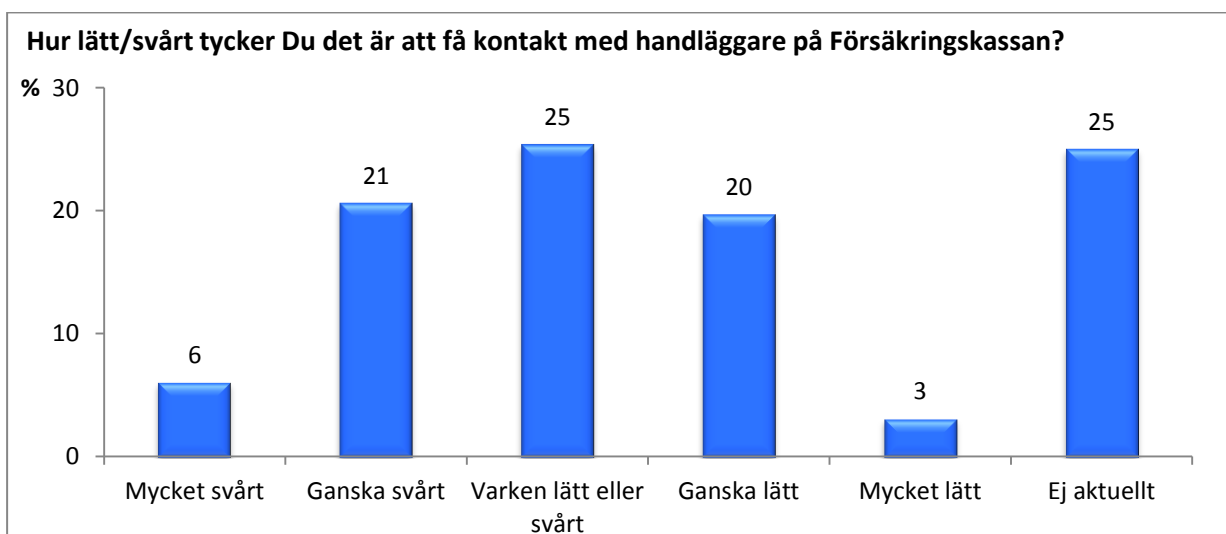
Figur 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De 20 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade 21 procent att de hade sådana kontakter, och 26 procent önskade mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de har nu (Figur 42). En majoritet (59 %) menade dock att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan.



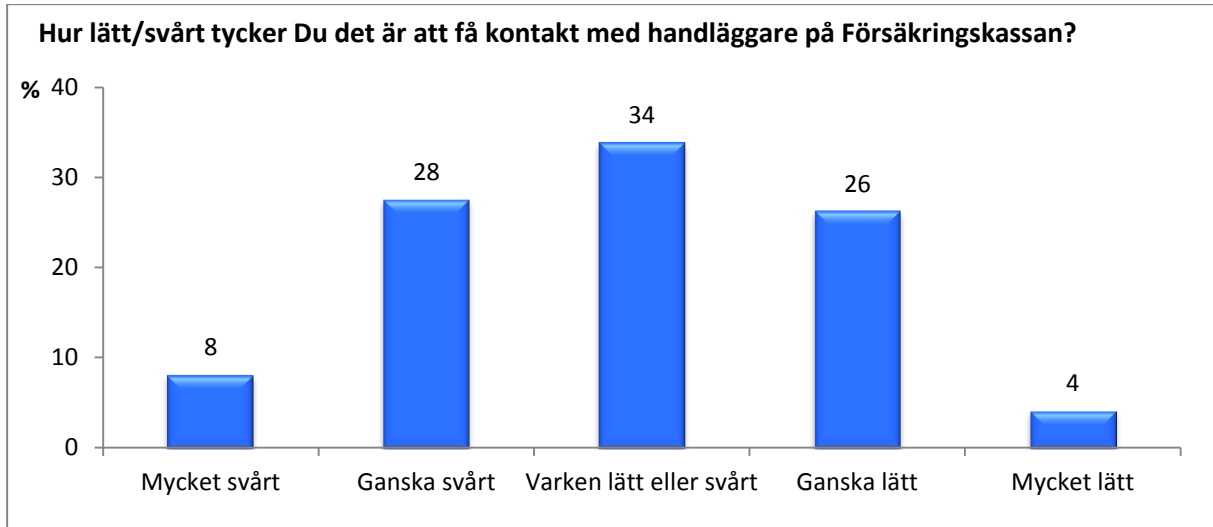
Figur 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan.

En fjärdedel (25 %) uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan att det inte var aktuellt för dem att ha några kontakter med Försäkringskassan (Figur 43). En något större andel (27 %) angav att det var mycket eller ganska svårt att få kontakt, jämfört med andelen som tvärtom tyckte att det var mycket eller ganska lätt (23 %).



Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan.

Samma svarsmönster kan ses när de 25 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats (Figur 44), men skillnaden i storlek mellan andelen som ansåg att det var ganska eller mycket svårt att få kontakt (36 %) och dem som menade att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt (30 %) är nu större.



Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. (De 25 % som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.)



Uppfattningen bland läkarna om hur lätt respektive svårt det var att få kontakt med Försäkringskassan varierade mellan landstingen (Tabell 29). Liksom i ovanstående figur är de som inte har kontakt exkluderade. Av de läkare som ansåg att det är aktuellt för dem att ha kontakt med Försäkringskassan svarade 44 procent i Uppsala och 43 procent på Gotland att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, medan 25 procent tyckte detsamma i Halland. Störst andel som ansåg att det är ganska eller mycket lätt att få kontakt fanns i Halland, 44 procent, och i Södermanland, 43 procent.

Tabell 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.

Landsting	Ej aktuellt med kontakt med FK	Andel av de läkare som har kontakt med FK <sup>1</sup>				
		Mycket svårt	Ganska svårt	Varken lätt eller svårt	Ganska lätt	Mycket lätt
Stockholm	30	9	29	33	25	4
Uppsala	31	9	35	31	22	3
Södermanland	20	7	23	28	34	9
Östergötland	31	9	28	38	24	2
Jönköping	17	8	23	38	28	4
Kronoberg	19	11	28	35	23	2
Kalmar	19	7	29	37	23	4
Gotland	29	8	35	25	23	8
Blekinge	19	13	28	32	24	3
Skåne	21	8	31	32	26	4
Halland	26	4	21	30	38	6
Västra Götaland	23	6	23	37	29	5
Värmland	20	5	25	33	33	4
Örebro	26	7	32	34	24	3
Västmanland	24	8	28	34	29	1
Dalarna	25	9	23	34	28	6
Gävleborg	22	11	25	38	22	4
Västernorrland	25	12	29	30	22	7
Jämtland	21	5	31	38	21	6
Västerbotten	26	10	28	37	23	3
Norrbottn	23	7	24	33	33	3
<b>Hela landet</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>4</b>

<sup>1</sup> De som svarat att det ej är aktuellt med kontakt med FK (25 %) är exkluderade.

Det fanns en stor variation på svaren på denna fråga mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Tabell 30). Nästan hälften (47 %) av läkarna inom gynekologi upplevde att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. Endast 17 procent av läkarna inom Företagshälsovård ansåg detsamma, medan sextiotvå procent av dem ansåg att det är ganska eller mycket lätt att få kontakt.

Tabell 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.

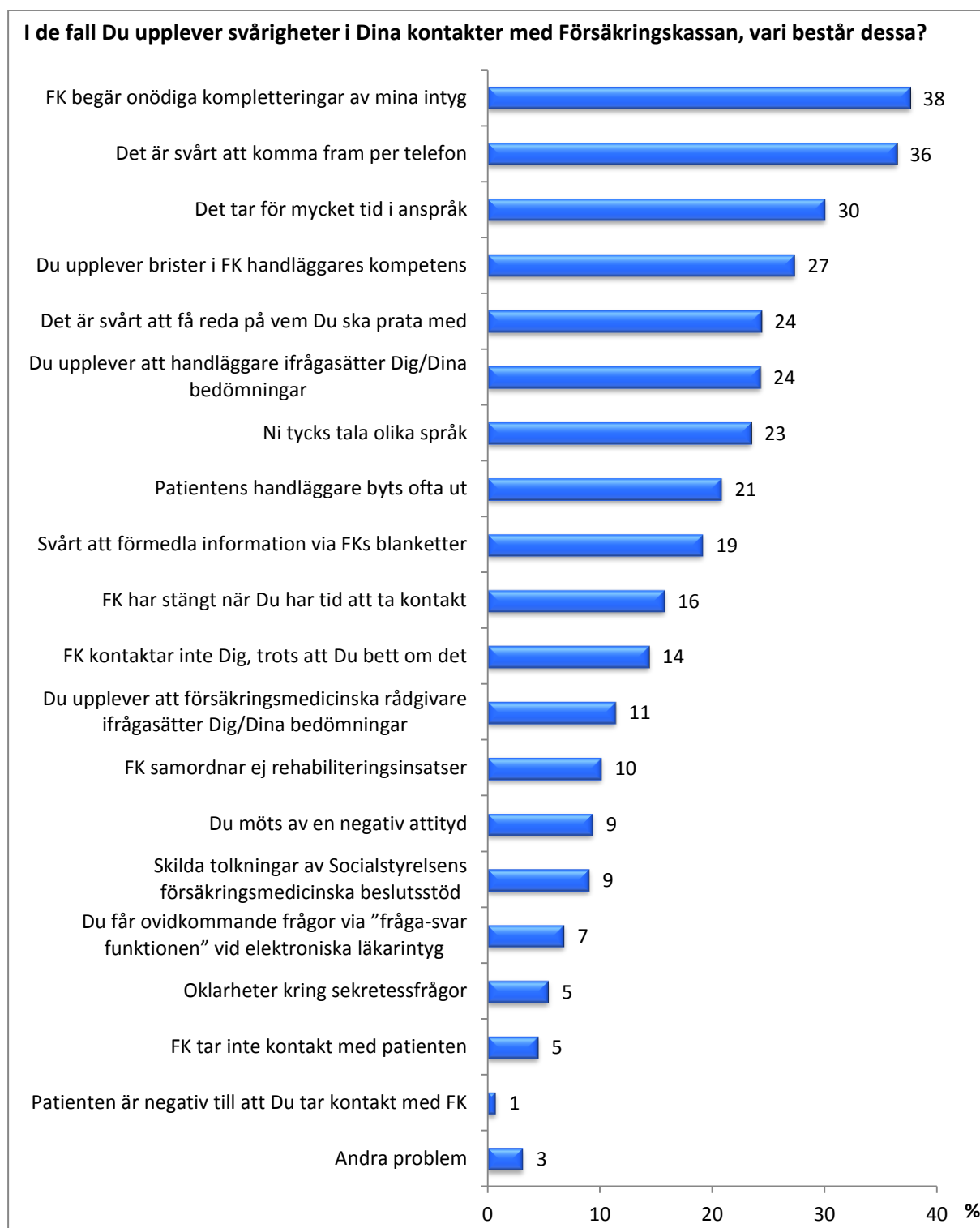
Klinik/mottagning	Ej aktuellt	Andel av de läkare som har kontakt med FK <sup>1</sup>				
		Mycket svårt	Ganska svårt	Varken lätt eller svårt	Ganska lätt	Mycket lätt
Företagshälsovård	2	3	14	21	48	14
Gynekologi	41	13	34	31	19	3
Hud	49	11	32	35	19	4
Infektion	48	7	33	35	21	4
Invärtesmedicin	39	10	26	36	25	3
Kirurgi	58	10	24	39	24	3
Neurologi	13	8	23	48	19	2
Onkologi	17	5	32	33	27	3
Ortopedi	16	11	27	39	21	3
Psykiatri	10	5	26	33	31	5
Rehabilitering	9	3	24	40	27	6
Reumatologi	10	7	25	41	25	2
Smärtmottagning	19	9	32	28	30	2
Vårdcentral	6	8	29	32	27	4
Annan klinik/mottagning	52	10	26	34	23	7
Administration	42	9	14	40	34	3
<b>Samtliga läkare</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>4</b>

<sup>1</sup> De som svarat att det inte är aktuellt med kontakt med FK (25 %) är här exkluderade

### *Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan*

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet större än på övriga frågor i enkäten; 7,6 procent av läkarna (n=962) svarade inte alls på frågan, och dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 31 procent som uppgav att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna. Av dessa hade 42 % tidigare uppgett att de inte hade några kontakter. Av dem som angett att de inte hade några kontakter var det 25 % som upplevde minst en av de listade svårigheterna. Detta kan bero på att man åsyftar tidigare kontakter.

I Figur 45 listas olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel som uppgav att de upplevde dessa. Störst andel (38 %) uppgav att det var ett problem att Försäkringskassans handläggare ”begär onödiga kompletteringar av intyg”. Näst störst andel uppgav svårighet att komma fram per telefon (36 %), och att kontakterna tog för mycket tid (30 %). Mer än var fjärde läkare (27 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens.



Figur 45. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

I Tabell 31 redovisas de fyra typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel angav att de hade, uppdelat på landstingen. Störst andel läkare (47 %) som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg fanns i Jämtland och Skåne. Störst andel (43 %) som angett svårigheter att komma fram per telefon fanns i Blekinge. Jämtland hade även störst andel som uppgav att det tar för mycket tid (41 %), medan Örebro och Skåne hade störst andel läkare som ansåg att det finns brister i handläggarnas kompetens (31 %).

Tabell 31. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.

Landsting	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Det är svårt att komma fram per telefon	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever brister i FK handläggares kompetens
Stockholm	37	36	28	28
Uppsala	36	38	32	30
Södermanland	37	37	28	20
Östergötland	32	33	28	21
Jönköping	43	35	29	27
Kronoberg	40	41	30	29
Kalmar	38	40	34	22
Gotland	41	29	37	27
Blekinge	34	43	33	27
Skåne	47	40	34	31
Halland	30	33	29	23
Västra Götaland	31	34	30	27
Värmland	42	38	27	30
Örebro	41	37	27	31
Västmanland	39	35	31	23
Dalarna	32	32	25	22
Gävleborg	44	35	30	26
Västernorrland	33	39	26	23
Jämtland	47	41	41	30
Västerbotten	39	35	33	32
Norrbottn	38	34	28	23
<b>Hela landet</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>27</b>

De fyra svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel läkare angav redovisas även uppdelat på olika typer av kliniker/mottagningar i Tabell 32. Inom företagshälsovården, där det var vanligast med täta kontakter med Försäkringskassan, var andelen läkare som tyckte att kontakterna tog för mycket tid i anspråk förhållandevis liten, medan andelen som upplevde brister i handläggares kompetens var större än den för genomsnittet. Det senare gällde även för läkare inom rehabilitering och psykiatri, kliniker där en stor andel läkare hade frekventa kontakter med Försäkringskassan. På smärtmottagningar fanns den största andelen som upplevde bristande kompetens hos handläggarna. Bland läkarna inom rehabilitering var andelen som tyckte att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar liten, jämfört med genomsnittet, medan den var stor bland läkare på ortopedkliniker. Bland läkare på vårdcentraler var andelen som tyckte det är svårt att komma fram per telefon störst (48 %).

Tabell 32. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Det är svårt att komma fram per telefon	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever brister i FK handläggares kompetens
Företagshälsovård	37	35	13	35
Gynekologi	37	32	30	26
Hud	12	22	14	8
Infektion	19	26	17	12
Invärtesmedicin	25	26	22	17
Kirurgi	24	19	21	15
Neurologi	47	35	40	36
Onkologi	33	38	25	29
Ortopedi	55	41	41	37
Psykiatri	42	45	32	36
Rehabilitering	24	41	24	37
Reumatologi	51	43	35	40
Smärtmottagning	38	46	29	46
Vårdcentral	48	48	39	32
Annan klinik/mottagning	22	24	19	19
Administration	15	20	9	18
<b>Samtliga läkare</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>27</b>

### *Elektronisk överföring av läkarintyg*

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före enkäten skickades ut, och i vissa landsting pågick fortfarande införandet. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan, kan läkaren, efter godkännande från patienten, elektroniskt skicka in intyget direkt till Försäkringskassan. Inom ramen för detta elektroniska system finns det även möjlighet för läkaren och handläggaren på Försäkringskassan att kommunicera med varandra kring eventuella oklarheter, via den så kallade "Fråga-svar-funktionen".

Majoriteten (62 %) av läkarna uppgav att de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 33). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 62 procent, det vill säga 7792 läkare, som svarat ”Ja” på frågan om de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.

På Gotland och i Dalarna använde endast en liten andel läkare elektronisk överföring av läkarintyg (4 respektive 5 %). Även i Stockholm var andelen relativt liten (21 %). I de flesta landsting använde sig en majoritet av läkarna av systemet.

Nästan alla, 92 procent, av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg hade detta system integrerat med sitt journalsystem (Tabell 33).

Tabell 33. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting.

Landsting	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel av de läkare som använder systemet) <sup>1</sup>		
	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Ja	Nej	Vet ej
Stockholm	21	645	94	4	3
Uppsala	69	386	99	1	1
Södermanland	91	265	75	23	2
Östergötland	89	555	99	<0,5	<0,5
Jönköping	92	375	99	0	1
Kronoberg	89	186	99	0	1
Kalmar	94	241	98	1	1
Gotland	4	3	100	0	0
Blekinge	92	167	87	9	4
Skåne	62	1029	83	15	2
Halland	89	320	91	6	2
Västra Götaland	85	1743	95	3	2
Värmland	76	223	98	0	1
Örebro	30	119	56	39	5
Västmanland	69	178	98	1	1
Dalarna	5	17	59	18	24
Gävleborg	87	303	96	2	2
Västernorrland	94	245	85	13	2
Jämtland	95	173	95	3	2
Västerbotten	94	369	79	18	3
Norrbotten	90	230	98	1	1
<b>Hela landet</b>	<b>62</b>	<b>7792</b>	<b>92</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

<sup>1</sup> Andel av läkarna i andra kolumnen, det vill säga av dem som använder elektronisk överföring av läkarintyg.

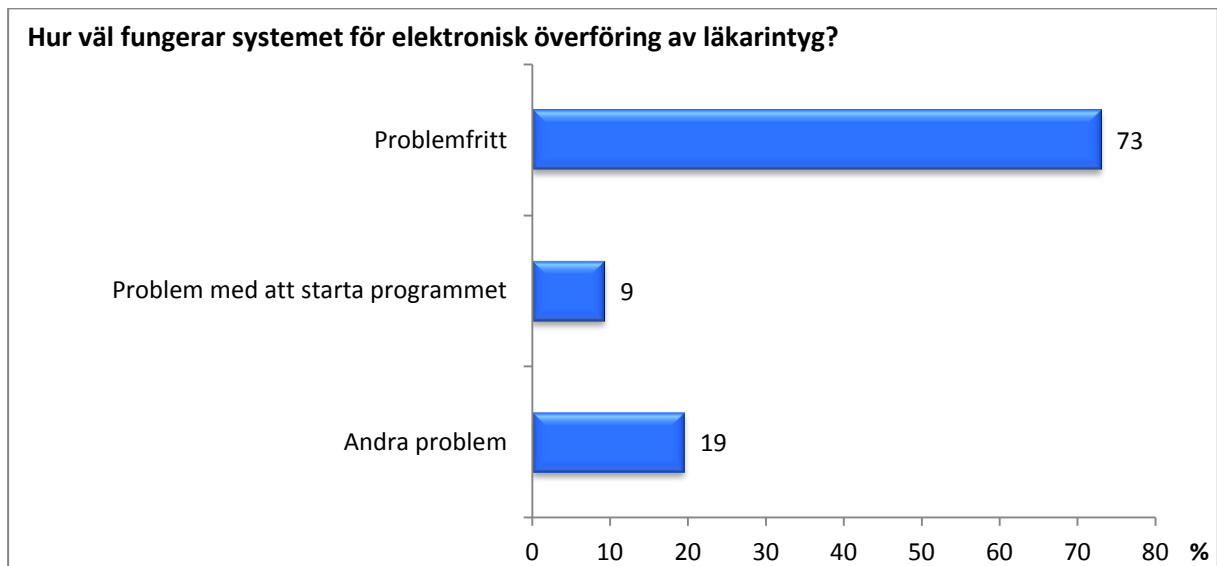
Endast tre procent av läkarna inom företagshälsovården uppgav att de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 34). Bland läkare på andra typer av kliniker var det mellan 41 (annan klinik/mottagning) och 69 procent (invärtesmedicin och neurologi) som uppgav att de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg. Störst andel läkare som svarade att systemet med elektronisk överföring var integrerat med journalsystemet fanns inom neurologi (98 %).

Tabell 34. Antal och andel (%) läkare som använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan.		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel av de läkare som använder systemet) <sup>1</sup>		
	Andel (%) av totala antalet sjukskrivande läkare	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Ja	Nej	Vet ej
Företagshälsovård	3	10	70	20	10
Gynekologi	67	585	97	2	1
Hud	60	103	97	2	1
Infektion	67	213	97	2	1
Invärtesmedicin	69	1184	94	3	2
Kirurgi	64	841	94	4	2
Neurologi	69	170	98	2	0
Onkologi	63	214	97	2	1
Ortopedi	60	513	92	7	1
Psykiatri	57	552	93	5	2
Rehabilitering	57	72	94	1	4
Reumatologi	67	122	88	8	3
Smärtmottagning	52	30	90	10	0
Vårdcentral	68	2716	88	10	2
Annan klinik/mottagning	41	379	89	6	5
Administration	60	37	86	14	0
<b>Samtliga läkare</b>	<b>62</b>	<b>7792</b>	<b>92</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

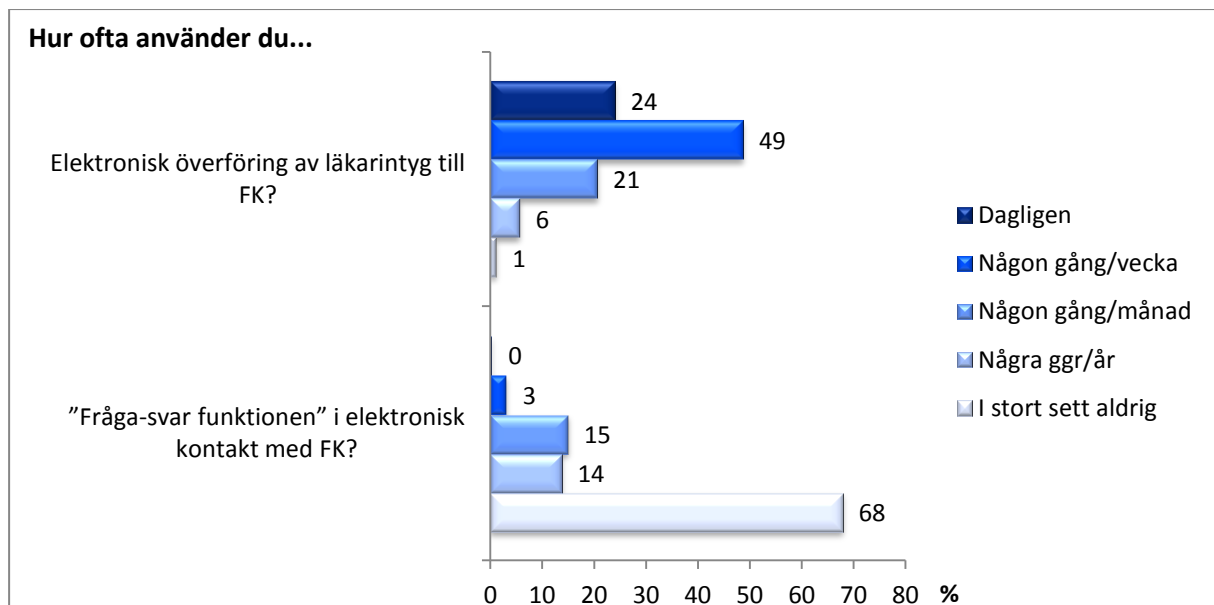
<sup>1</sup> Andel av läkarna i andra kolumnen, det vill säga av dem som använder elektronisk överföring av läkarintyg.

Närmare tre fjärdelar av de läkare som använde sig av systemet upplevde det som problemfritt (Figur 46). På denna fråga kunde läkaren ange flera olika svarsalternativ, vilket 1,7 procent av dem som svarat på frågan gjorde.



Figur 46. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg.

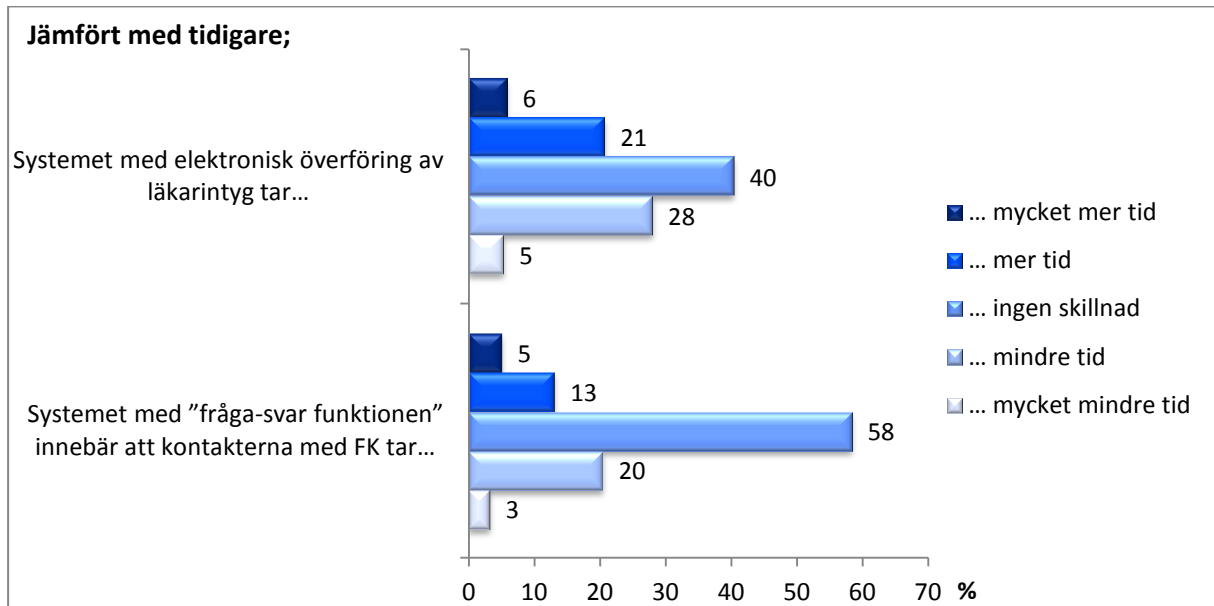
Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg använde majoriteten det ofta; 73 procent använde det minst någon gång per vecka (Figur 47). Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan, men en majoritet, 68 procent, använde i stort sett aldrig denna funktion.



Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen".

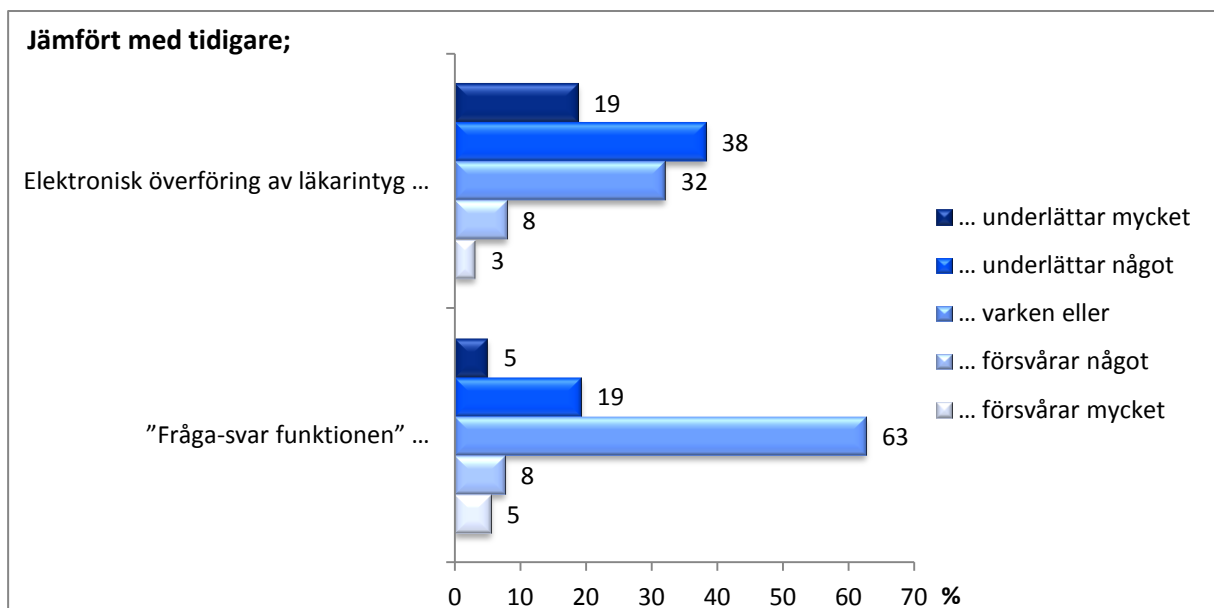


Fyrtio procent av läkarna tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 48). Trettio tre procent tyckte att det tar mindre tid än tidigare, och 27 procent att det tar mer tid.



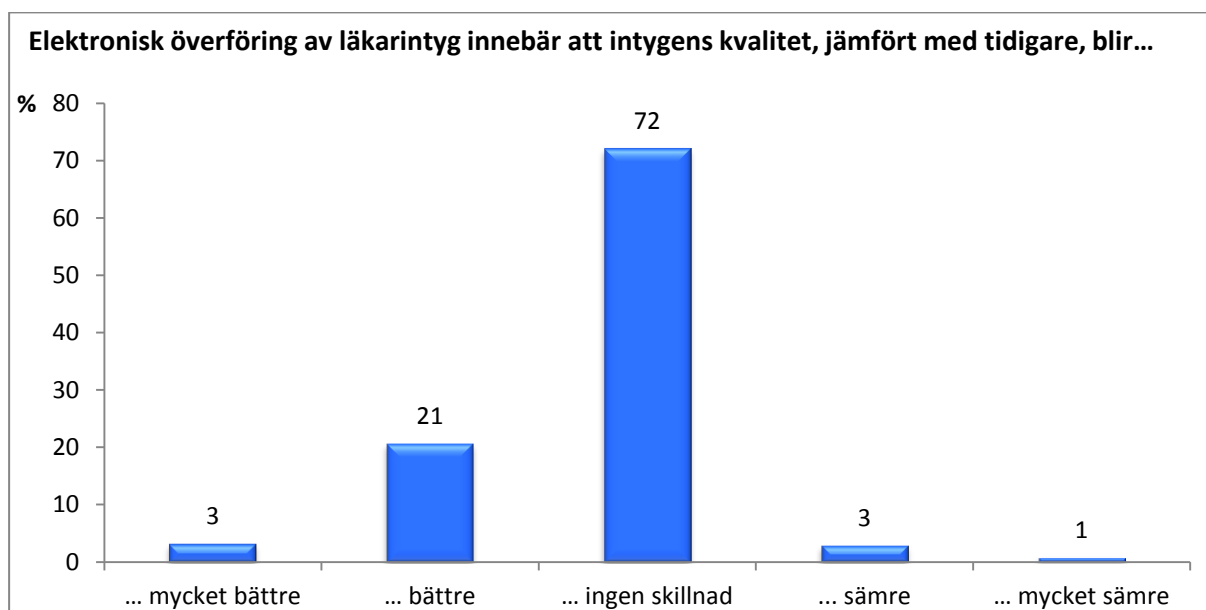
Figur 48. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller.

En stor del av läkarna ansåg att systemet underlättade deras arbete; 57 procent uppgav detta i någon grad, medan endast elva procent uppgav att det försvårade i någon grad (Figur 49).



Figur 49. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller.

Nästan en fjärdedel av läkarna ansåg att kvaliteten på läkarintygen förbättras med den elektroniska överföringen av läkarintygen, medan närmare tre fjärdedelar menade att det inte är någon skillnad avseende kvaliteten (Figur 50).



Figur 50. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygens kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad.

#### *Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan*

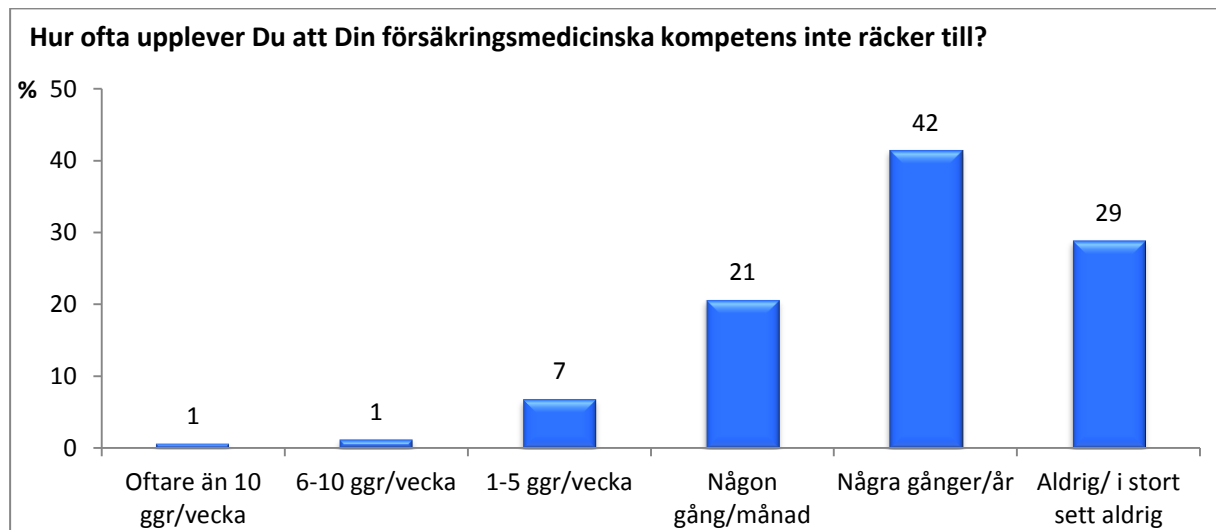
Fyra av fem läkare hade kontakt med Försäkringskassan, och 70 procent av dem var ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. En tredjedel uppgav att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna. Den svårighet flest läkare upplevde i kontakter med Försäkringskassan var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg, följt av att det är svårt att komma fram per telefon. Drygt var tredje läkare upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättade kontakterna med Försäkringskassan (sidan 80). Var tredje läkare menade att kontakter med handläggare var av stort värde för att upprätthålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, och närmare en tredjedel angav att även avstämningsmöten och kontakter med försäkringsmedicinska rådgivare, tidigare benämnda försäkringsläkare, hade stort värde (sidan 87). Närmare två tredjedelar av läkarna använde det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, och tre fjärdedelar upplevde systemet som problemfritt. Över hälften av de läkare som använde sig av systemet ansåg att det underlättade deras arbete. I några landsting hade systemet ännu inte införts fullt ut. Inom företagshälsovården hade systemet införts i blygsam skala.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, i vilken utsträckning läkare hade tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskade fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 83) och Samverkan och kontakter (sidan 87). En sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om försäkringsmedicinsk kompetens återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

Vid en sammanställning av andel läkare som angav önskan om åtminstone en typ av kompetensökning var den över 90 procent. Det innebär att den absoluta majoriteten av läkarna önskar någon typ av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Nästan en av tre läkare (30 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, och en ungefär lika stor andel (29 %) upplevde i stort sett aldrig upplevde detta (Figur 51).



Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

Det fanns en liten variation mellan landstingen avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Tabell 35). Störst andel som upplevde det minst någon gång per månad fanns i Västmanland (34 %), och minst andel fanns i Norrbotten (26 %).

Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst en gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	10	20	39	30
Uppsala	9	21	43	27
Södermanland	8	23	41	27
Östergötland	7	20	45	28
Jönköping	8	24	45	23
Kronoberg	10	22	38	30
Kalmar	9	21	40	31
Gotland	10	20	40	30
Bleking	6	24	43	28
Skåne	9	20	42	29
Halland	9	23	36	32
Västra Götaland	8	20	43	30
Värmland	8	20	48	25
Örebro	7	24	39	30
Västmanland	10	24	37	29
Dalarna	8	22	49	21
Gävleborg	10	20	40	30
Västernorrland	9	19	42	29
Jämtland	14	16	48	22
Västerbotten	7	22	42	29
Norrbotten	8	18	40	34
<b>Hela landet</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>29</b>

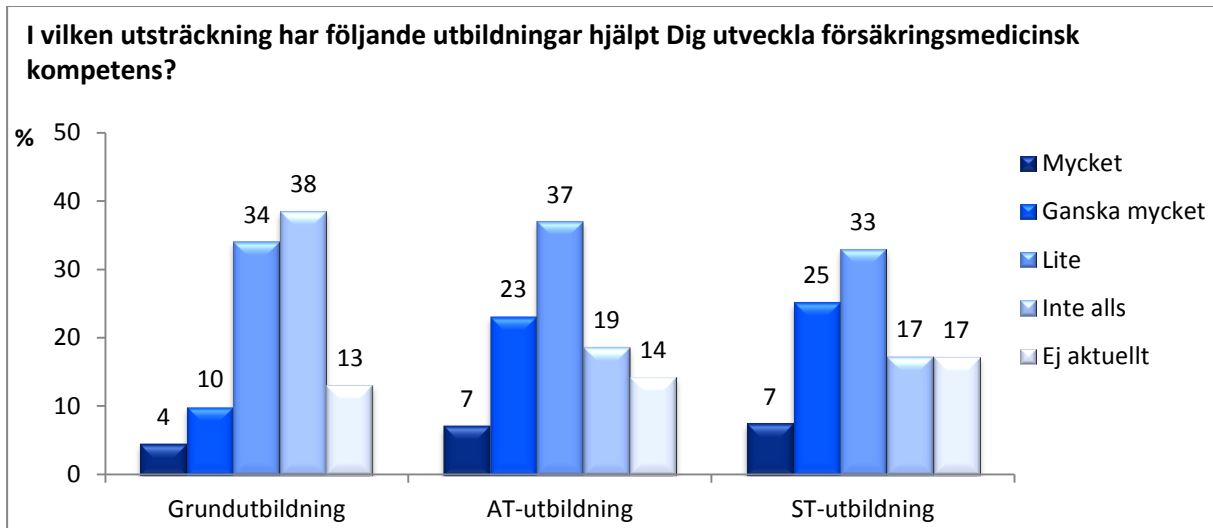
Behovet av kompetensutveckling varierade mellan olika typer av kliniker (Tabell 36). Cirka 40 procent av läkarna inom neurologi, psykiatri och på vårdcentraler upplevde minst en gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst en gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	4	12	37	47
Gynekologi	4	15	41	39
Hud	1	5	38	55
Infektion	4	7	56	33
Invärtesmedicin	7	16	47	29
Kirurgi	4	14	42	41
Neurologi	10	31	38	21
Onkologi	6	19	45	30
Ortopedi	10	24	42	25
Psykiatri	16	26	37	20
Rehabilitering	6	21	39	34
Reumatologi	12	22	44	22
Smärtmottagning	14	22	17	47
Vårdcentral	12	28	41	19
Annan klinik/mottagning	5	12	36	47
Administration	3	8	43	45
<b>Samtliga läkare</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>29</b>

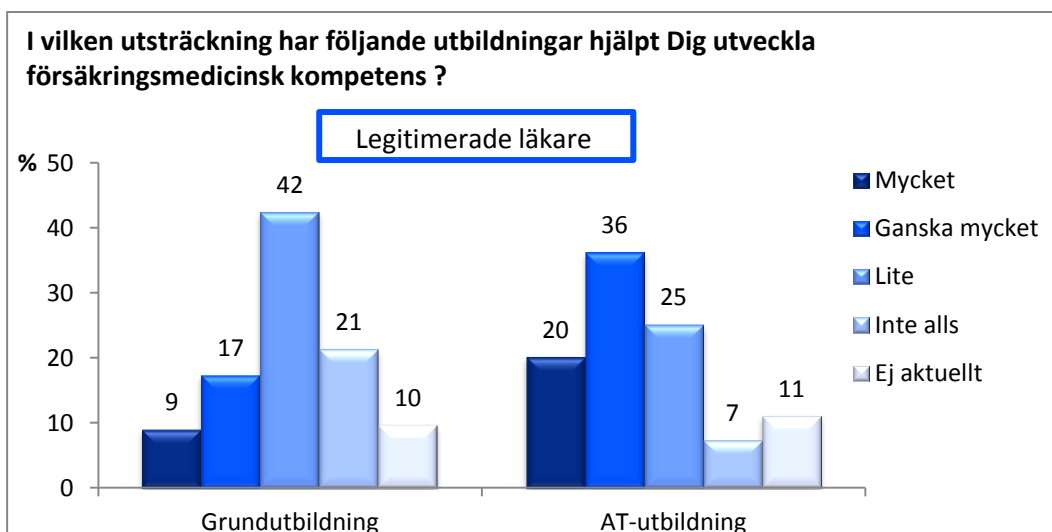
### Kompetensutveckling via formell utbildning

Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var 14 procent. Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 30 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 33 procent (Figur 52).



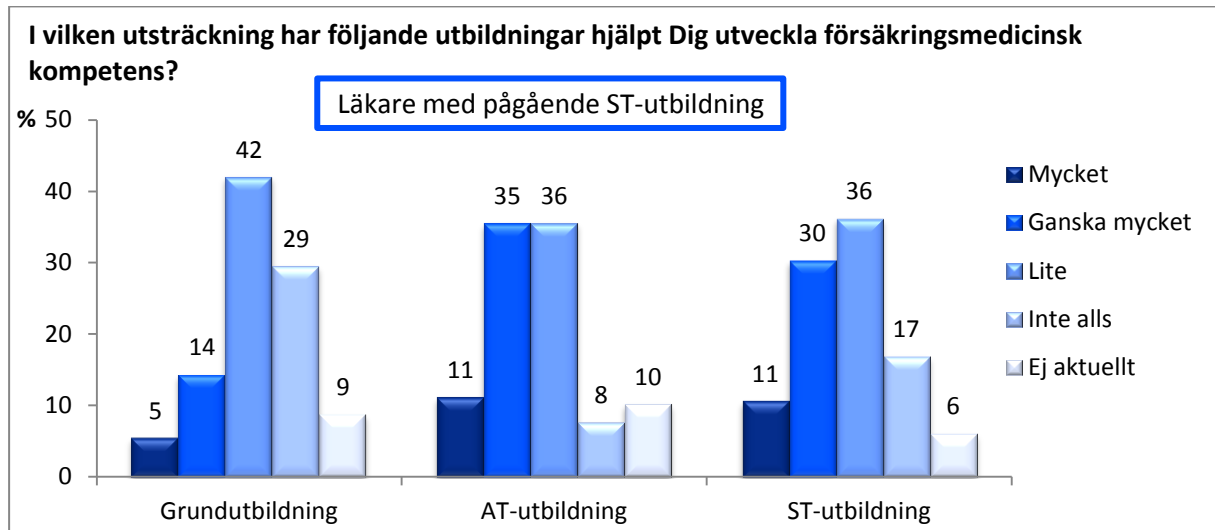
Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Bland legitimerade läkare ansåg en majoritet (56 %) att allmäntjänstgöringen (AT) bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 53).



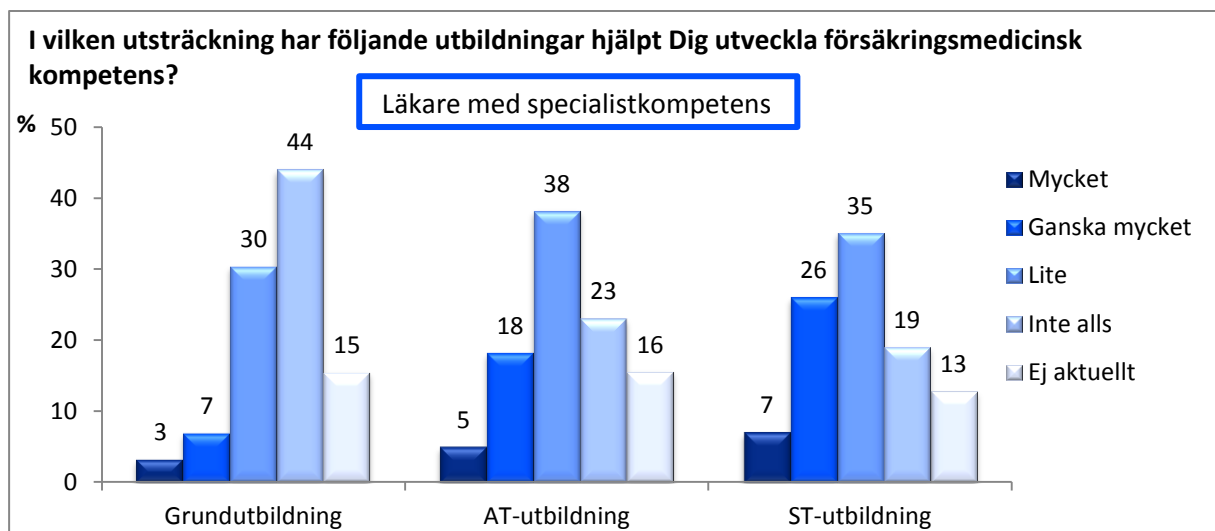
Figur 53. Andel (%) legitimerade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=310).

Bland läkare med pågående specialistutbildning (ST-läkare) var det 46 procent som uppgav att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling, medan motsvarande andel för ST-utbildningen var 41 procent (Figur 54).



Figur 54. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=2787).

Bland dem som var färdiga specialister ansåg en liten andel att grundutbildningen och AT bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 55). En tredjedel av läkarna med specialistkompetens ansåg att ST-utbildningen i mycket eller ganska stor utsträckning hjälpt dem att utveckla försäkringsmedicinsk kompetens.



Figur 55. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=9063).

I Tabell 37 visas hur läkare svarat på frågan om i vilken grad grundutbildningen bidragit till deras kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på år när de tog sin läkarexamen. Ju närmare i tiden grundutbildningen avslutats, desto större andel som angav att denna bidragit mycket eller ganska mycket.

Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning grundutbildningen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på år för läkarexamen.

I vilken utsträckning har grundutbildningen hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Antal (n)	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Examensår 2009-2012	1130	12	27	48	13	1
Examensår 2005-2008	1188	6	18	48	27	1
Examensår 2001-2004	1006	3	10	50	35	2
Examensår 1992-2000	2087	3	8	39	46	4
Examensår 1969-1991 <sup>1</sup>	4509	3	6	27	49	16
Information om examensår saknas <sup>2</sup>	2200	5	8	22	32	33

<sup>1</sup> Före 1992 är informationen om examensår inte exakt, ofta är examensår lika med legitimationsår.

<sup>2</sup> Flera av dessa läkare har troligtvis tagit sin examen utomlands

Bland läkare som legitimerades under åren 2009 till 2012 svarade hälften att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor (Tabell 38).

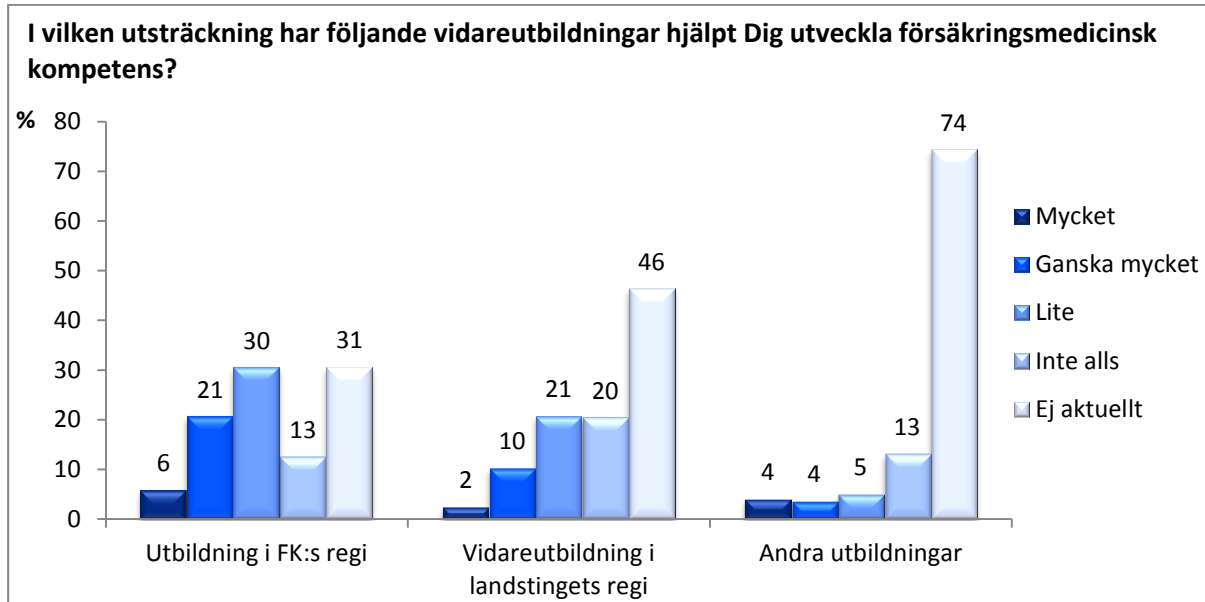
Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning AT-utbildningen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på år för läkarlegitimation.

I vilken utsträckning har AT-utbildningen hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Antal (n)	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Legitimationsår 2009-2012	1879	13	37	31	7	11
Legitimationsår 2005-2008	1781	8	29	35	10	17
Legitimationsår 2001-2004	1499	7	28	40	12	13
Legitimationsår 1992-2000	2451	6	20	45	21	9
Legitimationsår 1971-1991	3903	3	13	35	31	18
Ej legitimerade	612	11	29	32	12	16



### **Kompetensutveckling via vidareutbildning**

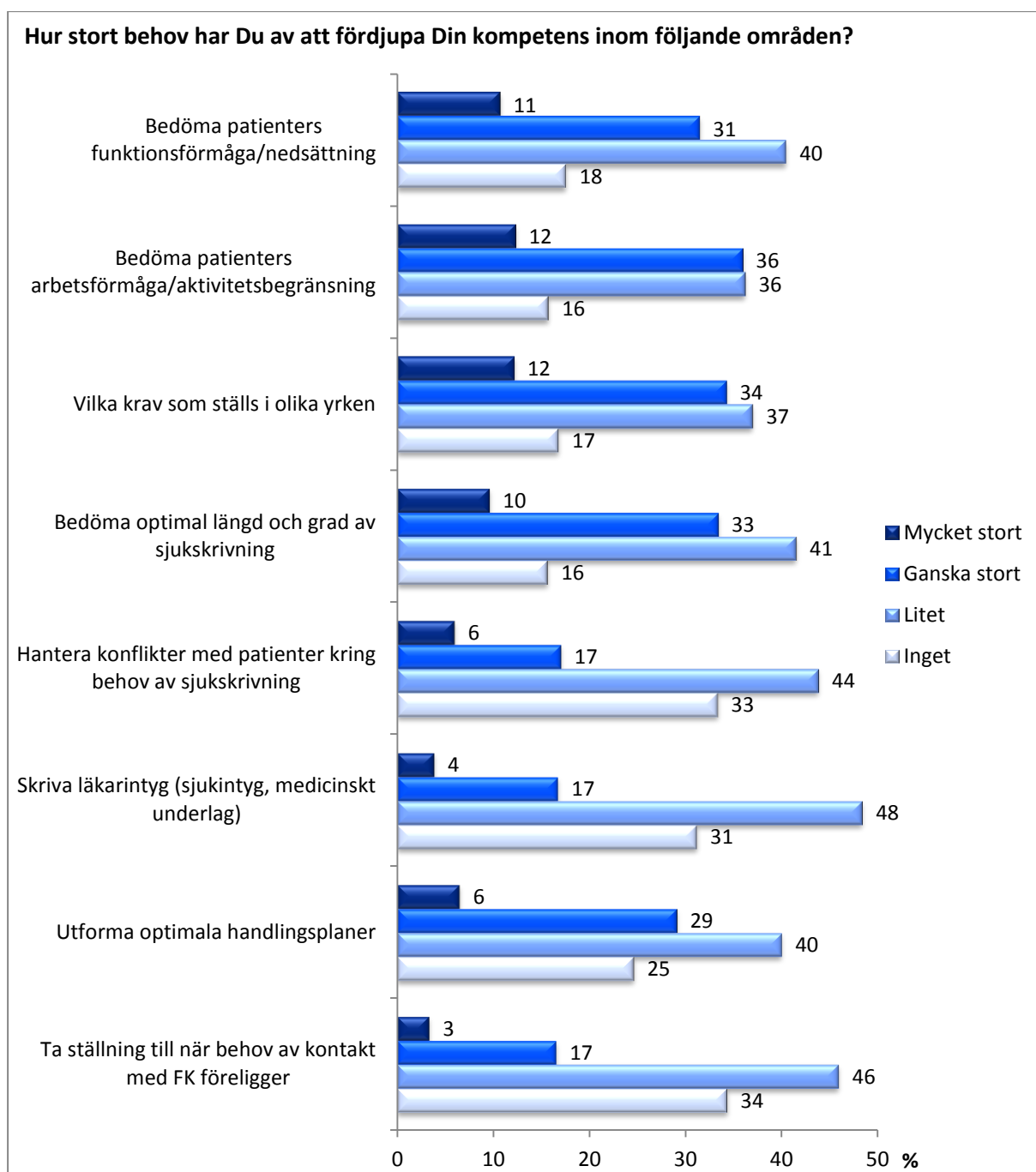
Ungefär var fjärde läkare uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (Figur 56). Tolv procent hade tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi, och åtta procent av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan.



Figur 56. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

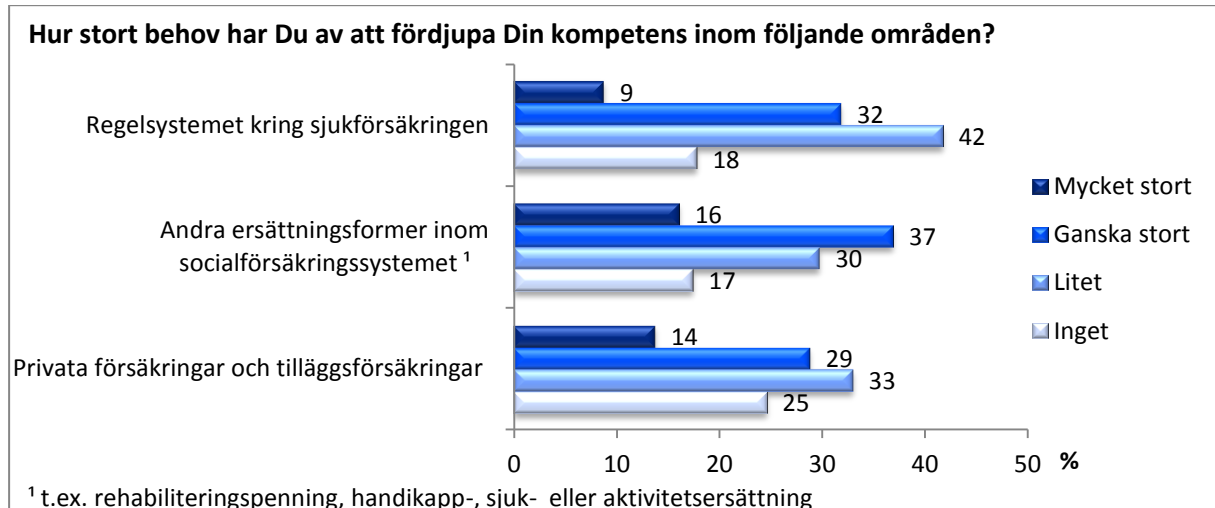
### **Behov av fördjupad kompetens**

Närmare hälften av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (48 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (46 %), att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (43 %) samt att bedöma funktionsförmåga (42 %), (Figur 57). Trettiofem procent hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att utforma handlingsplaner, medan endast 21 procent av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg.



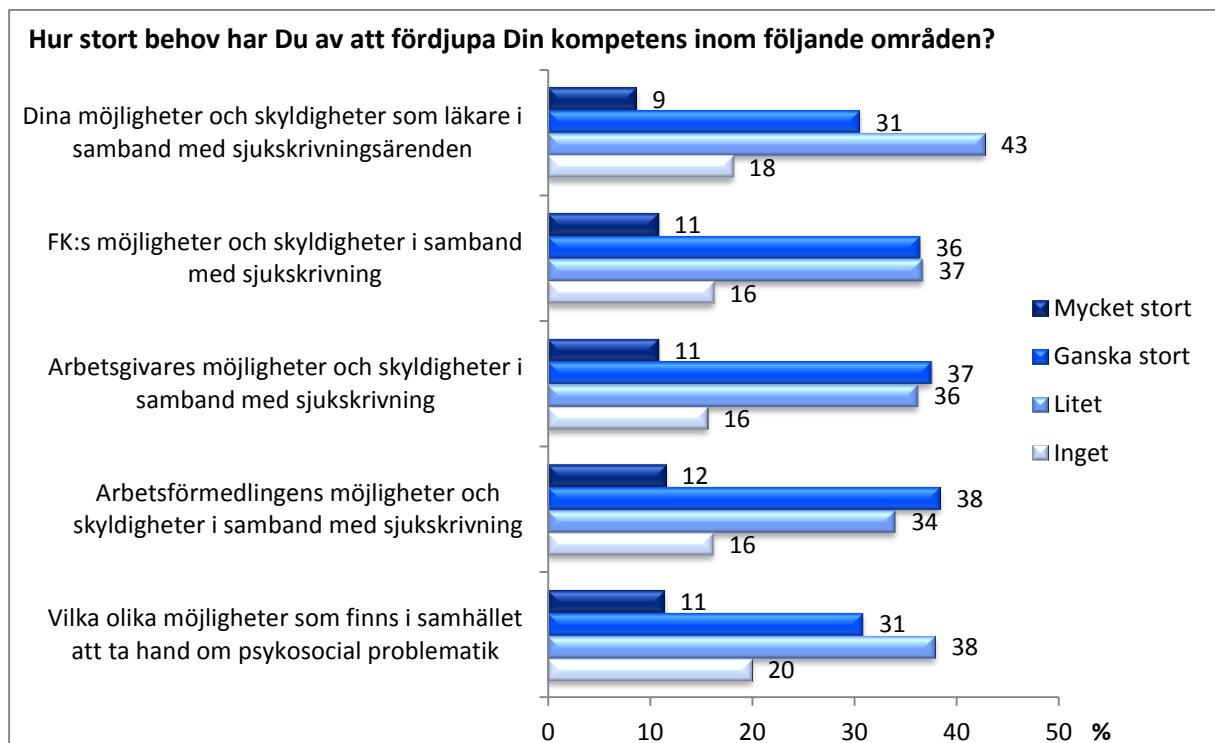
Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta ovan listade områdena.

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Figur 58 framgår att 41 procent svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 53 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 43 procent kände även behov av mer kunskap kring privata försäkringar.



Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem.

Många av läkarna upplevde mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Figur 59). Hälften (50 %) uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och nästan lika stor andel hade behov av kunskap kring arbetsgivares (48 %) och Försäkringskassans (47 %) möjligheter och skyldigheter.

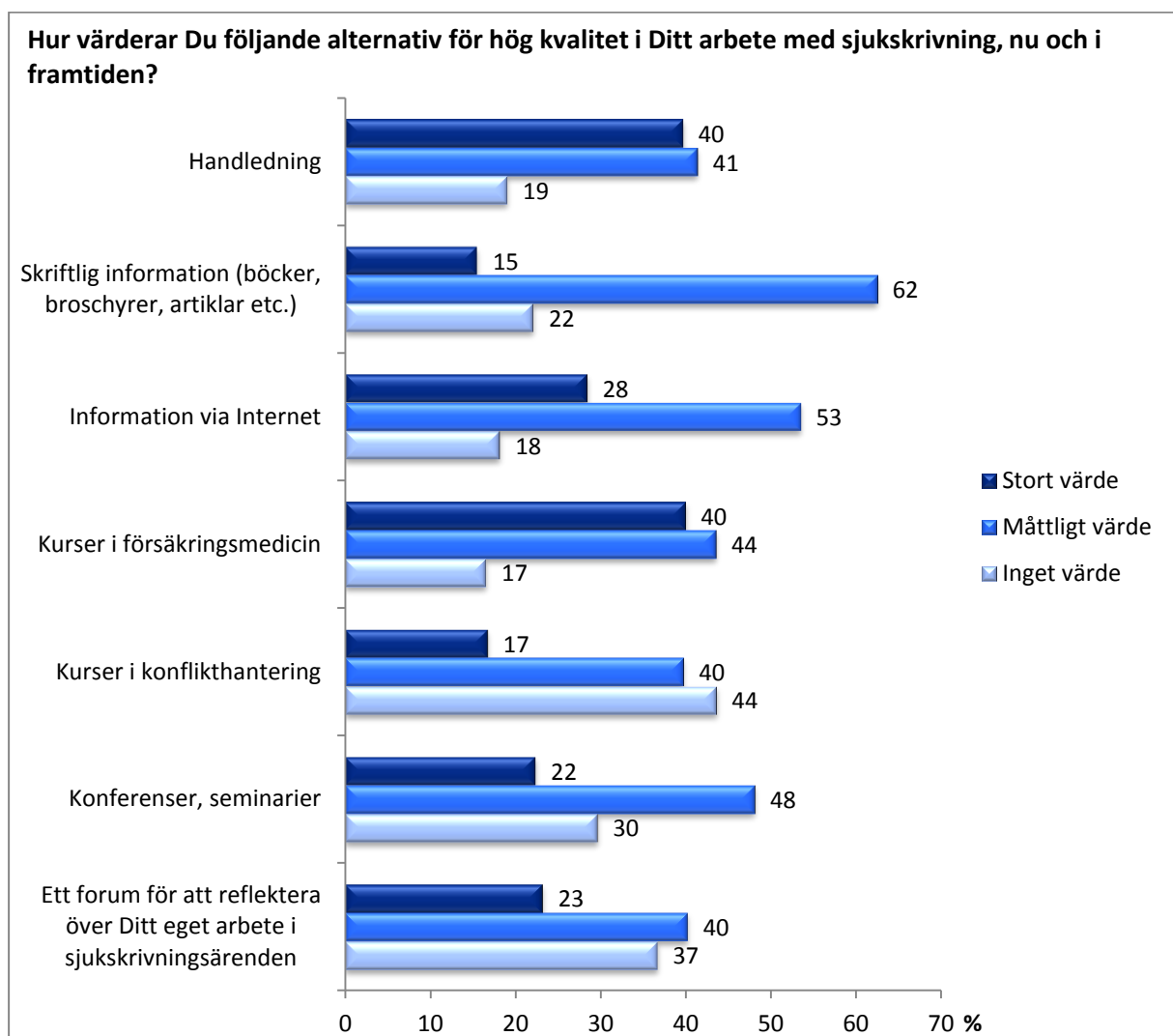


Figur 59. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

### Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svar på frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten Samverkan och kontakter (sidan 87), respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 83). Här presenteras svaren på frågor om olika fortbildningsaktiviteter och övriga faktorer.

De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin; 40 procent satte stort värde på dessa (Figur 60). Ungefär var fjärde läkare satte stort värde på information via Internet (28 %), på ett forum för att reflektera kring sitt sjukskrivningsarbete (23 %), och på konferenser/seminarier (22 %).

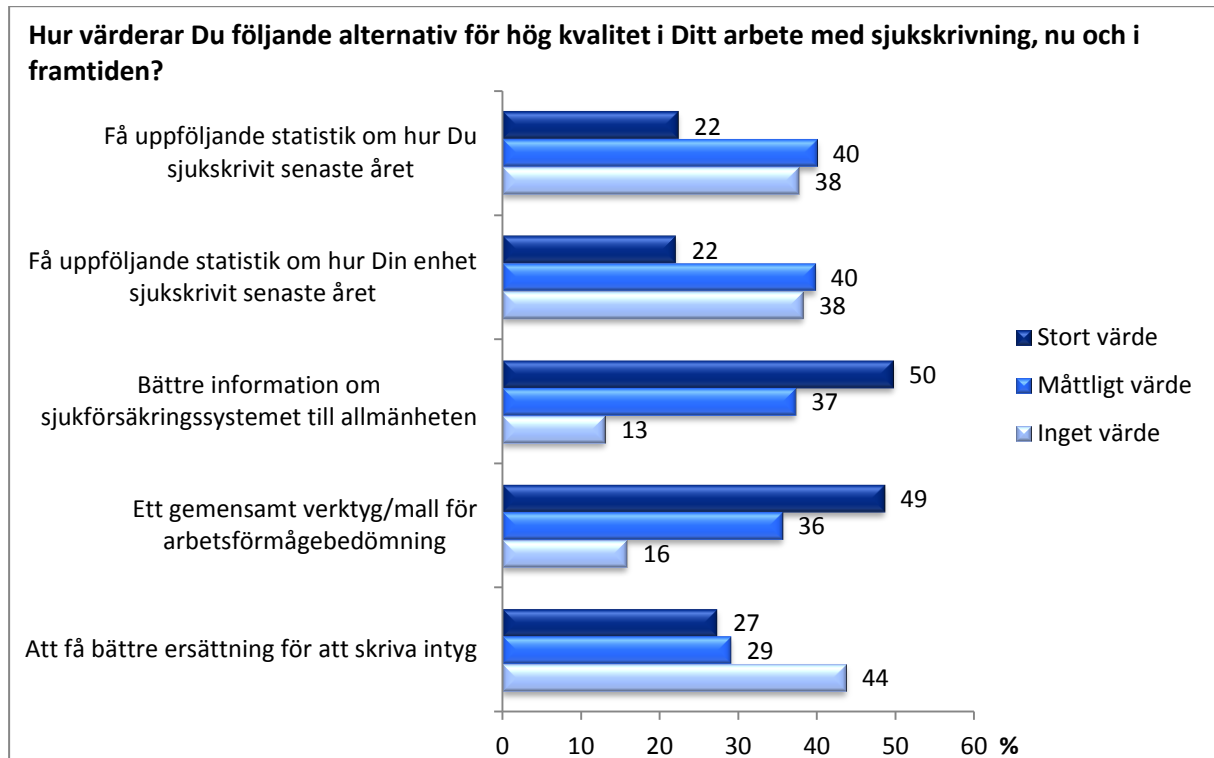


Figur 60. Andel (%) läkare som angav att de sju ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

### Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Hälften av läkarna ansåg att bättre information om sjukförsäkringsystemet till allmänheten skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 61), och en nästan

lika stor andel (49 %) ansåg detsamma om ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning. Nästan var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen och på enhetens sjukskrivning (22 %). En dryg fjärdedel (27 %) ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten.



Figur 61. Andel (%) läkare som angav att de fem ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

### *Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens*

Närmare hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gällde att bedöma arbetsförmåga och att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken. Likaså ville drygt hälften få ökad kompetens om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Kunskap om Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning angavs också av omkring hälften av läkarna såsom områden inom vilka de ville ha mer kompetens. AT- och ST-utbildning upplevdes ha bidragit med kompetens kring sjukskrivning av närmare en tredjedel, medan motsvarande vad gäller grundutbildningen var cirka var femte läkare.

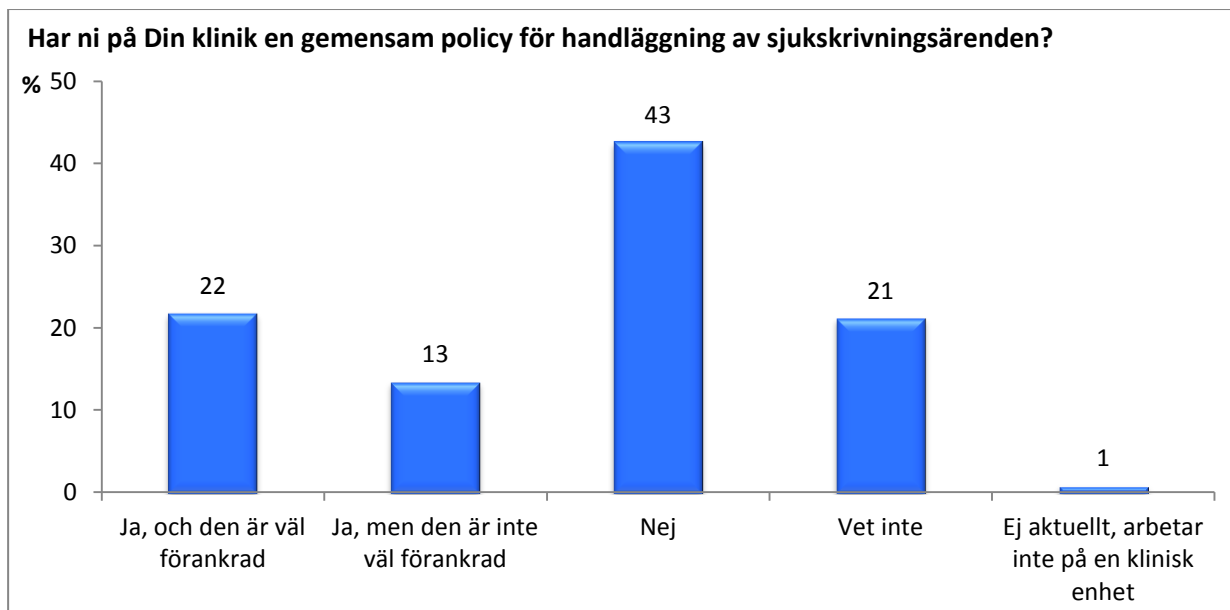
Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt (sidan 87). De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg var av stort kvalitetsvärde för deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin. En dryg tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 83).

## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter [43, 44, 125]. Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning, och i en följdfråga till dem som svarat att en policy fanns, huruvida den upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetsäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

### *Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden*

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 35 procent att en sådan fanns, och 22 procent uppgav att den även var väl förankrad (Figur 62). Var femte läkare (21 %) angav att de inte visste huruvida det fanns någon sådan policy på deras arbetsplats.



Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

På följdfrågan till dem som svarat att de hade en gemensam policy på kliniken, om huruvida de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en stor majoritet, 80 procent, att de hade det (ej visat i figur).

När dessa svar redovisas för de olika landstingen kan vissa skillnader ses. Det landsting där störst andel läkare uppgav att de har en gemensam policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var Södermanland (51 %) och det landsting där minst andel läkare uppgav att de har en gemensam policy var Uppsala (25 %) (Tabell 39). Bland dem som svarat att de har en väl eller inte väl förankrad policy på sin klinik/mottagning, svarade mellan 62 (Gotland) och 89 procent (Södermanland och Östergötland) att de hade nytta av denna.

Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet <sup>1</sup>
Stockholm	17	13	45	23	1	77
Uppsala	13	12	48	26	<0,5	84
Södermanland	41	10	31	17	1	89
Östergötland	23	13	42	21	1	89
Jönköping	32	13	37	18	<0,5	84
Kronoberg	27	17	34	22	<0,5	85
Kalmar	33	10	34	21	2	83
Gotland	14	14	47	25	<0,5	62
Blekinge	21	15	42	21	1	69
Skåne	27	17	36	19	1	77
Halland	23	9	47	21	<0,5	87
Västra Götaland	22	15	43	20	1	78
Värmland	24	12	41	21	2	81
Örebro	17	13	49	20	1	80
Västmanland	17	12	45	26	1	84
Dalarna	18	15	44	22	1	76
Gävleborg	19	14	46	21	1	76
Västernorrland	25	14	44	17	<0,5	88
Jämtland	17	10	55	18	<0,5	83
Västerbotten	28	10	41	21	1	87
Norrbottn	18	13	49	18	2	86
<b>Hela landet</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>80</b>

<sup>1</sup> Andel (%) av de läkare som svarade "Ja, och den är väl förankrad" eller "Ja, men den är inte väl förankrad".

Det fanns även skillnader mellan läkare som arbetade på olika typer av kliniker. I Tabell 40 framkommer att en gemensam policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var vanligast förekommande på smärtmottagningar (68 %) och på vårdcentraler (51 %). Motsvarande siffra var lägst för infektionskliniker (13 %). Andelen läkare som hade nytta av policyn varierade mellan 65 (infektionskliniker) och 96 procent (rehabilitering).

Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

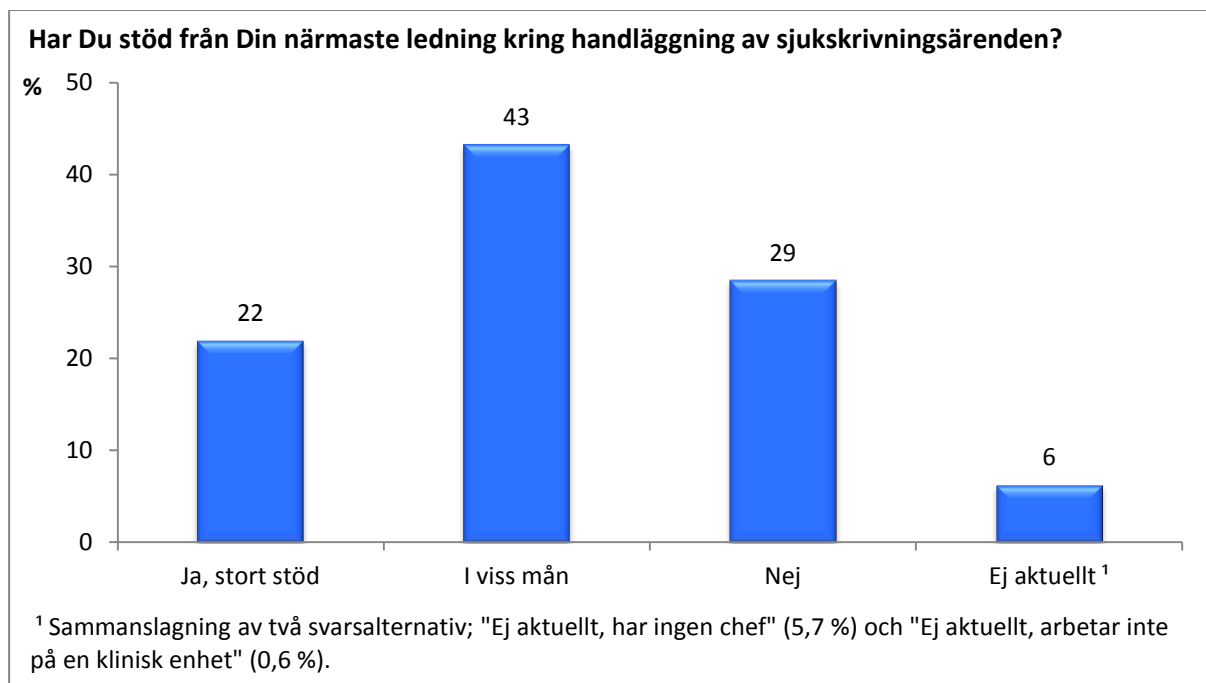
Klinik/mottagning	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet <sup>1</sup>
Företagshälsovård	35	12	48	5	1	88
Gynekologi	28	19	36	17	1	87
Hud	12	9	57	20	1	67
Infektion	5	8	68	19	0	65
Invärtesmedicin	10	8	53	29	<0,5	82
Kirurgi	14	11	47	27	<0,5	82
Neurologi	12	9	56	22	<0,5	73
Onkologi	19	11	45	25	0	92
Ortopedi	23	12	45	19	1	84
Psykiatri	17	13	41	26	2	76
Rehabilitering	32	13	38	15	2	96
Reumatologi	16	14	55	14	1	70
Smärtmottagning	48	21	24	6	2	89
Vårdcentral	32	19	33	16	<0,5	78
Annan klinik/mottagning	15	7	46	27	5	84
Administration	22	15	40	22	2	73
<b>Samtliga läkare</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>80</b>

<sup>1</sup> Andel (%) av de läkare som svarade "Ja, och den är väl förankrad" eller "Ja, men den är inte väl förankrad".



**Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning**

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 63 visas att 22 procent kände stort stöd, och 43 procent uppgav att de i viss mån hade stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En knapp tredjedel (29 %) uppgav att de inte hade något stöd i detta arbete.



Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Av landstingen hade Kalmar störst andel läkare (33 %) som uppgav att de kände stort stöd i sjukskrivningsarbetet från sin ledning, medan motsvarande siffra i Gävleborg var fjorton procent, den lägsta andelen i landet (Tabell 41).

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, stort stöd	Stöd i viss mån	Nej, inget stöd	Ej aktuellt <sup>1</sup>
Stockholm	20	40	31	9
Uppsala	18	45	33	5
Södermanland	27	46	21	6
Östergötland	26	44	26	4
Jönköping	25	51	18	5
Kronoberg	22	48	24	6
Kalmar	33	38	20	8
Gotland	18	37	39	6
Blekinge	22	42	31	5
Skåne	22	43	28	7
Halland	24	44	26	6
Västra Götaland	23	42	29	6
Värmland	17	52	25	6
Örebro	21	52	23	5
Västmanland	23	45	25	8
Dalarna	22	47	28	3
Gävleborg	14	49	34	3
Västernorrland	26	41	28	5
Jämtland	16	39	42	3
Västerbotten	23	42	32	3
Norrbottn	22	42	29	6
<b>Hela landet</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>6</b>

<sup>1</sup> Sammanslagning av svarsalternativen "Ej aktuellt, har ingen chef" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet".

Det fanns viss skillnad mellan de olika klinikerna/mottagningarna vad gäller om läkarna ansåg sig ha stöd från sin ledning (Tabell 42). På infektionskliniker och inom kirurgi och neurologi saknade 41 respektive 39 procent av läkarna stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor, medan en tredjedel av företagsläkarna upplevde stort stöd.

Tabell 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Ja, stort stöd	Stöd i viss mån	Nej, inget stöd	Ej aktuellt <sup>1</sup>
Företagshälsovård	34	28	26	12
Gynekologi	23	46	23	8
Hud	16	44	25	14
Infektion	11	46	41	2
Invärtesmedicin	15	45	37	3
Kirurgi	17	41	39	4
Neurologi	16	42	39	4
Onkologi	23	45	30	2
Ortopedi	21	43	31	6
Psykiatri	19	44	28	9
Rehabilitering	26	46	21	6
Reumatologi	16	49	31	4
Smärtmottagning	25	28	30	18
Vårdcentral	29	45	20	6
Annan klinik/ mottagning	19	34	34	13
Administration	20	41	25	15
<b>Samtliga läkare</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>6</b>

<sup>1</sup> Sammanslagning av svarsalternativen "Ej aktuellt, har ingen chef" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet".

### Tid i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll fyra frågor om tidsbrist. Tre av frågorna avsåg frekvens av tidsbrist; hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet (till exempel när intyg ska skrivas eller kontakter tas), samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor. Den fjärde frågan handlade om hur problematiskt det upplevdes att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden.

I Tabell 43 visas att störst andel läkare upplevde daglig tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid (30 %) och kompetensutveckling (29 %). För det direkta patientarbetet uppgav 22 procent av läkarna att de hade tidsbrist dagligen. Ungefär lika stora andelar av läkarna menade att det var mycket eller lite problematiskt att hantera tidsbrist i sjukskrivningsarbetet.

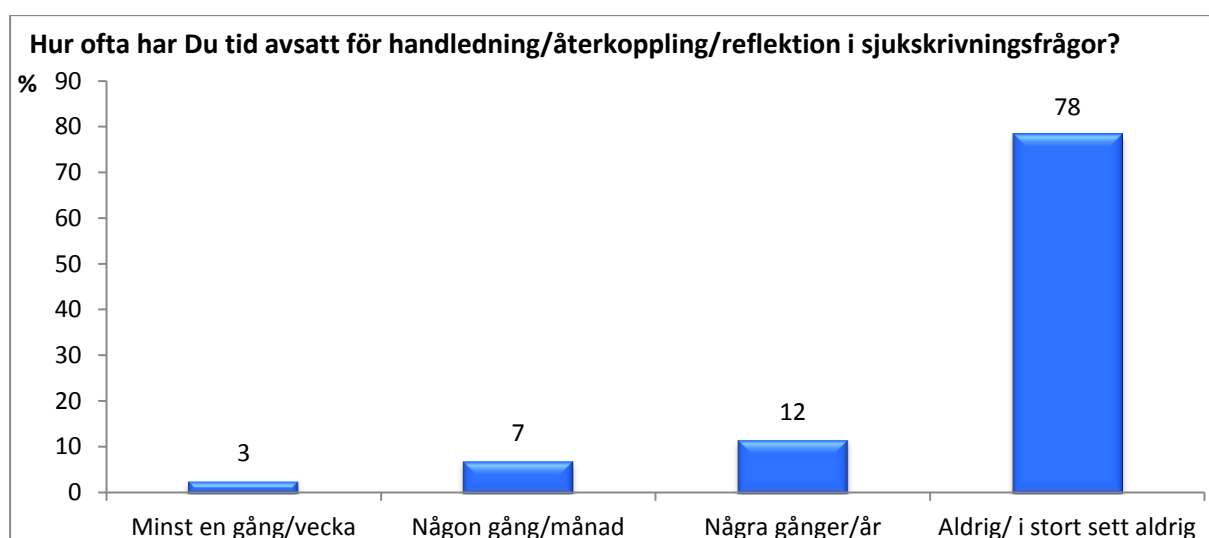
Tabell 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, samt andel som upplevde det mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera sådan tidsbrist.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	22	34	19	11	14
... patientrelaterad tid?	30	31	19	11	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	29	21	18	15	17

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden?	24	29	26	10	12

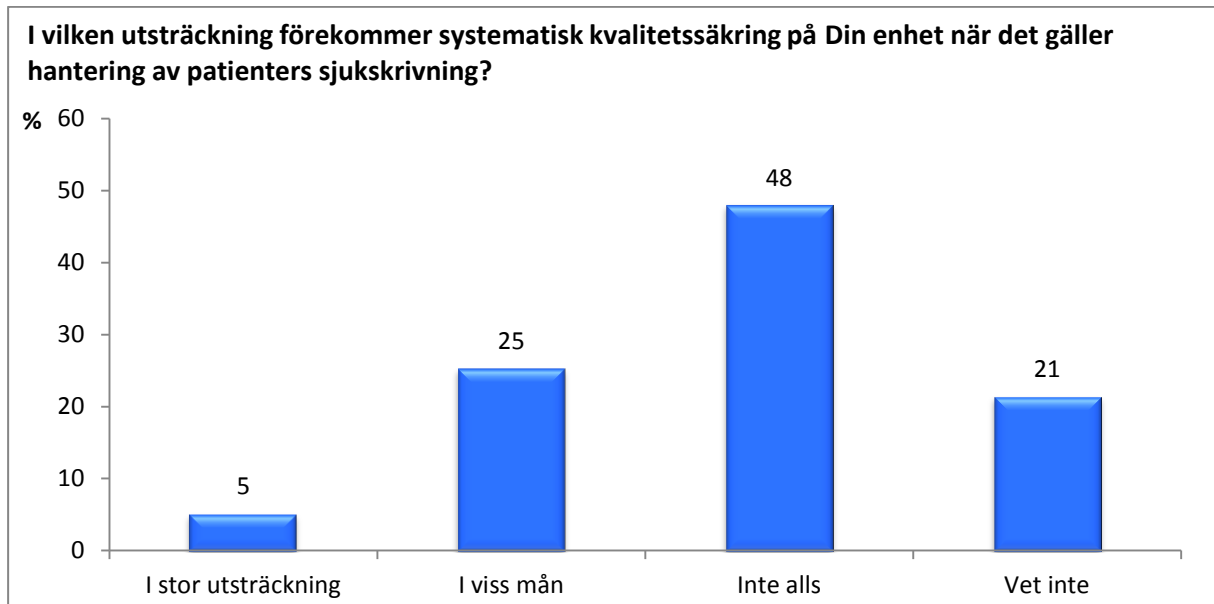
Närmare 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (Figur 64).



Figur 64. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

**Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning**

En liten del, fem procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden förekom i stor utsträckning på deras enhet (Figur 65), medan var fjärde läkare svarade att det förekom i viss mån. Närmare hälften svarade att det inte alls förekom något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och 21 procent visste inte om det förekom eller inte.



Figur 65. 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.

Uppdelat på de olika landstingen framkommer stora skillnader vad avser förekomst av sådan systematiskt kvalitetssäkring (Tabell 44). I Södermanland angav elva procent att systematiskt kvalitetsarbete förekom i stor utsträckning. I åtta landsting uppgav minst hälften att inget sådant kvalitetsarbete förekom, och störst andel (55 %) som uppgav detta fanns i Örebro och Uppsala.

Tabell 44. 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, uppdelat på landsting.

Landsting	I stor utsträckning	I viss mån	Inte alls	Vet inte
Stockholm	4	20	53	24
Uppsala	2	19	55	24
Södermanland	11	31	40	18
Östergötland	6	25	49	20
Jönköping	8	35	40	16
Kronoberg	5	38	38	20
Kalmar	7	34	40	19
Gotland	1	20	50	29
Blekinge	7	27	48	17
Skåne	7	30	43	20
Halland	6	29	43	22
Västra Götaland	7	27	47	20
Värmland	5	26	43	26
Örebro	3	24	55	18
Västmanland	3	22	49	26
Dalarna	2	23	51	23
Gävleborg	2	23	51	24
Västernorrland	4	27	49	20
Jämtland	2	24	52	22
Västerbotten	6	30	42	22
Norrbotten	5	25	53	17
<b>Hela landet</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>21</b>

När det gällde skillnader mellan olika kliniker uppgav tio procent av läkarna som huvudsakligen arbetade inom företagshälsovård eller reumatologi att systematiskt kvalitetsarbete förekom i stor utsträckning (Tabell 45). Av läkare på vårdcentraler och inom rehabilitering uppgav 46 procent att sådant systematiskt kvalitetsarbete förekom i åtminstone viss mån, och motsvarande siffra för läkare på smärtmottagningar var 42 procent. Bland läkarna som arbetade på infektionsklinik uppgav 70 procent att inget sådant systematiskt kvalitetsarbete förekom på deras enhet.

Tabell 45. 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, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	I stor utsträckning	I viss mån	Inte alls	Vet inte
Företagshälsovård	10	29	54	7
Gynekologi	2	18	56	23
Hud	2	11	60	27
Infektion	1	8	70	21
Invärtesmedicin	2	16	55	27
Kirurgi	2	13	58	28
Neurologi	7	16	56	21
Onkologi	6	27	47	20
Ortopedi	5	28	49	18
Psykiatri	5	28	39	28
Rehabilitering	6	40	39	16
Reumatologi	10	26	51	13
Smärtmottagning	7	35	54	4
Vårdcentral	8	38	37	16
Annan klinik/ mottagning	4	14	54	28
Administration	5	26	51	18
<b>Samtliga läkare</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>21</b>

#### *Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar*

En femtedel av läkarna svarade att de hade en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden på kliniken. Av dem som hade en policy uppgav fyra av fem att de hade nytta av denna. Stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor rapporterades av en femtedel. De flesta läkare har således varken en väl förankrad policy för sjukskrivning eller stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef. Andelen som uppgav att systematiskt kvalitetsarbete gällande hantering av sjukskrivningsärenden inte förekom på deras enhet var närmare 50 procent.

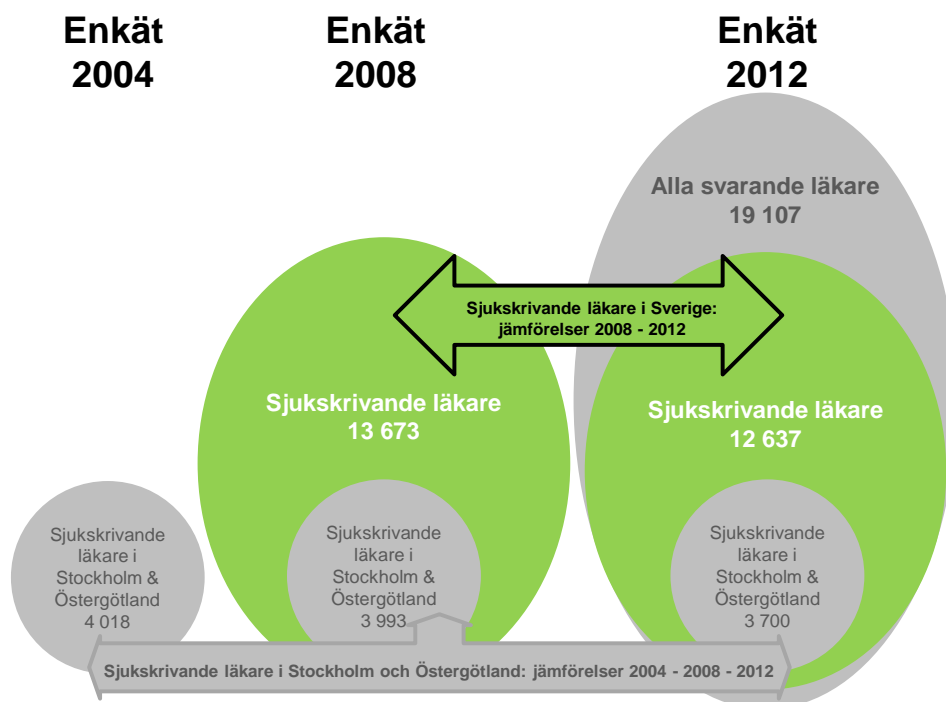
Daglig tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar rapporterades av närmare en tredjedel av läkarna. Fyra av fem hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.





### 3.

## Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012





### 3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012

I detta kapitel redovisas resultat från jämförelser mellan svaren, på de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter, för läkare från hela landet som vid den aktuella tidpunkten var yngre än 68 år och var 'sjukskrivande läkare'. Specialister på barn- och ungdomskliniker, geriatrikmottagningar, ögonkliniker samt öron-, näs- och halsmottagningar är exkluderade ur analyserna de båda åren, eftersom dessa typer av läkare år 2012 inte inkluderades i enkätutskicket i alla landsting (se metoddelen, sidan 24 för mer information om detta).

I Tabell 46 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor något större jämfört med 2008.

Tabell 46. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister.

	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildade %
2008	13 673	47	53	32	35	33	69
2012	12 637	49	51	33	33	34	70

Fördelningen av svarande läkare på de olika landstingen såg ungefär likadan ut 2012 som 2008. Flest läkare arbetade i Stockholms län (23 respektive 24 %), i Region Västra Götaland (17 respektive 16 %) och i Region Skåne (13 %) (Tabell 47).

Tabell 47. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per landsting som de huvudsakligen arbetade i, år 2008 respektive 2012.

Landsting	2008		2012	
	Antal	%	Antal	%
Stockholm	3 206	23	3 066	24
Uppsala	622	5	567	4
Södermanland	334	2	296	2
Östergötland	648	5	609	5
Jönköping	430	3	409	3
Kronoberg	231	2	209	2
Kalmar	289	2	261	2
Gotland	97	1	86	1
Blekinge	194	1	184	1
Skåne	1 839	13	1 679	13
Halland	386	3	357	3
Västra Götaland	2 270	17	2 090	16
Värmland	322	2	300	2
Örebro	424	3	405	3
Västmanland	316	2	263	2
Dalarna	406	3	347	3
Gävleborg	363	3	350	3
Västernorrland	321	2	264	2
Jämtland	218	2	185	1
Västerbotten	459	3	408	3
Norrbottn	299	2	264	2
<b>Hela landet<sup>1</sup></b>	<b>13 673</b>	<b>100</b>	<b>12 637</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Antalet för hela landet överstiger summan för landstingen, då några läkare inte svarade på frågan om vilket landsting de arbetade inom.

Det var inga större skillnader mellan 2008 och 2012 i antal och andel läkare som svarade per klinik/mottagning, såsom detta specificerats i enkäten (Tabell 48). Störst andel läkare återfanns på vårdcentraler (31 respektive 32 %). De få läkare som inte svarade på frågan om vid vilken typ av klinik/mottagning de hade sitt huvudsakliga arbete är exkluderade i analyserna på kliniknivå.

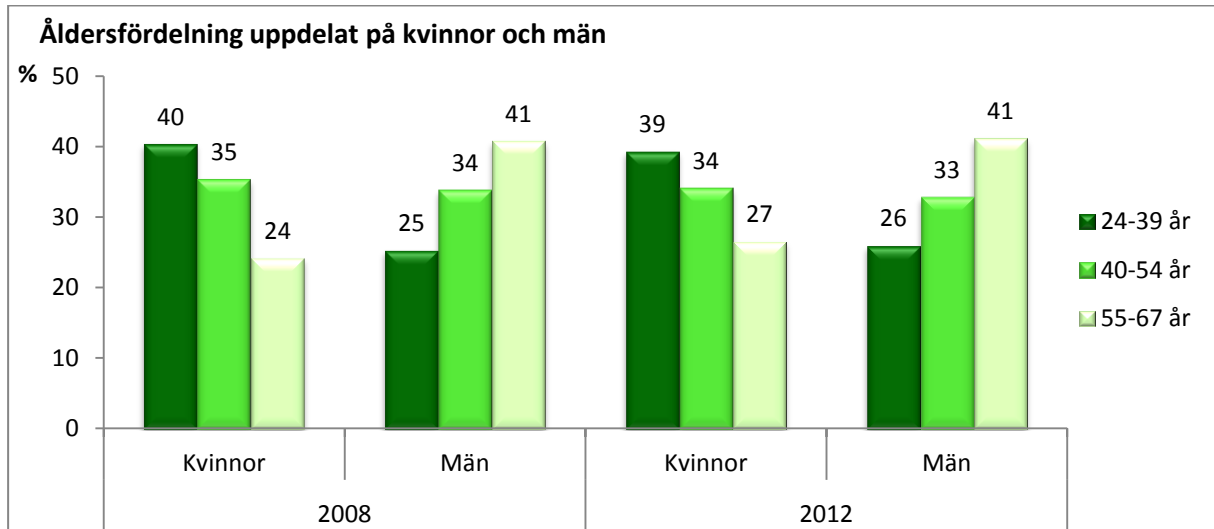
Tabell 48. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008 respektive 2012.

Klinik/mottagning	2008		2012	
	Antal	%	Antal	%
Företagshälsovård	460	3	333	3
Gynekologi	914	7	876	7
Hud	205	1	175	1
Infektion	328	2	320	3
Invärtesmedicin	1 932	14	1 749	14
Kirurgi	1 358	10	1 327	11
Neurologi	237	2	251	2
Onkologi	332	2	342	3
Ortopedi	872	6	863	7
Psykiatri	1 078	8	987	8
Rehabilitering	176	1	130	1
Reumatologi	189	1	182	1
Smärtmottagning	83	1	65	1
Vårdcentral	4 214	31	4 067	32
Annan klinik/mottagning	1 104	8	821	6
Administration	94	1	66	1
<b>Samtliga läkare<sup>1</sup></b>	<b>13 673</b>	<b>100</b>	<b>12 638</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Antalet för 'samtlige läkare' överstiger summan för klinikerna, då några läkare inte svarade på frågan om kliniktillhörighet.

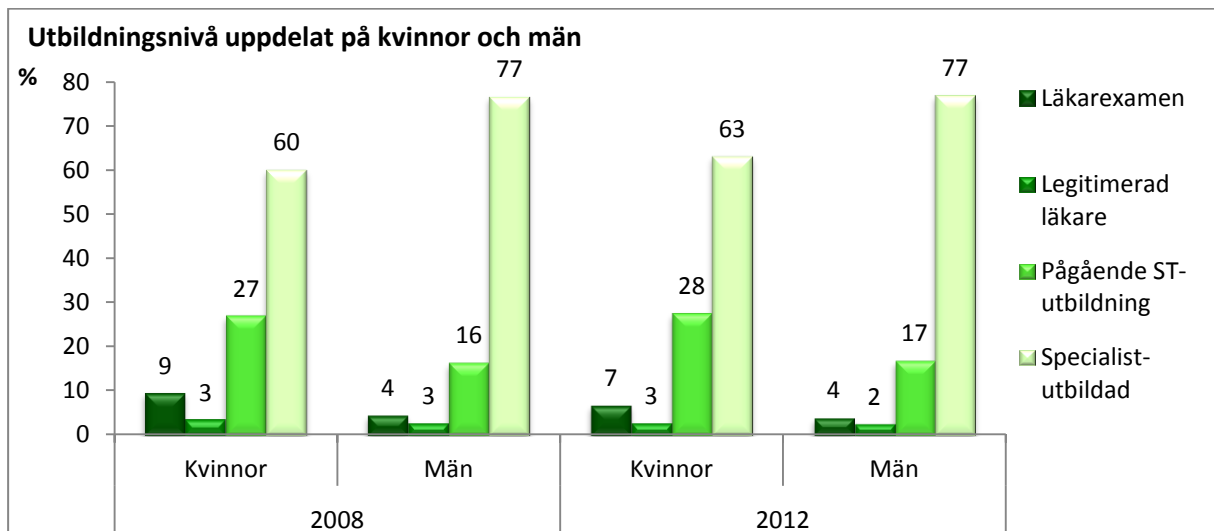
## Bakgrundsfaktorer

Det var inga signifikanta skillnader ( $p=0,13$ ) i ålderssammansättningen bland de svarande mellan 2008 och 2012 (Figur 66). Bland kvinnor var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan andelen i den äldsta åldersgruppen var störst bland män.



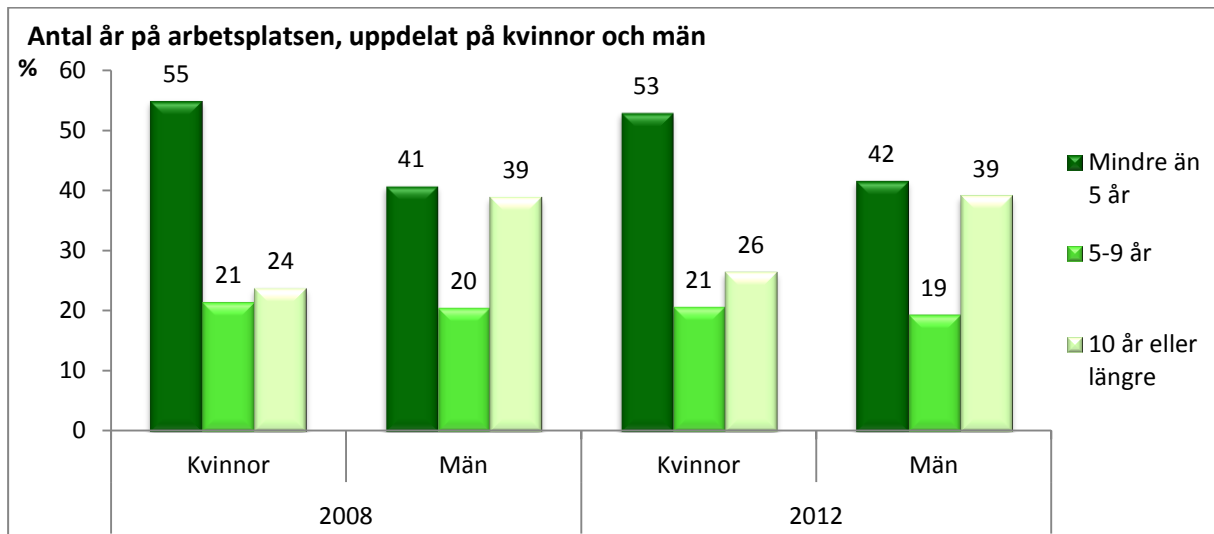
Figur 66. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det var en något större andel ( $p<0,01$ ) specialister bland kvinnorna år 2012 jämfört med 2008 (Figur 67). Bland männen fanns det inga skillnader mellan åren ( $p=0,18$ ).



Figur 67. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkaresexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildad, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

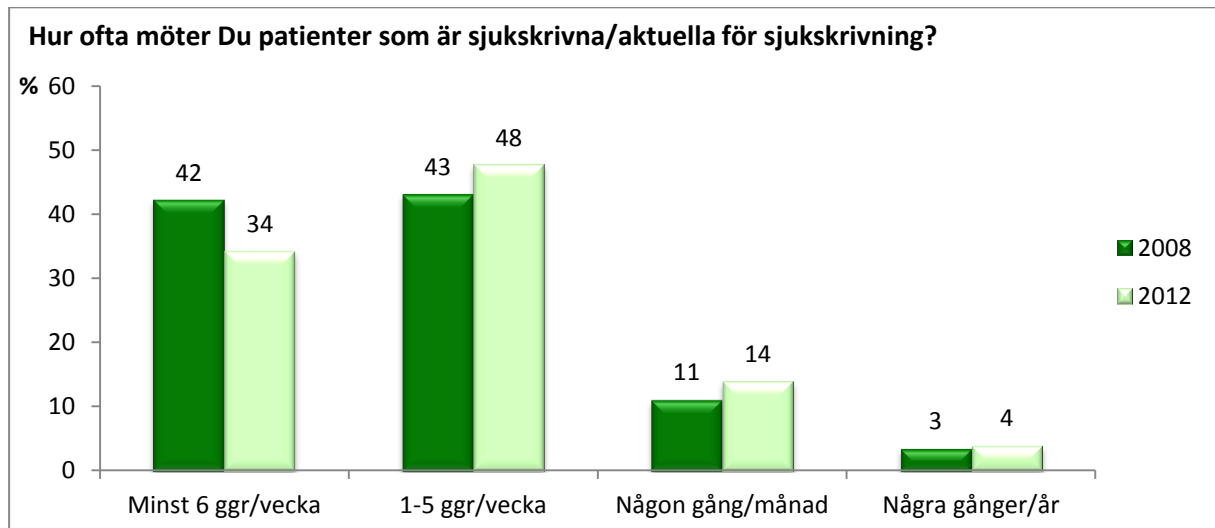
Båda åren hade 39 procent av männen varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 68). Bland kvinnorna var motsvarande andel tre<sup>5</sup> procentenheter större år 2012 än år 2008.



Figur 68. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

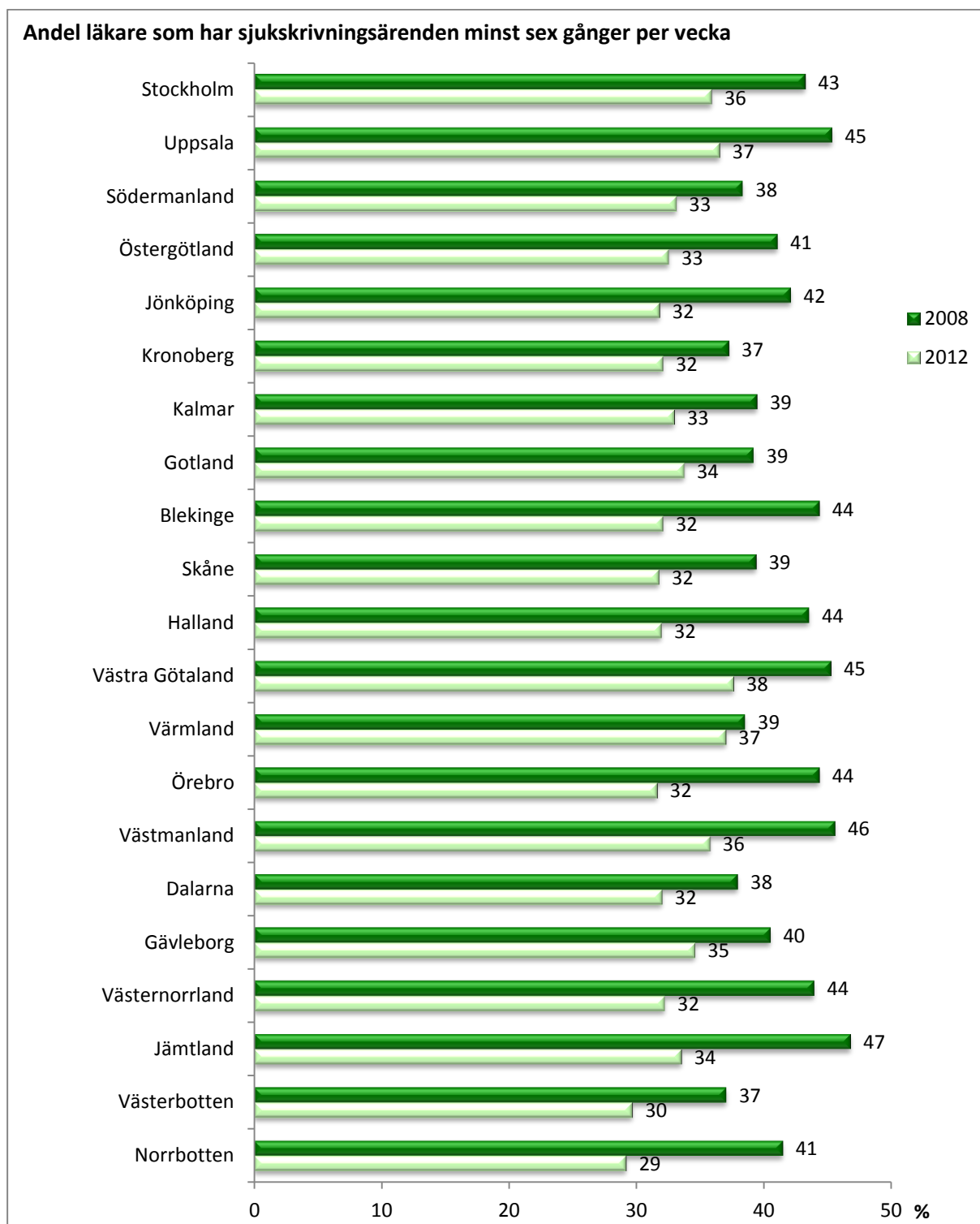
Andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var åtta procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008, samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden 1-5 gånger per vecka eller någon gång per månad var ungefär 8 procentenheter större år 2012 (Figur 69).



Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

<sup>5</sup> I figuren står det 24 respektive 26 %, skillnaden mellan dessa är 2. Den faktiska skillnaden är dock 3, eftersom siffrorna 24 och 26 är avrundade från 23,77 respektive 26,45. Samma konsekvens av avrundningar finns på fler ställen i rapporten, se även metod sidan 13.

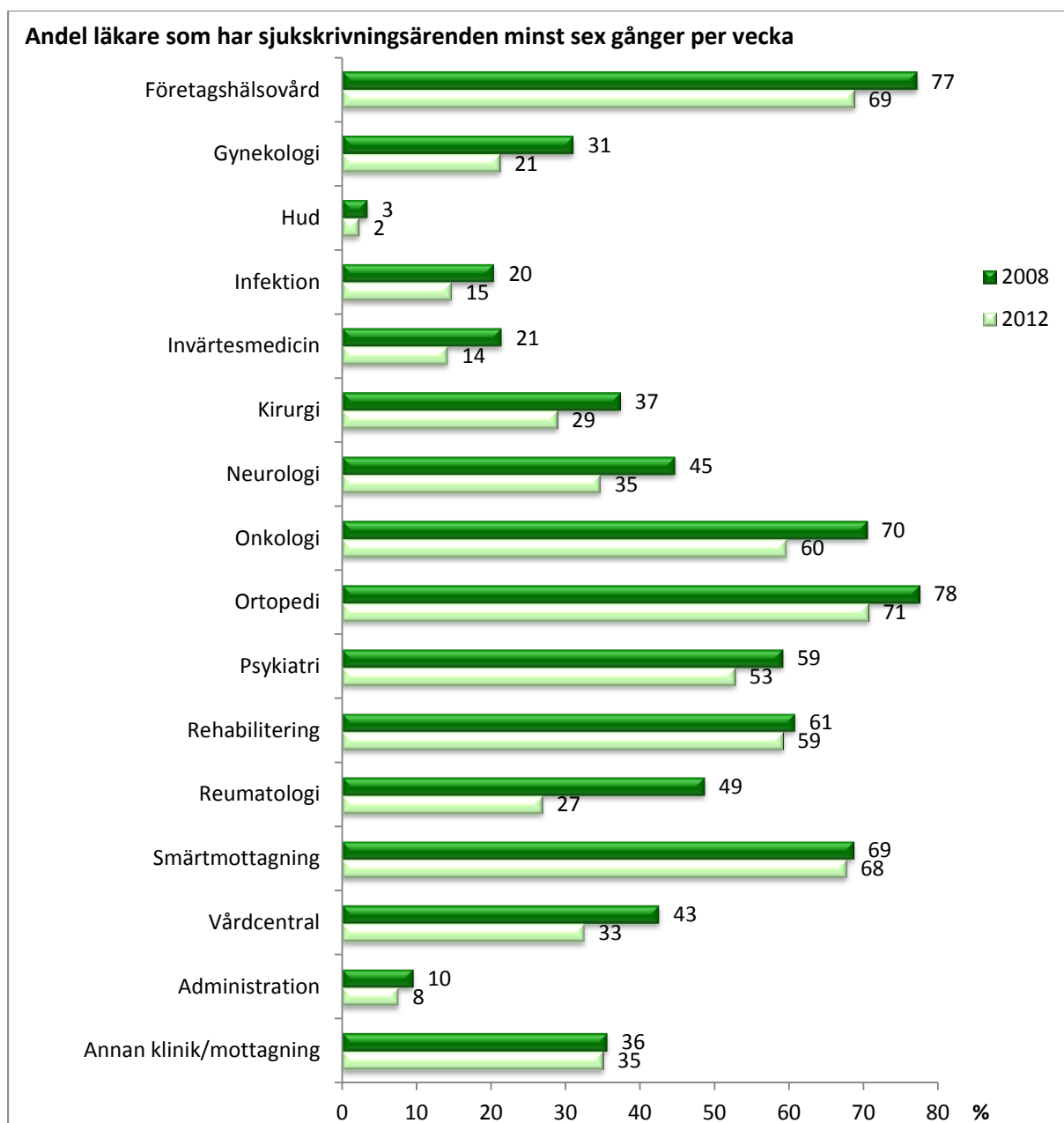
För att jämföra hur ofta förekommande sjukskrivningsärenden var inom de olika *landstingen* år 2008 respektive år 2012 har frekvensangivelsen *sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan* använts. Inom samtliga landsting var andelen läkare, som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 70). I Värmland var det inga stora skillnader i andelen (två procentenheter). Skillnaden var minst tio procentenheter i följande landsting: Jönköping, Blekinge, Halland, Örebro, Västmanland, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten.



Figur 70. Andel (%) läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2008 respektive 2012.

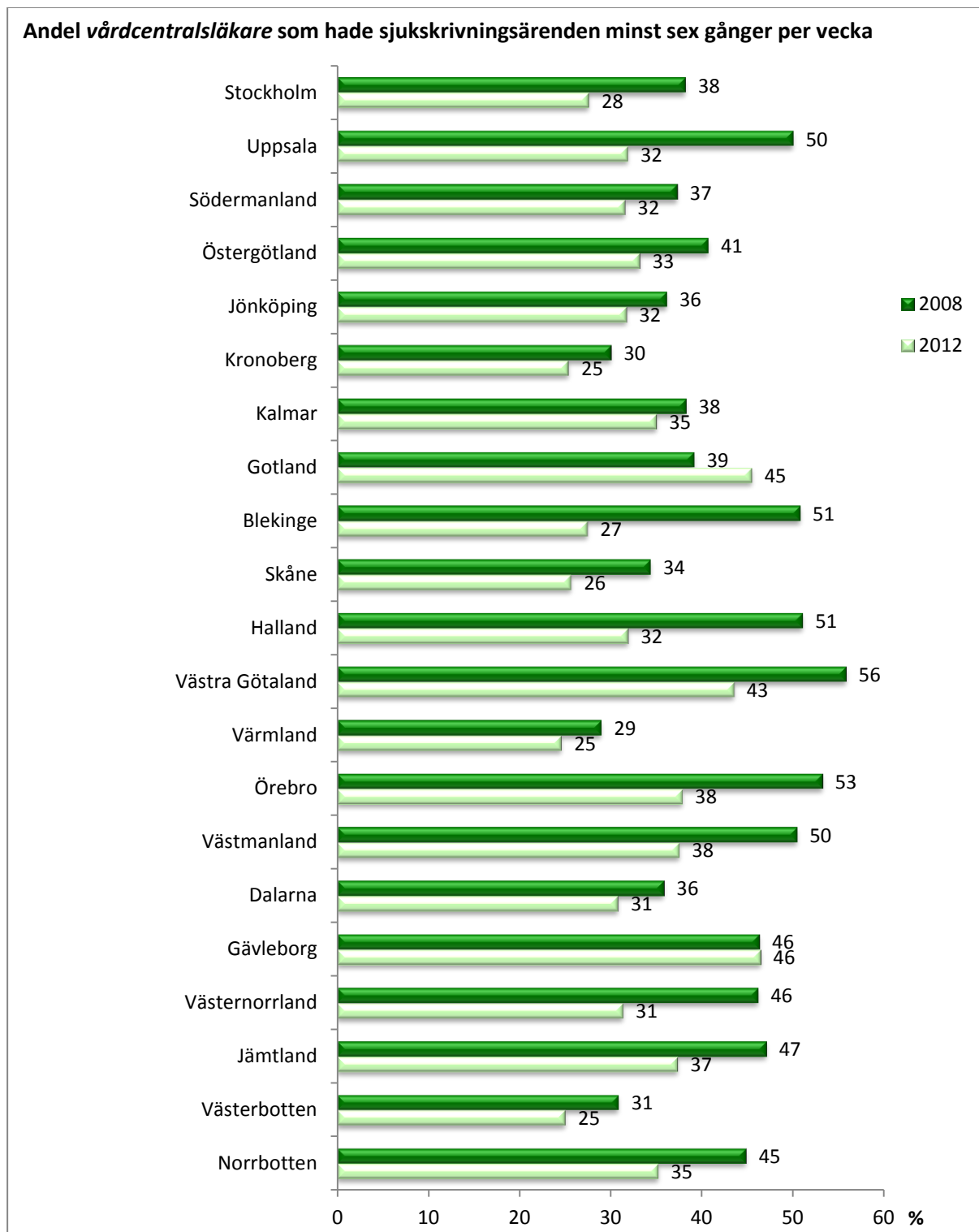


För att jämföra hur ofta förekommande sjukskrivningsärenden var *per klinik/mottagning* år 2008 respektive år 2012 har vi på motsvarande sätt använt *sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan* (Figur 71). Även uppdelat på typ av klinik var andelen läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden mindre 2012 inom alla typer av verksamheter. Skillnaderna i andelens storlek över tid var dock större mellan kliniker än mellan landstingen. På reumatologmottagningar var skillnaden mellan åren stor, 22 procentenheters skillnad. Vid följande kliniker var andelen läkare med så frekventa sjukskrivningsärenden minst tio procentenheter mindre 2012, jämfört med 2008: gynekologi, neurologi, onkologi och vårdcentraler. Inom några verksamheter var skillnaden liten, från en till två procentenheter, t.ex. inom smärtmottagningar, hud- och rehabiliteringskliniker.



Figur 71. Andel (%) läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008 respektive 2012.

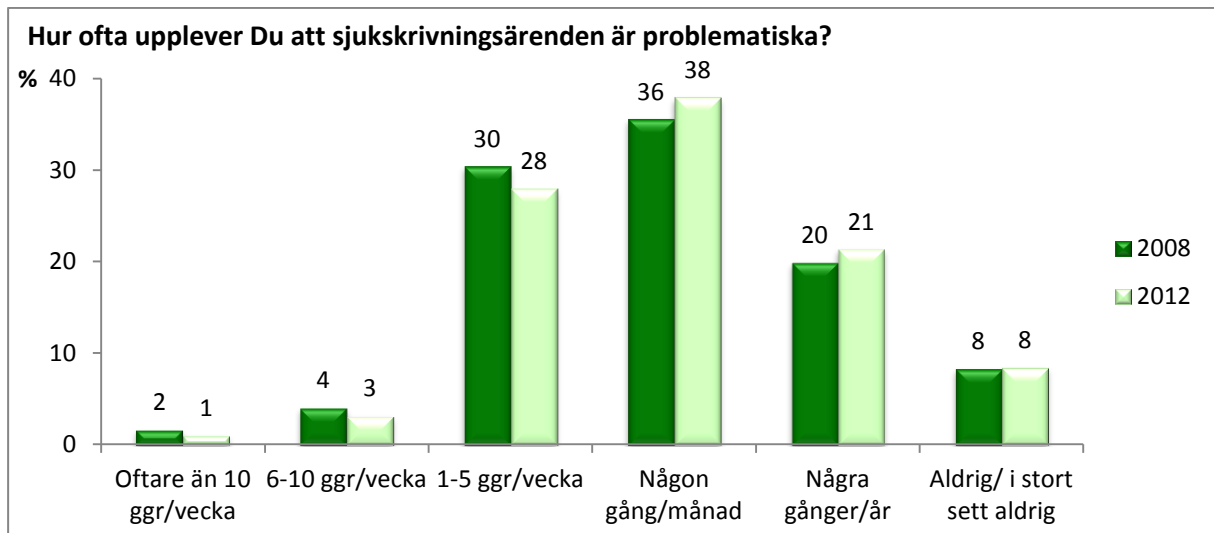
I Figur 72 presenteras motsvarande siffror för läkare som huvudsakligen arbetade på vårdcentraler de två åren 2008 respektive 2012, uppdelat på landsting. På Gotland var det en större andel som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2012, i Gävleborg var det lika stor andel båda åren. I samtliga övriga landsting var andelen mindre 2012 jämfört med 2008. Störst skillnad mellan åren fanns i Blekinge, Halland och Uppsala.



Figur 72. Andel (%) vårdcentralsläkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2008 respektive 2012.

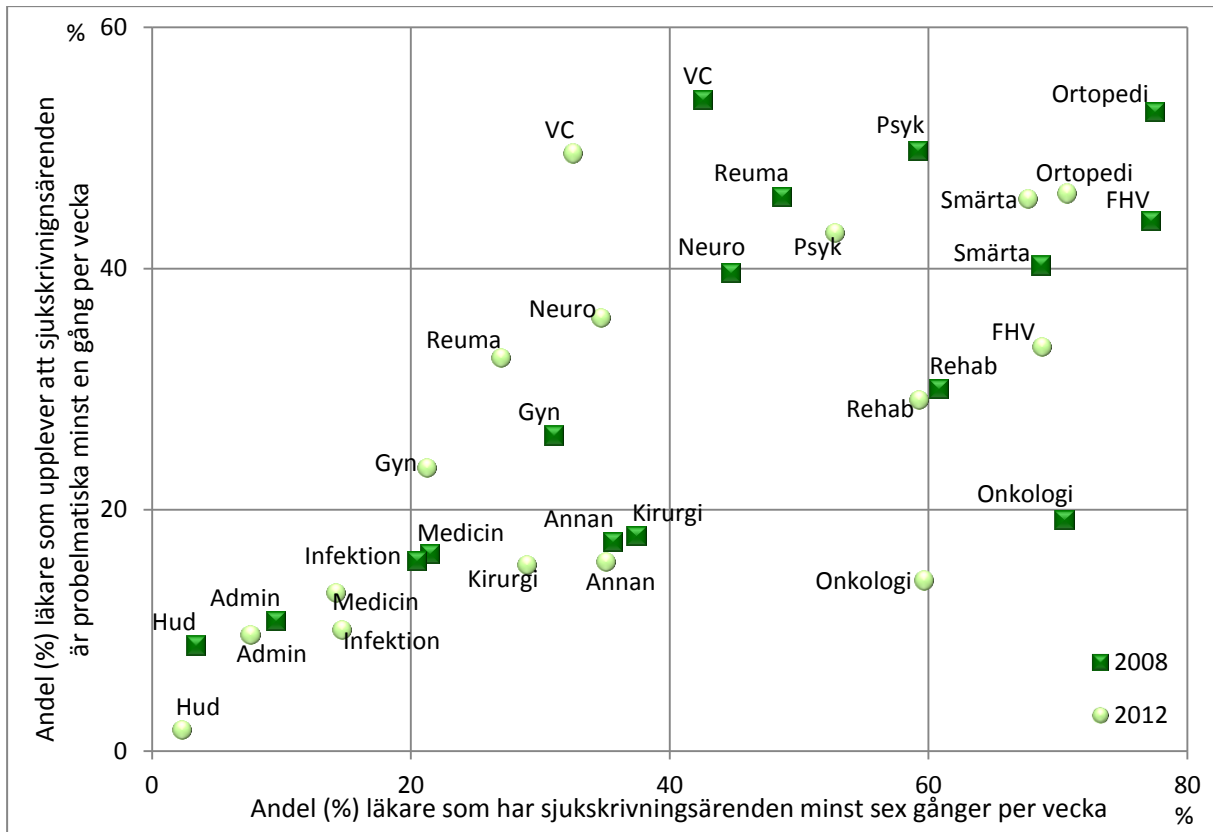
## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 73). Andelen läkare som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde att deras sjukskrivningsärenden var problematiska var dock oförändrad. Skillnaderna mellan åren var små, och bör jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 69).



Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

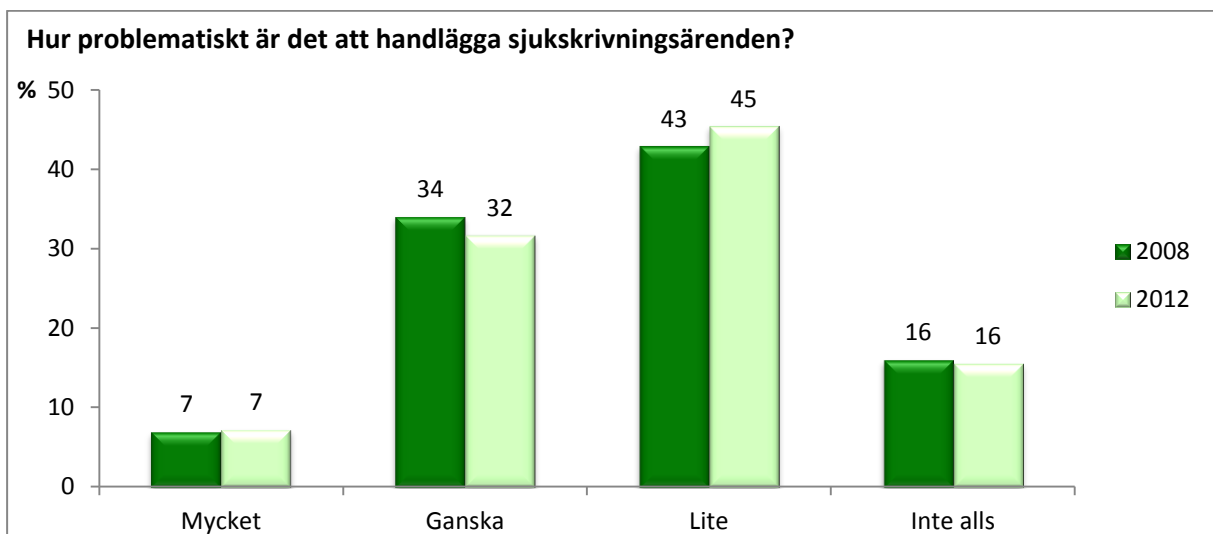
När andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter relateras till andelen som upplevde att de var problematiska minst en gång per vecka (på motsvarande sätt som i Figur 17), syns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 74). Den övergripande tendensen är även här linjär, det vill säga att ju större andel läkare inom en viss typ av klinisk verksamhet som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. På samtliga typer av kliniker var både andelen som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och som upplever problem minst en gång per vecka mindre 2012 jämfört med 2008, med ett undantag: smärtmottagningar. Bland läkare som arbetade inom rehabilitering och på 'Annan klinik' var minskningen obetydlig.



Figur 74. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008 respektive 2012.

**Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning**

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 75). Ungefär 40 procent upplevde detta vara ganska eller mycket problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 75. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevdes som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Sammantaget var andelen läkare som upplevde att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden var mycket eller ganska problematiska något mindre år 2012, jämfört med 2008 (Tabell 49).

Tabell 49. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	15	35	37	13
	2012	13	33	39	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	29	42	19
	2012	10	28	42	20
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	23	38	30	9
	2012	21	37	32	10
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	17	37	36	10
	2012	13	36	39	12
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	27	38	27
	2012	8	24	40	28
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	23	37	28	12
	2012	21	35	30	14
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	18	35	32	14
	2012	17	34	35	15

Andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var något mindre 2012, jämfört med 2008 (Tabell 50). För frågan som redovisas längst ner i tabellen, det vill säga hur problematiskt det är att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, var det ingen signifikant skillnad mellan åren.

Tabell 50. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	5	24	45	26
	2012	4	23	45	27
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	8	30	39	22
	2012	7	27	41	25
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	12	29	37	22
	2012	11	29	38	23
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	16	31	37	15
	2012	13	30	40	16
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	17	29	32	22
	2012	16	29	34	21

Det var en relativt liten andel läkare som tyckte det var problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen, även om andelen var något större år 2012 jämfört med 2008; skillnaden var dock inte statistiskt signifikant (Tabell 51). Däremot var andelen läkare som tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan mindre år 2012. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet ”Ej aktuellt” med, och 27 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen större år 2012 jämfört med 2008 (57 respektive 51 %). Då vi inte vet hur de läkare för vilka det inte var aktuellt att skriva andra typer av intyg svarade år 2008 är dock en sådan jämförelse problematisk. En mindre andel läkare uppgav att det inte var aktuellt att hantera situationer när de och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, dock svarade en betydande andel att detta inte var aktuellt för dem (44 % år 2008 och 37 % år 2012). Orsaken till att det inte var aktuellt kan vara antingen att man inte hade tillgång till ett team eller att man inte hade olika åsikter.

Tabell 51. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	4	15	38	42	
	2012	5	16	39	41	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	11	27	38	24	
	2012	9	24	41	27	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? <sup>1</sup>	2008	17	34	32	18	
	2012	15 (21)	26 (36)	22 (30)	10 (13)	27
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	3	9	24	20	44
	2012	3	9	27	25	37

<sup>1</sup> År 2008 fanns inte svarsalternativet "Ej aktuellt" för denna fråga. Siffrorna inom parentes visar andel läkare av dem som det är aktuellt för att skriva dessa intyg, det vill säga då de som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade ur analysen.

### Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare som upplever de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 52 minst någon gång i månaden var mindre år 2012 jämfört med år 2008. Andelen läkare som aldrig upplevde konflikter med patienter om sjukskrivning var 28 procent 2008 och 35 procent 2012.

Tabell 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	17	33	32	19
	2012	13	30	33	23
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	5	22	37	36
	2012	4	20	36	41
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	10	33	44	13
	2012	7	29	48	15
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	8	21	43	28
	2012	6	20	39	35
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	10	26	31	33
	2012	9	25	33	32

Andelen som aldrig upplevde hot eller oro i olika former var också något större 2012 än 2008 (Tabell 53). Det var fortfarande 2012 en liten andel som minst någon gång i månaden kände sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

Tabell 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

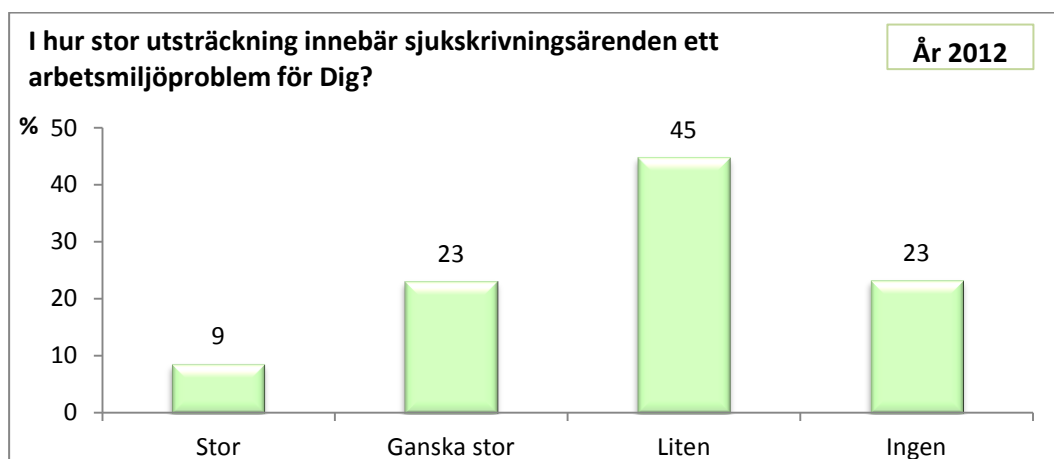
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	11	85
	2012	1	3	9	87
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	14	82
	2012	1	2	12	85
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	6	91
	2012	1	2	5	93
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	14	84
	2012	1	2	12	85



## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

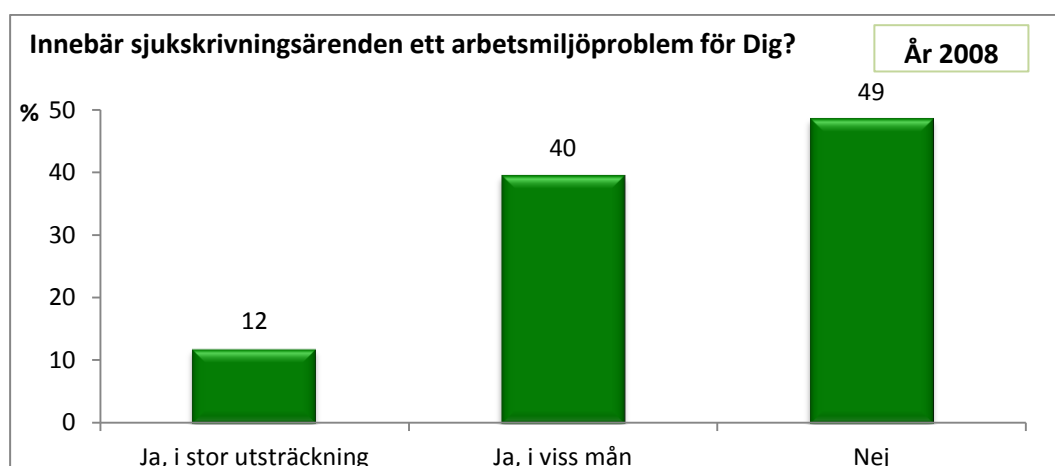
År 2008 inkluderade vi en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gjorde detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års enkät, vilket innebär att svaren inte är helt jämförbara. Resultaten för de två åren presenteras därför var för sig i figurena nedan.

År 2012 uppgav ungefär en tredjedel av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 76). Ungefär var fjärde läkare svarade att de inte upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 76. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, svarade drygt hälften av läkarna att de upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 77).



Figur 77. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

## Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2012 var andelen läkare som uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder något mindre, jämfört med 2008 (Tabell 54). Störst skillnad, tio procentenheter lägre 2012, sågs för andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan.

Tabell 54. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angett att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	2	11	26	35	26
	2012	1	8	23	36	32
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	6	18	26	49
	2012	1	3	11	25	59
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	11	22	64
	2012	<0,5	2	8	23	66
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	<0,5	3	12	27	58
	2012	<0,5	2	9	26	62
... väntetider till behandling?	2008	2	10	27	38	23
	2012	1	7	23	40	29

Majoriteten av läkarna sjukskrev aldrig längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 55. Tendensen var att andelen som aldrig gjorde detta var större 2012 jämfört med 2008. Ett undantag från detta gällde orsaken ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”, där en något mindre andel angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt 2012. När det gäller de två frågorna om att sjukskriva längre än nödvändigt på grund av att undvika konflikt med patienten respektive på grund av att det tar för lång tid att förklara alternativ till att vara sjukskriven, var skillnaderna mellan åren inte statistisk signifikanta.

Tabell 55. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	5	14	22	59
	2012	1	5	13	21	61
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	4	11	19	66
	2012	1	3	9	18	70
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	10	22	64
	2012	<0,5	3	8	22	66
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	<0,5	3	11	30	56
	2012	<0,5	3	12	32	53
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	2	7	26	65
	2012	<0,5	2	6	25	66
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	<0,5	2	5	16	77
	2012	<0,5	2	5	16	77
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	<0,5	1	5	22	72
	2012	<0,5	1	4	18	77

## Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som aldrig använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008 (27 respektive 45 %) (Tabell 56).

Tabell 56. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008	2	10	22	20	45
	2012	5	18	25	25	27

På frågan om hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att många läkare förmodades inte ha börjat använda det ännu. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var åtta procent, vilket är dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten. Om de som svarade *"Har ej använt dem"* år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 57).

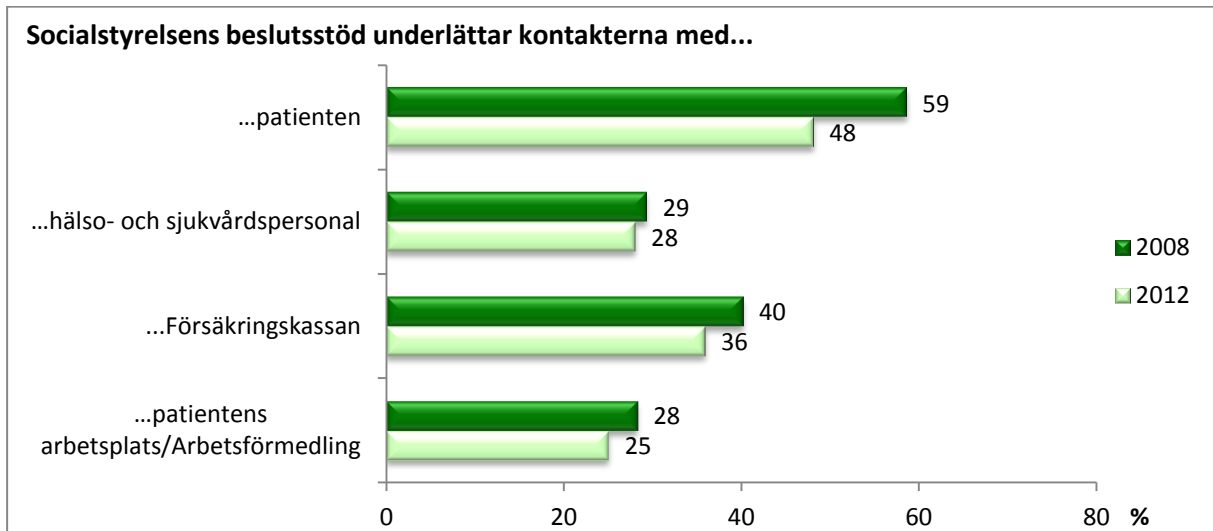
Tabell 57. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 <sup>1</sup>	5 (10)	14 (28)	22 (45)	9 (17)	50
	2012	11	27	41	21	- <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Siffrorna inom parentes visar andelen av dem som använder beslutsstödet, det vill säga de som svarat *"Har ej använt dem"* är exkluderade.

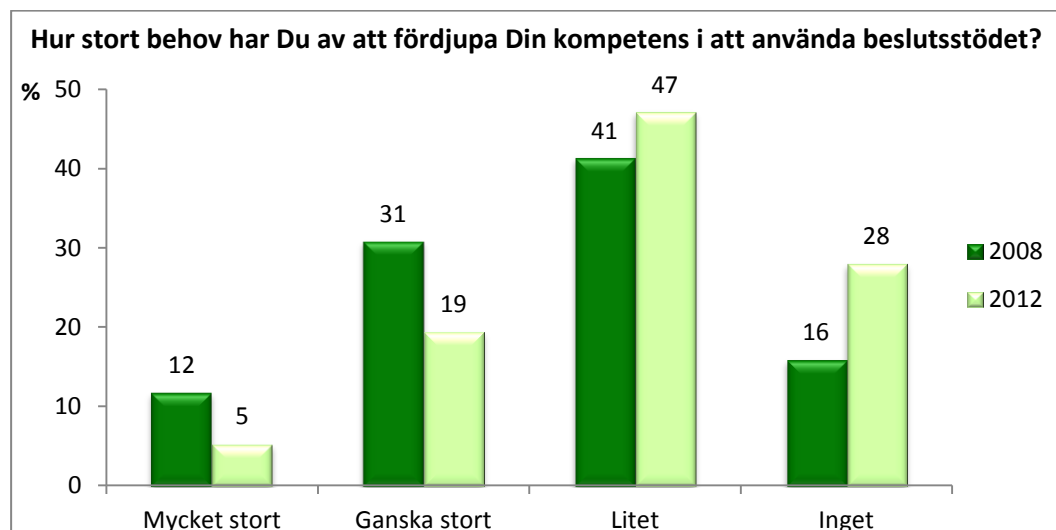
<sup>2</sup> Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

En något mindre andel ansåg 2012 att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten eller med andra aktörer, jämfört med 2008 (Figur 78). Skillnaden mellan åren var inte statistiskt signifikant för gruppen "hälso- och sjukvårdspersonal". Närmare hälften menade dock fortfarande 2012 att stödet underlättar kontakten med patienter. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelat i två (se metod sidan 24). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade "Ja" år 2008.



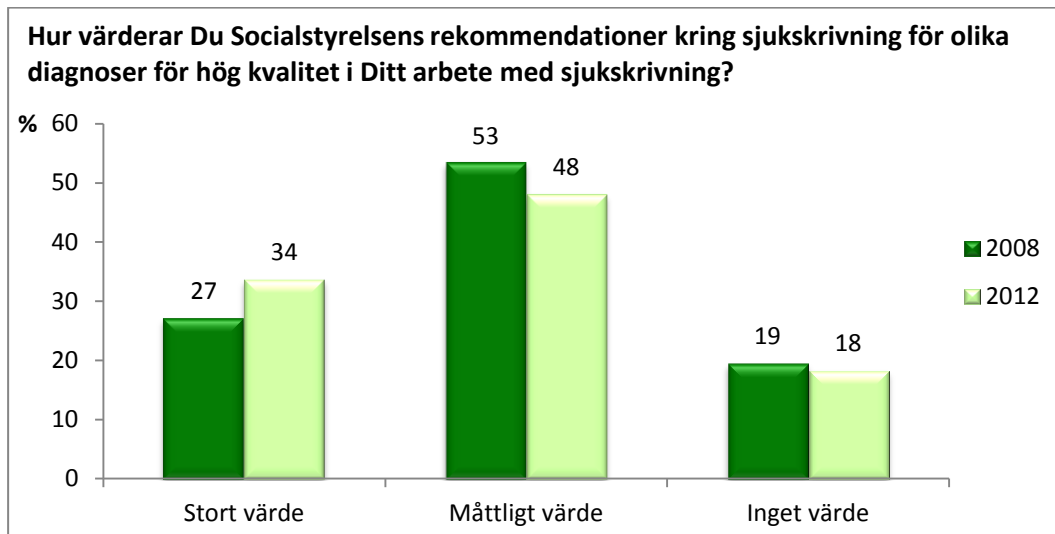
Figur 78. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutstödet var andelen som angav stort eller ganska stort behov av detta mindre 2012, jämfört med 2008 (Figur 79).



Figur 79. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

En tredjedel (34 %) uppgav att de satte stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, jämfört med en dryg fjärdedel (27 %) år 2008 (Figur 80).



Figur 80. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

## Samverkan och kontakter

Det var relativt små skillnaderna mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt (Tabell 58). De största skillnaderna ligger i hur ofta läkarna samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden, där andelen som gjorde det minst en gång per månad var 25 procent 2012, jämfört med 33 procent 2008. Båda åren var det störst andel som hade internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården. Av de skillnader mellan åren som presenteras i Tabell 58 var det endast de som gäller kontakter med kurator/psykolog, sjukgymnast/arbetsterapeut, respektive socialtjänsten som inte var statistiskt signifikanta.

