

Försäkringsmedicinsk kompetens och kompetensutveckling bland läkare under vidareutbildning i Stockholms län

Resultat från en enkätstudie år 2012
och jämförelse med 2008

Kristina Alexanderson
Britt Arrelöv
Elin Hinas
Therese Ljungquist
Gunnar Nilsson

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



Karolinska
Institutet

Rapport, 30 november 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 978-91-981256-3-4

Förord

Syftet med denna studie har varit att ta fram underlag till Stockholms läns landsting om hur läkare under vidareutbildning (främst AT- och ST-läkare) ser på sin kompetens och sitt behov av kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning av patienter. Rapporten baseras på en enkät kring läkares arbete med sjukskrivning, som skickades till läkare i hela landet under hösten 2012. I denna rapport har svaren från de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms län och om vid undersökningstillfället ännu inte var specialister, det vill säga läkare under vidareutbildning, analyserats.

Stockholms läns landsting (SLL) har under de senaste åren vidtagit ett stort antal åtgärder för att höja kvaliteten i arbetet med sjukskrivning av patienter, bland annat via kompetensutveckling av AT- och ST läkare. Det innebär att en jämförelse med svar från en motsvarande enkät hösten 2008 innebär möjlighet att få kunskap om eventuella förändringar. Önskemålen om kompetensutveckling inom denna grupp läkare är fortsatt stora, även om andelen som önskar det nu var något lägre inom vissa områden jämfört med svaren från 2008 års enkät. Resultaten ger tydliga indikationer om vad läkare under vidareutbildning anser att de behöver lära sig, och vad de anser sig behöva för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivningar.

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

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

Till projektet har en referensgrupp varit knuten med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått: Siwert 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.

Ett mycket stort antal personer, bland annat från Stockholms läns landsting, har under åren varit behjälpliga i projektet. Vi tackar alla för goda insatser. *Framför allt tackar vi alla läkare som generöst bidragit genom att avsätta tid för att besvara enkäten!* Vår förhoppning är att resultaten kan användas som underlag för ställningstagande till åtgärder som kan främja att läkare utvecklar, vidmakthåller och kan använda försäkringsmedicinsk kompetens i den organisation de arbetar.

Kristina Alexanderson,
Professor, projektledare
Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet

Sammanfattning

Läkares hantering av sjukskrivning är en del av vård och behandling, som i hög grad kan påverka en patients livssituation. De flesta läkare har en begränsad utbildning i att hantera sjukskrivningsärenden, och de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt på flera sätt. Mer kunskap behövs om vad läkare under vidareutbildning, det vill säga läkare som ännu inte är färdiga specialister, anser har bidragit till deras försäkringsmedicinska kompetens, vilken ytterligare kompetens de anser sig behöva och vilka faktorer de anser är värdefulla för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivningar. Sådan kunskap kan och är tänkt att användas som underlag för åtgärder med syftet att förbättra såväl sjukskrivningsprocessen som läkarnas psykosociala arbetsmiljö.

Syftet med detta projekt var att få kunskap om hur läkare under vidareutbildning i Stockholms län ser på sin kompetens och på sitt behov av kompetensutveckling vad gäller hantering av sjukskrivningsärenden. Denna rapport är baserad på svar från läkare som 2012 besvarade en enkät om sitt arbete med sjukskrivning. Drygt 19 000 yrkesverksamma läkare under 68 år som bodde och arbetade i Sverige svarade; 58 % av dem som fått enkäten. Här presenteras svar från de 1407 läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholms län och som ännu inte hade en avslutad specialistutbildning. Av dessa hade 996 sjukskrivningsärenden minst några gånger per år och var under 68 år gamla. Denna rapport baseras på svaren från dessa 996 läkare. För att få en bild av förändring över tid jämförs resultaten med resultat från en motsvarande enkätstudie hösten 2008.

Resultaten presenteras dels för ST-läkare, det vill säga läkare som har specialiserings-tjänstgöring för att bli specialister inom ett specifikt område, dels för övriga läkare under vidareutbildning, som ännu inte påbörjat en sådan specialiseringstjänstgöring. Dessa övriga läkare kallas i rapporten för AT-läkare, även om en del av dem ännu inte påbörjat sin AT-tjänstgöring eller om de avslutat den och är legitimerade läkare. Samtliga har en grundläggande läkarexamen.

Majoriteten (86 %) av läkarna under vidareutbildning träffade patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka. Andelen var större bland dem med endast läkarexamen.

Andelen som angav att olika utbildningsnivåer bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i försäkringsmedicin var i flertalet fall större bland AT-läkarna, jämfört med bland ST-läkarna. Särskilt gällde detta frågan om betydelsen av grundutbildningen och av utbildning i landstingets regi. Bland läkare som tagit sin läkarexamen efter 2004 svarade dubbelt så många att grundutbildningen bidragit till deras kompetensutveckling jämfört med bland dem som tagit examen 2001-2004. På samma sätt svarade en större andel av dem som fått sin läkarlegitimation under åren 2009-2012, jämfört med 2005-2008, att AT-tjänstgöringen bidragit till deras kompetensutveckling i detta avseende. Detta kan tolkas som att läkarna lättare kan minnas vad respektive utbildningssteg gett, men även som att utbildningsstegens innehåll vad gäller försäkringsmedicin har förbättrats. Andelen som svarade att AT-tjänstgöringen haft betydelse var ungefär lika stor bland AT- som ST-läkare. Bland ST-läkarna angav en tredjedel att ST-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i försäkringsmedicin.

På frågorna om betydelse av utbildning i Försäkringskassans eller landstingets regi eller andra kurser, svarade en stor andel att sådan utbildning inte varit aktuell. Bland dem som angav

något svarsalternativ och därmed kan antas ha deltagit i sådan utbildning, svarade en majoritet av AT-läkarna att dessa utbildningar bidragit till deras försäkringsmedicinska kompetensutveckling, medan motsvarande andel bland ST-läkarna var betydligt mindre: 28 procent för landstingets utbildningar och 16 procent för andra typer av utbildningar.

Genomgående angav en något större andel av AT-läkarna jämfört med ST-läkarna behov av kompetensökning. Detta gällde särskilt kompetensutveckling i ställningstagande till behov av kontakt med Försäkringskassan i att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad samt i att utforma optimala handlingsplaner för sjukskrivna personer. De områden som störst andel angav mycket eller ganska stort behov av kompetensutveckling i var bedömning av arbetsförmåga (72 % av AT-läkarna, 63 % av ST-läkarna) samt möjligheter och skyldigheter hos Arbetsförmedlingen (70 respektive 63 %), arbetsgivaren (69 respektive 62 %) och Försäkringskassan (65 respektive 60 %) i samband med sjukskrivning. Den fråga där minst andel angav behov av kompetensutveckling gällde skrivande av läkarintyg; 32 procent av AT-läkarna och 29 procent av ST-läkarna svarade att de har sådant behov. Detta kan ställas i relation till studier som visat brister i läkarintygets kvalitet.

