

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm

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

Rapport 2013

Kristina Alexanderson
Britt Arrelöv
Catharina Gustavsson
Elin Hinas
Linnea Kjeldgård
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 4 oktober 2013.

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

Den kan även beställas, se Kontakt på: 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 978-91-981256-2-7

Förord

I denna rapport presenteras resultat från svar i ett omfattande frågeformulär som i oktober 2012 skickades till de yrkesverksamma läkarna i Stockholms läns landsting med frågor om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med resultat från två motsvarande, tidigare enkäter; en från 2008 och en från år 2004. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning, såväl på nationell nivå som i Stockholm. Enkäten 2004 har även skickats till läkare i Landstinget i Östergötland och de två senare enkäterna har även skickats till läkare i hela landet.

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 för projektet har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, chef för Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI)
- Britt Arrelöv, 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, 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 Gårdestig, 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

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	6
Förkortningar och begrepp	8
Bakgrund	9
Sjukförsäkring	9
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården	10
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	11
Läkares olika professionella roller	12
Situationen för tio år sedan	12
Åtgärder och förändringar på nationell nivå	13
Sjukskrivningsmiljarden	15
Aktiviteter för förbättrad sjukskrivningsprocessen i Stockholms län 2004-2012	16
Kompetensutveckling	16
Kvalitet i och elektronisk överföring av medicinska underlag	17
Ledning och styrning	18
Samverkan/samarbete	18
Kvinnors ohälsa och jämställd sjukskrivning	18
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	19
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	20
Syfte	22
Material och metod	23
2004 års enkätstudie	23
2008 års enkätstudie	24
2012 års enkätstudie	24
Frågeformuläret 2012	24
Datainsamling	25
Svarsfrekvens	26
Dataanalys	27
2012 års datamaterial	27
Jämförelser över tid.....	27
2008-2012	28
2004-2008-2012.....	29
Resultat	32
Upplägg av resultatpresentationen: fyra avsnitt	33
1. Samtliga svarande läkare 2012	37
Bakgrundsfaktorer	37
Yrkesverksamma läkare	38
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden	39
2. Svar från sjukskrivande läkare 2012	45
Bakgrundsfaktorer	45
Frekvens av sjukskrivningsärenden	49
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	52
Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska	55

Allvarlighetsgrad av specifika problem	56
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	60
Oro och hot	60
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	62
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	65
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	68
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet	69
Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?	70
Behov av fördjupad kompetens och beslutsstödet värde	73
Samverkan och kontakter	76
Kontakter med Försäkringskassan	80
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	85
Elektronisk överföring av läkarintyg	87
Försäkringsmedicinsk kompetens	95
Kompetensutveckling via formell utbildning	96
Kompetensutveckling via vidareutbildning	98
Behov av fördjupad kompetens	100
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	102
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar	104
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	104
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	106
Tid i arbetet med sjukskrivning	107
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	110
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012	115
Bakgrundsfaktorer	115
Frekvens av sjukskrivningsärenden	118
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	120
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning	122
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	128
Oro och hot	129
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	130
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	132
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	136
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet	137
Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?	138
Behov av fördjupad kompetens och beslutsstödet värde	140
Samverkan och kontakter	142
Kontakter med Försäkringskassan	148
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	153
Försäkringsmedicinsk kompetens	157
Kompetensutveckling	157
Behov av fördjupad kompetens	158
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	162
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning	165
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	165
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	166
Tid till arbete med sjukskrivning	167
4. Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv; 2004-2008-2012	175
Bakgrundsfaktorer	175
Frekvens av sjukskrivningsärenden	177
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	178
Allvarlighetsgrad av specifika problem	181
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	185
Oro och hot	187
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	188

Samverkan och kontakter.....	190
Kontakter med Försäkringskassan.....	194
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	199
Försäkringsmedicinsk kompetens	202
Kompetensutveckling	202
Behov av fördjupad kompetens.....	204
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	208
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning	211
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	211
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	212
Slutkommentar	216
Referenser	218

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat från en enkät som i oktober 2012 skickades till läkare i Stockholms läns landsting om deras arbete med sjukskrivningsärenden (svarsfrekvens: 56 %). Resultaten jämförs med motsvarande resultat från enkäter till läkare i Stockholm år 2008 respektive år 2004. Studiegruppen omfattar 5 059 läkare; varav 65 procent svarande att de i någon omfattning arbetar med sjukskrivning. Dessa kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 80 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för dessa 'sjukskrivande läkare'.

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre år 2012 (35 %), jämfört med 2008 (41 %) och 2004 (50 %). Räknat i procentenheter var minskningen störst bland läkare på vårdcentraler (från 60 % 2004 till 28 % år 2012) och invärtesmedicin (från 34 till 15 %). De kliniska verksamheter där en majoritet av läkarna (58-80 %) hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan var ortopedi, smärtmottagningar, företagshälsovård, rehabilitering, onkologi och psykiatri.

Närmare en tredjedel av alla läkare upplevde minst en gång per vecka att *arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt*, och detta förändrades inte mellan åren. Både 2008 och 2012 tyckte närmare två av fem att dessa ärenden var mycket eller ganska problematiska att handlägga. Beträffande såväl frekvens som allvarlighetsgrad var det en stor andel av läkare vid vårdcentraler, inom ortopedi och psykiatri som angav sjukskrivningsarbetet som problematiskt. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska alla tre åren var att bedöma arbetsförmåga, att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad, och att handlägga sjukskrivningar påbörjade av en kollega. År 2012 angav även en stor andel läkare att det är problematiskt att bedöma arbetsförmåga för arbetslösa patienter samt att hantera längre sjukskrivningar som svar på två frågor som inkluderades i enkäten 2012.

Närmare en tredjedel svarade 2012 att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller i ganska stor utsträckning, och bland vårdcentralsläkarna var den siffran 48 procent. Andelen läkare som upplevde detta minst en gång i veckan var störst bland ortopedier och psykiatriker (27 respektive 23 %).

Andelen som uppgav att de *sjukskriver patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* på grund av väntetider till olika aktörer var mindre 2012 än både 2008 och 2004, och skillnaderna var störst bland läkare på vårdcentraler och inom ortopedi.

Majoriteten använde *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* och 38 procent menade att det har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete. Minst hälften av läkarna på vårdcentraler och inom gynekologi ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten, såväl 2008 som 2012.

Ungefär två tredjedelar av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* var mycket eller ganska nöjda med den kontakten såväl 2008 som 2012. En tredjedel upplevde inte några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 potentiella svårigheter som var listade i enkäten upplevde en stor andel läkare alla tre åren olika logistiska problem: att det var svårt att komma fram per telefon, att kontakterna tar för mycket tid, att patientens handläggare ofta byts ut och att det är svårt att veta vem man ska prata med. År 2012 angav 36 procent att Försäkringskassan "begär onödiga kompletteringar av intyg", och närmare 28 procent upplevde brister i handläggarnas kompetens. År 2012 upplevde en betydligt större andel jämfört med tidigare år att man själv eller ens bedömningar ifrågasätts av handläggare samt att man "talar olika språk". Å andra sidan var det en tydlig trend att andelen blev mindre som upplevde svårigheter med att Försäkringskassan inte tog kontakt trots att läkaren bett om

det, att Försäkringskassan inte tog kontakt med patienten eller inte samordnade rehabiliteringsinsatser

En femtedel av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan, och deras svar tyder på att systemet fungerar bra.

Andelen som hade *kontakter* med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden minst en gång i månaden var något större 2012 än 2008, särskilt bland läkare inom psykiatri. Att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning upplevdes som mycket problematiskt av en fjärdedel av läkarna inom psykiatri och på vårdcentraler, såväl 2012 som 2008.

En absolut majoritet (80 %) av läkarna uttryckte 2012 behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende, framför allt beträffande Arbetsförmedlingens, Försäkringskassans och arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden samt om olika ersättningsformer. Man önskade även fördjupa sin kompetens i att bedöma arbetsförmåga, funktionsförmåga, optimal sjukskrivningslängd och -grad och om vilka krav som ställs inom olika yrken. Hälften av läkarna värderade kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens högt.

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 (51 %) 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. Var tredje läkare (31 %) arbetade 2012 på en enhet där det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, och en av fem upplevde sig ha stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor, medan var tredje (31 %) saknade sådant stöd. Denna fördelning var densamma i de två tidigare enkäterna. Mindre än en fjärdedel svarade 2012 att systematisk kvalitetssäkring förekom 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, framför allt inom ortopedi.

Slutsatser: Generellt var det relativt få skillnader i svarsmönstret mellan de tre enkäterna. 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 när det gäller frekvenser eller allvarlighetsgrader. Beslutsstödet har fortsatt stort genomslag; det används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Majoriteten är nöjda med kontakten med Försäkringskassan; svårigheter upplevs framförallt vad gäller logistik i kontakterna, men även upplevelsen 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 högre andel önskar handledning och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens.

Det finns fortsatt stora förbättringsmöjligheter inom många områden och för flertalet kliniska verksamheter, bland annat när det gäller samverkan med Försäkringskassan och beträffande organisatoriska förutsättningar för läkare att utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens.

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
FÖRKOM	Försäkringsmedicinska kommittén
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 otympliga 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
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
SLL	Stockholms läns 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

I denna rapport redovisas resultat från tre enkäter till läkare i Stockholmsområdet om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport där enkätsvar från läkare från hela landet redovisas [1].

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 [2-4].

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 påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” [5].

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen [6-8]. I detta projekt fokuserar vi på läkares erfarenheter av sådant arbete med sjukskrivningar och specifikt vad gäller läkare som arbetar i Stockholmsområdet.

Sjukförsäkring

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig eller bidra till sin försörjning på grund av sjukdom eller skada [9]. Sätten att hantera 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 [6, 10-15]. 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 [2, 13, 16-19].

Sjukfrånvaro, både kortvarig och mer varaktig (till exempel sjukersättning och aktivitetsersättning, tidigare kallade 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 [2, 16, 17, 20]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem [21, 22], samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en ’lagom’ nivå. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [2]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [2, 3, 20, 23-29].

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 [30]. 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 [30]. 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 [2, 3, 31]. 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 [2]. 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 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) [32], 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 [33, 34] samt i ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005:12) [35, 36]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [37].

Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [38-40]. Socialstyrelsen har konstaterat [36, 41-45] 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 [25, 45-47].

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [2, 3, 25, 34, 48, 49]:

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 arbetsmarknaden¹ [50].
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 [10, 31, 51]. 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 [52, 53]. 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 [2, 54-58]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [57-62], 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

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

försäkringsmedicin [63-65]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [7, 8, 10, 36, 66, 67, 68]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och landstinget, ofta omfattande en eller några dagar [69]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [70]. 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 [3, 31, 49, 71].

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [3]:

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 [72-74].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [48, 75, 76].
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 [37].
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 [49, 77-79].

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') [3, 25, 80]:

- 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 [28, 81]; 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 [28, 82, 83]. 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 [49]. 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 [25, 80, 81, 84].

- 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 [2]. När sådan kunskap saknas utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men när det gäller sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer [25, 36, 41-43, 85]. Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar.

- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin [7, 8, 25, 26, 66, 70, 86-88].

- 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 [25].

- 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 [25, 56, 57, 80, 89-91].

Åtgärder och förändringar på nationell nivå

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 [92].

- *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) [93].

- 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 [36, 41-44, 94]. 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 [25, 80]. Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* [46, 47] 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 [95-103].
- 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 [70].
- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet [104].
- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263) som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget [105, 106].
- *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd*² 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 [33, 34, 107-109].
- *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 [110].
- *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 [2, 3, 20, 111-113].
- 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 [114].
- *Den kraftiga minskningen av sjuktalen* har inneburit att läkare, speciellt de vid vårdcentraler, har färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt [39, 115, 116].

² Se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod> samt http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/beslutsstod

- 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 [117], i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar [118].

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 [46, 47, 119-128]. 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 [129]) [46]. Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar [36, 41-43], dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning [25, 80], där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick [38]. 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 [120] 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” [130].

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 [46, 47, 119-127, 131]. 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.

Aktiviteter för förbättrad sjukskrivningsprocessen i Stockholms län 2004-2012

Sedan 2004 har ett antal åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning genomförts i Stockholms läns landsting (SLL). Arbetet utgick från början från dåvarande regerings 10-punktsprogram, som bland annat innebar att alla läkare skulle erbjudas en dags utbildning i försäkringsmedicin. Från och med 2007 har överenskommelserna kring sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin varit styrande för landstingets insatser. Åtgärderna har vidtagit i egen regi, i samverkan med olika aktörer, till exempel enskilda vårdgivare, via samordningsförbunden (finansiell samverkan mellan Försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen) eller tillsammans med Försäkringskassan. Vårdgivare, Karolinska Institutet, Centrum för allmänmedicin (CEFAM) och Försäkringskassan har också genomfört utbildnings- och informationsinsatser.

Olika sjukvårdsverksamheters ansvar att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering regleras i lagstiftningen, avtal med sjukvårdshuvudmannen och i regelböckerna för vårdval [132]. Det centrala ansvaret för arbetet med sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin finns inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Även en medicinsk sakkunnig läkare och den Försäkringsmedicinska kommittén (FÖRKOM) finns inom den centrala landstingsadministrationen.

Huvuddelen av de åtgärder som genomförts under den aktuella tidsperioden har varit inriktad på utbildnings- och informationsinsatser samt insatser för att förbättra arbetet med ledning och styrning inom hälso- och sjukvården. Samverkan inom sjukvården och med andra aktörer samt frågor runt kvinnors ohälsa och senare jämställd sjukskrivning är andra insatsområden som miljardsatsningen fokuserat på. Nedan följer en beskrivning av ett antal av de aktiviteter som genomförts från central nivå inom SLL sedan 2007 utifrån överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden. En del av nedanstående aktiviteter finns redovisat i rapportform [133-147].

Kompetensutveckling

Ett flertal utbildningar och seminarier kring det försäkringsmedicinska beslutsstödet hölls under 2007- 2010; under åren 2008-2010 deltog cirka 2000 läkare i Stockholms län deltog vid dessa undervisningstillfällen. Förutom det försäkringsmedicinska beslutsstödet diskuterades FÖRKOM:s rekommendationer för sjukskrivningar i Stockholms län, förändringar i sjukförsäkringen genom Rehabiliteringskedjan från 1 juli 2008 [148] och satsningarna inom landstingets arbete med sjukskrivningsmiljarden [141, 142]. Senare genomförda seminarier har

haft fokus på kvalitet i medicinska underlag och ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet. Seminarierna har varit i form av stormöten med flera deltagande vårdverksamheter eller inom enskilda vårdverksamheter i samband med läkarmöten inom den egna verksamheten på sjukhuskliniker, psykiatriska mottagningar eller husläkarmottagningar. Försäkringskassan har förutom att delta i möten med vården tillsammans med representanter för miljardsatsningen eller FÖRKOM erbjudit vården egna informationsträffar/utbildningstillfällen. För AT och ST läkare har speciella utbildningar och handledningstillfällen erbjudits av FÖRKOM, omfattande bland annat 120 AT-läkare som varje år fått en tredagars utbildning i försäkringsmedicin.

Åttio handledare för kognitivt inriktade gruppsamtal har utbildats. Utbildningarna har genomförts av vårdgivare med erfarenhet från vård av aktuella patientgrupper och vänt sig till alla personalkategorier inom primärvården.

En webbaserad basutbildning i klinisk försäkringsmedicin med genusperspektiv har sedan 2011 erbjudits länets läkare.

Sedan 2010 har utbildningsinsatser också riktats till sjukgymnaster i det fysiska funktionstestet TIPPA (Test Instrument for Profile of Physical Ability) respektive till arbetsterapeuter i bedömningsinstrumenten WRI (Worker Role Interview), WEIS (Work Environment Impact Scale), AWP (Assessment of work performance) och AWC (Assessment of work characteristic) för arbetsförmågebedömning

Flera regionala vårdprogram som tagits fram under denna period innehåller avsnitt med rekommendationer kring arbetsförmågebedömning och sjukskrivning [149].

Omkring 500 läkare har deltagit i ”sjukskrivningsaudits” som arrangerats 2006, 2008 och 2010. Tanken bakom en så kallad audit är att reflektion om den egna praktiken tillsammans med kollegor leder till utveckling. Underlag kring den egna sjukskrivningspraktiken har tagits fram och sedan använts som utgångspunkt för gemensam reflektion och diskussion samt för framtagande av lokala handläggningsrutiner [134-137, 144, 150]. Andra utvecklingsaktiviteter med syfte att stödja läkarnas arbete med sjukskrivningar är bland annat framtagande av frågeformulär för patienten att fylla i inför bedömning om sjukskrivning. På Mina vårdkontakter som nås från SLL:s hemsida finns ett formulär som patienten kan fylla i elektroniskt inför läkarbesöket, om vårdcentralen har anslutit sig till tjänsten (få har ännu gjort detta). Frågeformulär finns även tillgängligt via Uppdragsguiden och Viss.

Ett flertal forsknings- och utvecklingsprojekt har genomförts av ett forskarnätverk i samverkan mellan Karolinska Institutet och SLL. Erfarenheter och resultat från dessa har använts som underlag för informations- och utbildningsinsatser, framtagande av frågeformulär vid sjukskrivning med mera. Data har samlats in om läkares uppfattning om arbetet med sjukskrivningar, om kvaliteten på läkares arbete, till exempel i termer av hur de fyller i medicinska underlag/sjukintyg eller dokumenterar sitt arbete i medicinska journaler, alternativt hur många de sjukskriver eller hur länge dessa blir sjukskrivna. Denna och tidigare rapporter baserade på enkäter till läkare i Stockholm är resultat av samverkan i det forskarnätverket [38, 115, 151-156].

Kvalitet i och elektronisk överföring av medicinska underlag

En hel del arbete har gjorts för att höga kvalitén i läkarintyg/medicinska underlag till Försäkringskassan [157, 158]. I journalmodulen för elektroniska sjukintyg till Försäkringskassan finns till viss del ett beslutsstöd inbyggt. I ett projekt i arbetet med införandet av elektroniskt överförbara sjukintyg utvecklades i Stockholm även en modul innehållande ICF-koder (ICF = International Classification of Functioning) som ger stöd vid beskrivning av funktion och aktivitet. En pilottest av detta stöd som gjorts av SLL har visat ett bra resultat [159]. Genom att

elektroniskt överförbara intyg ännu inte införts i det vanligast förekommande journalsystemet inom SLL har endast en mindre del av läkarna i Stockholm fått tillgång till detta stöd.

Ledning och styrning

Inom ramen för deltagande i de så kallade sjukskrivningsaudits har verksamheterna erbjudits stöd för att ta fram lokala policys/riktlinjer [135] och handläggningsrutiner [134] för arbetet med sjukskrivningspatienter. Särskilda seminarier om försäkringsmedicin har också hållits för chefer inom sjukvården och en plan för policy och riktlinjer har tagits fram. Patientnämnden gjorde en sammanställning av ärenden som handlade om klagomål från patienter när det gäller sjukskrivning och sjukskrivningspraxis [160]. Baserat på detta gjordes ett år senare en uppföljande sammanställning av ärenden som handlar om brister i hantering av sjukskrivningar [161].

Den Försäkringsmedicinska kommittén, FÖRKOM, har tagit fram rekommendationer om förhållningssätt i samband med sjukskrivning som utgår från de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet och det som kommit fram i kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ställt sig bakom dessa rekommendationer som utgångspunkt för arbetet med sjukskrivningar inom sjukvården i Stockholm.

Riktlinjer för kvalitet och patientsäkerhet i sjukskrivningsprocessen togs fram och beslutades hälso- och sjukvårdsnämnden 2010. Utbildningsinsatser om dessa har genomförts med verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga från husläkarmottagningar, psykiatri och specialistvård [162].

Samverkan/samarbete

Samverkan mellan Stockholms läns landsting och Försäkringskassan äger rum på flera nivåer. På övergripande nivå möts regelbundet representanter för de bägge organisationerna. Samverkan sker även i samordningsförbunden, via FÖRKOM och sakkunnigstrukturen samt i olika utsträckning mellan lokala samverkansansvariga från Försäkringskassan och olika vårdgivare. Samverkan sker också kring den gemensamma nationella rehabiliteringsgarantin som gäller de två stora sjukdomsgrupperna lätt och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta [163].

I FÖRKOM ingår ledamöter från flera medicinska specialiteter; ortopedi, primärvård, psykiatri och rehabiliteringsmedicin. Dessutom ingår privatläkare och företagsläkare samt Försäkringskassan. Kommitténs uppdrag är att vara rådgivande i försäkringsmedicinska frågeställningar till landstings- och verksamhetsledningar samt att ge stöd till personal i sjukvården som arbetar med försäkringsmedicinska frågeställningar.

Kvinnors ohälsa och jämställd sjukskrivning

En handlingsplan för arbetet med sjukskrivning ur jämlikhetsperspektiv har tagits fram som ett led i arbetet med sjukskrivningsmiljarden [164, 165].

En fokusrapport ”Kvinnors ohälsa – är sjukskrivning medicinen?” [166] togs fram inom det medicinska programarbetet. Syftet vara att öka kunskap och bidra till ett bättre och omhändertagande av kvinnor och en kvalitetssäkrad sjukskrivning av kvinnor. Ett projekt på Handens vårdcentral genomfördes i ett nationellt projekt ”Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen” [167] vilket bland annat resulterat i standardiserade bedömningsinstrument.

Sjukskrivande verksamheter har stimulerats att ta fram lokala rutiner för en jämställd sjukskrivningsprocess enligt de centrala riktlinjer för kvalitets- och patientsäker sjukskrivningsprocess som beslutades 2010 [162, 168].

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Som framgår av ovanstående har läkare 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 [3]. 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 [169]. 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 [170, 171]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten [3] 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 litteraturöversikt 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 [4]. 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 [31, 172-175].

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten [3], liksom i andra översikter [2, 4], 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 %) [38, 71, 153, 176-182] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [39, 40, 49, 151]. 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 [3] (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturoversikten [3].

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 [2, 3]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [2, 3] men även några interventionsstudier har publicerats [2, 3, 31, 183].

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 [150], 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) [2, 3].

Det perspektiv en studie utgår från har betydelse för resultaten. De perspektiv som kan tas i studier om läkares sjukskrivningspraxis är framförallt [2, 184, 185] följande:

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur länge läkare sjukskriver patienter [17, 47, 57, 82, 170, 186-196].
- *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 [80-83, 197-202].
- *Andra aktörers perspektiv*, till exempel socialtjänstens eller Arbetsförmedlingens perspektiv.
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden [80, 186].
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta [203-215].
- *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 [216].
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis [25, 80].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovården eller primärvården ser på andra läkares praxis [25, 31, 80, 89, 217].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden [25, 31, 80, 84, 89, 217-223].

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 få fördjupad kunskap om läkare i Stockholms arbete med sjukskrivning, för att få kunskapsunderlag för kommande interventioner.

Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt och i olika typer av kliniska verksamheter
- 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
- Eventuella förändringar i läkares svar vad gäller ovanstående över åren 2004, 2008 och 2012

Material och metod

Här presenteras sammanställningar av svar från yrkesverksamma läkare som 2012, 2008 eller 2004 besvarade ett frågeformulär om sitt arbete med sjukskrivningar. Resultaten för år 2012 och 2008 är baserade på svar från de läkare som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Stockholms läns landsting.

Hösten 2012 skickades ett omfattande frågeformulär till de flesta yrkesverksamma läkare i Sverige, och samtliga yrkesverksamma läkare i Stockholm, som var yngre än 68 år, med 163 frågor om deras arbete med sjukskrivning av patienter [1] (Tabell 1). Enkäten 2008 skickades till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige [39, 115]. År 2004 skickades enkäten till yrkesverksamma läkare yngre än 65 år som bodde eller arbetade i Stockholms läns landsting respektive Landstinget i Östergötland [38].

I Tabell 1 visas studiepopulationen för Stockholms läns landsting, baserat på läkarnas boendelän, svarsfrekvens respektive år samt antal frågor i respektive frågeformulär.

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

Enkätår	Antal läkare boende i Stockholm	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	6 794 (läkare i Stockholm <65 år)	71 %	96
2008	10 206 (läkare i Stockholm, samtliga åldrar)	59 %	183
2012	10 192 (läkare i Stockholm <68 år)	58 %	163

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

2004 års enkätstudie

I 2004 års studie inkluderades 6 794 läkare från Stockholms län som var yngre än 65 år [38, 153, 176, 178, 180, 181]. Urvalet i Stockholms län utgjordes av de läkare som var medlemmar i Sveriges läkarförbund och bodde eller arbetade i Stockholm. Cirka 95 % av läkarna i Sverige var då medlemmar i läkarförbundet.

De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området [2, 84, 217]. 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 [38]. Svarsfrekvensen var 71 procent. Av samtliga 4 827 läkare som svarade hade 3 446 (71 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [38, 49, 71, 80, 116, 152-154, 176-182, 224-226].

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. Av dessa bodde 10 206 i Stockholm. 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 [38]. 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 [39]. Antalet frågor utökades från 96 till 183. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes baserat på analyser av resultaten i enkäten 2004, av 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 specialistutbildade läkare, enligt HSAR.

Svarsfrekvensen för läkarna boende i Stockholm var 59 % (n=5983), något högre för kvinnor (62 %) än för män (56 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år: 56 %, 45-64 år: 58 %, ≥65 år: 75 %). Av dem som i enkäten angav att de huvudsakligen arbetar i Stockholm, 5 831 läkare, svarade 3 530 (61 %) att de hade sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer [40, 49, 69, 71, 115, 116, 151, 154, 182, 225, 227-234].

2012 års enkätstudie

Enkäten skickades i oktober 2012 till drygt 33 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Nästan en tredjedel (n=10192, 31 %) av dessa läkare bodde i Stockholms län. Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). För Stockholms län ingick samtliga yrkesverksamma läkare yngre än 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta, för att kunna jämföra med resultaten från de två tidigare enkäterna 2004 och 2008. För övriga landet inkluderades inte läkare inom vissa specialiteter där sjukskrivningsärenden förekommer mer sällan [1].

Frågeformuläret 2012

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Dessa modifieringar baserades dels på resultat från analyser från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels på resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [3]. 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 den 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 problematiska olika kliniska situationer relaterade till sjukskrivning upplevs vara lades tre typer av delfrågor till: en fråga om bedömning av arbetsförmåga hos 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 lämnade en avidentifierad datafil till projektgruppen.

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor, samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter, inhämtades 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 för vilka uppgift om hemadress saknades, då arbetsplatsens adress användes. Hemadressen valdes dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterade 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

Som nämnts ovan ingick 33 144 läkare i studiepopulationen, och av dessa hade 10 192 läkare bostadsadress i Stockholm. Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys. Svarsfrekvensen för läkare boende i Stockholms län var 56 procent (antal svarande 5 666). För hela landet var svarsfrekvensen 58 procent. Totalt använde 18 procent (n=907) av läkarna i Stockholm möjligheten att svara via webbenkäten istället för 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 [38, 39].

Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Stockholms län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	10 192	5 666	55,6
Kvinnor	5 155	3 020	58,6
Män	5 037	2 646	52,5
20-39 år	2 946	1 659	56,3
40-54 år	3 740	1 896	50,7
55-67 år	3 506	2 111	60,2

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna annat än i undantagsfall. Det interna bortfallet är i medeltal 5,6 procent.

Studiegrupp

Bortfallsanalysen som beskrivits ovan är baserad på läkare **bosatta** i Stockholm, medan svaren i resultatdelen presenteras för läkare som uppgett att hon eller han huvudsakligen **arbetar** i Stockholm. Totalt svarade 19 107 (57,6 %) av läkarna i hela landet på enkäten. Av dessa uppgav 5 059 läkare (26 %) att de huvudsakligen arbetar i Stockholm.

Öppna svar

I samtliga tre enkäter fanns det en sida med möjlighet att skriva kommentarer kring någon specifik fråga, eller generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning (= öppna svar). Antalet läkare i Stockholm som angav något sådant öppet svar var 2724 i 2004 års enkät, 1258 i 2008 års enkät och 978 i 2102 års enkät. Analyser av öppna svar i de två tidigare enkäterna har gjorts i ett flertal studier [116, 152, 180, 226], och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

Dataanalys

Projektgruppen erhöll aidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn och adress) och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder.

2012 års datamaterial

Resultaten redovisas i fyra kapitel. I det första, det så kallade **röda avsnittet**, redovisas bakgrundsvariabler för samtliga läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholm, samt deras 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 angav att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, som huvudsakligen arbetar i Stockholm och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Vissa resultat redovisas uppdelat på läkarens huvudsakliga typ av kliniska verksamhet eller uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

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 på frågan om vilken typ av klinik/mottagning som hon eller han huvudsakligen arbetade vid har, baserat på sin specialistutbildning, hänförs till en av dessa kliniker/mottagningar. I några fall kunde text i de öppna svaren användas som vägledning för vilken typ av klinik/mottagning som läkaren huvudsakligen arbetade vid.

På frågan om läkaren upplever svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ: ”Upplever inga svårigheter”, och därefter listades olika tänkbara specifika svårigheter. De som kryssat för svarsalternativet ”Upplever inga svårigheter” och därefter även angett en eller flera specifika svårigheter har i analyserna betraktats som att de upplever svårigheter.

Motsvarande hantering gjordes i analyserna av svaren på 2004 och 2008 års enkäter [38, 39].

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 hanteringen av analyser i dessa kapitel.

2008-2012

I det gröna avsnittet (sidan 115) jämförs svar från 2008 och 2012 års enkäter från läkare som respektive år huvudsakligen arbetade i Stockholm, var under 68 år och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

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 gjordes 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 eller 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?
- Svartalernativet ”Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen” delades 2012 upp i två separata svartalernativ 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 svartalernativen 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 års frågeformulär svartalernativet ”Ej aktuellt” med. Analys av 2012 års svar har därför gjorts både inklusive och exklusive svartalernativet ”Ej aktuellt”.

2004-2008-2012

I det gula avsnittet (sidan 175) jämförs svar från 2004, 2008 och 2012 års enkäter för de läkare som respektive år huvudsakligen arbetade i Stockholm och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Eftersom endast läkare 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 och svartalernativen 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 har hanterats i analyserna beskrivs nedan.

- I 2008 och 2012 års enkäter fanns fler typer av kliniker/mottagningar angivna som fasta svartalernativ än år 2004. De läkare som 2008 eller 2012 uppgav att de arbetade på någon av de nytilkomna klinikerna/mottagningarna hänförs i jämförelsen till ”Annan klinik/mottagning”. Antalet svartalernativ för klinik/mottagning utökades 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 svartalernativen åt på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Därför analyseras en sammanslagning av svartalernativen, som kallats ’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 svartalernativ 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 upplevs 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 upplever 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 upplevs 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)? Svarsalternativen 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 svarsalternativet *"Stort värde"* valdes *"Stort värde"*. Om ingen av frågorna besvarats med det svarsalternativet användes motsvarande princip för de övriga svarsalternativen; *"Måttligt värde"* och *"Inget värde"*.

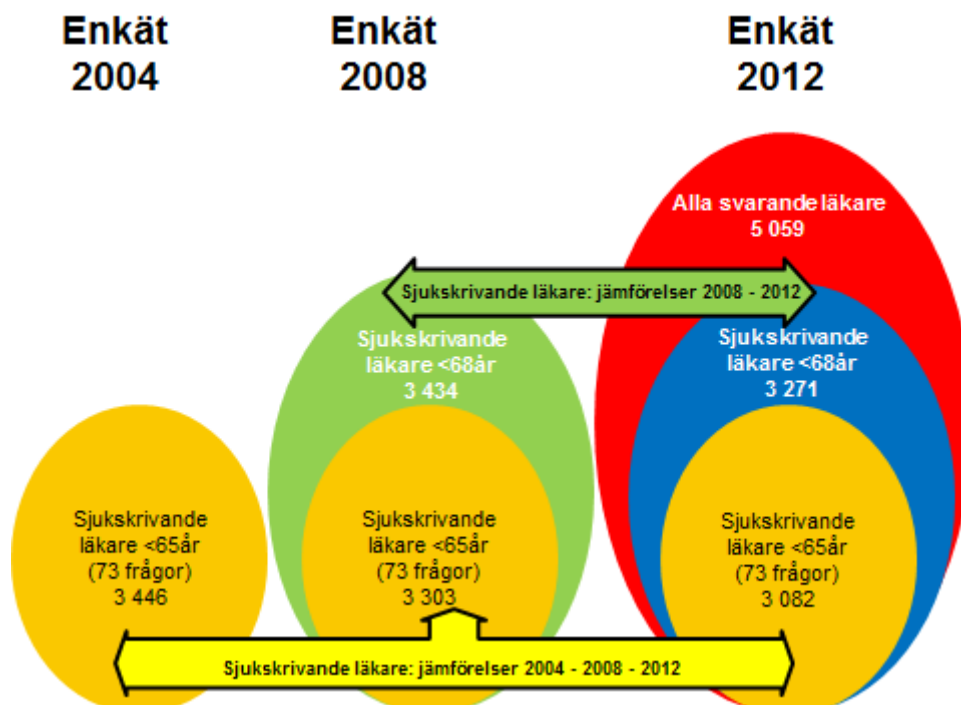
Resultat

I denna rapport presenteras först svar från läkare i Stockholm för samtliga enkätfrågor från enkäten "Läkares arbete med sjukskrivning" från 2012. Vissa svar presenteras även uppdelat på olika typer av kliniker/mottagningar, läkares utbildningsnivå eller relaterade till svaren på andra frågor. Typ av klinik/mottagning presenteras i bokstavsordning. I de flesta fall redovisas svaren för alla läkare totalt och/eller för läkare i följande fem typer av kliniska verksamheter:

- Gynekologi/obstetrik/mödrahälsovård
- Ortopedi
- Psykiatri/missbruksvård
- Vårdcentral/husläkarmottagning, samt
- Övriga kliniker/mottagningar

Vi har förenklat dessa beteckningar i tabeller, figurer även i texten och skriver 'gynekologi', 'ortopedi', 'psykiatri', 'vårdcentral' respektive 'övriga läkare'.

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 svarande läkare 2012

Redovisning av svar från *samtliga* läkare vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för hela studiepopulationen samt uppdelat på 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 som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare, här kallade '*sjukskrivande läkare*' för att underlätta läsningen.

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 från sjukskrivande läkare som var under 68 år respektive år.

Gröna tabeller och figurer

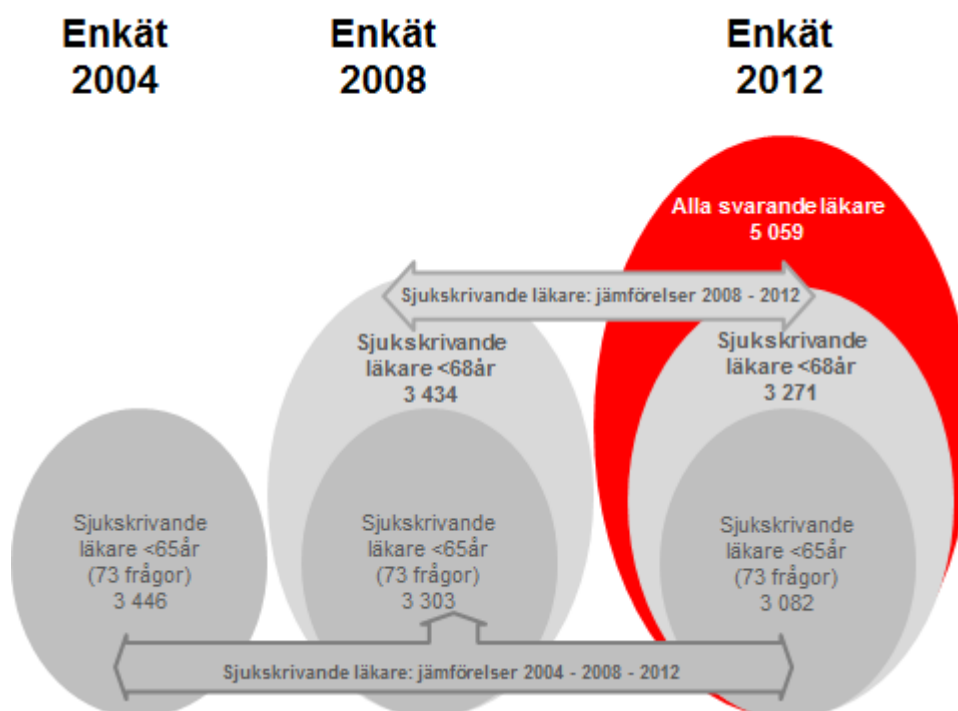
4: Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv: 2004-2008-2012

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.

Gula tabeller och figurer

I.

Samtliga svarande läkare 2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare i Stockholm som besvarade den enkät som skickades ut 2012 var 5 059, varav 2 713 kvinnor (54 %) och 2 346 män (46 %).

Bakgrundsfaktorer

Det fanns skillnader mellan kliniker vad gäller andel kvinnor och andel läkare i olika åldrar (Tabell 3). Störst andel kvinnor fanns inom onkologi (74 %) och lägst inom ortopedi och på smärtmottagningar (25 %). Störst andel unga (24-39 år) fanns inom neurologi (43 %) och invärtesmedicin (42 %), och störst andel äldre (55-67 år) fanns inom företagshälsovården (81 %) och Försäkringskassa/bolag (80 %). Andelen specialister speglar åldersfördelningen.

Tabell 3. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i olika åldersgrupper och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning. De fyra kliniker som i rapporten redovisas separata (vårdcentral, psykiatri, gynekologi, ortopedi) är markerade med grå färg.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
Barn- o ungdom	433	9	66	31	38	32	73
Företagshälsovård	74	1	54	1	18	81	99
Försäkringskassa/bolag ²	10	<0,5	50	0	20	80	100
Geriatric	200	4	70	29	30	41	64
Gynekologi	255	5	72	26	35	39	81
Hud	55	1	56	22	35	44	84
Infektion	62	1	53	24	39	37	85
Invärtesmedicin	466	9	52	42	35	23	60
Kirurgi	346	7	40	38	35	26	67
Neurologi	63	1	56	43	24	33	68
Onkologi	103	2	74	32	39	29	78
Ortopedi	161	3	25	30	38	32	78
Psykiatri	378	7	56	24	34	42	72
Rehabilitering	46	1	59	13	41	46	83
Reumatologi	39	1	64	26	38	36	90
Smärtmottagning	24	<0,5	25	0	42	58	96
Vårdcentral	934	18	58	32	34	34	63
Ögon	92	2	53	20	37	43	85
Öron-, näs- och hals	94	2	41	29	33	38	85
Annan klinik/mottagning	871	17	48	28	36	36	78
Administration	282	6	41	13	31	56	78
Ingen	30	1	37	17	33	50	80
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna ³	21	<0,5	52	52	14	33	62
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet	20	<0,5	55	40	30	30	45
Samtliga läkare	5 059	100	54	29	35	36	72

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

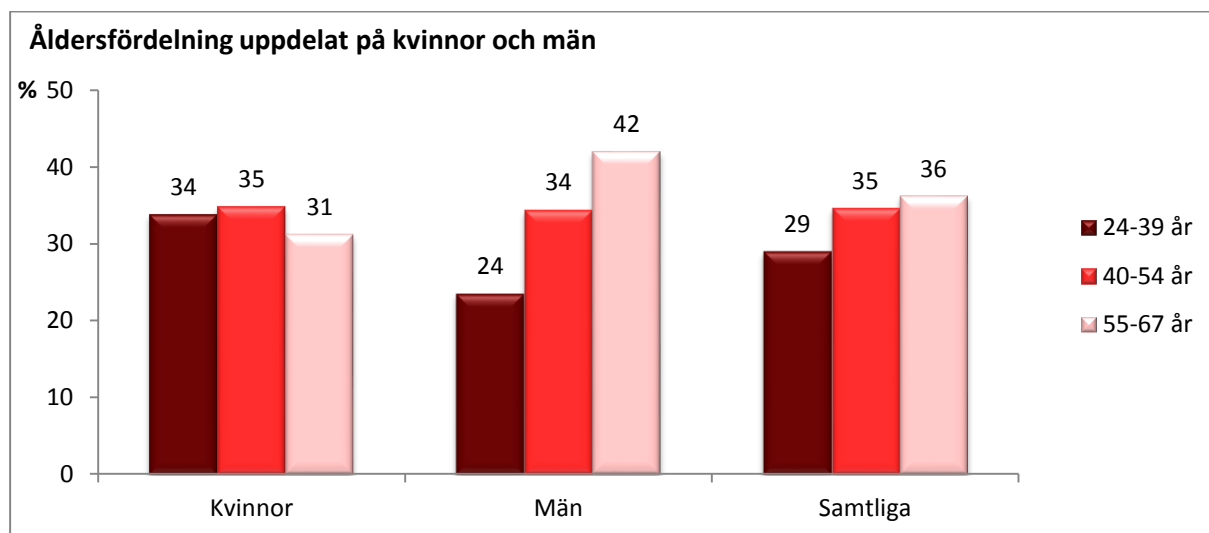
² Dessa läkare kommer fortsättningsvis att inkluderas i gruppen "Annan klinik/mottagning".

³ De som inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna har exkluderats ur kommande analyser.

Yrkesverksamma läkare

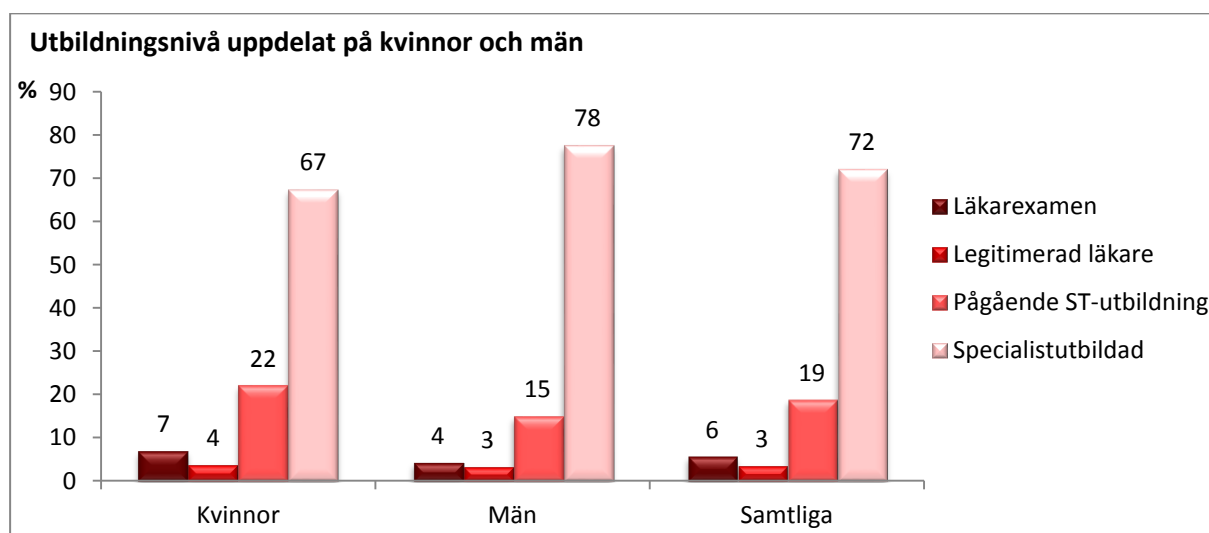
Resultatet i fortsättningen av detta kapitel baseras på svar från de läkare (n=5 038) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna. Det innebär att de 21 läkare som uppgav att de inte har arbetat som läkare det senaste tolv månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension etcetera) inte har tagits med i analyserna i resten av rapporten.

Det fanns en klar könsskillnad i åldersfördelningen (Figur 2). Bland männen tillhörde den största andelen, 42 procent, den äldsta åldersgruppen, medan det bland kvinnorna var en mer jämn fördelning mellan åldersgrupperna.



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

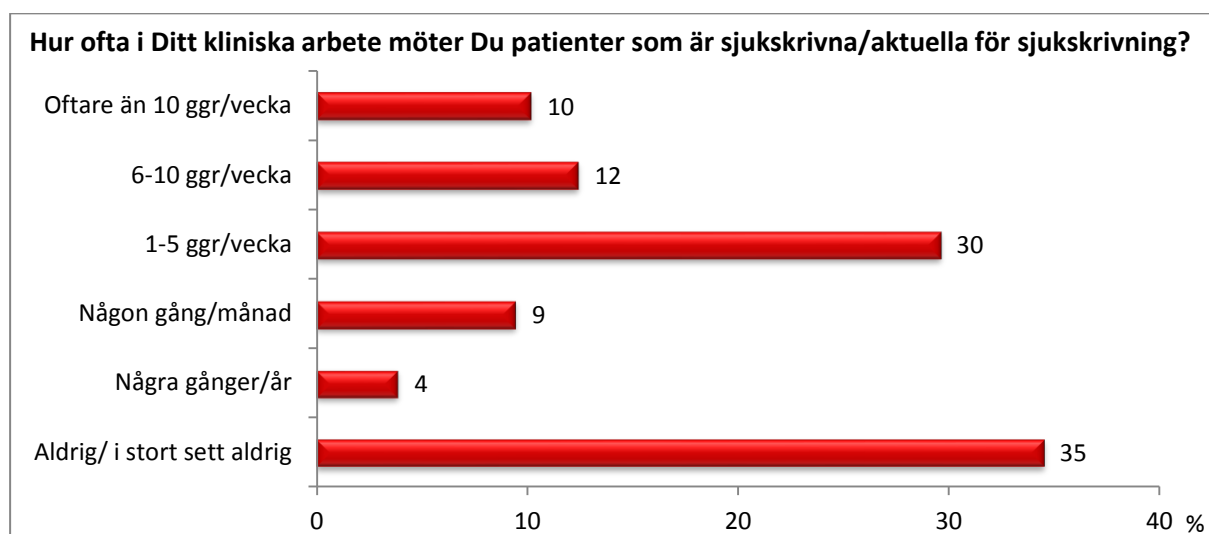
Det fanns även en könsskillnad beträffande fördelningen av läkare vad avser högsta utbildningsnivå som till en del kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 78 procent en specialistutbildning, och av kvinnorna 67 procent.



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

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 innebär att patienten blir sjukskriven. Resultatet visar att de flesta, 52 procent, hade sådana konsultationer minst en gång i veckan, men att 35 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade det (Figur 4). I jämförelse med läkare i övriga landet hade en lägre andel av läkarna i Stockholm sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka, 52 procent i Stockholm jämfört med 62 procent i hela landet. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=44, 0,9 %). Dessa läkare är inte med i de fortsatta analyserna.



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

Motsvarande resultat uppdelat på typ av klinik/mottagning visas i Tabell 4. De kliniker/mottagningar där läkare oftast hade konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning var ortopedi, företagshälsovård, rehabilitering och onkologi, där 46, 39, 36 respektive 33 procent av läkarna hade sådana konsultationer oftare än 10 gånger i veckan.

Tabell 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

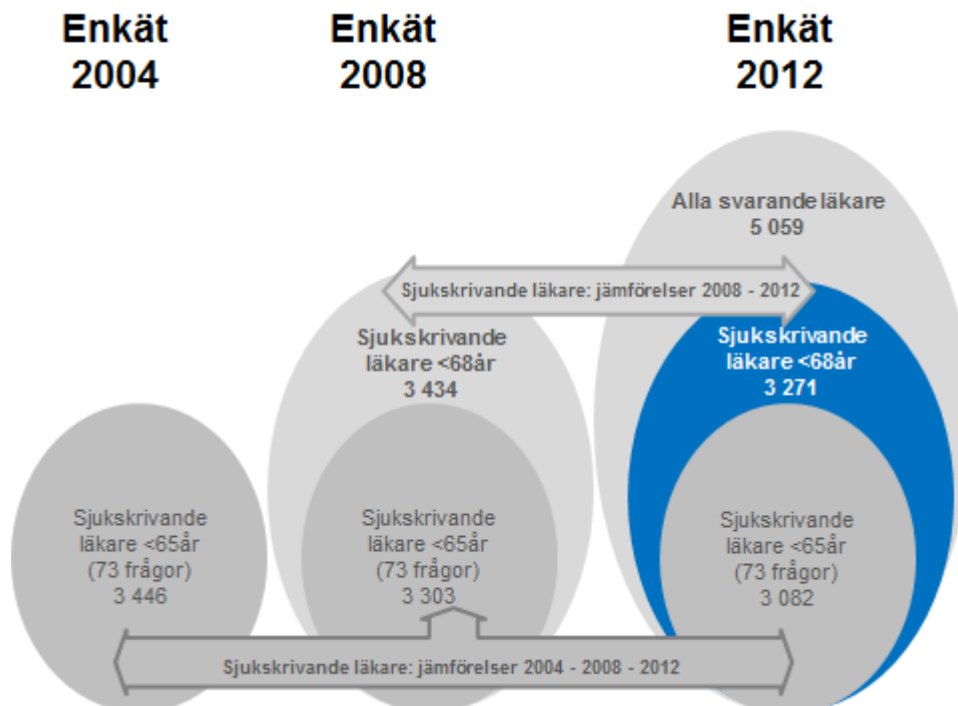
Klinik/mottagning	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn- o ungdom	431	<0,5	1	6	4	6	82
Företagshälsovård	74	39	26	26	8	1	0
Geriatric	198	1	0	3	3	5	88
Gynekologi	254	7	22	35	10	7	18
Hud	54	0	2	6	19	39	35
Infektion	62	6	16	50	18	2	8
Invärtesmedicin	461	5	9	47	26	7	6
Kirurgi	344	16	18	38	12	4	12
Neurologi	62	16	23	45	6	2	8
Onkologi	103	33	22	28	10	2	5
Ortopedi	160	46	29	17	2	0	6
Psykiatri	375	28	19	31	9	3	10
Rehabilitering	45	36	24	24	9	2	4
Reumatologi	39	5	18	64	10	3	0
Smärtmottagning	23	57	9	13	0	4	17
Vårdcentral	931	6	21	62	9	1	1
Ögon	91	0	4	20	23	27	25
Öron-, näs- och hals	94	9	16	49	16	6	4
Annan klinik/mottagning ¹	865	6	4	8	5	2	76
Administration	278	1	1	3	4	1	91
Ingen ²	30	0	0	0	3	3	93
Har ej svarat på frågan om klinik tillhörighet ²	20	5	10	30	10	0	45
Samtliga läkare	4994	10	12	30	9	4	35

¹ I gruppen 'Annan klinik/mottagning' ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n=10).

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

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2012



2. Svar från sjukskrivande läkare 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 3271 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Stockholm
- 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

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

Bakgrundsfaktorer

Ålders- och könsfördelning per typ av klinik/mottagning

Det var betydande skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av kliniker och mottagningar (Tabell 5). Bland de svarande var andelen kvinnor störst inom geriatrik (87 %) och gynekologi (76 %) och minst inom ortopedi (25 %) och smärtmottagningar (26 %). En någorlunda jämn åldersfördelning fanns på de flesta kliniker, med undantag för företagshälsovården, där 81 procent av läkarna var över 55 år, och på smärtmottagningar, där ingen var under 40 år. Även inom rehabilitering var andelen som var under 40 år låg (14 %). Störst andel unga läkare fanns inom neurologi (46 %) och invärtesmedicin (43 %). Andelen specialister var högst inom företagshälsovård (99 %) och på smärtmottagningar (95 %).

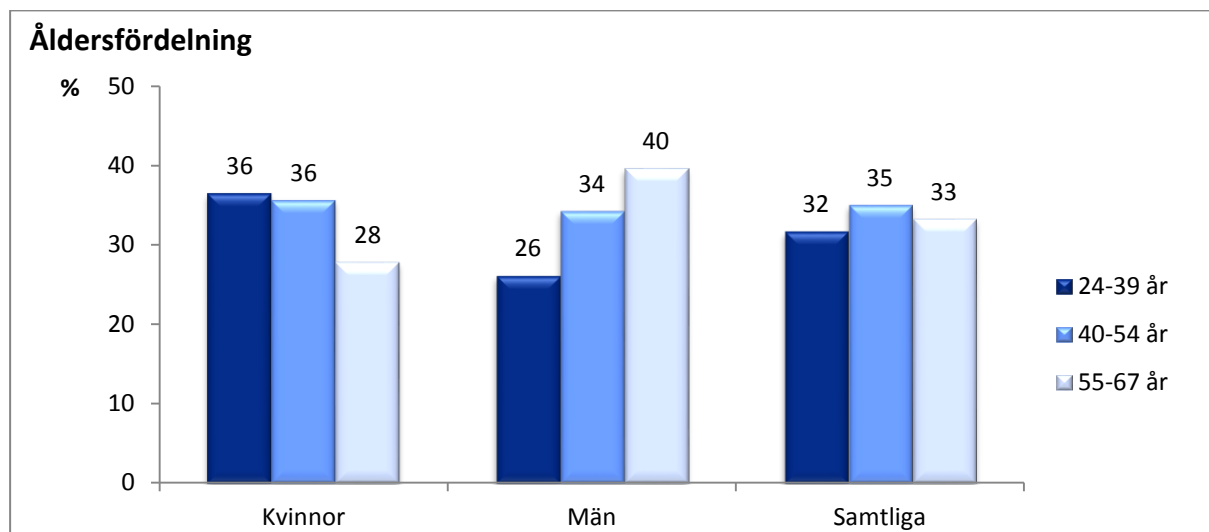
Tabell 5. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildad %
Barn- o ungdom	76	2	61	26	33	41	78
Företagshälsovård	74	2	54	1	18	81	99
Geriatric	23	1	87	26	39	35	65
Gynekologi	209	6	76	32	37	31	77
Hud	35	1	60	26	37	37	77
Infektion	57	2	53	25	40	35	86
Invärtesmedicin	432	13	52	43	35	22	59
Kirurgi	303	9	41	38	37	25	68
Neurologi	57	2	56	46	23	32	65
Onkologi	98	3	73	32	40	29	79
Ortopedi	150	5	25	32	37	31	77
Psykiatri	336	10	54	26	35	39	70
Rehabilitering	43	1	58	14	42	44	84
Reumatologi	39	1	64	26	38	36	90
Smärtmottagning	19	1	26	0	47	53	95
Vårdcentral	918	28	58	32	34	34	62
Ögon	68	2	51	24	44	32	81
Öron-, näs- och hals	90	3	42	29	34	37	84
Annan klinik/mottagning ²	206	6	45	29	34	36	73
Administration	25	1	48	24	20	56	68
Samtliga läkare	3271	100	54	32	35	33	70

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

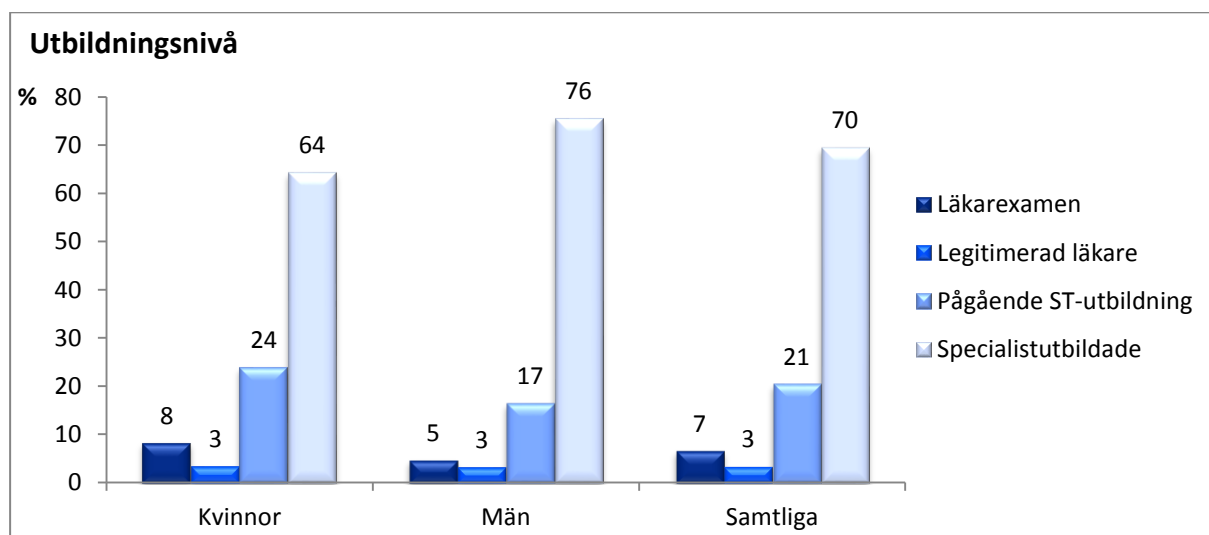
² I gruppen 'Annan klinik/mottagning' ingår även de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n = 5).

Som framgår av Figur 5 fanns det skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor; bland kvinnorna var andelen som tillhörde den äldsta åldersgruppen minst (28 %), medan den var störst bland männen (40 %).



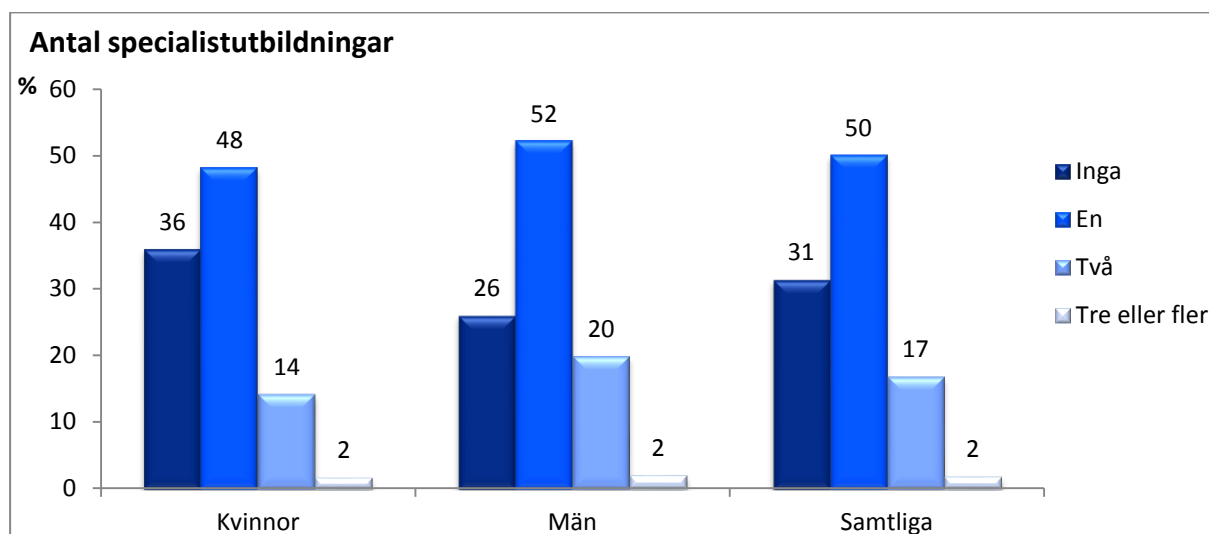
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan till viss del relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. En större andel av männen, 76 procent, hade en specialistexamen jämfört med kvinnorna, 64 procent (Figur 6).



Figur 6. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

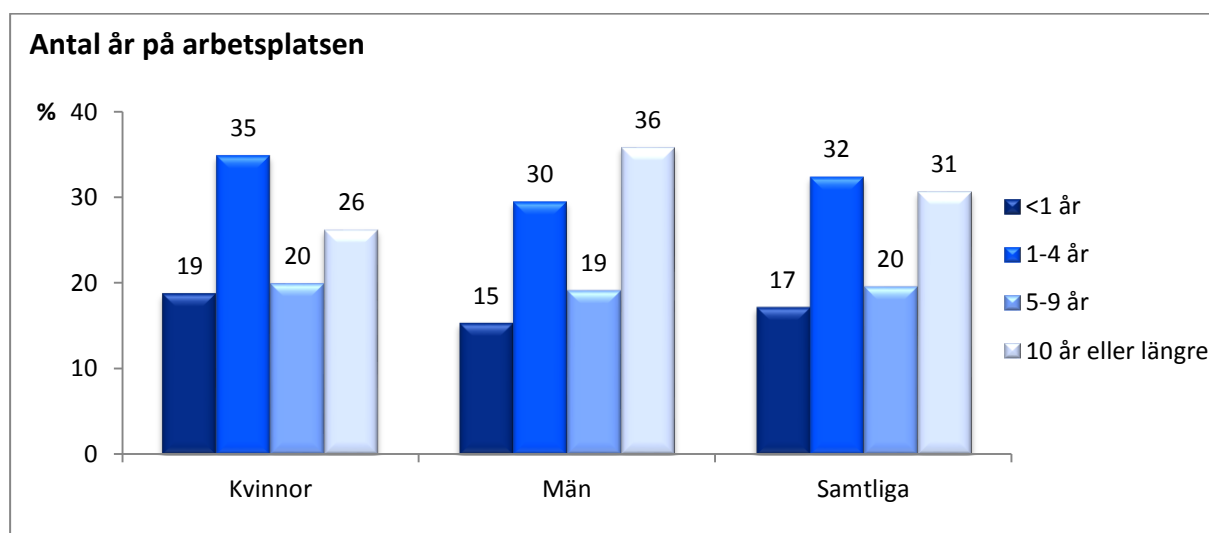
Även i Figur 7 framgår det att andelen ickespecialister var större bland kvinnorna (36 %) än bland männen (26 %). Nästan en femtedel av alla läkare hade mer än en specialistutbildning; andelen var något större bland männen (22 %) än bland kvinnorna (16 %).



Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Antal år på arbetsplatsen

Närmare hälften (49 %) av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och närmare en tredjedel tio år eller längre (Figur 8). En större andel av männen (36 %) jämfört med av kvinnorna (26 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

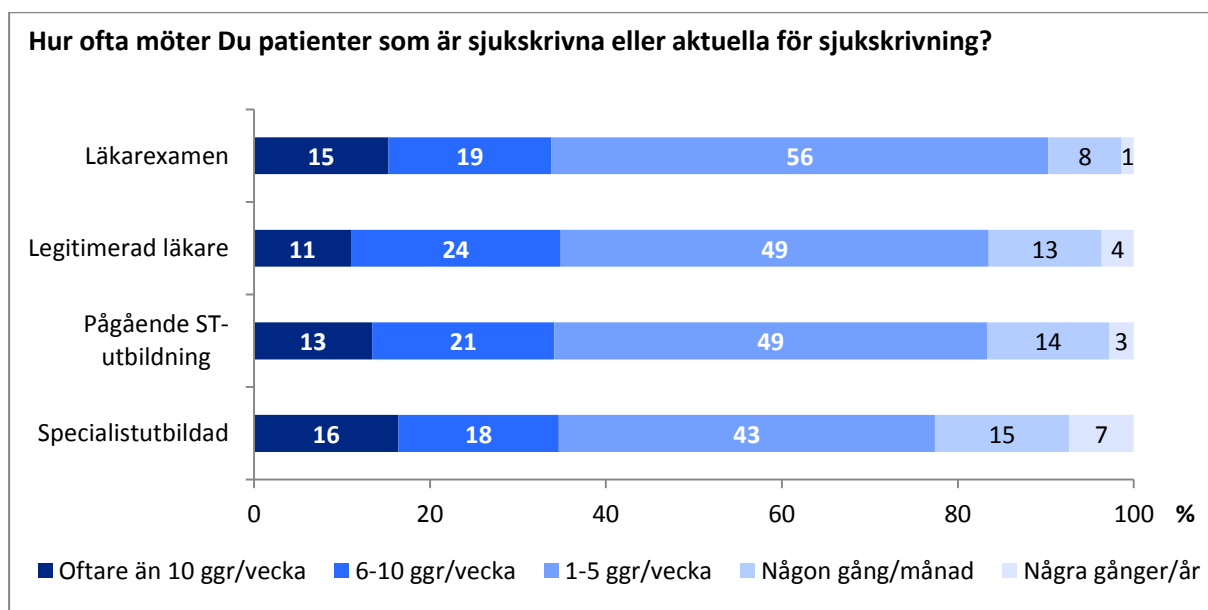
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Det framgår att 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan.