Tabell 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	3	16	34	46
	2012	2	11	39	49
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	13	22	28	37
	2012	14	23	26	37
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	20	24	26	30
	2012	19	24	26	30
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	8	26	39	27
	2012	5	21	40	34
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	6	17	23	55
	2012	5	16	25	55
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	6	18	72
	2012	3	6	17	74
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	5	20	73
	2012	1	5	19	74
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	8	33	58
	2012	1	10	33	55
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	13	21	28	39
	2012	11	19	30	39

*Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning*

När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som ansåg att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade värde för detta betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008. En något mindre andel menade 2012 att samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare var av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, jämfört med 2008. Även andelen som angav att så kallad 'second opinion' hade stort värde var mindre 2012, jämfört med 2008 (Tabell 59).

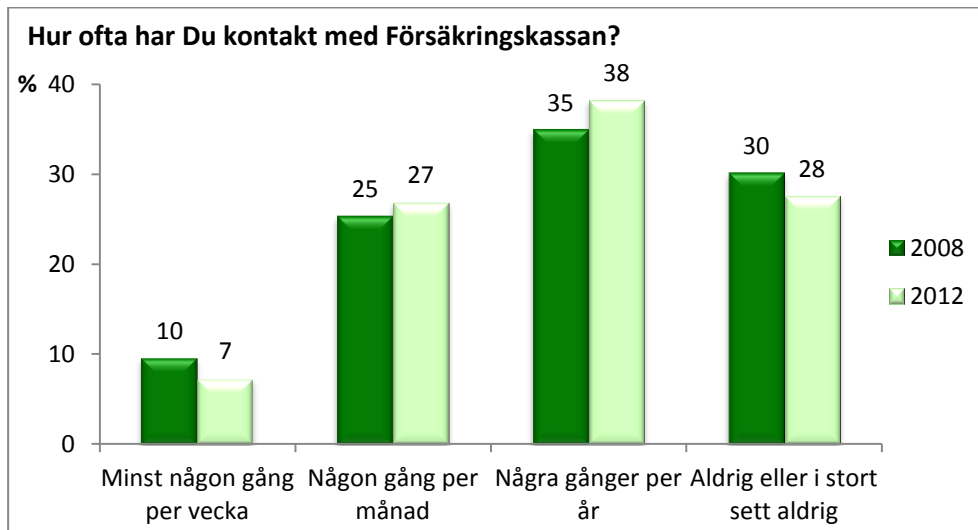
Tabell 59. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	39	45	15
	2012	46	42	12
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	63	32	5
	2012	42	44	14
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	38	45	16
	2012	34	49	17
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	28	49	24
	2012	31	48	21
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	37	41	22
	2012	32	40	28
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	24	51	25
	2012	18	43	39
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	34	48	18
	2012	23	48	28



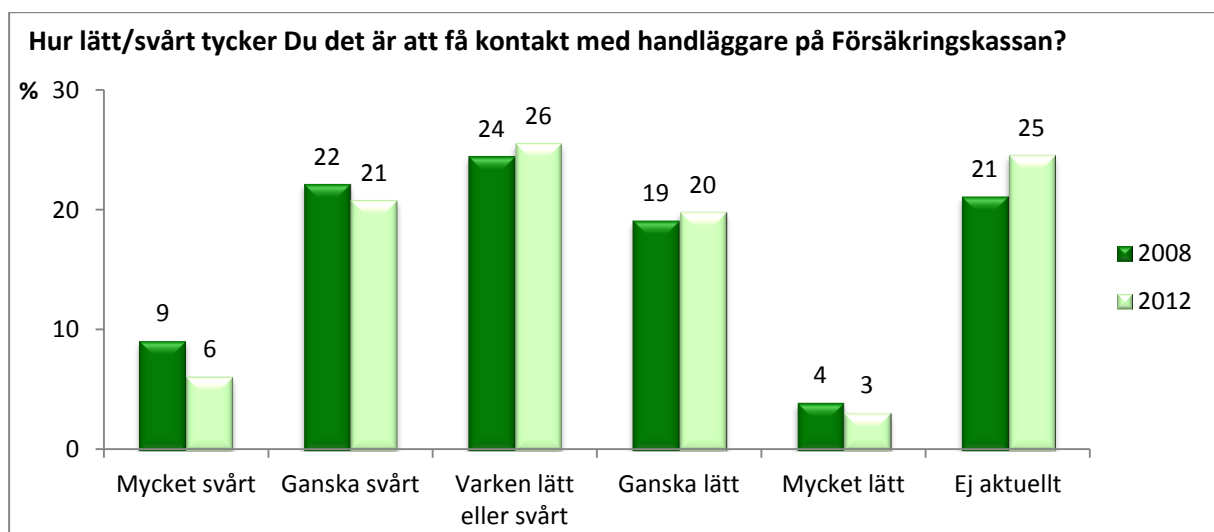
## Kontakter med Försäkringskassan

Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkätens frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 144), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 146) respektive Samverkan och kontakter (sidan 149). Både andelen läkare som ofta hade kontakt med Försäkringskassan och andelen som aldrig hade det var mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 81).



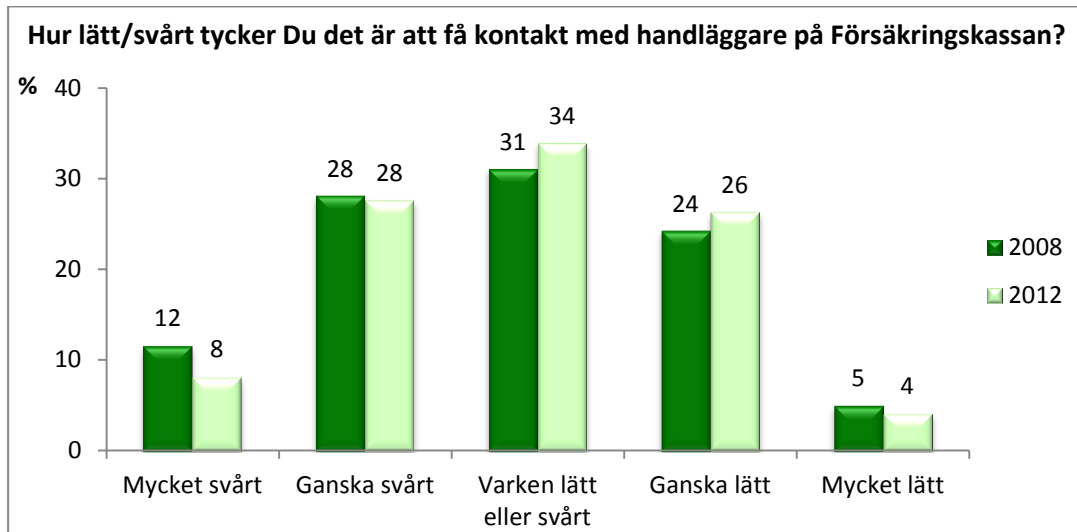
Figur 81. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte var aktuellt något större år 2012 (Figur 82). Såväl andelen som ansåg att det var mycket lätt och andelen som ansåg att det var mycket svårt att få kontakt, var något mindre år 2012 jämfört med 2008.



Figur 82. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

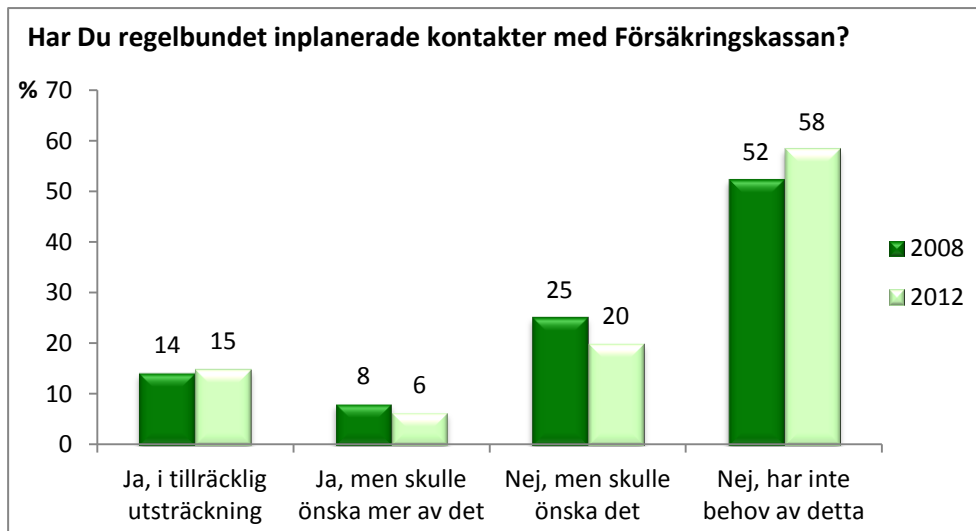
I Figur 83 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 82, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma; andelen som upplevde det mycket svårt att få kontakt var mindre 2012 jämfört med 2008.



Figur 83. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012.

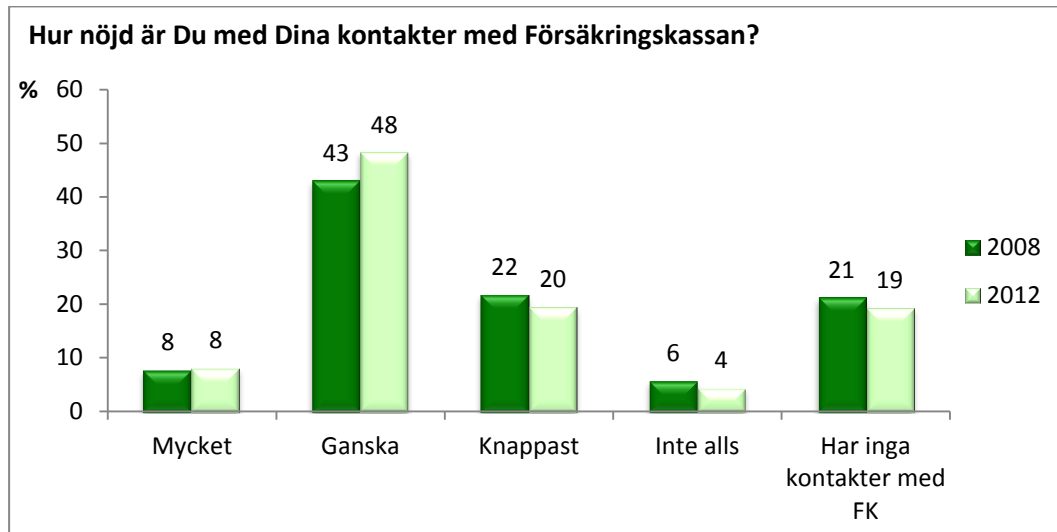
(De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.)

År 2008 önskade en tredjedel av läkarna ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de hade. Motsvarande andel var år 2012 en fjärdedel (Figur 84).



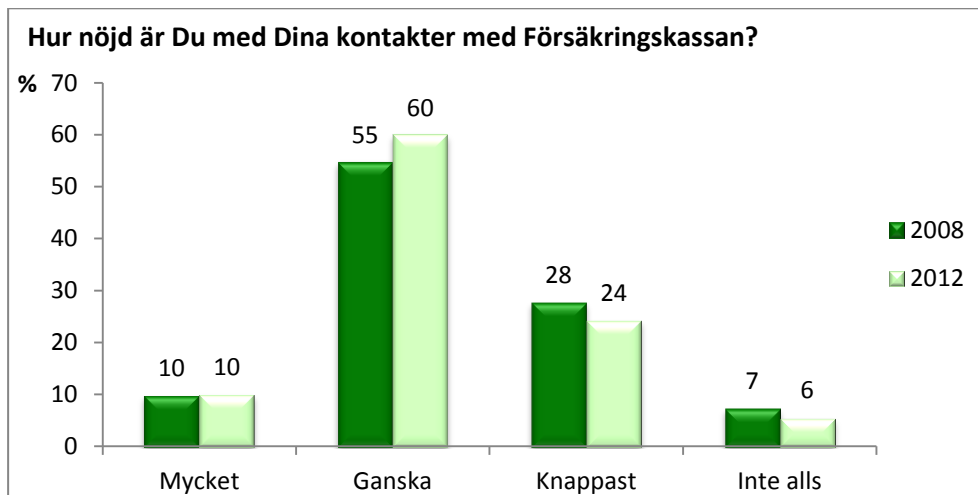
Figur 84. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Åtta procent av läkarna var mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan såväl år 2008 som 2012 (Figur 85). Andelen som var ganska nöjda var större, medan andelen som inte var nöjda var mindre år 2012, jämfört med 2008.



Figur 85. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 86 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 85 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma, men en mindre andel angav att de knappast var nöjda år 2012, jämfört med 2008.



Figur 86. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.)

### ***Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan***

Andelen läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var lika stor 2012 som 2008; 31 respektive 30 procent.

I Figur 87 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andel läkare som upplevde sådana svårigheter respektive år.

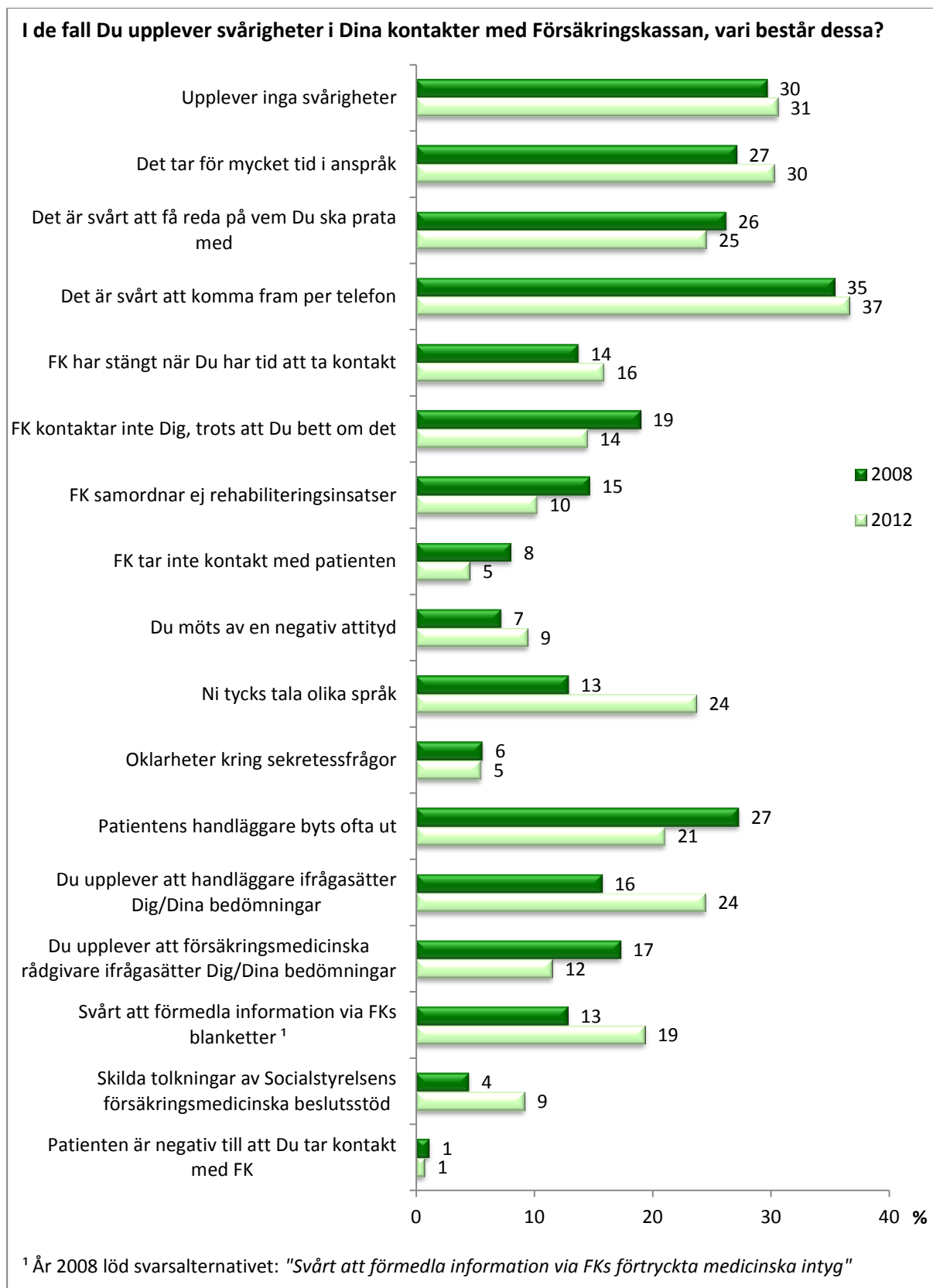
De tre överst listade typerna av svårigheter, som bland annat handlar om tillgänglighet, var de som angavs av störst andel under båda åren och här fanns ingen märkbar skillnad; mellan en fjärdedel och en tredjedel upplevde dessa svårigheter. På motsvarande sätt fanns det ingen större skillnad i andelens storlek vad gäller de svårigheter som få upplevde, såsom att patienten var negativ till kontakt med Försäkringskassan.

För fyra av de nämnda möjliga svårigheterna var det en betydligt större andel som upplevde sådana år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som upplevde att Försäkringskassans personal och läkaren tycktes tala olika språk (11 procentenheter), att handläggare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar (9 procentenheter), respektive att det var svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (7 procentenheter). Det fjärde området gäller skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (5 procentenheter större 2012).

Å andra sidan fanns det svårigheter som en mindre andel upplevde 2012 jämfört med 2008, framförallt dessa fyra: patientens handläggare byts ofta ut (6 procentenheter), försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar (6 procentenheter), att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren (4 procentenheter) samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser (4 procentenheter).

Sammantaget var andelen som upplevde svårigheter mindre år 2012 vad gäller åtta av de listade svårigheterna, jämfört med 2008, och för lika många listade svårigheter var andelen som upplevde dessa större 2012, jämfört med 2008.

Skillnaderna mellan åren var statistiskt signifikanta för alla delfrågor om svårigheter i kontakten med undantag av följande tre: ”Det är svårt att komma fram på telefon”, ”Okklarheter kring sekretessfrågor” och ”Andra problem”.



Figur 87. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2008 respektive 2012.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hantering av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna; vad tidigare utbildningar betytt för sådan kompetens, inom vilka områden man hade behov av fördjupad kompetens, samt olika former för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa sådan kompetens. Några delfrågor har redovisats under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 146) respektive Kontakter och samverkan (sidan 150).

### Kompetensutveckling

Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 60). Framför allt gällde detta betydelsen av ST-utbildning. En något större andel angav 2012, jämfört med 2008, att vidareutbildningar i Försäkringskassans regi bidragit mycket eller ganska mycket till deras försäkringsmedicinska kompetens. Andelen som menade att sådana vidareutbildningar inte alls hade bidragit minskade från 2008 till 2012.

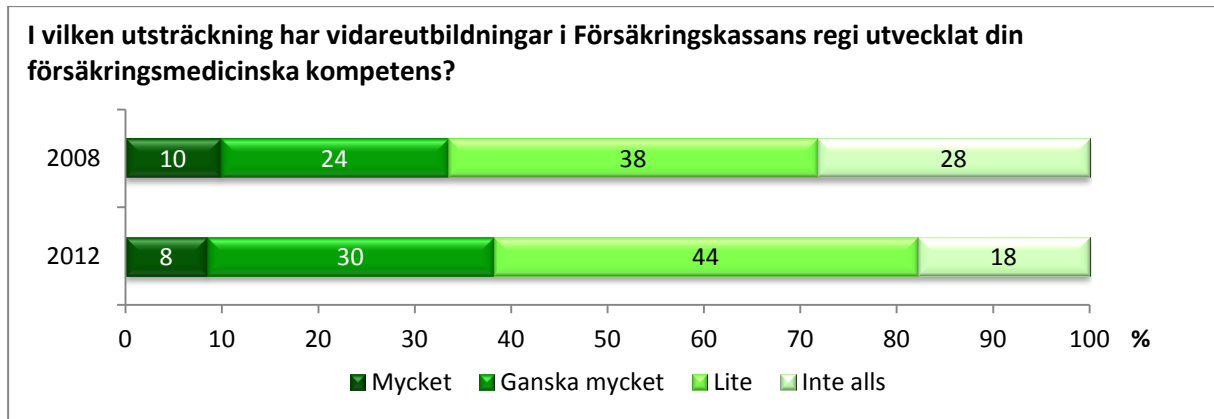
Tabell 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2008	5	12	38	45	- <sup>1</sup>
	2012 <sup>2</sup>	5 (5)	10 (11)	34 (39)	39 (44)	13
AT-utbildning	2008	8	25	38	19	9
	2012	7	23	37	19	14
ST-utbildning	2008	11	28	31	15	15
	2012	7	25	33	17	17
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	8	18	29	21	24
	2012	6	21	31	12	30
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	4	14	27	27	28
	2012	2	10	21	20	46

<sup>1</sup> Svarsalternativet "Ej aktuellt" fanns inte med för denna fråga år 2008.

<sup>2</sup> Siffrorna inom parentes visar andelen av dem som inte svarat 'Ej aktuellt', det vill säga de som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.

I Figur 88 visas fördelningen av svaren på samma fråga när de som svarat 'Ej aktuellt' har exkluderats. Andelen som angav att vidareutbildning i Försäkringskassans regi har bidragit ganska mycket till deras kompetensutveckling inom försäkringsmedicin var tydligt större 2012, jämfört med 2008, och andelen som angav att sådan utbildning inte alls hade bidragit var klart mindre.



Figur 88. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. (De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.)

I Tabell 61 visas i vilken utsträckning läkare med olika examensår ansåg att *grundutbildningen* bidragit till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor. Andelen som ansåg att grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket var betydligt större bland läkare som tog examen efter 2005, jämfört med dem som tog examen före 2001. Tendensen var tydligare 2012, jämfört med 2008.

Tabell 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning grundutbildningen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på det år de tog sin läkarexamen, år 2008 respektive 2012,

I vilken utsträckning har grundutbildningen bidragit till Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Antal (n)	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
<i>2008 års enkät</i>						
Läkarexamen år 2005-2008	1484	8	27	51	14	
Läkarexamen år 2001-2004	1263	5	16	49	29	
Läkarexamen år 1992-2000	2296	4	9	42	46	
Läkarexamen år 1967-1991 <sup>1</sup>	5910	5	8	32	55	
Information om examensår saknas <sup>2</sup>	1593	9	13	31	47	
<i>2012 års enkät</i>						
Läkarexamen år 2009-2012	1130	12	27	48	13	1
Läkarexamen år 2005-2008	1188	6	18	48	27	1
Läkarexamen år 2001-2004	992	4	10	50	35	2
Läkarexamen år 1992-2000	2054	3	8	38	46	4
Läkarexamen år 1969-1991 <sup>1</sup>	4420	3	5	27	49	16
Information om examensår saknas <sup>2</sup>	2169	5	8	22	32	33

<sup>1</sup> Före 1992 är informationen om examensår inte exakt, ofta är examensår lika med legitimationsår.

<sup>2</sup> Flera av dessa läkare har troligtvis tagit sin examen utomlands.

Ett likartat mönster kan ses för allmäntjänstgöringen (AT) (Tabell 62); ju närmare i tiden allmäntjänstgöringen (AT) låg, desto större andel upplevde att den i hög grad bidragit till kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor.

Tabell 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning AT-utbildningen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på det år de fick sin läkarlegitimation, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har AT-utbildningen bidragit till Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Antal (n)	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
<i>2008 års enkät</i>						
Legitimerad år 2005-2008	1941	14	37	30	9	11
Legitimerad år 2001-2004	1784	12	31	37	12	8
Legitimerad år 1992-2000	2701	7	26	45	18	4
Legitimerad år 1967-1991	5401	5	16	40	28	11
Ej legitimerade	1033	13	35	29	8	14
<i>2012 års enkät</i>						
Legitimerad år 2009-2012	1872	14	38	31	7	11
Legitimerad år 2005-2008	1768	8	29	35	10	17
Legitimerad år 2001-2004	1472	7	28	40	13	13
Legitimerad år 1992-2000	2407	5	20	45	21	9
Legitimerad år 1971-1991	3827	3	13	35	31	18
Ej legitimerade	612	11	29	32	12	16

I Tabell 63 visas att andelen läkare med pågående eller avslutad specialistutbildning (ST) som ansåg att just ST-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden var mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning ST-utbildningen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för ST-läkare respektive specialister, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har ST-utbildningen bidragit till Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Antal (n)	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
<i>2008 års enkät</i>						
Pågående ST-utbildning	2782	15	35	33	13	4
Specialistutbildade	8847	11	30	34	18	8
<i>2012 års enkät</i>						
Pågående ST-utbildning	2710	11	30	36	17	6
Specialistutbildade	8353	7	26	35	19	13



**Behov av fördjupad kompetens**

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 64). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som hade behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; denna var 14 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken och om bedömning av patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning var andelen som ansåg sig ha mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre (cirka tio procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Att skriva läkarintyg var båda åren det område där lägst andel ville ha mer kompetens.

Tabell 64. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande områden.	2008	2012
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	57	43
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	58	48
Vilka krav som ställs i olika yrken	56	47
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	51	42
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	31	23
Utforma optimala handlingsplaner	43	36
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	25	20
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	20	21

År 2012 angav en mindre andel stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen (7 procentenheter mindre) och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen (till exempel rehabiliteringspenning), medan en lika stor andel, jämfört med 2008, angav behov av ökad kunskap kring privata försäkringar (Tabell 65). År 2012 svarade mer än hälften av läkarna att de hade behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen.

Tabell 65. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Mycket eller ganska stort behov att fördjupa Din kompetens inom följande områden.	2008	2012
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	48	41
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet *	58	53
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	42	43

Mönstret att en mindre andel läkare hade ett stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 visar sig även vad gäller kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 66).

Tabell 66. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Mycket eller ganska stort behov att fördjupa sin kompetens inom följande områden.	2008	2012
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	49	39
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	56	47
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	57	50
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	56	48
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	50	42

### **Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning**

I Tabell 67 visas andelen läkare som angav att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor hade stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Den största skillnaden mellan åren var att en större andel år 2012 angav att de satte stort värde på kurser i försäkringsmedicin (40 % 2012 jämfört med 33 % 2008). Även handledning angavs av en betydligt större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (40 respektive 34 %). Andelen som ansåg att information via Internet var av stort värde var likaledes större 2012, jämfört med 2008.

Tabell 67. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	45	21
	2012	40	41	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	17	58	25
	2012	15	63	22
Information via Internet	2008	22	52	26
	2012	28	54	18
Kurser i försäkringsmedicin	2008	33	45	22
	2012	40	44	16
Kurser i konflikthantering	2008	16	39	45
	2012	17	40	44
Konferenser, seminarier	2008	17	51	33
	2012	22	48	29
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	24	43	32
	2012	23	40	36

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att ha en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 68. Hälften av läkarna (49 %) svarade år 2012 att *”ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning”* var av stort värde, jämfört med 42 procent år 2008. Båda åren värderade hälften av läkarna *”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten”* högt för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning.

För två av frågorna fanns det ingen statistiskt signifikant skillnaden mellan åren, nämligen: *”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten”* och *”att få bättre ersättning för att skriva intyg”*.

Tabell 68. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	26	41	33
	2012	22	40	37
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	25	41	34
	2012	22	40	38
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	49	37	14
	2012	50	37	13
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	42	40	18
	2012	49	36	16
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	26	30	44
	2012	27	29	44

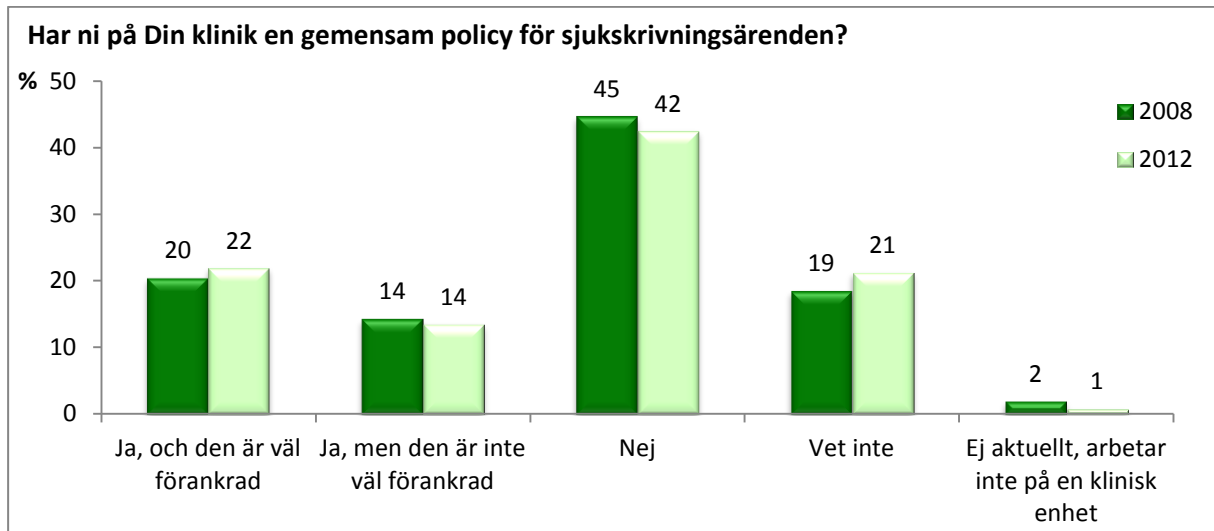
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 146) och Samverkan och kontakter (sidan 150).

## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Frågor som förekom i både 2008 och 2012 års enkäter och som kan hänföras till organisatoriska förutsättningar gäller följande tre områden; om det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen, om läkaren har stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden samt frågor om tid för arbete med sjukskrivningsärenden.

### ***Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden***

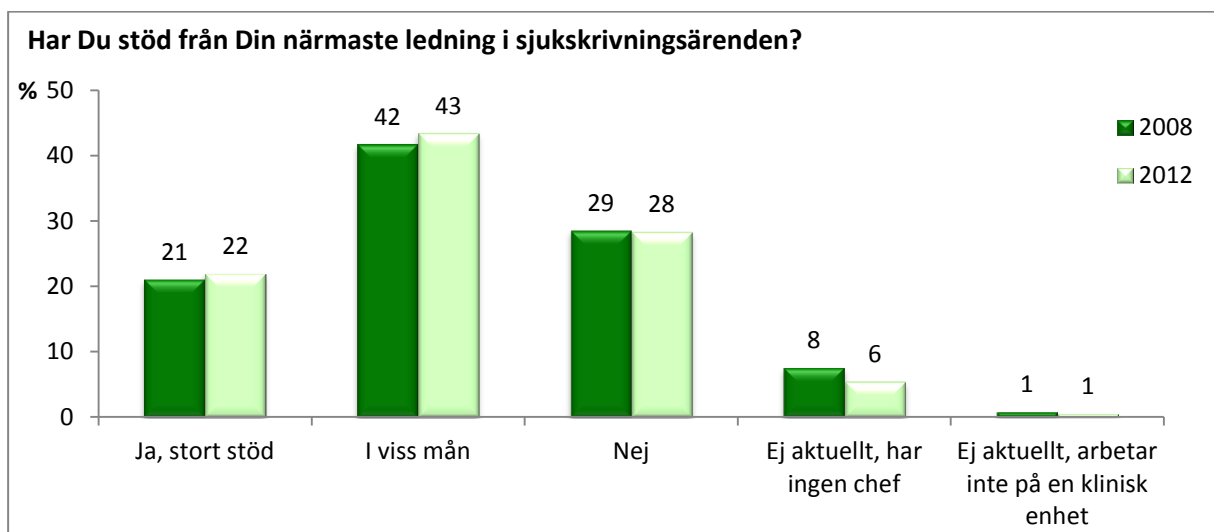
Det var inga större skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren. År 2012 uppgav en något större andel att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på den egna kliniken (Figur 89), jämfört med 2008. Även andelen läkare som inte visste om det fanns en policy var större 2012, skillnaden var tre procentenheter. Andelen som uppgav att en sådan policy inte fanns var två procentenheter mindre 2012 än 2008.



Figur 89. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

### ***Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning***

Även andelen som upplevde stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren (Figur 90).



Figur 90. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

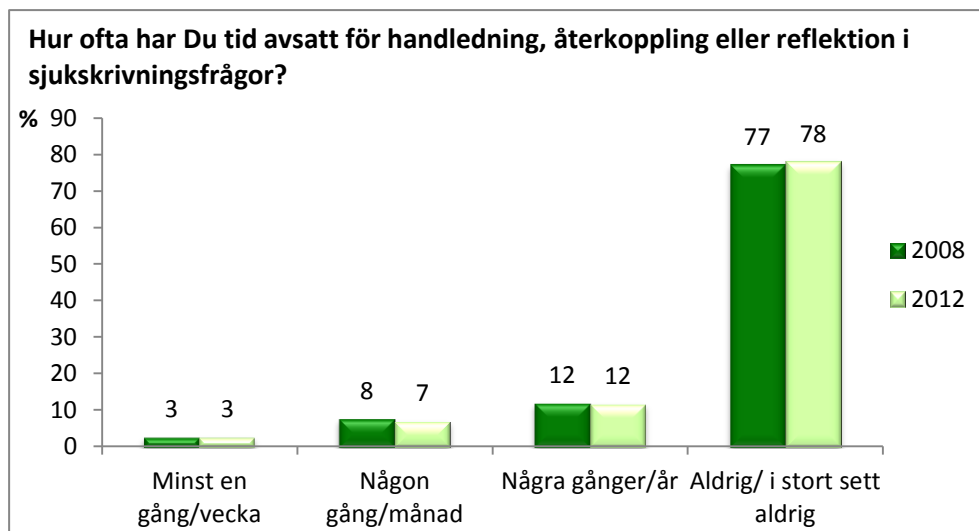
### Tid till arbete med sjukskrivning

Ungefär var tredje läkare hade år 2012 daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid och kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden, även om andelen var något mindre jämfört med 2008 (Tabell 69).

Tabell 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	24	33	18	9	17
	2012	22	34	19	11	14
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	32	31	17	9	11
	2012	30	31	19	11	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	34	23	17	11	15
	2012	29	22	18	14	17

Närmare 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 91).



Figur 91. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

### *Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012*

I stora drag var det samma problem och möjligheter som framkom både 2008 och 2012, även om dessa varierade något mellan åren. Att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga upplevdes fortsättningsvis vara mycket eller ganska problematiskt av en klar majoritet av läkarna.

Andelen som använde Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var större 2012, och andelen som angav ett behov av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var mindre. Andelen som menade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet hade stort värde i deras arbete med sjukskrivning var klart större 2012, jämfört med 2008.