De fyra faktorer som störst andelar av läkarna angav att har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning var ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (75 % av AT-läkarna och 61 % av ST-läkarna), bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (61 respektive 60 %), handledning (67 respektive 56 %), kurser i försäkringsmedicin (64 respektive 53 %) samt tillgång till person med försäkringsmedicinsk kompetens (57 respektive 56 %). Den största skillnaden mellan AT- och ST-läkarnas svar var att 68 procent av AT-läkarna svarade att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet medan motsvarande andel för ST-läkarna var något lägre; 49 procent.

Andelen som svarade att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan har stort värde var något större bland ST-läkare (31 %) än bland AT-läkare (24 %). Den faktor som minst andel, 13 procent av AT-läkarna och 14 procent av ST-läkarna, ansåg ha stort värde var kontakt med arbetsgivare.

Det tycks finnas en stor förbättringspotential i läkarnas grundutbildning när det gäller försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Även AT- och ST-tjänstgöringarna skulle kunna stärkas avsevärt med avseende på sådan kompetensutveckling. Framförallt efterfrågas kompetensutveckling vad gäller bedömning av arbetsförmåga och en modell för arbetsförmågebedömning. Kunskaper om Arbetsförmedlingens, arbetsgivarens och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning efterfrågades av en stor andel. Många angav stor vikt av handledning, kurser i försäkringsmedicin och tillgång till försäkringsmedicinsk kompetens.

Sammanfattningsvis framkom det ett fortsatt stort behov av, och intresse för, kompetensutveckling i försäkringsmedicinska frågor inom denna grupp, och särskilt bland läkare som ännu inte påbörjat specialiseringstjänstgöring.

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	4
Förkortningar och begrepp	6
Inledning	7
Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning	7
Sjukskrivning upplevs som problematiskt	9
Läkarutbildningen i Sverige	11
Insatser för kompetensutveckling i Stockholm	12
Syfte	13
Material och metod	14
Frågeformulären	14
Datainsamling	14
Svarsfrekvens	14
Dataanalys	15
”Läkare under vidareutbildning”	15
Resultat	16
Bakgrundsdata om samtliga läkare under vidareutbildning	18
Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden	20
Sjukskrivande läkare under vidareutbildning	24
Bakgrundsfaktorer	24
Högsta läkarutbildningsnivå	25
Typ av specialistutbildning bland ST-läkare	27
Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden	28
Försäkringsmedicinsk kompetens	29
Hur läkarna har utvecklat sin kompetens	29
Grundutbildning	29
Allmäntjänstgöring (AT)	31
Specialiseringstjänstgöring (ST)	32
Vidareutbildning i Försäkringskassans regi	33
Vidareutbildning i landstingets regi	33
Andra utbildningar	34
Sammanfattning om hur läkarna utvecklat sin försäkringsmedicinska kompetens	35
Behov av kompetensutveckling	35
Behov av kompetens i olika bedömningsuppgifter	35
Behov av kompetens om olika regelsystem och försäkringar	38
Behov av kompetens kring olika aktörers möjligheter och skyldigheter vid sjukskrivning	39
Behov av kompetens inom övriga områden	42
Behov av kompetensutveckling i användning av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd ..	44
Sammanfattning om behov av kompetensutveckling	44
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar	45
Värdet av olika typer av utbildning och information för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	45
Värdet av kontakter med olika aktörer och yrkesgrupper för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	49
Värdet av att få underlag av andra	52
Övriga faktorer betydelse för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	54
Värdet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	57

Sammanfattning om värdet av olika faktorer.....	57
Jämförelse mellan 2008 och 2012.....	60
Bakgrundsfaktorer	60
Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden	61
Hur läkarna har utvecklat sin kompetens.....	62
Behov av kompetensutveckling.....	63
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar	65
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	67
Sammanfattning av jämförelsen mellan åren.....	69
<i>Slutkommentar</i>	70
<i>Figurförteckning</i>	71
<i>Tabellförteckning</i>	75
<i>Referenser</i>.....	77

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 minst 18 månaders allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Klinik	För att inte tynga texten med den något 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
Läkare under vidareutbildning	Åsyftar här läkare som har läkarexamen men ännu inte har en godkänd specialistkompetens. De kan till exempel ha en pågående AT-tjänstgöring, vara legitimerad läkare eller ha pågående specialiseringstjänstgöring (ST-läkare).
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg eller medicinskt underlag) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
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
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat tjänstgöring som ska leda specialistkompetens inom en specifik specialitet. Sådan tjänstgöring omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning

Inledning

Läkaren har en nyckelroll i sjukförsäkringssystemet samt i en patients sjukfrånvaroprocess, både som patientens behandlare och som medicinskt sakkunnig i förhållande till andra aktörer [1]. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad – inte minst när det gäller hur läkare får sådan kompetens [2-4]. Det finns olika sätt att definiera vad försäkringsmedicinsk kompetens innebär [2, 5]. Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om denna definition av försäkringsmedicin:

”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” [6].

I läkares uppgifter ingår att utfärda medicinska utlåtanden och intyg, till exempel det vanliga så kallade läkarintyget (FK 7263) och läkarutlåtande om hälsotillstånd, intyg som bland annat används av Försäkringskassan som grund för beslut om rätten till ersättning vid sjukfrånvaro. Läkarens bedömning har stor påverkan på övriga aktörers beslutsfattande.

Försäkringsmedicinska frågeställningar kan ha stor betydelse för patientens livssituation och ska av läkaren hanteras som en viktig del i vård och behandlingssituationen [1, 7-10].

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [11-13]. Socialstyrelsen har konstaterat [7, 8, 14-17] 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 [17-20]. Även om ett antal insatser gjorts för att förbättra läkares kompetens i att hantera sjukskrivningsärenden är den försäkringsmedicinska kunskapen fortsatt begränsad, och fördjupad kunskap om hur sådan utbildning kan utformas behövs [1, 3, 10]. Universiteten har det övergripande ansvaret för läkarnas grundutbildning. När det gäller utbildning under allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring har landstingen det övergripande ansvaret. För att kunna vidareutveckla lärandesituationer behöver landstingen kunskap om hur målgruppen har lärt tidigare, och vad de själva vill lära om. Här presenteras sådana resultat för läkare under vidareutbildning i Stockholm.