Figur 9. 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 läkare med enbart läkarexamen i högre grad sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan än de med högre utbildning (Figur 10).



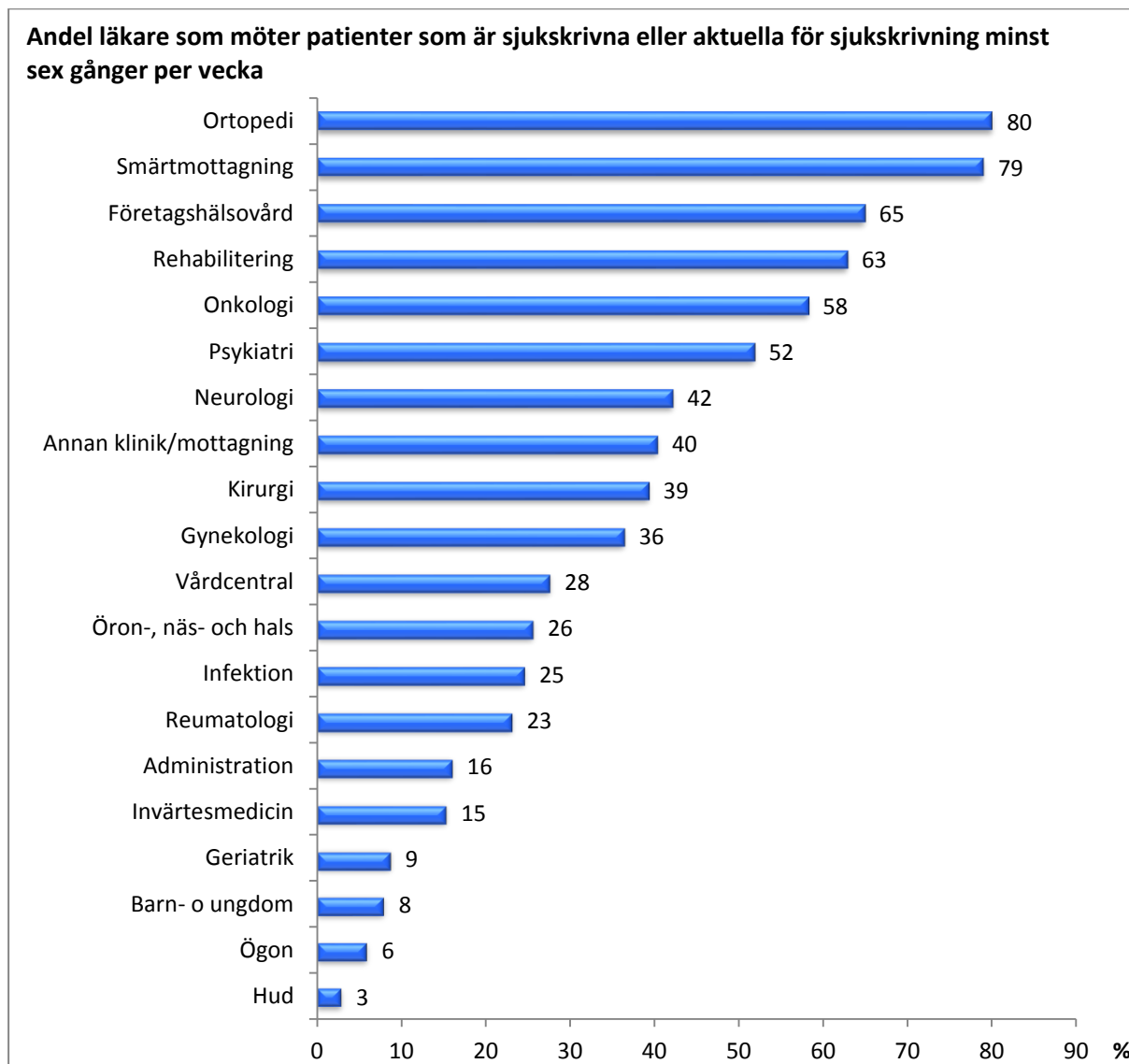
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

Konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning förekom bland läkare inom alla olika typer av kliniker/mottagningar, men det fanns en stor variation (Tabell 6). Bland läkare som arbetade på smärtmottagningar hade 68 procent sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger i veckan. Bland läkare som arbetade inom ortopedi eller på smärtmottagningar hade 80 respektive 79 procent sådana konsultationer minst sex gånger i veckan, medan motsvarande andel var bara sex procent på ögonkliniker och tre procent inom gynekologi.

Tabell 6. 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
Barn- o ungdom	3	5	33	25	34
Företagshälsovård	39	26	26	8	1
Geriatrisk	9	0	22	26	43
Gynekologi	0	3	9	29	60
Hud	7	18	54	19	2
Infektion	6	10	50	28	7
Invärtesmedicin	18	21	43	14	5
Kirurgi	18	25	49	7	2
Neurologi	9	27	43	12	9
Onkologi	35	23	30	10	2
Ortopedi	49	31	18	2	0
Psykiatri	31	21	35	10	3
Rehabilitering	37	26	26	9	2
Reumatologi	5	18	64	10	3
Smärtmottagning	68	11	16	0	5
Vårdcentral	6	21	63	9	1
Ögon	0	6	26	31	37
Öron-, näs- och hals	9	17	51	17	7
Annan klinik/mottagning	25	16	32	21	6
Administration	8	8	32	44	8
Samtliga läkare	16	19	45	14	6

I Figur 11 presenteras andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som uppgav att de minst sex gånger per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan fanns, som nämnts ovan, på ortopedkliniker (80 %) och på smärtmottagningar (79 %). På vårdcentraler var motsvarande andel 28 procent.



Figur 11. 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 (80 %) 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, smärtmottagningar, företagshälsovård, rehabilitering och onkologi. Tjugoåtta procent av vårdcentralläkarna hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

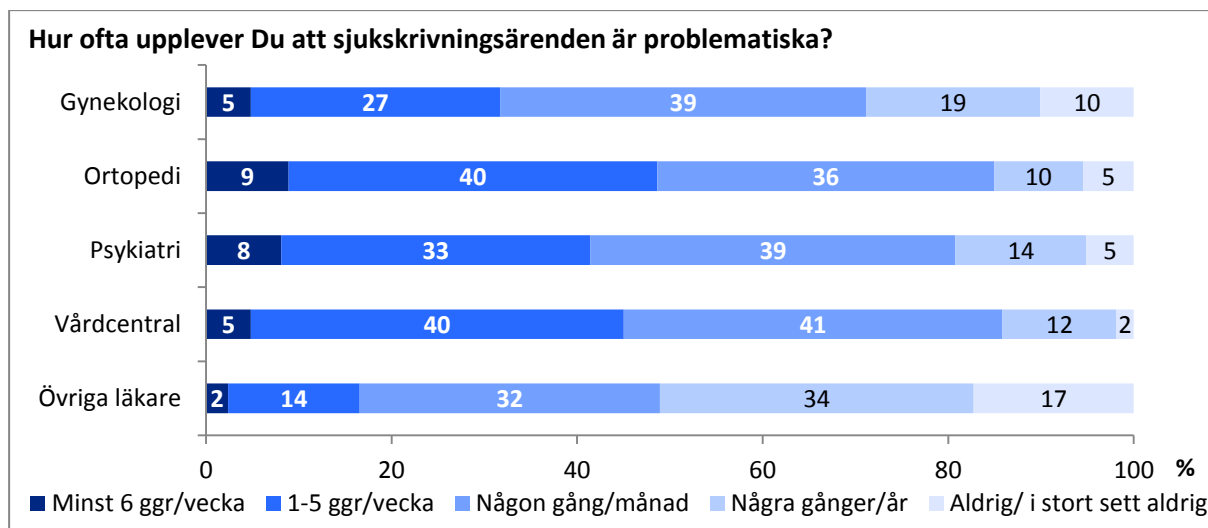
Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Först fanns en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 12). Knappt en tredjedel (30 %) svarade att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, och ytterligare en dryg tredjedel (36 %) svarade att de upplever dem som problematiska någon gång per månad. Var tionde läkare (11 %) uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsärenden som problematiska.



Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska.

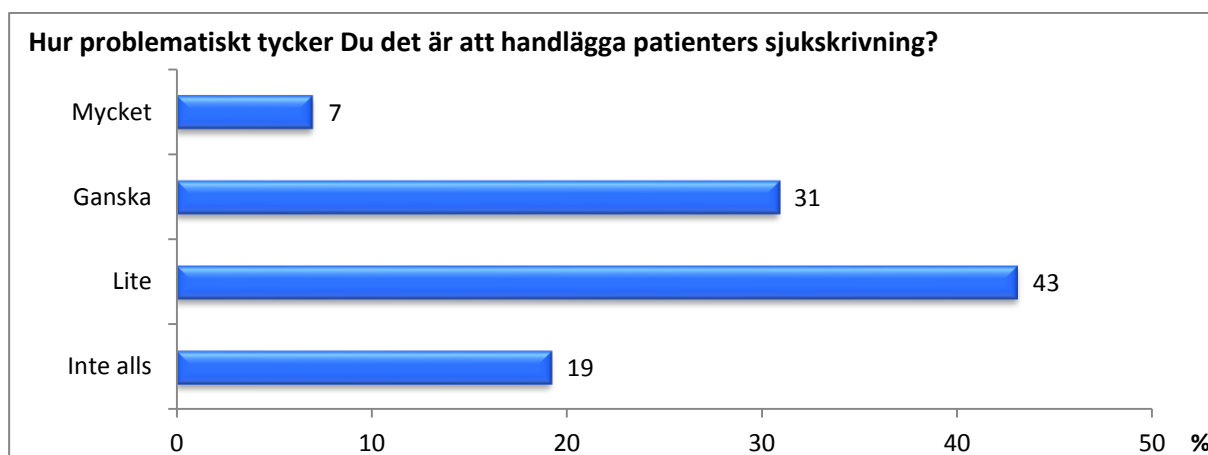
Härifrån presenteras resultaten uppdelat på de fem klinikgrupperna, som beskrivits på sidan 32. För de frågor där resultaten inte redovisas per klinikgrupp i denna del återfinns sådana figurer och tabeller i nästa del (det gröna avsnittet).

Vissa klinikgrupper upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt i högre utsträckning än andra; nästan hälften av läkarna inom ortopedi (49 %) angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, och en nästan lika stor andel av läkare på vårdcentraler (45 %) angav detsamma (Figur 13).



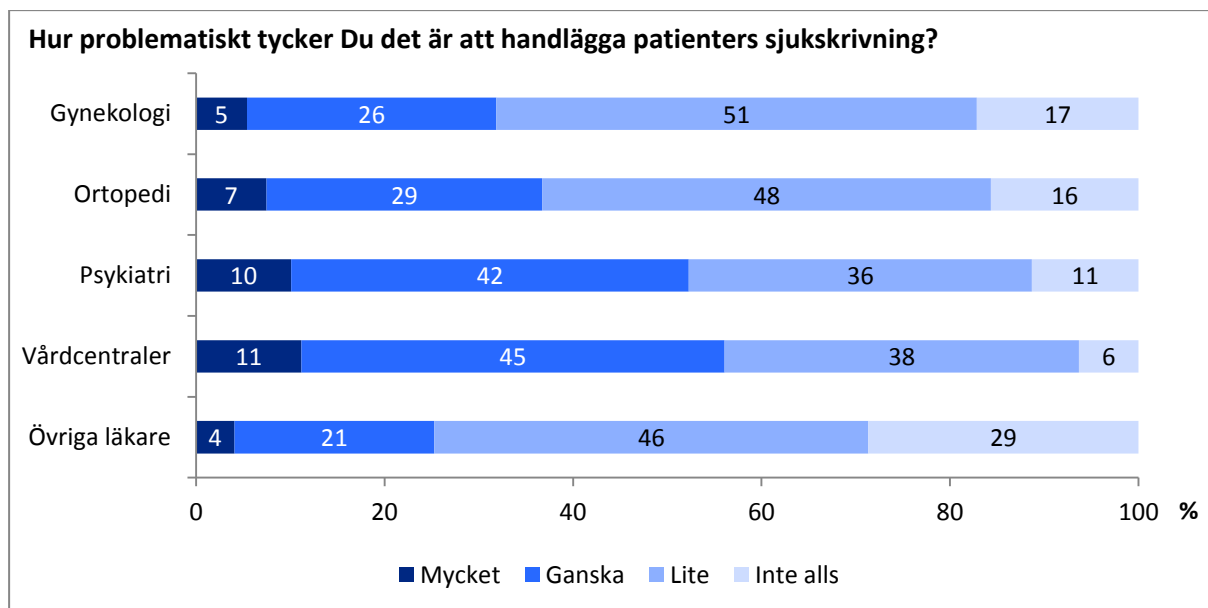
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna

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. Närmare två av fem läkare, 38 procent, tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 14).



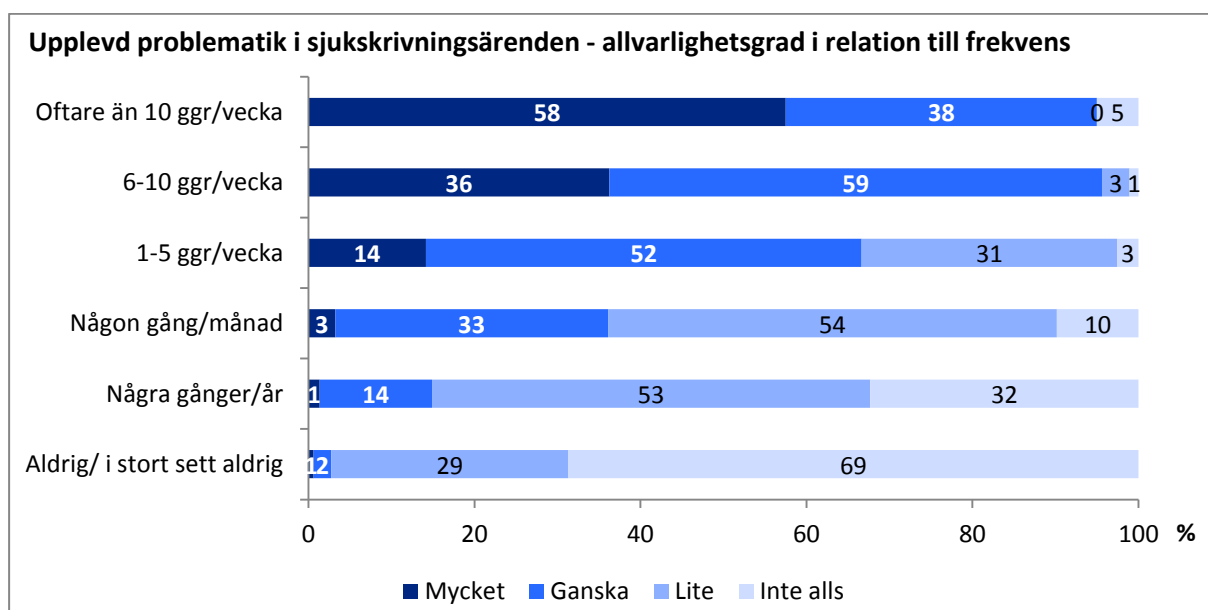
Figur 14. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

Vid uppdelning av svaren på de olika klinikgrupperna visade det sig att andelen läkare på vårdcentraler som angav att de upplever handläggning av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiskt var 56 procent, och motsvarande andel bland psykiatriker 52 procent, alltså över hälften, att jämföra med gruppen 'övriga läkare', där andelen var en fjärdedel, 25 procent (Figur 15).



Figur 15. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I Figur 16 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevs som problematiska enligt läkarna samt *hur problematiska* de angavs vara. Av figuren framgår att de som angav att de ofta upplever sjukskrivningsärenden som problematiska också i större utsträckning angav att de upplever dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få (1 %) av dem som svarat att de aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa ärenden var mycket problematiska.

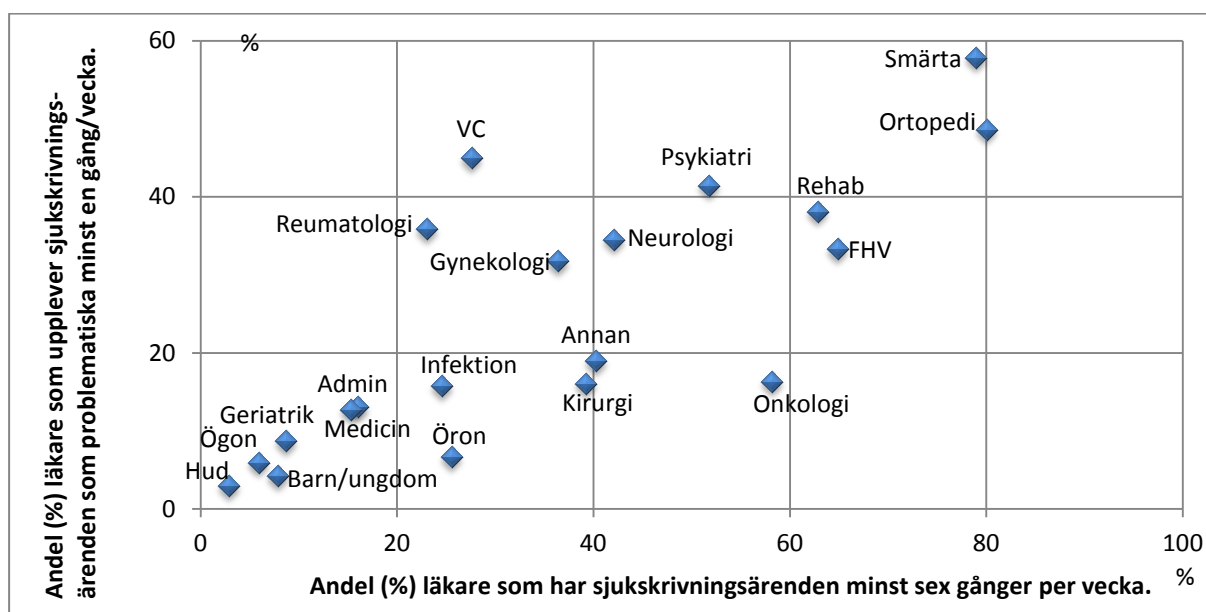


Figur 16. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på deras svar på hur ofta de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

I Figur 17 visas relationer mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och upplevelsen av dessa som problematiska uppdelat på olika kliniker/mottagningar. Andelen läkare inom de olika typerna av kliniker/mottagningar som angav att de har *sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan* visas relaterat till andelen som angav att de *minst en gång i veckan* upplever att *sjukskrivningsärenden är problematiska*.

Förhållandet mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och hur ofta de upplevs som problematiska är relativt linjärt, det vill säga ju större andel läkare inom en klinisk verksamhet som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan desto större andel av dem upplever att arbetet med sjukskrivningar är problematiskt minst en gång per vecka. Det fanns några undantag till detta. Läkare som arbetar på vårdcentral och inom reumatologi skiljer sig från övriga genom att andelen som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var relativt liten, medan andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka var stor. Läkarna inom onkologi skiljer sig från övriga på motsatt sätt, det vill säga genom att andelen som angav att de ofta har sjukskrivningsärenden var relativt stor, och andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var liten.

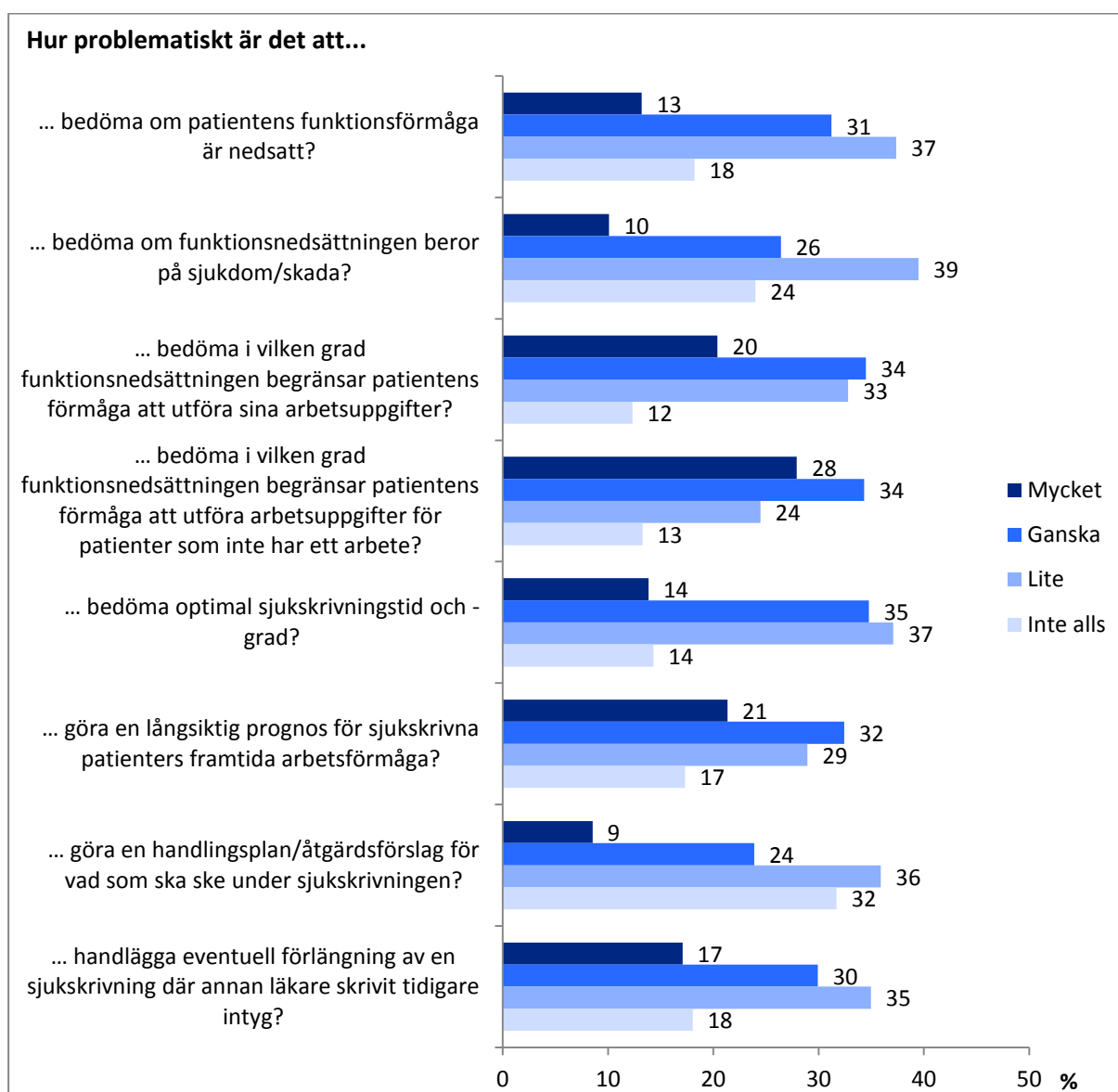


Figur 17. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Allvarlighetsgrad av specifika problem

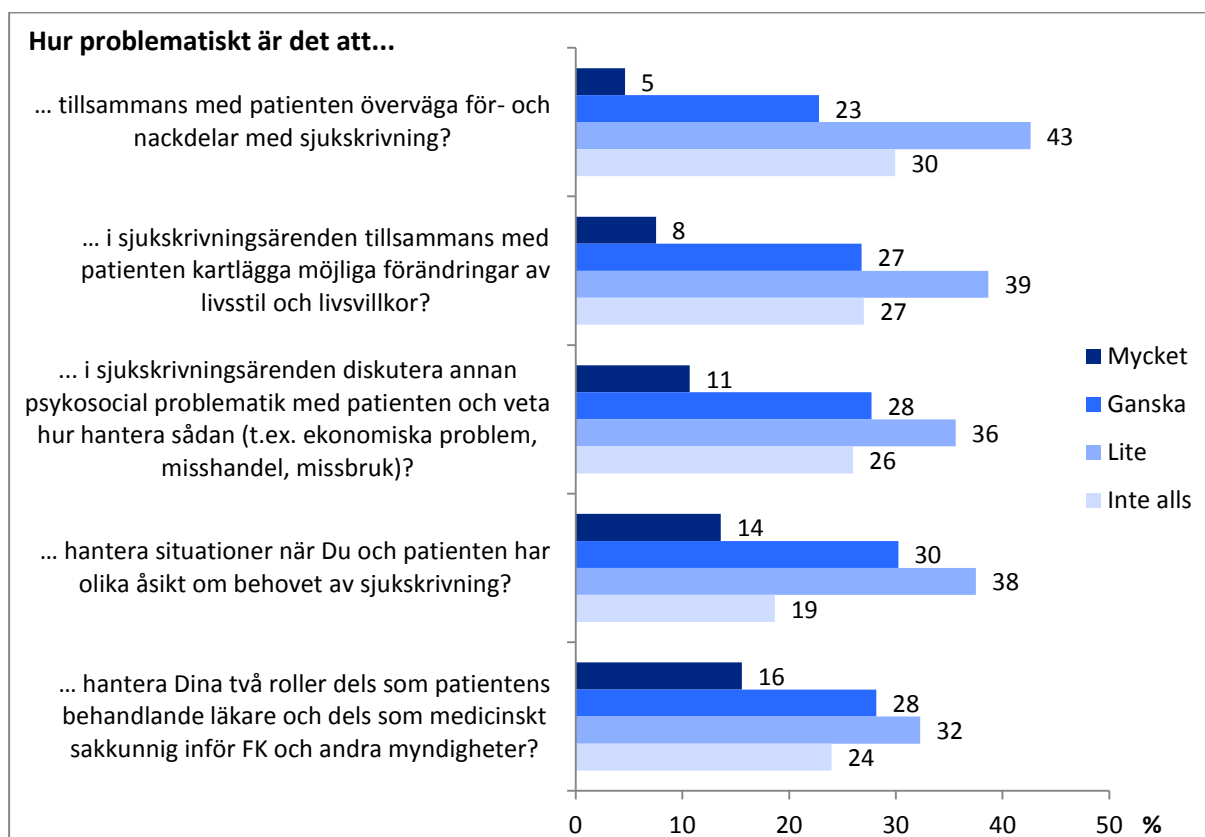
I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevs som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 69) respektive Samverkan och kontakter (sidan 76) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare angav att de upplever som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 28 procent angav det som mycket problematiskt och 34 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. Närmare hälften av läkarna (49 %) ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad.



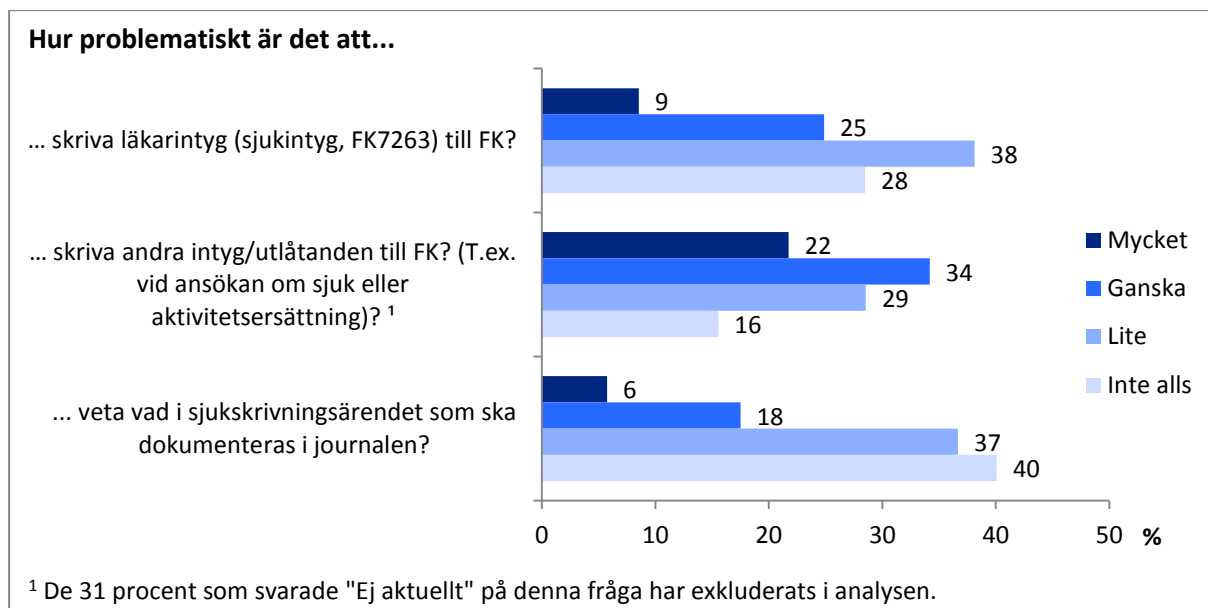
Figur 18. Andel (%) läkare som angav att de upplever ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

I sitt yrkesutövande har läkaren framför allt två roller i förhållande till patienten i sjukskrivningsärenden: som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig i förhållande till andra aktörer [3, 25]. Fyrtiofyra procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Figur 19). En lika stor andel tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt. Närmare två av fem läkare (39 %) angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att diskutera psykosocial problematik med en patient.



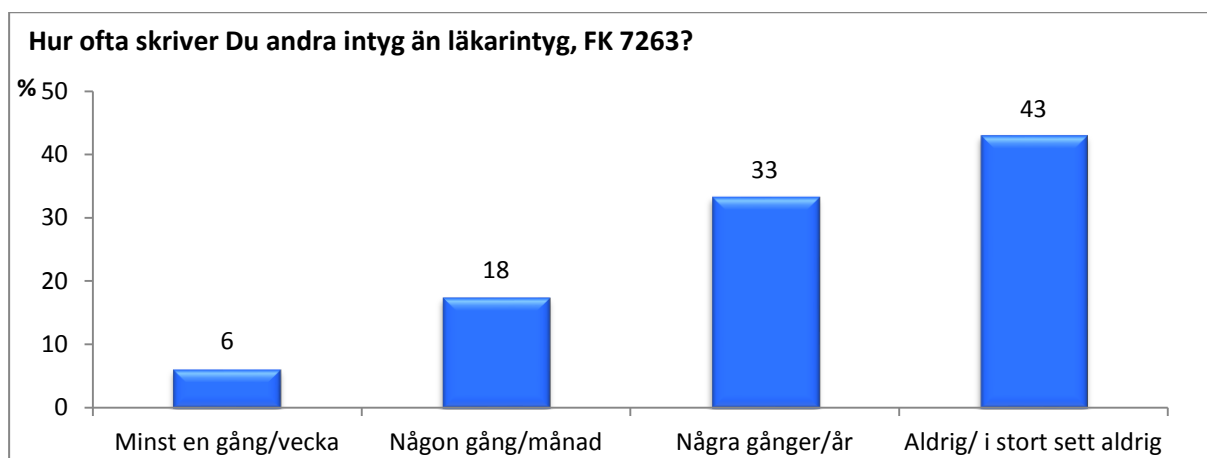
Figur 19. Andel (%) läkare som angav att de upplever ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

En knapp tredjedel, 31 procent, uppgav att det inte var aktuellt för dem att skriva andra intyg till Försäkringskassan än läkarintyg (FK 7263). När det handlade om intygsskrivande angav störst andel att de upplever det som problematiskt att skriva sådana andra typer av medicinska intyg eller utlåtanden än läkarintyg; 56 procent av de två tredjedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg fann detta mycket eller ganska problematiskt. Att hantera dokumentationskravet [36, 94], det vill säga veta vad i ett sjukskrivningsärende som ska dokumenteras i journalen, angavs som problematiskt av en knapp fjärdedel, 24 procent (Figur 20).



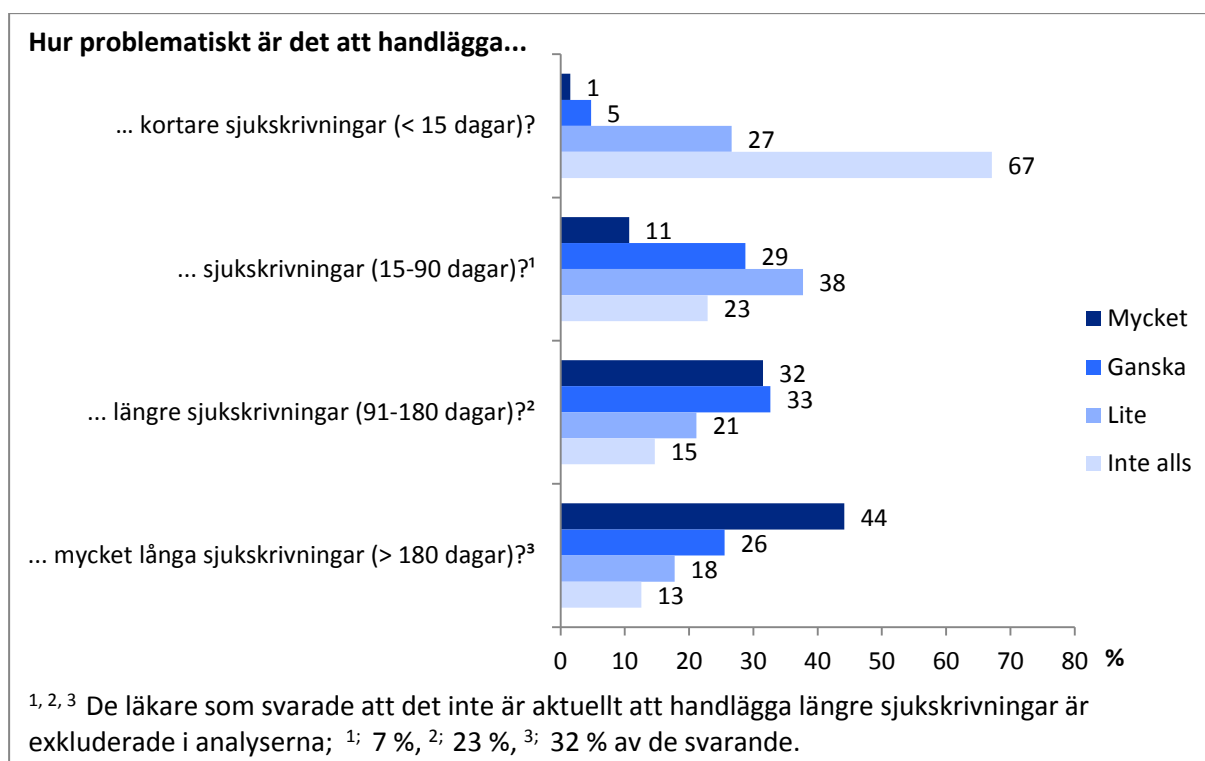
Figur 20. Andel (%) läkare som angav att de upplever olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

På den direkta frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263 svarade 43 procent av läkarna att de aldrig gör detta (Figur 21).



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

Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna angav att de upplever att det var att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel angav att det är mycket problematiskt att handlägga dem (Figur 22). För 23 respektive 32 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 är 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 tyckte att detta inte alls är problematiskt.



Figur 22. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt. De läkare som svarade ”Ej aktuellt” har här exkluderats.

Inom alla klinikgrupper var andelen som angav att det är problematiskt att handlägga längre sjukskrivningar markant större ju längre sjukskrivningarna pågått (Tabell 7). Bland vårdcentralsläkare var andelen som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar som varar längre än 90 dagar allra störst.

Tabell 7. Andel (%) läkare som angav att de upplever att handläggning av sjukskrivningar av olika varaktighet är mycket eller ganska problematiskt, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

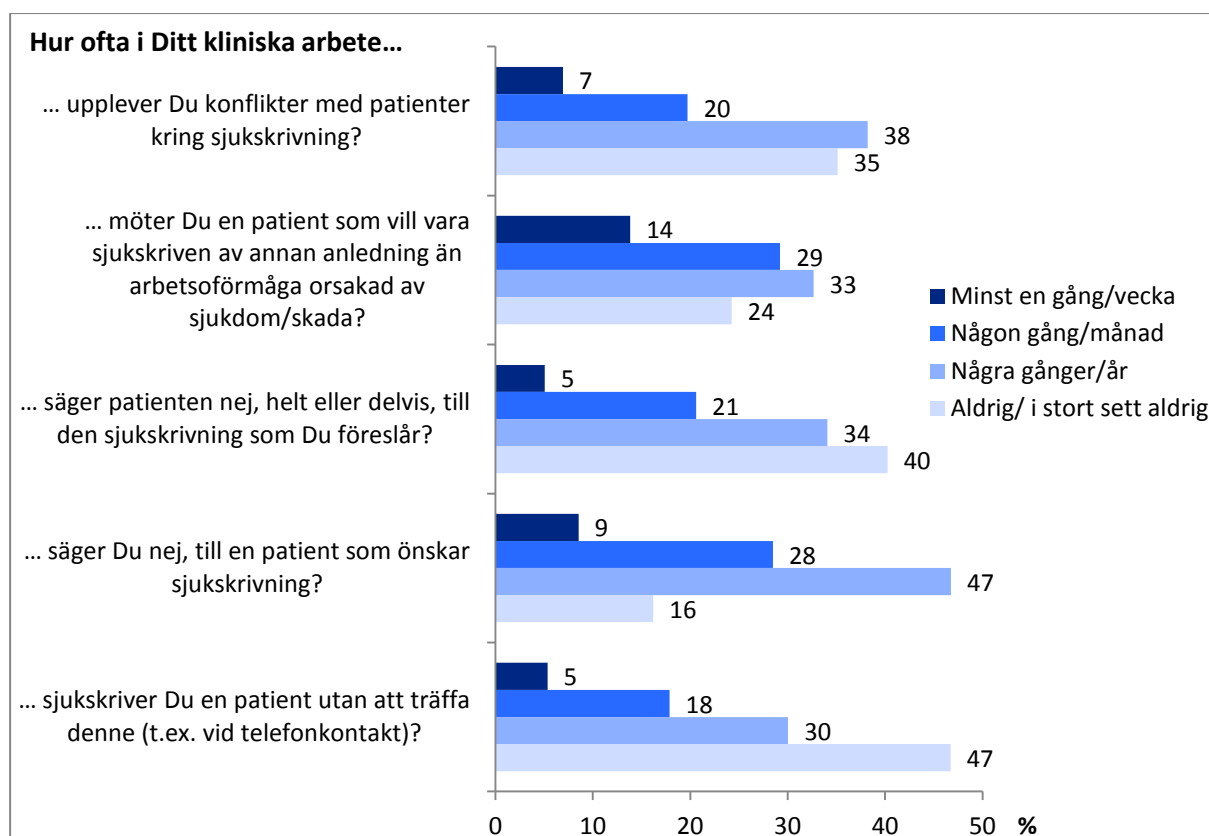
Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga...	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentraler	Övriga läkare
... kortare sjukskrivningar (<15 dagar)	7	12	9	7	5
... sjukskrivningar (15-90 dagar) ¹	31	25	38	56	32
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar) ²	55	59	63	80	53
... mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar) ³	70	67	69	84	57

^{1, 2, 3} De läkare som svarade att det inte är aktuellt att handlägga längre sjukskrivningar är exkluderade i analyserna; ¹: 7 %, ²: 23 %, ³: 32 % av samtliga svarande.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

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

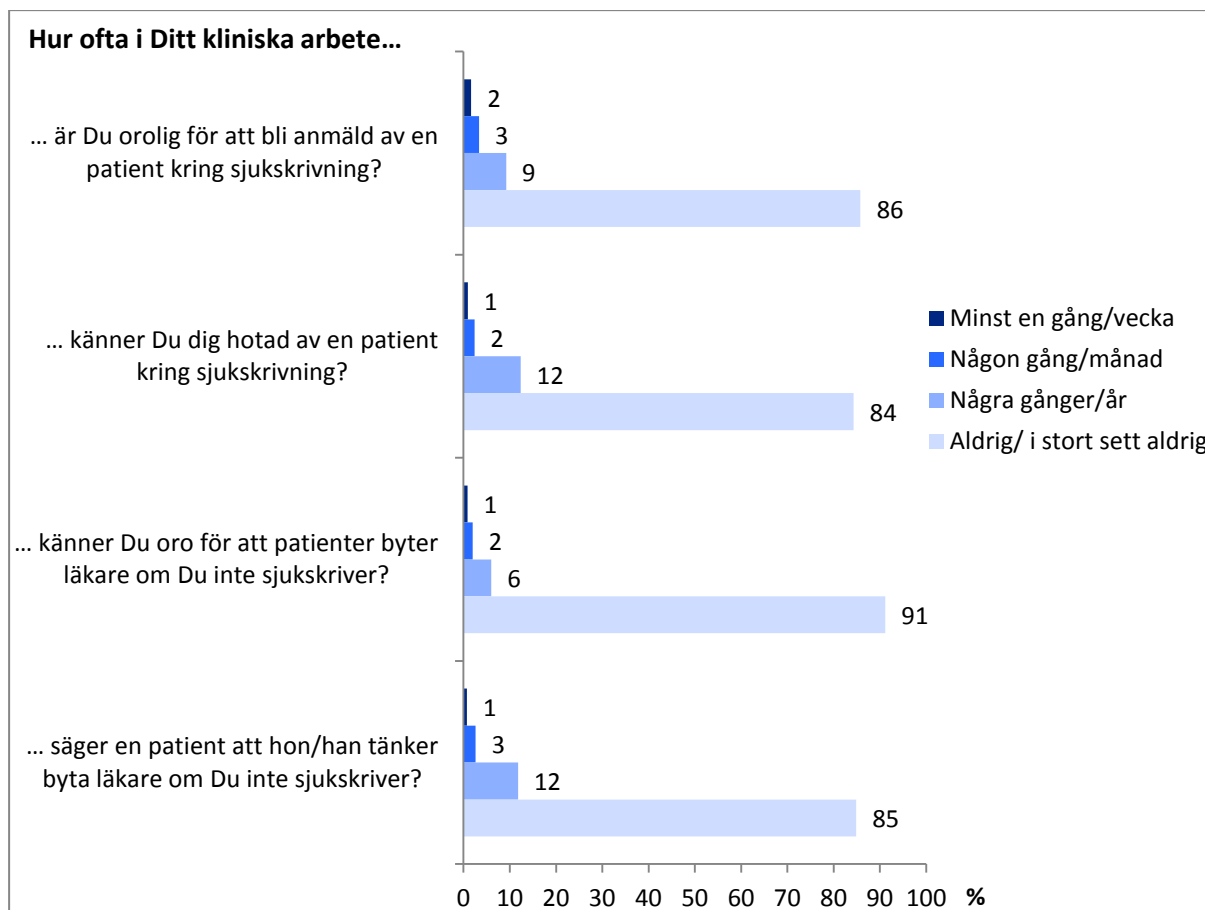
Sju procent av läkarna angav att de har konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång i veckan, medan en dryg tredjedel, 35 procent, aldrig eller nästan aldrig har sådana konflikter. Sexton procent uppgav att de aldrig eller nästan aldrig sade nej till en patients önskan om sjukskrivning, medan fyrtio procent menade att en patient aldrig eller nästan aldrig sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Nästan hälften av läkarna (47 %) uppgav att de aldrig eller nästan aldrig sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom.



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

Oro och hot

En stor majoritet av läkarna angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever de situationer av hot eller oro som efterfrågades i enkäten. Oro för att bli anmäld av en patient i ett sjukskrivningsärende var det som rapporterades av störst andel; två procent angav att de upplever sådan oro minst en gång i veckan.



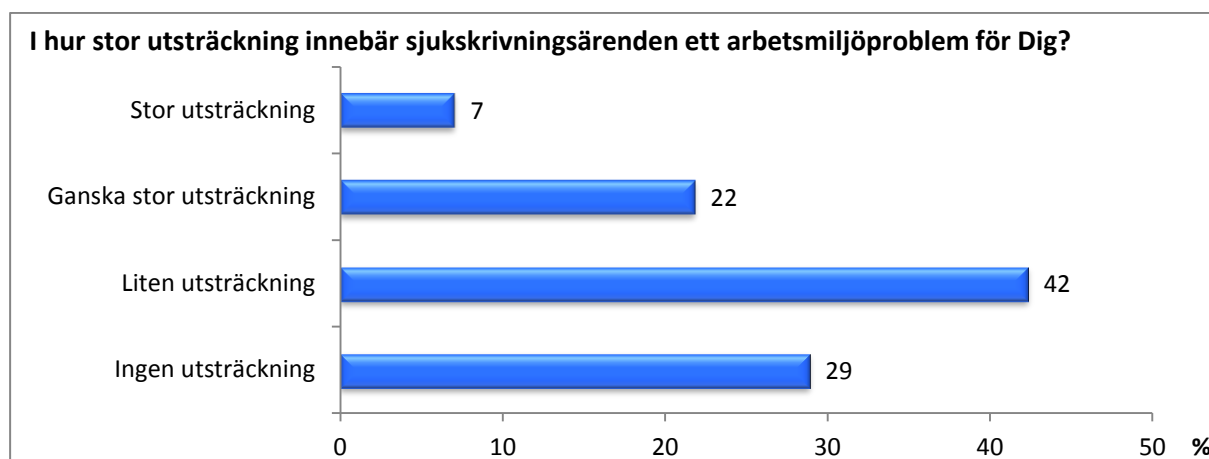
Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur de, enligt enkätsvaren, upplever olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar

- En stor andel läkare upplevde olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden.
- Närmare en tredjedel (30 %) av läkarna rapporterade att de upplevde sjukskrivningsärenden som 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.
- När det gäller allvarlighetsgrad av specifika problematiska situationer som nämns i enkäten var följande situationer mycket eller ganska problematiska för störst andel läkare:
 - att bedöma patienters arbetsförmåga, särskilt för arbetslösa patienter
 - att göra en långsiktig prognos av arbetsförmåga
 - att skriva mer omfattande typer av läkarintyg
 - att hantera längre sjukskrivningar, det vill säga de som varar över 90 dagar
- En relativt liten andel kände sig hotade av en patient eller oro för att bli anmäld av en patient i sjukskrivningsarbetet.

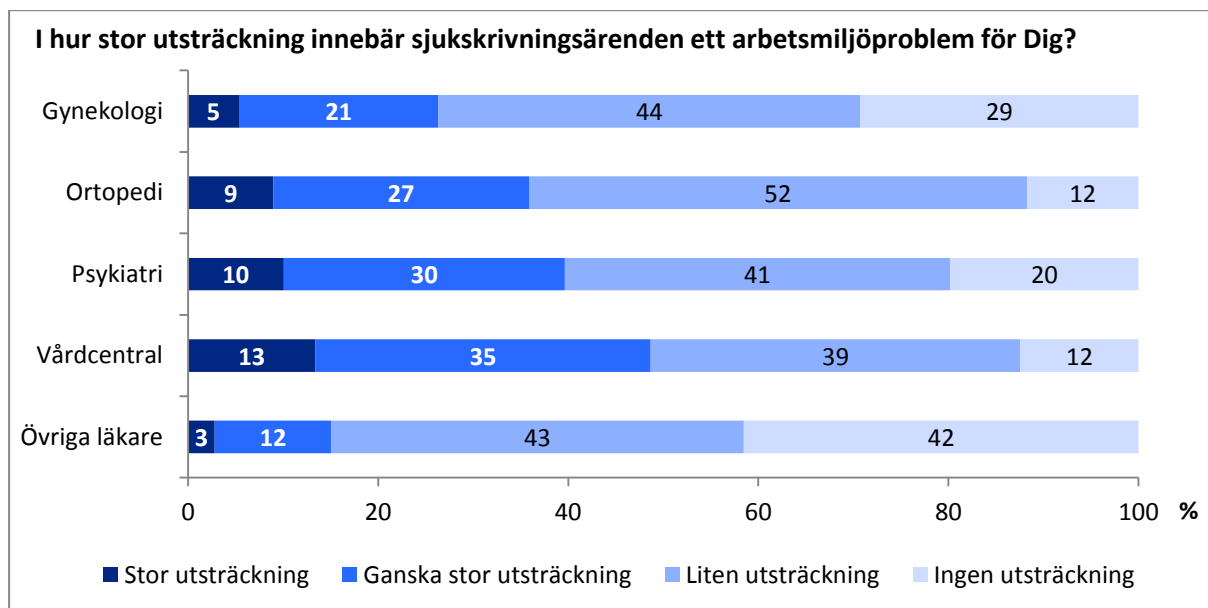
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan upplevas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [31, 62, 89, 217, 235]. Därför ställdes ett par frågor om *hur ofta* samt *i vilken utsträckning* arbetet med sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem. Närmare en tredjedel av läkarna angav att de upplever att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor (7 %) eller ganska stor (22 %) utsträckning (Figur 26); en lika stor andel som den som menade att sjukskrivningsärenden inte innebär ett arbetsmiljöproblem.



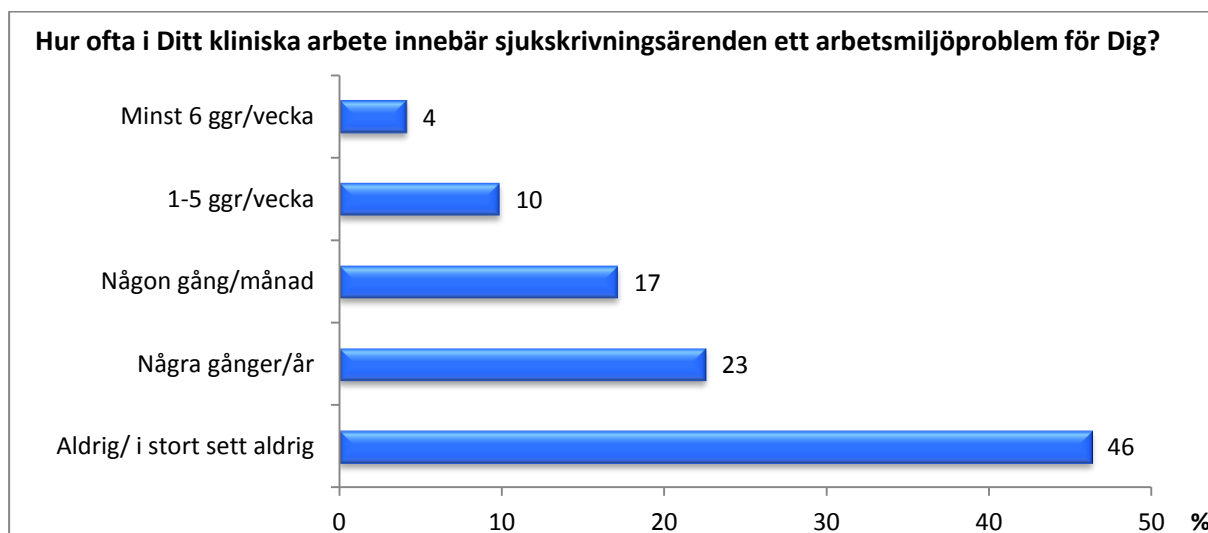
Figur 25. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning.

Svaren på frågan om huruvida hantering av sjukskrivningsärenden sågs som ett arbetsmiljöproblem varierade med typ av klinik/mottagning. Tretton procent av läkarna som arbetade på vårdcentraler ansåg att sjukskrivningsärenden ”i stor utsträckning” är ett arbetsmiljöproblem, medan motsvarande andel var tre procent bland ’övriga läkare’. Drygt en tredjedel av vårdcentralsläkarna ansåg att sjukskrivningsärenden i ”ganska stor utsträckning” är ett arbetsmiljöproblem, och en knapp tredjedel av läkarna inom psykiatri uppgav detsamma. Detta innebär att närmare hälften (48 %) av vårdcentralsläkarna angav att de upplever att arbetet med sjukskrivningar är ett stort eller ganska stort arbetsmiljöproblem. Andelen läkare som inte alls ansåg att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem var störst bland ’övriga läkare’ (42 %) och inom gynekologi (29 %).



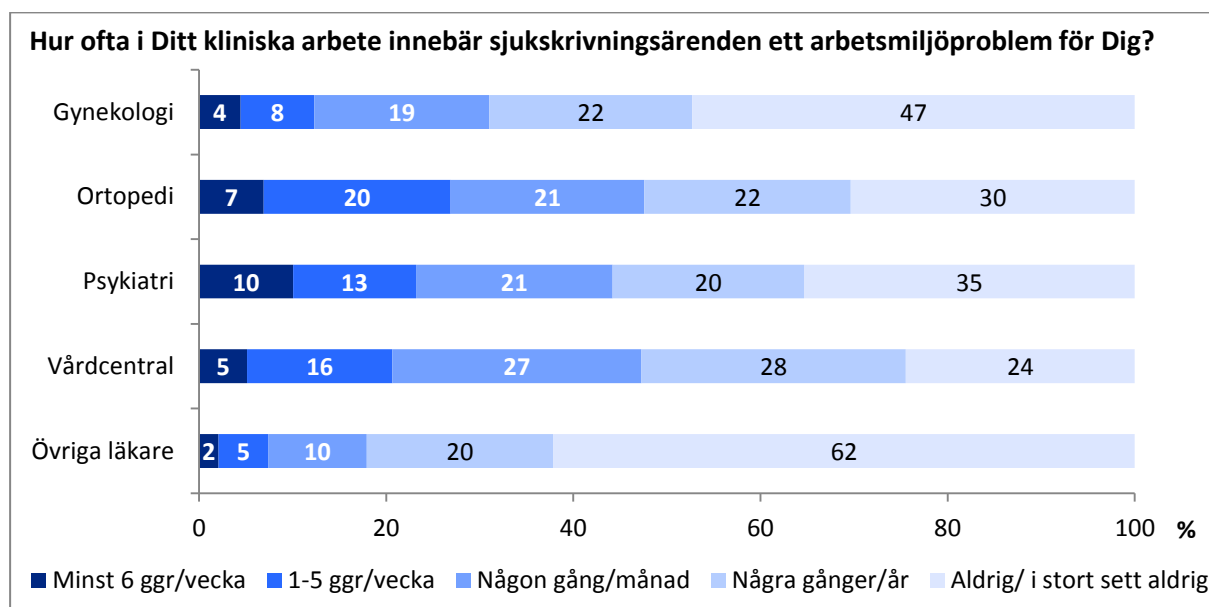
Figur 26. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade närmare hälften (46 %) att de aldrig gör det, medan 14 procent svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 28).



Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

Den största andelen som angav att de upplever hanteringen av sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan fanns på ortopedkliniker (27 %), följt av inom psykiatri (23 %) och på vårdcentraler (21 %) (Figur 28).



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

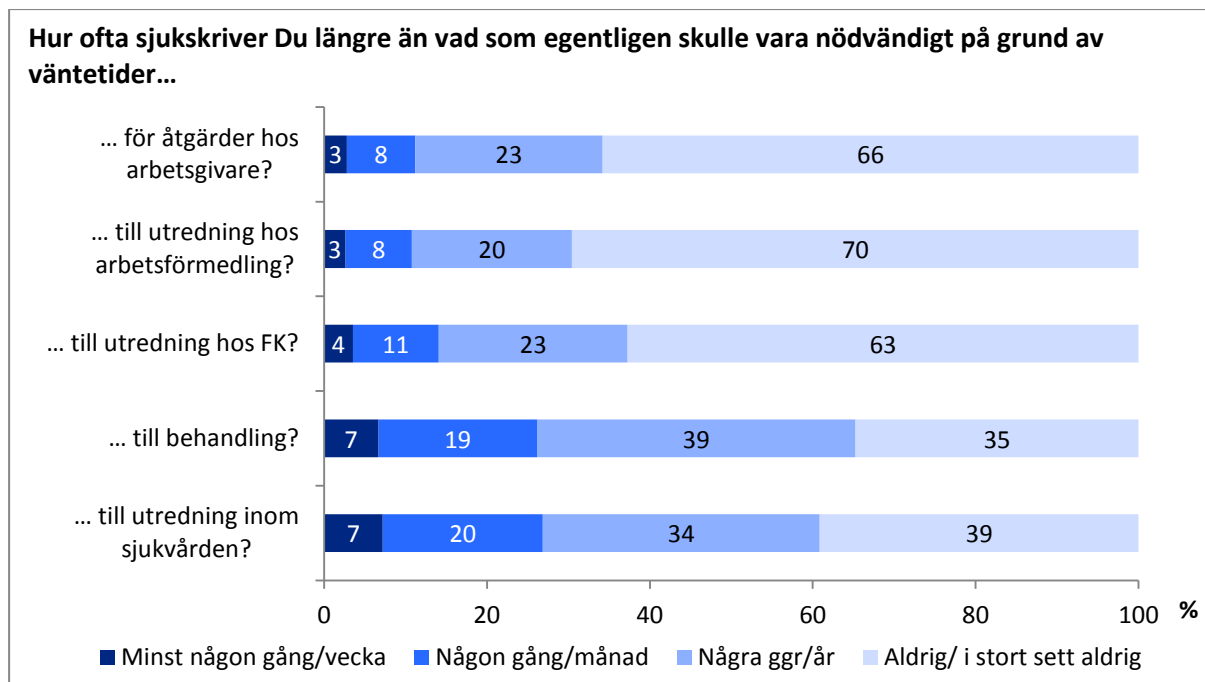
- Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 29 procent av läkarna.

- Andelen varierade mellan olika kliniker. Störst andel fanns bland läkarna på vårdcentral, där närmare hälften, 48 procent, ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning.
- Motsvarande siffror inom psykiatri var 40 procent, inom ortopedi 36 och bland läkarna inom gynekologi 26 procent. I gruppen 'övriga läkare' var andelen 15 procent.

- Fjorton procent av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. Andelen som upplevde detta var störst (27 %) inom ortopedi.

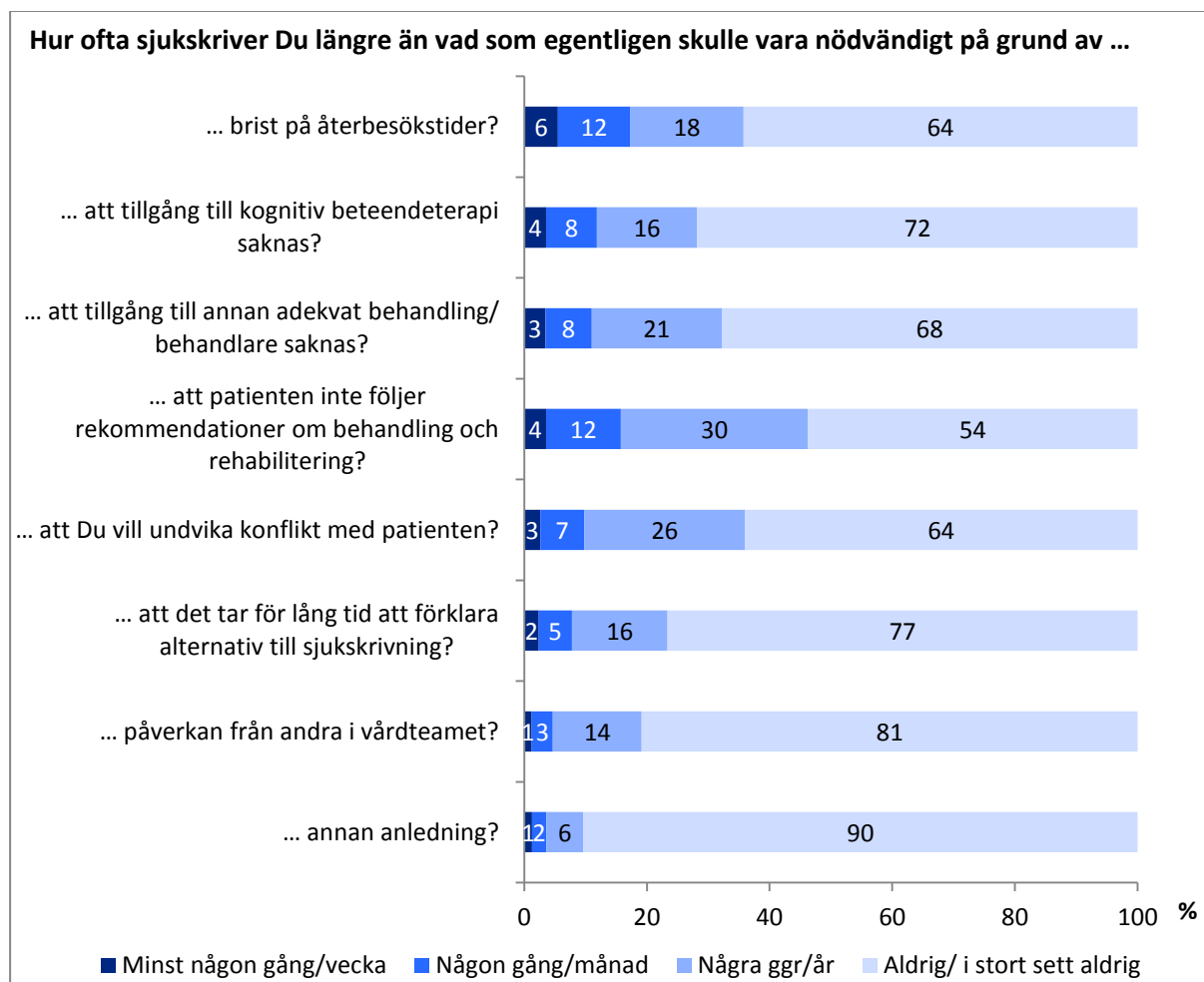
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

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 till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Figur 29 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården.



Figur 29. 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 30). De tre orsaker som angavs av flest läkare var brist på återbesökstider, att patienten inte följde läkarens rekommendationer samt att man ville undvika konflikt med patienten. De allra flesta läkare uppgav dock att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt av de efterfrågade anledningarna.



Figur 30. Andel (%) läkare i relation till deras rapportering om hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

Det fanns stora skillnader mellan de olika klinikgrupperna i hur ofta de angav att de sjukskriver en patient längre än nödvändigt på grund av olika orsaker relaterade till sjukvården (Tabell 8). Bland gynekologer, liksom bland 'övriga läkare', var andelen överlag låg, medan andelen ortopedier som angav att de minst någon gång i månaden sjukskriver någon längre än nödvändigt på grund av väntetider till behandling var 56 procent och motsvarande andel bland läkare på vårdcentraler var 43 procent. Bland dessa senare läkargrupper var motsvarande andel på grund av väntetider för utredning inom vården 44 respektive 48 procent, och för behandling 56 respektive 43 procent.