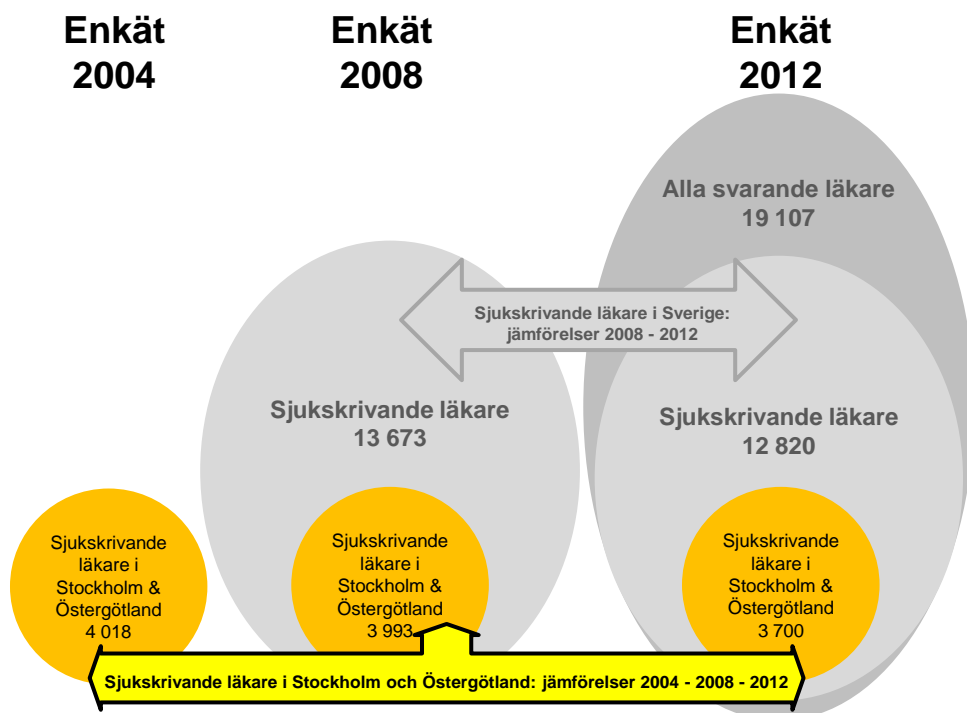
Andelen som angav att de samråder med kollegor i sjukskrivningsärenden var mindre, och en större andel uppgav att så kallad second opinion, det vill säga att en annan läkare bedömer samma patient, och även att kontakter med kollegor och/eller annan vårdpersonal saknade värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning 2012 jämfört med 2008.

Behovet av kompetensutveckling angavs av en mindre andel 2012 jämfört med 2008. De interventioner som genomförts kan ha bidragit till en större tydlighet i ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna. En större andel av läkarna angav 2012 att de satte stort värde på såväl kurser i försäkringsmedicin som ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Även handledning angavs av en betydligt större andel vara av stort värde 2012 jämfört med 2008. Sammanfattningsvis angav fortfarande 2012 runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga och om vilka krav som ställs i olika yrken, kring andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet, och kring Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.

# 4.

## Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv; 2004-2008-2012

### Stockholm och Östergötland







## 4. Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv; Stockholm och Östergötland

I detta kapitel redovisas resultat från jämförelser mellan svaren på de 73 frågor som ingick i samtliga tre enkäterna, 2004, 2008 och 2012, för sjukskrivande läkare som vid respektive enkättillfälle var yngre än 65 år och huvudsakligen arbetade i Stockholm eller Östergötland och ingick i urvalet.

I Tabell 70 visas antal sjukskrivande läkare som svarat på enkäterna respektive år. Andelen yngre var större 2008 och 2012, jämfört med år 2004, och andelen svarande i det äldre åldersskiktet var mindre 2012. Andelen svarande som hade en specialistutbildning var något mindre 2008 och 2012.

Tabell 70. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012, andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister.

	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-65 år %	Specialistutbildade %
2004	4018	50	50	24	44	32	73
2008	3993	52	48	32	37	31	69
2012	3700	54	46	34	37	29	68

Andelen läkare från Östergötland i studiepopulationen var mindre än från Stockholm; 17 procent 2012 och 2008 och 14 procent 2004.

Antal och andel läkare på de kliniker/mottagningar som specificerats i enkäterna redovisas i Tabell 71. År 2004 svarade störst andel läkare, 30 procent, att de huvudsakligen arbetade vid ”*Annan klinik/mottagning*” än de i enkäten specificerade. I enkäterna 2008 och 2012 lades ett antal fasta svarsalternativ till. De läkare som angett att de arbetade på någon av de kliniker/mottagningar som tillkommit 2008 och 2012 har i detta kapitel hänförs till kategorin ”*Annan klinik/mottagning*”<sup>6</sup>. Samtliga tre år var vårdcentral den enskilda klinik/mottagning där störst andel av de svarande sjukskrivande läkarna arbetade. Andelen var något högre de två senare åren (27 respektive 29 %) jämfört med 2004 (24 %).

Tabell 71. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar i Stockholm och Östergötland, 2004, 2008 respektive 2012.

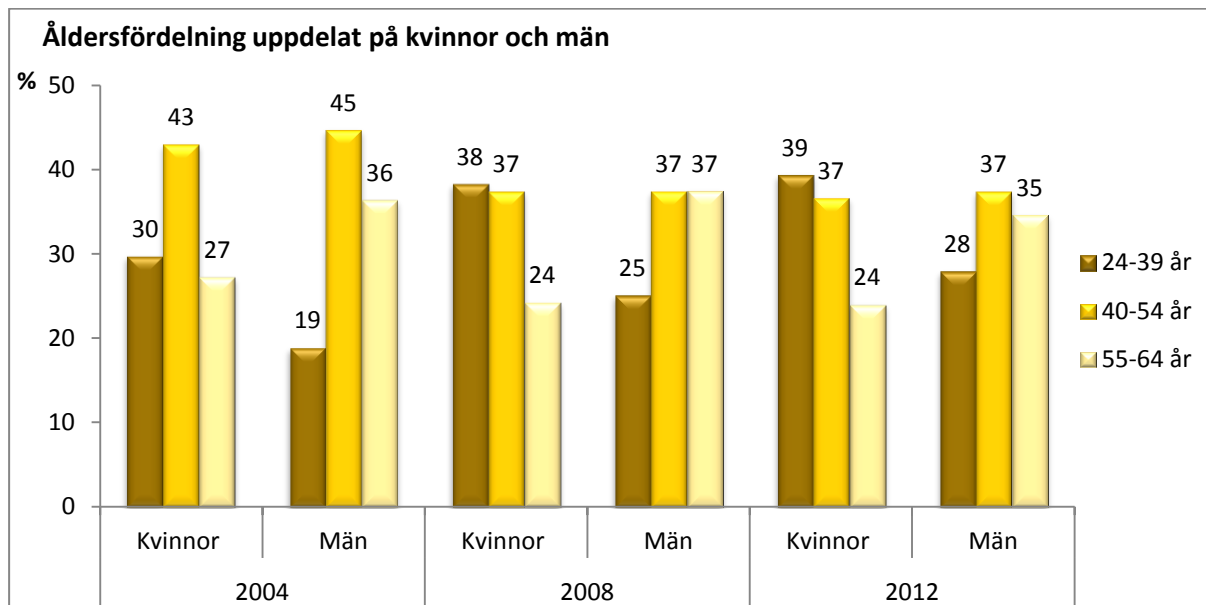
Klinik/mottagning	2004		2008		2012	
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)
Företagshälsovård	123	3	123	3	73	2
Gynekologi	282	7	270	7	235	6
Invärtesmedicin	363	9	494	12	474	13
Kirurgi	294	7	367	9	360	10
Onkologi	105	3	109	3	114	3
Ortopedi	189	5	195	5	180	5
Psykatri	399	10	365	9	335	9
Rehabilitering	52	1	58	1	46	1
Vårdcentral	954	24	1059	27	1060	29
Annan klinik/mottagning	1214	30	929	23	808	22
<b>Samtliga läkare<sup>1</sup></b>	<b>4018</b>	<b>100</b>	<b>3993</b>	<b>100</b>	<b>3694</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Antalet för ’samtliga läkare’ överstiger summan för klinikerna, eftersom en liten andel (1,1 % 2004, 0,6 % 2008 respektive 0,2 % 2012) läkare inte svarade på frågan om kliniktilhörighet.

<sup>6</sup> Orsaken till att vi i 2008 och 2012 års enkäter utökade antalet valbara kliniker, är att ett betydande antal inom kategorin ’*Annan*’ i 2004 års enkät var sjukskrivande läkare.

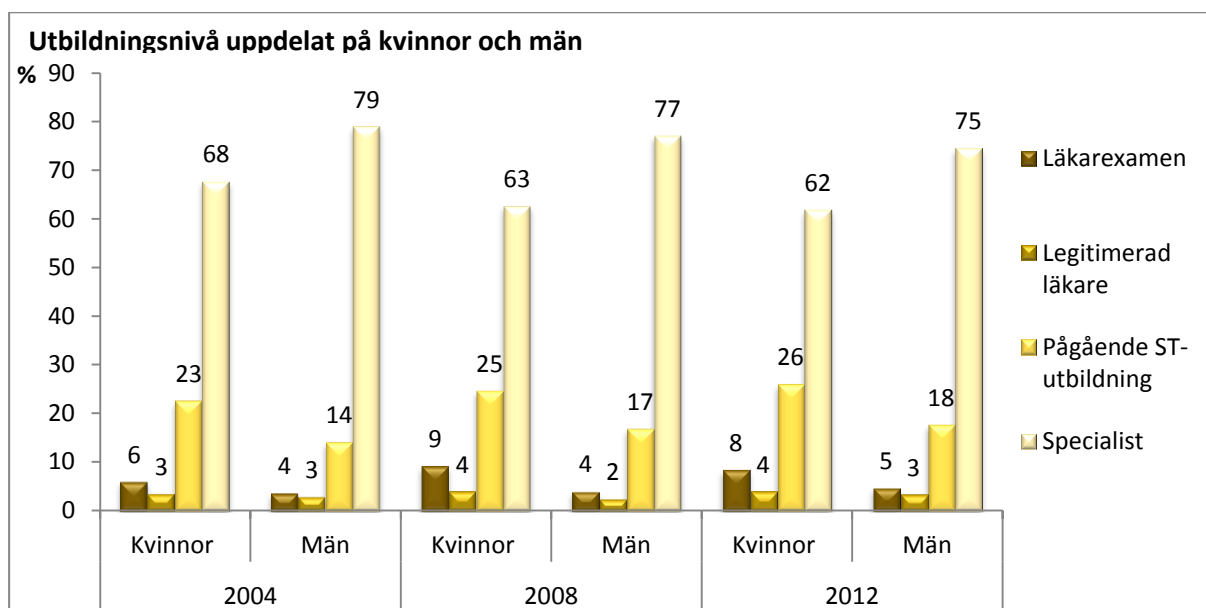
## Bakgrundsfaktorer

Andelen yngre (24-39 år) svarande var högre de två senare åren (2008 och 2012), bland såväl kvinnor som män (Figur 92).



Figur 92. Åldersfördelningen (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.

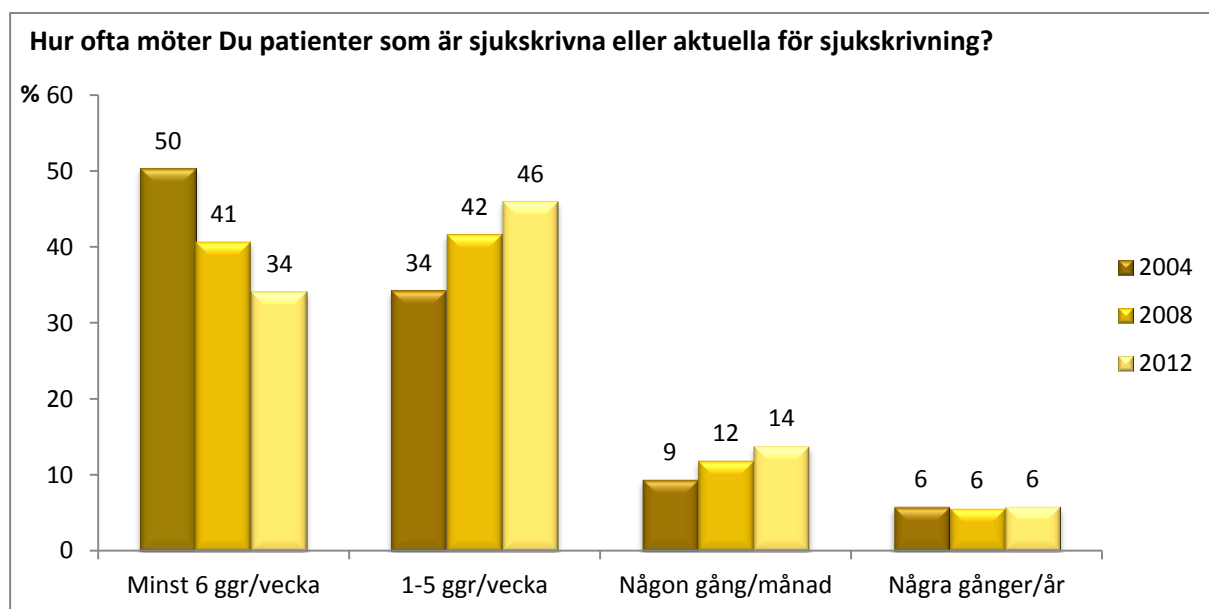
Att andelen yngre läkare var större 2008 och 2012, jämfört med 2004, återspeglas i att andelen läkare med specialistutbildning var något mindre såväl år 2008 som år 2012 (Figur 93).



Figur 93. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

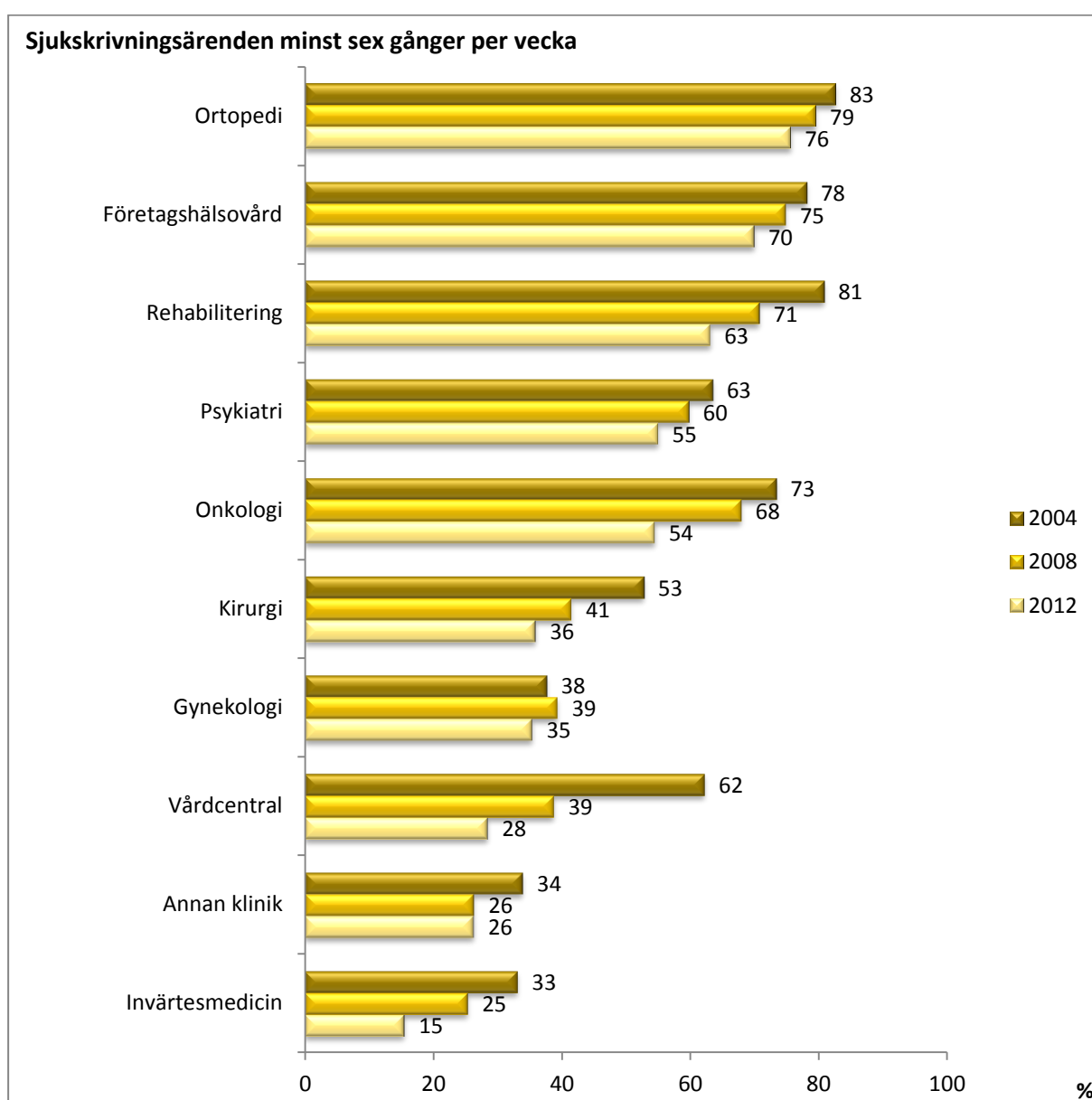
Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka blev successivt mindre under de tre åren, medan andelen som hade sådana ärenden mellan en och fem gånger i veckan blev större (Figur 94).



Figur 94. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

För att kunna jämföra hur ofta förekommande sjukskrivningsärenden var på de olika typerna av kliniker de tre olika åren har 'sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan' använts. I Figur 95 visas en tydlig, men svag, trend; andelen läkare med minst sex sjukskrivningsärenden per vecka var mindre 2008 jämfört med 2004, och vid samtliga kliniker utom 'Annan klinik' även mindre 2012 jämfört med 2008. Ett undantag fanns, nämligen för läkare inom gynekologi, som överlag var den kliniska verksamhet där skillnaderna mellan de tre åren var minst.

Inom onkologi, rehabilitering och kirurgi var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka knappt 20 procentenheter mindre år 2012, jämfört med 2004. På vårdcentraler var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka betydligt mindre 2008 (39 %) jämfört med 2004 (62 %), det vill säga 23 procentenheter mindre.

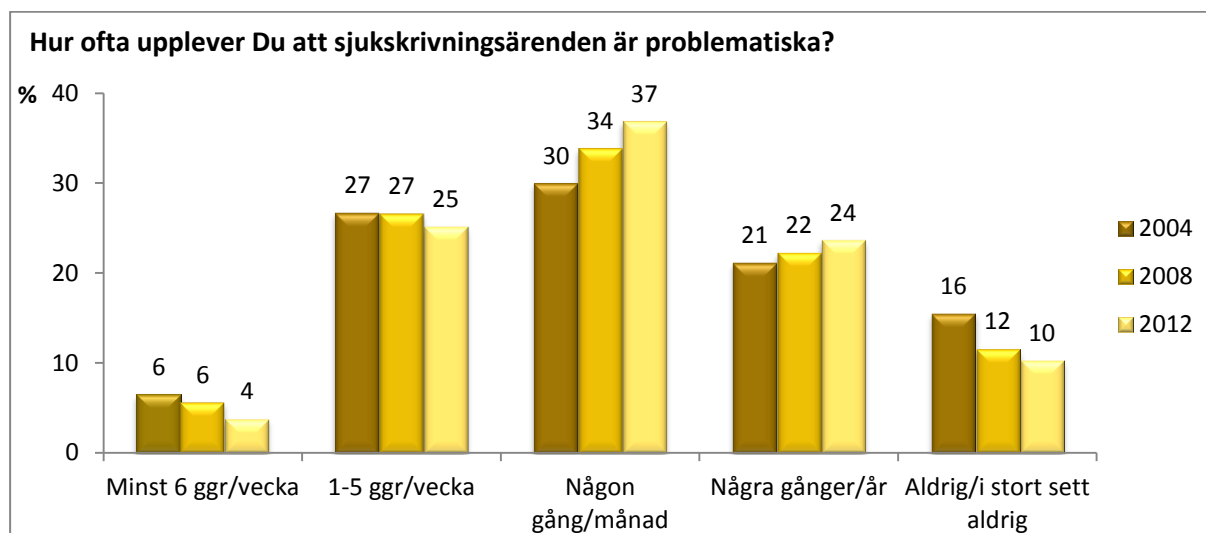


Figur 95. Andel (%) läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008 respektive 2012.

## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som i stort sett aldrig upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska var mindre år 2008 jämfört med 2004, och även mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 96).

Andelen som ofta (>6 gånger/vecka) upplevde att dessa ärenden är problematiska var något mindre 2012, jämfört med 2004 och 2008. Andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska någon gång per månad var större 2008 än 2004 och ännu större 2012. Skillnaderna mellan åren var små, och bör relateras till skillnaden i andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka (se Figur 94).



Figur 96. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008 respektive 2012.

### Allvarlighetsgrad av specifika problem

Enkäterna innehöll ett antal frågor om huruvida olika aspekter relaterade till hantering av sjukskrivningsärenden upplevdes som problematiska, och i så fall i vilken grad. En betydligt större andel läkare 2008 och 2012, jämfört med 2004, ansåg att det var mycket eller ganska<sup>7</sup> problematiskt att bedöma patienters funktionsförmåga (Tabell 72). Även när det gällde att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig var andelen som upplevde detta problematiskt större 2008 och 2012, jämfört med 2004. Att bedöma patienternas arbetsförmåga upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet av läkarna alla tre åren.

År 2008 och 2012 var det, jämfört med 2004, en mindre andel som upplevde det mycket eller ganska problematiskt att handlägga förlängning av en sjukskrivning påbörjad av en kollega, att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen, och framför allt att hantera situationer när det fanns en oenighet visavi patienten vad gäller hennes/hans sjukskrivning. För flertalet listade aspekter var andelen som upplevde de olika listade situationerna som problematiska något mindre såväl 2008 som 2012, och framför allt 2012, jämfört med 2004.

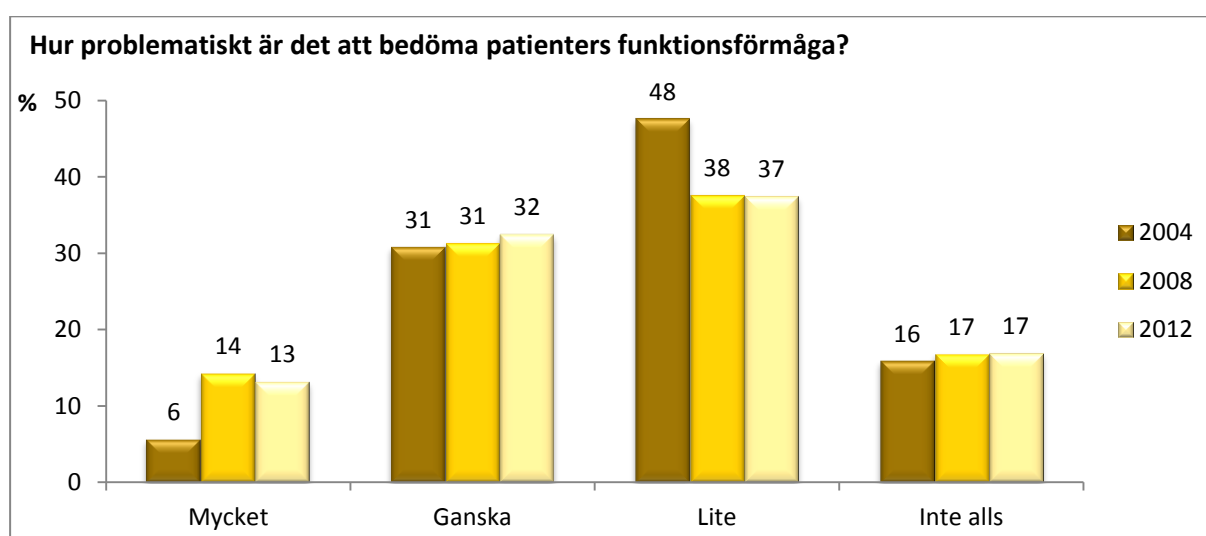
<sup>7</sup> Fyra svarsalternativ; *Mycket*, *Ganska*, *Lite*, *Inte alls*; här har de som svarade *Mycket* och *Ganska* summerats.

Tabell 72. Andel (%) läkare som svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andel läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	2004	2008	2012
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	36	46	46
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	54	56	56
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	30	26	27
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	38	34	32
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	54	49	49
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	39	43	43
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	55	49	48
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	61	46	45
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK 7263) till FK	33	35	33

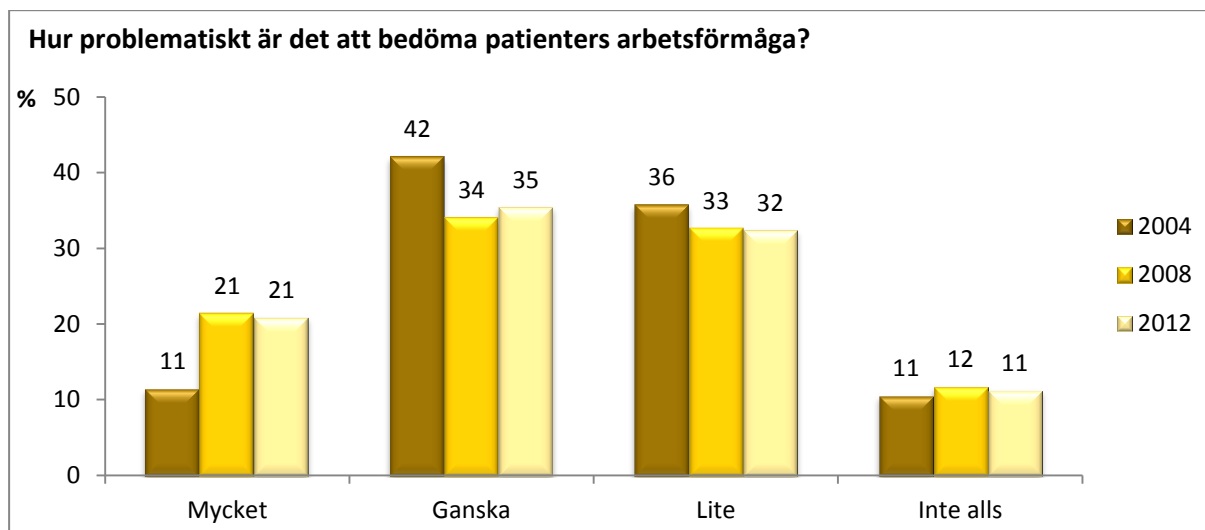
Resultaten för frågorna i Tabell 72 visas även för alla nio delfrågor i nedanstående figurer (Figur 97 till och med Figur 105).

År 2008 var andelen läkare som tyckte att det är mycket problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt större, samtidigt som andelen som upplevde detta som lite problematiskt var mindre, jämfört med 2004 (Figur 97). Mellan åren 2008 och 2012 fanns det däremot inga skillnader.



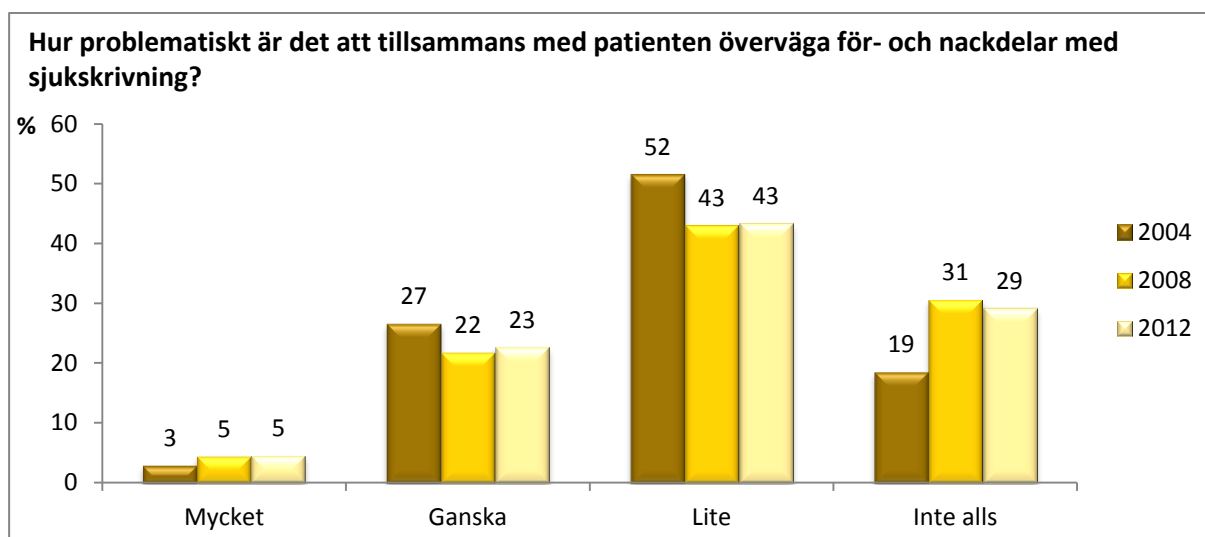
Figur 97. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma patientens funktionsnedsättning, år 2004, 2008 respektive 2012.

På frågan om läkaren tyckte det är problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter upplevde en större andel det som mycket problematiskt såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004 (Figur 98).



Figur 98. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, år 2004, 2008 respektive 2012.

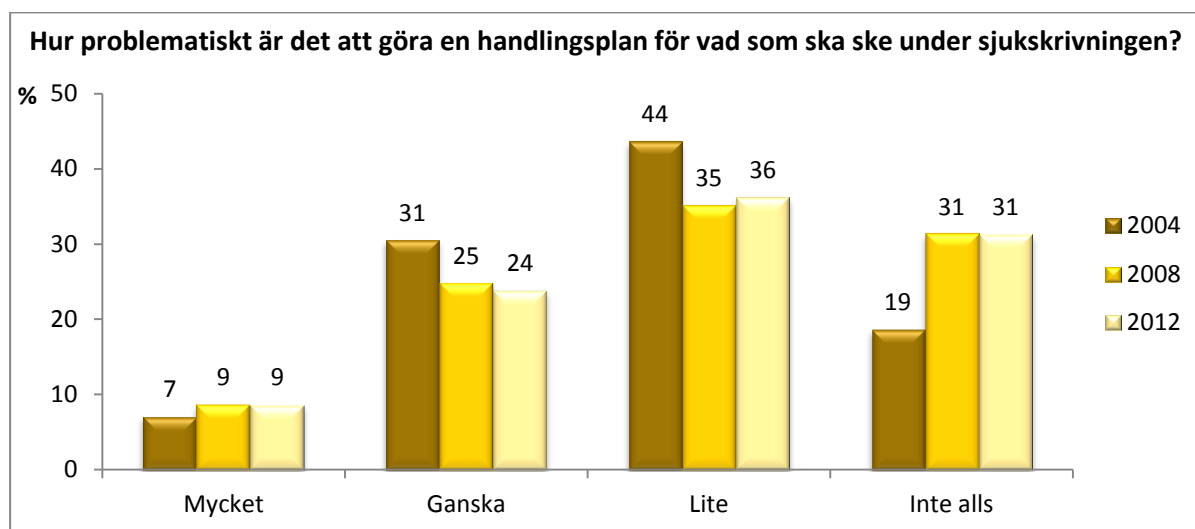
Andelen läkare som uppgav att de inte alls har problem med att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning var större 2008 och 2012, jämfört med 2004 (Figur 99).



Figur 99. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

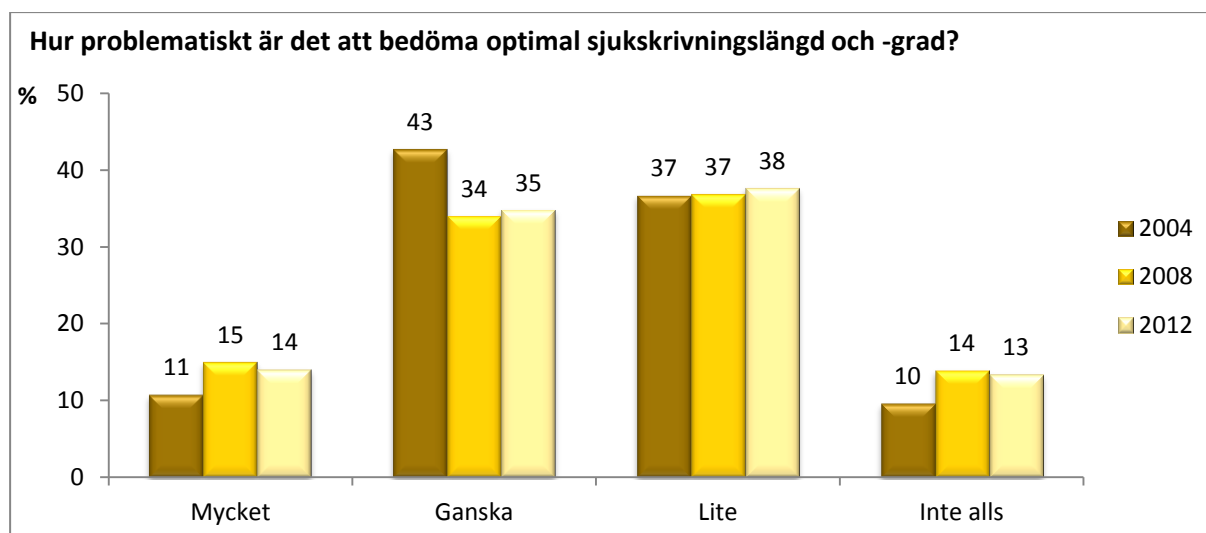


Andelen som uppgav att det inte alls var problematiskt att göra en handlingsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen var större såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004, det vill säga ett likartat svarsmönster som i föregående figurer (Figur 100).



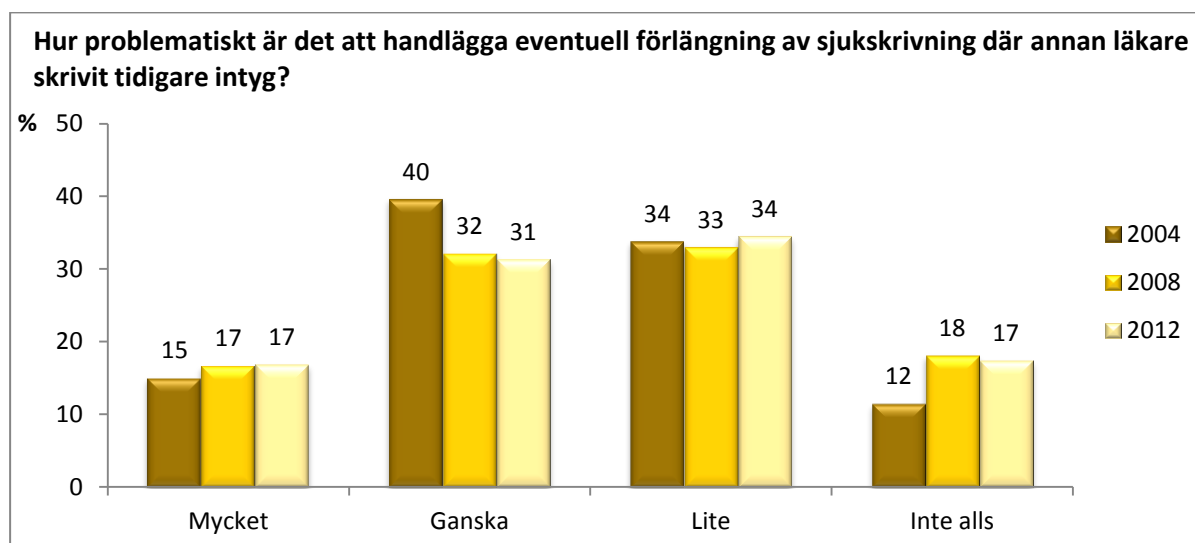
Figur 100. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden, år 2004, 2008 respektive 2012.