Den här rapporten handlar om hur läkare som ännu ej nått specialistkompetens ser på sitt arbete med sjukskrivning, med fokus på kompetens och kompetensutveckling inom detta område. Analyserna bygger på data som samlades in genom en omfattande enkät till flertalet yrkesverksamma läkare i hela Sverige oktober 2012. I en huvudrapport från projektet har resultat från alla läkare i Sverige presenterats [1]. Det finns även en övergripande rapport där svar från samtliga läkare i Stockholm redovisas [21]. Den här rapporten är en fördjupning av den senare, med fokus på läkare under vidareutbildning i Stockholm, vad avser deras syn på försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

För att en person ska ha rätt till sjukpenning krävs dels att en sjukdom eller skada föreligger och dels att sjukdomen eller skadan i fråga nedsätter personens arbetsförmåga med minst

25 procent. De första sju dagarna i ett sjukskrivningsfall kan den försäkrade i de flesta fall själv intyga sin nedsatta arbetsförmåga, men från och med den åttonde dagen behövs ett intyg utfärdad av en läkare (eller i vissa fall tandläkare). Läkarintyget ligger till grund för bedömning av rätt till sjuklön respektive sjukpenning hos arbetsgivare och Försäkringskassa. I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [1, 3].

- Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
- Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden¹ [22].
- Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
- Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
- 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 andra aktuella aktörer, på ett adekvat sätt.
- 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.
- 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 [23-25]. 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 [26, 27]. 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, 28-32]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [31-36], 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.

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

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 [37-39].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [40-42].
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 [43].
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 [44-47].

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.

Sjukskrivning upplevs som problematiskt

En systematisk litteraturöversikt från SBU fann begränsad vetenskaplig evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt och att kvaliteten på de medicinska underlag, så kallade läkarintyg, som läkare skriver ofta är otillräcklig [2]. Att läkare upplever sjukskrivning som problematiskt har även visats i en nyligen publicerad litteraturöversikt [3, 48]. Exempel på problem som beskrivs i tidigare studier är läkarens potentiellt motstridiga roller i samband med sjukskrivning, som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig som skall skriva sakligt underbyggda intyg till andra aktörer [2, 3, 48-51]. Andra problem som tidigare studier pekat på är svårigheter att bedöma arbetsförmåga [49, 52, 53], att hantera långtidssjukskrivningar [54] och förlängningar av sjukskrivningar initierade av en annan läkare [52].

Läkares kompetens kring sjukskrivning

Läkares formella utbildning innehåller begränsad undervisning i försäkringsmedicin. Läkares kompetens och kompetensutveckling i försäkringsmedicin är inte vetenskapligt studerad i någon större utsträckning. Kvalitativa studier har dock visat att läkare anser sig behöva mer kunskap om hantering av sjukskrivningsärenden [55, 56]. Andra studier har visat att läkare upplever att de har otillräcklig kunskap om socialförsäkringssystemet [24, 50, 51, 57].

Det saknas svenska studier om läkares kompetens och kompetensutveckling. En undersökning från Storbritannien [50] visade att allmänläkare i allmänhet inte hade fått utbildning i att hantera sjukskrivningsärenden, vare sig under grundutbildningen eller vidareutbildningen. I

den mån som utbildning hade förekommit var det oftast fråga om att en mer erfaren kollega informerade om vilka olika intyg och blanketter som fanns. Vissa hade också läst informationsmaterial, deltagit i seminarier, föreläsningar, utbildningsdagar, medan andra inte deltagit i någon utbildning alls. Andra studier från Storbritannien har funnit liknande resultat [4, 24, 57].

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter [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 [58]. 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 [59, 60]; 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.

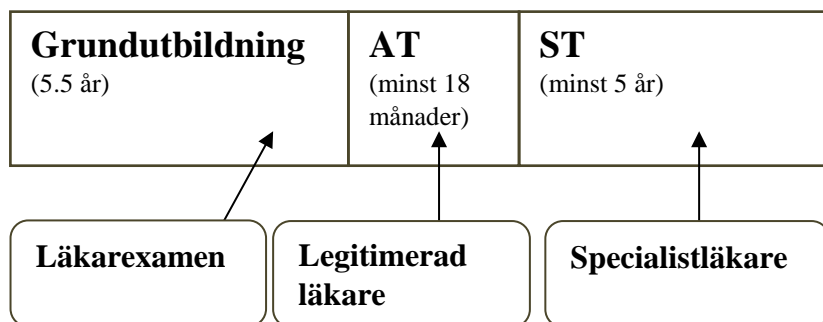
I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis är inte studerade alls, och i de flesta studier ligger fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare 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 [25, 61-64].

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 %) [11, 52, 55, 65-71] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [12, 13, 45, 72]. 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 den litteraturöversikten [3].

Läkarutbildningen i Sverige

Den här rapporten handlar om läkare som har läkarexamen, det vill säga, har genomfört grundutbildningen, men ännu inte har specialistkompetens inom något område. I Figur 1 visas de olika stegen i läkarutbildningen. Även om samtliga läkare i studien har läkarexamen har inte alla påbörjat nästa steg, allmäntjänstgöringen.



Figur 1. Steg i läkares grundutbildning och vidareutbildning fram till färdig specialist.

Läkarexamen tilldelas läkare som avslutat sin grundutbildning på läkarprogrammet, legitimerad blir den läkare som fullgjort allmäntjänstgöring (AT) och därefter godkänts av Socialstyrelsen. ST-läkare kallas läkare som utbildar sig till specialist inom ett medicinskt område, exempelvis ortopedi, gynekologi eller allmänmedicin. Grundutbildningen för läkare är 5,5 år lång, allmäntjänstgöringen (AT) är minst 18 månader och specialiserings-tjänstgöringen (ST) är minst 5 år lång [73]. Kompetensutveckling i samband med tjänstgöring under AT-och ST-period har stor betydelse för professionaliseringsprocessen [3, 74, 75].

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning, allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring, ingår viss undervisning i försäkringsmedicin [76-78]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [7, 23, 79, 80, 81, 82, 83]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [84]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [85]. 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, 25, 45, 71].

Insatser för kompetensutveckling i Stockholm

Baserat på resultaten i de två tidigare läkarenkäterna år 2004 och 2008 [66, 86] och framtagna lärandemål för AT och ST [76-78, 87] har kurser som erbjudits läkare tagits fram och genomförts av den Försäkringsmedicinska kommittén i Stockholm.

AT-läkare i Stockholm erbjuds sedan 2009 en tredagars utbildning i klinisk försäkringsmedicin. Det övergripande syftet med utbildningen är att AT-läkare uppnår grundläggande kompetens i det praktiska arbetet med att utfärda försäkringsmedicinska underlag. Utbildningen är särskilt inriktad mot bedömning av sjukskrivningsbehov och utfärdande av läkarintyg; medicinska underlag kring sjukskrivningspatienter. Deltagarna ska öka sin kunskap om sjukskrivningsprocessen samt om de olika aktörernas uppdrag, roll och ansvar med särskilt fokus på klinisk tillämpning. Målet är att deltagarna efter kursen vet var och hur de kan hitta underlag för utfärdande av försäkringsmedicinska underlag samt att deras bedömningar och medicinska underlag håller hög kvalitet. Ett mål är också att de upplever färre problem i arbetet med sjukskrivningspatienter.