Tabell 8. Andel (%) läkare som angav att de minst en gång i månaden sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika vårdrelaterade orsaker, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång/månad på grund av...	Samtliga	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården?	27	13	44	32	48	14
... väntetider till behandling?	26	13	56	30	43	15
... brist på återbesökstider?	17	18	39	29	24	9
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	12	4	1	25	22	5
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	11	7	9	23	20	4

Sammanfattning om frågor om att sjukskriva längre än nödvändigt

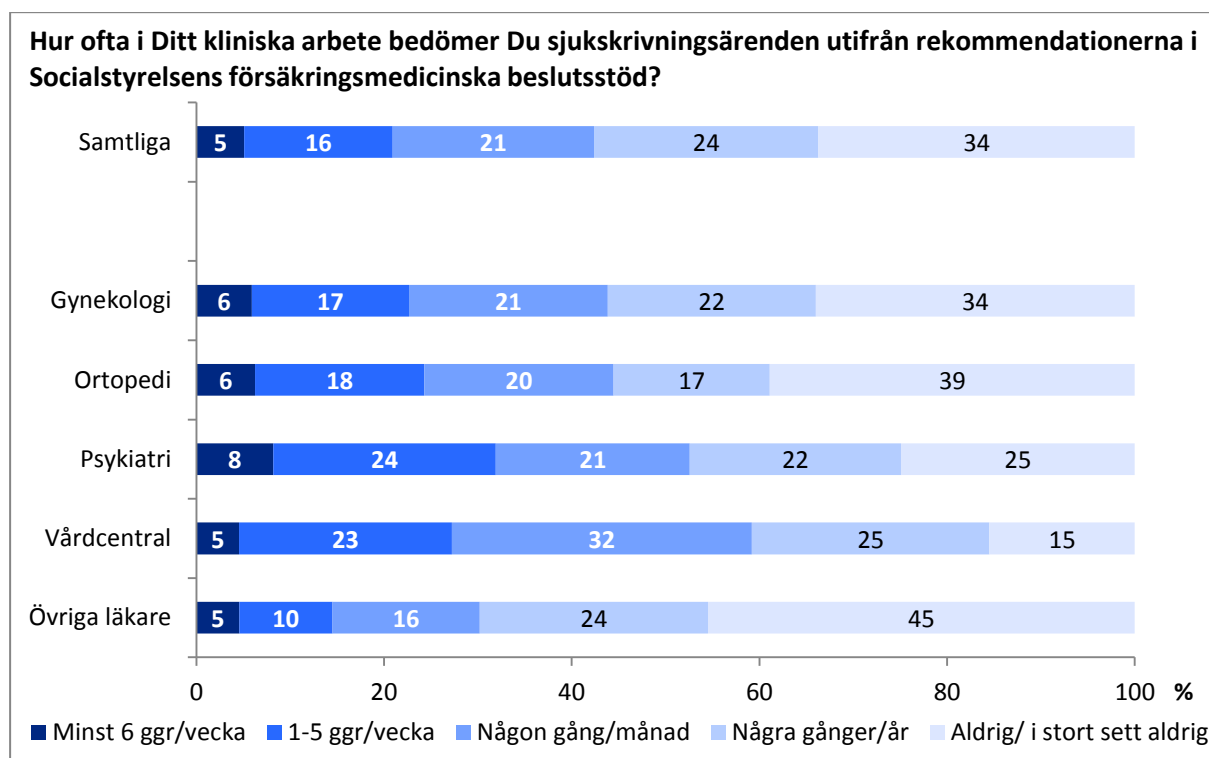
De vanligaste orsakerna som läkare angav till att de sjukskriver en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var:

- väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården; (sju procent uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient längre än nödvändigt av detta skäl), och
- brist på återbesökstider (sex procent uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient längre än nödvändigt av detta skäl).

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

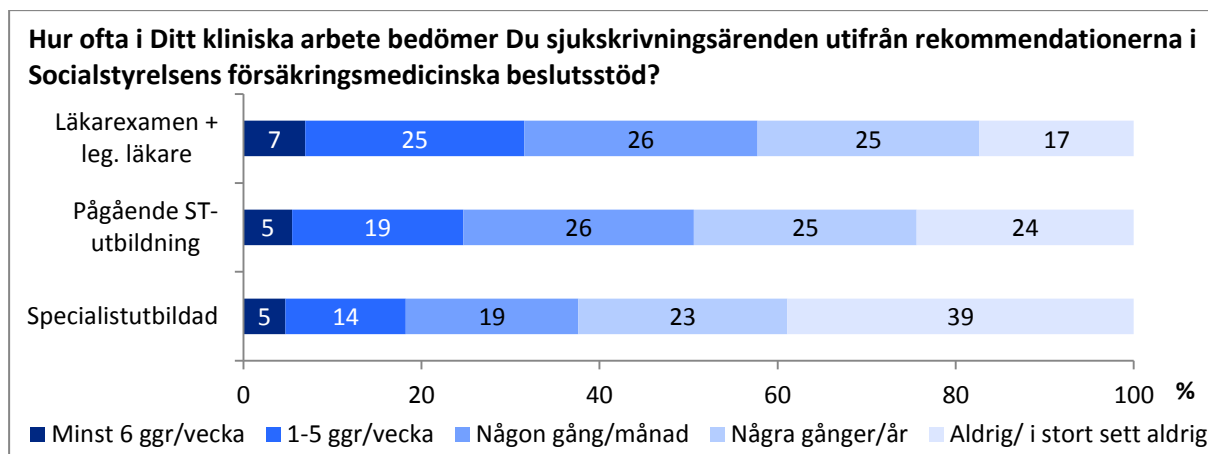
Som beskrivs i bakgrunden infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd hösten 2007 och har därefter uppdaterats ett flertal gånger. I enkäten fanns tio frågor om beslutsstödet avseende hur ofta det användes, hur problematiskt det var att använda det i samband med utfärdande av läkarintyg,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

Var femte läkare, (21 %), uppgav att de använder beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång i veckan (Figur 31). Bland läkare inom psykiatri använder en tredjedel, (32 %), stödet varje vecka.



Figur 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

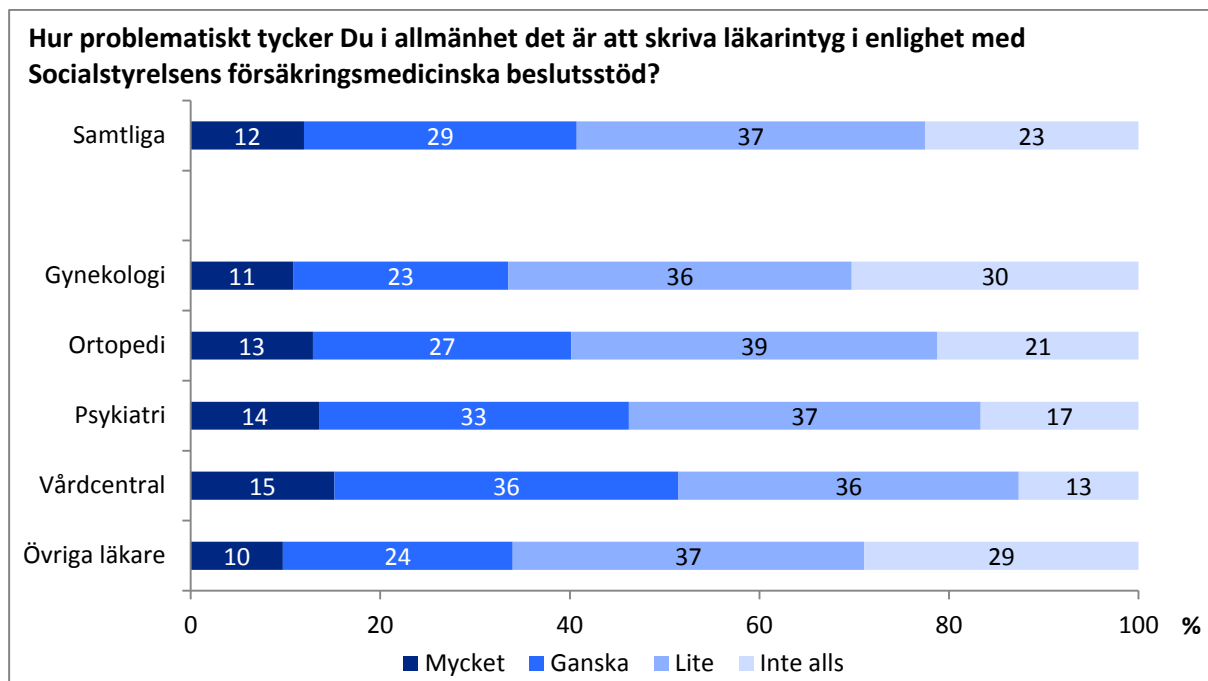
Vissa skillnader kan ses i relation till utbildningsnivå (Figur 32). Av läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation uppgav en knapp tredjedel (32 %) att de använder sig av det försäkringsmedicinska beslutsstödet minst en gång i veckan.



Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

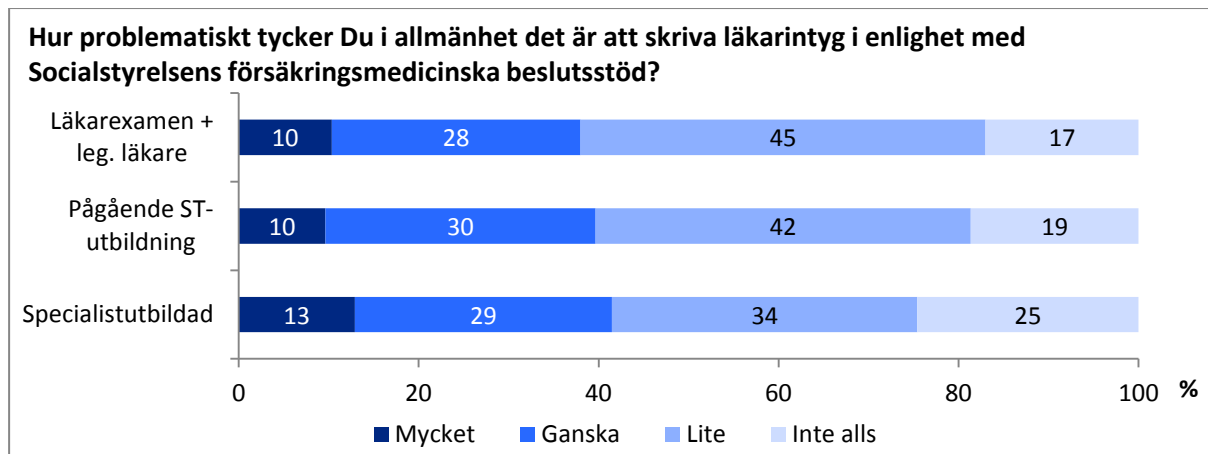
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Två av fem läkare, 41 procent, uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Bland vårdcentralsläkare angav hälften, 51 procent, att de upplever detta. I gruppen 'övriga läkare' liksom bland gynekologer var motsvarande andel lägre, 34 procent (Figur 33).



Figur 33. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

En större andel av läkarna med specialistkompetens (13 %) angav att de upplever det som mycket problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, jämfört med läkare med lägre utbildningsnivå. Majoriteten av läkarna tyckte dock att det på sin höjd var lite problematiskt.



Figur 34. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?

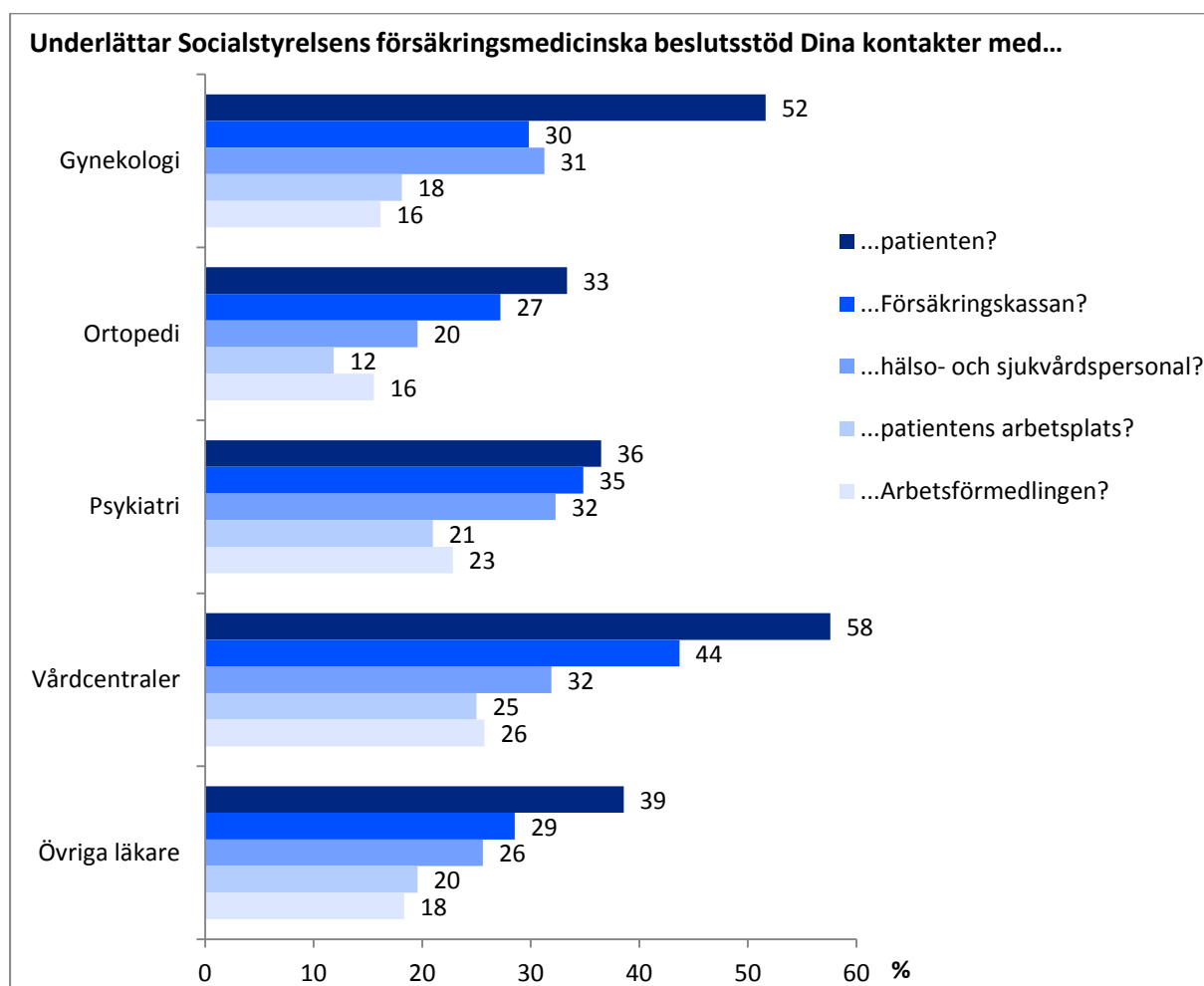
Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse såväl i kontakten mellan läkare och patient som i den med andra samverkanspartners. I Figur 35 visas att närmare hälften av läkarna ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel menade att det underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Enligt minst var femte läkare underlättas även kontakter med andra aktörer av beslutsstödet. Observera att det i enkäten inte har efterfrågats 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 35. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

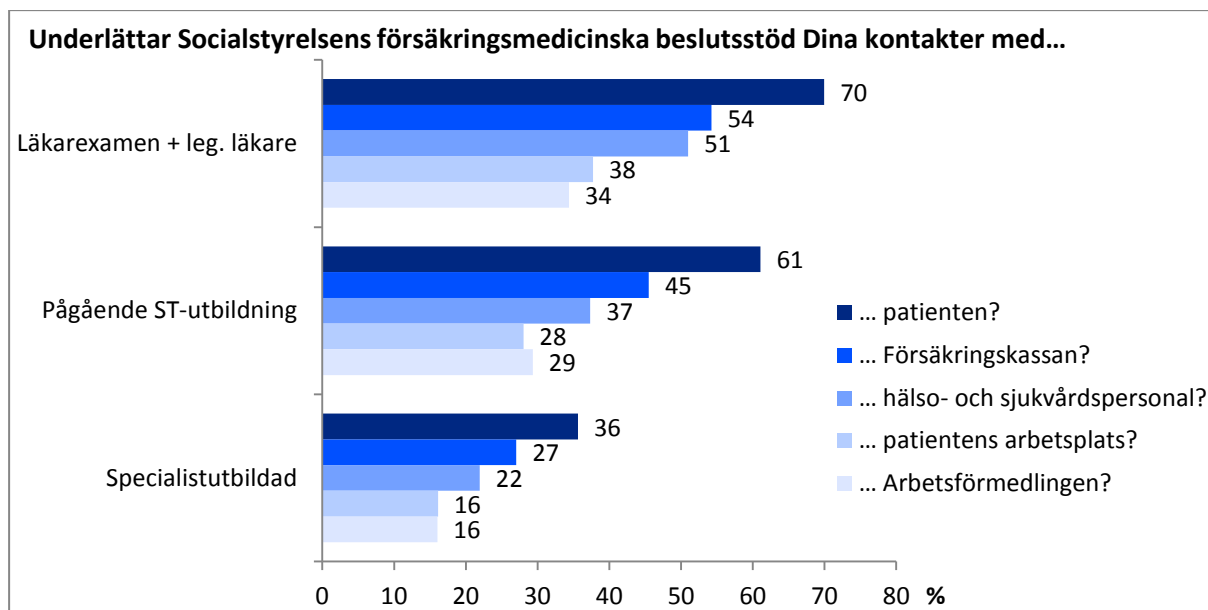
Det fanns en variation mellan de olika klinikgrupperna i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet ansågs underlätta kontakten med patienter och andra parter (Figur 36). Som tidigare påpekats är det diagnosspecifika beslutsstödet inte utvecklat för alla diagnoser, vilket kan ha betydelse för resultaten för denna fråga.

Den största andelen som ansåg att kontakten med patienten och med Försäkringskassan underlättas av beslutsstödet fanns bland läkare på vårdcentraler. Även bland läkare inom gynekologi menade en betydande andel att stödet underlättar kontakten med patienten.



Figur 36. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I Figur 37 har svaren på frågan om huruvida beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkansparter relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. Det framkommer att läkare med lägre utbildningsnivå i större utsträckning ansåg att beslutsstödet underlättar kontakterna med olika aktörer. Specialisterna uppgav i minst utsträckning att beslutsstödet underlättar kontakterna.



Figur 37. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

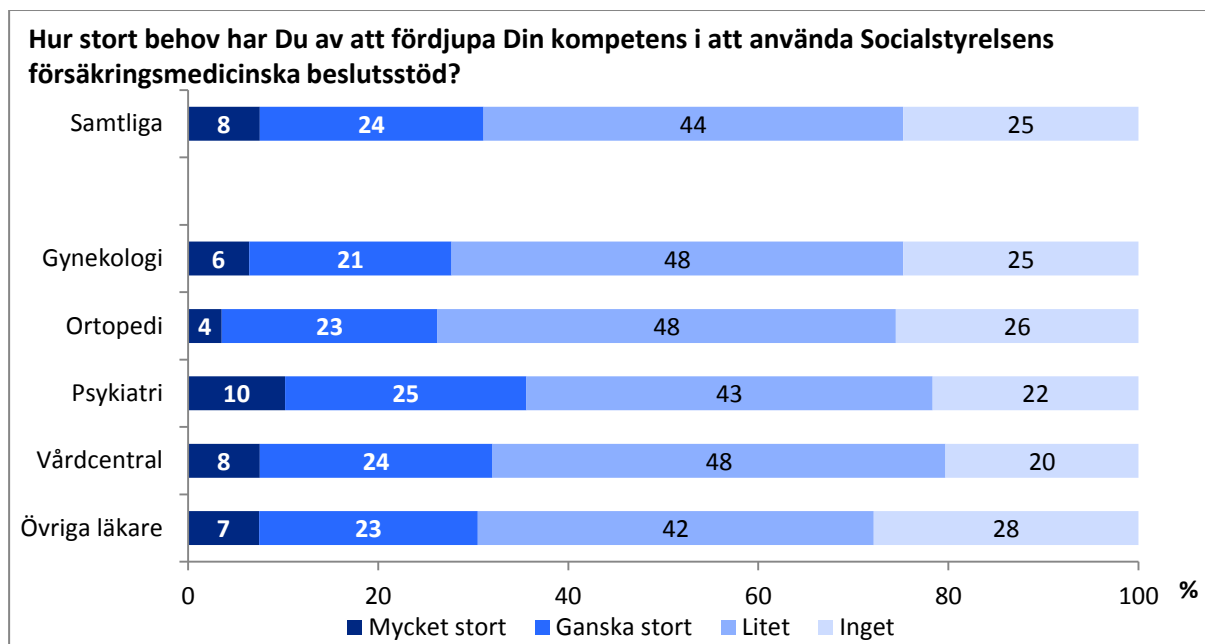
En tiondel av läkarna, nio procent, uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar av beslutsstödet. Det fanns skillnader mellan de olika klinikgrupperna; andelen som angav detta var störst bland läkare inom psykiatri (15 %) och på vårdcentraler (13 %). När svaren delas upp på läkarnas olika utbildningsnivåer framgår att andelen som angav en upplevelse av skilda tolkningar av beslutsstödet var störst bland specialisterna, elva procent (Figur 38).



Figur 38. Andel (%) läkare som angav att de upplever skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på de olika klinikgrupperna samt på läkarnas utbildningsnivå.

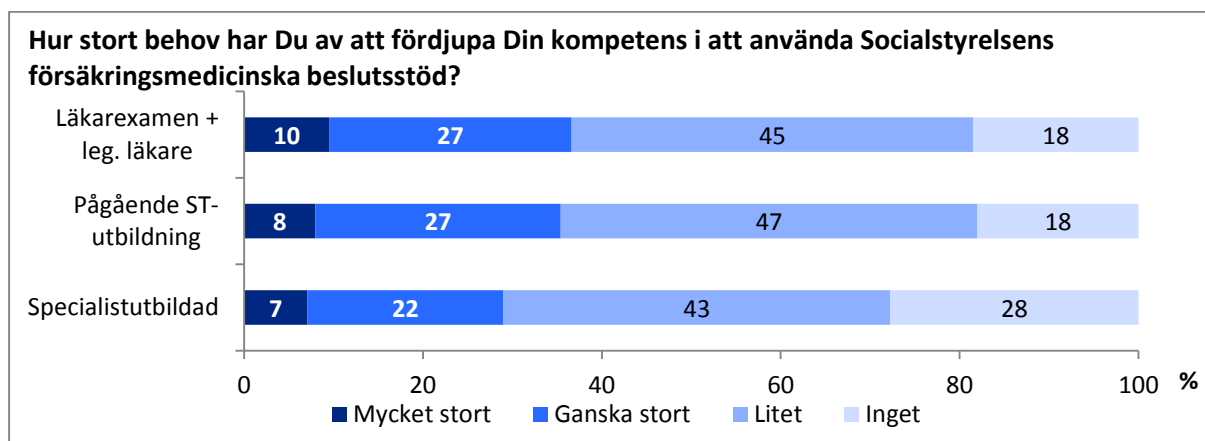
Behov av fördjupad kompetens och beslutsstödet värde

På frågan om behov av ökad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en tredjedel att de upplever ett stort eller ganska stort behov av detta (Figur 39). Andelen var ungefär en tredjedel bland läkare inom psykiatri (35 %) och på vårdcentraler (32 %), och något mindre bland 'övriga läkare' (30 %).



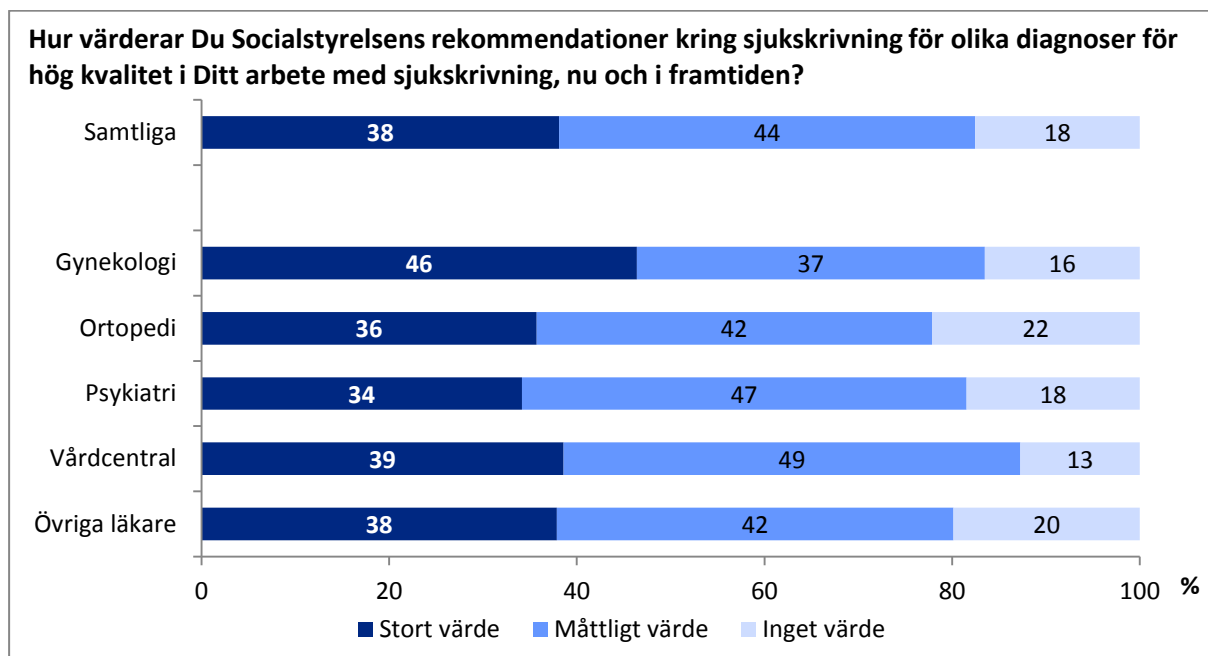
Figur 39. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

När frågan om behov att fördjupa kompetensen i att använda beslutsstödet kopplades till läkarnas utbildningsnivå visade det sig att en större andel av specialistutbildade läkare uppgav att de inte har något behov av att fördjupa sin kompetens, jämfört med andra utbildningsnivåer (Figur 40).



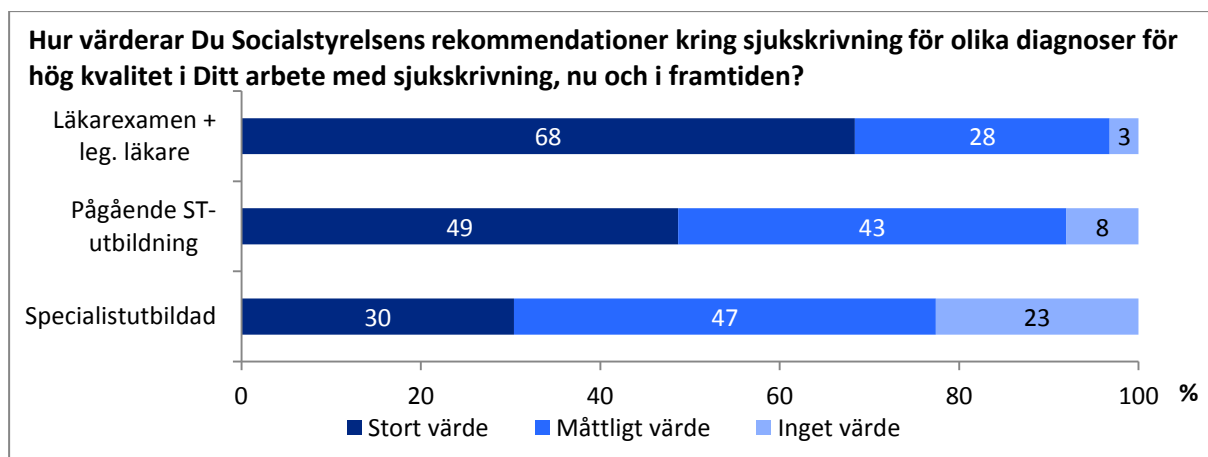
Figur 40. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Läkarna fick även ange hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden (Figur 41). Närmare två femtedelar (38 %) angav att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Den största andelen som tyckte detta fanns bland läkare inom gynekologi (46 %). Andelen som angav att de upplever att beslutsstödet saknar värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar varierade mellan klinikgrupperna, och var störst bland läkare inom ortopedi.



Figur 41. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Majoriteten (68 %) av läkarna med endast läkarexamen eller läkarlegitimation ansåg att beslutsstödet har ett stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning, medan den största andelen som uppgav att stödet saknar värde i detta avseende återfanns bland specialistläkarna (Figur 42).



Figur 42. 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.

Sammanfattning om det försäkringsmedicinska 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 och uppskattar stödet i högre utsträckning än specialisterna.
- Drygt två av fem läkare (41 %) angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet.
- Var tredje läkare (32 %) uttryckte ett stort eller ganska stort behov av mer kompetens i att använda beslutsstödet.
- Beslutsstödet angavs underlätta kontakten med patienten av närmare hälften av läkarna som använder det (45 %), och för en betydande andel även i kontakterna med andra aktörer, framför allt med Försäkringskassan.
- En dryg tredjedel (38 %) av läkarna menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.
- Beslutsstödet verkar ha fått ett än större genomslag i Stockholm jämfört med i landet som helhet.

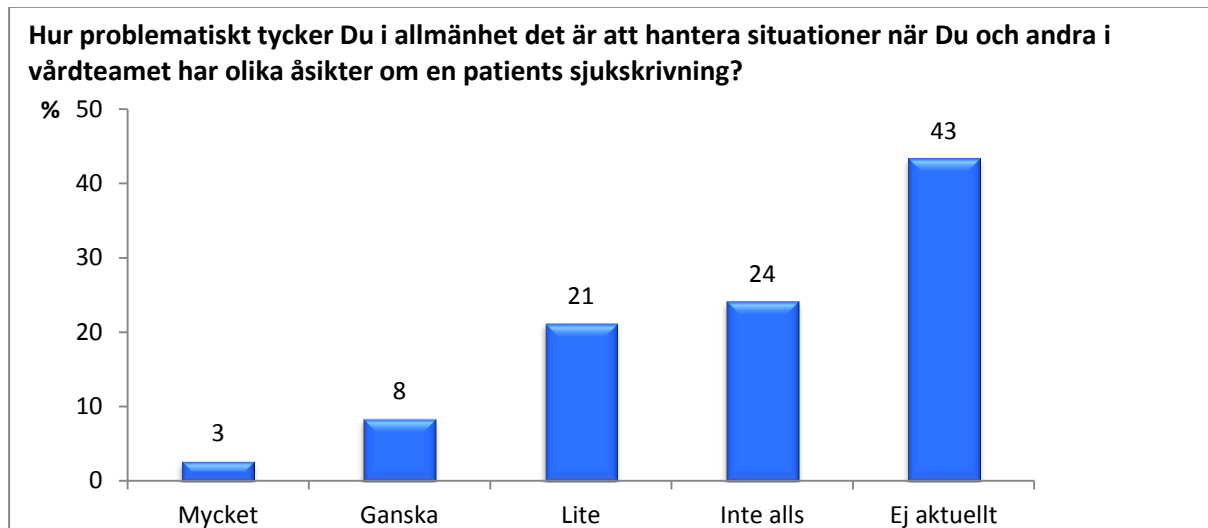
Samverkan och kontakter

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 9 förekom sådant samarbete oftast internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med eller remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 35 procent angav att de gör minst en gång i månaden, och med kurator eller psykolog, där motsvarande andel var 32 procent. Andelen som uppgav att de minst en gång i månaden remitterar till företagshälsovård, har kontakt med arbetsgivare eller deltar i avstämningsmöten var runt tio procent, medan en fjärdedel angav att de samråder med kollegor i sjukskrivningsfrågor. En tredjedel, 32 procent, uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärderna för patienten.

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer.

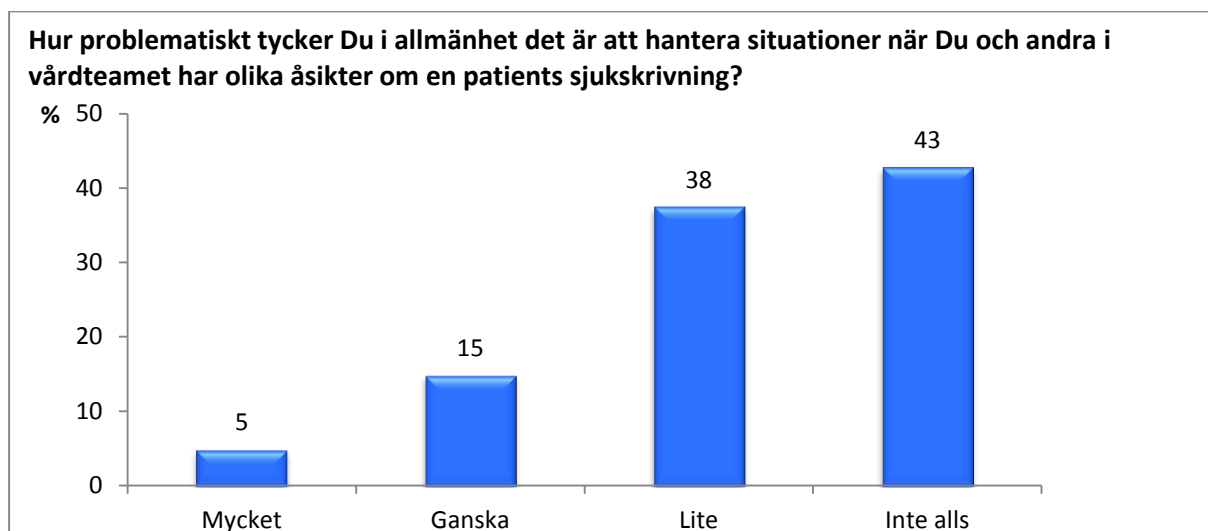
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2	9	35	54
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	13	19	27	41
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	15	20	27	39
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	5	20	38	37
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	4	9	23	64
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	3	5	15	78
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2	5	18	75
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2	9	32	58
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	13	19	29	39

Att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt (Figur 43). Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt detta är framgår att 43 procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. Detta kan bero på att man oftast har samma åsikter eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.



Figur 43. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, alternativt inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

I Figur 44 visas resultatet för samma fråga, där de 43 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. En femtedel (20 %) angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när man själv inte har samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning.

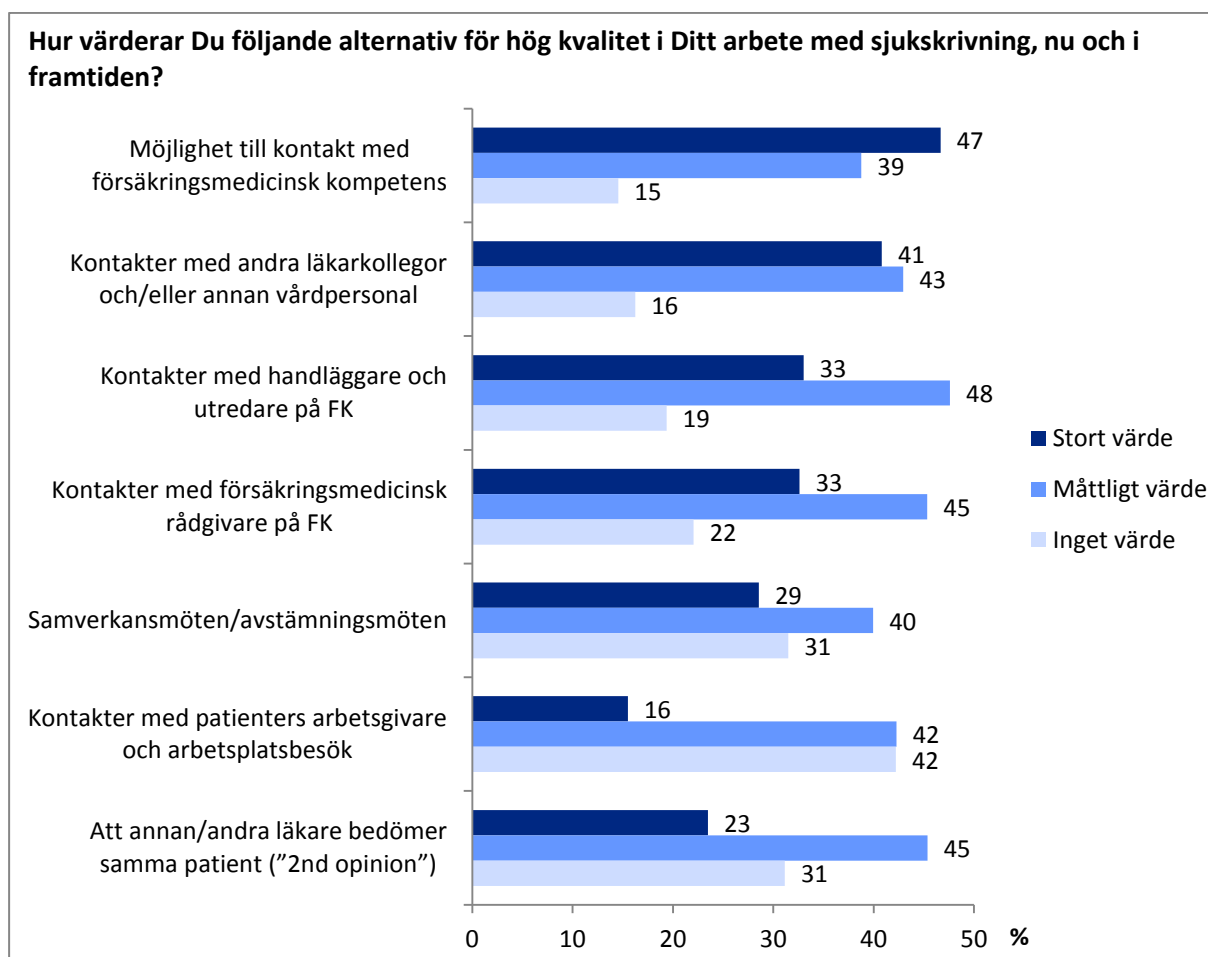


Figur 44. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. De 43 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.

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

Här redovisas svaren 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 94).

Kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens angavs av en stor andel läkare vara av stort (47 %) eller måttligt (39 %) värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, liksom kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal; 41 procent menade att dessa är av stort värde, och 43 procent att de är av måttligt värde (Figur 45). Var tredje läkare menade att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan och med försäkringsmedicinsk rådgivare³ på Försäkringskassan är av stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Närmare en av tre läkare (29 %) uppgav att samverkans- eller avstämningsmöten har stort värde. Kontakter med arbetsgivare och arbetsplatsbesök angavs av 42 procent sakna värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, medan en lika stor andel ansåg att sådana kontakter har måttligt värde.

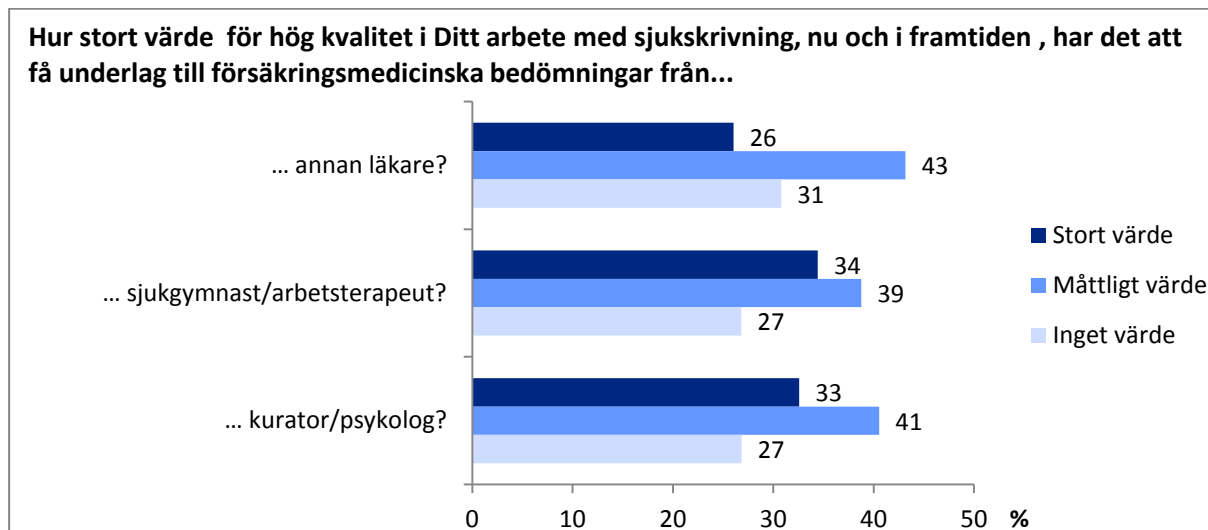


Figur 45. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt alternativt inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

³ 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 tredjedel av läkarna menade att underlag från kurator/psykolog eller sjukgymnast/arbetsterapeut har stort värde för deras försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 46). En dryg fjärdedel menade tvärtom att underlag från dessa yrkesgrupper saknar värde, och motsvarande andel för underlag från andra läkare var närmare en tredjedel (31 %).



Figur 46. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Sammanfattning av samverkan och kontakter

- Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel läkare (15 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till minst en gång i veckan, följt av kurator eller psykolog (13 %).

- Över hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovården (54 %) eller har kontakt med Arbetsförmedlingen (58 %).

- Tre av fyra angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare (78 %) eller socialtjänst (75 %) i sjukskrivningsfrågor.

- Var tredje läkare uppgav att de minst en gång i månaden saknar en person som samordnar åtgärder för patienten, en så kallad koordinator eller coach.

- Närmare hälften (47 %) menade att kontakter med personer med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar.

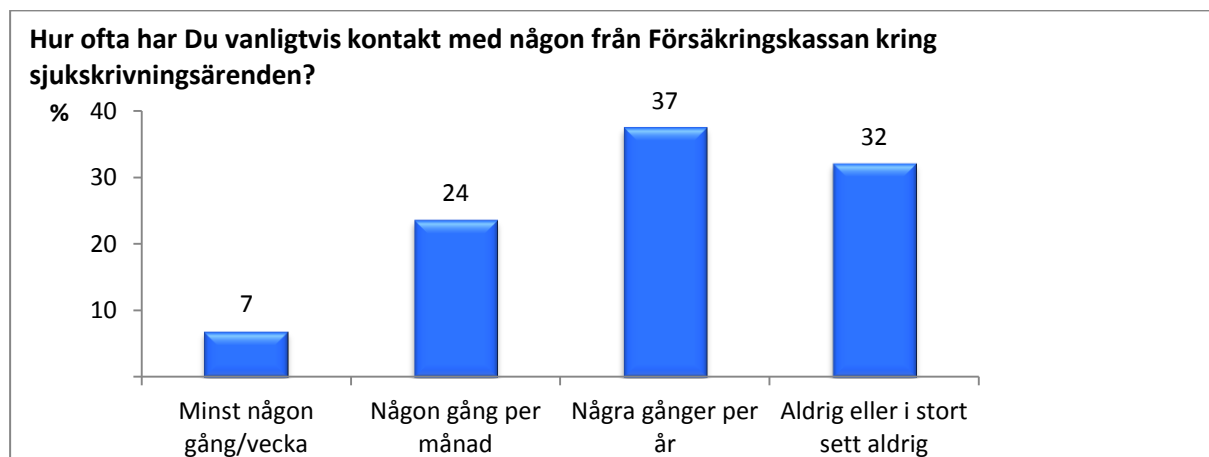
- En av fem tyckte att det är ganska eller mycket problematiskt att hantera situationer där åsikterna om en patients sjukskrivning skilde sig åt mellan läkaren och andra medlemmar i teamet.

- Var tredje läkare menade att det är av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller sjukgymnast/arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar, medan en nästan lika stor andel tyckte att sådana underlag från läkarkollegor saknar värde.

Kontakter med Försäkringskassan

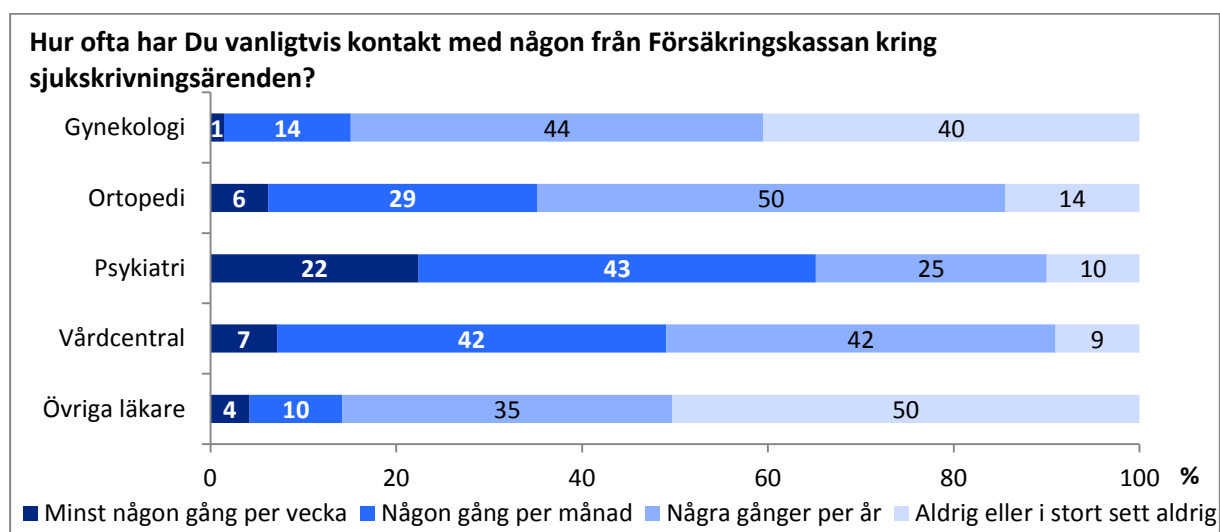
Ett antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultaten för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 94), och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 76) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 67). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

En tredjedel av läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan sju procent uppgav att de har sådan kontakt minst en gång i veckan (Figur 47).



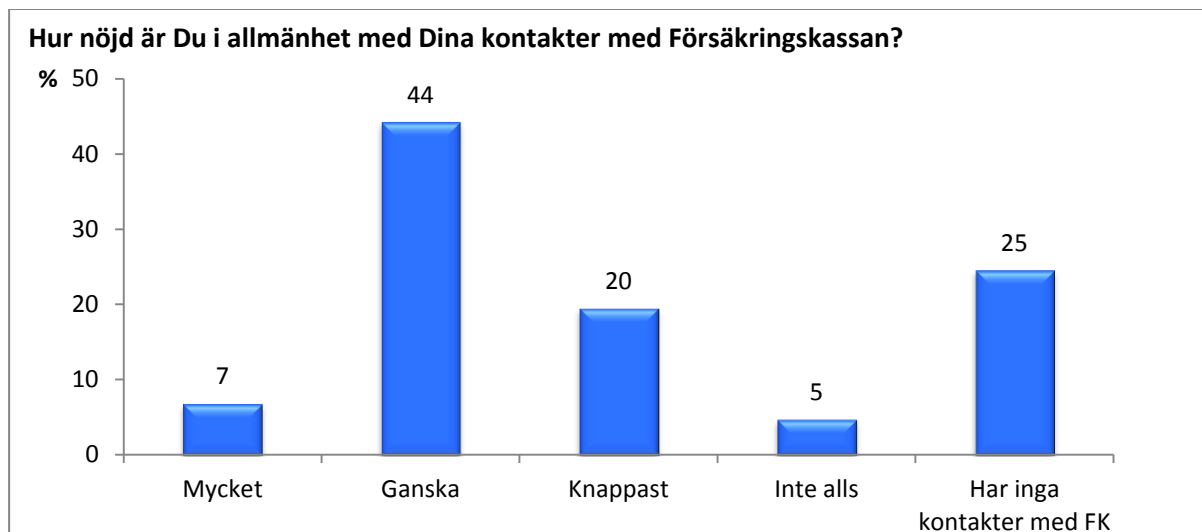
Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

Hur ofta samverkan med Försäkringskassan skedde varierade med vilken typ av klinisk verksamhet läkarna arbetade inom (Figur 48). Bland läkare inom psykiatri var andelen som angav att de har kontakt varje vecka markant större jämfört med övriga klinikgrupper, 22 procent. Andelen bland läkare inom gynekologi som uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan minst en gång i veckan var tvärtom liten, en procent.



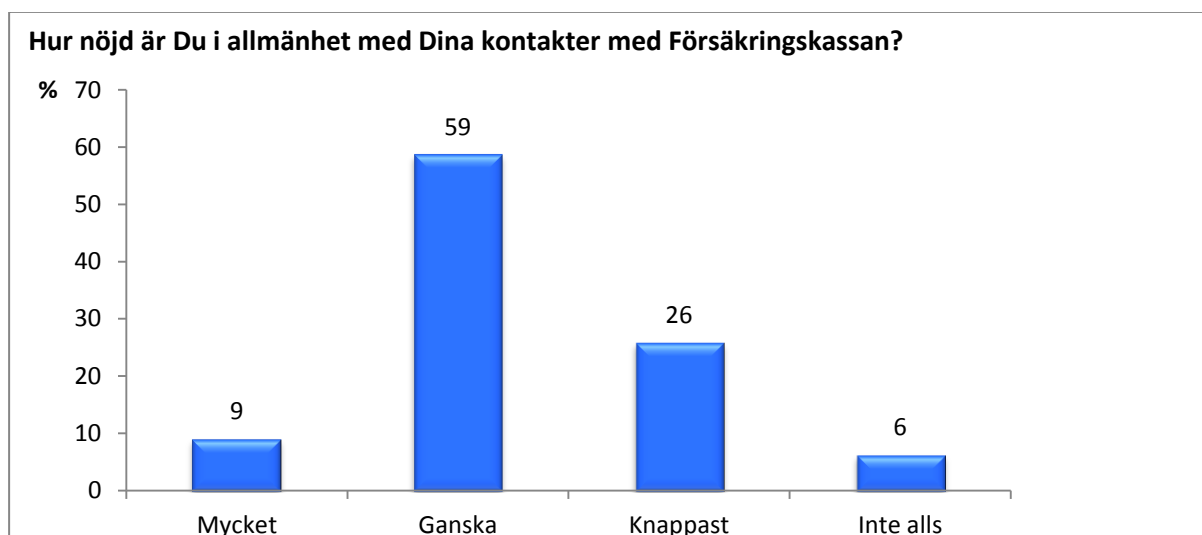
Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de rapporterade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade hälften (51 %) att de var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter. En fjärdedel (25 %) av de sjukskrivande läkarna angav att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan (Figur 49).



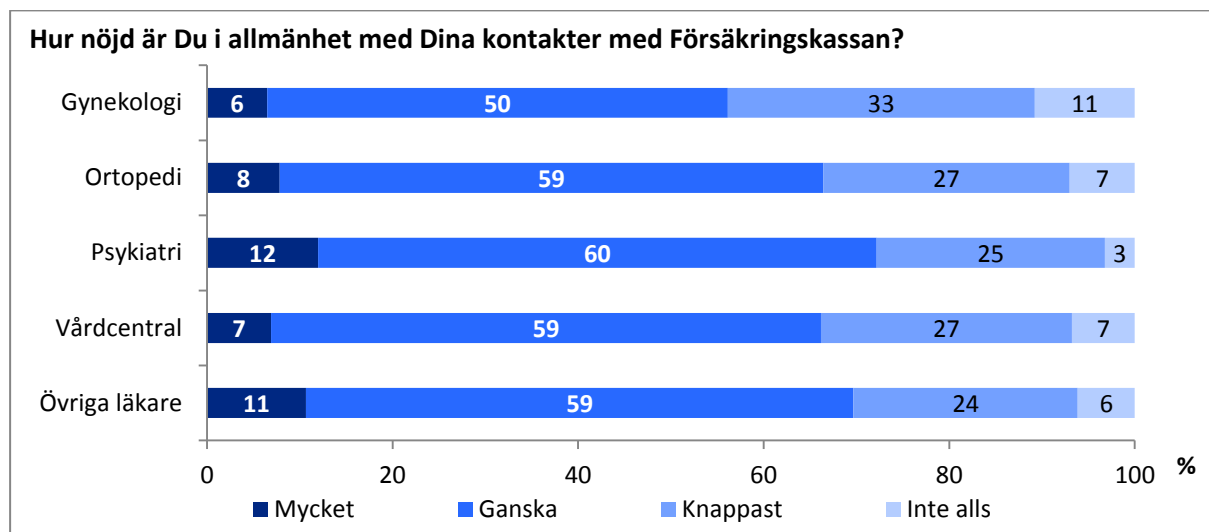
Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

Av de 75 procent som hade kontakter med Försäkringskassan angav närmare 70 procent att de är mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 50). De 25 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderades i analysen.



Figur 50. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De 25 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Bland läkare inom psykiatri fanns den största andelen som angav att de är ganska eller mycket nöjda med sina kontakter (72 %), och bland gynekologer den största andelen som angav att de inte alls är nöjda med kontakterna med Försäkringskassan, elva procent (Figur 51).



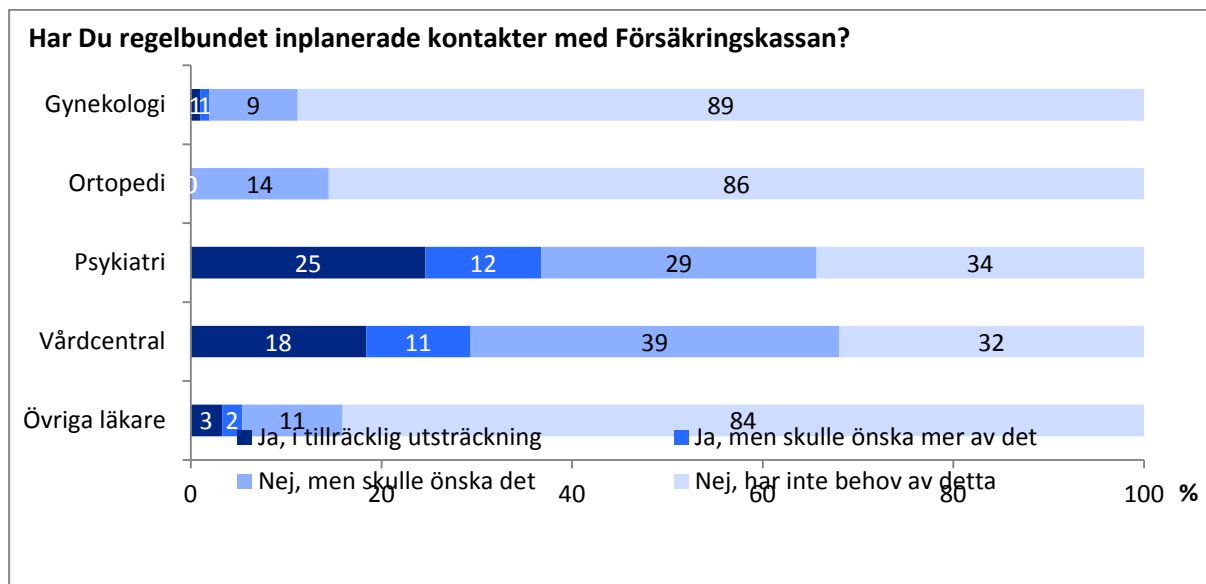
Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, till exempel avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade 15 procent att de har sådana kontakter, och 27 procent önskade att de hade mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de har i dagsläget (Figur 52). En klar majoritet (64 %) menade dock att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan.



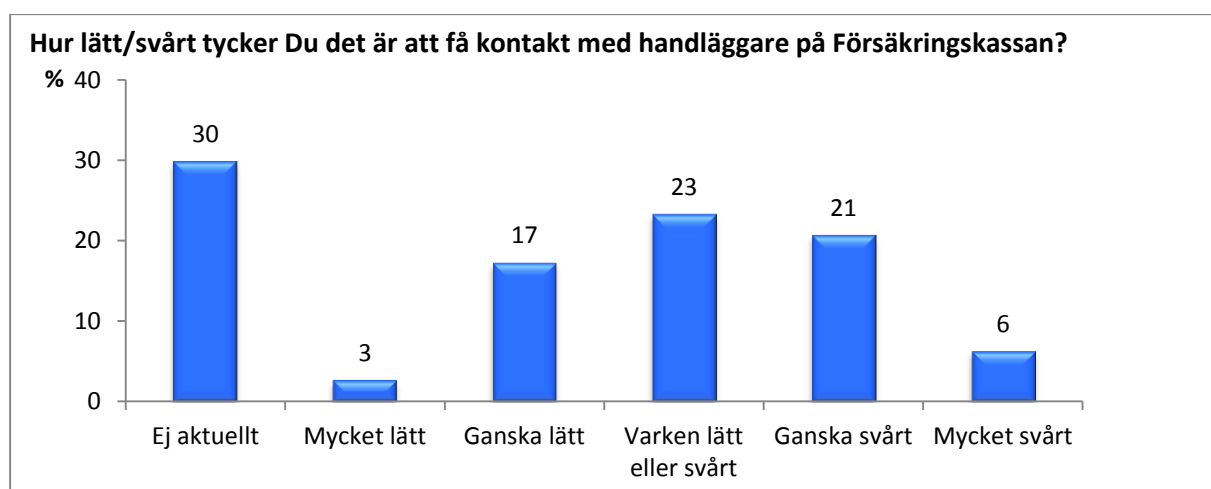
Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan.

Skillnaderna mellan de olika klinikgrupperna var stora vad gäller inplanerade kontakter med Försäkringskassan; över en tredjedel av läkarna inom psykiatri angav att de har regelbundet inplanerade kontakter, medan motsvarande andel bland gynekologer var två procent, och bland ortopedier noll (0) procent (Figur 53). Hälften av läkarna på vårdcentraler önskade sig mer inplanerade kontakter, medan detsamma endast gällde tio procent av läkarna inom gynekologi.



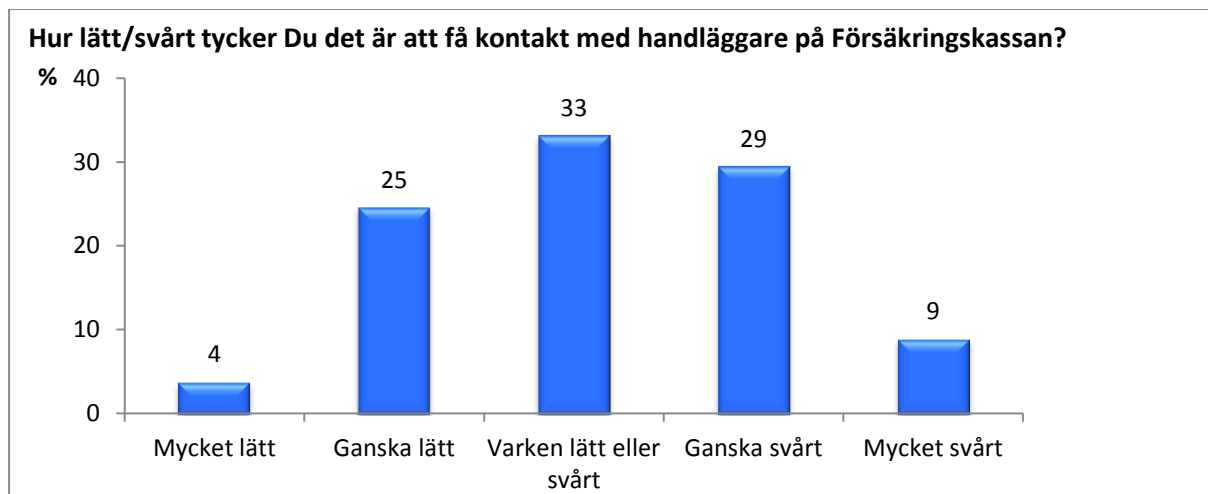
Figur 53. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

På frågan om hur lätt eller svårt det upplevs att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan uppgav närmare en tredjedel (30 %) att det inte var aktuellt för dem att ha några sådana kontakter (Figur 54). En dryg fjärdedel, 27 procent, angav att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt, medan en av fem, 20 procent, tvärtom tyckte att det är mycket eller ganska lätt.



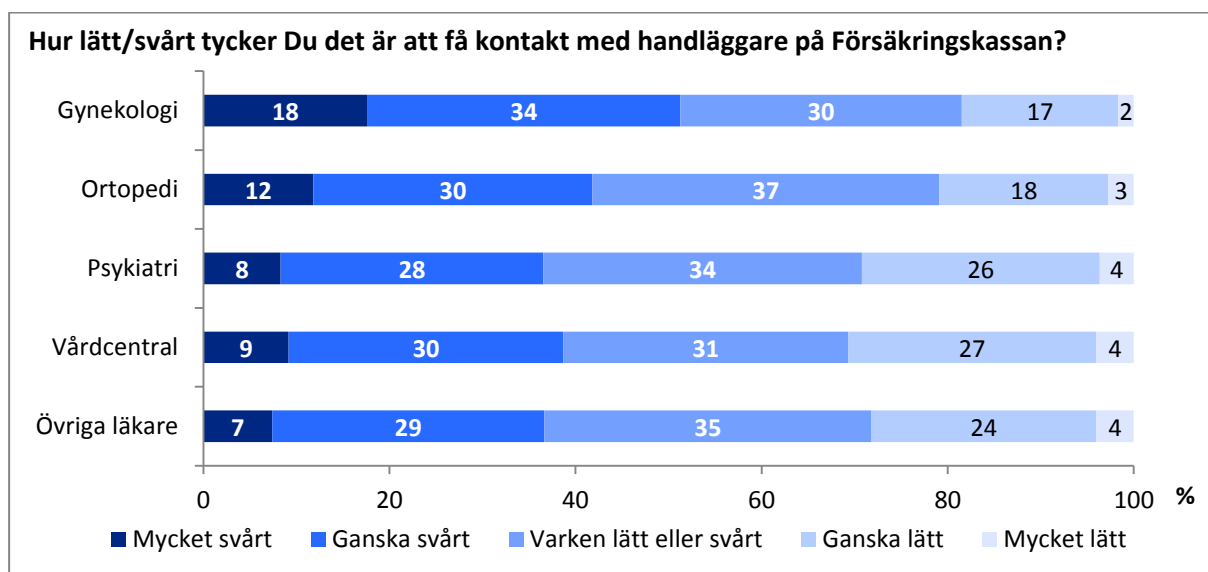
Figur 54. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan.

Samma svarsmönster kan ses om de 30 procent som svarade "Ej aktuellt" exkluderas (Figur 55), men skillnaden i storlek mellan andelen som ansåg att det var ganska eller mycket svårt att få kontakt (38 %) och dem som menade att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt (29 %) blir då något större.



Figur 55. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.

Bland läkare inom gynekologi ansåg över hälften att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med Försäkringskassan (Figur 56). Närmare en tredjedel av läkarna inom psykiatri, på vårdcentraler och bland 'övriga läkare' menade att det är mycket eller ganska lätt att få sådan kontakt.