Fördelningen av svaren på frågan hur problematiskt läkaren tycker det är att bedöma optimal längd och grad av en sjukskrivning skilde sig åt mellan 2004 och 2008, men inte mellan 2008 och 2012 (Figur 101).



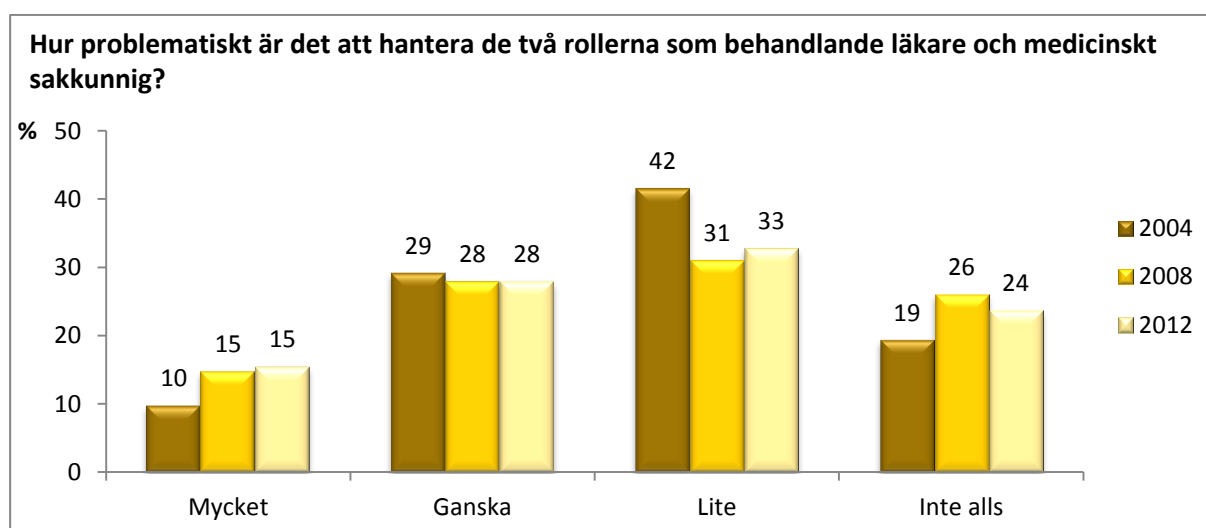
Figur 101. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivningen, år 2004, 2008 respektive 2012.

Ett likartat mönster återkommer i svaren på frågan om handläggning av eventuell förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg; de största skillnaderna i andelarnas storlek fanns mellan 2004 och 2008 (Figur 102).



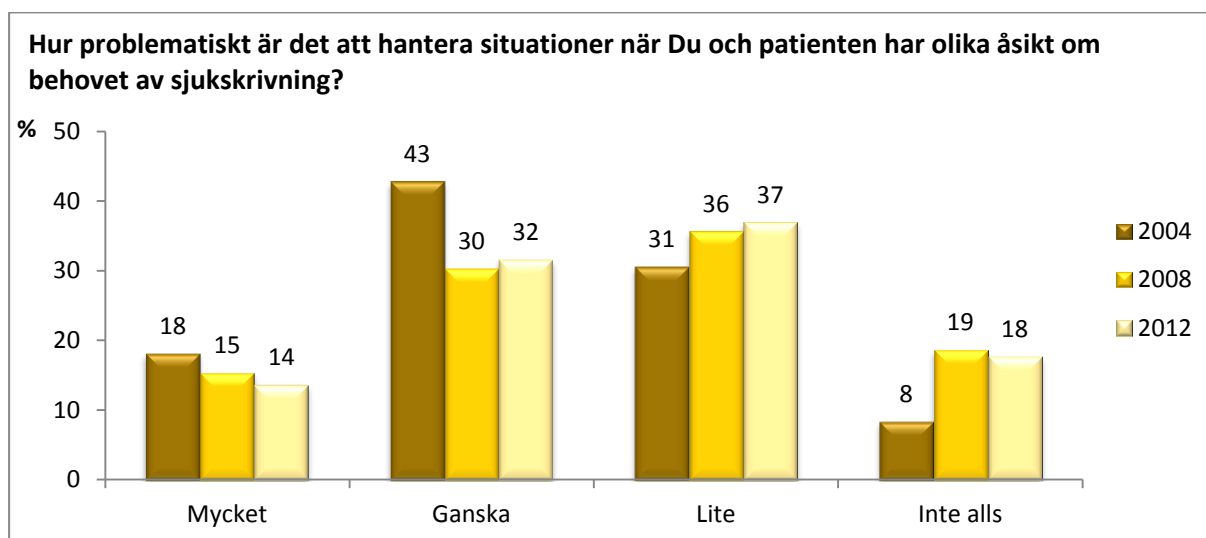
Figur 102. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, år 2004, 2008 respektive 2012.

År 2008 och 2012 tyckte en större andel (15 %) att det var mycket problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, jämfört med 2004, då tio procent ansåg detta (Figur 103). Samtidigt var det även de senare åren är en större andel som inte tyckte att detta var problematiskt, jämfört med 2004.



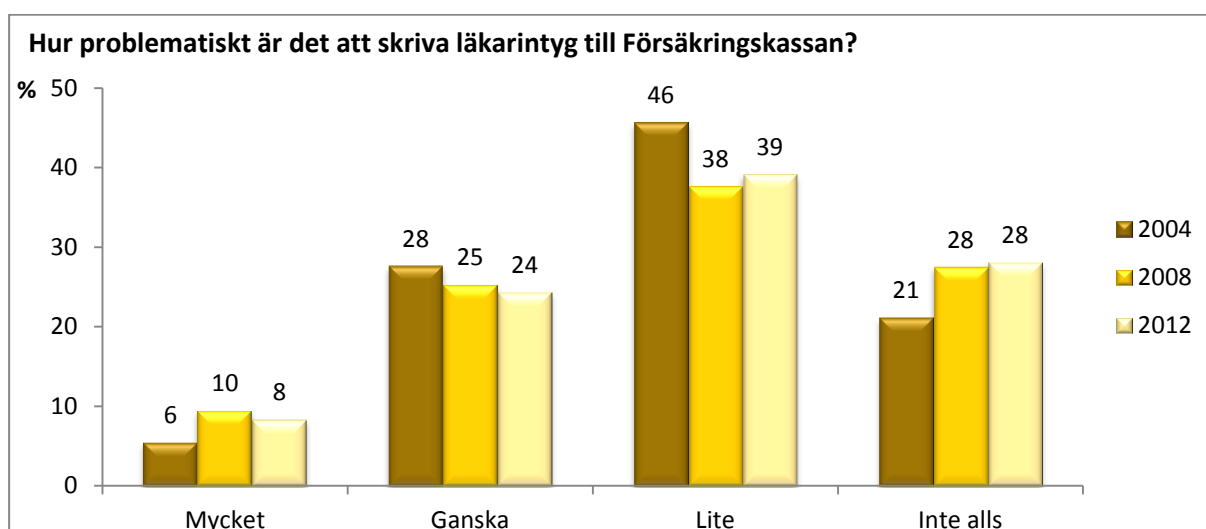
Figur 103. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig gentemot Försäkringskassan och andra myndigheter, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andelen läkare som tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer då läkaren själv och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning var mindre 2008 och 2012 (46 respektive 45 %), jämfört med år 2004 (61 %) (Figur 104).



Figur 104. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

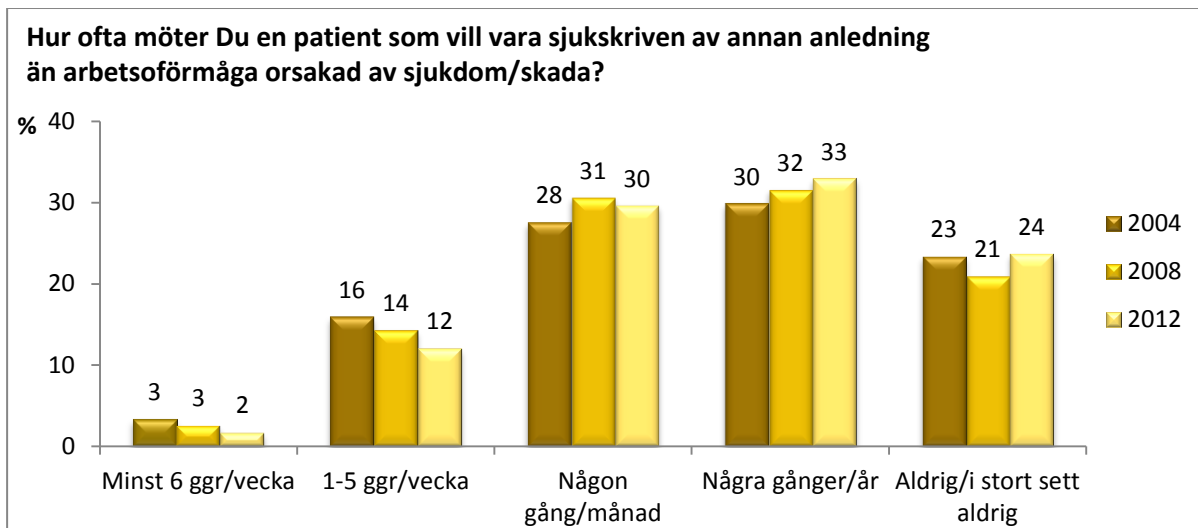
Relativt få läkare tyckte det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, även om denna andel var större 2008 och 2012 jämfört med 2004 (Figur 105). Vid en sammanläggning av svarsalternativen ganska och mycket problematiskt finns endast en marginell skillnad mellan åren. Även andelen läkare som inte alls tyckte det var problematiskt att skriva läkarintyg var större 2008 och 2012.



Figur 105. Andel (%) läkare som tyckte det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012.

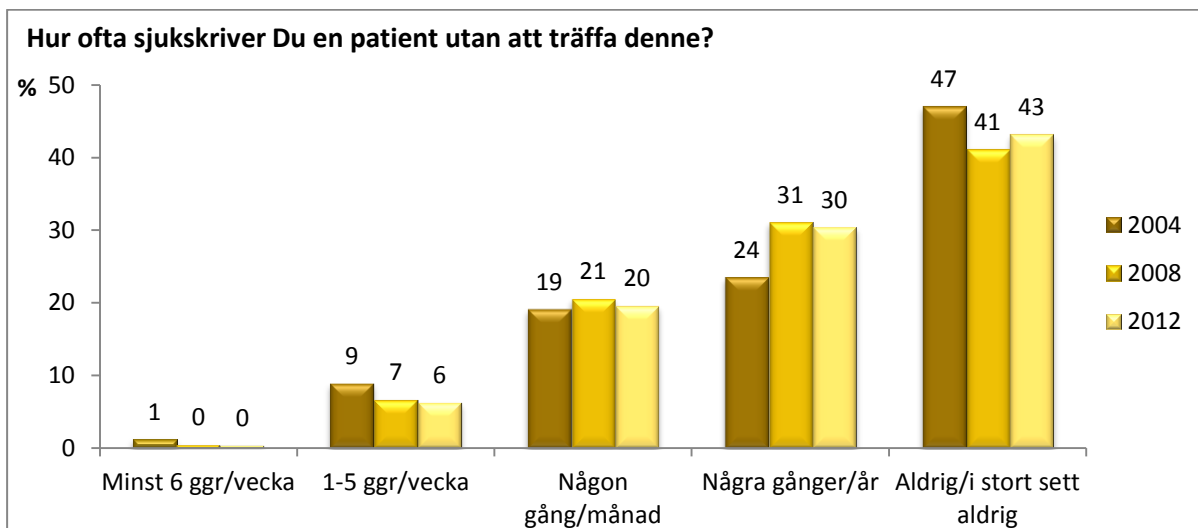
### Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan möter en patient som vill vara sjukskriven för någon annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada var mindre 2008 och 2012, jämfört med 2004 (Figur 106). Andelen som uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplevde en sådan situation var i stort sett densamma under de tre åren.



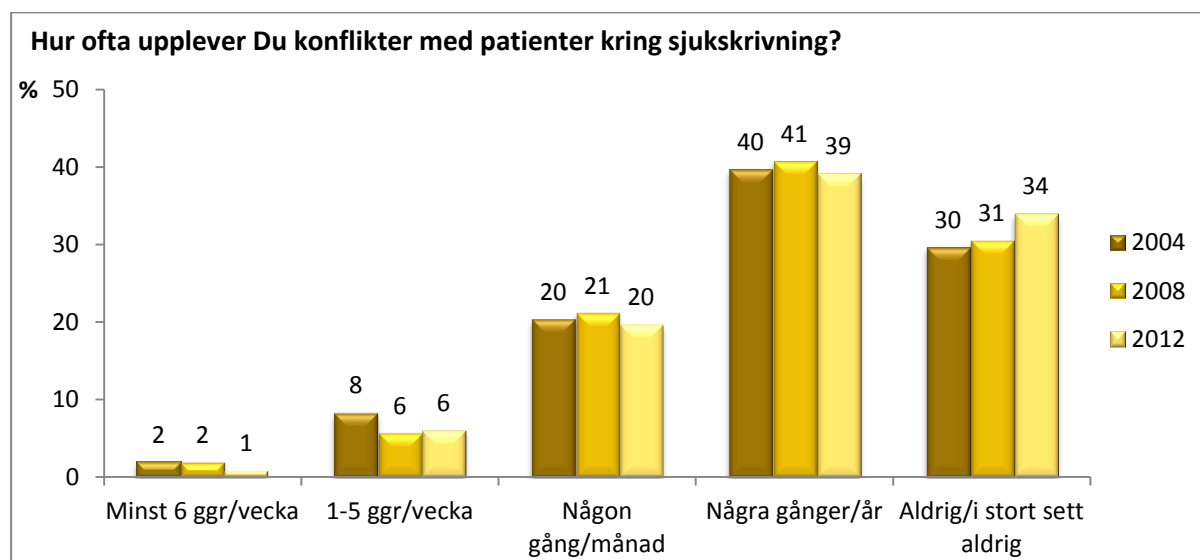
Figur 106. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient utan att träffa denne var även den mindre såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004 (Figur 107). Andelen som aldrig gjorde detta var även den mindre under de senare åren.



Figur 107. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom (t.ex. vid telefonkontakt), år 2004, 2008 respektive 2012.

En svag tendens fanns till att en mindre andel upplevde konflikter med patienter varje vecka 2008 och 2012, jämfört med 2004 (Figur 108). Andelen som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde sådana konflikter blev också något större under åren.



Figur 108. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

### Oro, och hot

Det var inte någon större skillnad mellan åren när det gäller andelen som upplevde oro för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning eller att känna sig hotad av en patient (Tabell 73).

Tabell 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever hot, oro eller konflikter i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...	Minst någon gång/vecka			Aldrig/i stort sett aldrig		
	2004	2008	2012	2004	2008	2012
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2	1	1	81	82	84
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2	1	2	85	85	86

## Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

I samtliga tre enkäter förekom sex frågor om att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Det finns en trend över de tre åren som visar att andelen läkare som uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning och behandling blev allt mindre (Tabell 74). Tendensen var tydligast när det gäller väntetider till utredning hos Försäkringskassan; fyra procent angav år 2012 att de sjukskrev en patient längre än vad som skulle vara nödvändigt på grund av sådana väntetider minst någon gång per vecka, jämfört med tolv procent 2004.

Frågan om sjukskrivning längre än nödvändigt på grund av att adekvat behandling saknas var 2004 en enda fråga, som 2008 och 2012 delades upp i två mer preciserade frågor för att få svar på om brist på tillgänglig kognitiv beteendeterapeut (KBT-terapeut) var en anledning till onödigt långa sjukskrivningsperioder. I Tabell 74 presenteras en sammanslagning av de två frågorna från 2008 och 2012 med hjälp av en justering av svaren (se metod sidan 25).

Tabell 74. Andel (%) läkare i relation till svar på frågan om hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	2	11	21	28	38
	2008	1	9	22	36	32
	2012	1	7	20	35	38
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	10	18	22	48
	2008	1	5	15	24	54
	2012	1	3	10	23	63
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	2004	1	5	13	20	61
	2008	1	3	9	21	67
	2012	<0,5	2	8	20	69
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	5	14	25	55
	2008	<0,5	3	11	26	61
	2012	<0,5	3	8	23	66
... väntetider till behandling?	2004	2	11	21	33	32
	2008	1	8	23	38	29
	2012	1	6	20	39	34
... att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi)? <sup>1</sup>	2004	2	7	15	22	55
	2008	1	4	13	24	58
	2012	1	4	10	25	61

<sup>1</sup> Sammanslagning av två frågor 2008 och 2012.

Resultat från frågorna som redovisas tabellen ovan visas även i figuren nedan.

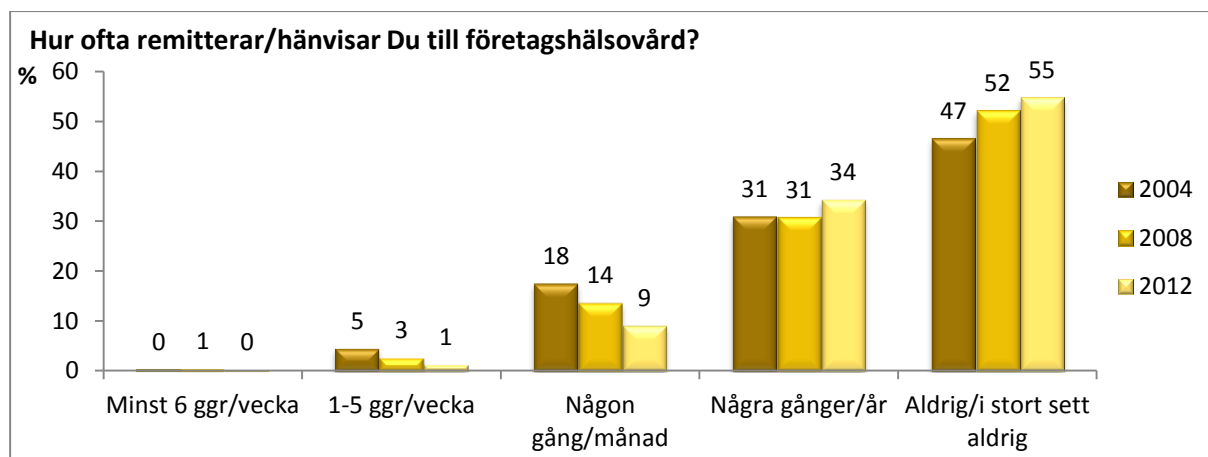
Andelen som respektive år angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång per vecka på grund av väntetider till olika åtgärder visas i Figur 109. Här ses en tydlig trend från 2004 till 2012, med en successivt mindre andel som angav att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av olika typer av väntetider.



Figur 109. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008 respektive 2012.

## Samverkan och kontakter

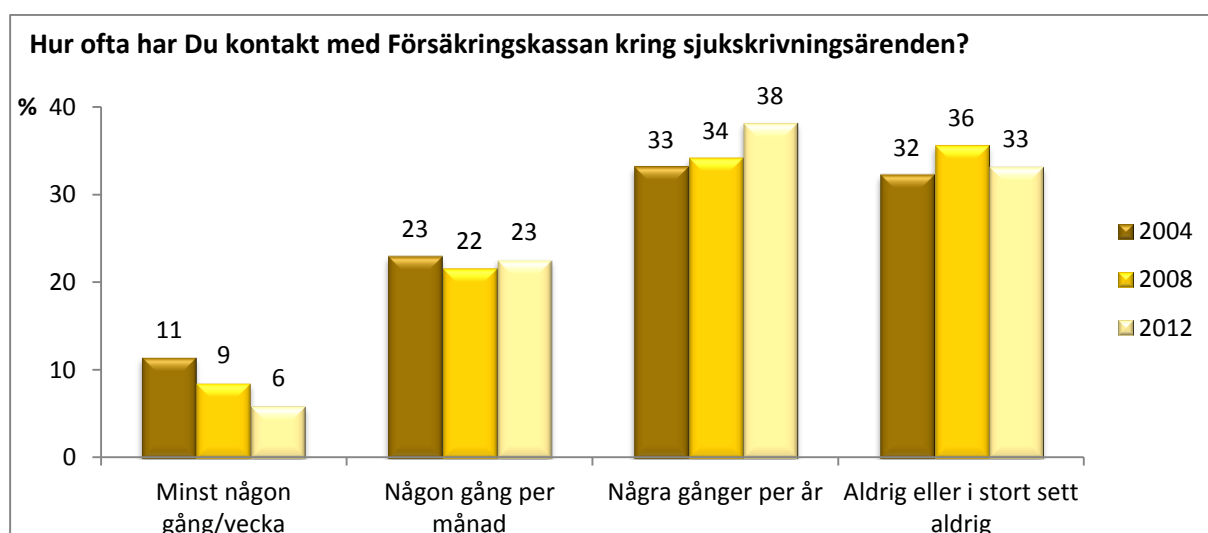
En fråga om samverkan och kontakter fanns med i alla tre enkäterna, nämligen frågan om hur ofta man remitterade eller hänvisade en patient till företagshälsovård. Andelen som gjorde detta minst en gång i veckan var mycket låg alla de tre åren, och andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde det var större 2008 jämfört med 2004, och allra störst 2012 (Figur 110). Andelen som remitterade eller hänvisade till företagshälsovården minst en gång i månaden halverades mellan 2004 och 2012.



Figur 110. Andel (%) läkare i relation till hur ofta man remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008 respektive 2012.

## Kontakter med Försäkringskassan

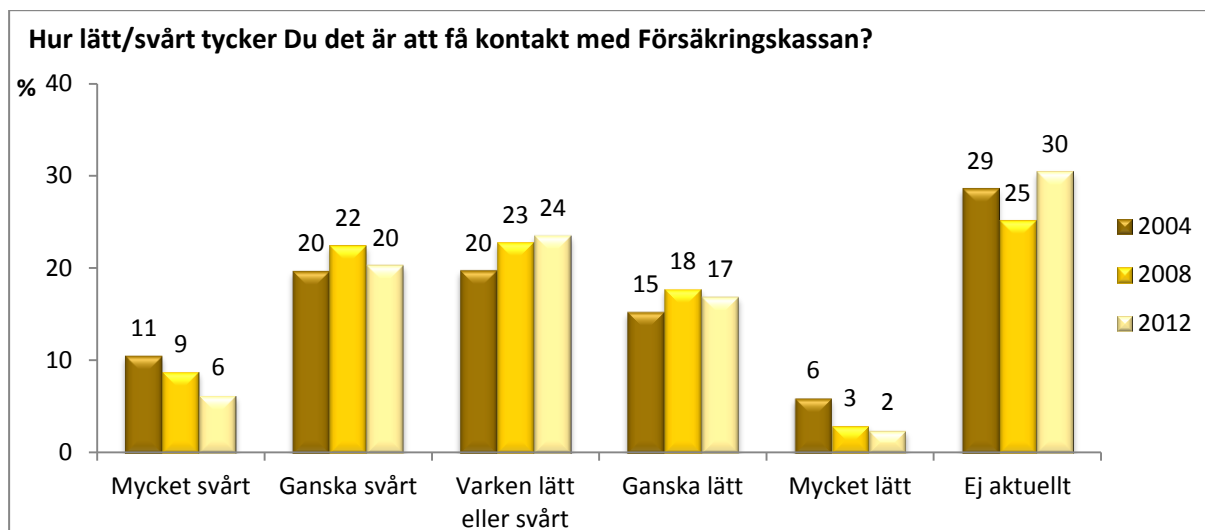
Andelen läkare som hade kontakt med någon på Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004 (Figur 111). Vid alla tre enkäterna angav en tredjedel att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan.



Figur 111. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

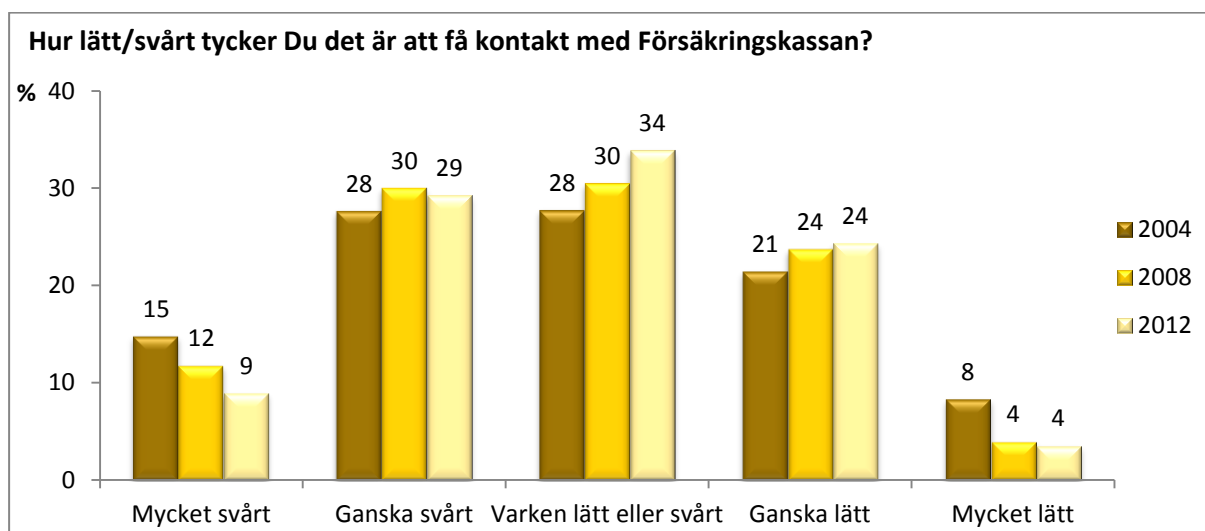


På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare fanns alternativet "Ej aktuellt" med. Tjugonio procent angav detta svar år 2004, 25 procent 2008 och 30 procent 2012 (Figur 112). Såväl andelen som ansåg det mycket lätt som andelen som tyckte det var mycket svårt att få kontakt var mindre 2008 och 2012, jämfört med 2004.



Figur 112. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012.

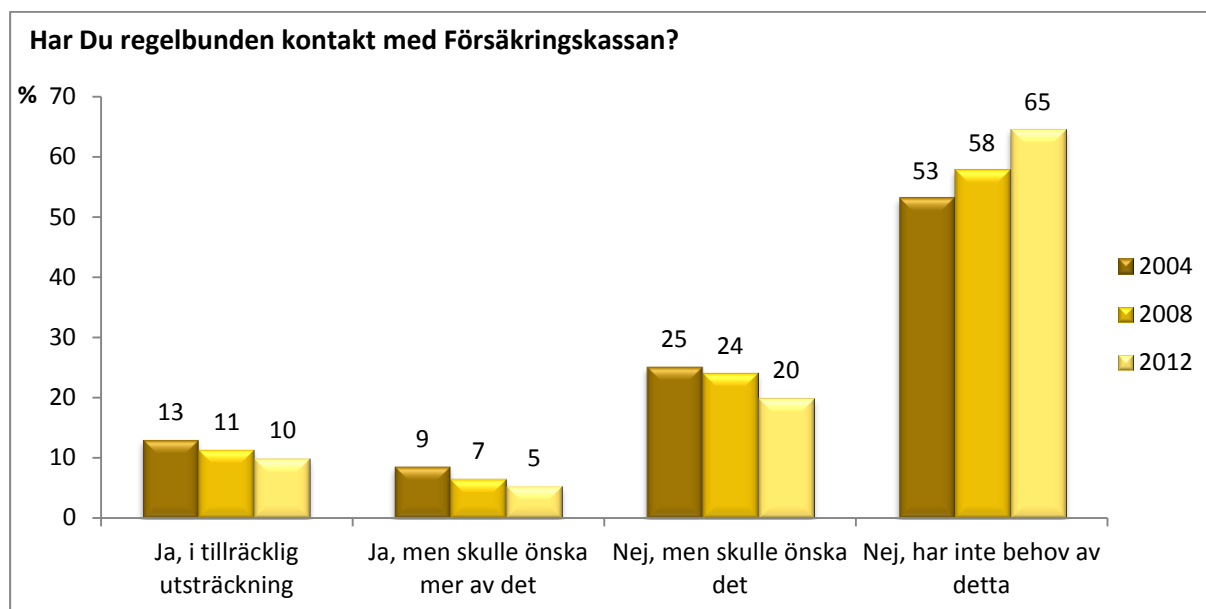
När läkarna som svarade att det inte var aktuellt för dem med kontakter med Försäkringskassan exkluderades ur analyserna var trenden densamma; andelen som ansåg det vara mycket lätt att få kontakt med Försäkringskassan var mindre 2008 och 2012, jämfört med 2004, och att andelen som menade att det var mycket svårt att få kontakt var mindre 2012, jämfört med såväl 2004 som 2008 (Figur 113).



Figur 113. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012.

(De som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.)

Andelen läkare som varken hade eller hade behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan var betydligt större 2012, jämfört med såväl 2004 som 2008 (Figur 114). År 2004 önskade 34 procent fler inplanerade kontakter med Försäkringskassan (sammanslagning av "Ja, men skulle önska mer av det" och "Nej, men skulle önska det"), år 2012 var motsvarande andel 25 procent. Andelen som angav att de inte hade behov av sådan kontakt blev successivt större under åren, och år 2012 svarade två tredjedelar av läkarna detta.



Figur 114. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012.

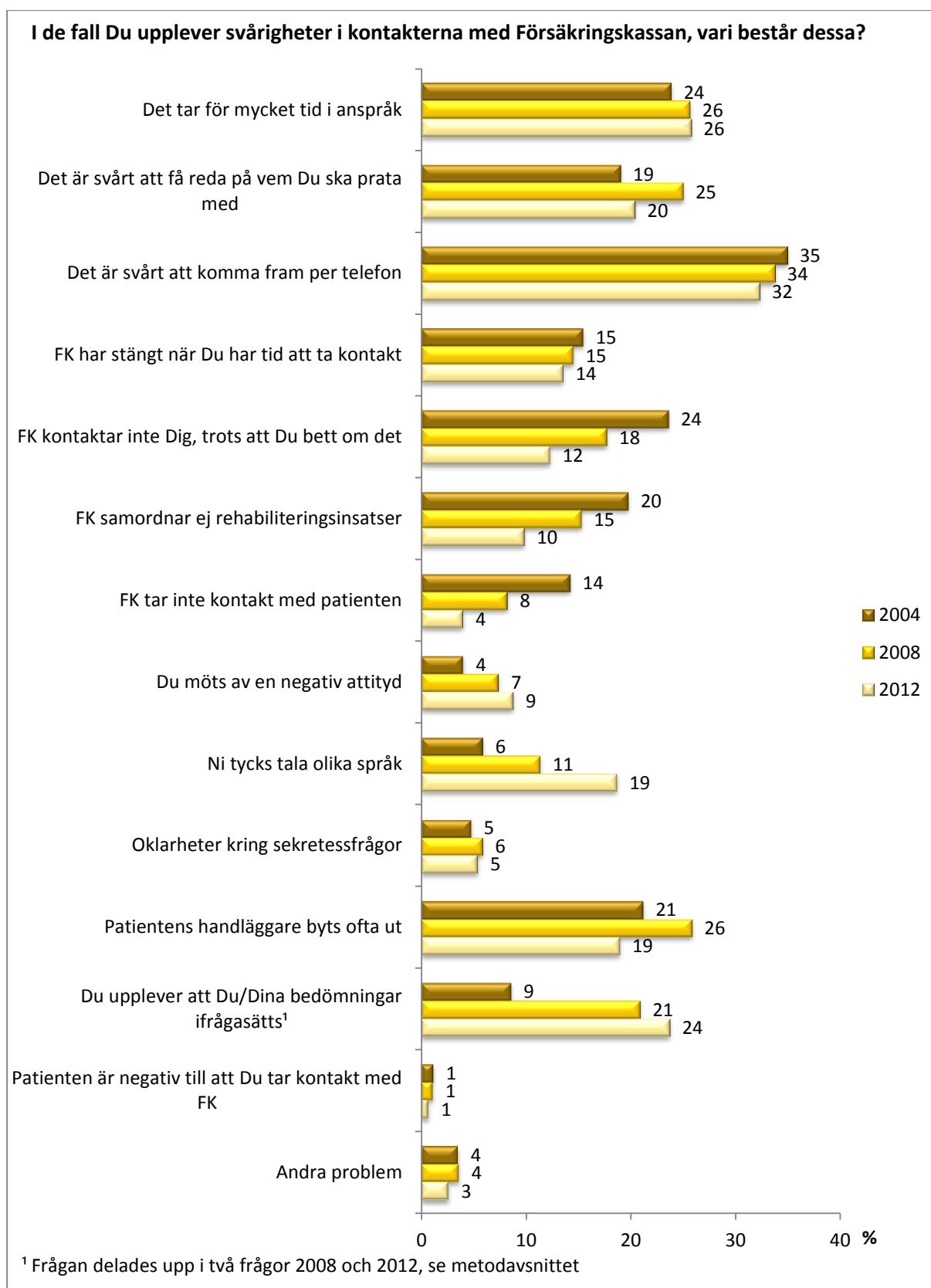
### ***Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan***

I frågan "I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan, vari består dessa?" fanns tretton sådana specificerade typer av potentiella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan med i alla tre enkäterna, och även ett öppet svarsalternativ fanns med ("Andra problem").

Den svårighet som störst andel läkare upplevde i kontakterna med Försäkringskassan samtliga tre år var "Svårt att komma fram per telefon". Omkring en tredjedel (32-35 %) angav detta (Figur 115). Andelen som upplevde att handläggare och läkare tycks tala olika språk och att läkaren möts av en negativ attityd var större 2008 och 2012.

En successivt mindre andel svarade att Försäkringskassan inte kontaktade patienten respektive läkaren själv, samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser.

År 2004 ställdes frågan om läkaren upplevde sig eller sina bedömningar ifrågasatta i kontakten med Försäkringskassan. Frågan delades 2008 och 2012 upp i två separata frågor; en gällde pm Försäkringskassans handläggare, och den andra om Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (tidigare benämnda försäkringsläkare) ifrågasatte läkarens bedömningar. Se metod sidan 25 för hur vi valt att hantera denna ändring i analyserna.