För ST-läkare har det dels erbjudits handledningstillfällen och dels en 1,5 dags utbildning med samma syfte och målsättning som vid AT-utbildningarna som beskrivits ovan. För AT- och ST-läkare har dessutom separata kortare informations-/utbildningstillfällen genomförts. Sedan 2010 har även en webbutbildning vid flera tillfällen erbjudits läkare som är verksamma i Stockholm.

I arbetet med kompetensförsörjning utifrån kraven i den så kallade sjukskrivningsmiljarden [20, 87-92] har även läkare vid ett antal tillfällen erbjudits olika utbildningsaktiviteter. Dessa har bland annat handlat om kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Under år 2006, 2008 och 2010 genomfördes förutom dessa utbildningsinsatser även så kallade sjukskrivningsaudits [93-96], då läkare registrerade sjukskrivningsfall och därefter diskuterade sina egna bedömningar i sjukskrivningsärenden i jämförelse med kollegors bedömningar.

Syftet med att ta fram ett basutbildningspaket i klinisk försäkringsmedicin har varit att läkare och andra som i sitt dagliga arbete möter människor som är sjukskrivna eller riskerar att bli sjukskrivna får en ökad förståelse för det kliniska arbetets koppling till sjukförsäkringen. Detta för att uppnå en hög kvalitet i sjukskrivningsprocessen och rättssäkerhet ur den enskilde patientens perspektiv.

Syfte

Syftet med denna studie var att få kunskap om hur läkare som ännu inte nått specialistkompetens (i de flesta fall AT- och ST-läkare), det vill säga läkare under vidareutbildning, ser på sin kompetensutveckling och sitt kompetensbehov när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden och på vad som är viktigt för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Specifika frågeställningar är:

- På vilket sätt har läkarna hittills fått försäkringsmedicinsk kompetens?
- Vilka behov har läkarna av ytterligare kompetensutveckling kring sjukskrivning?
- Vilka faktorer bidrar, enligt läkarna själva, till hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning?
- Hur ser läkarnas svar vad gäller ovanstående ut 2012 jämfört med dem från enkäten 2008?

Material och metod

Denna rapport är baserad på svar från en grupp av de läkare som 2012 besvarade en enkät om sitt arbete med sjukskrivning. Drygt 19 000 yrkesverksamma läkare under 68 år som bodde och arbetade i Sverige svarade på enkäten – det var 58 procent av samtliga som fått enkäten [1]. Här presenteras svar från de läkare (1 407 till antalet) som svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholms län och som ännu inte hade en specialistutbildning. För att få en bild av förändring över tid jämförs dessa resultat med resultat från en motsvarande enkätstudie år 2008; svarsfrekvensen var då 61 procent.

Frågeformulären

Enkäten 2012 innehöll 163 frågor som handlade om olika aspekter av läkares arbete med sjukskrivning, såsom frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem, kompetensbehov, användning av socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, samverkan med andra aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen såsom Försäkringskassan, organisatoriskt stöd i arbetet med sjukskrivningar, med mera. Enkäten baserades på tidigare enkäter om liknande frågeställningar som användes i undersökningar år 2004 respektive 2008, på andra vetenskapliga studier kring läkares sjukskrivningspraxis samt på diskussioner med forskare och personal inom hälso- och sjukvård och andra verksamheter [1]. Enkäten 2008 innehöll 183 frågor. Här redovisas svar på de frågor som handlar om kompetens och kompetensutveckling.

Datainsamling

Enkäten skickades ut i oktober år 2012 till läkarnas hemadresser. Det fanns möjlighet att svara antingen i pappersformulär eller via en webb-baserad enkät. Tre påminnelser skickades ut till dem som ej svarat. En stor del av svaren inkom efter årsskiftet. Statistiska Centralbyrån ansvarade för utskick av enkäten och hantering av enkätsvaren, för att säkra läkarnas anonymitet. Forskargruppen har endast haft tillgång till avidentifierade data.

Information om kön, ålder, år för läkarexamen och läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning inhämtades från Hälso- och Sjukvårdens Adressregister (HSAR), som förvaltas av Cegedim Sweden AB. Informationen i HSAR baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

En detaljerad beskrivning av enkätutveckling och datainsamling finns i huvudrapporten [1]. Datainsamlingen för 2008 års enkät var identisk med den för 2012, med undantaget att det då inte fanns möjlighet att svara via en webbenkät [1, 12].

Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkares hemadress genomfört en bortfallsanalys. Svarsfrekvensen för läkare under vidareutbildning *boende* i Stockholms län var 56 procent (antal svarande 1 739). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor (59 %) än bland män (52 %), och även högre bland äldre än bland yngre [1].

I denna studie presenteras svar från de läkare som i enkäten svarade att de huvudsakligen *arbetar* i Stockholms län (n=1 407). Diskrepansen i antal beror på att många läkare (under utbildning) bor i Stockholm, men pendlar ut till närliggande län för arbete.

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 4,0 procent.

Dataanalys

För att underlätta läsandet har de tre resultatavsnitten givits varsin färg; röd, blå respektive grön.

Först presenteras bakgrundsvariabler, i **röda tabeller och figurer**, för de läkare som arbetade i Stockholms län och som ännu inte avslutat någon specialistutbildning. Även deras svar på frågan ”Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?” redovisas.

I **blå tabeller och figurer** presenteras först bakgrundsvariabler för dem av dessa läkare som svarade att de minst någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Sedan redovisas deras svar på de 47 frågor som handlar om kompetens och kompetensutveckling. Frågorna har analyserats med deskriptiva metoder.

Jämförelse med svaren från 2008 års enkät redovisas i **gröna tabeller och figurer** för de 42 frågor om kompetens som fanns med i enkäten både år 2008 och 2012. För att underlätta jämförelser, hade frågorna om kompetens samma utformning i båda enkäterna.

”Läkare under vidareutbildning”

Läkare som inte har en avklarad specialistutbildning inom något område kallas i denna rapport för läkare under vidareutbildning – endast sådana läkare har inkluderats i analyserna. *De kategoriseras som antingen ST-läkare eller AT-läkare.* De läkare som påbörjat en specialiseringstjänstgöring kallas ST-läkare. Övriga kallas AT-läkare. vare sig de ännu inte påbörjat AT-tjänstgöring, har en pågående AT-tjänst eller redan fått sin läkarlegitimation.