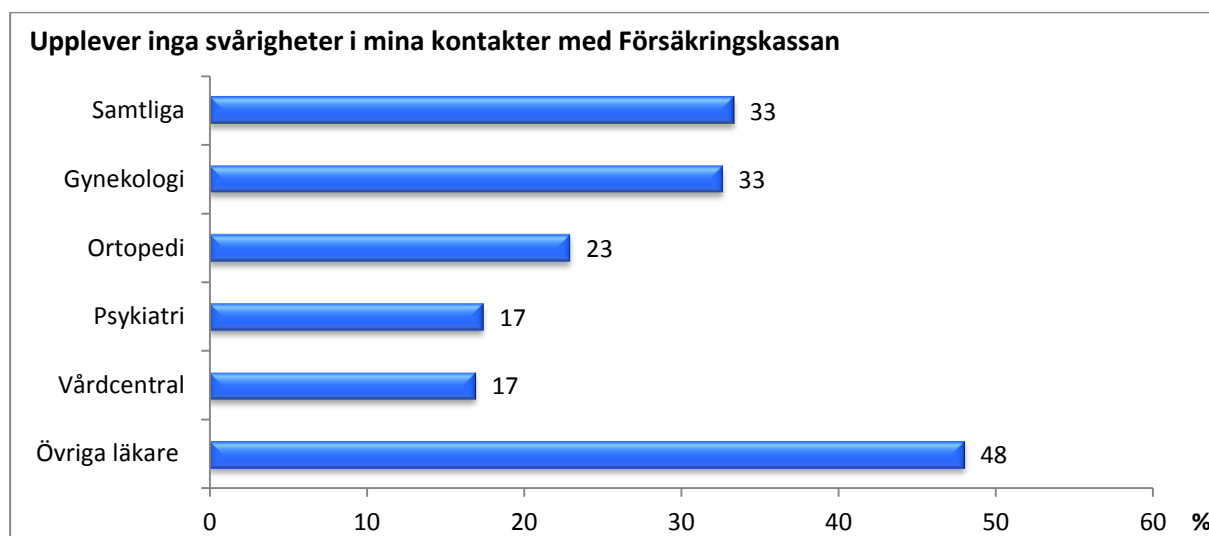


Figur 56. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan (FK), uppdelat på de olika klinikgrupperna. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.

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; 8,2 procent av läkarna (n=267) svarade inte alls på frågan, och dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade uppgav 33 procent att de inte upplever några svårigheter i kontakterna (Figur 57).

Bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler uppgav sjuttionio procent att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan. Denna andel kan jämföras med den för 'övriga läkare', där motsvarande andel var 48 procent, det vill säga närmare hälften.



Figur 57. Andel (%) läkare som *inte* upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I Figur 58 listas olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel läkare som uppgav att de upplever dessa svårigheter. Störst andel (36 %) angav det som en svårighet att Försäkringskassans handläggare ”begär onödiga kompletteringar av intyg” och att det är svårt att komma fram per telefon. Mer än var fjärde läkare, 28 procent, tyckte att kontakterna tar för mycket tid och uppgav att de upplever brister i handläggarnas kompetens, och 25 procent angav att de upplever att handläggare ifrågasätter deras bedömningar. Tjugotre procent menade att patienters handläggare ofta byts ut.



Figur 58. Andel (%) läkare som angav att de upplever olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

I Tabell 10 redovisas även de svårigheter som största andelen läkare angav att de upplever i kontakterna med Försäkringskassan uppdelat på de fem olika typerna av kliniska verksamheter. Inom samtliga fyra specifika kliniska verksamheter var andelen som menade att komplettering av intyg begärs i onödan och att det är svårt att komma fram per telefon större än för samtliga läkare (Figur 58). Bland 'övriga läkare' var andelen som menade att man upplever brister i handläggares kompetens mindre (20 %), något som minst en tredjedel inom de andra klinikgrupperna upplevde. Andelen som angav att de känner sig ifrågasatta av handläggare var störst bland läkare inom gynekologi och psykiatri samt på vårdcentraler. Andelen som angav det som en svårighet att handläggare ofta byts ut var störst bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler, medan en liten andel bland gynekologer och ortopedier angav att de upplever detta.

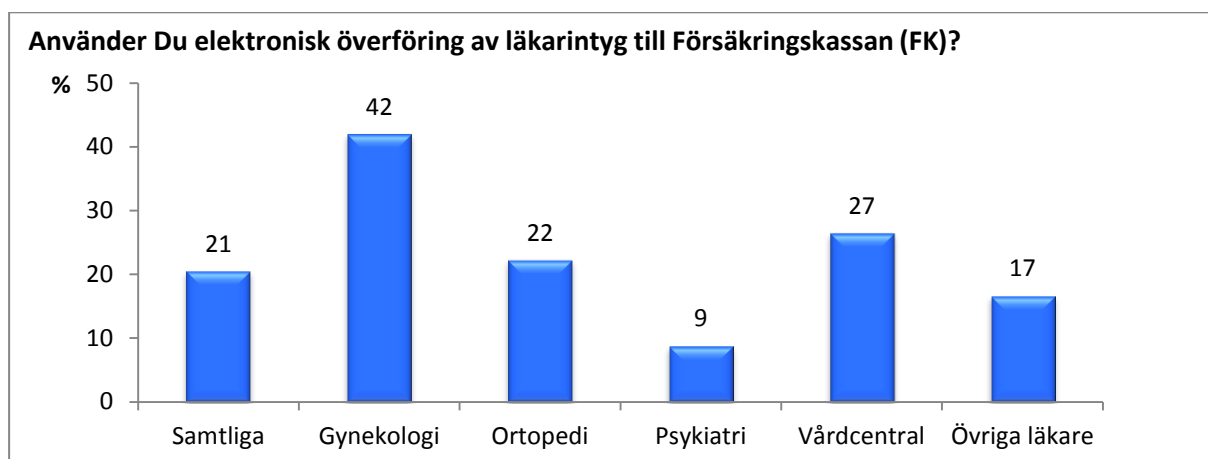
Tabell 10. Andel (%) läkare som angav de sex vanligaste typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på de olika klinikgrupperna.

	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	43	52	45	46	26
Det är svårt att komma fram per telefon	35	44	45	47	27
Det tar för mycket tid i anspråk	27	40	31	38	21
Du upplever brister i FK handläggares kompetens	35	37	38	33	20
Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	37	19	33	34	16
Patientens handläggare byts ofta ut	3	7	44	37	14

Elektronisk överföring av läkarintyg

Införandet av ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan påbörjades innan enkäten skickades ut. Huvuddelen av läkarna i länet hade dock ännu inte tillgång till möjligheten att skicka läkarintygen elektroniskt i samband med besvarandet av enkäten. Den elektroniska överföringen 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".

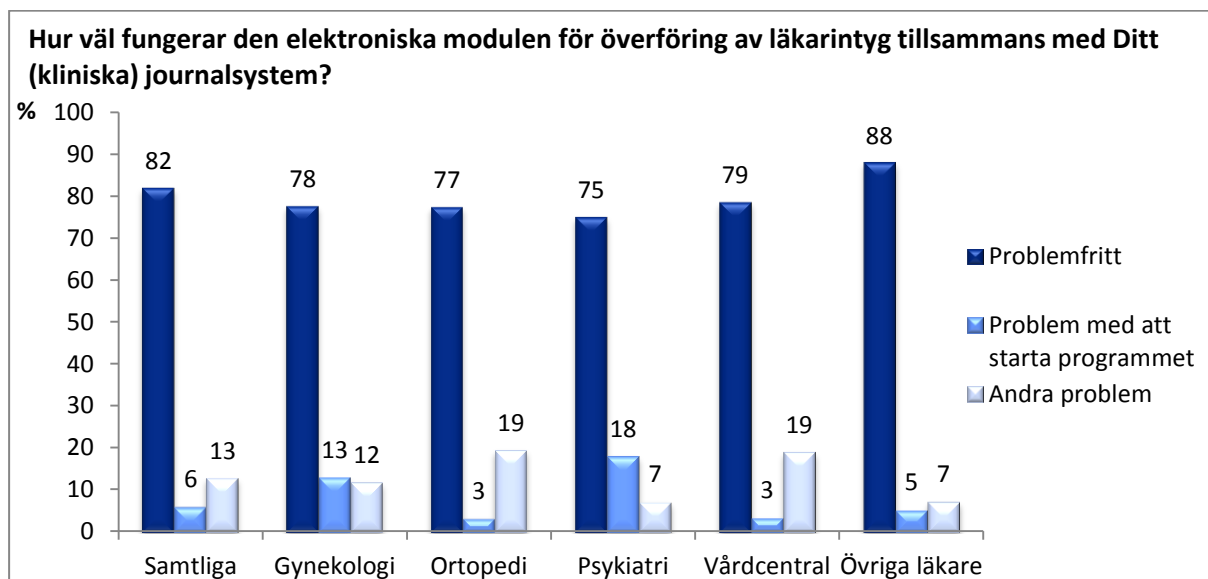
En femtedel (21 %) av läkarna uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 59). Andelen var väsentligt mindre jämfört med den för hela landet (62 %) vilket beror på att man i övriga landet i många fall varit något snabbare med att införa detta system. Andelen som använde systemet varierade mycket mellan de olika klinikgrupperna; 42 procent av läkarna inom gynekologi svarade att de gör det, medan andelen var nio procent bland läkare inom psykiatri. Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 21 procent (657 läkare) som svarat "Ja" på frågan om huruvida de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.



Figur 59. Andel (%) läkare som angav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

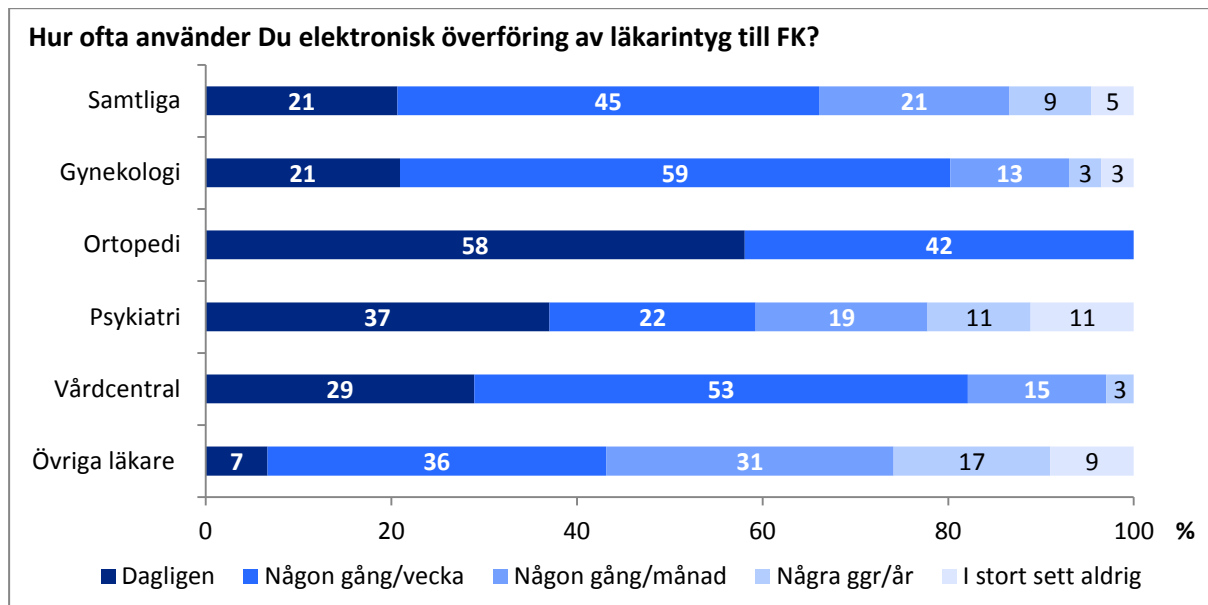
Nästan alla, (94 %), av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg uppgav att de har detta system integrerat med sitt journalsystem. På vårdcentraler var motsvarande andel 96 procent, och i gruppen övriga läkare 92 procent (ej visat i figur).

I genomsnitt angav över 80 procent av de läkare som använde sig av systemet att de upplever det som problemfritt (Figur 60).



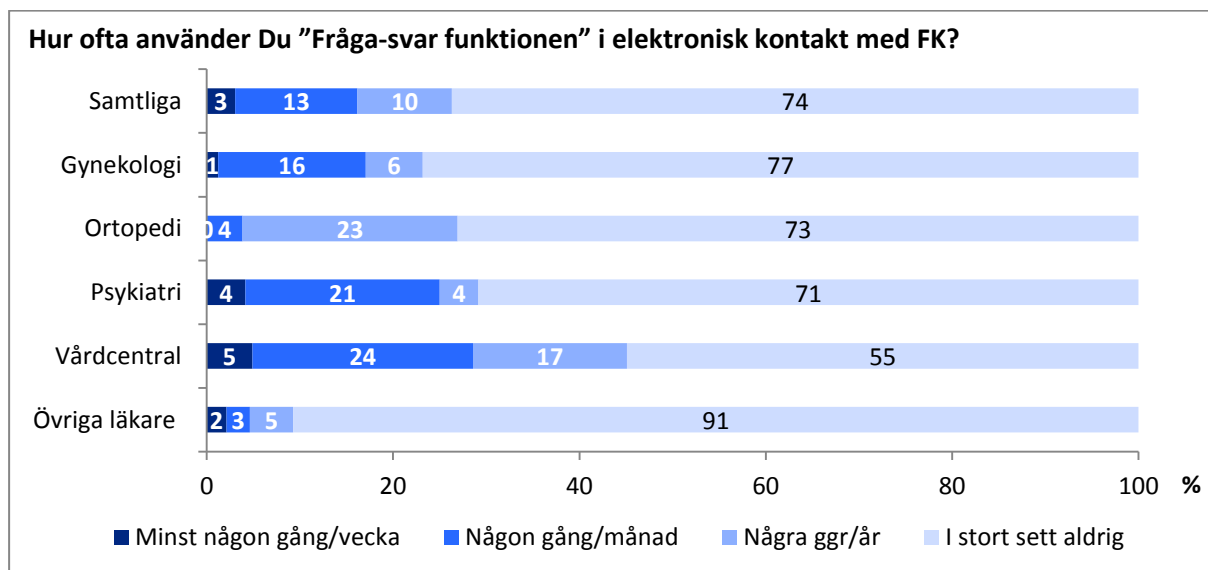
Figur 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Variationen mellan de olika klinikgrupperna var stor när det gällde hur ofta de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg; bland läkare inom ortopedi angav samtliga (100 %) att de gör detta minst någon gång i veckan, medan motsvarande andel bland 'övriga läkare' var 43 procent (Figur 61).



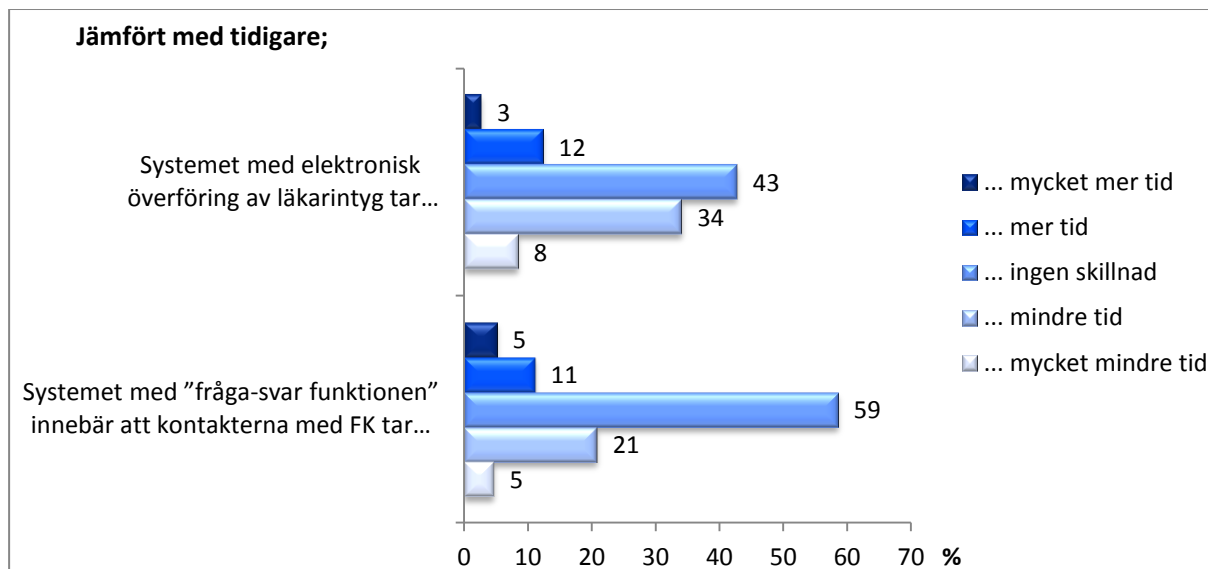
Figur 61. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

"Fråga-svar-funktionen", som är till för kommunikation mellan läkare och Försäkringskassans handläggare, användes av en minoritet; 74 procent uppgav att de i stort sett aldrig använder denna funktion (Figur 62). Bland läkare på vårdcentraler var andelen lägre, 55 procent, och bland 'övriga läkare' över 90 procent.



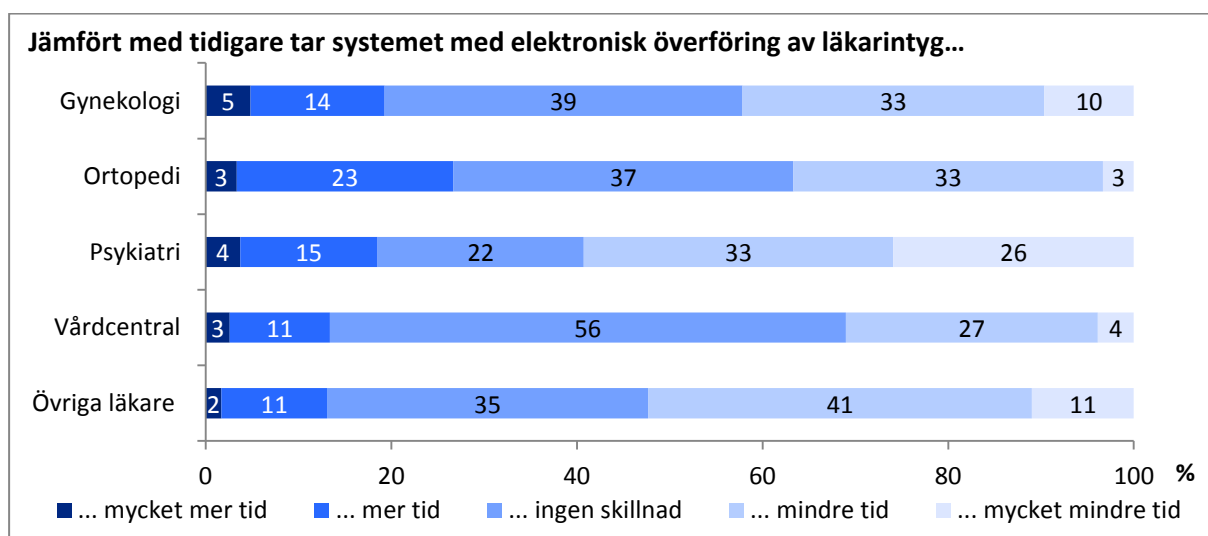
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av "Fråga-svar-funktionen", samtliga läkare samt uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Fyrtiotre procent av läkarna menade att systemet med elektroniska läkarintyg inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 63). Fyrtiotvå procent tyckte att systemet gör att det tar mindre tid än tidigare att skriva intyg, och 15 procent att det tar mer tid. Beträffande ”Fråga-svar-funktionen” ansåg en fjärdedel, 26 procent, att denna funktion innebär att läkarintygshantering tar mindre tid.



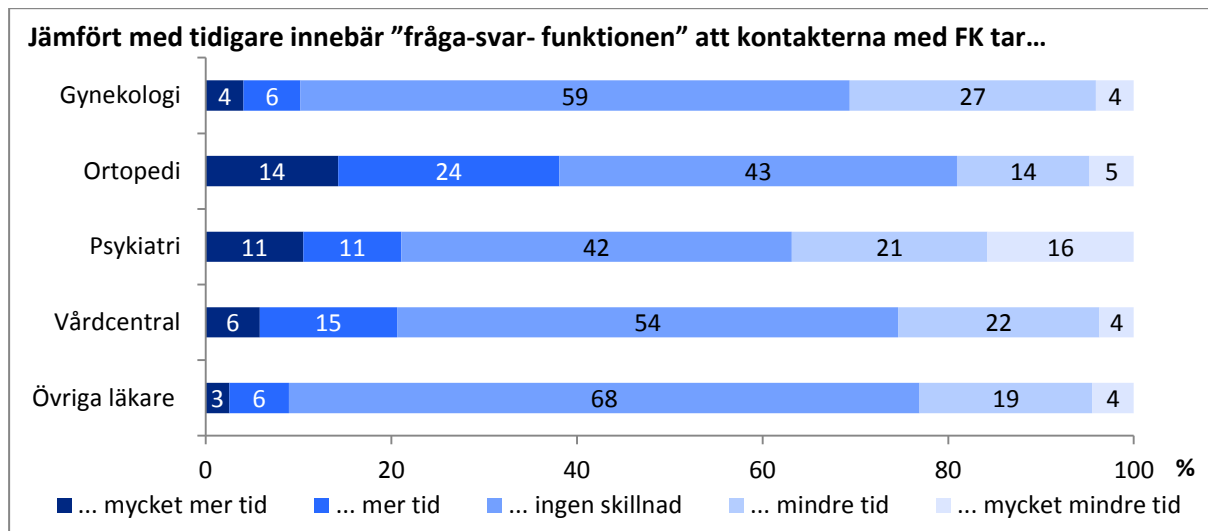
Figur 63. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive ”Fråga-svar-funktionen” innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt ingen skillnad.

Bland läkare inom ortopedi fanns den största andelen som menade att systemet med elektronisk överföring av läkarintyg tar mer tid jämfört med tidigare, 26 procent, och i gruppen ‘övriga läkare’ fanns den största andelen som tvärtom tyckte att systemet innebär en tidsvinst, 52 procent (Figur 64).



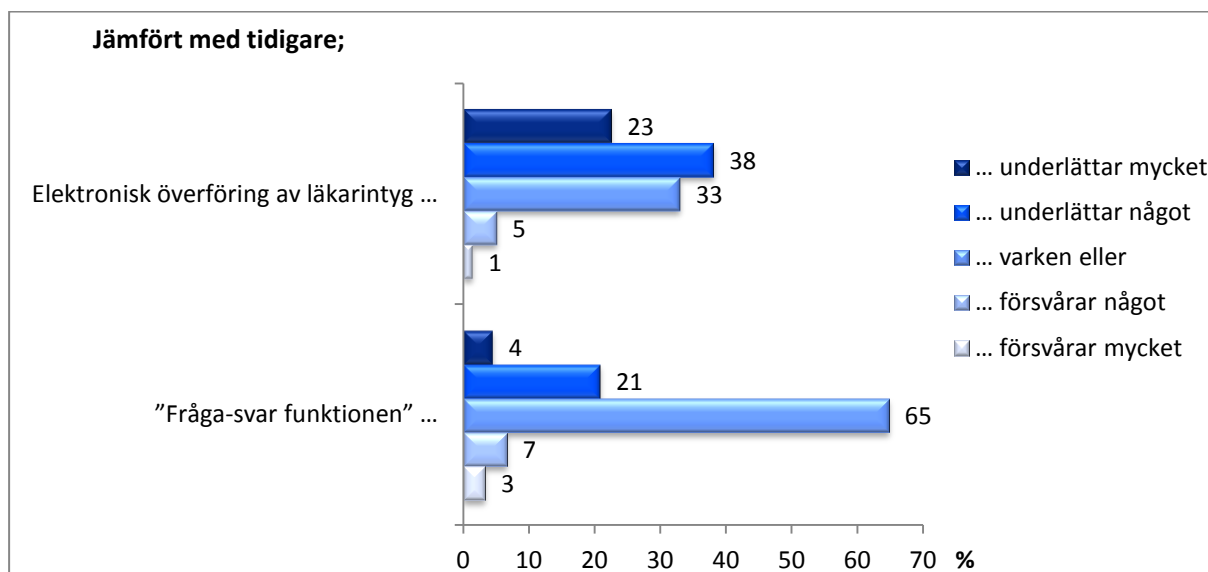
Figur 64. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

När det gäller motsvarande fråga för "Fråga-svar-funktionen" var andelen som ansåg att denna funktion innebär en ökad tidsåtgång även där störst bland ortopedier (38 %), medan andelen som menade att funktionen innebär en tidsvinst var störst bland läkare inom psykiatri (37 %) (Figur 65).



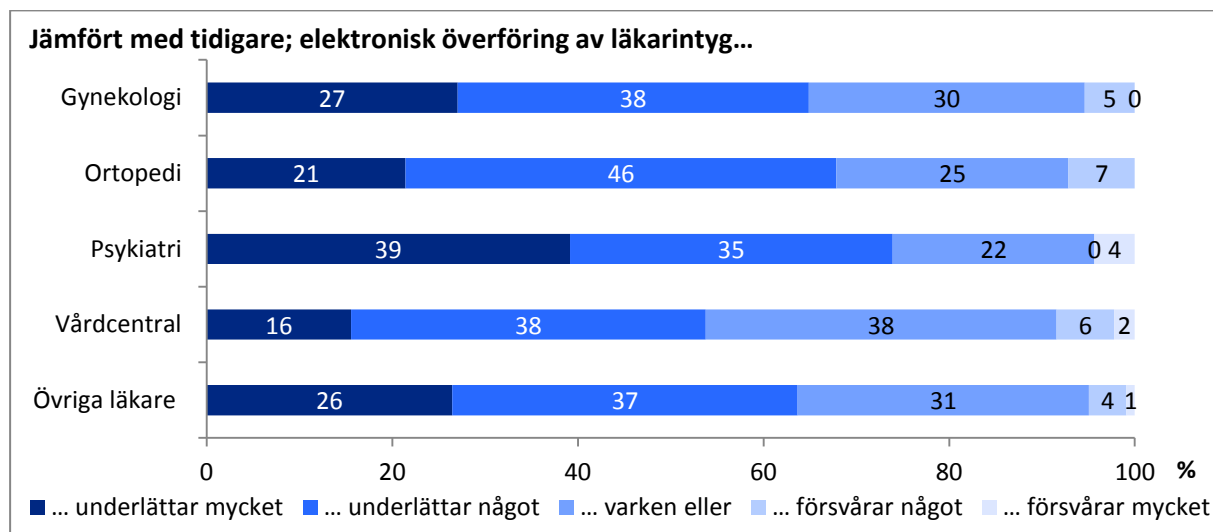
Figur 65. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

En stor del av läkarna (61 %) ansåg att systemet med elektronisk överföring av läkarintyg i olika grad underlättar deras arbete, medan endast sex procent uppgav att det i någon grad försvårar (Figur 66). En fjärdedel menade att "Fråga-svar-funktionen" underlättar något eller mycket.



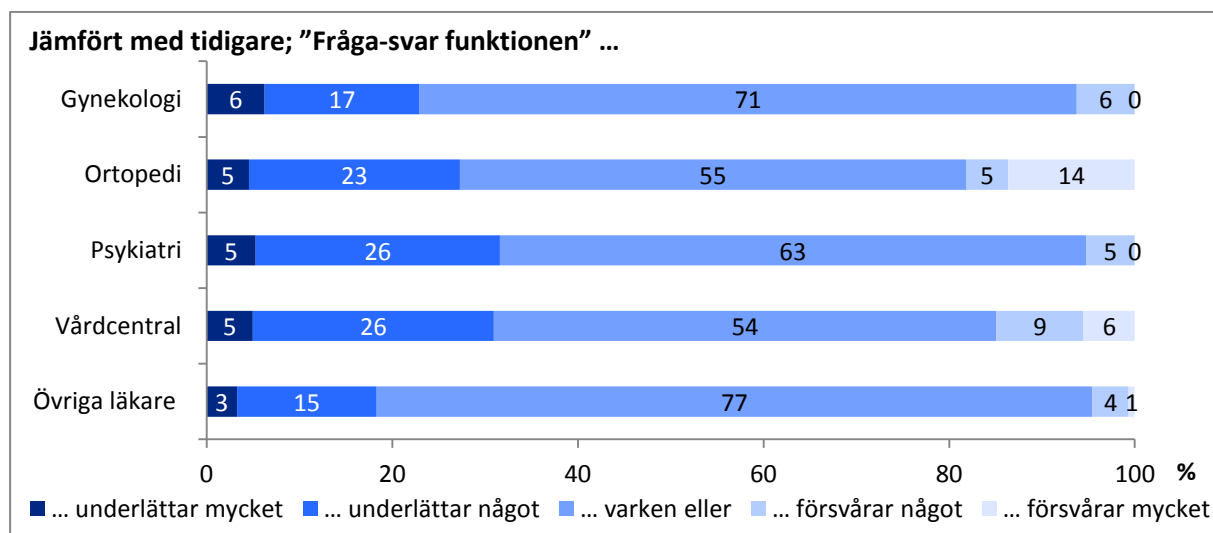
Figur 66. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken underlättar eller försvårar.

Bland psykiatriker fanns den största andelen som angav att de upplever att elektronisk överföring av läkarintyg underlättar deras arbete mycket, 39 procent (Figur 67), medan den minsta andelen (16 %) fanns bland läkare på vårdcentraler.



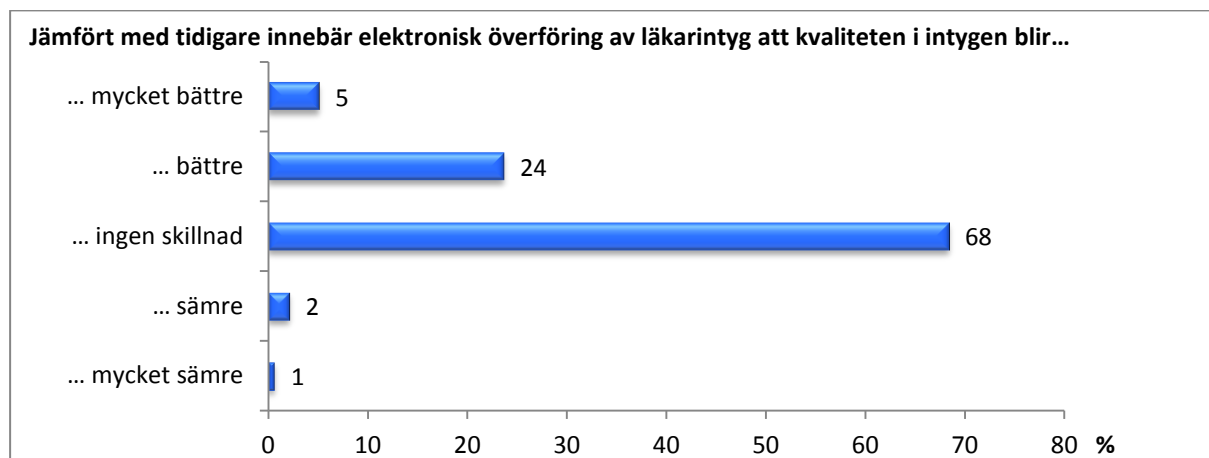
Figur 67. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

När det gäller motsvarande fråga för "Fråga-svar-funktionen" var andelen som ansåg att denna funktion i åtminstone någon grad underlättar arbetet störst bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler, 31 procent (Figur 68). Fjorton procent av ortopederna menade att systemet i hög grad försvårar för dem.



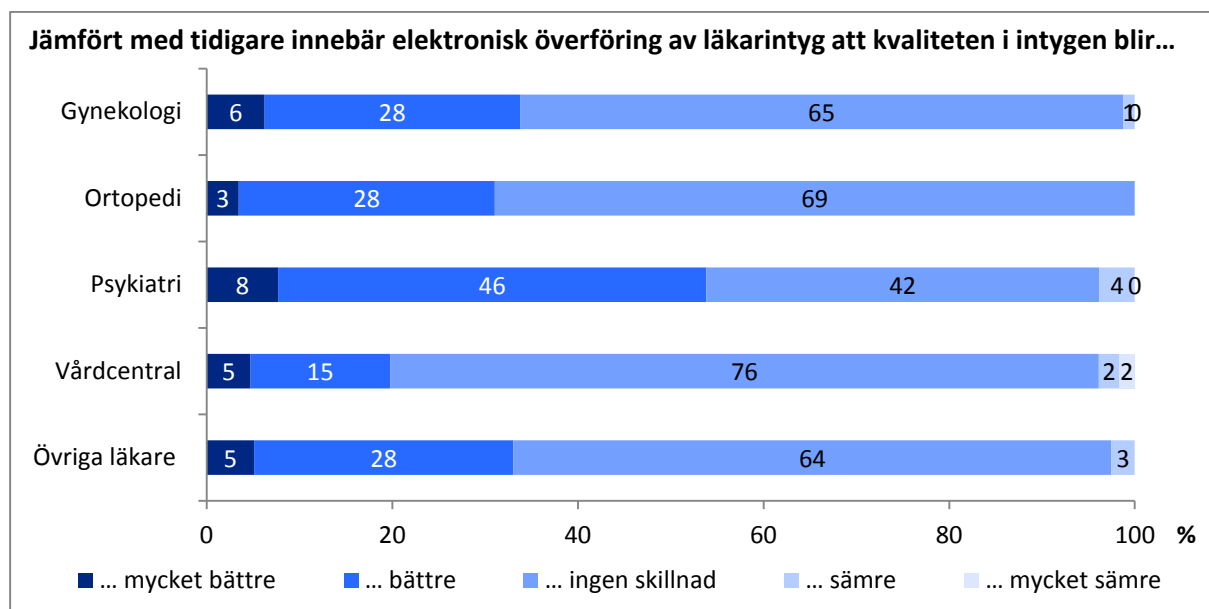
Figur 68. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Två tredjedelar, 68 procent, ansåg att systemet med elektronisk överföring av läkarintyg inte innebär någon skillnad gentemot tidigare vad gäller läkarintygets kvalitet (Figur 69), medan 29 procent menade att kvaliteten förbättrats genom systemet.



Figur 69. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad.

Det var stora skillnader mellan de olika klinikgrupperna när det gäller hur stor andel som ansåg att kvaliteten på läkarintygen förbättras med den elektroniska överföringen av läkarintygen. Bland läkare som arbetade inom psykiatri var andelen över hälften, 54 procent, medan den bland läkare på vårdcentraler var 20 procent (Figur 70).



Figur 70. Andel (%) läkare som angav att de upplever att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

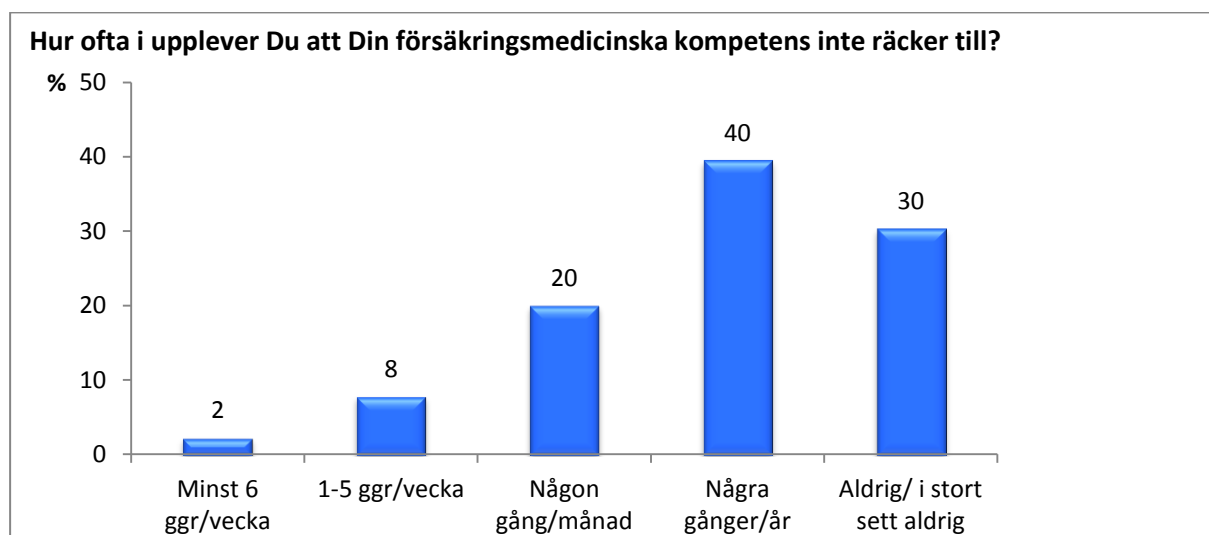
Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

- Drygt två tredjedelar av läkarna angav att de har kontakt med Försäkringskassan, och en lika stor andel av dessa läkare (68 %) menade att de är ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter.
- En tredjedel uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan.
- De svårigheter flest läkare angav i kontakter med Försäkringskassan var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg och att det är svårt att komma fram per telefon.
- En av fem läkare använde det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, och över 80 procent av dessa ansåg systemet vara problemfritt. Över 60 procent av de läkare som använde sig av systemet ansåg att det underlättar deras arbete, och 29 procent tyckte att det förbättrar läkarintygets kvalitet. Vid tidpunkten för enkäten hade systemet ännu inte införts fullt ut i Stockholms län.
- Drygt var tredje läkare (34 %) upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättar kontakterna med Försäkringskassan.
- Närmare hälften, 47 procent, menade att möjlighet till kontakt med personer med försäkringsmedicinsk kompetens är av stort värde för att upprätthålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.
- En tredjedel ansåg att kontakter med handläggare och med försäkringsmedicinska rådgivare är av stort värde för att upprätthålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Försäkringsmedicinsk kompetens

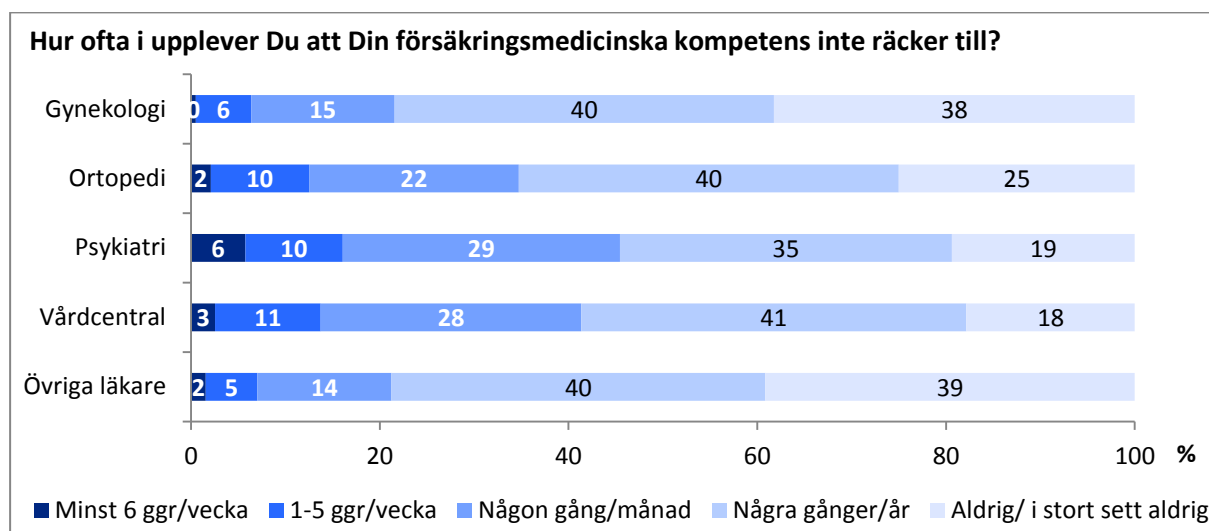
I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, i vilken utsträckning de tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden de önskade fördjupa sin kompetens samt vilka faktorer de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 73) och Samverkan och kontakter (sidan 78). En sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om försäkringsmedicinsk kompetens återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

Åttio procent av läkarna angav stort eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom åtminstone något av listade områden. Det innebär att den absoluta majoriteten av läkarna anser sig behöva någon typ av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Nästan en av tre läkare (30 %) angav att de minst någon gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, lika många som angav att de i stort sett aldrig upplever detta (Figur 71).



Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

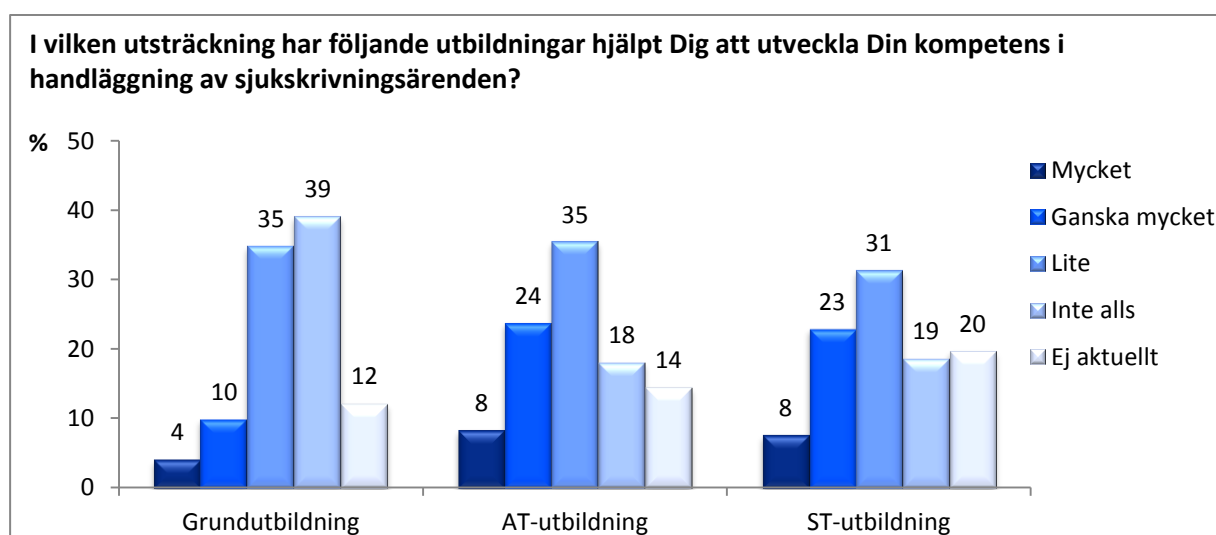
Behovet av kompetensutveckling varierade mellan olika typer av kliniker (Figur 72). Över 40 procent av läkarna inom psykiatri och på vårdcentraler angav att de minst en gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.



Figur 72. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

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) och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) var 32 respektive 31 procent (Figur 73).



Figur 73. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

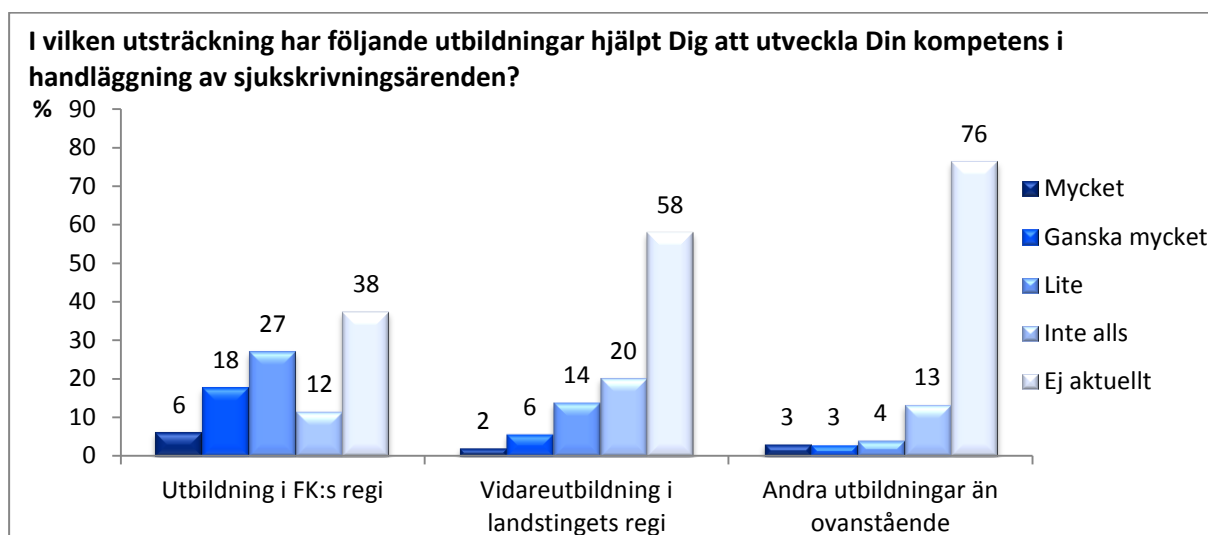
Andelen som ansåg att de olika utbildningsstegen varit värdefulla för deras kompetensutveckling i handläggning av sjukskrivningsärenden skilde sig något mellan de olika klinikgrupperna (Tabell 11). Andelen som tyckte att grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket i detta avseende var störst bland läkare inom ortopedi. Närmare hälften (47 %) av läkare på vårdcentral menade tvärtom att grundutbildningen inte alls varit värdefull för denna kompetensutveckling. Andelen som ansåg att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket var störst bland läkare inom gynekologi och ortopedi. ST-utbildningen uppgavs ha bidragit mycket eller ganska mycket av minst 34 procent inom alla klinikgrupperna utom bland 'övriga läkare'.

Tabell 11. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
<i>Grundutbildning</i>					
Gynekologi	6	6	33	36	19
Ortopedi	5	13	31	37	14
Psykiatri	3	12	33	43	9
Vårdcentral	3	7	34	47	9
Övriga läkare	4	11	36	34	13
<i>AT-utbildning</i>					
Gynekologi	16	23	28	14	18
Ortopedi	11	27	29	17	16
Psykiatri	3	25	37	23	12
Vårdcentral	8	19	42	20	11
Övriga läkare	8	26	33	17	16
<i>ST-utbildning</i>					
Gynekologi	11	26	23	19	20
Ortopedi	8	28	25	20	19
Psykiatri	8	26	33	18	15
Vårdcentral	9	30	32	12	16
Övriga läkare	6	17	32	22	22

Kompetensutveckling via vidareutbildning

Ungefär var fjärde läkare (24 %) uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden mycket eller ganska mycket (Figur 74). För tre fjärdedelar (76 %) av läkarna hade andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan, inte varit aktuella, och motsvarande siffra för vidareutbildning i landstingets regi var 58 procent.



Figur 74. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

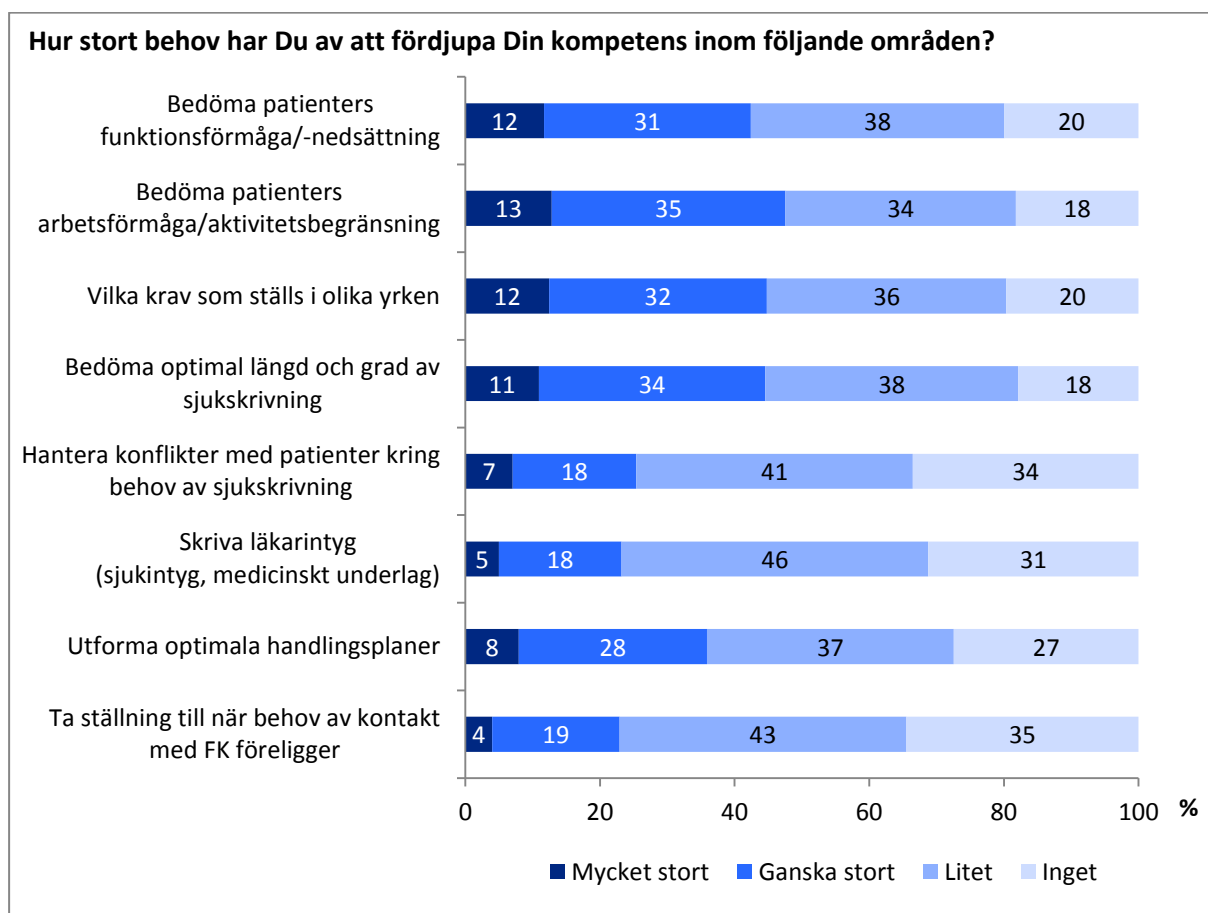
Andelen läkare inom de olika klinikgrupperna som tyckte att de olika utbildningssatsningarna bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens inom sjukskrivningshantering skilde sig åt; störst var den bland läkare som arbetade på vårdcentraler och inom psykiatri (Tabell 12). En tredjedel av vårdcentralsläkarna (35 %) menade att utbildningar i Försäkringskassans regi hade hjälpt dem utveckla sådan kompetens, och när det gäller utbildning i landstingets regi var siffran 15 procent.

Tabell 12. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
<i>Utbildning i FK:s regi</i>					
Gynekologi	4	11	24	17	44
Ortopedi	6	11	25	18	40
Psykiatri	8	20	38	11	24
Vårdcentral	8	27	36	9	22
Övriga läkare	5	14	21	12	48
<i>Vidareutbildning i landstingets regi</i>					
Gynekologi	1	2	13	20	65
Ortopedi	3	3	8	29	56
Psykiatri	2	7	22	19	51
Vårdcentral	4	11	20	19	47
Övriga läkare	1	4	10	20	65
<i>Andra utbildningar än ovanstående</i>					
Gynekologi	3	1	2	14	80
Ortopedi	4	2	3	18	72
Psykiatri	5	6	5	12	73
Vårdcentral	4	4	6	13	74
Övriga läkare	3	2	4	13	78

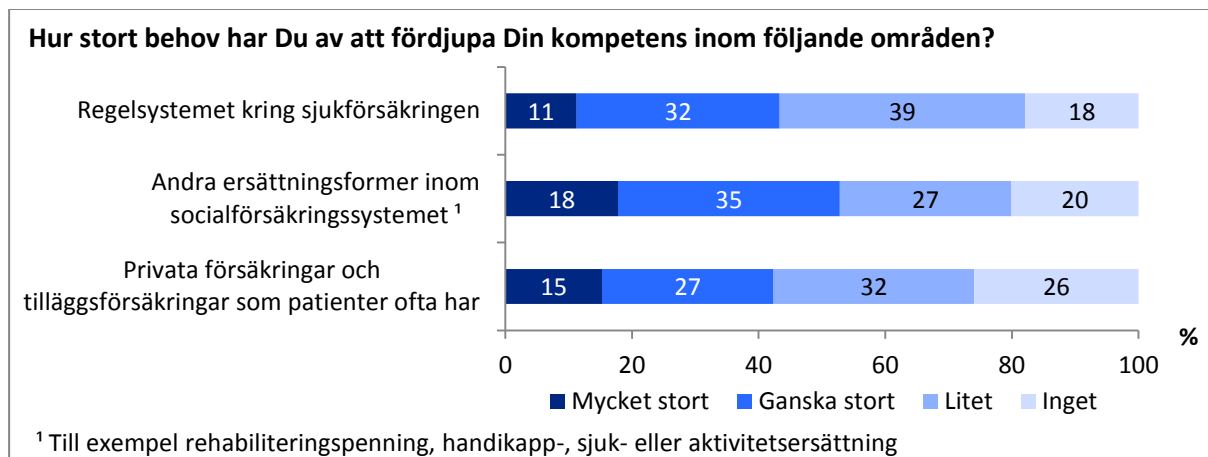
Behov av fördjupad kompetens

Närmare hälften av läkarna (48 %) uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att bedöma arbetsförmåga. Andra arbetsuppgifter som en stor andel läkare ansåg sig behöva fördjupad kompetens i är att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (45 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (44 %) samt att bedöma funktionsförmåga (43 %) (Figur 75). En knapp fjärdedel (23 %) av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg.



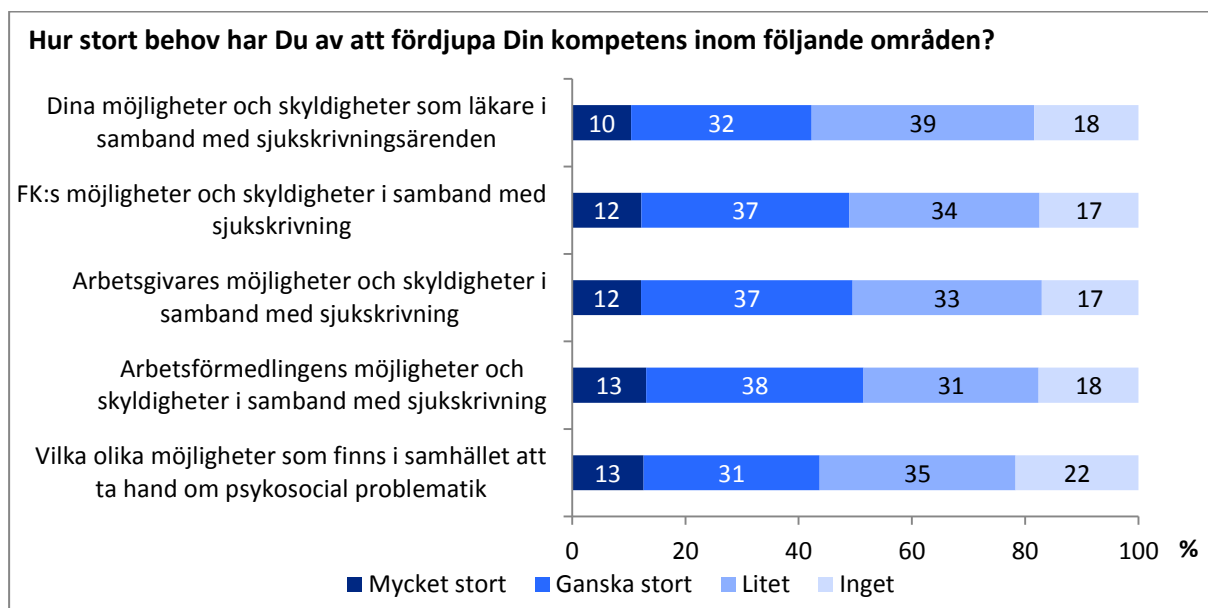
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav att de har av att fördjupa sin kompetens inom de åtta ovan listade områdena.

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Figur 76 framgår att 43 procent svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, över hälften (53 %) uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 42 procent kände även behov av mer kunskap kring olika privata försäkringar.



Figur 76. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav att de har av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem.

Många av läkarna angav att de har mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Figur 77). Hälften (51 %) uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och en nästan lika stor andel hade behov av kunskap kring Försäkringskassans och arbetsgivares möjligheter och skyldigheter (49 %).

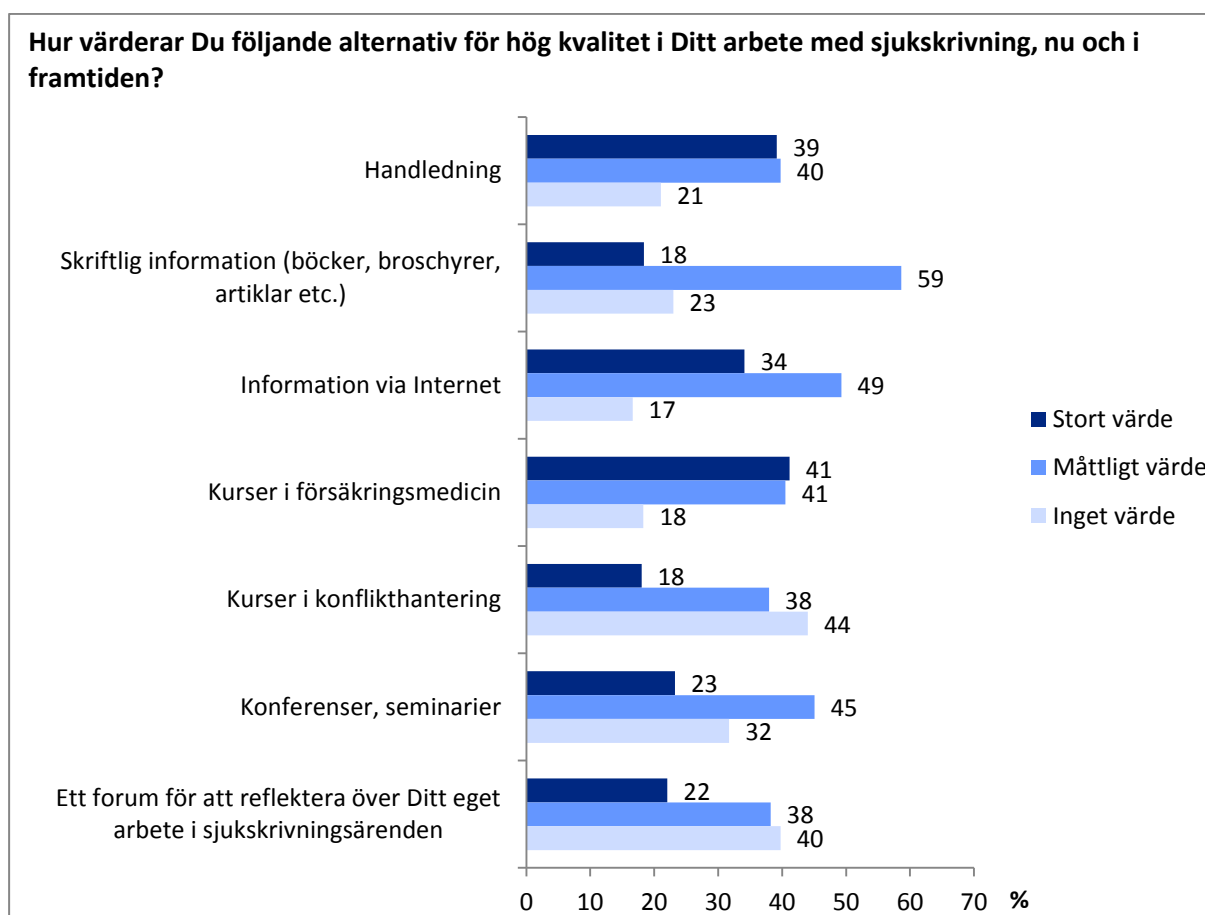


Figur 77. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav att de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

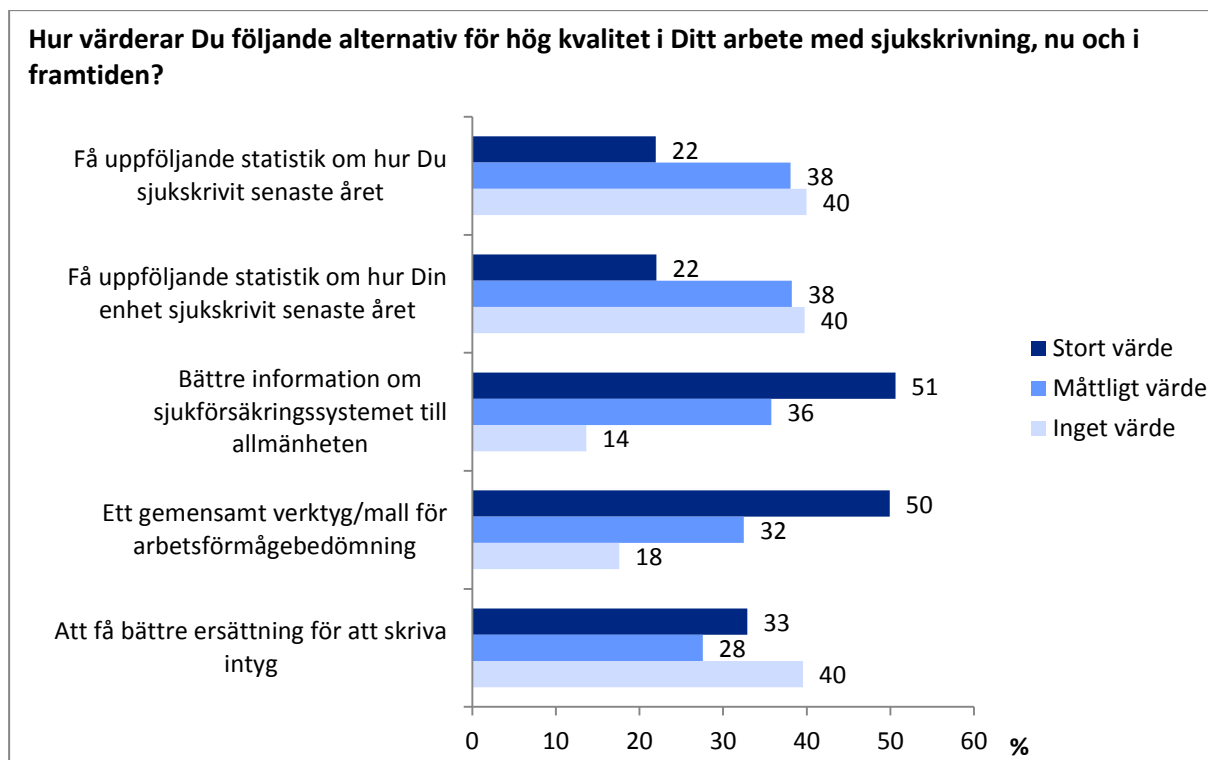
Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svar på frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten Samverkan och kontakter (sidan 78) respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 73). Här presenteras svaren på frågor om olika utbildningsaktiviteter och om övriga faktorer.

De utbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var kurser i försäkringsmedicin; 41 procent satte stort värde på dessa (Figur 78). Nästan lika många, 39 procent, värderade handledning högt. Ungefär var tredje läkare satte stort värde på information via Internet (34 %).



Figur 78. Andel (%) läkare som angav att de sju ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Hälften av läkarna ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (51 %) och ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (50 %) skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 79). En tredjedel ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten.