Figur 115. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008 respektive 2012.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre typer av frågor om kompetens i hantering av sjukskrivningsärenden ingick i samtliga tre enkäter. Dessa frågor handlade om hur man fått sådan kompetens, vad man önskade mer kompetens inom samt hur läkaren värderar olika alternativ för fortsatt kompetensutveckling och för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

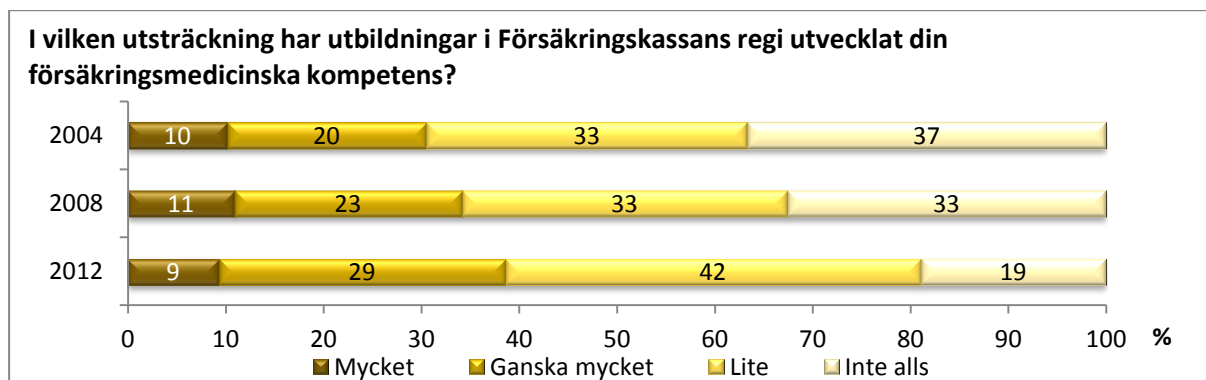
### *Kompetensutveckling*

Andelen som ansåg att den formella utbildningen haft stor betydelse för deras försäkringsmedicinska kompetensutveckling var större 2008 jämfört med 2004, och därefter åter något mindre 2012 jämfört med 2008 (Tabell 75). Andelen som svarade att respektive utbildning inte var aktuell blev större för varje enkätår.

Tabell 75. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2004	3	11	36	49	
	2008	6	12	38	44	
	2012	5	13	41	42	
AT-utbildning	2004	7	26	40	19	7
	2008	9	26	38	17	9
	2012	8	24	36	17	14
ST-utbildning	2004	9	29	34	18	10
	2008	12	28	30	15	15
	2012	8	24	32	18	19
Utbildning i FK:s regi	2004	8	17	27	30	17
	2008	8	17	24	24	27
	2012	6	18	26	12	38

När andelen läkare som svarat att det inte var aktuellt med utbildningar i Försäkringskassans regi exkluderas ur analysen (Figur 116), framgår att andelen läkare som ansåg att deras försäkringsmedicinska kompetens har utvecklats mycket eller ganska mycket via sådana vidareutbildningar var större 2012 jämfört med 2008 och 2004.



Figur 116. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012. (De som svarade 'Ej aktuellt' är här exkluderade.)

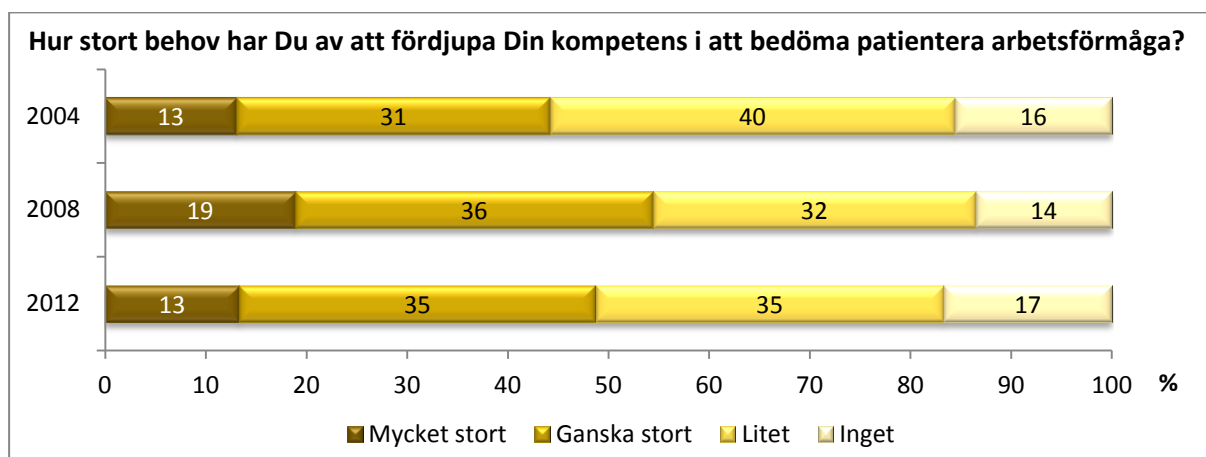
**Behov av fördjupad kompetens**

Generellt uppgav en stor andel läkare behov av fördjupad kompetens inom flera försäkringsmedicinska områden (Tabell 76). Inom de flesta områdena var andelen som uttryckte behov av ökad kompetens mindre 2012 jämfört med såväl 2004 som 2008. Andelen läkare som angav att de ville ha ökad kompetens i att bedöma patienters arbetsförmåga var dock större både 2008 och 2012, jämfört med år 2004. Under alla tre åren önskade en stor andel mer kunskap om de krav som ställs i olika yrken. Att skriva läkarintyg var alla tre åren det område där lägst andel önskade kompetensutveckling, även om en något större andel uppgav behov av detta 2012.

Tabell 76. Andel (%) läkare som svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andel läkare som hade mycket eller ganska stort behov att fördjupa sin kompetens ...	2004	2008	2012
<i>... ökade under åren för följande områden:</i>			
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	44	54	49
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	20	20	23
<i>... var oförändrad under åren för följande områden:</i>			
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	43	44	43
Vilka krav som ställs i olika yrken	46	52	46
<i>... minskade under åren för följande områden:</i>			
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	50	54	45
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	49	49	43
Utforma optimala handlingsplaner	42	41	36
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	29	26	23
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	59	59	53
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	63	58	52
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	54	50	42
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	56	50
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	57	49
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	39	31	26

I Figur 117 visas svarsfördelningen för samtliga svarsalternativ på frågan om behov av mer kompetens i att bedöma arbetsförmåga. Andelen som angav behov av detta ökade under åren, och var allra störst 2008.



Figur 117. Andel (%) läkare som hade mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga, år 2004, 2008 respektive 2012.

#### ***Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning***

I 2004 års enkät fanns följande fråga: ”Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?” Frågan formulerades något annorlunda i de två kommande enkäterna (se metod sidan 25).

Samtliga tre år ansåg en stor andel av läkarna att en gemensam mall för arbetsförmågebedömning hade stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Såväl 2004 som 2012 var detta den faktor som angavs ha stort värde av störst andel läkare (45 respektive 50 %) (Tabell 77). År 2008 var kontakter med kollegor och annan vårdpersonal den faktor som den största andelen angav hade stort värde (61 %). År 2004 och 2012 var andelen som ansåg detta drygt 40 procent.

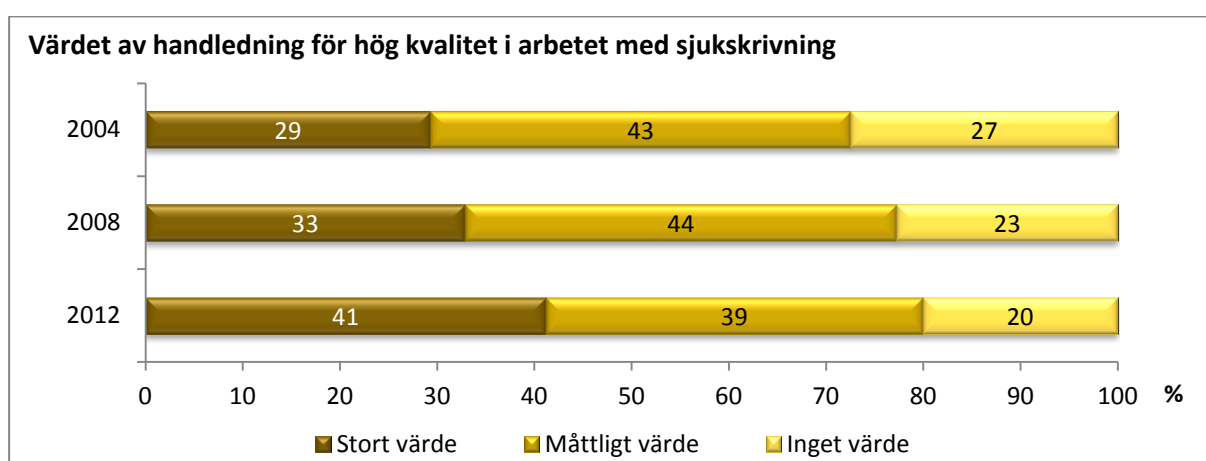
Andelen läkare som svarade att det är värdefullt med kurser, med information via Internet, och med handledning blev allt större under åren. Den motsatta tendensen sågs för andelen läkare som angav att kontakter med patientens arbetsgivare och kontakter med handläggare på Försäkringskassan hade stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet.

Tabell 77. Andel (%) läkare som uppgav att olika typer av utbildningar och kontakter har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andelen läkare som uppgav att faktorerna har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning ...	2004	2008	2012
<i>... ökade under åren för följande faktorer:</i>			
Kurser <sup>1</sup>	30	36	45
Information via Internet	18	23	34
Handledning	29	33	41
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	45	42	50
<i>... var oförändrad under åren för följande område:</i>			
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	41	61	42
<i>... minskade under åren för följande faktorer:</i>			
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	20	17	18
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	36	28	33
Samverkansmöten/avstämningsmöten	31	34	28
Konferenser, seminarier	27	16	23
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	21	15
Kontakter med handläggare och utredare på FK	42	36	32

<sup>1</sup> Sammanslagning av två frågor 2008 och 2012 (se sidan 25).

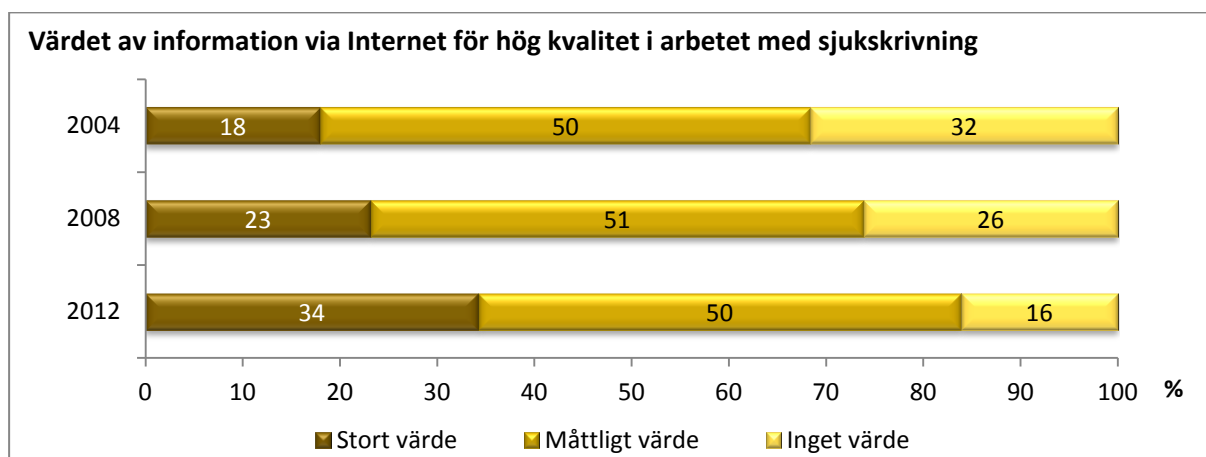
Nedan illustreras även några av resultaten från Tabell 77 i figurform (Figur 118 - Figur 120). År 2004 svarade nästan en tredjedel av läkarna (29 %) att handledning skulle vara värdefullt för deras fortsatta kompetensutveckling inom området (Figur 118). Andelen blev större för varje enkät, och var år 2012 41 procent.



Figur 118. Andel (%) läkare som angav att handledning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

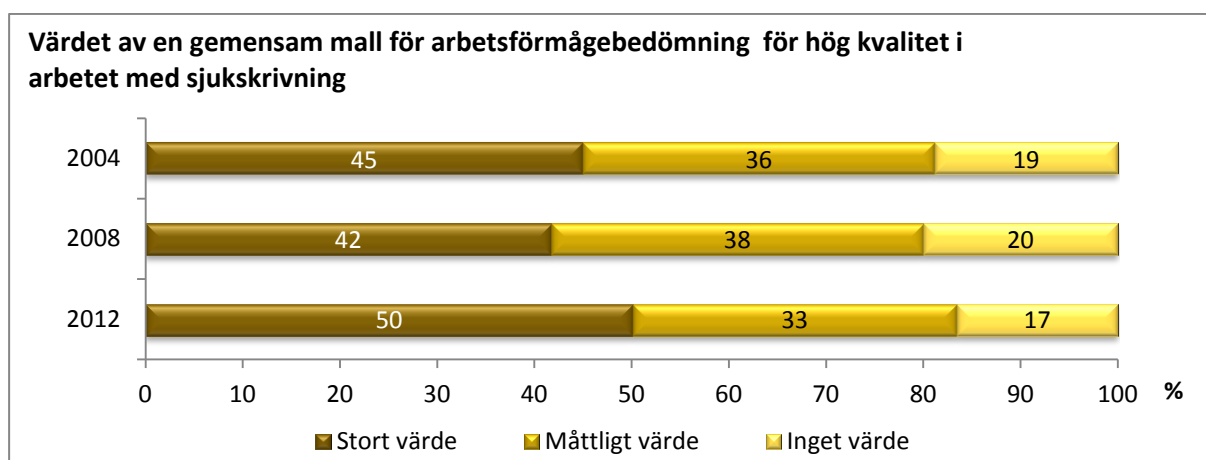


Även andelen som ansåg att information via Internet var betydelsefullt för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning blev större under åren – andelen var närmare dubbelt så stor 2012 jämfört med 2004 (Figur 119).



Figur 119. Andel (%) läkare som angav att information via Internet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

Andelen som ansåg att ett gemensamt verktyg/mall som stöd i arbetsförmågebedömningar hade stort värde var stor vid alla tre enkäter (Figur 120). År 2012 ansåg hälften (50 %) detta.



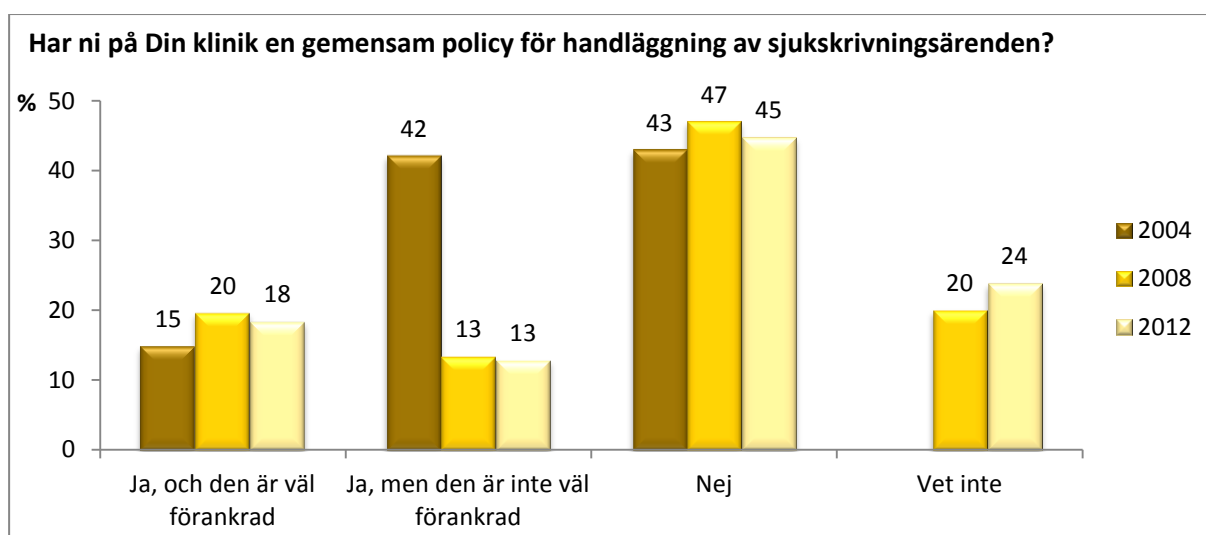
Figur 120. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg/mall för att bedöma arbetsförmåga hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

De två frågor som förekom i såväl 2004, 2008 som 2012 års enkäter och som kan hänföras till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning är dels frågan om huruvida det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen, och dels frågan om huruvida läkaren har stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

### **Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden**

År 2008 och 2012 uppgav en något större andel att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad, jämfört med 2004, samtidigt som en avsevärt mindre andel svarade att det fanns en policy, men att den inte var väl förankrad (Figur 121). Som framgår av metodavsnittet (sidan 25), är frågorna och svarsalternativen inte helt jämförbara mellan de tre åren. De svarsalternativ som tillkom 2008 och 2012 var "Vet ej" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet". Svarsalternativet "Vet ej" redovisas i figuren för dessa år. De läkare som angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" (2 % 2008, 1 % 2012) har här exkluderats i analyserna. Eventuellt skulle en del av dem som svarade "Ja, men den är inte väl förankrad" år 2004 ha svarat "Vet inte" om det svarsalternativet funnits då.

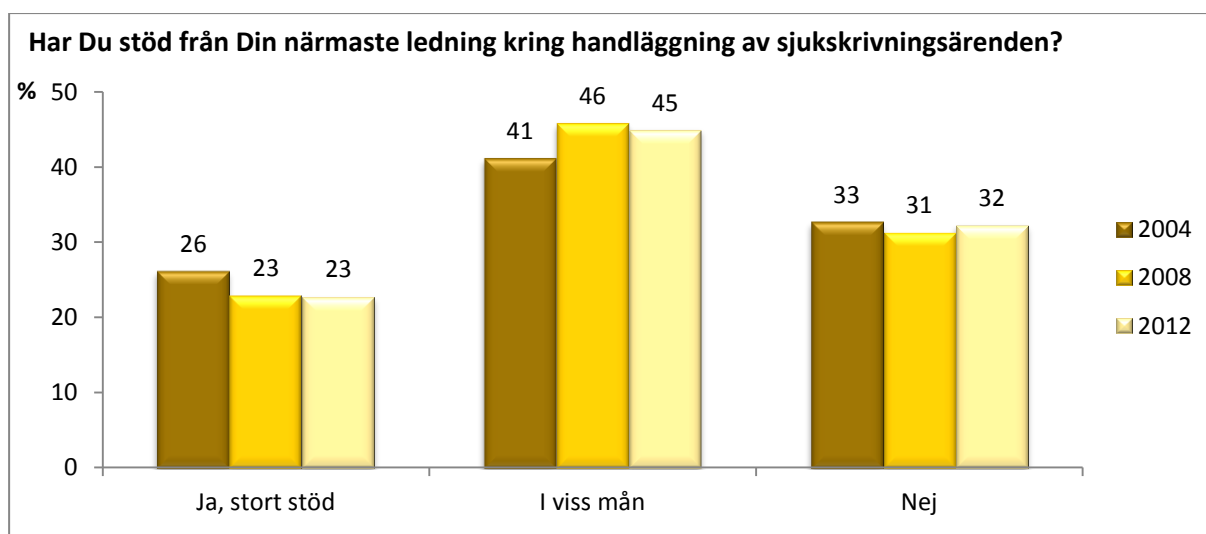


Figur 121. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

### **Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning**

Inte heller på frågan om läkaren känner stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var svarsalternativen exakt lika alla tre åren, men skillnaderna bedöms inte kunna förändra resultatet mer än marginellt. Två svarsalternativ lades till 2008 och 2012; ”Ej aktuellt, har ingen chef” och ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet”. Svaren på dessa två alternativ har hanterats som bortfall (10 % angav något av dessa svarsalternativ 2008 och 7 % 2012).

Skillnaderna mellan de tre åren är små. En något mindre andel 2008 och 2012, jämfört med 2004, upplevde stort stöd i arbetet med sjukskrivning, medan en något större andel upplevde stöd i viss mån dessa år (Figur 122).



Figur 122. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

### **Sammanfattning om skillnader 2004 - 2008 - 2012 i Stockholm och Östergötland**

Generellt var skillnaderna i läkarnas svar större mellan 2004 och 2008, jämfört med mellan 2008 och 2012. Undantag finns; andelen som angav att de hade mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om bedömning av optimal sjukskrivningslängd och -grad, och om regelsystemet kring sjukförsäkringen, var avsevärt mindre 2012, jämfört med 2008.

En något mindre andel hade minst sex sjukskrivningsärenden per vecka år 2012, en trend som påbörjades redan under 2008. Detta kan hänga samman med den kraftiga minskningen av antalet sjukskrivna personer alltsedan 2003. Under alla tre åren svarade mer än hälften av läkarna att det är mycket problematiskt att bedöma patienters arbetsförmåga.

Andelen läkare som upplevde någon form av oro eller hot visavi patienter i samband med sjukskrivningsärenden har i stort sett legat stilla under de tre åren. Fortfarande 2012 är det dock endast omkring 15 procent som aldrig eller i stort sett aldrig upplever sådan oro eller hot. Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskrev en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika faktorer var allt mindre under de tre åren, och tendensen var tydligast vad gäller andelen som sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan.

En allt mindre andel läkare upplevde det som mycket svårt att få kontakt med Försäkringskassan, och en allt större andel uppgav att de inte hade behov av regelbunden kontakt med Försäkringskassan över de tre åren. En allt större andel uppgav dock att deras bedömningar blev ifrågasatta, liksom att de själva och Försäkringskassan tycktes tala olika språk.

Andelen som angav behov av kompetensutveckling när det gäller frågor om egna och andras möjligheter och skyldigheter var allt mindre över de tre åren. De interventioner som gjorts kan ha bidragit till en större tydlighet i ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna. Även behovet av mer kompetens i att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger, att utforma handlingsplaner under sjukskrivningar, och att hantera konflikter med patienter kring sjukskrivning angavs av allt mindre andel under åren.

Andelen som angav att kurser, information via Internet och handledning hade stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning blev stadigt större mellan åren. Ett gemensamt verktyg för bedömning av arbetsförmåga angavs av en stor andel läkare ha stort värde alla åren, och år 2012 angav hälften detta. År 2008 angav en majoritet att kontakter med kollegor och/eller annan vårdpersonal hade stort värde, medan kontakter med arbetsgivare och med handläggare på Försäkringskassan angavs av en allt mindre andel över åren.

Andelen som hade en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik var något större 2008 jämfört med 2004, men var sedan åter något mindre år 2012. Andelen som inte upplevde något stöd kring hantering av sjukskrivningsärenden från sin närmaste ledning låg stilla runt en tredjedel under de tre åren. Inga skillnader av betydelse i andelar har alltså skett inom detta område - fortfarande 2012 hade närmare hälften ingen sjukskrivningspolicy på sin klinik, och en tredjedel saknade stöd från sin närmaste ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden.

# Slutkommentar

---

Övergripande resultat och slutsatser återfinns i sammanfattningen på sidan 4. Här följer några kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

De tre olika enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika typer av kliniska verksamheter eller olika landsting. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 61 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [199]. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären år 2008 och 2012 var mycket omfattande, 183 respektive 163 frågor, vilket kan ha påverkat svarsfrekvenserna. Många läkare har kontaktat oss och berättat att de har fått ett stort antal andra enkäter att besvara under denna enkäts insamlingsperiod, vilket minskat deras beredvillighet att svara. Svarsfrekvensen på 58 procent, vilket är något lägre jämfört med 2008 (61 %), får sålunda betecknas som förhållandevis god.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste man väga betydelsen av att använda exakt samma frågeformulering i varje enkät mot värdet av att försöka förbättra frågans utformning. Som framkommit tidigare i rapporten är forskningen om läkares arbete med sjukskrivning ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade frågeformulär att tillgå. I stället har kunskap genererats i analyserna av de tidigare enkäterna, både i studier av de fasta svarsalternativen och av de öppna svaren. Baserat på dessa har vi modifierat några frågor vad avser formulering eller svarsalternativ. Detta innebär i vissa fall en begränsning när det gäller jämförelser mellan åren, och hur vi har hanterat detta beskrivs i metoddelen.

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, till exempel vad gäller olika typer av problem i handläggning av sjukskrivningsärenden. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att juniora läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har fått frågeformuläret, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

En ytterligare metodaspekt är skillnaderna i urval mellan de tre åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (det vill säga <65 år 2004, ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som översteg en viss ålder exkluderas. För 2008 års enkät fann vi att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [142]. Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med låg andel sjukskrivande läkare inte togs med 2012, förutom i Stockholm och Östergötland, där alla läkare inkluderats. Detta innebär bland annat att gruppen 'Annan klinik' inte är helt jämförbar mellan åren.

Svaren på 2008 års enkät analyserades för att bedöma om svaren från Stockholm och Östergötland kunde generaliseras till att gälla även för övriga landet [37]. Detta var av särskilt intresse då, när möjligheten att se skillnader i svar över tid endast förelåg för dessa två län. Analyserna visade att resultaten från Stockholm och Östergötland kunde generaliseras till hela Sverige [37, sid. 17-18].

Många anledningar kan finnas till de skillnader i resultat som redovisas mellan landstingen. Separata analyser för varje landsting, liksom fördjupade jämförelser mellan landsting kan och

bör göras. Skillnaderna var ofta än större mellan olika typer av kliniker än mellan landsting. Detta var förväntat, då det ofta finns avsevärda skillnader mellan olika typer av verksamheter vad gäller diagnospanorama och patienters behov, till exempel mellan psykiatri och ortopedi. Det innebär också skilda behov av till exempel det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Ingående analyser av skillnaderna mellan olika typer av kliniker/verksamheter bör göras, men ligger inte inom ramen för denna rapport.

År 2012 hade färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukfrånvarofall, i Sverige sedan 2003 [200].

Slående är de relativt få skillnader mellan åren i svarsmönstret för flera av de områden enkäterna täcker, särskilt vid beaktande av de många åtgärder som vidtagits de senaste tio åren för sjukskrivningsområdet (se bakgrund sidan 7). När det gäller jämförelser över tid var det större skillnader i svarsmönstret mellan 2004 och 2008 än mellan 2008 och 2012.

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde olika typer av problem inte har minskat nämnvärt, trots färre sjukskrivningsfall [200] och trots de stora satsningar som gjorts inom området. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär. De tydligare kraven på funktions- och arbetsförmågebedömningar från Försäkringskassan kan ha lett till andra typer av problem, vilket bland annat den större andelen som upplever vissa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan kan tyda på.

De flesta interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsarbete har riktats till läkare som arbetar på vårdcentral eller husläkarmottagning, det vill säga till allmänläkare. Resultaten visar att vårdcentralsläkare fortfarande 2012 upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än vad läkare inom andra kliniska verksamheter gör.

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts. Samtidigt uttrycker den absoluta majoriteten läkare även år 2012 behov av ökad kompetens inom området. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 41 procent svarat att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

Den modesta skillnaden mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden skulle även den kunna bero på att olika interventioner kan ha lett till en ökad medvetenhet om vad denna typ av organisatoriskt stöd kan innebära, vilket i sin tur kan innebära högre krav på sådant stöd. Andra delförklaringar kan vara att genomförda interventioner kan ha varit verkningslösa eller att de inte genomförts fullt ut, eller att andra metoder för att mäta effekter av sådana interventioner kan behövas. Ytterligare en förklaring kan vara att det i allmänhet tar lång tid innan förändringar förankras på olika nivåer i en organisation, särskilt på verksamhetsnivå, vilket är det som efterfrågats i enkäterna [177].

I denna rapport har övergripande resultat från projektet redovisats. Materialet är omfattande och ger utrymme för fördjupade analyser av situationer, problem, samverkan, kompetensaspekter och organisatoriska förutsättningar i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning, generellt och i olika verksamheter.

# Referenser

---

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) 167. 2003.
2. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
3. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.
4. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008.
5. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
6. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
7. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen. 2005.
8. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
9. Järvholm B, Olofsson C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
10. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
11. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
12. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. *Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
13. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
14. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
15. *Folkhälsorapport 2009*: Socialstyrelsen; 2009.
16. 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.
17. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
18. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
19. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet*. 2011.
20. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
21. Alexanderson K. *Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]*. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
22. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41:115-21.

23. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:5. 2000.
24. 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.
25. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5. 2002.
26. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66. 2008.
27. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
28. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
29. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
30. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
31. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen. 2007.
32. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
33. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
34. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
35. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund: Sveriges läkarförbund. 2006.
36. 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.
37. Alexanderson K, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
38. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health. 2010;10(752).
39. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
40. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
41. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
42. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
43. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
44. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.



45. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:  
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
46. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
47. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
48. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993: Försäkringskassan i Robertsfors. 1993.
49. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):152-5.
50. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
51. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
52. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos 16. 2010.
53. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
54. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
55. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
56. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
57. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
58. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2004.
59. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen. 2003.
60. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):121-6.
61. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram: Försäkringskassan. 2010.
62. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan. 2011.
63. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation: Försäkringskassan. 2012.
64. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
65. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
66. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
67. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
68. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. In: Haglund BJA, editor. *Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring*. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 518-28.
69. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;Accepted.

70. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
71. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
72. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
73. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
74. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
75. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
76. 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.
77. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
78. 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.
79. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. Scandinavian Journal of Social Welfare. 1997;6:301-9.
80. 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.
81. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahrnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004.
82. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. E J Public Health. 1995;5:215-9.
83. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen SOSFS 2005:12 (M); Föreskrifter. 2005.
84. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. Läkartidningen. 2000;97(46):5324-7.
85. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
86. de Boer WEI, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment. 2004.
87. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. Scand J Prim Health Care. 2008 Mar;26(1):22-8.
88. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. Läkartidningen. 2005 november, 2005:3666-74.
89. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
90. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
91. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.

92. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007: Socialstyrelsen. 2008.
93. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta: Sveriges kommuner och landsting. 2008.
94. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet. 2011.
95. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund. 2011.
96. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet. 2011.
97. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
98. Rehabiliteringsgarantin 2009-2010: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
99. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.
100. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
101. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. 2012.
102. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat: Försäkringskassan. 2013.
103. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen. 2009.
104. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010: Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet. 2011.
105. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
106. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan [http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ca49db8e-e9a3-4086-b7fa-c17f77c12a68/sj\\_4129\\_tidsbegransning\\_av\\_sjukpenning1305.pdf?MOD=AJPERES](http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ca49db8e-e9a3-4086-b7fa-c17f77c12a68/sj_4129_tidsbegransning_av_sjukpenning1305.pdf?MOD=AJPERES). 2013.
107. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. J Rehabil Med. 2005;37:291-9.
108. Niederkrötenhaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. J Epidemiol Community Health. 2010;66(3):233-9.
109. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
110. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. 2011.
111. Skånér Y, Södersten E, Ekmer A, Arrelöv B, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm, år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
112. Söderberg E, Södersten E, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008: Karolinska Institutet & Linköpings universitet. 2009.
113. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.

114. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
115. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
116. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
117. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
118. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
119. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
120. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
121. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
122. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm. 1999.
123. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
124. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
125. Ledning och styrning av sjukskrivningar. SKL; 2013 [cited 2013 27 June]; [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning\\_och\\_styrning\\_1:](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:)
126. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen 13. 2011.
127. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
128. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006 Jun;24(2):104-9.
129. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*. 2002 Nov 10;24(16):867-74.
130. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
131. Aylward M, Waddell G, editors. Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.
132. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
133. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010 Mar;38(2):192-9.

134. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap. 2006.
135. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST -läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap. 2006.
136. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273. *BMC Public Health*. 2007;7:273.
137. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007 Sep;17(3):398-408.
138. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
139. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009 Jan;37(1):57-63.
140. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
141. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health*. 2010;10:61.
142. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet. 2010.
143. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
144. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
145. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
146. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
147. Palmer E. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv. SKA-projektet. 2006.
148. 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.
149. 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.
150. 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 Oct;15(5):470-4.
151. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? 2008.

152. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraud S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006 Oct;124(3):330-7.
153. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006 Apr;23(2):246-52.
154. 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.
155. 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.
156. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jan;56(1):46-50.
157. 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 Jul;63(7):495-502.
158. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahirnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2002.
159. 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.
160. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2003.
161. 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.
162. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):125-30.
163. 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 Mar;13(1):45-61.
164. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*. 2006;27:57-65.
165. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
166. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *J Occup Rehabil*. 2003 Sep;13(3):183-95.
167. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.
168. Klanghed U, Söderberg E, Svensson T, Alexanderson K. Encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. Manuscript. 2003.
169. Upmark M, Borg K, Alexanderson K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35:577-84.

170. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29(4):285-91.
171. Östlund G. Promoting return to work [PhD]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2002.
172. Östlund G, Borg K, Wide P, Hensing G, Alexanderson K. Clients' perceptions of contacts within health care and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(4):275-82.
173. Mussener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Social work in health care*. 2008;46(2):71-87.
174. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sick leave certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008 Feb 2.
175. Lynöe N, Wessel M, Juth N, Alexanderson K, Helgesson G. Wrongful encounters and return to work - empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare Manuscript. 2011.
176. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work – empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011:Doi:10.1136/bmjopen-2011-000246.
177. 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.
178. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sick leave certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004 Jan 10;328(7431):88.
179. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
180. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sick leave certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):20-6.
181. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002 Aug 20;122(19):1874-9.
182. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sick leave certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007 May;29(4):497-514.
183. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007 Jan;11(1):21-9.
184. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sick leave certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007 Jun 16;137(23-24):341-6.
185. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Stockholm Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005. p. 95-109.
186. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
187. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlns läns landsting/ Försäkringskassan. 2006.
188. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet. 2005.

189. Gustavsson C, Kjeldgård L, Bränström R, Lindholm C, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Problems experienced by gynecologist/obstetricians in sickness certification consultations. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. 2013.
190. Lindholm C, von Knorring M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two survey to physicians. *BMC Research Notes*. 2013;6(207).
191. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Dec;29(4):227-33.
192. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open*. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
193. Ljungquist T, Arrelöv 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.
194. 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.
195. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Public Health*. 2013;Accepted.
196. Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Ljungquist T, Kjeldgård L, Alexanderson K. Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2012;12.
197. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2013.
198. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast2011.
199. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
200. OECD. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. 2010.







**Karolinska  
Institutet**

[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

ISBN 978-91-981256-0-3