Den första frågan i enkäten löd: ”Vilken är Din högsta utbildningsnivå?”. Svartalternativen var; ”Läkarexamen”, ”Legitimerad läkare”, ”Pågående ST-utbildning” samt ”Specialist”. I såväl 2012 som 2008 års enkät var det ett fåtal läkare som svarade att de ännu inte var specialister, trots att de enligt information från register hade specialistkompetens. Dessa läkare ansågs vara specialister och exkluderades därför i analyserna. Några läkare hade svarat att deras högsta utbildningsnivå var legitimerad läkare och sedan på nästa fråga markerat en pågående ST-utbildning. I analyserna klassificerades dessa läkare som ST-läkare. Samtliga läkare som svarade att de var specialister exkluderades från dessa analyser, även om några av dem enligt HSAR inte hade specialistkompetens. De kan ha hunnit bli specialister även om detta ännu inte hunnit registreras i HSAR.

Resultat

Resultatet är uppdelat i tre delar som har givits olika färger; röd, blå och grön. Först presenteras bakgrundsfaktorer för samtliga läkare som svarade på enkäten, som arbetade i Stockholms län och som inte hade en godkänd specialistutbildning. Dessa figurer och tabeller har *röd färg*. Här redovisas även dessa läkares svar på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Därefter presenteras de läkare som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst någon gång per år med figurer och tabeller som har *blå färg*. Här redovisas svar från dessa läkare på de frågor i enkäten som handlade om kompetens och kompetensutveckling.

I den tredje delen, med figurer och tabeller som har *grön färg*, jämförs resultaten från 2012 års enkät med resultaten från 2008.

Röda tabeller och figurer

1: Samtliga svarande läkare 2012

Redovisning av svar från *samtliga* läkare under vidareutbildning vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för hela studiepopulationen samt uppdelat på olika typer av kliniker/verksamheter.

Blå tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

Redovisning av svar från 2012 års enkät för läkare under vidareutbildning som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare. För att underlätta läsningen kallas dessa här för '*sjukskrivande läkare*'.

Gröna 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 under vidareutbildning som respektive år var under 68 år.

Bakgrundsdata om samtliga läkare under vidareutbildning

Bakgrundsdata om *samtliga* läkare under vidareutbildning

Av de läkare som i enkäten svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholms län var 1 407 ännu inte specialister. Av dessa var 63 procent kvinnor (Tabell 1). En fjärdedel av samtliga läkare under vidareutbildning svarade att de arbetade på vårdcentral. Könsfördelningen varierade mellan de olika klinikgrupperna. Inom psykiatri och administration var könsfördelningen jämnast; 52 respektive 48 procent var kvinnor. En majoritet av vårdcentralsläkarna var äldre än 35 år.

Tabell 1. Antal läkare under vidareutbildning i Stockholm, köns- och åldersfördelning för respektive typ av klinik/verksamhet där de huvudsakligen arbetade.

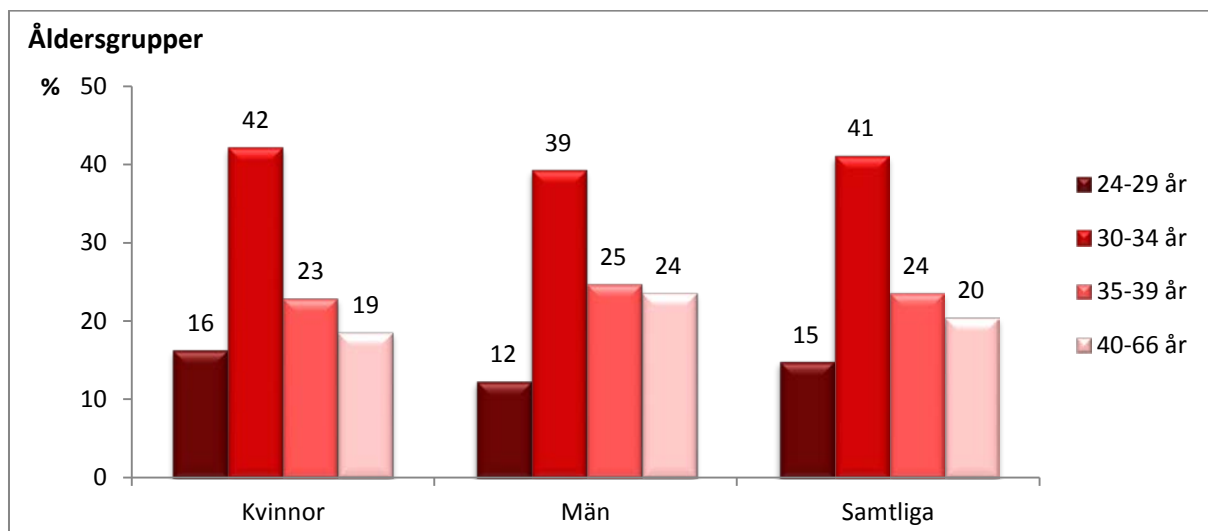
Klinik/mottagning ¹	Antal svarande	Kvinnor %	Män %	24-29 år %	30-34 år %	35-39 år %	40-68år %
Barn- och ungdom	117	74	26	9	47	32	11
Geriatrisk	73	81	19	16	32	18	34
Gynekologi	49	82	18	10	47	24	18
Invärtesmedicin	185	66	34	22	48	18	12
Kirurgi	113	60	40	25	49	16	11
Neurologi	20	70	30	15	45	35	5
Onkologi	23	70	30	22	35	35	9
Ortopedi	35	54	46	23	54	20	3
Psykiatri	105	52	48	15	36	16	32
Vårdcentral	347	64	36	9	35	27	29
Administration	61	48	52	10	28	13	49
Övriga ²	271	54	46	15	44	28	13
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna ³	8	63	38	25	38	38	0
Samtliga	1 407	63	37	15	41	24	20

¹ Klinik/mottagning redovisas i bokstavsordning.

² Inkluderar de läkare som svarade att de arbetar på en klinik/mottagning som inte presenteras i tabellen på grund av litet antal svarande. Även de som svarade "Ingen" eller inte svarade alls på frågan om klinik tillhörighet återfinns i denna kategori.