Figur 79. 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

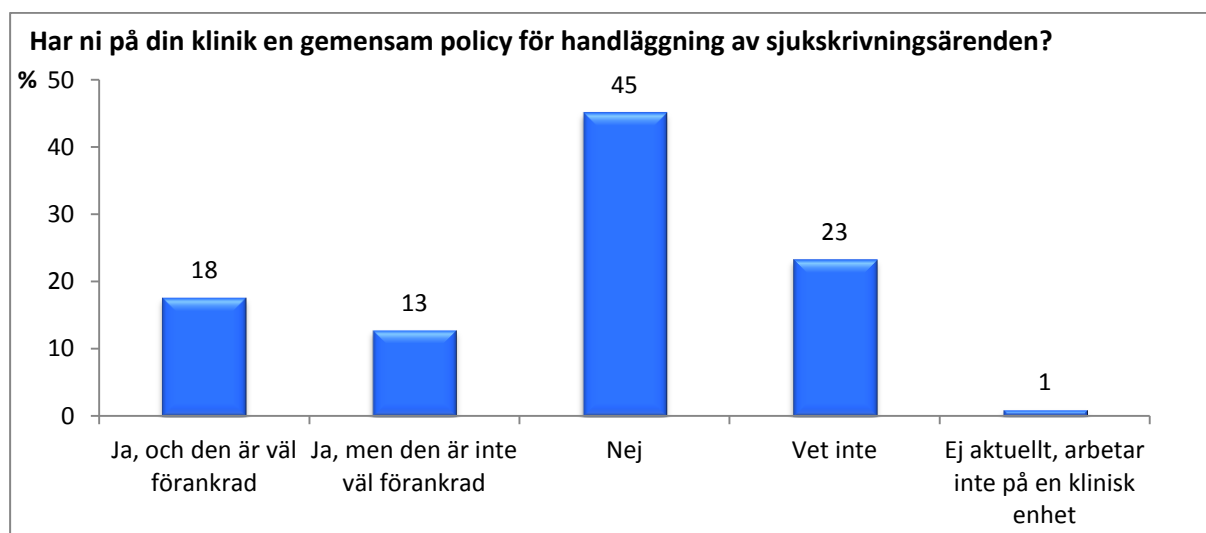
- Närmare hälften av läkarna ansåg sig behöva fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga.
- Drygt hälften ville få ökad kompetens om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning.
- Cirka hälften av läkarna ville ha mer kunskap om Arbetsförmedlingens, Försäkringskassans och arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningar.
- Närmare en tredjedel av läkarna upplevde att AT- och ST-utbildning bidragit till deras försäkringsmedicinska kompetens.
- Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten samt en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.
- Närmare hälften av läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens högt i detta avseende, och två av fem värderade kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt
- De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare värderade högt var kurser i försäkringsmedicin och handledning.
- En dryg tredjedel av läkarna menade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar

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 [45, 46, 130]. Detta innebär att fokus på ledning och styrning av detta område ökat. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare 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 sådan policy finns, huruvida den ansågs vara till nytta i det kliniska arbetet. En tredje fråga handlade om huruvida läkaren upplever stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller förekomst av en gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 31 procent att en sådan finns, och 18 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 80). Andelen som uppgav att det finns en väl förankrad policy var för hela landet 22 procent. Nästan var fjärde läkare, 23 procent, angav att de inte visste huruvida det finns någon sådan policy på deras arbetsplats.



Figur 80. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

Det fanns även skillnader mellan läkare som arbetade på olika typer av kliniker. I Tabell 13 framkommer att en gemensam policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var vanligt förekommande på smärtmottagningar (85 %). Inom rehabilitering och på vårdcentraler var andelen närmare hälften (47 respektive 46 %). Även inom barn- och ungdomsvård var andelen hög, 41 procent. Motsvarande siffra var lägst för infektionskliniker (7 %). Tre fjärdedelar av samtliga läkare som har en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden har även nytta av den i sitt kliniska arbete. Inom de flesta verksamheter har mer än åtta av tio läkare nytta av policyn.

Tabell 13. 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.

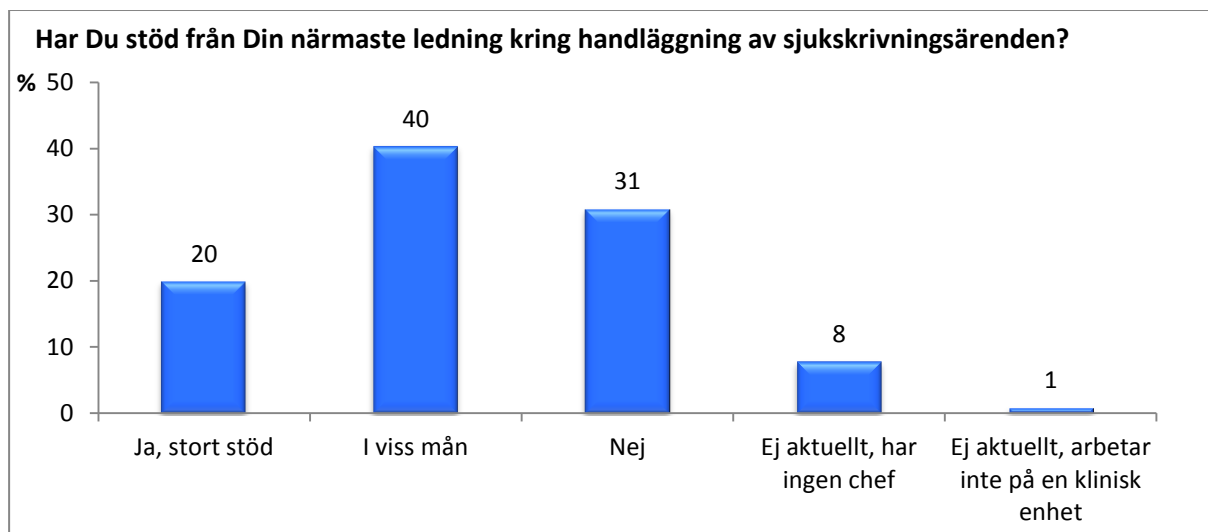
Klinik/mottagning	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet ¹
Barn- o ungdom	30	11	36	22	1	100
Företagshälsovård	29	5	58	8	0	90
Geriatric	13	9	39	39	0	- ²
Gynekologi	24	16	40	20	0	86
Hud	3	3	63	29	3	- ²
Infektion	2	5	72	21	0	- ²
Invärtesmedicin	8	7	52	33	<0,5	74
Kirurgi	9	10	53	27	0	85
Neurologi	2	4	65	30	0	- ²
Onkologi	18	8	39	35	0	82
Ortopedi	16	12	55	15	1	84
Psykiatri	15	13	47	24	2	73
Rehabilitering	33	14	44	9	0	88
Reumatologi	10	23	59	5	3	30
Smärtmottagning	53	32	11	5	0	82
Vårdcentral	26	20	35	19	<0,5	72
Ögon	21	10	41	25	3	89
Öron-, näs- och hals	12	9	56	19	4	83
Annan klinik/mottagning	14	6	47	27	6	89
Administration	17	4	46	33	0	- ²
Samtliga läkare	18	13	45	23	1	77

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

² För få svarande för att visa resultat, dock svarade en majoritet av dessa läkare att de har nytta av policyn.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren har stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 81 framgår att 20 procent angav att de har stort stöd och 40 procent att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En knapp tredjedel (31 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete.



Figur 81. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Det fanns viss skillnad mellan de olika klinikerna/mottagningarna vad gäller om läkarna ansåg sig ha stöd från sin ledning (Tabell 14). På infektionskliniker saknade två tredjedelar, 67 procent, stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor, och inom geriatrik var motsvarande siffra 50 procent. Närmare en tredjedel av företagsläkarna angav att de upplever stort stöd från ledningen, och bland läkare på vårdcentraler var andelen 28 procent.

Tabell 14. 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 ¹
Barn- o ungdom	26	48	20	6
Företagshälsovård	31	25	25	18
Geriatrisk	23	27	50	0
Gynekologi	19	40	27	14
Hud	24	29	26	21
Infektion	4	27	67	2
Invärtesmedicin	12	44	39	5
Kirurgi	14	37	44	5
Neurologi	14	39	41	5
Onkologi	17	40	41	1
Ortopedi	19	38	36	7
Psykatri	21	41	27	11
Rehabilitering	17	56	20	7
Reumatologi	8	51	31	10
Smärtmottagning	11	33	28	28
Vårdcentral	28	45	20	7
Ögon	20	34	35	11
Öron-, näs- och hals	16	28	34	22
Annan klinik/ mottagning	19	26	36	19
Administration	4	52	26	17
Samtliga läkare	20	40	31	9

¹ 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 läkaren upplever tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärenden (till exempel när intyg ska skrivas eller kontakter tas) respektive tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor. Den fjärde frågan handlade om hur problematiskt det upplevs att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden.

I Tabell 15 visas att den största andelen angav daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid och kompetensutveckling (28 % av samtliga). För det direkta patientarbetet uppgav 21 procent av läkarna att de dagligen har tidsbrist. Andelen som dagligen upplevde tidsbrist var störst bland ortopedier; minst två av fem läkare som arbetade inom ortopedi angav att de dagligen upplever tidsbrist vad gäller tid med patienten och för kompetensutveckling, handledning och reflektion, och hälften (51 %) angav daglig tidsbrist vad gäller patientrelaterad tid.

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på de olika klinikgrupperna och på samtliga.

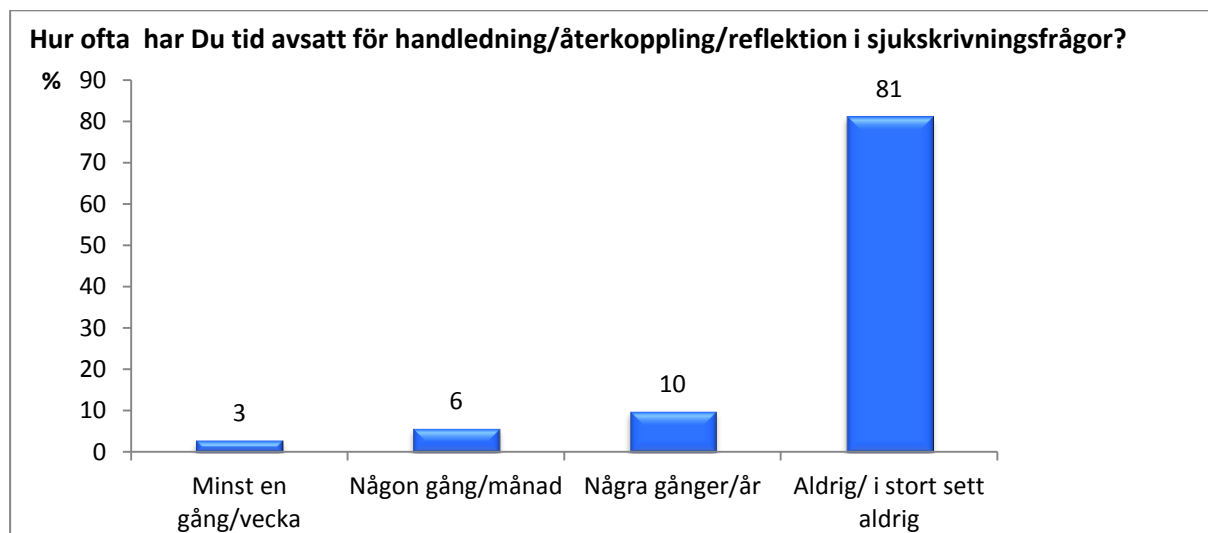
Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Vårdcentral	28	42	18	5	6
	Psykiatri	20	39	17	9	15
	Gynekologi	23	32	16	13	17
	Ortopedi	40	36	10	3	10
	Övriga läkare	15	25	22	15	24
	Samtliga	21	32	19	11	17
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	Vårdcentral	36	35	18	6	4
	Psykiatri	32	37	13	8	9
	Gynekologi	26	30	19	11	14
	Ortopedi	51	27	10	4	8
	Övriga läkare	21	25	21	15	18
	Samtliga	28	30	19	11	12
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Vårdcentral	32	26	20	11	11
	Psykiatri	35	23	18	10	13
	Gynekologi	29	19	15	16	22
	Ortopedi	42	17	17	8	16
	Övriga läkare	22	17	16	17	27
	Samtliga	28	21	18	14	20

En femtedel (21 %) av läkarna menade att det är mycket problematiskt att hantera tidsbrist i sjukskrivningsarbetet (Tabell 16). En tredjedel av läkarna på vårdcentraler tyckte att det är mycket problematiskt, medan motsvarande andel var 14 procent bland 'övriga läkare'.

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera sådan tidsbrist, uppdelat på de olika klinikgrupperna och på samtliga.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden?	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Vårdcentral	32	33	25	5	5
Psykiatri	24	30	25	13	8
Gynekologi	26	19	23	10	21
Ortopedi	27	31	25	5	13
Övriga läkare	14	21	28	15	22
Samtliga	21	26	26	11	15

Drygt 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (Figur 82).



Figur 82. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor.

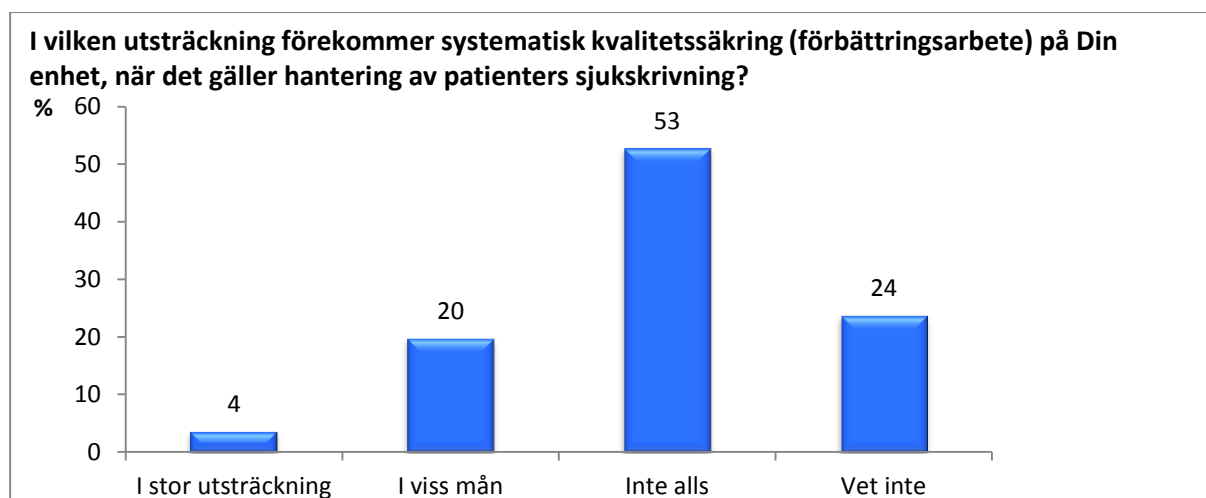
Bland läkare på vårdcentraler fanns den största andelen som angav att de åtminstone några gånger per år har tid avsatt för handledning och reflektion (38 %), och närmast kom läkare inom psykiatri, 27 procent (Tabell 17). Nästan alla läkare (95 %) inom gynekologi, ortopedi och bland 'övriga läkare' (91 %) svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion.

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på de olika klinikgrupperna och för samtliga.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete har Du tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, enskilt eller i grupp?	Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	1	1	3	95
Ortopedi	1	1	4	95
Psykiatri	4	9	14	72
Vårdcentral	7	13	18	62
Övriga läkare	1	2	6	91
Samtliga	3	6	10	81

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

En liten del, fyra procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gällde hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning på deras enhet (Figur 83), medan var femte läkare svarade att det förekommer i viss mån. Över hälften svarade att det inte alls förekommer något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och närmare var fjärde läkare, 24 procent, visste inte om det förekommer eller inte.



Figur 83. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring när det gäller hantering av patienters sjukskrivning förekommer på deras enhet.

När det gällde skillnader mellan olika kliniker uppgav elva procent av läkarna på smärtmottagningar, nio procent inom geriatrik och sju procent av företagsläkarna att systematiskt kvalitetsarbete avseende hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning (Tabell 18). Av läkarna på smärtmottagningar uppgav 55 procent att sådant systematiskt kvalitetsarbete förekommer åtminstone i viss mån; motsvarande siffra för läkare på vårdcentraler var 40 procent och inom rehabilitering 39 procent. Bland läkarna som arbetade inom reumatologi uppgav 74 procent att inget sådant systematiskt kvalitetsarbete

förekommer på deras enhet, och bland läkare som huvudsakligen arbetade på hudklinik var andelen 73 procent.

Tabell 18. 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.

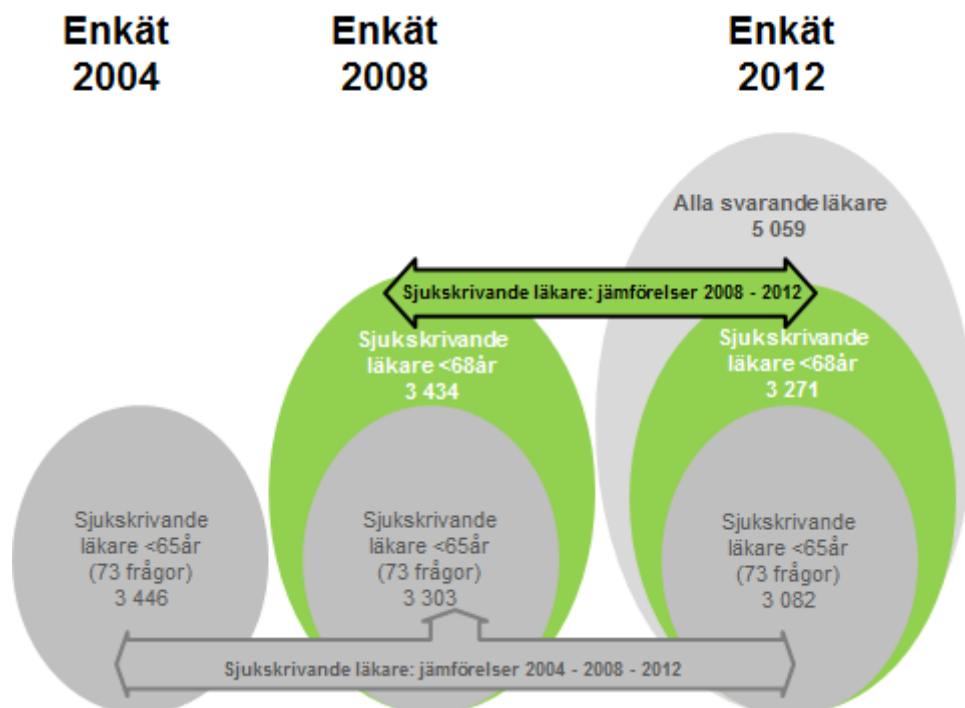
Klinik/mottagning	I stor utsträckning	I viss mån	Inte alls	Vet inte
Barn- o ungdom	1	15	57	27
Företagshälsovård	7	21	67	6
Geriatrisk	9	14	55	23
Gynekologi	3	12	65	21
Hud	2	2	73	24
Infektion	0	10	60	29
Invärtesmedicin	1	6	62	30
Kirurgi	0	7	66	27
Neurologi	3	15	58	24
Onkologi	3	14	59	24
Ortopedi	2	14	62	21
Psykatri	5	23	42	30
Rehabilitering	5	34	44	17
Reumatologi	5	18	74	3
Smärtmottagning	11	44	44	0
Vårdcentral	6	34	41	18
Ögon	0	22	46	32
Öron-, näs- och hals	3	7	64	26
Annan klinik/ mottagning	2	11	59	28
Administration	0	26	57	17
Samtliga läkare	4	20	53	24

Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

- Närmare en femtedel av läkarna svarade att det finns en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden där de arbetar. Av dessa uppgav tre fjärdedelar (77 %) att de har nytta av policyn.
- Stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor rapporterades av en femtedel, och visst stöd av två femtedelar.
- Cirka en fjärdedel av läkarna uppgav att de dagligen upplever tidsbrist i sjukskrivningsarbetet.
- Fyra av fem angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.
- Över 50 procent svarade att det inte förekommer något systematiskt kvalitetsarbete gällande hantering av sjukskrivningsärenden på deras enhet.

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 som vid respektive tidpunkt var yngre än 68 år och var 'sjukskrivande läkare'.

Bakgrundsfaktorer

I Tabell 19 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. Endast smärre skillnader finns mellan åren.

Tabell 19. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor och män, andel per åldersgrupp samt andel specialister.

	Antal sjukskrivande läkare, <68 år	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildade %
2008	3434	53	47	30	36	34	70
2012	3271	54	46	32	35	33	70

När data om kön, åldersgrupp och andel specialister presenteras för de olika klinikgrupperna framgår att andelen kvinnor inom gynekologi och ortopedi var något större 2012 jämfört med 2008 och att andelen män var mindre inom alla klinikgrupperna utom psykiatri 2012 (Tabell 20). Undantaget är vårdcentraler, där könsfördelningen var konstant under åren. Andelen specialister var större 2012 inom alla klinikgrupper utom bland läkare på vårdcentraler och bland 'övriga läkare'.

Tabell 20. Andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Klinikgrupper	År	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildade %
Gynekologi	2008	73	27	32	38	31	73
	2012	76	24	32	37	31	77
Ortopedi	2008	23	77	38	34	28	69
	2012	25	75	32	37	31	77
Psykiatri	2008	58	42	29	31	40	67
	2012	54	46	26	35	39	70
Vårdcentral	2008	58	42	29	36	36	64
	2012	58	42	32	34	34	62
Övriga läkare	2008	50	50	31	37	32	74
	2012	51	49	32	35	33	72
Samtliga	2008	53	47	30	36	34	70
	2012	54	46	32	35	33	70

Det var inga stora skillnader mellan 2008 och 2012 i antal och andel läkare som svarade per klinik/mottagning (Tabell 21). Störst andel läkare arbetade på vårdcentraler (26 respektive 28 %). Ett fåtal läkare svarade inte på frågan om vid vilken typ av klinik/mottagning de har sitt huvudsakliga arbete. Dessa är exkluderade i analyserna på klinikinivå.

Tabell 21. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008 respektive 2012.

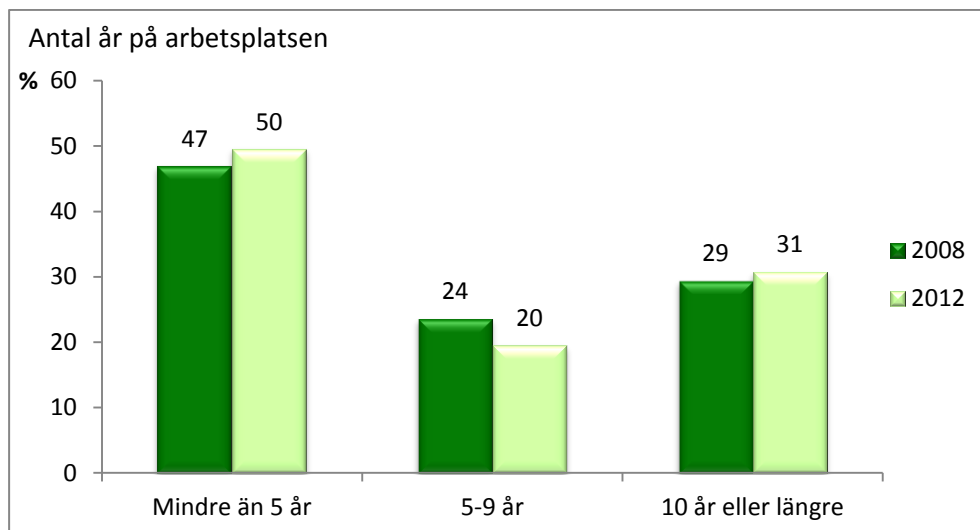
Klinik/mottagning	2008		2012	
	Antal	%	Antal	%
Barn - o ungdom	113	3	76	2
Företagshälsovård	111	3	74	2
Geriatrisk	25	1	23	1
Gynekologi	234	7	209	6
Hud	47	1	35	1
Infektion	64	2	57	2
Invärtesmedicin	420	12	432	13
Kirurgi	317	9	303	9
Neurologi	56	2	57	2
Onkologi	101	3	98	3
Ortopedi	159	5	150	5
Psykiatri	350	10	336	10
Rehabilitering	53	2	43	1
Reumatologi	46	1	39	1
Smärtmottagning	22	1	19	1
Vårdcentral	888	26	918	28
Ögon	56	2	68	2
Öron-, näs- och hals	85	2	90	3
Annan klinik/mottagning	240	7	206	6
Administration ¹	24	1	25	1
Samtliga²	3434	100	3271	100

¹I gruppen 'Annan klinik/mottagning' ingår de som angav Försäkringskassan eller försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats, på grund av lågt antal.

²Antalet för 'samtliga läkare' överstiger summan för klinikerna, då några läkare inte angav någon kliniktilhörighet.

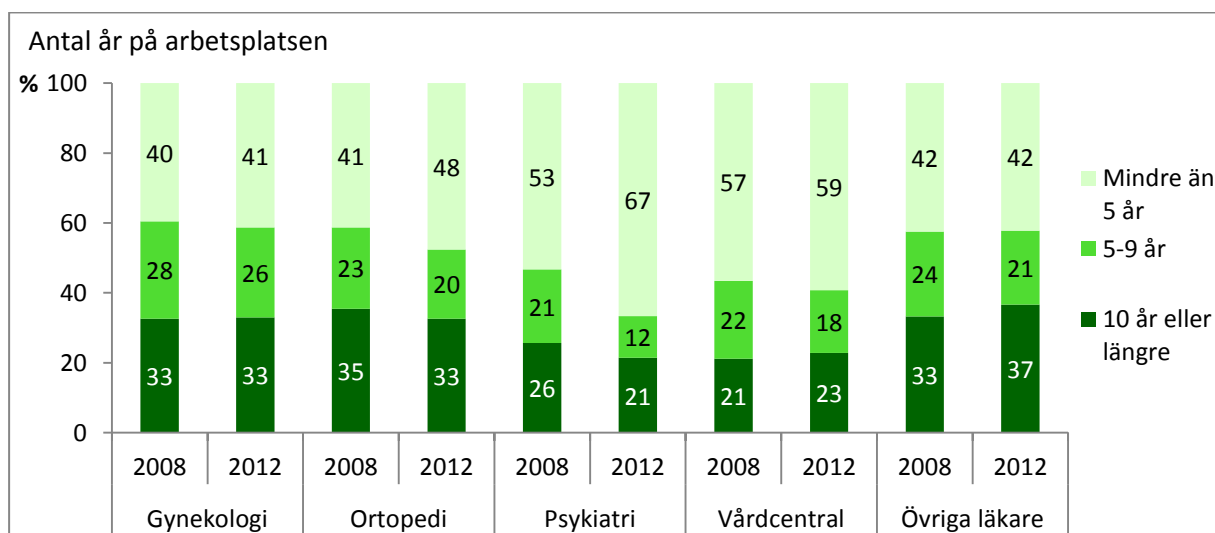
Antal år på arbetsplatsen

Fördelningen avseende hur länge läkarna har arbetat på sin nuvarande arbetsplats skilde sig inte nämnvärt mellan åren. År 2012 hade hälften av alla sjukskrivande läkare arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 84).



Figur 84. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012.

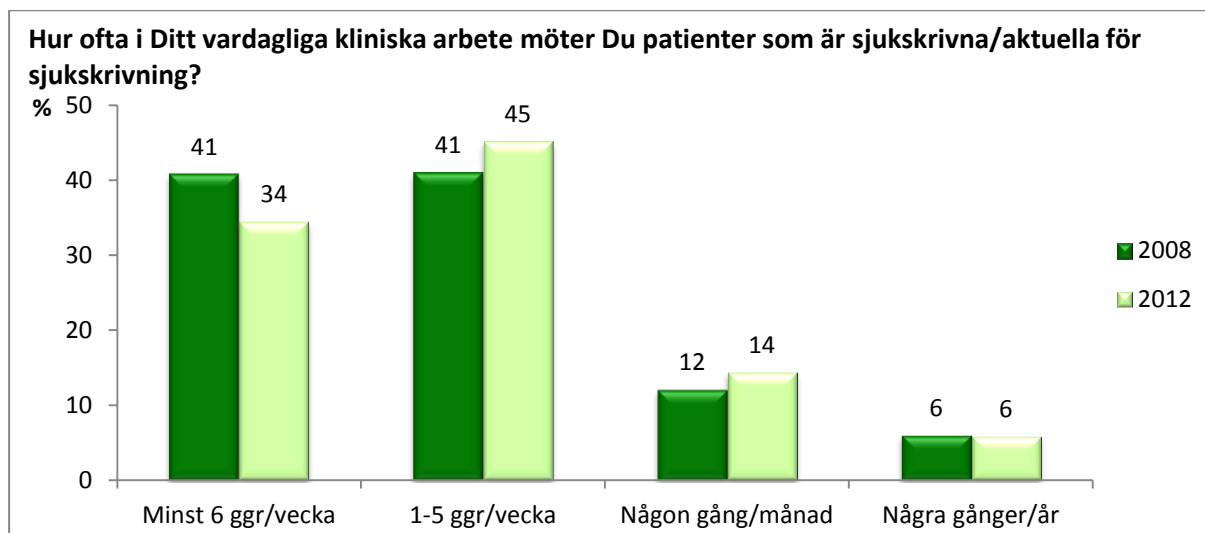
Det fanns skillnader i hur länge läkare inom de olika klinikgrupperna angav att de varit på sin nuvarande arbetsplats (Figur 85). Den största andelen som angav att de varit mindre än fem år på arbetsplatsen fanns båda åren bland läkare på vårdcentraler och inom psykiatri. Minst en tredjedel av läkarna inom gynekologi, ortopedi och bland 'övriga läkare' angav att de varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



Figur 85. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

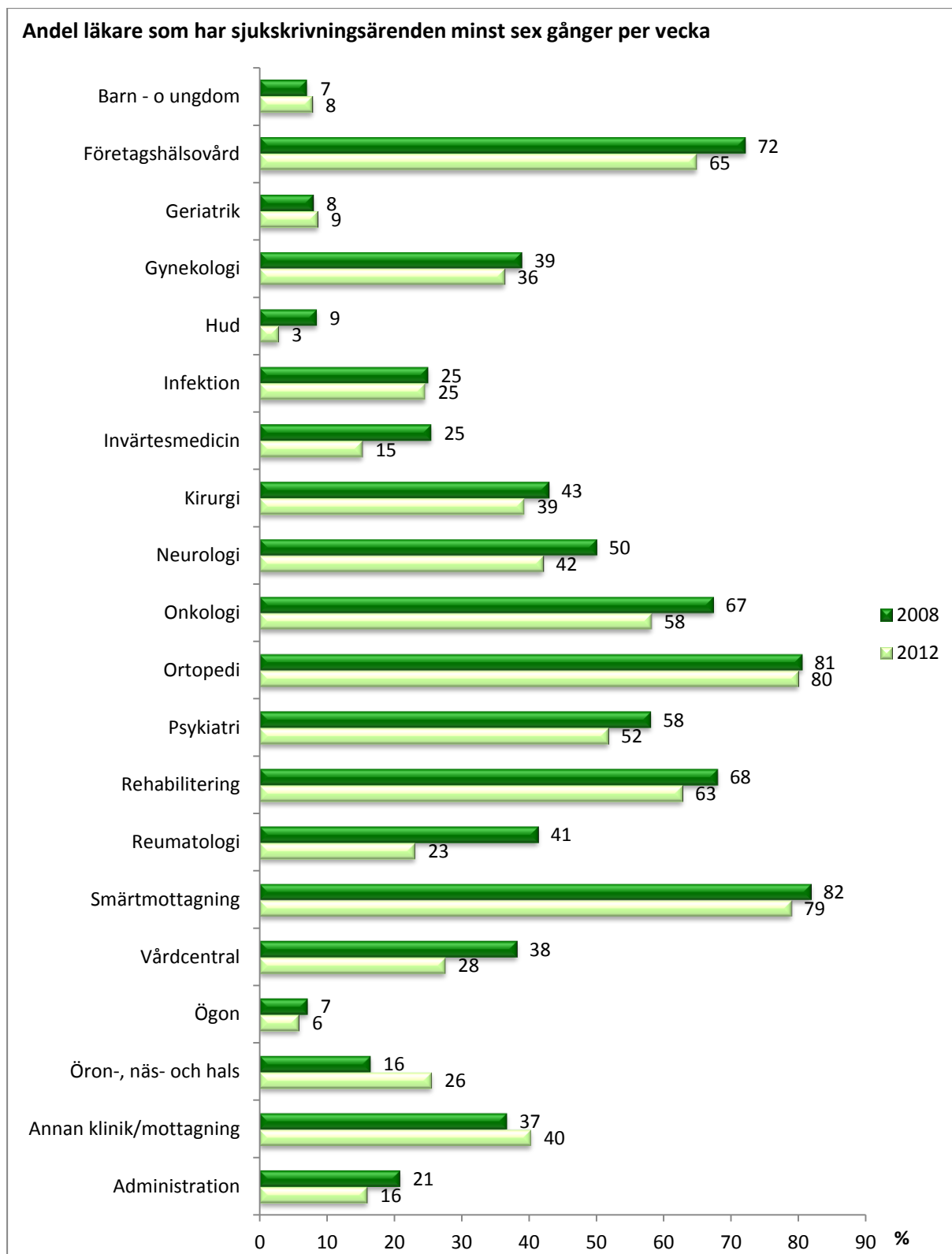
Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var sju procentenheter mindre 2012 än 2008, samtidigt som andelen som har sjukskrivningsärenden en till fem gånger per vecka eller någon gång per månad var ungefär fyra procentenheter större år 2012 (Figur 86).



Figur 86. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

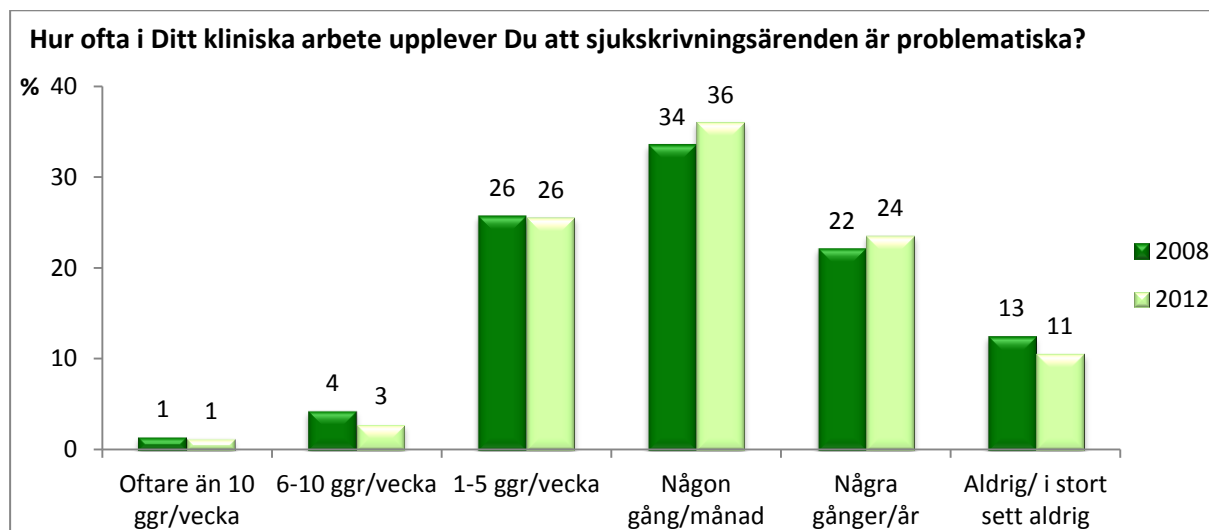
För att jämföra hur ofta sjukskrivningsärenden förekom på de olika typerna av kliniker/mottagningar år 2008 respektive år 2012 presenteras andelen läkare som minst sex gånger per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning (Figur 87). Andelen läkare som ofta har sjukskrivningsärenden var mindre 2012 inom nästan alla typer av verksamheter. På reumatologmottagningar var skillnaden mellan åren stor, 18 procentenheters skillnad. Bland läkare inom invärtesmedicin var andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan tio procentenheter mindre 2012, jämfört med 2008, medan andelen bland läkare som arbetade inom öron-näsa-hals var tio procentenheter större 2012 jämfört med 2008. Inom flera verksamheter var skillnaden bara en procentenhet (barn och ungdom, geriatrik, ortopedi och ögon), medan andelen bland infektionsläkare var lika stor båda åren.



Figur 87. 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.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som angav att de minst någon gång per vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var väsentligen densamma 2008 och 2012 (Figur 88). Andelen läkare som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever att deras sjukskrivningsärenden är problematiska var något mindre 2012.



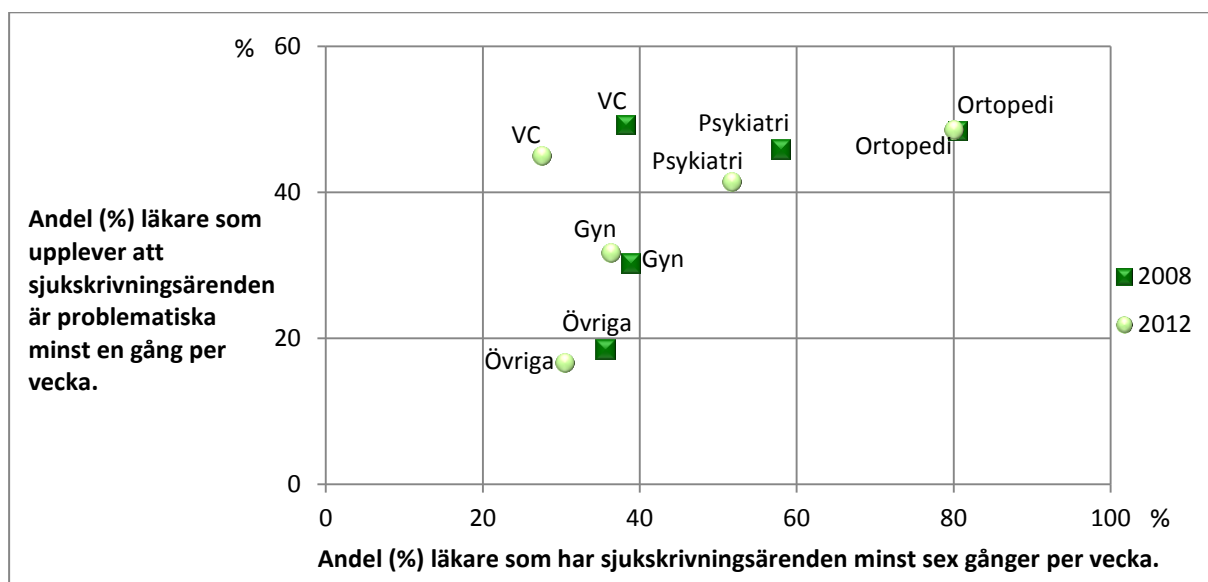
Figur 88. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

Andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan minskade något bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler mellan åren (Tabell 22).

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	7	24	38	20	12
	2012	5	27	39	19	10
Ortopedi	2008	13	35	33	14	5
	2012	9	40	36	10	5
Psykiatri	2008	11	34	32	14	8
	2012	8	33	39	14	5
Vårdcentral	2008	8	42	37	11	3
	2012	5	40	41	12	2
Övriga läkare	2008	3	15	32	30	19
	2012	2	14	32	34	17

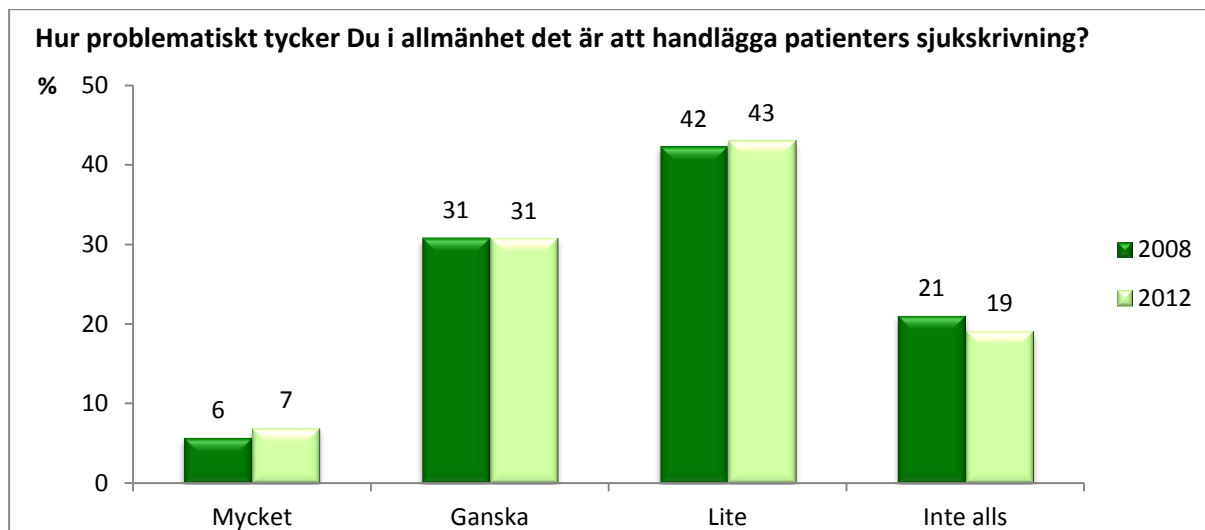
När andelen läkare i de olika klinikgrupperna som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen läkare som upplever problem med sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka (på motsvarande sätt som i Figur 17) syns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 89). Den övergripande tendensen är även här linjär, det vill säga att ju större andel läkare inom en klinikgrupp som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel uppgav även att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka – med ett undantag: vårdcentralsläkarna. Såväl andelen som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och den som sade sig uppleva problem minst en gång per vecka var mindre 2012 jämfört med 2008 bland läkare inom psykiatri, på vårdcentraler och bland 'övriga läkare'. Bland läkare inom gynekologi var andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan något större 2012 jämfört med 2008, medan andelen som uppgav att de har sådana ärenden minst sex gånger i veckan var något mindre. Bland läkare inom ortopedi var dessa andelar lika stora 2008 och 2012.



Figur 89. Andel (%) läkare som angav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på de olika klinikgrupperna, år 2008 respektive 2012.

Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevs att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 90). Närmare 40 procent angav att de upplever detta vara ganska eller mycket problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 90. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.

Det fanns mindre skillnader mellan åren inom de olika klinikgrupperna vad gäller i vilken grad sjukskrivningsärenden upplevs problematiska (Tabell 23). Bland läkare som arbetade inom psykiatri var andelen som menade att det är ganska problematiskt större 2012 jämfört med 2008 (42 % respektive 35 %).

Tabell 23. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga patienters sjukskrivning?					
		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Gynekologi	2008	7	24	47	22
	2012	5	26	51	17
Ortopedi	2008	8	30	47	16
	2012	7	29	48	16
Psykiatri	2008	10	35	42	13
	2012	10	42	36	11
Vårdcentral	2008	9	49	34	8
	2012	11	45	38	6
Övriga läkare	2008	3	21	46	30
	2012	4	21	46	29

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden upplevs som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Andelen läkare som angav att de upplever att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska varierade endast marginellt mellan åren (Tabell 24).

Tabell 24. Andel (%) läkare som angav att de upplever 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	14	30	38	18
	2012	13	31	37	18
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	25	41	24
	2012	10	26	39	24
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	21	33	33	13
	2012	20	34	33	12
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	15	33	37	15
	2012	14	35	37	14
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	24	34	32
	2012	9	24	36	32
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	20	34	27	18
	2012	21	32	29	17
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	16	32	33	19
	2012	17	30	35	18

● Frågan fanns med även 2004 och presenteras på sidan 181.

Andelen som angav att de upplever olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska varierade något, men var jämförbar mellan åren (Tabell 25). Tendensen var att andelen som menade att de olika situationerna inte alls är problematiska var något mindre år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 25. Andel (%) läkare som angav att de upplever 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	22	42	32
	2012	5	23	43	30
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	8	28	35	29
	2012	8	27	39	27
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	11	27	34	28
	2012	11	28	36	26
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	15	30	35	20
	2012	14	30	38	19
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	15	28	30	27
	2012	16	28	32	24

• Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 181.

Det var en relativt liten andel läkare som tyckte att det är problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen, även om andelen var något större år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 26). En tredjedel menade såväl 2008 som 2012 att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg. 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 31 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som tyckte att det är 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 är aktuellt att skriva andra typer av intyg svarade år 2008 är dock en sådan jämförelse problematisk.

Tabell 26. Andel (%) läkare som angav att de upplever 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	34	46	
	2012	6	18	37	40	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	9	25	37	29	
	2012	9	25	38	28	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ¹	2008	14	32	31	23	
	2012	15 (22)	23 (34)	20 (29)	11 (16)	31

¹ 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.

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 181.

En majoritet av läkarna på vårdcentraler tyckte att de flesta av uppgifterna i Tabell 27 är mycket eller ganska problematiska båda åren; dock var andelarna något mindre 2012. Bland läkare inom psykiatri var skillnaderna mellan åren små, det var en fortsatt stor andel som tyckte det är mycket eller ganska problematiskt att göra en långsiktig prognos (69 %), att bedöma i vilken grad patienten är begränsad att utföra arbetsuppgifter (61 %) och att bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad (57 %). Störst skillnad mellan åren fanns bland läkare inom ortopedi, medan en mindre andel angav att de upplever de olika bedömningsuppgifterna som problematiska 2012 jämfört med 2008.

Tabell 27. Andel (%) läkare som angav att de upplever nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt.	2008	39	36	49	71	32
	2012	35	28	50	68	33
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada.	2008	33	26	39	59	22
	2012	25	20	41	59	26
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter.	2008	50	58	60	78	40
	2012	49	46	61	75	44
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad.	2008	44	52	52	70	36
	2012	34	42	57	66	39
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen.	2008	26	41	38	46	26
	2012	28	40	34	41	27
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga.	2008	25	55	69	77	44
	2012	27	55	69	73	43
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg.	2008	48	47	45	69	37
	2012	38	49	46	68	36

Även för de flesta uppgifter i Tabell 28 gäller att en majoritet av läkarna på vårdcentraler tyckte att de är mycket eller ganska problematiska båda åren; andelarna var dock något mindre 2012. En mindre andel läkare angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när man själv och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning 2012; skillnaden var störst bland läkare inom gynekologi (10 procentenheter).

Tabell 28. Andel (%) läkare som angav att de upplever nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning.	2008	31	29	26	42	18
	2012	25	30	30	40	20
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor.	2008	29	50	37	53	26
	2012	29	44	35	48	26
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk).	2008	39	55	31	52	30
	2012	35	51	32	51	32
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning.	2008	54	46	43	66	33
	2012	45	42	40	61	35
... hantera sina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter.	2008	36	43	46	67	30
	2012	36	40	51	65	31

Att skriva andra intyg än läkarintyg till Försäkringskassan angavs som problematiskt av en stor andel läkare inom alla klinikgrupper båda åren, och särskilt gällde detta för läkare på vårdcentraler (62 % 2008 och 67 % 2012) (Tabell 29).

Tabell 29. Andel (%) läkare som angav att de upplever nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen.	2008	19	25	17	24	18
	2012	22	26	21	25	23
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK.	2008	23	41	34	51	27
	2012	27	34	38	45	26
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning). ¹	2008	37	57	47	62	38
	2012	13 (48)	30 (53)	52 (56)	58 (67)	28 (47)

¹ 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 olika potentiellt problematiska situationer minst någon gång i månaden var mindre år 2012 jämfört med år 2008 (Tabell 30).

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever 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 arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	17	31	31	21
	2012	14	29	33	24
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	6	22	34	38
	2012	5	21	34	40
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	10	30	44	15
	2012	9	28	47	16
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	8	21	40	31
	2012	7	20	38	35
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	6	20	31	44
	2012	5	18	30	47

• Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 185.

I samtliga klinikgrupper var andelen som angav att de minst någon gång i månaden upplever någon typ av konflikt med patienten mindre 2012 jämfört med 2008 (Tabell 31). Däremot var andelen som uppgav att de sjukskriver en patient utan att träffa denna större 2012 i alla klinikgrupper utom bland läkare på vårdcentraler, där den andelen var 12 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 31. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad upplever olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som minst någon gång per månad...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada.	2008	57	64	56	67	33
	2012	53	54	50	62	29
... möter en patient som säger nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som läkaren föreslår?	2008	35	52	33	38	18
	2012	33	50	31	32	18
... säger nej, till en patient som önskar sjukskrivning.	2008	41	70	47	53	30
	2012	38	67	43	50	26
... upplever konflikter med patienter kring sjukskrivning.	2008	33	47	39	43	17
	2012	30	46	37	41	14
... sjukskriver en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	27	64	28	27	20
	2012	28	71	30	15	21

Oro och hot

Andelen som angav att de aldrig upplever hot eller oro i olika former var något större 2012 än 2008 (Tabell 32). Även 2012 angav en liten andel att de minst någon gång i månaden känner sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever 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	10	85
	2012	2	3	9	86
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	14	82
	2012	1	2	12	84
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	3	7	90
	2012	1	2	6	91
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	14	83
	2012	1	3	12	85

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 187.

De största andelarna som angav att de upplever oro och hot minst någon gång per månad i samband med sjukskrivningsärenden fanns bland läkare inom psykiatri, andelarna var större 2012 jämfört med 2008 (Tabell 33). I alla klinikgrupper var andelen läkare som uppgav att de känner sig hotade av en patient i samband med sjukskrivning mindre 2012 jämfört med 2008. Bland läkare inom gynekologi var denna andel mer än halverad 2012.

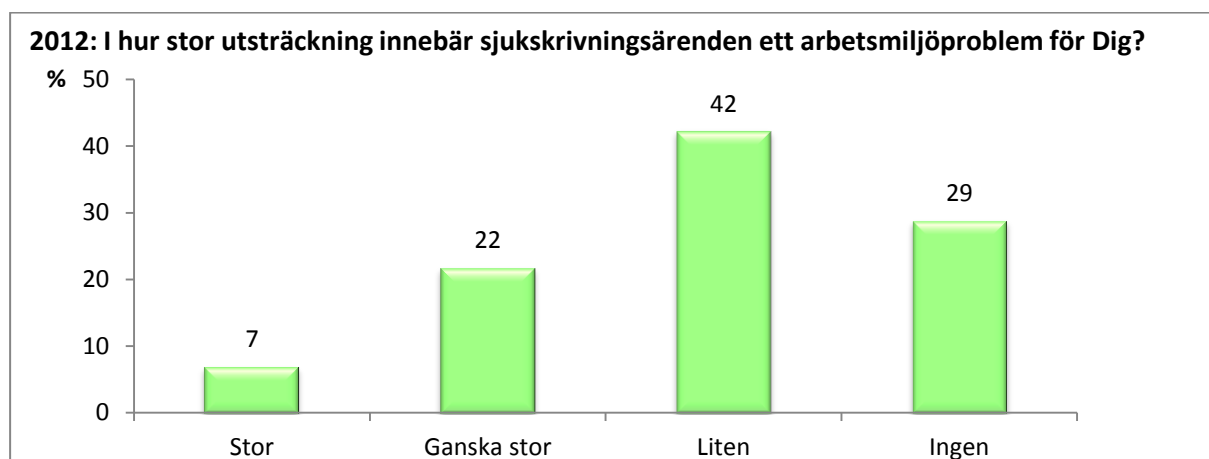
Tabell 33. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad upplever olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som minst någon gång per månad...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... är orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning.	2008	4	4	7	7	3
	2012	2	5	10	8	3
... känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning.	2008	5	6	8	7	2
	2012	2	5	8	5	1
... känner oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver.	2008	5	3	4	6	2
	2012	3	5	6	5	1
... möter en patient som säger att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	4	3	7	5	2
	2012	5	4	9	6	1

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

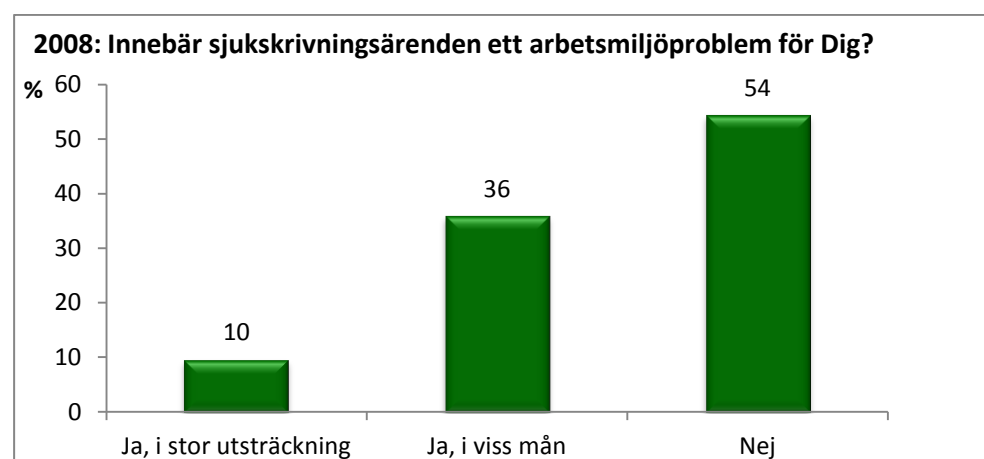
År 2008 inkluderade vi en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gör detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års enkät,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

År 2012 uppgav 29 procent av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 91). En lika stor andel svarade att de inte alls upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



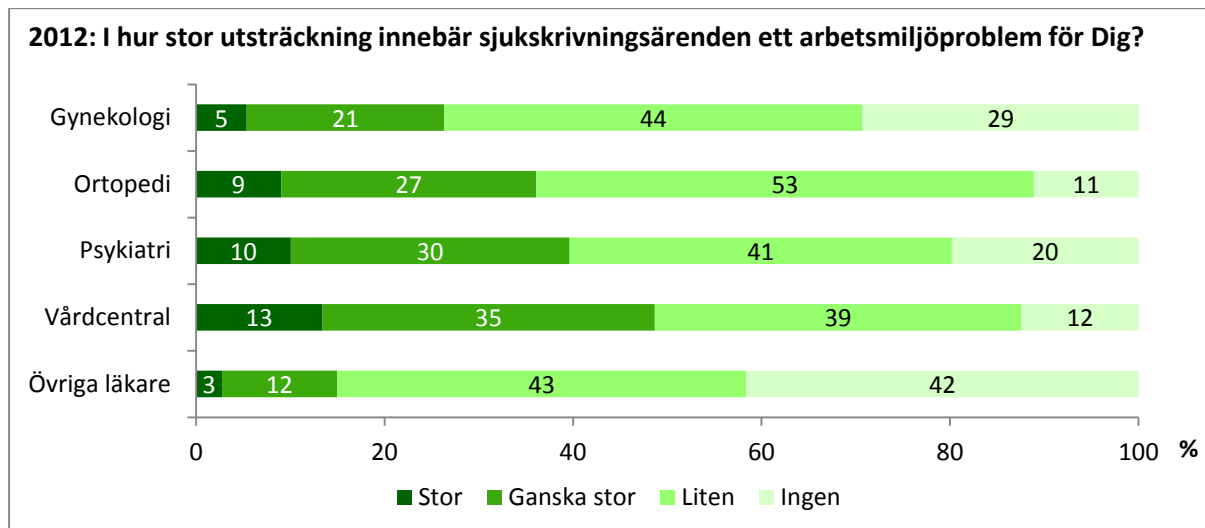
Figur 91. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, svarade 46 procent av läkarna att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 92).



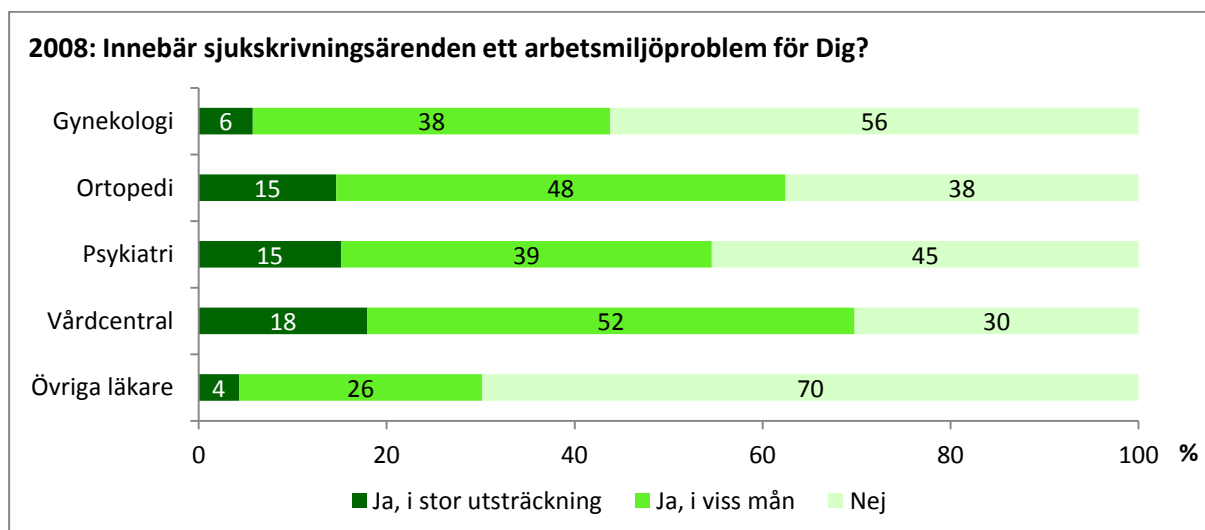
Figur 92. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls år 2008.

Andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsproblem var 2012 störst bland läkare på vårdcentraler – 48 procent angav detta i stor eller ganska stor utsträckning (Figur 93). Andelen som angav att de inte upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsproblem var störst bland 'övriga läkare'.



Figur 93. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning år 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

När svaren på 2008 års fråga om huruvida sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem redovisas uppdelade på de olika klinikgrupperna var andelen som svarade ”Ja, i stor utsträckning” eller ”Ja, i viss mån” 70 procent bland läkare på vårdcentraler, medan motsvarande siffra för gruppen ‘övriga läkare’ var 30 procent (Figur 94).



Figur 94. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls år 2008, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2012 angav en mindre andel läkare, jämfört med 2008, 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 (Tabell 34). Andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan var nio procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta 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	1	8	22	36	33
	2012	1	6	20	34	39
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	5	15	25	54
	2012	1	3	11	23	63
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	2	9	21	68
	2012	<0,5	2	8	20	70
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	<0,5	3	11	25	61
	2012	<0,5	2	8	23	66
... väntetider till behandling?	2008	1	8	23	38	30
	2012	1	6	19	39	35

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 188.

Både 2008 och 2012 svarade majoriteten av läkarna att de inte sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 35. Andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver på grund av påverkan från andra i vårdteamet eller för att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning för patienten var störst, såväl 2008 som 2012.

Tabell 35. 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 ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	4	12	19	64
	2012	1	5	12	18	64
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	3	10	17	68
	2012	0	3	8	16	72
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	10	21	66
	2012	0	3	8	21	68
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	3	10	28	59
	2012	1	3	12	30	54
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	0	2	7	24	66
	2012	1	2	7	26	64
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	0	2	5	15	78
	2012	0	2	5	16	77
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	1	4	17	77
	2012	0	1	3	14	81

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 188.

Andelen läkare som angav att de minst någon gång per månad sjukskriver en patient längre än nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar var mindre eller i stort sett oförändrad 2012 inom alla klinikgrupper (Tabell 36). Bland läkare på vårdcentraler samt bland läkare inom ortopedi fanns de största skillnaderna mellan åren.

Tabell 36. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång/månad på grund av...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården.	2008	12	51	31	54	21
	2012	13	44	32	48	14
... väntetider till utredning hos FK.	2008	8	21	34	40	11
	2012	6	13	27	24	7
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling.	2008	1	12	23	22	6
	2012	3	10	24	18	5
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare.	2008	8	10	24	25	7
	2012	7	11	22	19	5
... väntetider till behandling.	2008	16	63	31	52	20
	2012	13	56	30	43	15

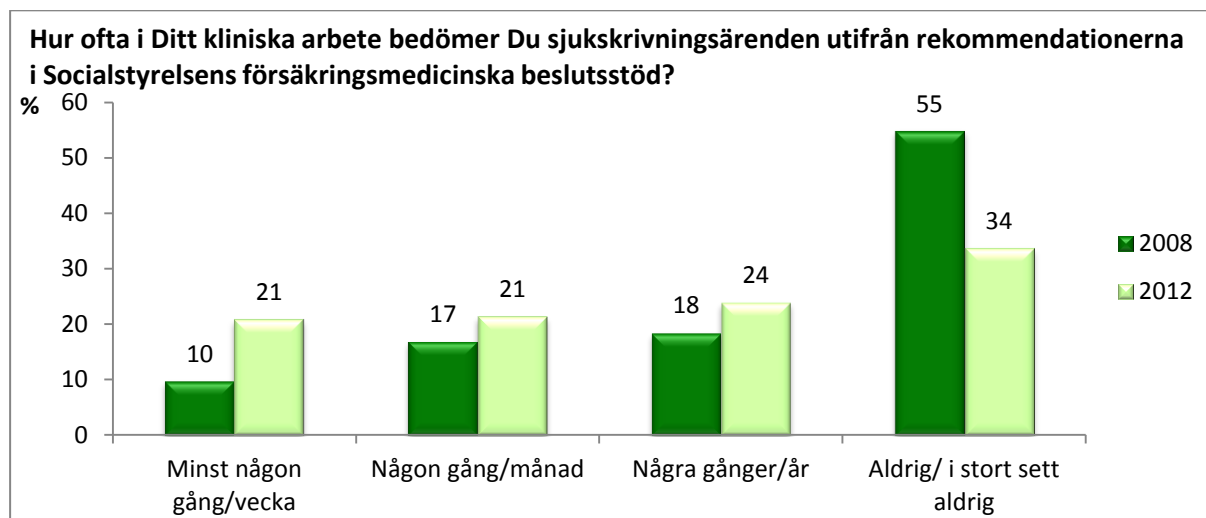
Bland läkare inom ortopedi och på vårdcentraler uppgav en stor andel båda åren att de sjukskriver patienter minst någon gång i månaden på grund av att kognitiv beteendeterapi inte finns att tillgå, eller att det tar för lång tid att förklara alternativ till en sjukskrivning för patienten, även om andelen var mindre år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 37). De största skillnaderna mellan åren gällde orsaken ”... att tillgång till annan adekvat behandling eller behandlare saknas”; andelen som angav detta som en orsak till att sjukskriva längre än nödvändigt minst en gång i månaden minskade i alla klinikgrupper, allra mest bland läkare på vårdcentraler, där minskningen var 16 procentenheter.