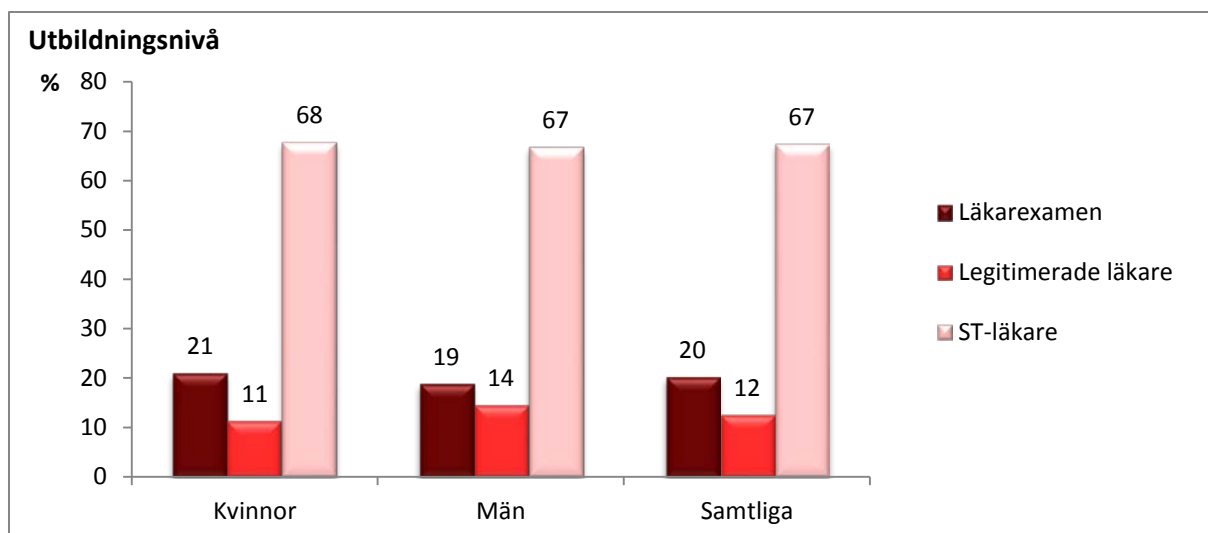
³ De som inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna har exkluderats ur kommande analyser.

Nedanstående analyser är baserade på de 1 399 läkare som var yrkesverksamma. Majoriteten av dem var under 35 år. Jämfört med männen var en större andel av kvinnorna högst 34 år gamla (Figur 2).



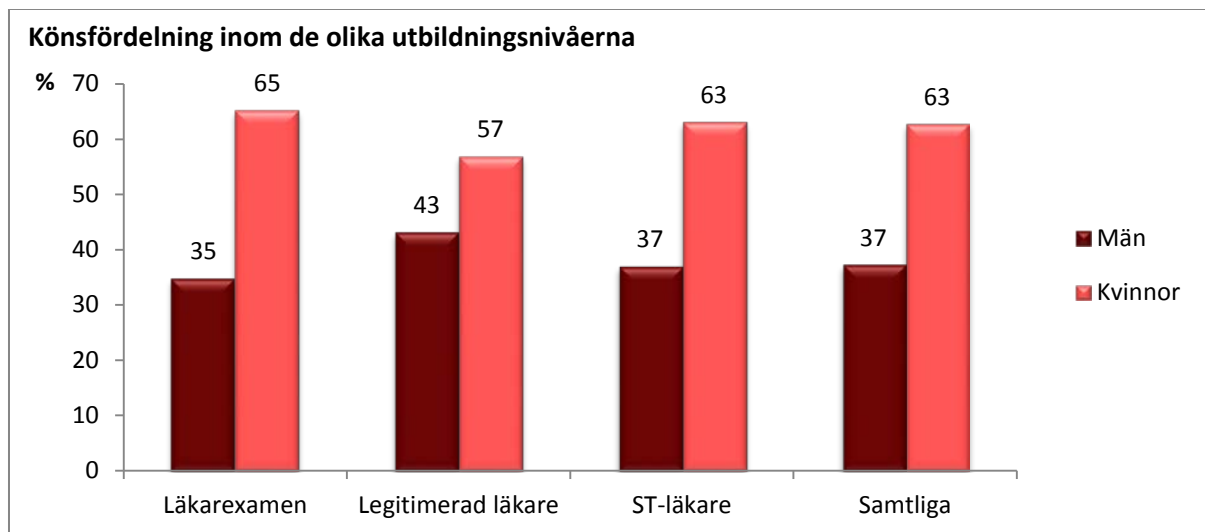
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare under utbildning, uppdelat på kvinnor och män.

Två tredjedelar (67 %) av läkarna under vidareutbildning var ST-läkare (Figur 3). En femtedel (20 %) hade läkarexamen som högsta utbildningsnivå. Majoriteten av dessa antas vara AT-läkare.



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

Kvinnorna var i klar majoritet på samtliga utbildningsnivåer, särskilt bland dem med enbart läkarexamen och bland ST-läkare (Figur 4).

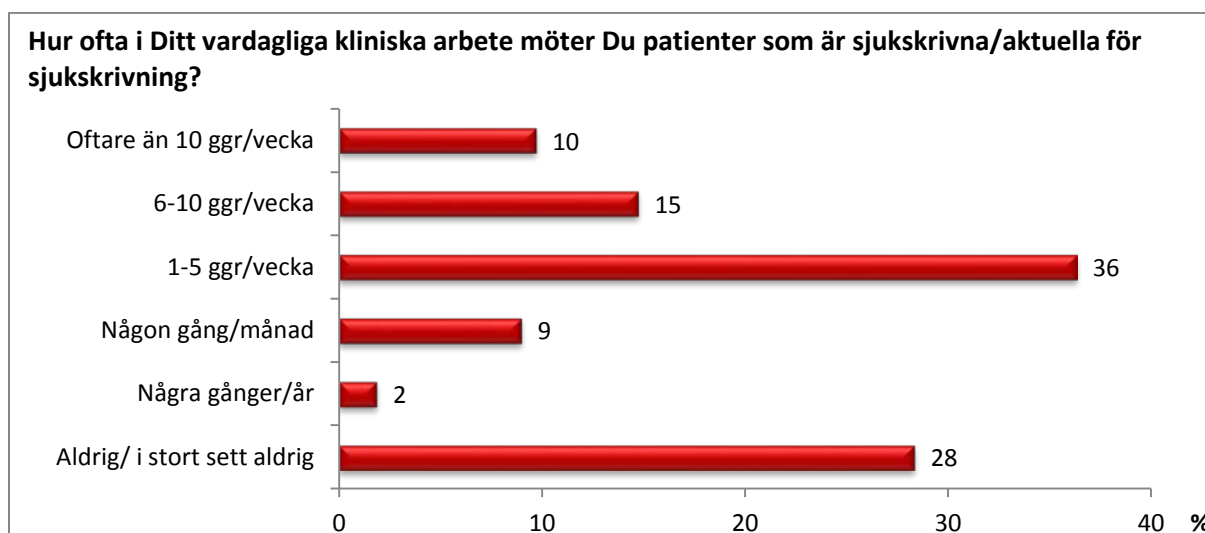


Figur 4. Könsfördelning (%) bland yrkesverksamma icke specialistläkare, uppdelat på de olika utbildningsstegen och för samtliga.

Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden

Majoriteten (61 %) hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan (Figur 5).

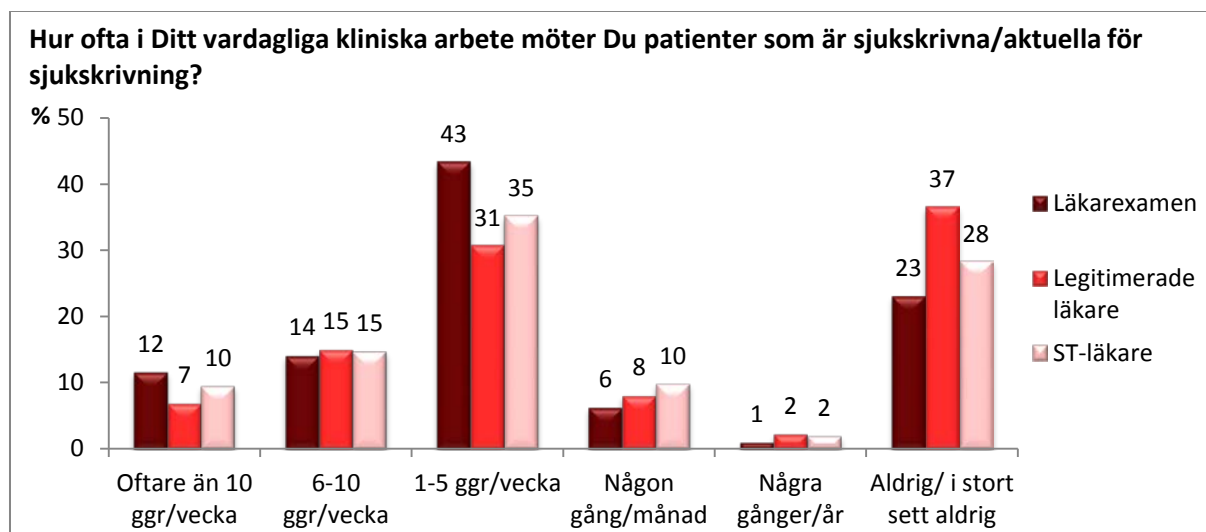
Tjugoåtta procent av läkarna angav att de aldrig eller i stort sett aldrig hade sjukskrivningsärenden, och dessa läkare finns således inte med i analyserna i kommande kapitel. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan om frekvens av sjukskrivningsärenden (n=9; 0,6 %), och inte heller dessa läkare är med i de fortsatta analyserna.



Figur 5. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Läkarna i de olika utbildningsstegen angav att de handlägger sjukskrivningsärenden olika frekvent. Bland dem med enbart läkarexamen och bland ST-läkare angav den största andelen, 43 respektive 35 procent, att de har sådana ärenden 1-5 gånger i veckan, medan den största

andelen (37 %) bland dem med läkarlegitimation angav att de aldrig eller i stort sett aldrig handlägger sjukskrivningsärenden (Figur 6).



Figur 6. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på de olika utbildningsstegen.

Den absoluta majoriteten av läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Bland läkare som arbetade inom barn och ungdom, geriatrik eller administration var andelen som angav att de aldrig, eller i stort sett aldrig hanterar sjukskrivningsärenden närmare 90 procent. Motsvarande siffra för läkare som arbetade på 'Annan klinik' var 56 procent (Tabell 2).

Tabell 2. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik där de hade sin huvudsakliga verksamhet.

Klinik/mottagning	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn och ungdom	1	1	5	4	3	85
Geriatrik	3	0	1	4	3	89
Gynekologi	4	31	55	10	0	0
Invärtesmedicin	7	9	55	23	3	3
Kirurgi	16	19	44	7	1	13
Neurologi	20	30	35	15	0	0
Onkologi	26	30	26	9	0	9
Ortopedi	46	43	11	0	0	0
Psykiatri	35	17	37	3	3	5
Vårdcentral	6	25	62	7	1	0
Administration	2	2	5	5	0	86
Övriga ¹	6	7	18	10	3	56
Samtliga	10	15	36	9	2	28

¹Inkluderar de läkare som svarade att de arbetar på en klinik/mottagning som inte presenteras i tabellen på grund av litet antal svarande. Även de som svarade "Annan klinik", "Ingen" eller inte svarade alls på frågan om kliniktilhörighet återfinns in denna kategori.

Sjukskrivande läkare under vidareutbildning

Sjukskrivande läkare under vidareutbildning

I detta avsnitt beskrivs först bakgrundsdata, och därefter svaren på de frågor som handlar om kompetens och kompetensutveckling för de 996 läkare under vidareutbildning som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Resultaten presenteras dels för ST-läkare och dels för övriga icke-specialister. De läkare som ännu inte påbörjat någon ST-utbildning, vare sig de har fått en läkarlegitimation eller inte, kallas i denna rapport för AT-läkare. Även de läkare som har avslutat sin AT-utbildning, men ännu inte påbörjat någon ST-utbildning, är således inkluderade i denna grupp.

Bakgrundsfaktorer

I gruppen med sjukskrivande läkare under vidareutbildning var 63 procent kvinnor (Tabell 3). Jämnast var könsfördelningen bland de läkare som arbetar inom psykiatri, där 52 procent var kvinnor. Även åldersfördelningen varierade mellan de olika typerna av kliniker. Inom kirurgi var tre av fyra under 35 år, medan motsvarande andel på vårdcentraler var 44 procent.

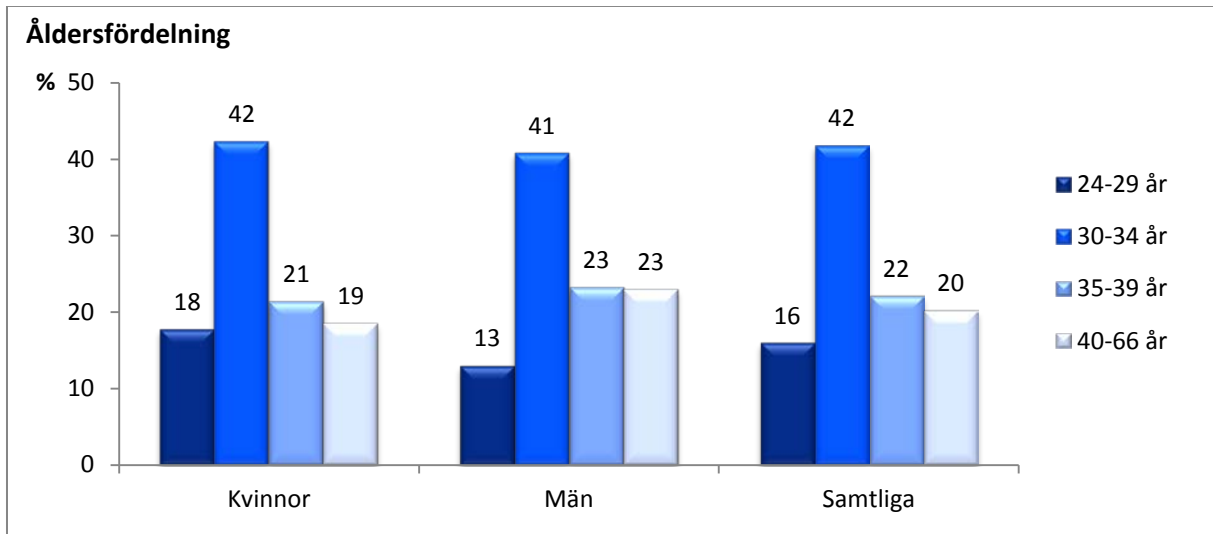
Tabell 3. Antal sjukskrivande läkare under vidareutbildning i Stockholm 2012, samt köns- och åldersfördelning, uppdelat på typ av klinik där de angav att de har sin huvudsakliga verksamhet.