Tabell 37. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång/månad på grund av ...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... brist på återbesökstider.	2008	18	37	26	22	10
	2012	18	39	29	24	9
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas.	2008	12	51	31	54	21
	2012	13	44	32	48	14
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas.	2008	8	21	34	40	11
	2012	6	13	27	24	7
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering.	2008	1	12	23	22	6
	2012	3	10	24	18	5
... att Du vill undvika konflikt med patienten.	2008	8	10	24	25	7
	2012	7	11	22	19	5
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning.	2008	16	63	31	52	20
	2012	13	56	30	43	15
... påverkan från andra i vårdteamet.	2008	4	5	26	30	6
	2012	4	1	25	22	5

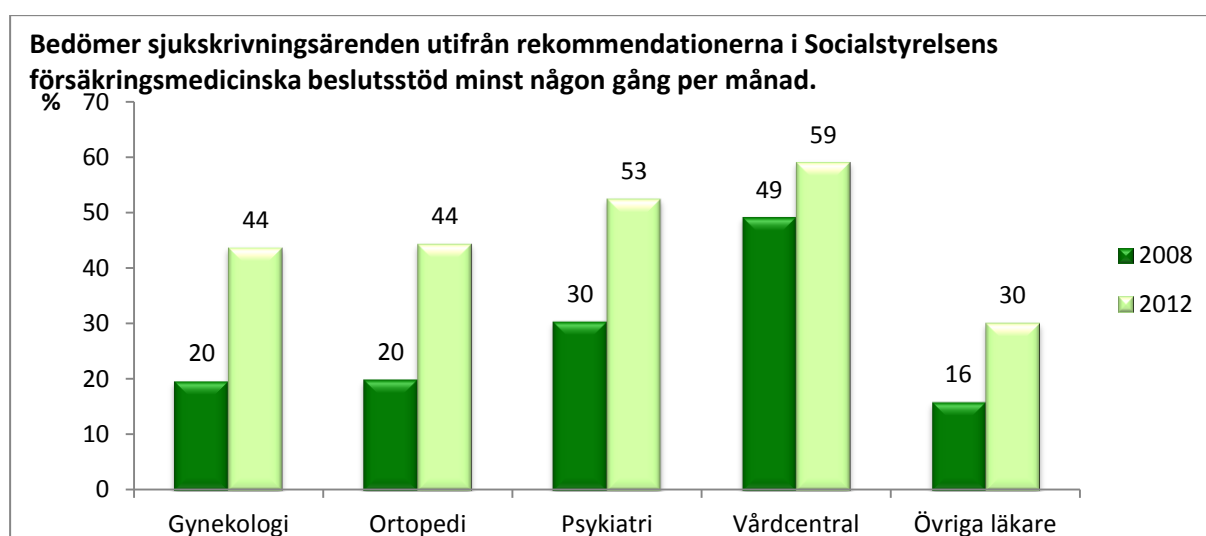
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes hösten 2007, det vill säga ungefär ett år innan enkäten 2008 skickades ut. Andelen läkare som *aldrig* använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008 (34 respektive 55 %) (Figur 95).



Figur 95. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

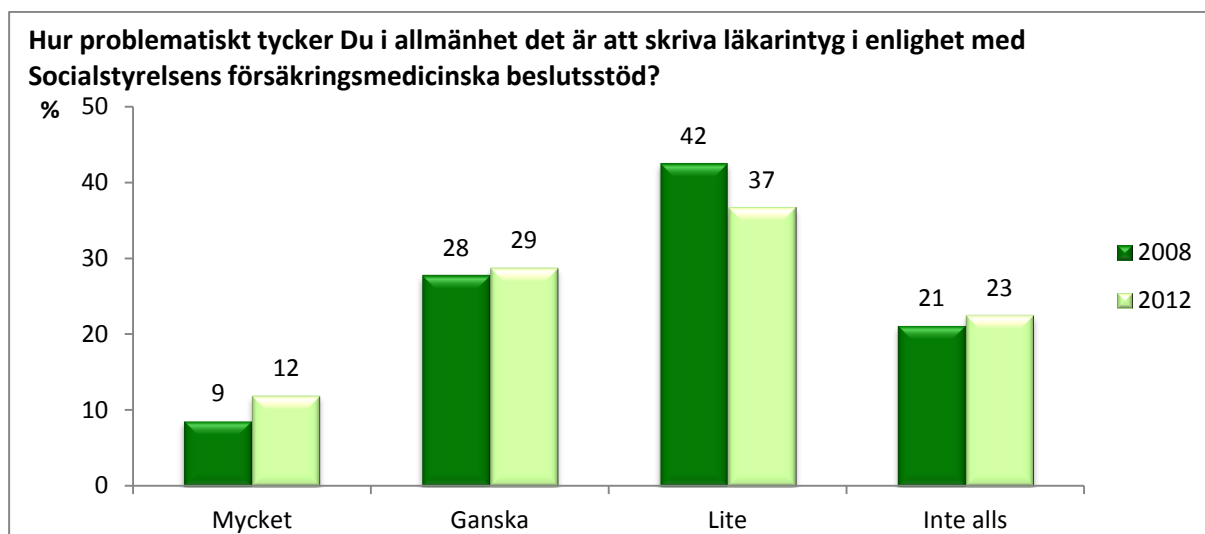
När man tittar på hur stor andel i de olika klinikgrupperna som 2008 respektive 2012 använder sig av det försäkringsmedicinska beslutsstödet minst någon gång i månaden finns skillnader (Figur 96). Bland läkare inom gynekologi, ortopedi och psykiatri var andelen minst 23 procentenheter större 2012, jämfört med 2008. Bland läkare på vårdcentraler var inte skillnaden mellan åren lika stor, men andelen som angav att de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån beslutsstödet minst en gång i månaden var störst bland dem: 49 procent 2008 och 59 procent 2012.



Figur 96. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

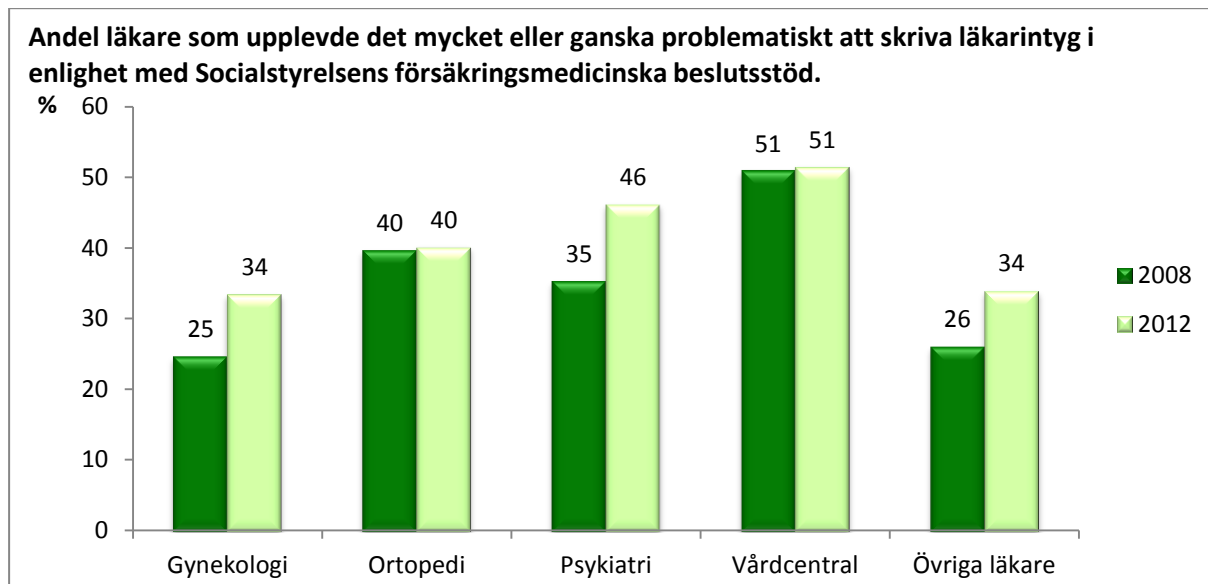
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

På frågan om hur problematiskt det upplevs att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då nyligen introducerats och det förmodades att många läkare inte hade börjat använda det ännu. Femtioåtta procent svarade 2008 att de inte hade använt stödet. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var nio 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 (Figur 97). En något större andel uppgav dock att de upplever det mycket problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet år 2012 jämfört med 2008.



Figur 97. Andel (%) läkare som angav att de upplever det mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012. De läkare som 2008 svarade *"Har ej använt dem"* är exkluderade i analysen.

Andelen som angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg utifrån beslutsstödet var större 2012 jämfört med 2008 bland läkare inom gynekologi, psykiatri och övriga verksamheter (Figur 98). Andelen var båda åren störst bland läkare på vårdcentraler (51 %).

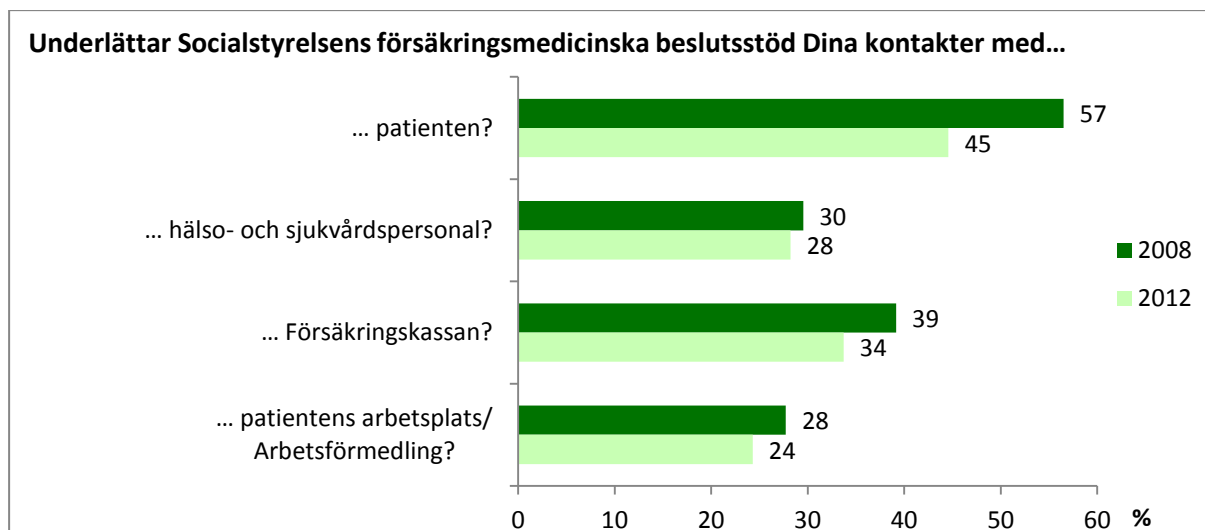


Figur 98. Andel (%) läkare som angav att de upplever det mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Nedan, på sidan 153 och i Figur 113, redovisas även andel läkare som upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan när det gäller tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Andelen läkare som gör det var åtta procent 2008 och nio procent 2012.

Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?

Att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten angavs av störst andel båda åren, men en betydligt mindre andel ansåg detta 2012 jämfört med 2008 (Figur 99). Andelen som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med andra aktörer var något mindre 2012 jämfört med 2008. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelad i två (se metodavsnittet sidan 28). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade "Ja" år 2008.



Figur 99. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

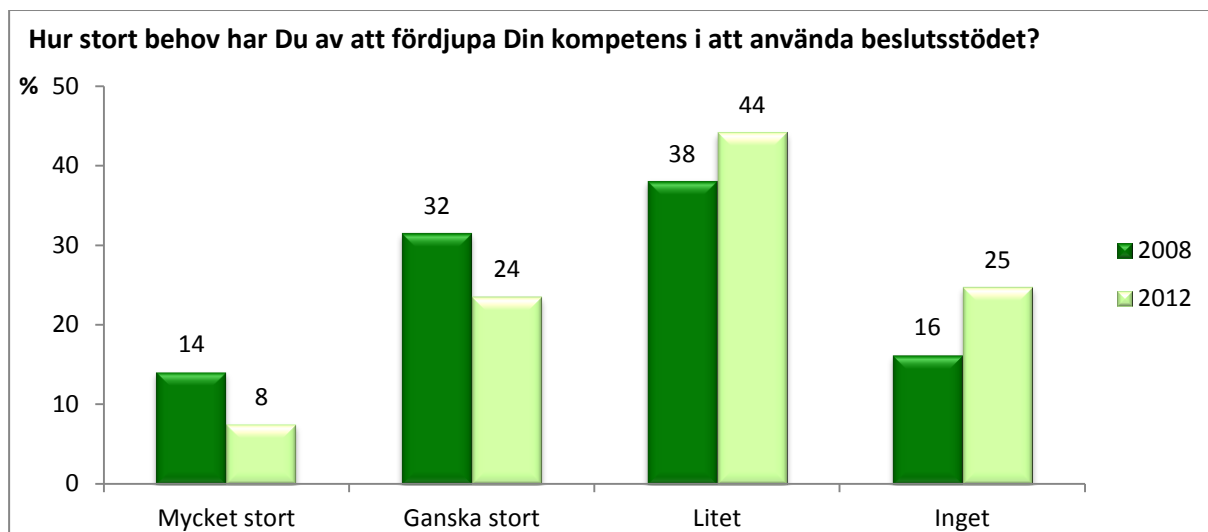
Vad gäller denna fråga var det stora skillnader mellan de olika klinikgrupperna. Den största andelen som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten fanns bland vårdcentralläkarna, såväl 2008 som 2012 (Tabell 38). Andelen ortopedier som ansåg att stödet underlättar kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal var 15 procentenheter mindre 2012, jämfört med 2008, medan motsvarande andel bland läkare på vårdcentral var fem procentenheter större. Mönstret var detsamma när det gällde kontakter med patientens arbetsplats eller med Arbetsförmedlingen - bland ortopedier var andelen som ansåg att beslutsstödet underlättar dessa kontakter tolv procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008, medan motsvarande andel bland vårdcentralläkare var något större. När det gällde andelen som menade att beslutsstödet underlättar kontakterna med Försäkringskassan var den mindre bland läkare inom psykiatri 2012, jämfört med 2008 (35 respektive 44 %).

Tabell 38. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Underlättar Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd Dina kontakter med...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... patienten?	2008	55	46	52	62	54
	2012	52	33	36	58	39
... hälso- och sjukvårdspersonal?	2008	34	35	33	27	30
	2012	31	20	32	32	26
... Försäkringskassan?	2008	31	30	44	42	37
	2012	30	27	35	44	29
... patientens arbetsplats/ Arbetsförmedling?	2008	23	28	27	29	27
	2012	19	16	26	31	21

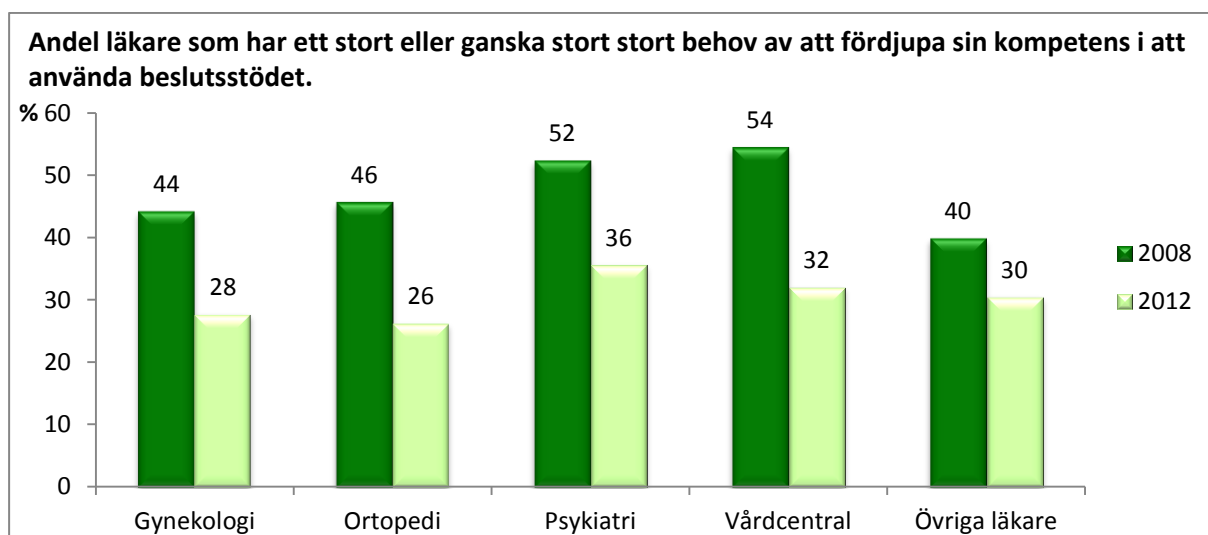
Behov av fördjupad kompetens och beslutsstödet värde

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var andelen som angav att de har stort eller ganska stort behov av detta mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 100). En fjärdedel angav 2012 att de inte har något sådant behov, en andel som var nio procentenheter större jämfört med 2008.



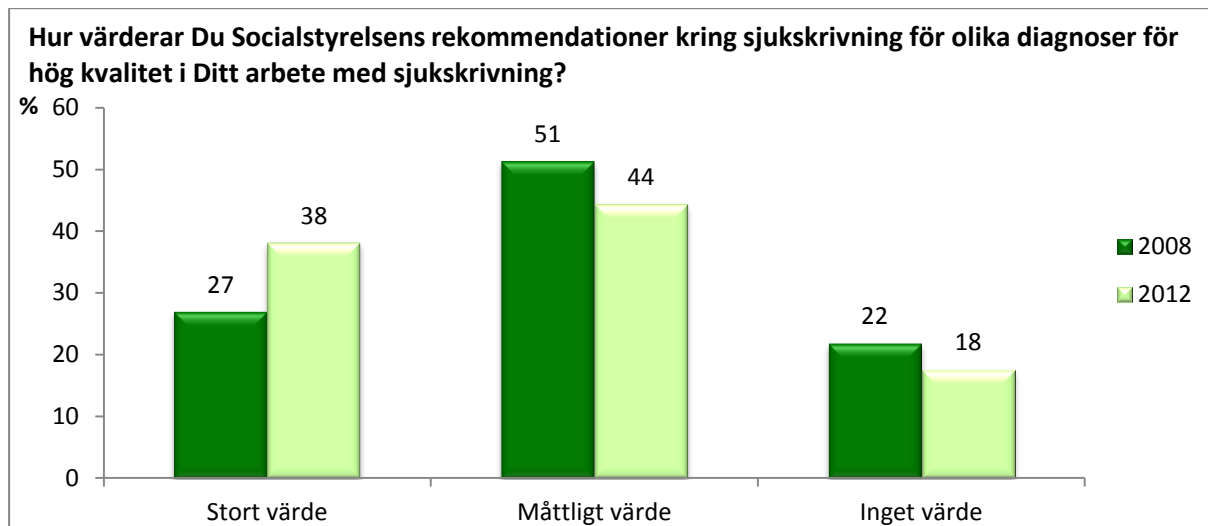
Figur 100. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

Andelen som angav stort eller ganska stort behov av mer kompetens vad gäller beslutsstödet var mindre inom alla klinikgrupperna 2012 jämfört med 2008 (Figur 101). Störst var minskningen bland läkare inom ortopedi (20 %), och minst i gruppen 'övriga läkare' (10 %).



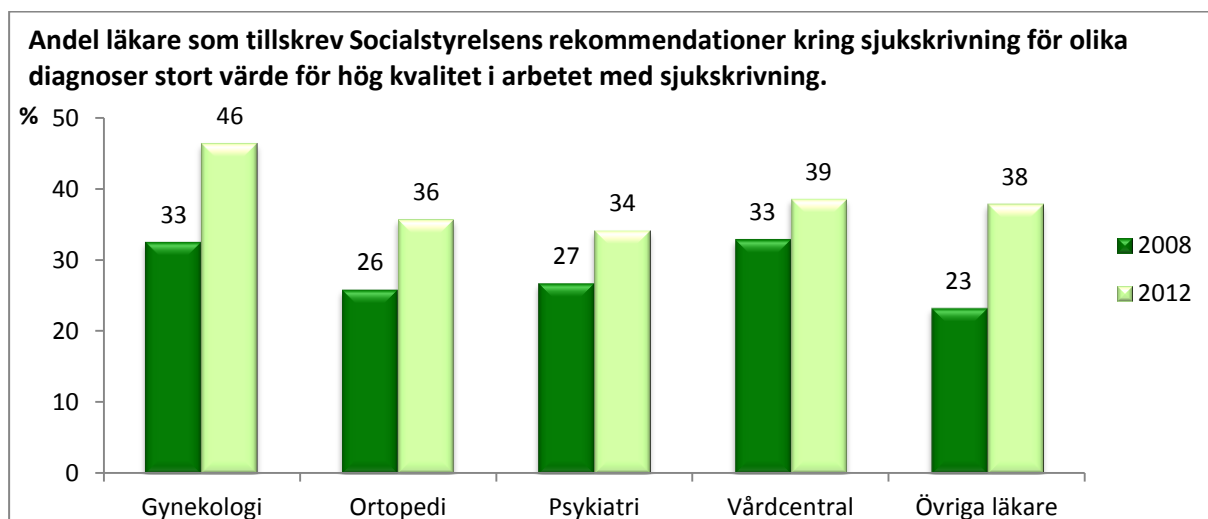
Figur 101. Andel (%) läkare som har ett stort eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att använda beslutsstödet år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

En större andel, 38 procent, uppgav 2012 att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, jämfört med 2008 (27 %) (Figur 102). Andelen som ansåg att beslutsstödet saknar värde för dem i detta avseende var något mindre 2012 jämfört med 2008.



Figur 102. 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.

Uppdelat per klinikgrupp var andelen som ansåg att beslutsstödet har stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet störst bland läkare inom gynekologi (46 % 2012 och 33 % 2008, och bland läkare på vårdcentral (39 % 2012 och 33 % 2008) (Figur 103). Skillnaden mellan åren var mest markant i gruppen 'övriga läkare' (15 procentenheter), följt av läkare inom gynekologi (13 procentenheter).



Figur 103. Andel (%) läkare som tillskrev Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Samverkan och kontakter

Det var relativt små skillnader mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt (Tabell 39). De största skillnaderna ligger i hur ofta läkarna samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden, där andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var sex procentenheter större 2012 jämfört med 2008, och i hur ofta de har kontakt med Arbetsförmedlingen, där motsvarande andel i stället var sex procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008. Båda åren var det störst andel som hade internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården.

Tabell 39. 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	14	30	52
	2012	2	9	35	54
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	13	20	27	40
	2012	13	19	27	41
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	16	20	26	38
	2012	15	20	27	39
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	7	23	39	31
	2012	5	20	38	37
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	5	11	22	62
	2012	4	9	23	64
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	5	15	76
	2012	3	5	15	78
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	2	6	20	72
	2012	2	5	18	75
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	6	29	64
	2012	2	9	32	58
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	13	19	27	41
	2012	13	19	29	39

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 190.

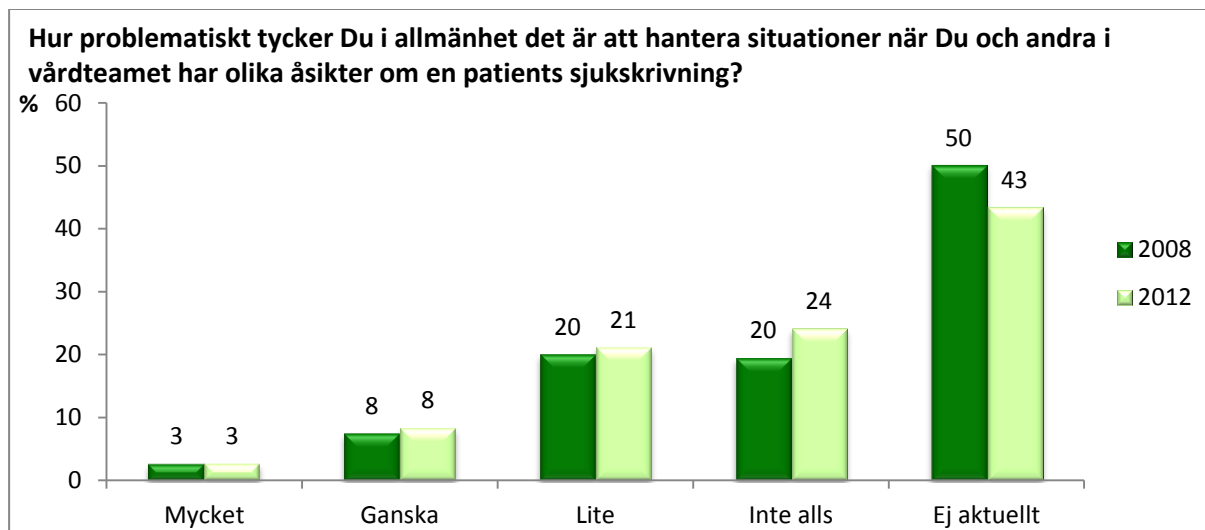
Det fanns stora skillnader mellan de olika klinikgrupperna vad gäller hur ofta de angav att de har kontakt med andra aktörer. Bland läkare inom ortopedi och på vårdcentraler var andelen

som remitterar till företagshälsovården minst en gång i månaden störst båda åren, men bland ortopedier var andelen mer än halverad 2012 (Tabell 40). Båda åren var andelen som samarbetade med sjukgymnast eller arbetsterapeut stor bland ortopedier och vårdcentralsläkare, medan andelen som samarbetade med kurator eller psykolog var stor bland vårdcentralsläkare och psykiatriker. Bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler var andelen som samråder med andra läkare i sjukskrivningsärenden stor båda åren, även om andelen var betydligt mindre 2012 jämfört med 2008, särskilt bland vårdcentralsläkarna (37 % 2012 jämfört med 47 % 2008). Andelen som minst en gång i månaden deltog i avstämningsmöten, eller hade kontakt med arbetsgivare, socialtjänst och Arbetsförmedlingen var klart störst bland läkare inom psykiatri båda åren. Andelen läkare inom psykiatri som angav månatlig kontakt med Arbetsförmedlingen var 39 procent 2012 jämfört med 23 procent 2008, en ökning med 16 procentenheter. Andelen som angav att de saknar en patientkoordinator var stor bland läkare inom ortopedi, psykiatri och på vårdcentraler båda åren, men var mindre 2012 jämfört med 2008 bland läkare inom ortopedi (44 % 2008 jämfört med 36 % 2012) och något mindre bland vårdcentralsläkare.

Tabell 40. Andel (%) läkare som minst en gång per månad samarbetade med/remitterade till andra aktörer 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

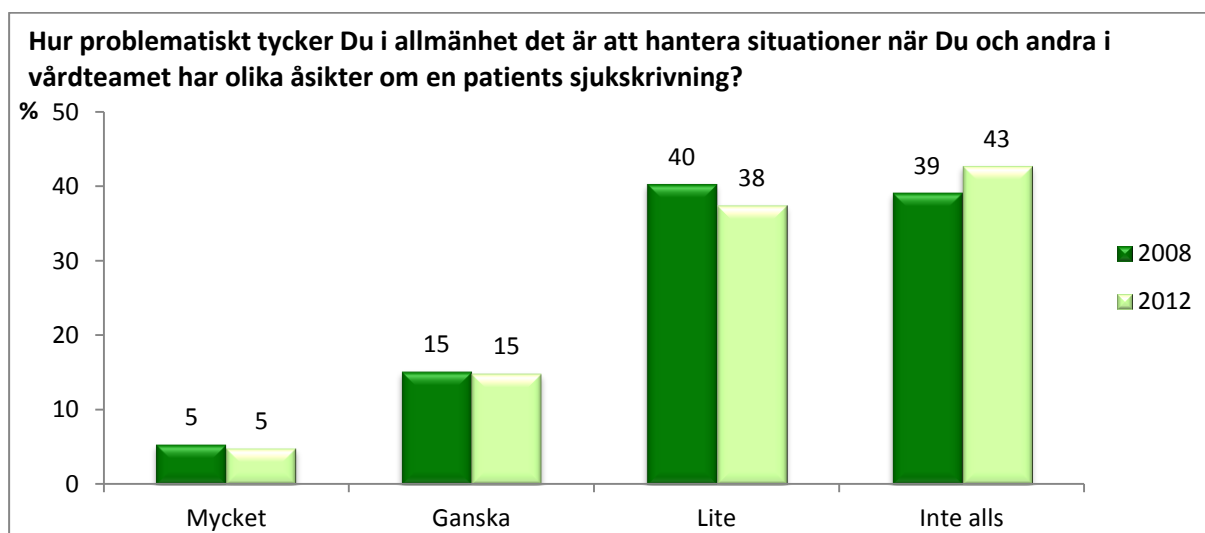
Andel läkare som minst någon gång per månad...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård.	2008	4	32	18	29	12
	2012	2	14	11	21	6
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden.	2008	16	4	49	59	21
	2012	13	5	50	59	17
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden.	2008	35	46	30	60	24
	2012	35	44	33	56	22
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden.	2008	21	24	41	47	21
	2012	12	16	36	37	17
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver.	2008	3	0	42	22	11
	2012	1	2	46	16	8
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten.	2008	2	2	26	5	9
	2012	0	1	24	5	7
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden.	2008	1	1	36	9	3
	2012	2	1	36	8	2
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden.	2008	1	6	23	11	4
	2012	2	7	39	14	4
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten.	2008	18	44	52	45	22
	2012	19	36	53	41	23

Andelen som ansåg att det är problematiskt att hantera situationer när de själva och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning var lika stor 2012 som 2008. Hälften eller närmare hälften (50 % år 2008 och 43 % år 2012) uppgav att det inte är aktuellt att hantera sådana situationer. 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 (Figur 104)



Figur 104. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

Inte heller när de läkare som angav att det inte är aktuellt att hantera situationer när de och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning exkluderades ur analysen syns några skillnader mellan åren (Figur 105).



Figur 105. Andel (%) läkare som angav att det är 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 som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.

Bland gynekologerna fanns båda åren den största andelen som ansåg det vara mycket problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning (Tabell 41). Bland ortopederna var andelen 2008 åtta procent, medan den 2012 var 0 (noll) procent.

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på klinikgrupperna. De som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	<i>Ej aktuellt</i>
Gynekologi	2008	10	24	41	26	55
	2012	9	10	38	43	55
Ortopedi	2008	8	16	36	41	59
	2012	0	10	54	36	51
Psykiatri	2008	6	20	45	29	33
	2012	5	20	35	41	19
Vårdcentral	2008	7	19	44	29	46
	2012	8	18	38	36	36
Övriga läkare	2008	3	10	37	50	54
	2012	2	12	36	49	50

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 har stort värde i detta avseende betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008 (41 % 2012 jämfört med 60 % 2008, en minskning med 21 procentenheter). En något mindre andel menade 2012 att samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare är av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, jämfört med 2008. Även andelen som angav att så kallad 'second opinion' har stort värde var mindre 2012 jämfört med 2008 (23 respektive 32 %, en minskning med nio procentenheter) (Tabell 42). Andelen som uppgav att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan har stort värde för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var däremot större jämfört med 2008.

Tabell 42. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer 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, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	40	43	17
	2012	47	39	15
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	60	34	6
	2012	41	43	16
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	37	44	19
	2012	33	48	19
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	28	46	26
	2012	33	45	22
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	34	40	26
	2012	29	40	31
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	22	48	30
	2012	16	42	42
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	32	46	22
	2012	23	45	31

- Frågan fanns med 2004, presenteras på sidan 192.

Läkarnas uppfattning om värdet av kontakter med andra presenteras uppdelat på de olika klinikgrupperna i Tabell 43. Andelen som ansåg att kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal har stort värde var väsentligt mindre 2012 än 2008 inom alla klinikgrupper och var runt 20 procentenheter bland läkare inom psykiatri, på vårdcentraler och bland 'övriga läkare'. Även andelen som ansåg att så kallad 'second opinion', när en annan läkare bedömer samma patient, är av stort värde var mindre inom samtliga klinikgrupper 2012. Andelen läkare som ansåg att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde var större inom alla klinikgrupper 2012. Störst var skillnaden bland läkare inom ortopedi, där det skilde 17 procentenheter.

Tabell 43. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

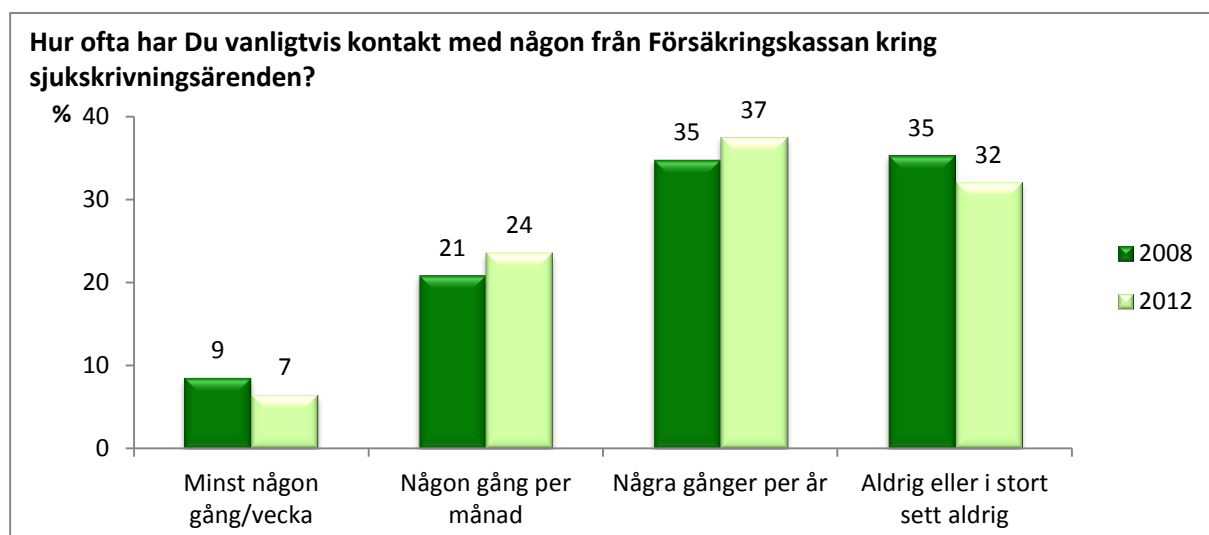
Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	32	25	47	51	35
	2012	41	42	56	57	40
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	55	49	67	70	55
	2012	37	38	46	50	35
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	21	14	52	55	28
	2012	23	23	51	47	23
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	22	15	37	40	22
	2012	23	23	43	47	24
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	14	7	52	57	22
	2012	7	4	53	48	17
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	12	11	31	27	20
	2012	5	1	26	22	12
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	26	30	33	47	25
	2012	13	19	24	38	17

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 132), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 136) respektive Samverkan och kontakter (sidan 142).

De flesta frågorna fanns med i enkäten 2004 och presenteras därför även på sidan 194.

Såväl andelen läkare som angav att de minst varje vecka har kontakt med Försäkringskassan och andelen som angav att de aldrig har det var något mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 106).



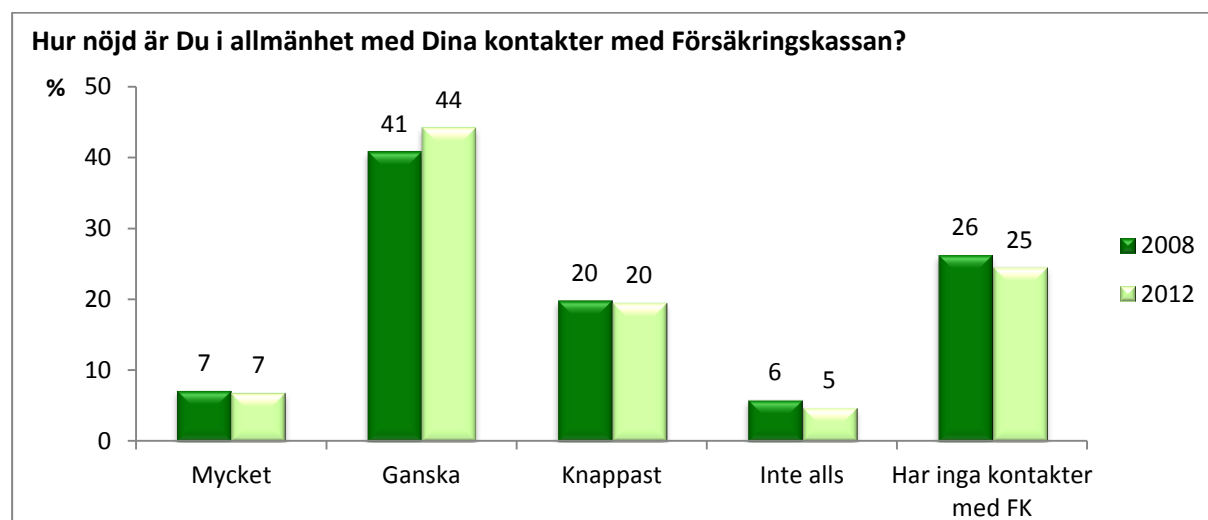
Figur 106. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

En större andel läkare inom gynekologi, ortopedi och psykiatri uppgav 2012 att de har kontakt med någon från Försäkringskassan minst någon gång i månaden, jämfört med 2008 (Tabell 44).

Tabell 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

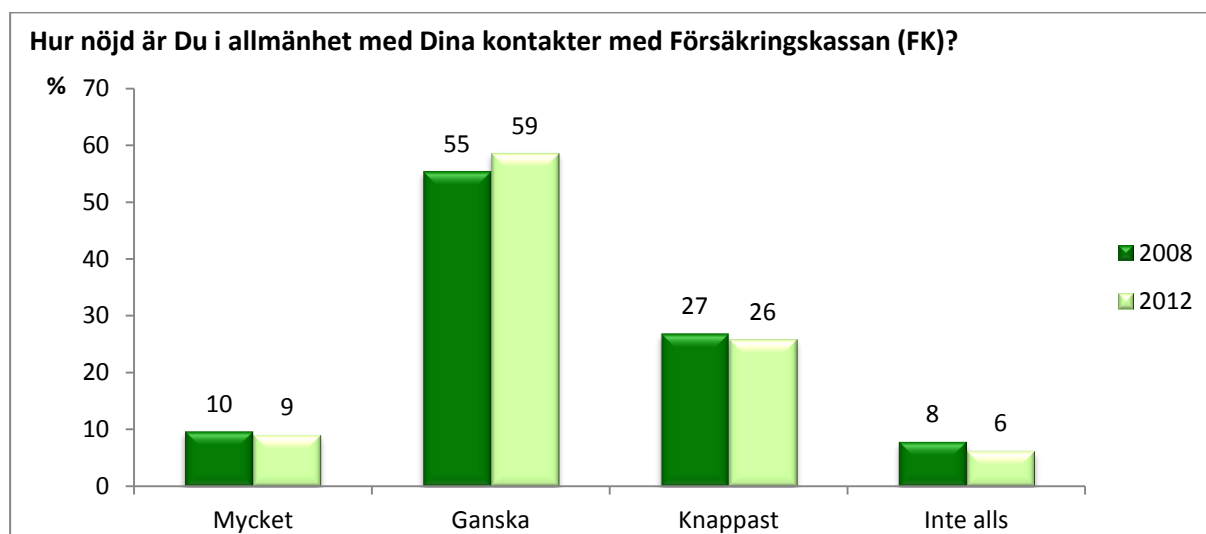
Hur ofta har Du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden?		Minst någon gång/vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	1	6	34	60
	2012	1	14	44	40
Ortopedi	2008	4	17	43	36
	2012	6	29	50	14
Psykiatri	2008	26	31	29	14
	2012	22	43	25	10
Vårdcentral	2008	9	43	38	10
	2012	7	42	42	9
Övriga läkare	2008	7	10	34	49
	2012	4	10	35	50

Ungefär lika stor andel såväl år 2008 som 2012 var mycket nöjda respektive inte alls nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, (Figur 107). Skillnaderna mellan åren vad gäller nöjdhetsgrad var mycket små.



Figur 107. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan år 2008 respektive 2012.

I Figur 108 visas svarfsördelningen för samma fråga som i Figur 107 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" är exkluderade. Svarmönstret är i stort sett detsamma.



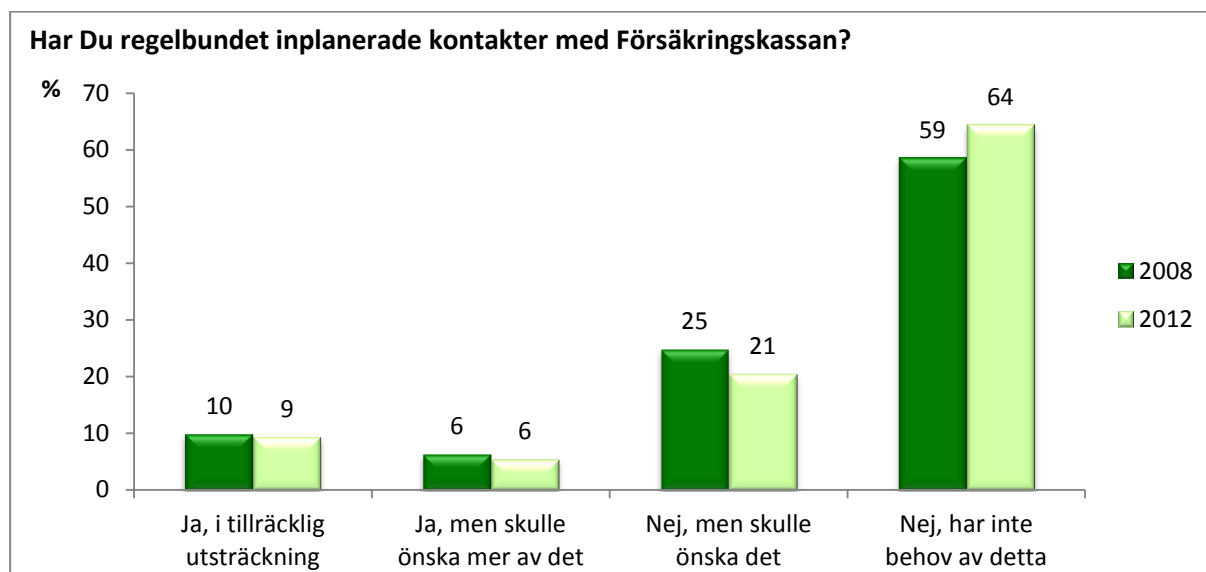
Figur 108. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Vissa klinikgrupper var mer nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan än andra (Tabell 45). Bland läkarna inom psykiatri och på vårdcentraler fanns båda åren de största andelarna som var mycket eller ganska nöjda med kontakterna, och andelen var större 2012 jämfört med 2008 - åtta respektive sju procentenheter. Bland läkare inom ortopedi var andelen som var mycket eller ganska nöjda med kontakterna med Försäkringskassan markant större 2012 jämfört med 2008 (58 respektive 37 %, en ökning med 21 procentenheter).

Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?		Mycket	Ganska	Knappast	Inte alls	Har inga kontakter med FK
Gynekologi	2008	5	28	13	8	46
	2012	4	34	23	7	32
Ortopedi	2008	4	33	25	11	28
	2012	7	51	23	6	12
Psykiatri	2008	12	47	23	5	12
	2012	11	56	23	3	7
Vårdcentral	2008	6	50	29	7	8
	2012	7	56	25	6	6
Övriga läkare	2008	7	37	15	5	36
	2012	6	36	15	4	39

År 2008 önskade närmare en tredjedel av läkarna, 31 procent, att de hade mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan (Figur 109). Motsvarande andel var år 2012 27 procent.



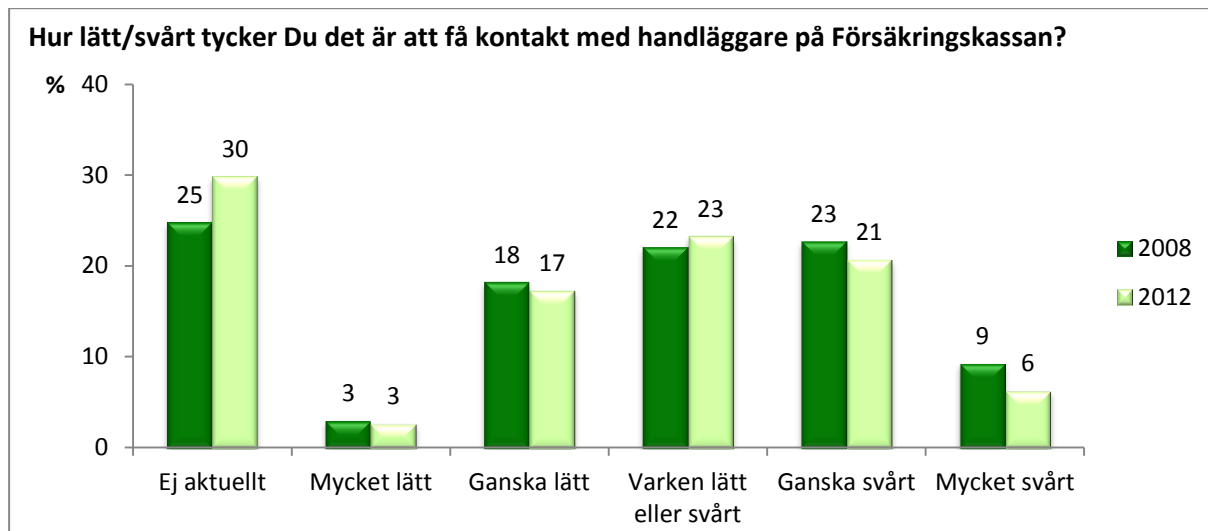
Figur 109. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan år 2008 respektive 2012.

Andelen läkare inom psykiatri som angav att de har tillräckligt med regelbundna kontakter med Försäkringskassan var större 2012 (25 %) jämfört med 2008 (17 %) (Tabell 46). Bland läkare på vårdcentraler var andelen som angav att de skulle vilja ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan elva procentenheter mindre och andelen som menade att de inte har behov av detta tolv procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 46. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan (FK), uppdelat på de olika klinikgrupperna.

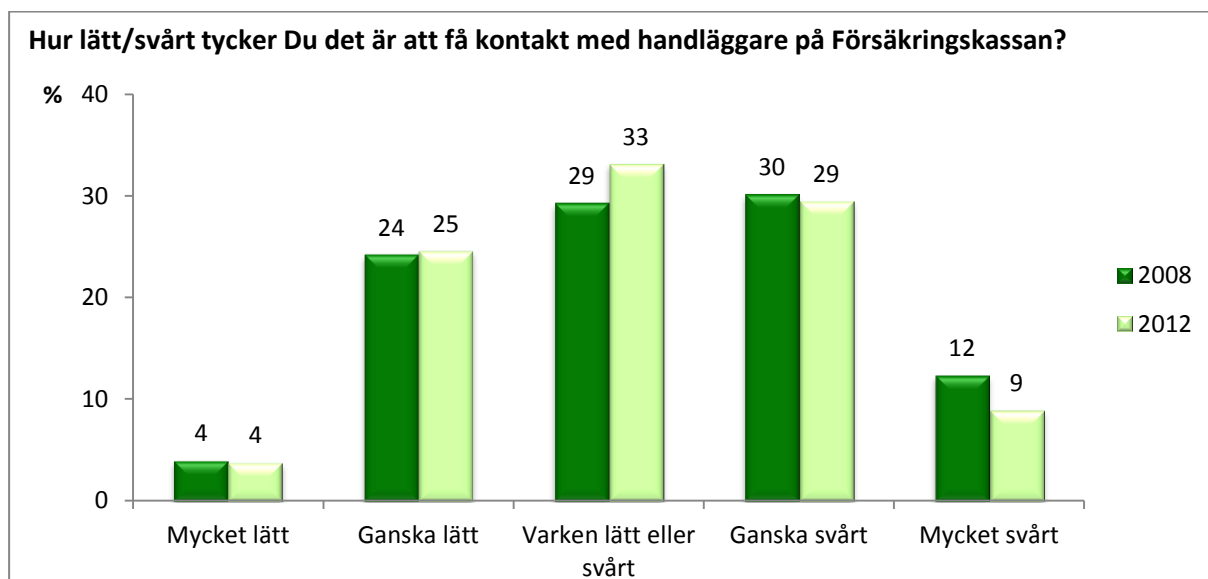
Har Du regelbundet inplanerade kontakter med FK?		Ja, i tillräcklig utsträckning	Ja, men skulle önska mer av det	Nej, men skulle önska det	Nej, har inte behov av detta
Gynekologi	2008	0	0	13	86
	2012	1	1	9	89
Ortopedi	2008	0	0	13	87
	2012	0	0	14	86
Psykiatri	2008	17	11	36	35
	2012	25	12	29	34
Vårdcentral	2008	19	14	47	20
	2012	18	11	39	32
Övriga läkare	2008	6	3	14	77
	2012	3	2	11	84

På frågan om huruvida det är lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att det inte är aktuellt med sådan kontakt något större år 2012 jämfört med 2008 (Figur 110). Andelen som ansåg att det var mycket svårt att få kontakt var något mindre år 2012 jämfört med 2008.



Figur 110. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012.

I Figur 111 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 110 med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma vad gäller andelen som angav att de upplever det som mycket svårt att få kontakt. Andelen som menade att det varken var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassan var något högre 2012, jämfört med 2008.



Figur 111. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

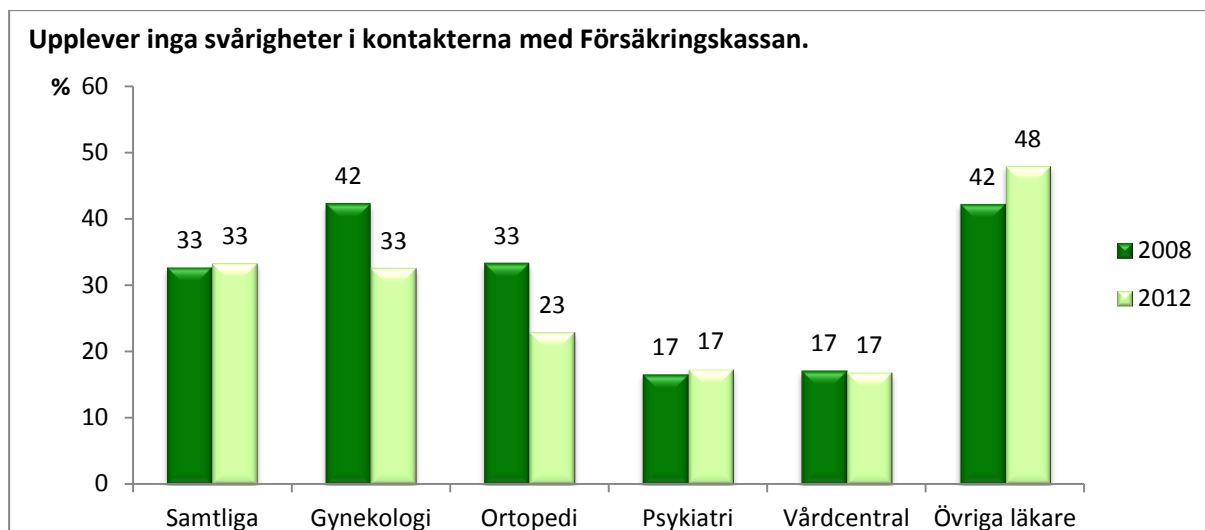
Andelen 'övriga läkare' som svarade att det inte är aktuellt med kontakter med handläggare på Försäkringskassan var 11 procentenheter större 2012 (Tabell 47). Andelen inom gynekologi som tyckte att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare var nio procentenheter större 2012, medan motsvarande andel inom psykiatri var elva procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

Hur lätt/svårt tycker Du det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan?		Ej aktuellt	Andel av de läkare för vilka kontakt med handläggare på Försäkringskassan är aktuellt				
			Mycket lätt	Ganska lätt	Varken lätt eller svårt	Ganska svårt	Mycket svårt
Gynekologi	2008	42	3	20	34	22	21
	2012	42	2	17	30	34	18
Ortopedi	2008	25	4	22	29	31	14
	2012	25	3	18	37	30	12
Psykiatri	2008	9	3	25	25	36	11
	2012	9	4	26	34	28	8
Vårdcentral	2008	6	4	25	26	33	12
	2012	7	4	27	31	30	9
Övriga läkare	2008	35	4	24	33	27	12
	2012	46	4	24	35	29	7

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som angav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var lika stor 2012 som 2008, 33 procent (Figur 112). Detta gällde även bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler, medan det fanns skillnader mellan åren i de andra klinikgrupperna; andelen var mindre 2012 jämfört med 2008 bland gynekologer och ortopedier och något större bland 'övriga läkare'.



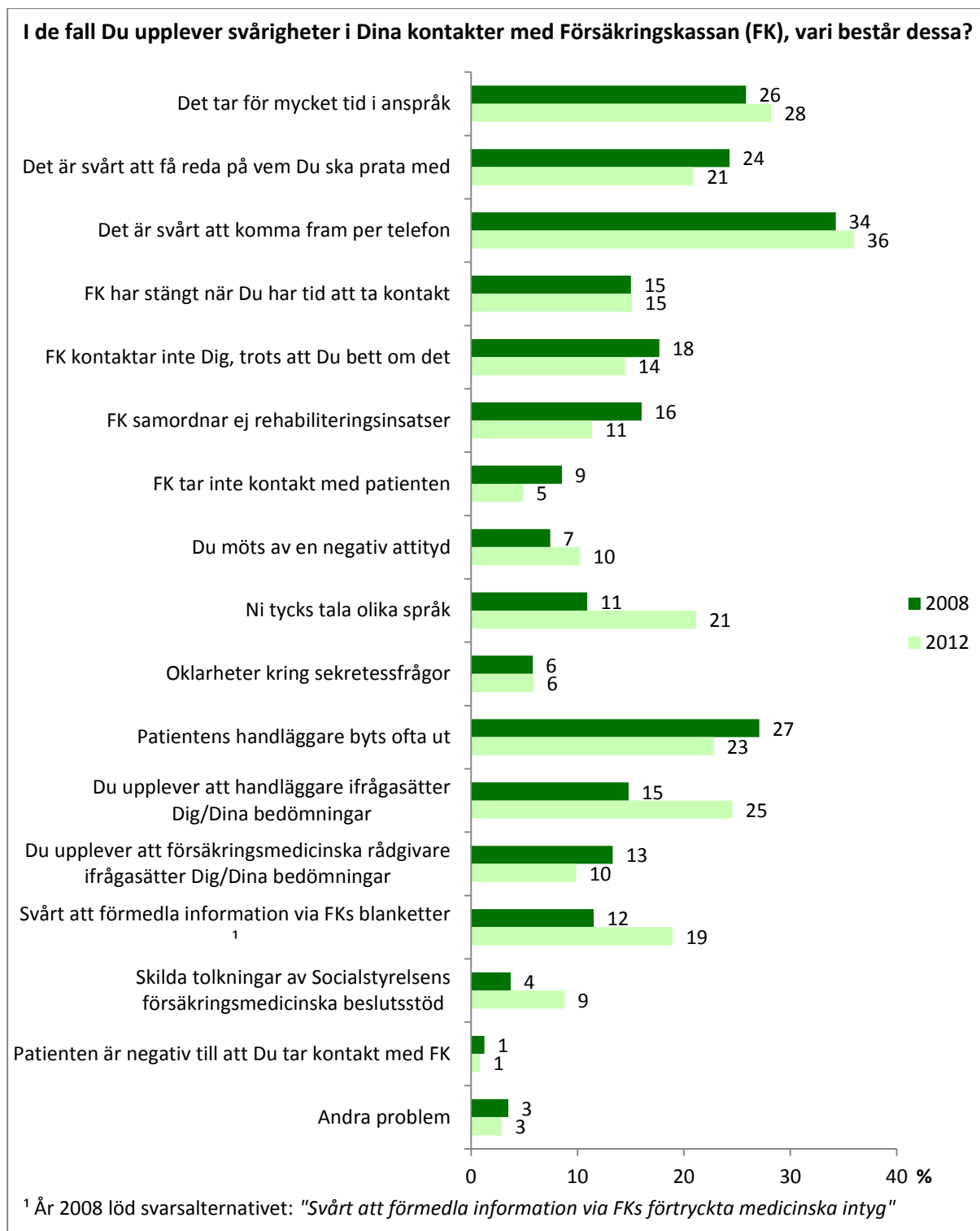
Figur 112. Andel (%) läkare som angav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, samtliga och uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I Figur 113 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andel läkare som angav att de upplever dessa svårigheter respektive år. Frågan fanns även med i enkäten 2004, och presenteras på sidan 199.

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 stor skillnad mellan åren; mellan en fjärdedel och en tredjedel angav att de upplever dessa svårigheter. För fyra av de listade svårigheterna var det en betydligt större andel som angav dessa år 2012 jämfört med 2008; störst var skillnaden i andelen läkare som angav att de upplever att Försäkringskassans personal och läkaren tycks tala olika språk och att handläggare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar (tio procentenheter), och därefter att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (sju procentenheter). Även beträffande skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet var andelen större 2012 (fem procentenheter) jämfört med 2008.

Det fanns även svårigheter som angavs av en mindre andel 2012 jämfört med 2008, och den största skillnaden rörde att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser, där elva procent 2012 angav att de upplever detta, jämfört med 16 procent 2008.

Sammantaget var andelen som angav att de upplever svårigheter större år 2012 vad gäller sju av de listade svårigheterna jämfört med 2008, och för sex listade svårigheter var andelen som angav att de upplever dessa mindre 2012 jämfört med 2008.



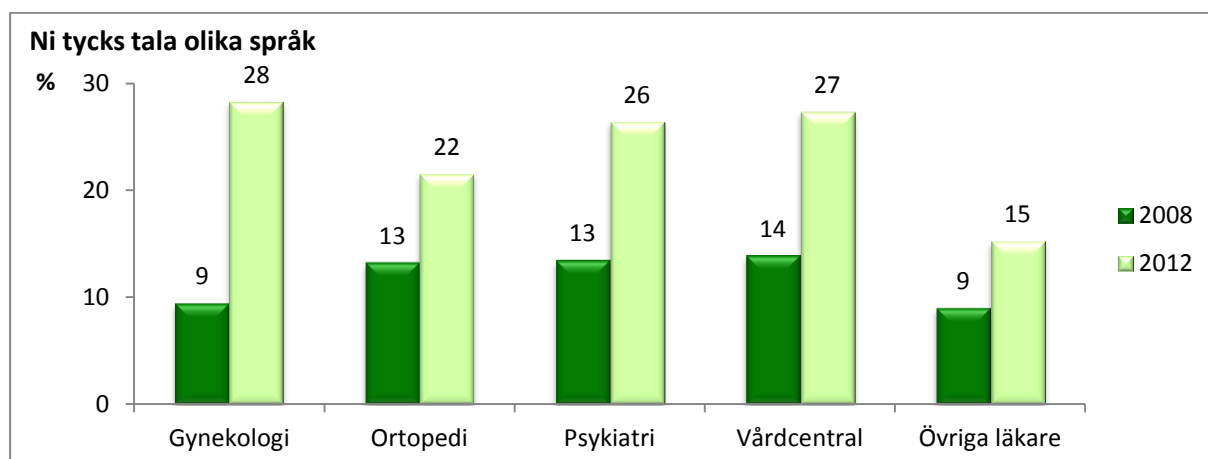
Figur 113. Andel (%) läkare som angav att de upplever olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK) år 2008 respektive 2012.

I Tabell 48 presenteras de svårigheter som minst 30 procent av läkarna i någon klinikgrupp angav något eller båda åren. Andelen läkare som angav att de upplever det som en svårighet att patientens handläggare ofta byts ut var mindre 2012 inom alla klinikgrupper, men var bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler trots en viss minskning fortsatt hög (44 respektive 37 %) 2012. Andelen som angav att de upplever att handläggare ifrågasätter deras bedömningar var däremot större 2012 jämfört med 2008 inom alla klinikgrupper, och nästan dubbelt så stor bland läkare inom psykiatri (17 % 2008, 33 % 2012) och gynekologi (20 % 2008, 37 % 2012).

Tabell 48. Andel (%) läkare som angav de sex vanligaste typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK) år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Det tar för mycket tid i anspråk	2008	22	38	31	34	20
	2012	27	40	31	38	21
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	2008	20	25	35	34	18
	2012	22	23	23	26	17
Det är svårt att komma fram per telefon	2008	23	33	51	47	26
	2012	35	44	45	47	27
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	2008	9	10	20	31	13
	2012	8	10	16	24	9
Patientens handläggare byts ofta ut	2008	7	15	45	48	17
	2012	3	7	44	37	14
Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	2008	20	14	17	24	10
	2012	37	19	33	34	16

Andelen läkare som angav att de upplever att de själva och personal på Försäkringskassan tycks tala olika språk var 2012 tre gånger så stor bland läkare inom gynekologi och dubbelt så stor bland såväl läkare inom psykiatri som bland läkare på vårdcentraler (Figur 114).



Figur 114. Andel (%) läkare som angav att de själva och handläggare på Försäkringskassan tycks tala olika språk år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hanteringen av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna: tidigare utbildningars betydelse för sådan kompetens, områden inom vilka behov av fördjupad kompetens finns samt betydelse av olika faktorer för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Några delfrågor har redovisats under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 136) respektive Samverkan och kontakter (sidan 146).

Kompetensutveckling

Den formella utbildningens betydelse för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden (det vill säga försäkringsmedicinsk kompetens) betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 49). Framför allt gällde detta betydelsen av ST-utbildning, där andelen som ansåg att utbildningen har bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling var 31 procent 2012, jämfört med 41 procent 2008. Andelen som menade att vidareutbildningar i landstingets regi bidragit till deras kompetens var mindre år 2012. Andelen som angav att det inte varit aktuellt med någon utbildning i Försäkringskassans eller landstingets regi var avsevärt större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 49. 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	7	11	37	45	- ¹
	2012 ²	4 (5)	10 (11)	35 (40)	39 (44)	12
AT-utbildning	2008	10	26	38	18	9
	2012	8	24	35	18	14
ST-utbildning	2008	12	28	29	16	15
	2012	8	23	31	19	20
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	8	16	25	24	27
	2012	6	18	27	12	38
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	4	11	22	29	34
	2012	2	6	14	20	58

¹ Svarsalternativet "Ej aktuellt" fanns inte med för denna fråga år 2008.

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

● Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 202.

Det fanns skillnader mellan de olika klinikgrupperna när det gällde hur mycket de ansåg att de olika utbildningsstegen och vidareutbildningarna bidragit till deras kompetens; (Tabell 50). En stor andel av läkare inom gynekologi, ortopedi och i gruppen 'övriga läkare' ansåg att AT-utbildningen bidragit till deras kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor, och ST-utbildningen ansågs ha bidragit av en stor andel i samtliga läkargrupper. Andelen var dock överlag mindre 2012 jämfört med 2008, med undantag för en något större andel som 2012 ansåg att AT-utbildningen bidragit till kompetensen bland vårdcentralsläkare. Andelen som ansåg att ST-utbildningen bidragit var minst bland 'övriga läkare', 2012 en knapp fjärdedel. När det gällde vidareutbildningar ansåg en större andel bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler att utbildningar i Försäkringskassans regi bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor såväl 2008 som 2012, även om andelen var något mindre 2012.

Tabell 50. Andel (%) läkare som uppgav att de olika utbildningsstegen och vidareutbildningarna hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Följande utbildningar har hjälpt mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
		2008	2012	2008	2012	2008
Grundutbildning	2008	18	20	25	12	19
	2012	15	21	16	11	18
AT-utbildning	2008	45	43	35	24	40
	2012	40	38	28	27	34
ST-utbildning	2008	46	41	48	43	36
	2012	37	37	34	39	23
Utbildning i FK:s regi	2008	16	14	30	37	19
	2012	15	17	28	34	19
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	13	10	18	22	10
	2012	2	6	8	14	5

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav såväl 2008 som 2012 ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden (Tabell 51). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008, med undantag av skrivande av läkarintyg, vilket en något större andel angav ganska stort behov av mer kompetens inom 2012. Dock var skrivande av läkarintyg det område som störst andel (31 %) angav att de inte har något behov av ökad kompetens inom båda åren. Skillnaden mellan åren var störst vad gäller andelen läkare som har behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; denna var nio procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken (åtta procentenheter mindre 2012) och om hantering av konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning (sju procentenheter mindre 2012) var andelen som ansåg sig ha mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 51. Andel (%) läkare som hade mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av fördjupad kompetens inom olika områden år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	15	32	37	16
	2012	12	31	38	20
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	19	35	32	14
	2012	13	35	34	18
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	15	37	33	15
	2012	12	32	36	20
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	17	37	33	13
	2012	11	34	38	18
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	11	21	41	28
	2012	7	18	41	34
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	5	16	48	31
	2012	5	18	46	31
Utforma optimala handlingsplaner	2008	9	31	36	23
	2012	8	28	37	27
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	5	21	46	28
	2012	4	19	43	35

- Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 204.

I Tabell 52 presenteras andelen som angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens uppdelat på de olika klinikgrupperna. En stor andel av läkarna på vårdcentraler, och även inom psykiatri, uppgav att de har ett mycket eller ganska stort behov av kompetensutveckling, speciellt när det gäller olika bedömningsfrågor i sjukskrivningsärenden. Andelarna var dock mindre 2012 jämfört med 2008. Bland läkare inom gynekologi och ortopedi fanns de största skillnaderna mellan åren. Inom psykiatri var andelen som angav att de har mycket eller ganska stort behov att fördjupa sin kompetens att skriva läkarintyg 5 procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 52. Andel (%) läkare som angav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande områden:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	36	37	59	71	35
	2012	29	25	50	64	32
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	40	47	66	76	42
	2012	32	29	60	70	36
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	48	52	58	70	42
	2012	30	41	53	62	36
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	48	48	61	72	45
	2012	31	40	51	61	36
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	39	23	32	47	23
	2012	29	20	26	38	18
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	18	11	23	31	16
	2012	18	13	28	32	19
Utforma optimala handlingsplaner	2008	23	29	52	64	29
	2012	24	29	40	52	28
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	25	25	30	33	22
	2012	22	20	23	29	20

År 2012, jämfört med 2008, angav en mindre andel stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen (sju procentenheter mindre) och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen, till exempel rehabiliteringspenning (sex procentenheter mindre) (Tabell 53). Även beträffande behov av ökad kunskap kring privata försäkringar var andelen något mindre 2012. År 2012 svarade mer än hälften av läkarna att de har behov av mer kompetens angående andra ersättningsformer inom socialförsäkringen.

Tabell 53. Andel (%) läkare som angav att de har olika stort alternativt inget behov av fördjupad kompetens kring olika försäkringssystem år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	• 2008	12	38	36	14
	• 2012	11	32	39	18
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	• 2008	19	40	27	14
	• 2012	18	35	27	20
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	• 2008	14	30	36	21
	• 2012	15	27	32	26

- Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 204.

Majoriteten av läkarna inom psykiatri angav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kunskap kring sjukförsäkringens regelsystem såväl 2008 som 2012 (Tabell 54). Andelen som angav behov av fördjupad kunskap kring sjukförsäkringen och andra ersättningsformer var mindre 2012 inom alla klinikgrupper. Den största skillnaden fanns bland läkare inom gynekologi, där andelen som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av mer kunskap om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet var 16 procentenheter mindre år 2012.

Tabell 54. Andel (%) läkare som angav att de har mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens kring olika försäkringssystem, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande områden:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	45	51	62	57	44
	2012	37	48	51	50	38
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	2008	42	53	74	71	51
	2012	27	51	69	70	43
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	36	44	52	47	41
	2012	32	35	52	51	37

Mönstret att en mindre andel läkare har 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 55). Särskilt tydligt var detta när det gällde kunskap om läkarens egna respektive arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, där andelen 2012 var nio respektive sju procentenheter mindre än 2008.

Tabell 55. Andel (%) läkare angav att de har olika stort alternativt inget behov av fördjupad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	13	38	36	13
	2012	10	32	39	18
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	15	42	30	13
	2012	12	37	34	17
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	15	41	30	14
	2012	12	37	33	17
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	16	41	29	14
	2012	13	38	31	18
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	16	31	33	19
	2012	13	31	35	22

● Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 204.

Även när det gäller upplevt behov av mer kompetens om läkarens egna och andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden fanns de största skillnaderna mellan åren bland läkare inom gynekologi (Tabell 56). Andelarna var mellan sju och 14 procentenheter mindre 2012. Andelen läkare inom ortopedi som 2012 svarade att de har mycket eller ganska stort behov av mer kunskap om vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik var tolv procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 56. Andel (%) läkare som angav att de har mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande områden:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	50	54	60	57	46
	2012	36	43	51	50	37
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	55	58	70	66	50
	2012	46	49	63	58	42
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	56	58	67	68	48
	2012	46	54	62	58	42
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	50	55	73	70	49
	2012	43	56	66	62	43
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	48	34	55	61	41
	2012	37	46	45	52	39

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

I Tabell 57 visas andelen läkare som angav att handledning, kurser och seminarier samt olika informationskällor har 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 sätter stort värde på information via Internet (34 % 2012 jämfört med 24 % 2008). En betydligt större andel läkare angav också att kurser i försäkringsmedicin har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (41 respektive 32 %). Andelen som ansåg att konferenser och seminarier, och även handledning, är av stort värde var likaledes större 2012 jämfört med 2008.

Andra frågor om hur olika faktorer värderas för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 136) och Samverkan och kontakter (sidan 146).

Tabell 57. 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	33	43	24
	2012	39	40	21
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	• 2008	17	55	27
	2012	18	59	23
Information via Internet	• 2008	24	50	27
	2012	34	49	17
Kurser i försäkringsmedicin	2008	32	43	25
	2012	41	41	18
Kurser i konflikthantering	2008	15	37	48
	2012	18	38	44
Konferenser, seminarier	• 2008	16	48	36
	2012	23	45	32
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	23	42	36
	2012	22	38	40

- Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 208.

Uppdelat på klinikgrupper ser skillnaderna mellan åren lite olika ut (Tabell 58). Andelen läkare inom ortopedi som ansåg att information via Internet, kurser, konferenser och seminarier har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var tio till 16 procentenheter större 2012 jämfört med 2008. Information via Internet uppgavs ha stort värde av en större andel 2012 i samtliga klinikgrupper. Bland läkare inom gynekologi och ortopedi var andelen som tillskrev ett forum för reflektion stort värde mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 58. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Handledning	2008	28	24	38	46	26
	2012	31	28	43	51	34
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	22	13	26	18	15
	2012	22	13	28	14	19
Information via Internet	2008	26	22	29	24	23
	2012	39	38	37	30	35
Kurser i försäkringsmedicin	2008	27	29	46	41	26
	2012	34	42	45	52	35
Kurser i konflikthantering	2008	21	6	16	22	12
	2012	16	16	16	24	15
Konferenser, seminarier	2008	13	10	23	23	12
	2012	16	20	25	30	20
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	19	16	29	37	15
	2012	14	11	30	35	15

Hälften av läkarna svarade år 2012 att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning är av stort värde, jämfört med 41 procent år 2008 (Tabell 59). Båda åren värderade en stor andel av läkarna bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten högt för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning, och andelen var fyra procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 59. 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	25	39	36
	2012	22	38	40
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	24	38	38
	2012	22	38	40
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	47	36	17
	2012	51	36	14
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	41	38	21
	2012	50	32	18
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	30	31	39
	2012	33	28	40

- Frågan fanns med 2004, och presenteras på sidan 208.

Bland läkare inom gynekologi var andelen som ansåg att bättre information till allmänheten har stort värde sju procentenheter större 2012 jämfört med 2008, och bland 'övriga läkare' var motsvarande förändring sex procentenheter (Tabell 60). Bland läkare på vårdcentraler var andelen som menade att en högre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet sex procentenheter större 2012 jämfört med 2008. Andelen läkare som ansåg att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort värde var större i samtliga klinikgrupper 2012. Störst skillnad mellan åren fanns bland läkare inom ortopedi (12 procentenheter) och vårdcentraler (11 procentenheter).

Tabell 60. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar:		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	19	27	27	35	19
	2012	16	23	23	33	16
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	23	28	26	32	19
	2012	18	27	21	32	16
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	49	54	52	60	38
	2012	56	56	50	60	44
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	43	34	44	53	34
	2012	48	46	53	64	42
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	20	46	35	41	23
	2012	21	42	36	47	25

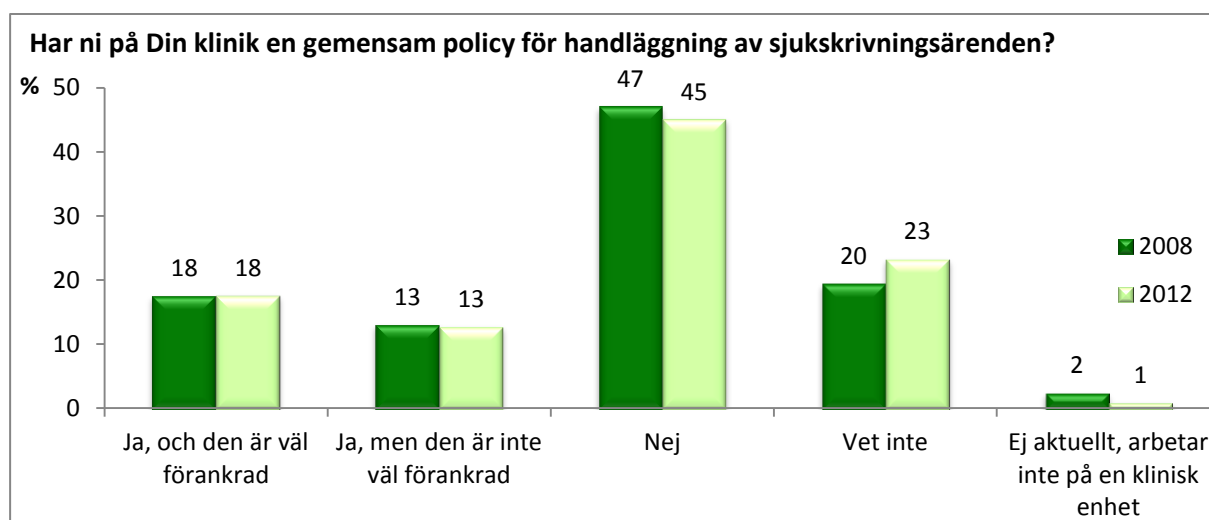
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Frågor som förekom i både 2008 och 2012 års enkäter och som kan hänföras till organisatoriska förutsättningar gäller tre områden: förekomst av en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen, upplevelse av stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden samt tidsbrist/avsättning av tid för arbete med sjukskrivningsärenden.

Frågorna om policy och stöd fanns även med i enkäten 2004, se sidan 211 i det gula avsnittet.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Andelen som angav att deras klinik har en gemensam policy för sjukskrivningshantering var lika stor båda åren; en knapp femtedel (18 %) angav att det finns en väl förankrad policy (Figur 115). Andelen läkare som inte visste om det finns en policy var något större 2012; skillnaden var tre procentenheter.



Figur 115. 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.

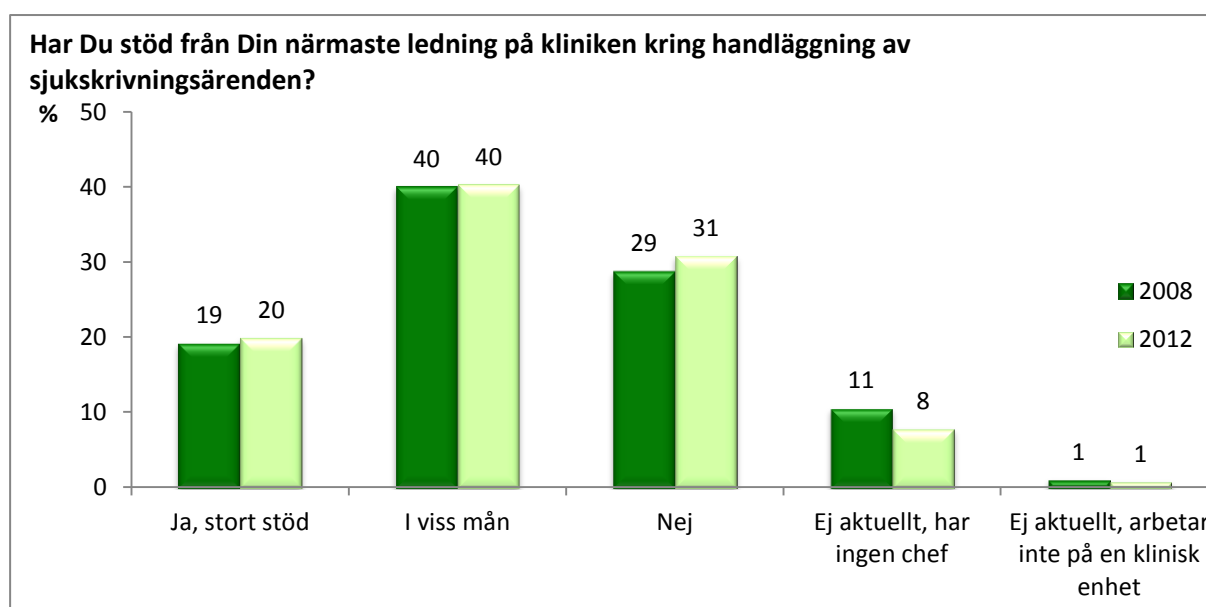
När resultaten på frågan om en gemensam policy för sjukskrivningsärenden delas upp på de olika klinikgrupperna fanns däremot skillnader (Tabell 61). Andelen som angav att de har en väl förankrad policy på sin klinik var klart större 2012 jämfört med 2008 bland läkare inom såväl gynekologi som ortopedi, och var även större på vårdcentraler. Dock var andelen som 2012 uppgav att kliniken saknar sådan policy väsentligt mindre endast bland läkare inom gynekologi och på vårdcentraler, och andelen som angav att de inte visste om det finns en policy på kliniken var något större 2012 jämfört med 2008 bland alla läkargrupper utom bland läkare inom ortopedi.

Tabell 61. 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, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?		Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Gynekologi	2008	16	16	47	18	3
	2012	24	16	40	20	0
Ortopedi	2008	9	14	56	19	1
	2012	16	12	55	15	1
Psykiatri	2008	18	12	45	22	3
	2012	15	13	47	24	2
Vårdcentral	2008	21	17	45	16	1
	2012	26	20	35	19	0
Övriga läkare	2008	17	11	48	21	3
	2012	13	8	50	27	1

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Andelen som angav att de upplever stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren; runt en femtedel angav att de upplever stort stöd (Figur 116).



Figur 116. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden år 2008 respektive 2012.

Det fanns smärre skillnader mellan de olika klinikgrupperna vad gäller deras upplevelse av stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor (Tabell 62). Bland läkare inom ortopedi

och på vårdcentraler var andelen som angav att de känner stort stöd från ledningen större 2012 jämfört med 2008 (sex respektive fyra procentenheters skillnad). I gruppen 'övriga läkare' var andelen som uppgav att de inte känner något stöd från den närmaste ledningen större 2012 jämfört med 2008 (fem procentenheters skillnad).

Tabell 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken kring handläggning av sjukskrivningsärenden?		Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Gynekologi	2008	20	39	26	14	1
	2012	19	40	27	12	2
Ortopedi	2008	13	41	36	9	1
	2012	19	38	36	6	1
Psykiatri	2008	23	42	25	9	1
	2012	21	41	27	10	1
Vårdcentral	2008	24	45	21	9	1
	2012	28	45	20	6	0
Övriga läkare	2008	17	37	33	12	1
	2012	16	38	38	8	1

Tid till arbete med sjukskrivning

Andelen som angav daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid och kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden var något mindre 2012 jämfört med 2008 (Tabell 63).

Tabell 63. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de anger sig uppleva 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	21	31	17	10	21
	2012	21	32	19	11	17
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	30	28	17	10	14
	2012	28	30	19	11	12
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	32	20	15	13	19
	2012	28	21	18	14	20

Andelen som angav att de upplever daglig tidsbrist när det gäller tid med patienten i sjukskrivningsärenden var klart störst bland ortopedier, såväl 2008 som 2012 (Tabell 64). Bland läkare på vårdcentraler var andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever sådan tidsbrist minst båda åren. Bland gynekologer var andelen som angav tidsbrist minst någon gång i veckan något större 2012 jämfört med 2008.

Tabell 64 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever tidsbrist när det gäller tid med patienten i arbetet med sjukskrivning år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller tid med patienten?		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	21	30	15	10	24
	2012	23	32	16	13	17
Ortopedi	2008	43	29	8	4	15
	2012	40	36	10	3	10
Psykiatri	2008	20	36	17	8	19
	2012	20	39	17	9	15
Vårdcentral	2008	28	44	15	4	9
	2012	28	42	18	5	6
Övriga läkare	2008	16	24	19	13	28
	2012	15	25	21	15	24

Samma mönster gäller tidsbrist i patientrelaterad tid, det vill säga intygsskrivande, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etcetera (Tabell 65). Bland läkare inom gynekologi var andelen som minst en gång i veckan angav tidsbrist i arbetet med sjukskrivning större 2012 (56 %) än 2008 (48 %).

Tabell 65 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller patientrelaterad tid? ¹		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	22	26	18	13	22
	2012	26	30	19	11	14
Ortopedi	2008	50	26	11	6	8
	2012	51	27	10	4	8
Psykiatri	2008	38	31	15	5	11
	2012	32	37	13	8	9
Vårdcentral	2008	37	37	16	5	6
	2012	36	35	18	6	4
Övriga läkare	2008	24	24	20	14	19
	2012	21	25	21	15	18

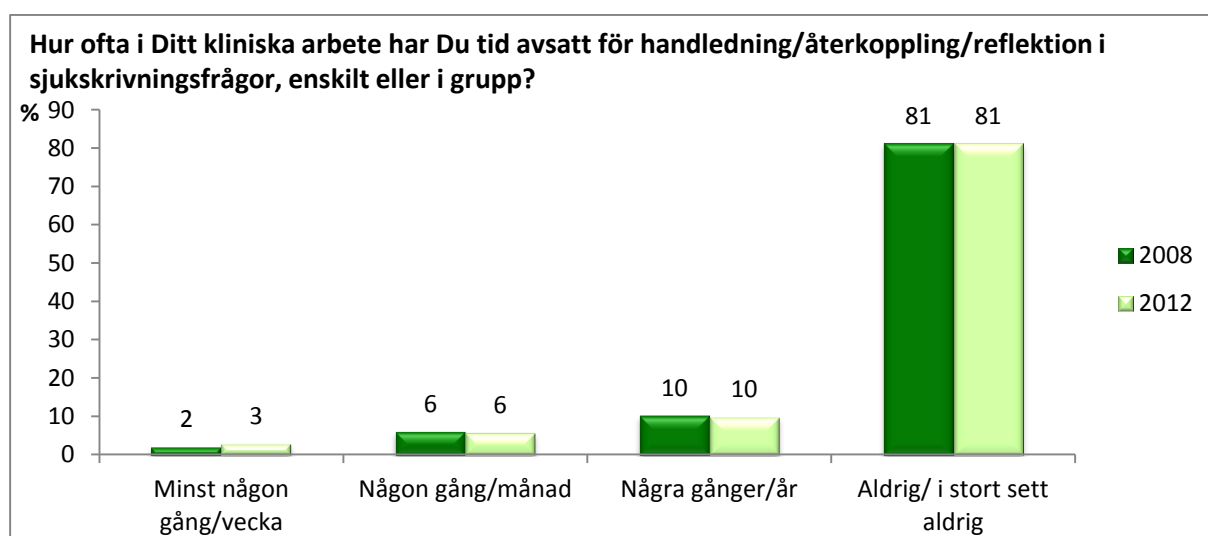
¹ Till exempel skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.

Andelen som angav att de har daglig tidsbrist i sjukskrivningsärenden vad gäller kompetensutveckling, handledning och reflektion var båda åren störst bland läkare inom ortopedi (Tabell 66). Dock var den andelen mindre 2012 (42 %) jämfört med 2008 (55 %) Bland läkare på vårdcentraler var motsvarande andel sex procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 66 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de uppger att de upplever tidsbrist när det gäller kompetensutveckling, handledning eller reflektion i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

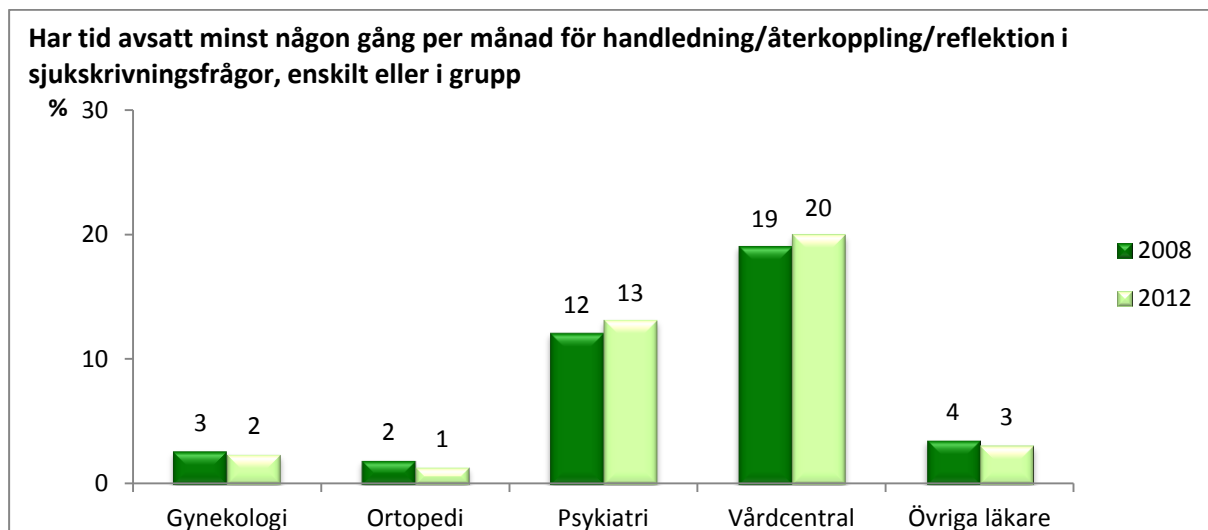
Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller kompetensutveckling, handledning, reflektion?		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	28	17	15	16	25
	2012	29	19	15	16	22
Ortopedi	2008	55	13	8	8	16
	2012	42	17	17	8	16
Psykiatri	2008	35	27	12	11	14
	2012	35	23	18	10	13
Vårdcentral	2008	38	27	16	10	9
	2012	32	26	20	11	11
Övriga läkare	2008	26	17	16	15	25
	2012	22	17	16	17	27

Över 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 117).



Figur 117. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor år 2008 respektive 2012.

Skillnaderna var stora mellan de olika klinikgrupperna när det gällde hur stor andel som angav att de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion minst någon gång i månaden (Figur 118); bland läkare inom gynekologi, ortopedi och i gruppen ‘övriga läkare’ var andelen under fem procent båda åren, medan ungefär två av fem av vårdcentralsläkarna uppgav att de har sådan tid avsatt. Bland läkare inom psykiatri var andelen en dryg tiondel båda åren.



Figur 118. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor år 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012

- I stora drag framkom samma problem och möjligheter både 2008 och 2012, även om det var vissa skillnader mellan åren. Andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan var mindre 2012 än 2008. Att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga angavs båda åren som mycket eller ganska problematiskt av drygt hälften av läkarna. År 2012 upplevde en större andel än 2008 det som mycket eller ganska problematiskt att skriva andra intyg än läkarintyg (till exempel ansökningar om sjuk- eller aktivitetsersättning).

- Andelen som angav att de använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var större 2012, medan andelen som ansåg sig behöva fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var mindre. En klart större andel menade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde i deras arbete med sjukskrivning år 2012 än 2008.

- En mindre andel uppgav 2012 att de sjukskriver patienter längre tid än vad som egentligen skulle vara nödvändigt, och detta gällde de flesta listade orsakerna.

- Andelen som angav att de samråder med kollegor i sjukskrivningsärenden var mindre 2012. En större andel uppgav att så kallad second opinion och kontakter med kollegor och/eller annan vårdpersonal saknar värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, 2012 jämfört med 2008.

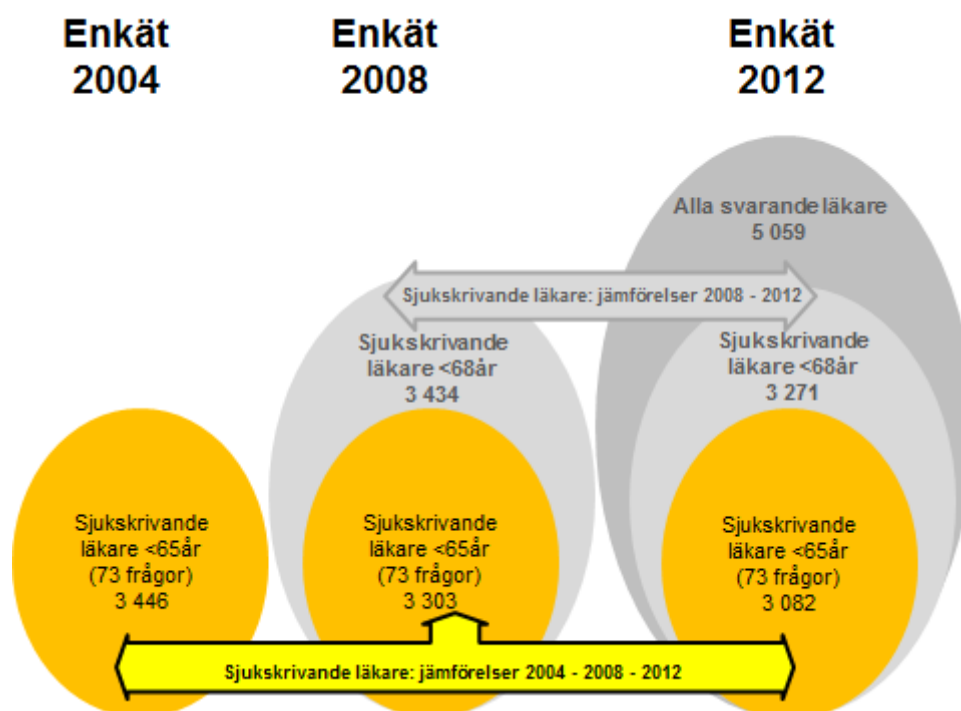
- Det var inga stora skillnader mellan de två åren i kontakterna med Försäkringskassan, med två undantag: större andel upplevde 2012 följande svårigheter i dessa kontakter: att handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar, att man tycks tala olika språk samt att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter.

- År 2012 angav fortfarande runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga, kring andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet och kring Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning. År 2012 angav en större andel av läkarna att de sätter stort värde på information via Internet, kurser i försäkringsmedicin för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar och att de har behov av ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning. Även handledning angavs vara av stort värde av en större andel 2012 än 2008.

- Inte heller när det gäller organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar, i termer av policy för arbetet, stöd från ledningen eller tid hade det skett några större förändringar mellan de två åren.

4.

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



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

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

Bakgrundsfaktorer

I Tabell 67 visas antal sjukskrivande läkare som svarat på enkäterna respektive år. Andelen yngre bland de svarande var större 2008 och 2012 än år 2004, samtidigt som andelen specialistutbildade var något mindre 2008 och 2012. Andelen kvinnor bland de svarande ökade något under åren.

Tabell 67. Antal läkare som ingick i jämförelsen 2004-2008-2012, andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister.

	Antal sjukskrivande läkare <65 år	Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-65 år %	Specialistutbildade %
2004	3446	52	48	25	43	32	73
2008	3303	54	46	31	37	31	69
2012	3083	55	45	34	37	29	68

Antal och andel läkare på de kliniker/mottagningar som specificerats i enkäterna redovisas i Tabell 68. År 2004 svarade störst andel läkare, 31 procent, att de huvudsakligen arbetar vid ”*Annan klinik/mottagning*”. I enkäterna 2008 och 2012 lades därför ett antal fasta svarsalternativ till. De läkare som angett att de arbetar på någon av de kliniker/mottagningar som tillkommit 2008 och 2012 har i detta kapitel hänförs till kategorin ”*Annan klinik/mottagning*”⁴. Samtliga tre år var vårdcentral den enskilda klinik/mottagning där störst andel av de svarande sjukskrivande läkarna arbetar. Andelen var något högre de två senare åren (26 respektive 29 %) jämfört med 2004 (23 %).

⁴ Orsaken till att antalet valbara kliniker utökades i 2008 och 2012 års enkäter var att ett betydande antal inom kategorin ”*Annan*” i 2004 års enkät var sjukskrivande läkare.

Tabell 68. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar i Stockholm 2004, 2008 respektive 2012.

Klinik/mottagning	2004		2008		2012	
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)
Företagshälsovård	106	3	107	3	62	2
Gynekologi	302	9	409	12	407	13
Invärtesmedicin	245	7	303	9	298	10
Kirurgi	236	7	223	7	195	6
Onkologi	92	3	98	3	95	3
Ortopedi	146	4	155	5	142	5
Psykiatri	365	11	337	10	302	10
Rehabilitering	47	1	52	2	39	1
Vårdcentral	795	23	855	26	879	29
Annan klinik/mottagning	1071	31	744	23	652	21
Samtliga läkare¹	3446	100	3303	100	3083	100

¹ Antalet för 'samtliga läkare' överstiger summan för klinikerna, eftersom en liten andel (1,2 % 2004, 0,6 % 2008 respektive 0,4 % 2012) läkare inte svarade på frågan om kliniktilhörighet.

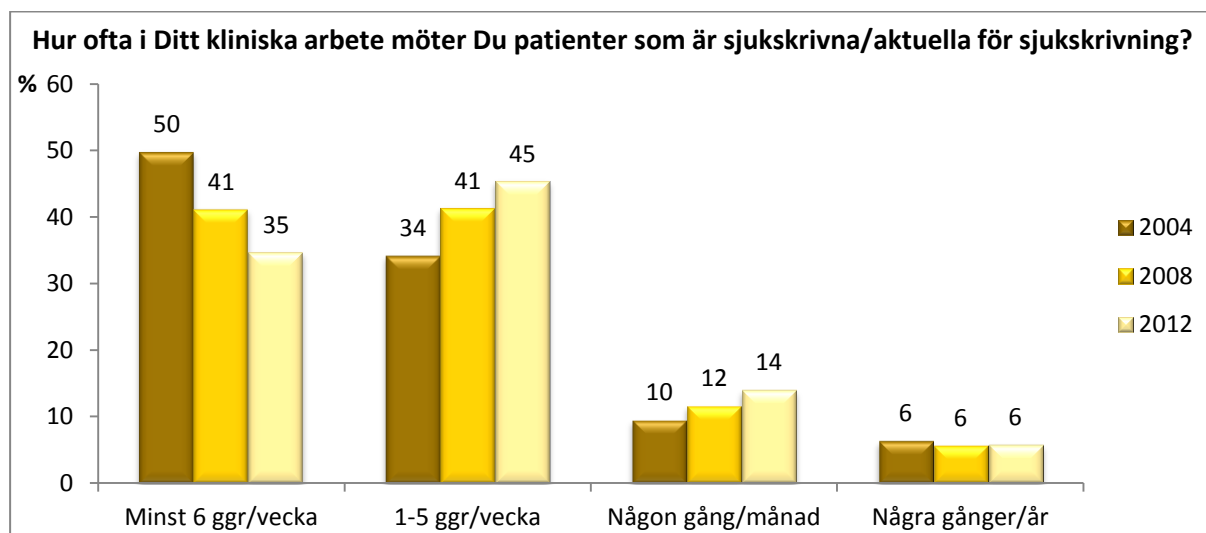
Den största andelen kvinnor fanns inom gynekologi samtliga år, liksom den största andelen färdiga specialister. Den största andelen män fanns inom ortopedi. Störst andel i den äldsta åldersgruppen, 55-67 år, återfanns bland läkare inom psykiatri samtliga åren (Tabell 69).

Tabell 69. Andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Klinikgrupper		Kvinnor %	Män %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildade %
Gynekologi	2004	70	30	24	38	38	77
	2008	75	25	33	39	27	72
	2012	79	21	34	40	26	75
Ortopedi	2004	24	76	22	46	32	77
	2008	23	77	39	35	26	68
	2012	25	75	34	39	27	75
Psykiatri	2004	59	41	16	44	40	78
	2008	59	41	30	33	37	66
	2012	54	46	29	39	32	67
Vårdcentral	2004	56	44	22	46	32	70
	2008	58	42	30	37	33	62
	2012	58	42	34	35	31	61
Övriga läkare	2004	48	52	27	43	30	73
	2008	51	49	32	39	30	73
	2012	53	47	34	37	28	70

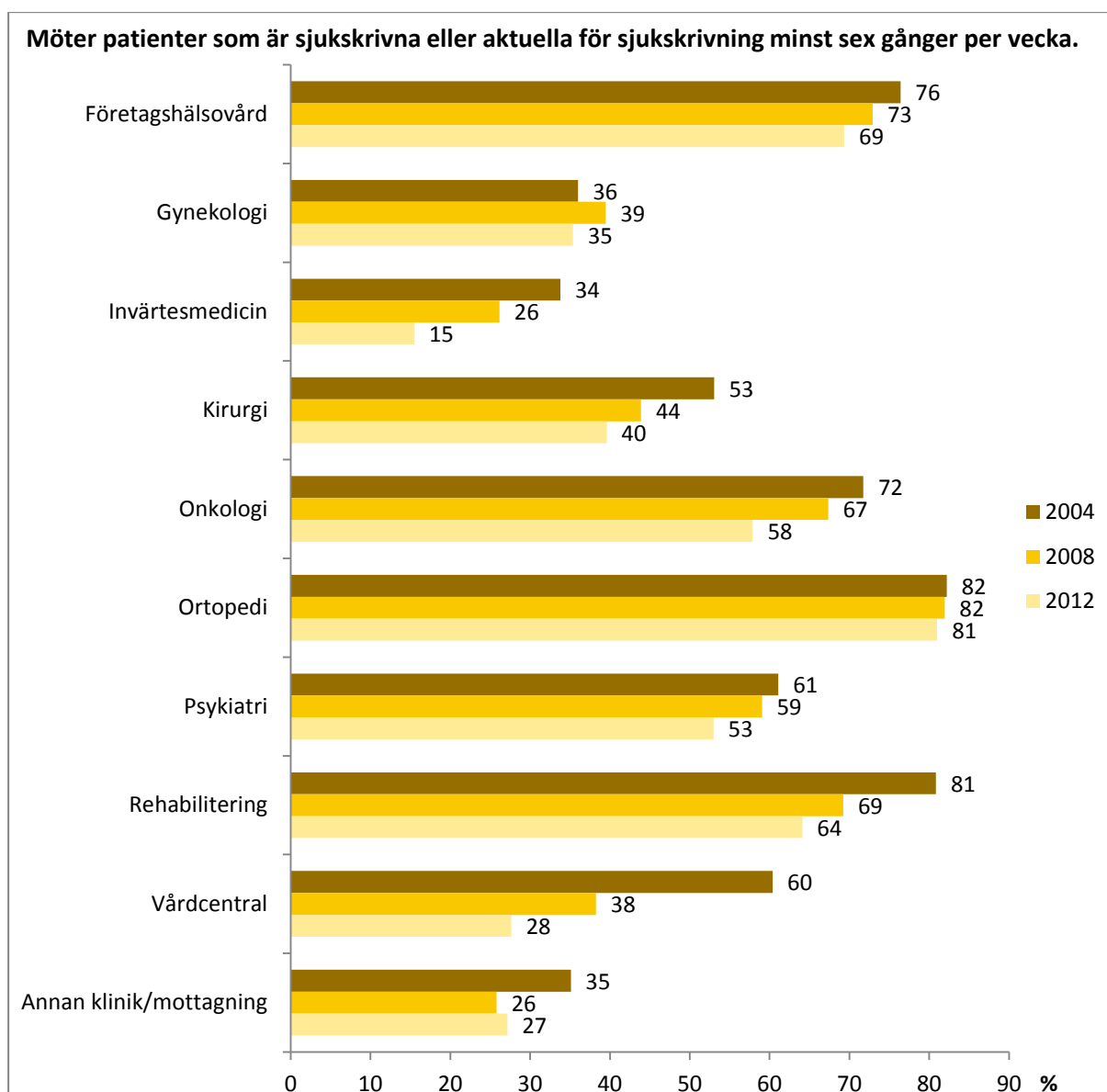
Frekvens av sjukskrivningsärenden

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 119).



Figur 119. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

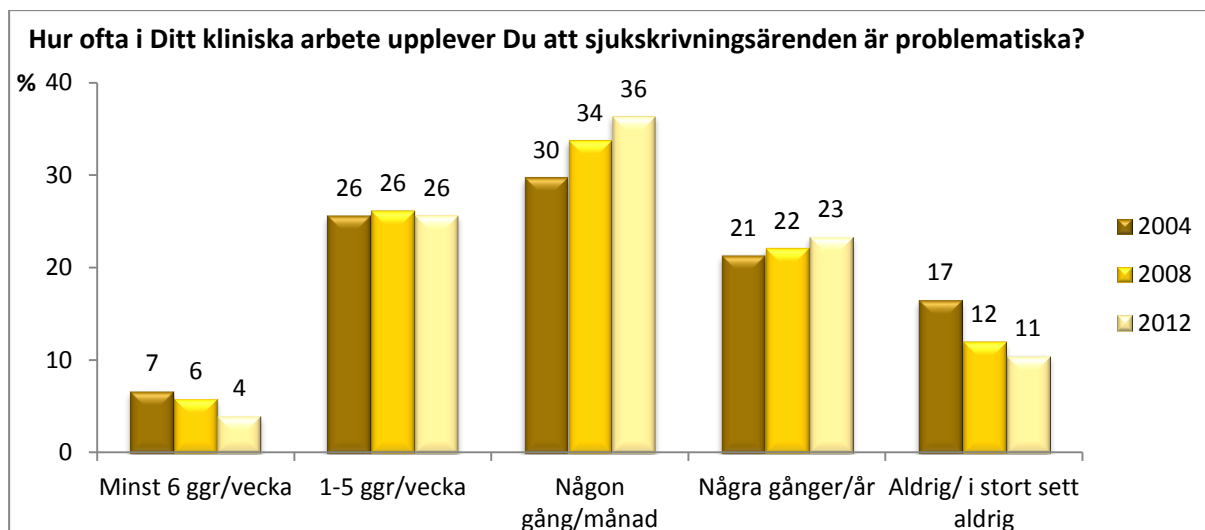
För att kunna jämföra hur ofta sjukskrivningsärenden förekom var på de olika typerna av kliniker de tre olika åren presenteras andel läkare som minst sex gånger per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. I Figur 120 visas en tydlig, men svag, trend: andelen läkare med minst sex sjukskrivningsärenden per vecka var mindre 2008 än 2004, och vid samtliga kliniker utom 'Annan klinik' även mindre 2012 än 2008. Ett undantag fanns, nämligen för läkare inom gynekologi, som överlag var den kliniska verksamhet där andelen läkare som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan var mest konstant under åren. Störst var skillnaden mellan 2004 och 2012 bland läkare på vårdcentraler (32 procentenheter mindre) samt inom invärtesmedicin (19 procentenheter mindre) och rehabilitering (17 procentenheter mindre).



Figur 120. 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 angav att de i stort sett aldrig upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska var mindre år 2008 jämfört med 2004 (Figur 121). Andelen som angav att de ofta (minst 6 gånger per vecka) upplever att dessa ärenden är problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2004 och 2008. Andelen läkare som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska någon gång per månad var störst 2012.



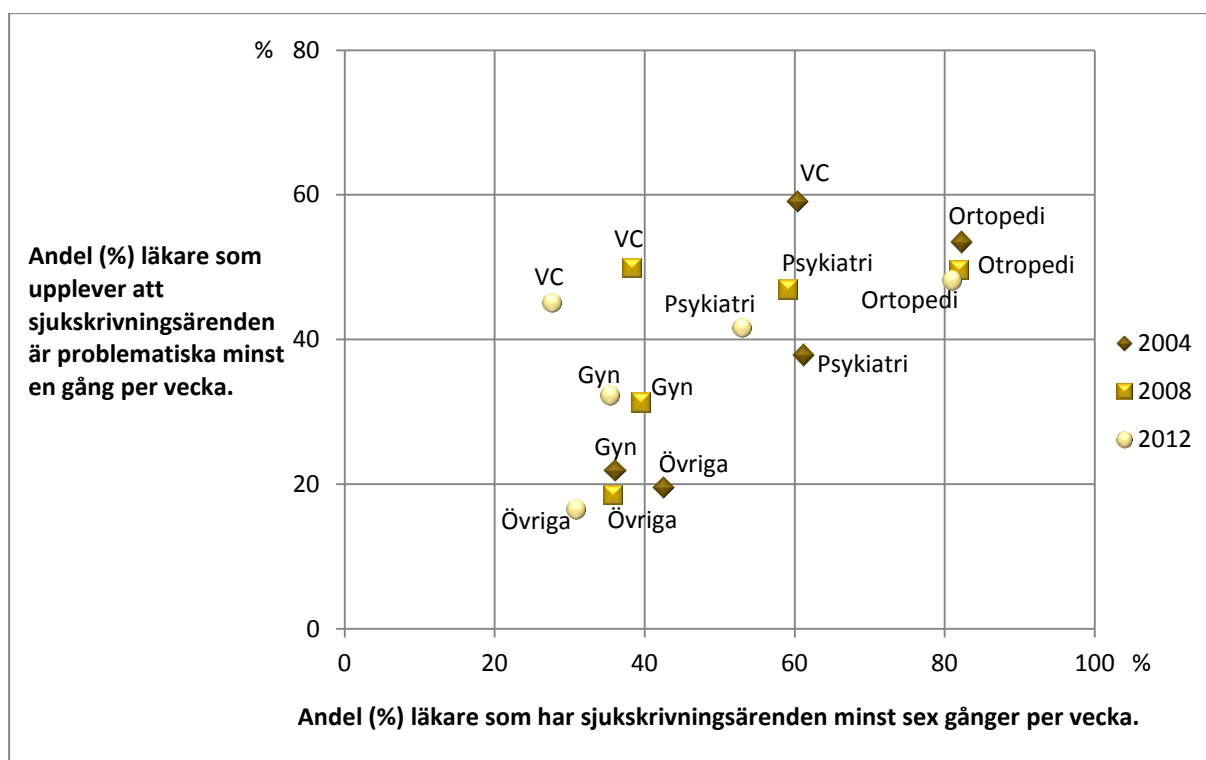
Figur 121. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, år 2004, 2008 respektive 2012.

Tendensen vad gäller skillnader mellan åren skilde sig åt för de olika klinikgrupperna (Tabell 70). Bland läkare inom gynekologi och psykiatri var tendensen att andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan var större de båda senare åren, medan tendensen var motsatt bland ortopedier, läkare på vårdcentraler och i gruppen 'övriga läkare'. Andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var mindre inom alla klinikgrupper 2008 och 2012 än 2004, förutom bland läkare på vårdcentraler, där andelen var liten alla tre åren.

Tabell 70. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	5	17	36	23	20
	2008	7	24	38	20	11
	2012	5	28	39	20	8
Ortopedi	2004	13	40	29	11	7
	2008	13	36	33	13	5
	2012	9	39	38	9	4
Psykiatri	2004	6	32	31	17	14
	2008	12	35	32	13	8
	2012	8	34	39	14	5
Vårdcentral	2004	14	45	32	7	2
	2008	8	42	37	10	3
	2012	5	40	41	12	2
Övriga läkare	2004	3	16	28	29	24
	2008	3	16	32	31	18
	2012	2	14	33	33	17

När andelen läkare inom de olika klinikgrupperna som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan relateras till andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan finns vissa skillnader mellan åren (Figur 122). Tendensen är att ju större andel av läkare inom en klinikgrupp som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel angav även att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka. Bland läkare inom ortopedi var andelen som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan väsentligen konstant under åren, och andelen som angav att de upplever dessa som problematiska varje vecka var något mindre 2008 och 2012. Bland gynekologer var tvärtom andelen som angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan något större 2008 och 2012, trots att andelen som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan var konstant. Bland vårdcentralsläkare fanns 2004 den största andelen som angav att de varje vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, år 2008 och 2012 var denna andel såväl som andelen som angav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan väsentligt mindre, jämfört med 2004.



Figur 122. 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 de olika klinikgrupperna, år 2004, 2008 respektive 2012.

Allvarlighetsgrad av specifika problem

Enkäterna innehöll ett antal frågor om huruvida olika aspekter relaterade till hantering av sjukskrivningsärenden upplevs som problematiska och i så fall i vilken grad. Tendensen var att en större andel läkare 2008 och 2012, jämfört med 2004, ansåg att de olika arbetsuppgifterna relaterade till sjukskrivningsärenden som är listade i Tabell 71 är mycket problematiska. Att bedöma patienternas arbetsförmåga angavs som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet av läkarna alla tre åren.

Tabell 71. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2004	6	30	47	16
	2008	15	30	38	17
	2012	14	32	37	17
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2004	11	41	37	11
	2008	21	33	33	12
	2012	21	35	32	12
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2004	11	42	37	10
	2008	15	34	37	15
	2012	14	35	37	14
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2004	7	30	43	19
	2008	9	25	34	32
	2012	9	24	36	31
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2004	15	38	34	12
	2008	17	32	33	19
	2012	17	30	35	18

När det gäller de olika patientrelaterade situationer som listas i Tabell 72 var andelen som ansåg dessa som mycket problematiska något större 2008 och 2012 jämfört med 2004, med undantag från hantering av olika åsikt mellan läkare och patient om sjukskrivningsbehov. Andelen som angav att det inte alls är problematiskt att hantera dessa situationer var större de båda senare åren, och framför allt 2008, jämfört med 2004. Andelen som menade att det inte alls är problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinsk sakkunnig var större 2008 jämfört med 2004, men mindre 2012 jämfört med 2008 (23 respektive 27 %).

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2004	3	26	52	19
	2008	5	23	42	31
	2012	5	23	43	29
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2004	18	42	31	9
	2008	16	30	35	19
	2012	14	31	37	18
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2004	10	29	41	20
	2008	15	28	30	27
	2012	16	28	32	23
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2004	5	28	45	22
	2008	9	25	38	28
	2012	8	25	39	28

Det fanns inget entydigt mönster i de olika klinikgrupperna när det gäller andelen som angav att olika arbetsuppgifter relaterade till sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska över åren (Tabell 73). Bland läkare inom psykiatri var andelen större på flera av frågorna över åren, framför allt för bedömning av funktions- och arbetsförmåga, där andelen var 14 respektive 13 procentenheter större 2012 jämfört med 2004, och en liknande tendens fanns för läkare inom gynekologi. Bland läkare inom ortopedi var andelen mindre för att bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad och för att handlägga sjukskrivning initierad av en kollega 2012, jämfört med 2004. Bland läkare på vårdcentraler var andelen som beskrev de olika arbetsuppgifterna som problematiska mindre de två senare åren, förutom för bedömning av funktionsförmåga. Andelen vårdcentralsläkare som angav att upprättandet av en handlingsplan för vad som ska ske under en sjukskrivning är mycket eller ganska problematiskt var 16 procentenheter mindre 2012, jämfört med 2004.

Tabell 73. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade arbetsuppgifter i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att ...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt.	2004	27	23	38	65	25
	2008	39	37	50	72	32
	2012	36	28	52	69	33
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter.	2004	46	51	51	81	41
	2008	52	59	61	80	40
	2012	50	47	64	76	45
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad.	2004	38	50	54	78	44
	2008	45	53	53	71	37
	2012	35	44	57	67	40
... göra en handlingsplan/ åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen.	2004	23	40	34	58	31
	2008	27	42	38	47	26
	2012	28	41	35	42	28
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg.	2004	41	57	50	76	46
	2008	48	48	45	70	38
	2012	40	50	46	69	36

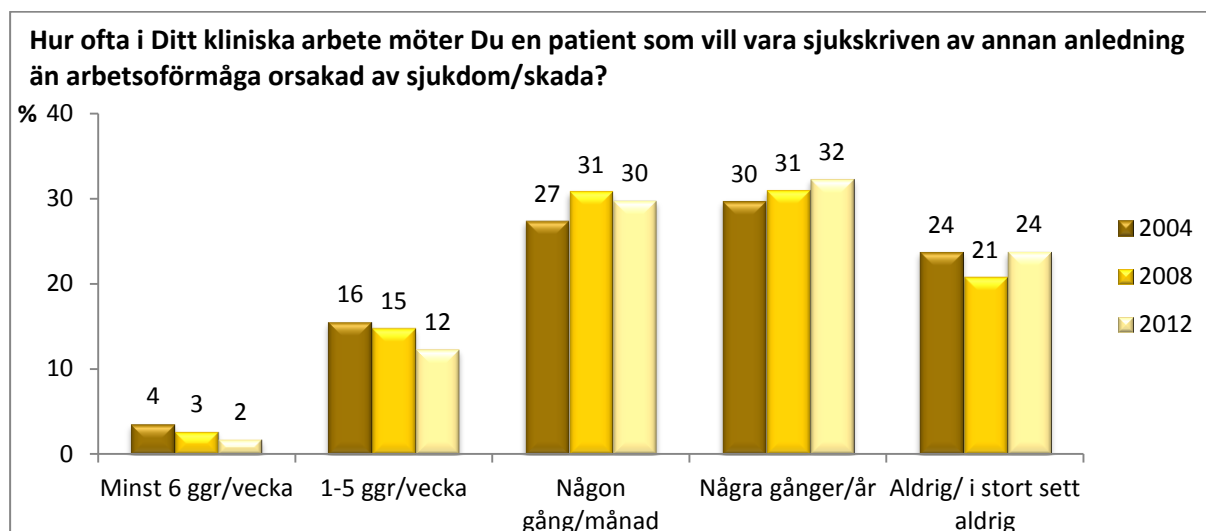
När det gäller andelen i de olika klinikgrupperna som angav att olika patientrelaterade situationer är mycket eller ganska problematiska att hantera fanns några tydliga skillnader över åren (Tabell 74); andelen som angav att hantering av de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig är mycket eller ganska problematisk var större 2008 och 2012, än 2004 bland läkare inom gynekologi, ortopedi och psykiatri, medan den var ungefär lika stor alla tre åren bland läkare på vårdcentraler och bland 'övriga läkare'. Andelen som menade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera oenighet med patienten om dennes sjukskrivningsbehov var mindre de två senare åren inom alla de olika klinikgrupperna, och bland läkare på vårdcentraler var andelen 62 procent 2012 jämfört med 83 procent 2004, en minskning med 21 procentenheter.

Tabell 74. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade patientrelaterade situationer i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att ...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning.	2004	25	28	25	51	22
	2008	31	30	27	43	18
	2012	25	32	30	41	20
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning.	2004	59	57	57	83	51
	2008	56	46	44	67	34
	2012	46	43	42	62	36
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter.	2004	27	35	37	67	29
	2008	37	43	47	68	31
	2012	36	41	52	65	32
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK.	2004	28	48	27	45	29
	2008	23	42	34	51	27
	2012	26	34	37	45	26

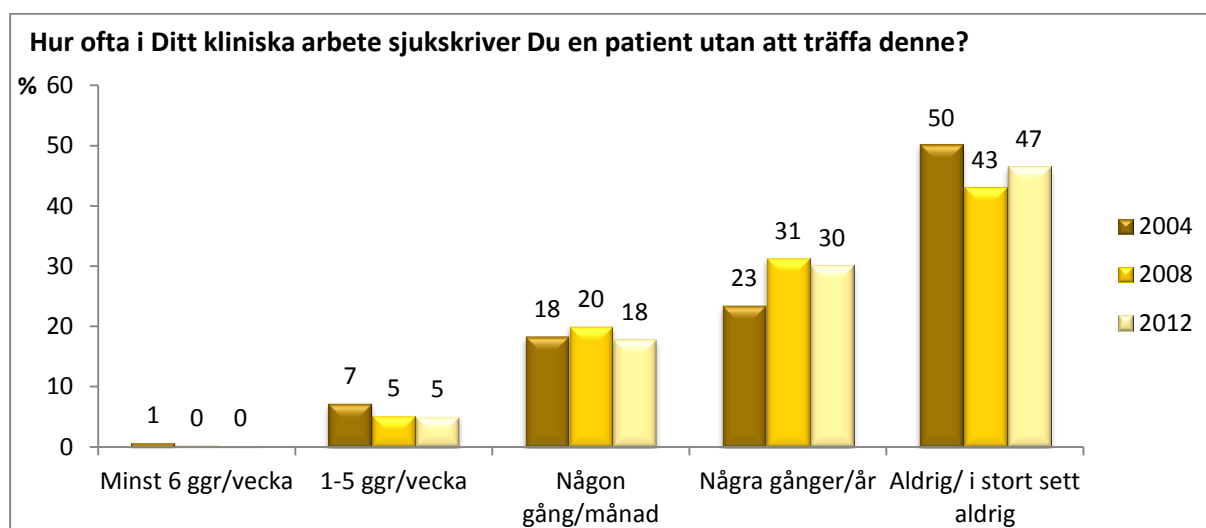
Frekvens av potentiellt problematiska situationer

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 något mindre 2008 och 2012 än 2004, och andelen som gör det åtminstone några gånger per år var i motsvarande grad större (Figur 123). Andelen som uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever en sådan situation var i stort sett densamma under de tre åren.



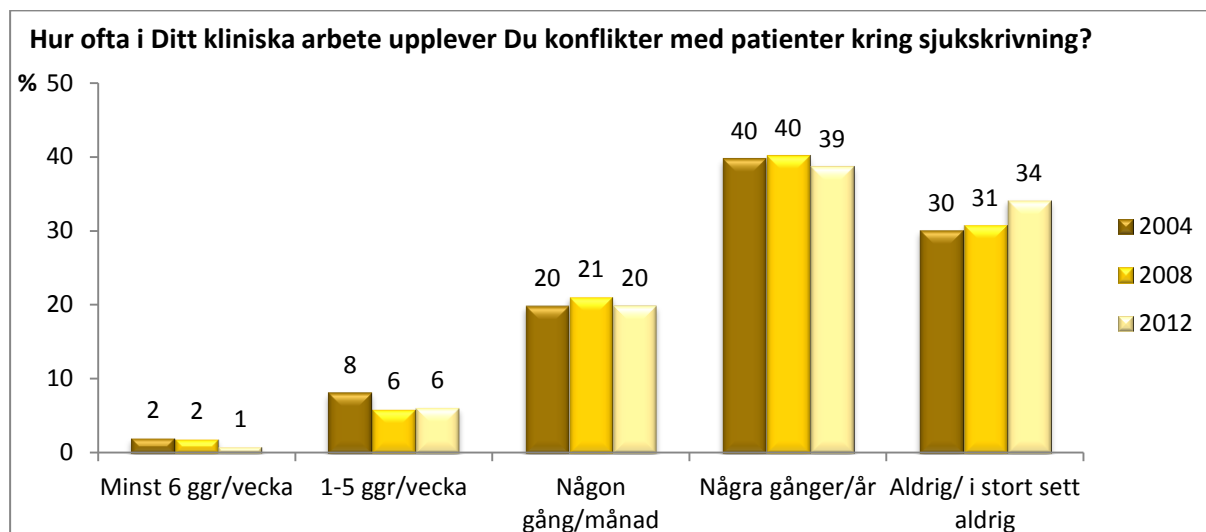
Figur 123. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada år 2004, 2008 respektive 2012.

Mönstret var ungefär detsamma för frågan om sjukskrivning utan personligt möte med patienten; andelen som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient utan att träffa denne var något mindre 2008 och 2012 jämfört med 2004 (Figur 124), medan andelen som angav att de gör detta åtminstone några gånger per år var något större under de senare åren. Andelen som angav att de aldrig gör detta var mindre 2012, och framför allt 2008 jämfört med 2004.



Figur 124. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom (till exempel vid telefonkontakt) år 2004, 2008 respektive 2012.

En svag tendens fanns till att en mindre andel angav att de varje vecka upplever konflikter med patienter 2008 och 2012 jämfört med 2004 (Figur 125). Andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever sådana konflikter var också något större under de senare åren.



Figur 125. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

När resultaten från de tre frågorna som redovisats ovan delades upp på de olika klinikgrupperna var skillnaderna mellan åren tydligare (Tabell 75). Bland vårdcentralsläkare var andelen som angav att de minst en gång i veckan är med om dessa situationer markant mindre de två senare åren, och framförallt gällde det möten med en patient som vill vara sjukskriven av någon annan anledning än en sjukdom eller skada, där andelen var 16 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004. Bland läkare inom ortopedi var motsvarande andel elva procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004. Bland läkare inom psykiatri och gynekologi var andelen något större under de två senare åren, och var som störst 2008.

Tabell 75. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka upplever följande situationer, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som minst någon gång per vecka...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada.	2004	17	33	19	36	11
	2008	26	24	26	26	10
	2012	19	22	23	20	7
... upplever konflikter med patienter kring sjukskrivning.	2004	9	18	12	22	5
	2008	13	16	13	12	3
	2012	9	16	13	11	3
... sjukskriver en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt).	2004	5	30	12	12	4
	2008	5	25	10	4	4
	2012	4	28	10	2	4

Oro och hot

Det var endast små skillnader mellan åren när det gäller andelen som angav att de åtminstone några gånger per år känner sig hotade av en patient eller upplever oro för att bli anmälda av en patient kring sjukskrivning (Tabell 76).

Tabell 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2004	2	3	14	81
	2008	1	3	14	82
	2012	1	2	13	84
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2004	2	3	10	84
	2008	1	3	11	85
	2012	2	3	9	86

Smärre skillnader mellan de olika klinikgrupperna fanns. Den största andelen läkare som angav att de upplever hot från patienter eller oro för att bli anmäld minst en gång i månaden fanns inom psykiatri och på vårdcentraler (Tabell 77). Bland de senare var andelen mindre de två senare åren, medan andelen bland läkare inom psykiatri var något större.

Tabell 77. Andel (%) läkare som minst en gång per månad upplever hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som minst någon gång per månad...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2004	3	6	7	10	2
	2008	6	7	9	7	2
	2012	2	5	8	5	1
... är orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2004	3	6	5	12	3
	2008	4	5	7	7	3
	2012	3	6	10	8	3

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. Frågan om sjukskrivning längre än nödvändigt på grund av att adekvat behandling saknas var 2004 en fråga, som 2008 och 2012 delades upp i två mer preciserade frågor. Detta gjordes för att få svar på om brist på tillgänglig kognitiv beteendeterapeut (KBT-terapeut) var en anledning till onödigt långa sjukskrivningsperioder. I Tabell 78 presenteras en sammanslagning av de två frågorna från 2008 och 2012 med hjälp av en justering av svaren (se metod sidan 29).

Andelen läkare som uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning och behandling minst någon gång i månaden var mindre de två senare åren jämfört med 2004 (Tabell 78). Tendensen var tydligast när det gäller väntetider till utredning hos Försäkringskassan (13 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004).

Tabell 78. 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	39
	2008	1	8	22	36	32
	2012	1	6	20	34	39
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	9	17	22	49
	2008	1	5	15	24	54
	2012	1	3	11	23	63
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	2004	1	5	12	20	63
	2008	1	2	9	21	68
	2012	<0,5	2	8	19	70
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	5	13	24	57
	2008	<0,5	3	11	25	61
	2012	<0,5	2	8	23	66
... väntetider till behandling?	2004	2	10	20	34	34
	2008	1	8	23	38	30
	2012	1	6	20	39	35
... att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi)? ¹	2004	2	7	15	22	55
	2008	1	4	13	25	57
	2012	1	4	10	25	60

¹ Sammanslagning av två frågor 2008 och 2012.

Det fanns stora skillnader när det gäller hur läkarna i de olika klinikgrupperna svarade de olika åren (Tabell 79). Bland läkare inom ortopedi och på vårdcentraler fanns en stark trend att andelen som angav att de sjukskriver onödigt länge på grund av de olika orsakerna var mindre de två senare åren. De största skillnaderna fanns bland ortopederna, där andelen som angav att de sjukskriver minst en gång i veckan på grund av väntetider för behandling var 23 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004, och motsvarande andel för väntetider för utredning inom sjukvården var 20 procentenheter mindre, år 2012 jämfört med 2004.

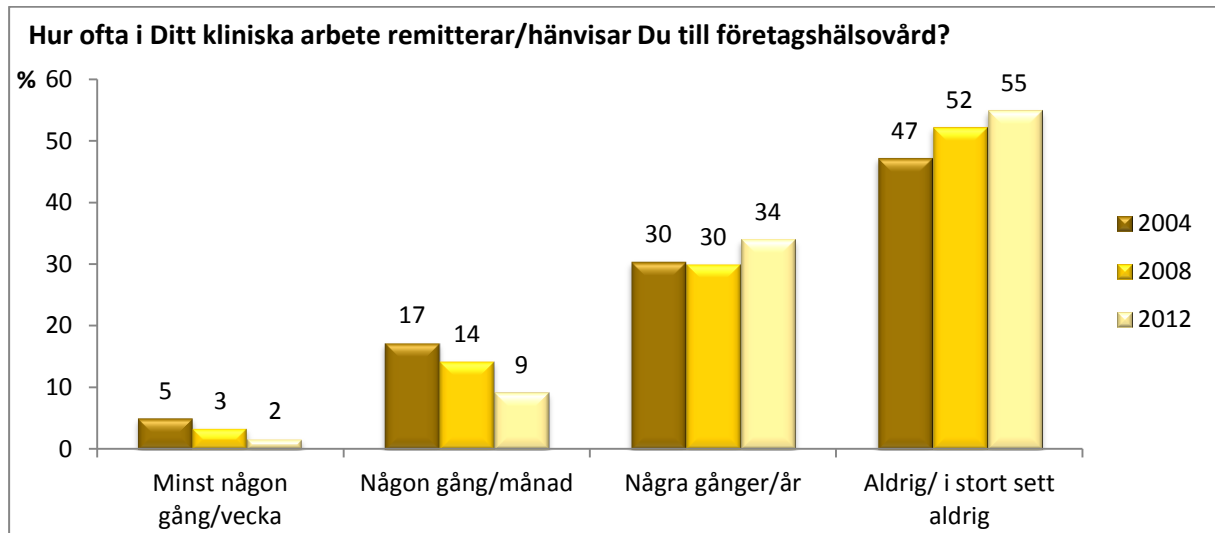
Tabell 79. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Andel läkare som sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården.	2004	2	32	12	24	7
	2008	3	21	11	16	5
	2012	4	12	12	12	3
... väntetider till utredning hos FK.	2004	0	17	18	25	6
	2008	4	7	13	10	3
	2012	2	3	9	6	1
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling.	2004	1	8	10	12	2
	2008	0	2	8	5	1
	2012	2	3	8	4	1
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare.	2004	2	9	8	13	3
	2008	3	2	6	5	2
	2012	3	1	6	5	1
... väntetider till behandling.	2004	2	39	10	24	7
	2008	1	24	11	14	5
	2012	4	16	9	10	3
... att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi).	2004	2	6	14	19	4
	2008	2	2	13	9	3
	2012	5	2	13	8	2

Samverkan och kontakter

Några frågor om samverkan och kontakter med andra aktörer fanns med i alla tre enkäterna: en fråga om hur ofta man remitterar eller hänvisar en patient till företagshälsovård och fem frågor om vilka faktorer som är viktiga för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, i enkäten 2004 uttryckt som ”fortsatt kompetensutveckling”.

Andelen som remitterade eller hänvisade till företagshälsovården minst en gång i månaden halverades mellan 2004 och 2012, medan andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var 8 procentenheter större 2012 än 2004 (Figur 126).



Figur 126. Andel (%) läkare i relation till hur ofta man remitterade patienter till företagshälsovård år 2004, 2008 respektive 2012.

Skillnaderna var stora mellan de olika klinikgrupperna (Tabell 80); andelen som remitterar till företagshälsovård var markant mindre bland läkare inom ortopedi och på vårdcentraler. Andelen ortopedier som aldrig eller i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovård nästan dubblerades mellan 2004 och 2012, från 28 till 52 procent.

Tabell 80. Andel (%) läkare i relation till hur ofta man remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de fem olika klinikgrupperna.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	1	4	19	76
	2008	1	3	16	80
	2012	0	2	14	84
Ortopedi	2004	10	29	32	28
	2008	11	21	28	40
	2012	1	12	36	52
Psykiatri	2004	3	15	34	47
	2008	4	14	33	49
	2012	2	8	37	52
Vårdcentral	2004	9	34	37	20
	2008	4	25	41	30
	2012	3	19	51	28
Övriga läkare	2004	4	11	28	57
	2008	2	9	26	62
	2012	1	5	26	68

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

Det fanns en tendens till att en något mindre andel angav att de olika kontakterna har stort värde 2012 jämfört med 2004 (Tabell 81). Andelen som menade att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplats har stort eller måttligt värde för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var 15 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004.

Tabell 81. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2004, 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
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2004	42	46	13
	2008	60	34	6
	2012	42	42	16
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2004	43	40	18
	2008	37	44	19
	2012	33	48	19
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2004	37	42	21
	2008	28	46	25
	2012	33	46	22
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2004	32	40	28
	2008	34	41	26
	2012	28	40	32
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2004	22	50	29
	2008	22	48	30
	2012	15	42	42

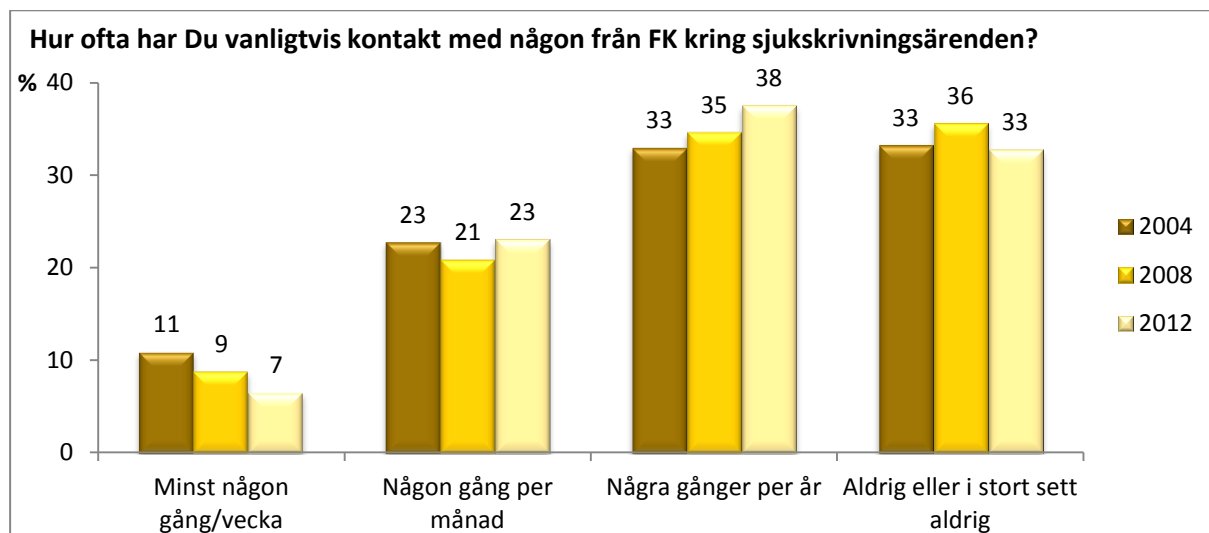
Tendensen till att en mindre andel uppgav de olika kontakterna som värdefulla för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar var tydligare vid uppdelning av resultaten på de olika klinikgrupperna (Tabell 82). När det gällde kontakter med kollegor och annan vårdpersonal var dock andelen större år 2008, och sedan åter mindre 2012, bland alla klinikgrupper. Bland ortopedier var dock andelen större än 2004 (28 %) och även 2012 (40 %). Bland läkare inom psykiatri var andelen som ansåg att samverkansmöten har stort värde något större 2008 och 2012, jämfört med 2004.

Tabell 82. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2004	36	28	44	60	35
	2008	55	50	67	70	55
	2012	38	40	47	51	36
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2004	21	24	60	66	33
	2008	21	14	52	55	28
	2012	22	22	50	47	23
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2004	22	22	50	58	28
	2008	22	16	37	40	23
	2012	22	24	42	47	24
Samverkansmöten/ avstämningsmöten	2004	14	9	48	57	22
	2008	15	7	52	58	22
	2012	6	5	52	48	16
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2004	11	10	29	29	20
	2008	12	11	31	26	20
	2012	4	2	27	22	12

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 127). Vid alla tre enkäterna angav minst en tredjedel att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan.



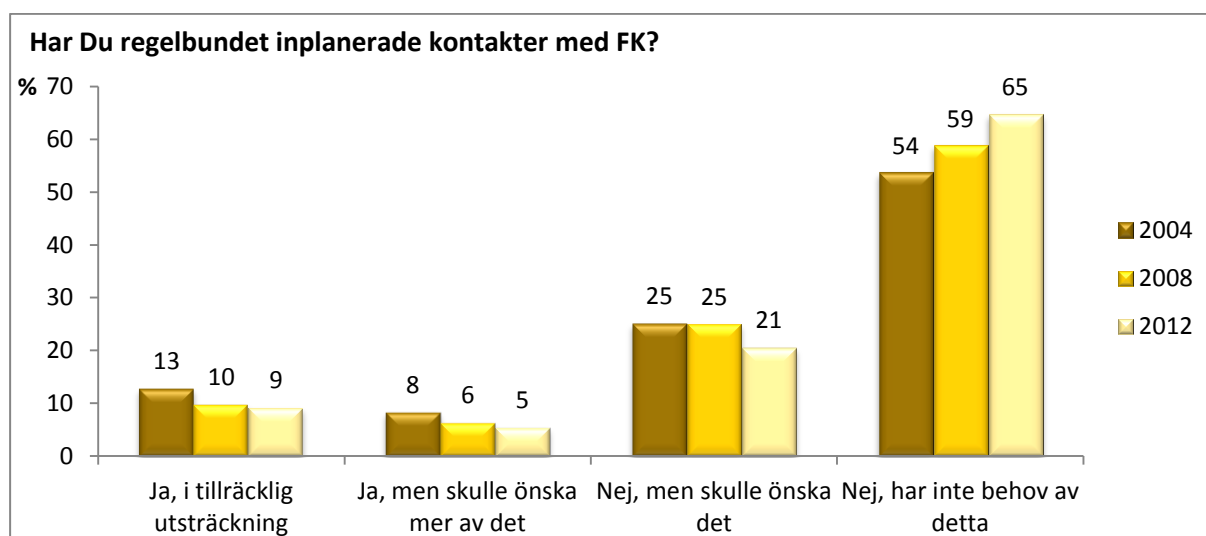
Figur 127. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

Det fanns många skillnader mellan de olika klinikgrupperna vad gäller hur ofta de angav att de har kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden, men ingen tydlig tendens. Den största skillnaden mellan åren fanns bland läkare inom gynekologi, där andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har sådan kontakt var 42 procent 2012, 25 procentenheter mindre jämfört med 2004 (Tabell 83). Andelen vårdcentralsläkare som hade kontakt med Försäkringskassan någon gång i veckan eller månaden var mindre under de två senare åren.

Tabell 83. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur ofta har Du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden?		Minst någon gång/vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	1	3	30	67
	2008	1	6	33	60
	2012	2	14	43	42
Ortopedi	2004	10	23	46	21
	2008	4	17	43	36
	2012	7	29	51	14
Psykiatri	2004	19	35	30	16
	2008	26	32	28	14
	2012	22	42	25	11
Vårdcentral	2004	18	48	28	6
	2008	9	43	38	10
	2012	7	42	42	9
Övriga läkare	2004	8	12	35	45
	2008	7	10	33	50
	2012	4	9	36	51

Andelen läkare som angav att de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan blev mindre under åren; 14 procent svarade detta 2012 vilket är att jämföra med 21 procent 2004 (Figur 128). År 2004 angav 33 procent att de ville ha 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 26 procent. Andelen som angav att de inte har behov av sådan kontakt var större under de två senare åren, och år 2012 svarade två tredjedelar av läkarna detta.



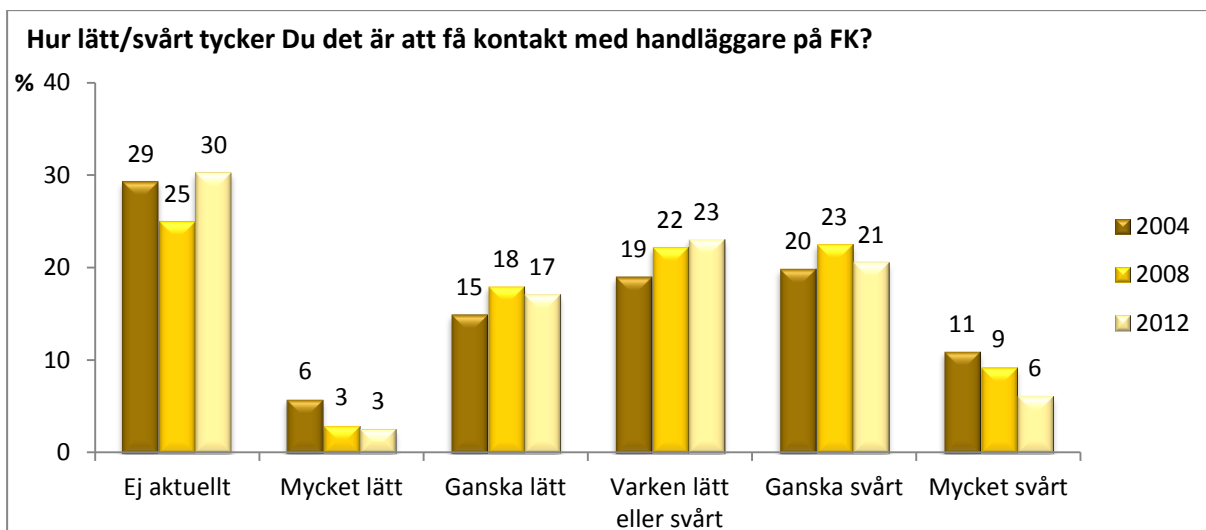
Figur 128. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan år 2004, 2008 respektive 2012.

Skillnaderna var stora mellan de olika klinikgrupperna; den största andelen som ansåg att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan fanns under åren bland läkare inom gynekologi och ortopedi, och andelen som angav att de inte har, men skulle vilja ha sådana kontakter var också mindre i båda dessa klinikgrupper de två senare åren (Tabell 84). Bland psykiatriker var andelen som angav att de har kontakter med Försäkringskassan allt större under åren; 25 procent 2012 jämfört med 11 procent 2004. Bland vårdcentralsläkare var trenden den motsatta; en mindre andel ansåg att de har sådana kontakter i tillräcklig utsträckning 2008 och 2012 (18 %) jämfört med 2004 (37 %).

Tabell 84. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

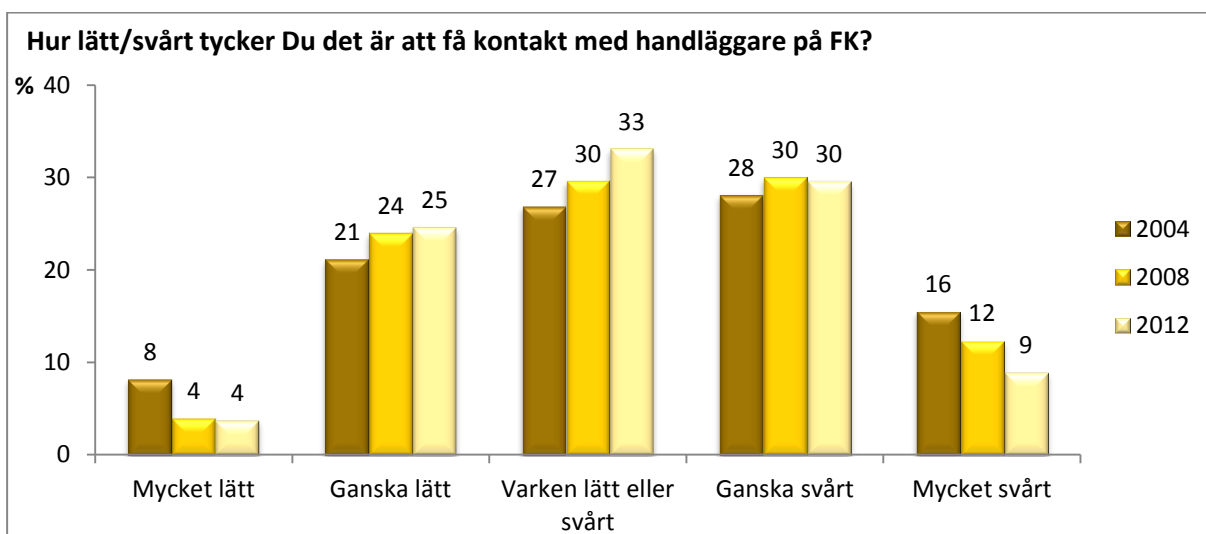
Har Du regelbundet inplanerade kontakter med FK?		Ja, i tillräcklig utsträckning	Ja, men skulle önska mer av det	Nej, men skulle önska det	Nej, har inte behov av detta
Gynekologi	2004	0	0	17	82
	2008	0	0	13	86
	2012	1	1	8	90
Ortopedi	2004	1	1	18	79
	2008	0	0	14	86
	2012	0	0	14	86
Psykiatri	2004	11	15	38	36
	2008	17	11	37	35
	2012	25	12	29	35
Vårdcentral	2004	37	20	33	10
	2008	18	14	48	20
	2012	18	11	39	32
Övriga läkare	2004	5	4	21	70
	2008	6	3	14	77
	2012	3	2	10	85

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 129). Såväl andelen som ansåg det mycket lätt som andelen som tyckte det är mycket svårt att få kontakt var mindre 2008 och 2012 jämfört med 2004.



Figur 129. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012.

När läkarna som svarade att kontakter med Försäkringskassan inte är aktuellt för dem 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 andelen som menade att det är mycket svårt att få kontakt var mindre 2012 jämfört med såväl 2004 som 2008 (Figur 130).



Figur 130. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 respektive 2012. De som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

Skillnaderna mellan hur läkarna inom de olika klinikgrupperna svarade på frågan om hur lätt/svårt det är att få kontakt med Försäkringskassan var stora. Det är dock svårt att se någon tydligt trend; andelen som ansåg att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt var successivt minskande bland läkare inom ortopedi (tio procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004), psykiatri (en minskning med tolv procentenheter från 2004 till 2012) och bland 'övriga läkare' (en minskning med åtta procentenheter), medan det motsatta förhållandet gällde för gynekologer, bland vilka 30 procent menade att det är svårt att få kontakt 2012, jämfört med 18 procent 2004 (Tabell 85). Andelen som menade att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt var sju procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004 bland läkare på vårdcentraler, men var större bland ortopedier (5 procentenheter) och gynekologer (4 procentenheter) 2012 jämfört med 2004.

Tabell 85. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Hur lätt/svårt tycker Du det är att få kontakt med handläggare på FK?		Ej aktuellt	Mycket lätt	Ganska lätt	Varken lätt eller svårt	Ganska svårt	Mycket svårt
Gynekologi	2004	59	3	4	15	9	9
	2008	41	2	11	21	12	12
	2012	44	1	10	16	20	10
Ortopedi	2004	26	1	9	22	25	17
	2008	25	3	16	22	24	11
	2012	24	2	13	29	23	9
Psykiatri	2004	11	6	18	22	31	13
	2008	9	3	23	23	32	10
	2012	9	4	23	32	25	7
Vårdcentral	2004	3	10	26	24	26	10
	2008	6	4	24	24	31	11
	2012	7	4	25	28	28	8
Övriga läkare	2004	41	5	12	16	16	11
	2008	36	3	15	21	18	7
	2012	47	2	13	19	15	4

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

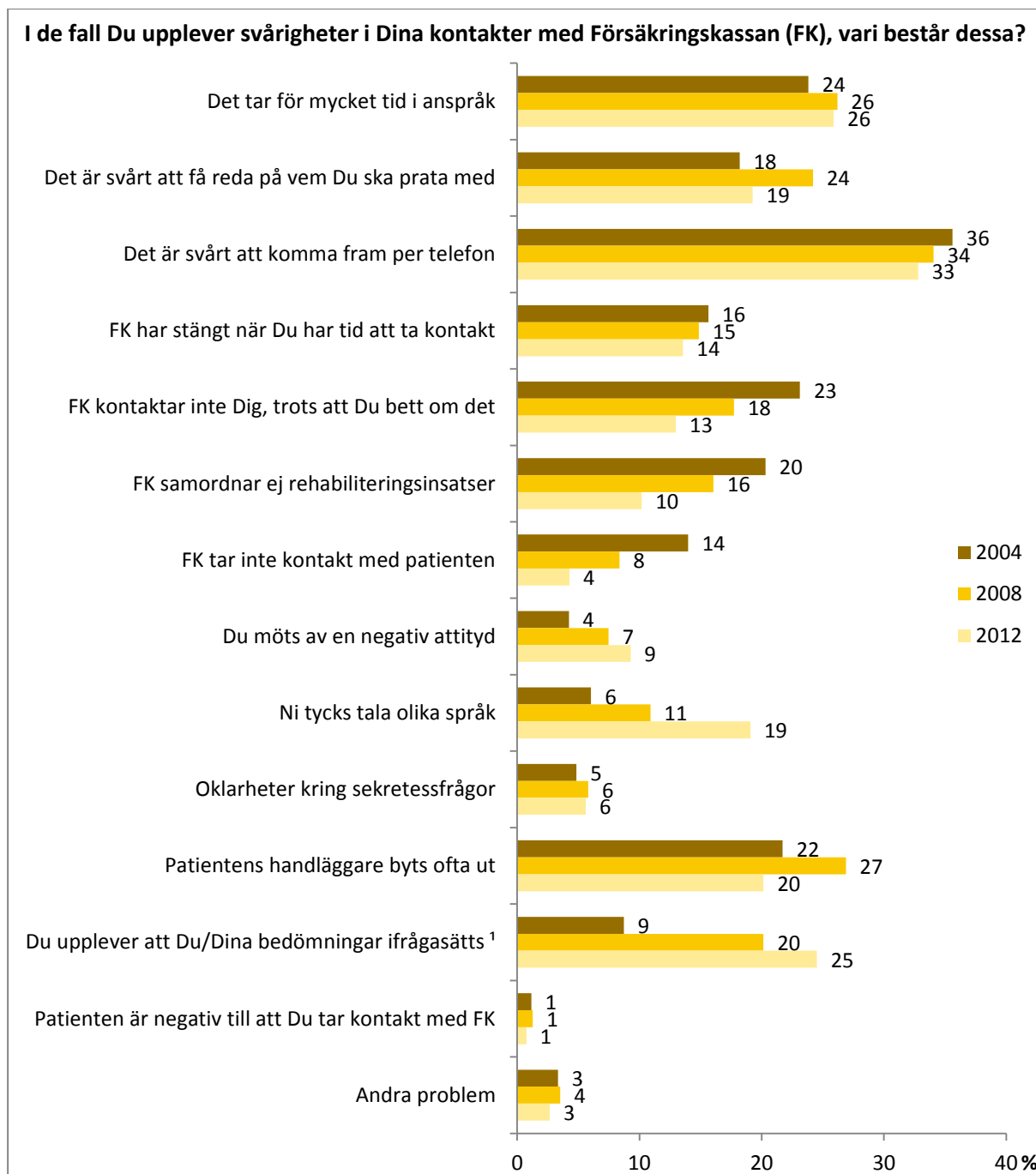
I frågan ”*I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan, vari består dessa?*” fanns tretton sådana specificerade svarsalternativ i form av potentiella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan med i alla tre enkäterna, och även ett öppet svarsalternativ fanns med (”*Andra problem*”). I enkäterna 2008 och 2012 utökades frågan med flera ytterligare alternativ samt svarsalternativet ”Upplever inga svårigheter”. För att kunna jämföra mellan alla tre enkäterna är samtliga läkare med i nämnaren i analysen.

Den svårighet som störst andel läkare angav i kontakterna med Försäkringskassan samtliga tre år var ”*Svårt att komma fram per telefon*”. Omkring en tredjedel (33-36 %) angav detta (Figur 131). Andelen som angav att de upplever att handläggare och läkare tycks tala olika språk var betydligt större såväl 2008 som 2012 jämfört med 2004, och även andelen som ansåg att de möts av en negativ attityd var större under de båda senare åren.

En successivt mindre andel svarade under åren att Försäkringskassan inte kontaktar patienten respektive läkaren själv samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser.

År 2004 ställdes frågan om läkaren upplever sig eller sina bedömningar som ifrågasatta i kontakten med Försäkringskassan. Frågan delades 2008 och 2012 upp i två separata frågor, en inriktad mot om Försäkringskassans handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar och den andra mot om Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (tidigare benämnda försäkringsläkare) gör detta. Se metod sidan 29 för hur vi valt att hantera denna ändring i analyserna.

Andelen läkare som angav att de inte upplever någon av de svårigheter som listas i Figur 131 skilde sig inte åt mellan åren (41 % 2004 och 42 % 2008 och 2012).



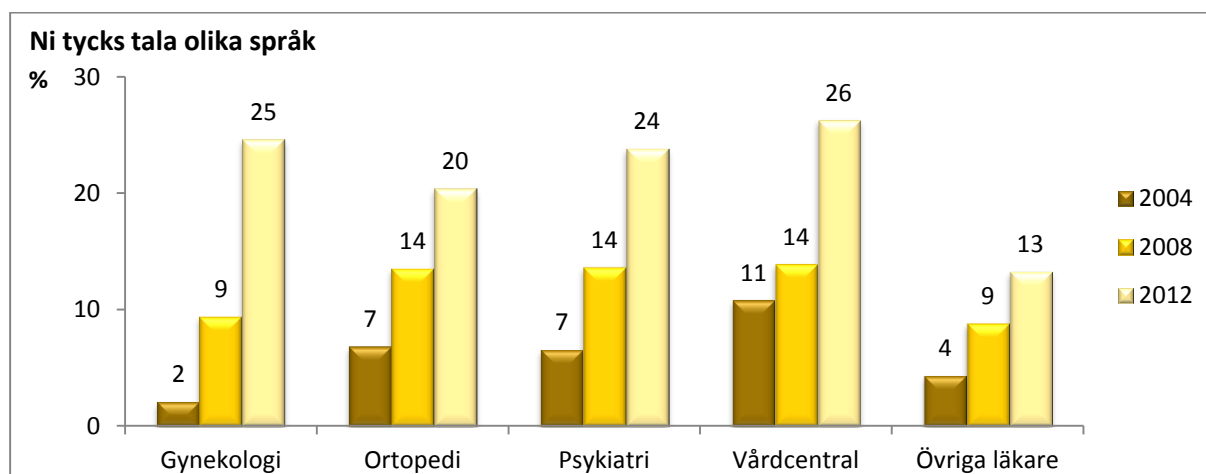
Figur 131. Andel (%) läkare som angav att de upplever olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK) år 2004, 2008 respektive 2012.

När de sex oftast upplevda svårigheterna redovisas uppdelat på de fem olika klinikgrupperna framkommer vissa skillnader mellan dem (Tabell 86). Bland läkare inom gynekologi angav en större andel att kontakterna tar för mycket tid 2008 och 2012 jämfört med 2004. Bland läkare inom psykiatri och på vårdcentraler var andelen som angav att Försäkringskassan underlåter att ta kontakt eller inte samordnar rehabilitering väsentligt mindre 2012 jämfört med 2004. Andelen som angav att det är svårt att komma fram per telefon var nio procentenheter större bland gynekologer, och lika mycket mindre bland psykiatriker, 2012 jämfört med 2004. Bland ortopedier var andelen som angav detsamma 2008 nio procentenheter mindre jämfört med 2004.

Tabell 86. Andel (%) läkare som angav de sex vanligaste typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008 och 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Det tar för mycket tid i anspråk	2004	14	42	25	35	19
	2008	23	39	31	34	20
	2012	24	39	30	37	18
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	2004	14	17	22	24	16
	2008	19	26	35	34	18
	2012	20	23	22	25	15
Det är svårt att komma fram per telefon	2004	22	45	52	46	29
	2008	24	34	51	47	26
	2012	31	43	43	45	23
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	2004	12	19	27	40	17
	2008	9	9	20	31	13
	2012	6	10	14	23	8
FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	2004	3	20	36	33	14
	2008	5	14	26	26	11
	2012	2	11	16	19	5
Patientens handläggare byts ofta ut	2004	6	16	37	37	15
	2008	8	14	45	47	17
	2012	2	7	40	35	11

Andelen som angav att de själva och Försäkringskassan tycks tala olika språk var markant större 2012 jämfört med 2004 i alla klinikgrupperna (Figur 132). Bland läkare inom gynekologi var andelen 25 procent 2012, jämfört med två procent 2004 och nio procent 2008.



Figur 132. Andel (%) läkare som angav att de själva och Försäkringskassan tycks tala olika språk år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

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 önskar mer kompetens inom samt hur läkaren värderar olika alternativ för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. I enkäten 2004 formulerades det senare som ”kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor”

Kompetensutveckling

Andelen som ansåg att den formella utbildningen haft stor betydelse för deras försäkringsmedicinska kompetensutveckling var något större 2008 jämfört med 2004, och därefter åter något mindre 2012 jämfört med 2008 (Tabell 87). Andelen som ansåg att utbildning i Försäkringskassans regi har hjälpt dem mycket i deras kompetensutveckling blev successivt mindre över åren, och andelen som angav att sådan utbildning inte var aktuell var mer än dubbelt så stor 2012 som 2004.

Tabell 87. 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	10	36	51	
	2008	6	11	37	45	
	2012 ¹	5	12	40	44	
AT-utbildning	2004	7	27	40	19	7
	2008	10	27	38	17	8
	2012	9	25	36	17	13
ST-utbildning	2004	9	29	34	18	11
	2008	12	29	29	16	14
	2012	8	23	32	18	19
Utbildning i FK:s regi	2004	9	17	27	29	17
	2008	8	16	25	24	27
	2012	6	18	27	11	38

¹ Alternativet ”Ej aktuellt” fanns endast med 2012 för denna fråga. Siffrorna visar andelen av dem som inte svarat ”Ej aktuellt”, det vill säga de som svarat ”Ej aktuellt” (11 %) är exkluderade.

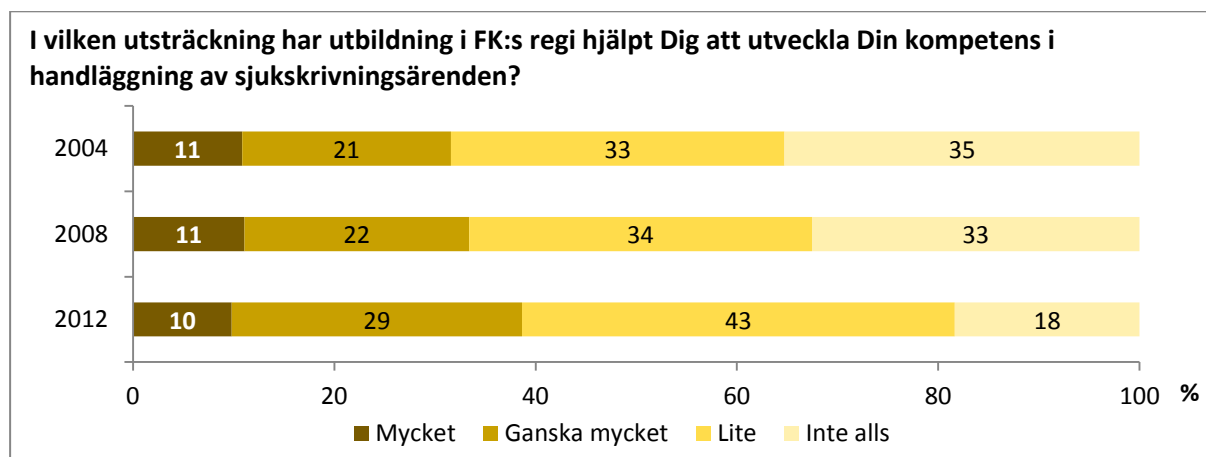
Det fanns skillnader mellan de olika klinikgrupperna, men inget tydligt mönster (Tabell 88). I tabellen är alla som svarat ”Ej aktuellt” på respektive fråga exkluderade ur analyserna. Att grundutbildningen har bidragit till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin angavs av en större andel bland läkare på vårdcentraler, bland ’övriga läkare’ och framförallt bland ortopedier såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004. AT-utbildningen angavs ha varit till nytta av störst andel 2008, utom bland vårdcentralsläkarna, där andelen som ansåg att den betytt mycket blev successivt större under åren. Även ST-utbildningen angavs ha bidragit mycket, särskilt år 2008, och det gällde samtliga klinikgrupper. Här fanns dock en tendens att andelen som menade att ST-utbildningen bidragit mycket till försäkringsmedicinsk

kompetensutveckling var mindre 2012, jämfört med 2004. Utbildning i Försäkringskassans regi uppskattades av en allt större andel av läkarna inom gynekologi och bland 'övriga läkare' under de åtta åren, medan motsvarande andel bland läkare på vårdcentraler blev mindre genom åren.

Tabell 88. 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, uppdelat på de fem olika klinikgrupperna. De som svarat "Ej aktuellt" på frågorna är exkluderade ur denna analys.

Har bidragit mycket eller ganska mycket till försäkringsmedicinsk kompetens		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Grundutbildning	2004	18	13	16	8	14
	2008	17	20	23	11	19
	2012	14	21	17	11	18
AT-utbildning	2004	45	40	32	24	41
	2008	51	48	38	26	43
	2012	47	44	33	30	41
ST-utbildning	2004	45	43	47	45	38
	2008	52	48	53	49	41
	2012	44	42	40	46	29
Utbildning i FK:s regi	2004	15	25	34	46	23
	2008	23	20	35	41	25
	2012	23	25	35	41	33

När andelen läkare som svarat att det inte var aktuellt med utbildningar i Försäkringskassans regi exkluderas ur analysen (Figur 133) 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 133).



Figur 133. Andel (%) läkare som angav att vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem mycket, ganska mycket, lite eller inte alls att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom flera försäkringsmedicinska områden (Tabell 89). Under alla tre åren önskade en stor andel mer kunskap i att bedöma arbetsförmåga, om de krav som ställs i olika yrken samt i att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad, och andelen var särskilt stor 2008. Att skriva läkarintyg var det område där lägst andel önskade kompetensutveckling, även om en något ökande andel uppgav behov av detta över åren.

Tabell 89. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av fördjupad kompetens inom de olika listade områdena år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2004	13	30	40	16
	2008	19	35	32	14
	2012	13	36	34	17
Vilka krav som ställs i olika yrken	2004	12	33	40	15
	2008	16	37	33	15
	2012	13	33	35	19
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2004	15	34	37	14
	2008	17	37	33	12
	2012	11	35	37	17
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2004	13	26	41	19
	2008	11	21	41	27
	2012	7	19	42	32
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2004	4	16	52	28
	2008	5	16	49	31
	2012	5	19	46	31
Utforma optimala handlingsplaner	2004	9	33	37	20
	2008	10	31	37	23
	2012	8	29	36	27
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2004	5	24	47	24
	2008	5	21	46	28
	2012	4	20	43	34

När man delar upp resultaten på de olika klinikgrupperna visar sig såväl likheter som skillnader; andelen som angav mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens i konflikthantering blev mindre inom alla klinikgrupperna, och allra mest bland läkare på vårdcentraler (22 procentenheter mindre 2012, jämfört med 2004) (Tabell 90). En successivt mindre andel vårdcentralläkare angav också behov av mer kompetens om vilka krav som ställs i olika yrken, att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad samt i att utforma optimala handlingsplaner. Bland läkare inom alla klinikgrupper utom gynekologi blev

andelen som sade sig behöva mer kompetens i att ta ställning till behov av kontakt med Försäkringskassan successivt mindre under åren.

Tabell 90. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika arbetsuppgifter relaterade till sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2004	27	29	51	73	33
	2008	40	48	67	77	42
	2012	32	29	63	71	38
... veta vilka krav som ställs i olika yrken	2004	33	43	52	70	36
	2008	48	53	59	71	42
	2012	30	41	55	63	37
... bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2004	34	36	55	73	41
	2008	49	49	62	73	45
	2012	31	41	54	62	37
... hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2004	40	33	34	61	31
	2008	39	23	33	48	23
	2012	28	20	28	39	19
... skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2004	13	12	23	30	16
	2008	18	11	24	31	16
	2012	17	13	28	32	20
... utforma optimala handlingsplaner	2004	22	27	52	70	32
	2008	24	30	52	64	30
	2012	24	29	42	53	29
... ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2004	22	28	33	37	26
	2008	26	25	31	33	22
	2012	22	20	24	30	21

Andelen som angav mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringsystemet var något mindre 2012, jämfört med 2004 och 2008. Dock var andelen som angav sådant behov fortsatt stor även 2012, 45 respektive 54 procent. Även andelen som angav behov av mer kompetens om privata försäkringar och tilläggsförsäkringar var stor under åren, 43-44 procent (Tabell 91).

Tabell 91. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av fördjupad kompetens inom olika regel- och ersättningssystem relaterade till sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2004	12	38	37	13
	2008	12	38	36	14
	2012	12	33	39	17
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	2004	18	41	29	12
	2008	19	40	28	14
	2012	19	35	27	20
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	2004	11	32	39	18
	2008	14	30	35	20
	2012	16	28	31	25

När resultaten delades upp på de olika klinikgrupperna var den största skillnaden mellan åren att andelen läkare inom gynekologi som angav mycket eller ganska stort behov av mer kompetens inom 'andra ersättningsformer' var 15 procentenheter mindre 2012. Andelen som angav att de har behov av mer kompetens i regelsystemet blev mindre inom samtliga klinikgrupper över åren (Tabell 92).

Tabell 92. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika regel- och ersättningssystem relaterade till sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... regelsystemet kring sjukförsäkringen	2004	44	54	60	57	45
	2008	45	52	63	57	44
	2012	38	49	52	51	39
... andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	2004	42	60	71	72	53
	2008	43	54	74	71	52
	2012	27	53	70	71	44
... privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	2004	33	34	48	50	40
	2008	36	45	53	48	42
	2012	32	36	54	52	39

Andelen som angav behov av ökad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning blev successivt mindre under åren (Tabell 93). Sexton till 17 procent angav 2012 att de inte har något behov av mer kompetens inom dessa områden, jämfört med tio till elva procent 2004.

Tabell 93. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av fördjupad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2004	15	38	35	11
	2008	14	38	35	13
	2012	11	33	39	17
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	19	42	29	10
	2008	16	42	30	12
	2012	13	37	34	17
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	19	43	28	10
	2008	15	41	30	13
	2012	13	38	33	16
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	21	41	27	11
	2008	17	41	28	14
	2012	14	39	31	17

Samma mönster framträder när resultaten delas upp på de olika klinikgrupperna; behovet av mer kompetens anges av en mindre andel 2012 jämfört med såväl 2008 som 2004 (Tabell 94). Allra störst skillnad fanns bland läkare på vårdcentraler, som ansåg sig behöva mer kompetens inom Försäkringskassans, arbetsgivares och Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, i samtliga fall var andelen 16 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004.

Tabell 94. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om...		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2004	51	52	59	64	49
	2008	51	55	61	58	46
	2012	36	44	54	51	39
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	54	61	76	75	54
	2008	55	59	70	67	50
	2012	46	49	64	59	42
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	57	61	75	76	54
	2008	56	59	67	69	48
	2012	47	55	63	60	43
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	52	62	77	79	53
	2008	50	55	74	71	49
	2012	44	57	68	63	44

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 metodavsnittet sidan 29).

Andelen läkare som svarade att det är värdefullt med handledning, information via Internet och kurser blev allt större under åren. En dryg fjärdedel ansåg 2004 att konferenser och seminarier saknar värde, jämfört med en knapp tredjedel 2012 (Tabell 95).

Tabell 95. Andel (%) läkare som angav att olika typer av utbildningar och informationskanaler har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete år 2004, 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
Handledning	2004	31	42	27
	2008	33	43	23
	2012	41	39	20
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2004	21	55	24
	2008	17	55	28
	2012	19	59	23
Information via Internet	2004	19	50	31
	2008	24	50	26
	2012	36	49	16
Kurser ¹	2004	30	45	25
	2008	37	41	22
	2012	46	38	16
Konferenser, seminarier	2004	28	47	26
	2008	16	48	35
	2012	24	45	31

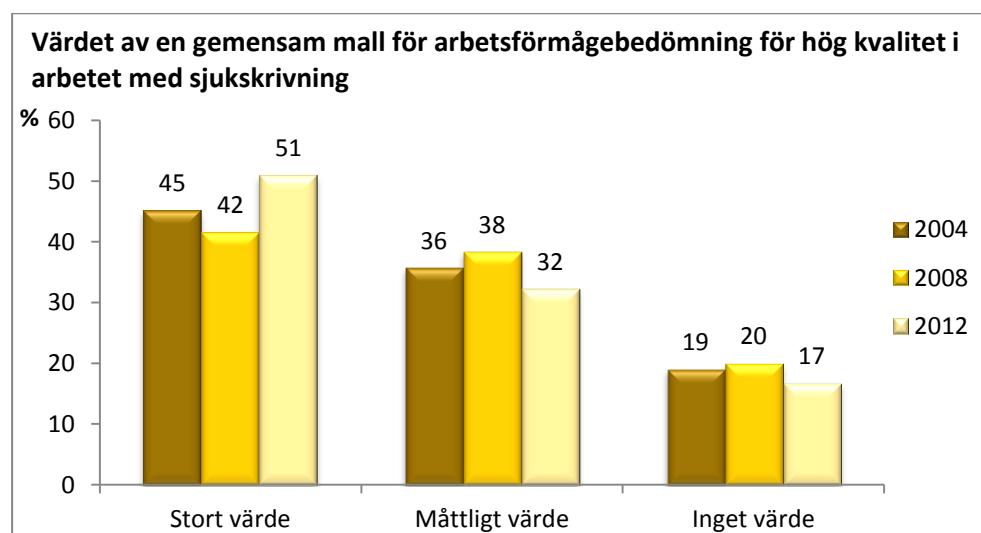
¹ Sammanslagning av två frågor 2008 och 2012 (se sidan 29).

Ett likartat mönster syns vid uppdelning av resultaten på de olika klinikgrupperna; andelen som angav att handledning, information via Internet och kurser har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning var markant större 2012 (Tabell 96). När det gällde handledning var skillnaden störst bland ortopederna (13 procentenheter större 2012 jämfört med 2004), likaså när det gällde kurser (23 procentenheter större 2012 jämfört med 2004). Medan andelen som ansåg att information via Internet har stort värde för kvaliteten ökade mest bland läkare inom gynekologi, där 22 procentenheter fler angav detta 2012, jämfört med 2004.

Tabell 96. Andel (%) läkare som uppgav att olika typer av utbildningar eller informationskanaler har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

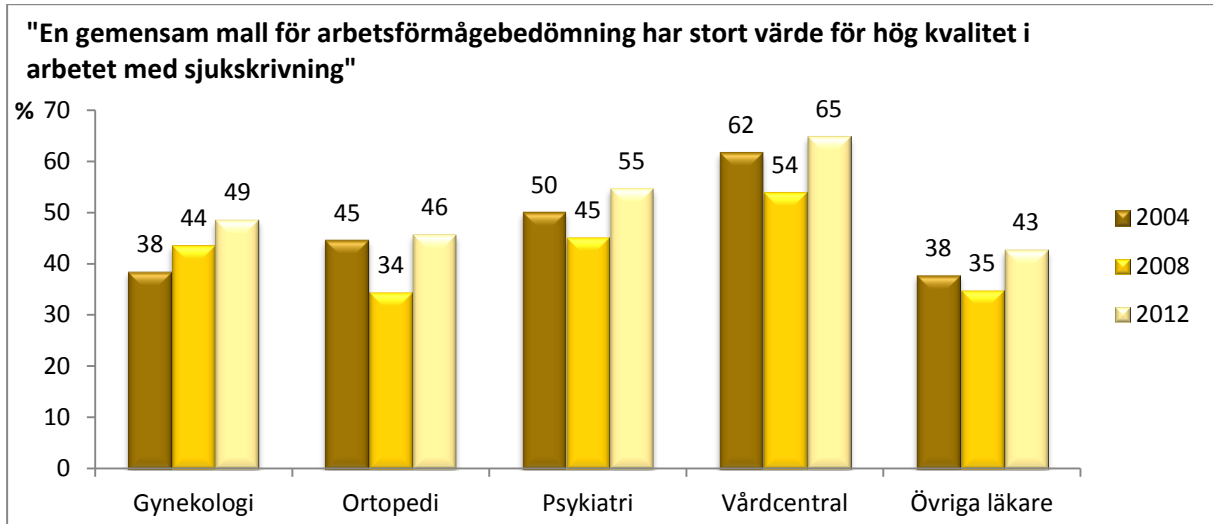
Har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet		Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Handledning	2004	23	15	34	49	24
	2008	29	24	39	47	27
	2012	32	28	45	52	35
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2004	27	20	30	22	18
	2008	22	14	27	17	15
	2012	22	14	28	14	20
Information via Internet	2004	19	19	27	16	18
	2008	26	21	30	24	23
	2012	41	38	40	30	37
Kurser	2004	19	23	44	46	23
	2008	34	31	50	47	30
	2012	38	46	49	57	40
Konferenser, seminarier	2004	21	20	40	40	22
	2008	14	10	24	23	12
	2012	17	20	27	31	21

Andelen som ansåg att ett gemensamt verktyg/mall som stöd i arbetsförmågebedömningar skulle ha stort värde var stor vid alla tre enkäterna (Figur 134). År 2012 ansåg hälften (51 %) detta.



Figur 134. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg/mall för att bedöma arbetsförmåga skulle ha stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning år 2004, 2008 respektive 2012.

Det fanns stora skillnader mellan de olika klinikgrupperna beträffande i hur stor andel som menade att en gemensam mall för bedömning av arbetsförmåga skulle ha stort värde för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 135). Andelen var störst bland läkare på vårdcentraler, och därefter bland läkare inom psykiatri, alla tre åren.



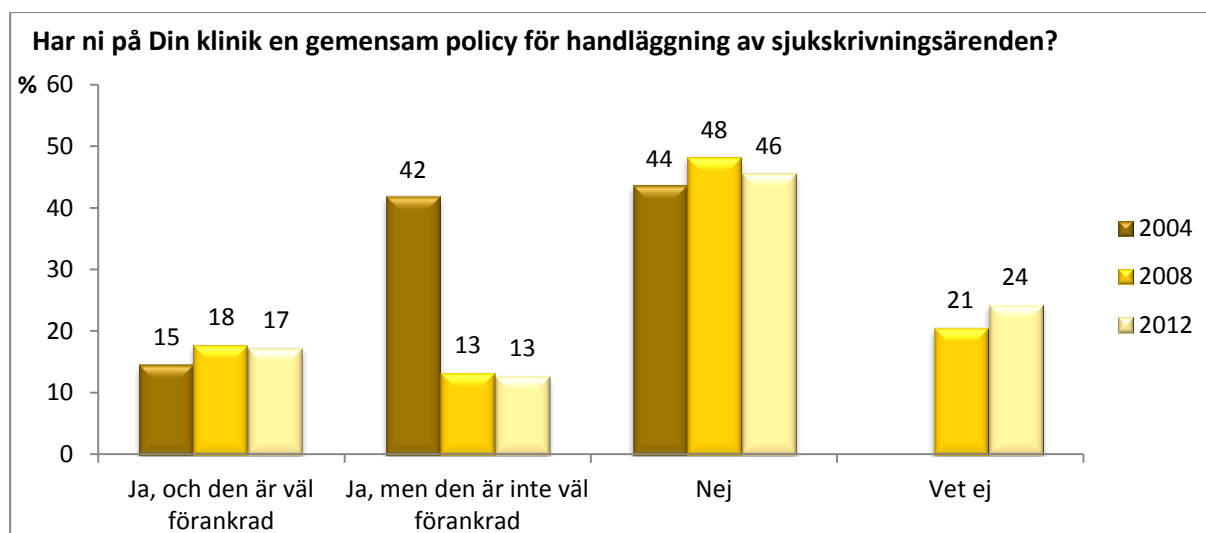
Figur 135. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg/mall för att bedöma arbetsförmåga skulle ha stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

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 finns en gemensam policy som är väl förankrad, jämfört med 2004, samtidigt som en avsevärt mindre andel svarade att det finns en policy men att den inte är väl förankrad (Figur 136). Som framgår av metodavsnittet (sidan 29) 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 136. 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.

Andelen läkare som svarade ”Ja, och den är väl förankrad” var större 2012 jämfört med 2004 inom flera av klinikgrupperna. Bland läkare på vårdcentraler var den 14 procentenheter större, och bland läkare inom ortopedi var andelen dubbelt så stor 2012 som 2004 (Tabell 97).

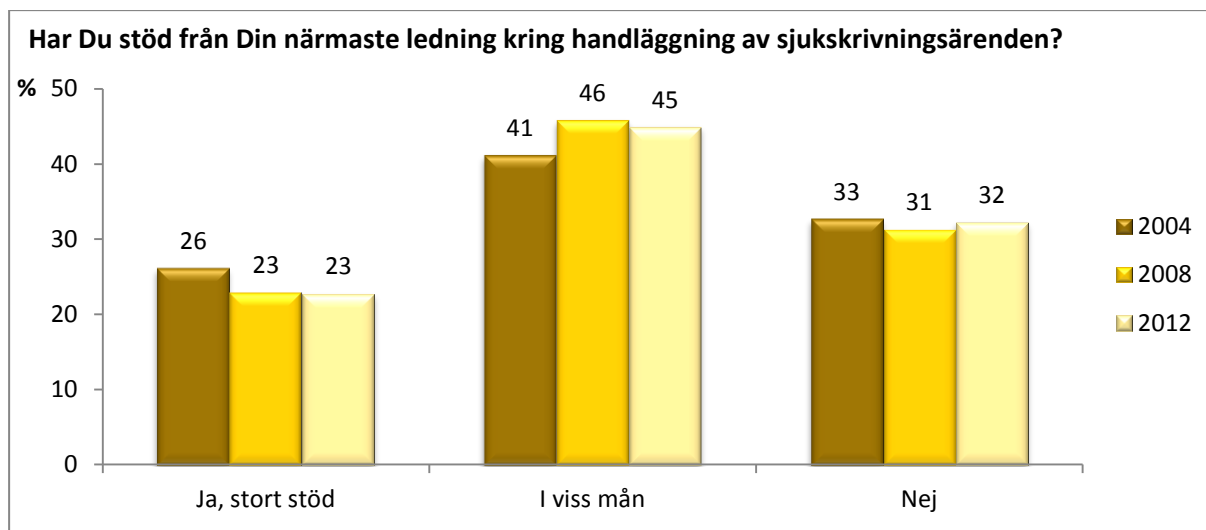
Tabell 97. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden år 2004, 2008 respektive 2012, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?		Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet ej
Gynekologi	2004	19	52	30	
	2008	16	17	48	19
	2012	23	16	41	20
Ortopedi	2004	8	39	54	
	2008	9	13	58	20
	2012	16	13	55	16
Psykiatri	2004	18	42	40	
	2008	19	11	46	24
	2012	14	13	47	27
Vårdcentral	2004	11	55	33	
	2008	21	17	46	16
	2012	25	20	35	20
Övriga läkare	2004	16	35	50	
	2008	17	12	49	22
	2012	13	8	51	28

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Inte heller på frågan om läkaren känner stöd från sin närmaste ledning 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 (11 % angav något av dessa svarsalternativ 2008 och 8 % 2012).

Skillnaderna mellan de tre åren är marginella. En något mindre andel 2008 och 2012, jämfört med 2004, angav att de upplever stort stöd i arbetet med sjukskrivning, medan en något större andel angav att de i viss mån upplever stöd dessa år (Figur 137).



Figur 137. 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.

När resultaten delas upp på de olika klinikgrupperna är förändringarna över åren större i några fall: andelen läkare inom ortopedi som angav sig uppleva stort stöd var tio procentenheter mindre 2008 än 2004, och andelen läkare inom psykiatri som angav sig uppleva visst stöd var åtta procentenheter större 2012 än 2004 (Tabell 98).

Tabell 98. 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, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

Har Du stöd från Din närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden?		Ja, stort stöd	I viss mån	Nej
Gynekologi	2004	26	44	31
	2008	23	46	30
	2012	23	47	30
Ortopedi	2004	24	39	37
	2008	14	46	39
	2012	20	41	39
Psykiatri	2004	28	39	33
	2008	25	48	27
	2012	24	47	30
Vårdcentral	2004	32	47	22
	2008	26	50	23
	2012	30	49	21
Övriga läkare	2004	22	39	39
	2008	19	43	38
	2012	17	42	41

Sammanfattning om skillnader 2004 - 2008 - 2012

- Generellt var skillnaderna i läkarnas svar större mellan 2004 och 2008 än mellan 2008 och 2012.
- Andelen läkare som svarade att de har minst sex sjukskrivningsärenden per vecka blev mindre för varje enkätår.
- Alla tre åren upplevde mer än hälften av läkarna att det är mycket problematiskt att bedöma patienters arbetsförmåga.
- Andelen läkare som känner sig hotade av eller är oroliga för att bli anmälda av en patient i samband med sjukskrivningar var i stort sett densamma under de tre åren. Fortfarande 2012 var det dock endast omkring 15 procent som aldrig eller i stort sett aldrig upplever någon sådan oro eller hot.
- Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt av olika skäl blev allt mindre för varje enkätår, och tendensen var tydligast vad gäller andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan.
- Över de tre åren angav en allt mindre andel läkare att de upplever det som mycket svårt att få kontakt med Försäkringskassan. En allt större andel menade att de inte har behov av regelbunden kontakt med Försäkringskassan. En allt större andel uppgav dock att deras bedömningar blir ifrågasatta av handläggare, liksom att de själva och Försäkringskassan tycks tala olika språk. Å andra sidan var det en tydlig trend att andelen blev mindre som upplevde svårigheter med att Försäkringskassan inte tar kontakt trots att läkaren bett om det, att Försäkringskassan inte tar kontakt med patienten eller inte samordnar rehabiliteringsinsatser.
- Andelen som angav behov av kunskap om egna och andras möjligheter och skyldigheter var allt mindre över de tre åren. Även behovet av mer kompetens i att ta ställning till när kontakt med Försäkringskassan behövs, att utforma handlingsplaner under sjukskrivningar och att hantera konflikter med patienter kring sjukskrivning angavs av allt mindre andel över åren.
- Andelen som angav att kurser, information via Internet och handledning har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning blev stadigt större över åren. En stor andel angav alla år – hälften år 2012 – att ett gemensamt verktyg för bedömning av arbetsförmåga skulle vara av stort värde.
- Andelen som angav att de har en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik var något större 2008 än 2004 men något mindre år 2012.
- År 2012 angav fortfarande närmare hälften att de inte har någon policy för sjukskrivningsfrågor på sin klinik. Andelen som inte upplevde något stöd kring hantering av sjukskrivningsärenden från sin närmaste ledning var densamma, runt en tredjedel, de tre åren. Inga skillnader mellan de tre åren ses alltså vad gäller organisatoriska förutsättningar.

Slutkommentar

Övergripande resultat och slutsatser återfinns i sammanfattningen på sidan 6. 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 är det inte möjligt att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 59 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [236]. 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 (59 %), får sålunda betecknas som förhållandevis god.

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 eller förekomst av organisatoriskt stöd. 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, då de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste man väga betydelsen av att använda exakt samma frågeformuleringar i varje enkät mot värdet av att försöka förbättra frågornas utformning. Som framkommit tidigare i rapporten är forskningen om läkares arbete med sjukskrivning ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade och brett prövade 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. För att fånga effekterna av nya fenomen, till exempel det nya systemet med möjlighet till elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, har nya frågor utvecklats. För att inte mängden frågor ska bli alltför stor har därför några tidigare frågor inte tagits med i 2012 års enkät.

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. I en särskild analys av svarsmönstret för dem som var över 65 år när de svarade på 2008 års enkät fann vi att deras svarsmönster inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [151].

Skillnaderna var ofta stora mellan olika typer av kliniker. Detta var väntat, 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 att behov av till exempel det försäkringsmedicinska beslutsstödet skiljer sig åt.

År 2012 har 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 [237].

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 inom sjukskrivningsområdet de senaste tio åren (se bakgrundsavsnittet sidan 13 och 16). När det gäller jämförelser över tid var det i de flesta fall större skillnader i svarsmönstret mellan 2004 och 2008 än mellan 2008 och 2012.

Våra resultat visar att andelen läkare som upplever olika typer av problem inte har minskat nämnvärt trots färre sjukskrivningsfall [237] 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 vårdcentraler eller husläkarmottagningar, det vill säga till allmänläkare. Resultaten visar att vårdcentralsläkare trots detta fortfarande 2012 på ett antal variabler upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än läkare inom andra kliniska verksamheter. Detta gäller till exempel att bedöma arbetsförmåga, att göra en långsiktig prognos för arbetsförmåga, att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig gentemot olika myndigheter och att handlägga längre sjukskrivningar.

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 av läkarna 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 anser att kurser i försäkringsmedicin har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, och att motsvarande siffra var 39 procent för 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 medfört 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, 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 [216]. Fortfarande 2012 tycks de flesta läkare varken ha en väl förankrad policy för sjukskrivning eller känna ett stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef.

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. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet. 2013.
2. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) 167. 2003.
3. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
4. 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.
5. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008.
6. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
7. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
8. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen. 2005.
9. 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.
10. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
11. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
12. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
13. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
14. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
15. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
16. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
17. 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.
18. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
19. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
20. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
21. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
22. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
23. 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.
24. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:5. 2000.

25. 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.
26. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5. 2002.
27. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66. 2008.
28. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
29. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
30. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
31. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
32. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Socialstyrelsen SOSFS 2011:9. 2011.
33. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen. 2007.
34. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
35. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
36. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
37. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund: Sveriges läkarförbund. 2006.
38. 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.
39. 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.
40. 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).
41. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
42. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
43. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
44. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
45. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
46. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.

47. 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.
48. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
49. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
50. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993: Försäkringskassan i Robertsfors. 1993.
51. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):152-5.
52. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
53. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
54. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos 16. 2010.
55. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
56. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
57. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
58. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
59. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
60. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2004.
61. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen. 2003.
62. 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.
63. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram: Försäkringskassan. 2010.
64. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan. 2011.
65. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation: Försäkringskassan. 2012.
66. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
67. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
68. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
69. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
70. 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.
71. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;Accepted.

72. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
73. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
74. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
75. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
76. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
77. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
78. 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.
79. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
80. 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.
81. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
82. 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.
83. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahrinejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004.
84. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
85. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen SOSFS 2005:12 (M); Föreskrifter. 2005.
86. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
87. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
88. 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.
89. 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.
90. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005 november, 2005:3666-74.
91. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
92. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
93. 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.

94. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007: Socialstyrelsen. 2008.
95. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta: Sveriges kommuner och landsting. 2008.
96. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet. 2011.
97. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund. 2011.
98. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet. 2011.
99. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
100. Rehabiliteringsgarantin 2009-2010: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
101. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.
102. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
103. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. 2012.
104. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat: Försäkringskassan. 2013.
105. Vad ska ett medicinskt underlag innehålla? Stockholm: Försäkringskassan FK7263. 2010.
106. Vad ska ett läkarintyg innehålla?: Försäkringskassan. 2011.
107. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen. 2009.
108. 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.
109. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
110. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ca49db8e-e9a3-4086-b7fa-c17f77c12a68/sj_4129_tidsbegransning_av_sjukpenning1305.pdf?MOD=AJPERES. 2013.
111. 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.
112. Niederkrotenthaler 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.
113. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
114. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. 2011.
115. 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.
116. 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.

117. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
118. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
119. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
120. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
121. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
122. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
123. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
124. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
125. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
126. 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.
127. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
128. Vilka mekanismer har styrt sjukskrivningsmiljarden?: Inspektionen för socialförsäkringen. 2011.
129. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
130. 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;
131. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen 13. 2011.
132. <http://www.uppdragsguiden.sll.se/auktorisering>. 2009.
133. Hur får vi bra kvalitet i sjukskrivningsprocessen? Dokumentation från seminarium arrangerat av Ögat på sjukskrivning/Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samverkan med Produktionssamordning/Landstingsstyrelsens förvaltning. 2009.
134. Arrelöv B, Falkenberg A, Laur A, Andreen Sachs M. Sjukskrivningsaudit 2008 Stockholm: Stockholms läns landsting. 2009.
135. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Sjukskrivningsaudit 2006 - en beskrivning av deltagande läkare, deras svar på frågor om sjukskrivningar samt synpunkter på autditmetoden. 2007.
136. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Utfärdande av Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång. 2007.
137. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 2 - Samverkansmöten kring sjukskrivna patienter - en studie av tid- och resursåtgång. Stockholm. 2007.
138. Falkenberg A. Rapport från seminarier - Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen för verksamhetschefer i samverkan med SKL den 27 januari och 10 februari 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2009.

139. Falkenberg A, Wenke J. Kan samtalsstöd i grupp användas i förebyggande syfte för att minska risken för långtidssjukskrivning? - erfarenheter från en central satsning inom landstinget på samtalsstöd för kvinnliga läkare. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2009.
140. Gonäs L. Nätverk av socioekonomiska experter inom icke-diskriminering. Landrapport 1, Sverige. Karlstad. 2009.
141. Grönqvist A-C. Implementering av Nationellt Försäkringsmedicinskt Beslutsstöd, Seminarier under hösten 2008 - slutrapport. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2008.
142. Grönqvist A-C. Slutrapport seminarier om det Nationella Försäkringsmedicinska Beslutsstödet. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2008.
143. Khan J, Arrelöv B, Laur A, Rehnberg C. Landstingets kostnader för sjukskrivningsuppdraget - medicinska och försäkringsmedicinska kostnader samt samhällsekonomiska aspekter: Centrum för folkhälsa, Enheten för Hälsoekonomi och Centrum för Vårdutveckling Stockholms läns landsting. 2008.
144. Arrelöv B, Laur A. Utfärdande av läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång. Ögat på sjukskrivning. Delrapport 1. Stockholm: Stockholms läns landsting FORUM/HSN förvaltning. 2007.
145. Arrelöv B. Sjukvården har möjlighet att påverka sjukskrivningarna. Läkarna anser att de borde vara mer restriktiva med att sjukskriva. Läkartidningen. 2007;104(39):2788 - 91.
146. Ögat på sjukskrivning - åtgärder för minskad sjukfrånvaro. Redovisning av aktiviteter i projektet under 2007-2010. Slutrapport.: Stockholms läns landsting. 2010.
147. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008-2009: Stockholms läns landsting. 2011.
148. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga: Fritzes SOU:2009:89. 2009.
149. <http://www.viss.nu/>. 2013 [cited 2013 30 september].
150. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. BMC Public Health. 2012;12:702.
151. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet. 2010.
152. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlns läns landsting/ Försäkringskassan. 2006.
153. 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.
154. 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).
155. Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin: Stockholms läns landsting. 2012.
156. Handlingsplan för kompetenssatsning i försäkringsmedicin, redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden: Stockholms läns landsting. 2013.
157. Fresk M, Backlund L. Sjukskrivningsmönster och kvalitetsuppföljning av sjukintyg inom primärvården 2012: Stockholms läns landsting. 2013.
158. Kiessling A, Arrelöv B, Larsson A, Henriksson P. Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. Scandinavian Journal of Public Health. 2013;41(4):412-20.
159. Fresk M, Arrelöv B, Skånér Y, Backlund L, Nilsson G. ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. Läkartidningen. 2013;27-28(110).

160. Arrelöv B. Yttrande över ”Patientnämndsärende gällande brister i sjukskrivningsprocessen”. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, medicinska staben, Stockholms läns landsting. 2011.
161. Sammanställning av patientnämndsärenden som behandlar sjukskrivning, 2011, arbetsgruppen för rehabilitering och sjukskrivning: Stockholms läns landsting. 2013.
162. Redovisning av villkor om att införa lokala ledningssystem i hälso- och sjukvården Stockholms län: Stockholms läns landsting. 2011.
163. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen - Nuläge, utvecklingsbehov, koordinering; Redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden: Stockholms läns landsting. 2013.
164. Redovisning av åtgärder enligt handlingsplan för en jämställd sjukskrivningsprocess 2010-2011: Stockholms läns landsting. 2011.
165. Handlingsplan för jämställda sjukskrivningar, 2012-13: Stockholms läns landsting. 2012.
166. Upmark M. Kvinnors ohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2008.
167. Pilotprojektet: Jämt sjukskriven - ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Slutrapport: Stockholms läns landsting. 2010.
168. Kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Statistikrapport för Stockholms län, 2011. 2012.
169. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
170. 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.
171. 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.
172. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
173. 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.
174. 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.
175. 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.
176. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap. 2006.
177. 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.
178. 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.
179. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.

180. 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.
181. 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.
182. 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.
183. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
184. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
185. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
186. Palmer E. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv. SKA-projektet. 2006.
187. 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.
188. 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.
189. 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.
190. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? 2008.
191. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudou S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006 Oct;124(3):330-7.
192. 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.
193. 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.
194. 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.
195. 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.
196. 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.
197. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahrinejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2002.
198. 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.
199. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2003.
200. 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.
201. 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.
202. 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.
203. 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.
204. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen.* 2003;100(17):1509.
205. 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.
206. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work.* 2004;22:247-54.
207. Klanghed U, Söderberg E, Svensson T, Alexanderson K. Encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. Manuscript. 2003.
208. 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.
209. 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.
210. Östlund G. Promoting return to work [PhD]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2002.
211. 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.
212. Müssener 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.
213. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract.* 2008 Feb 2.
214. 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.
215. 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.
216. 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.

217. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004 Jan 10;328(7431):88.
218. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
219. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):20-6.
220. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002 Aug 20;122(19):1874-9.
221. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007 May;29(4):497-514.
222. 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.
223. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007 Jun 16;137(23-24):341-6.
224. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson Kr, 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.
225. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
226. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet. 2005.
227. 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.
228. 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.
229. 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.
230. 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.
231. 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.
232. 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.
233. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2013.

234. 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.
235. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast. 2011.
236. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
237. OECD. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. 2010.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-981256-2-7