Klinik/mottagning ¹	Antal svarande n	Kvinnor %	Män %	24-29 år %	30-34 år %	35-39 år %	40-66 år %
Gynekologi	49	82	18	10	47	24	18
Invärtesmedicin	178	65	35	22	48	19	11
Kirurgi	97	63	37	26	51	12	11
Neurologi	20	70	30	15	45	35	5
Onkologi	21	71	29	19	38	33	10
Ortopedi	35	54	46	23	54	20	3
Psykiatri	100	52	48	16	35	17	32
Vårdcentral	345	64	36	9	35	27	29
Övriga ²	151	58	42	19	44	21	17
Samtliga	996	63	37	16	42	22	20

¹ Klinik/mottagning redovisas i bokstavsordning.

² Inkluderar de läkare som svarade att de arbetar på en klinik/mottagning som inte presenteras i tabellen på grund av litet antal svarande. Även de som svarade "Ingen" eller inte svarade alls på frågan om kliniktilhörighet återfinns i denna kategori.

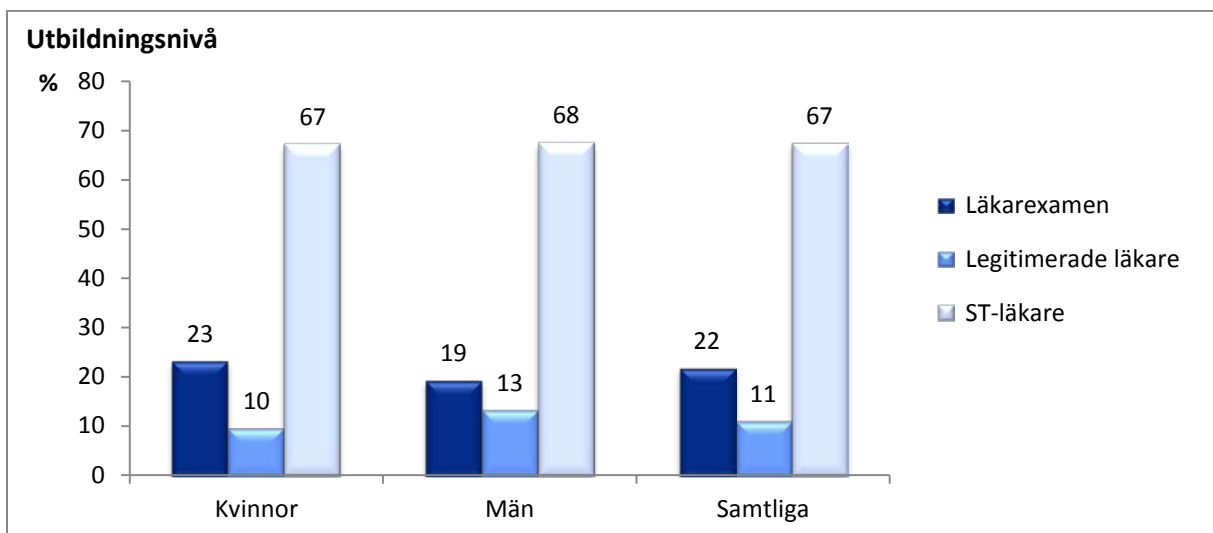
Majoriteten (58 %) av läkarna var 24-34 år gamla. Bland kvinnorna återfanns en större andel inom detta åldersspann, jämfört med bland männen (Figur 7).



Figur 7. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kön och samtliga.

Högsta läkarutbildningsnivå

Två tredjedelar var ST-läkare och drygt en femtedel hade läkarexamen som högsta utbildningsnivå de flesta av dem hade antagligen pågående AT-tjänstgöring (Figur 8). I de fortsatta analyserna slår vi ofta ihop de med enbart läkarexamen med de legitimerade läkarna, och kallar dessa båda grupper med ett gemensamt namn för 'AT-läkare', trots att de senare redan avslutat sin AT-tjänstgöring.



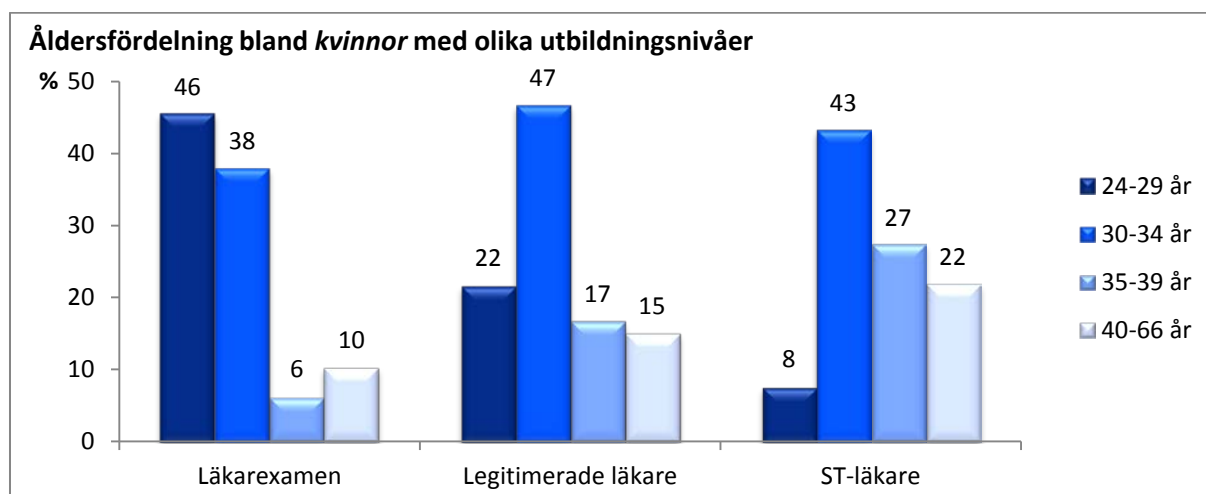
Figur 8. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning, läkarlegitimation respektive läkarexamen som högsta utbildningsnivå.

Bland dem med enbart läkarexamen var två tredjedelar kvinnor och bland ST-läkarna var andelen kvinnor 63 procent. Bland legitimerade läkare var andelen kvinnor något lägre, 55 procent (Tabell 4).

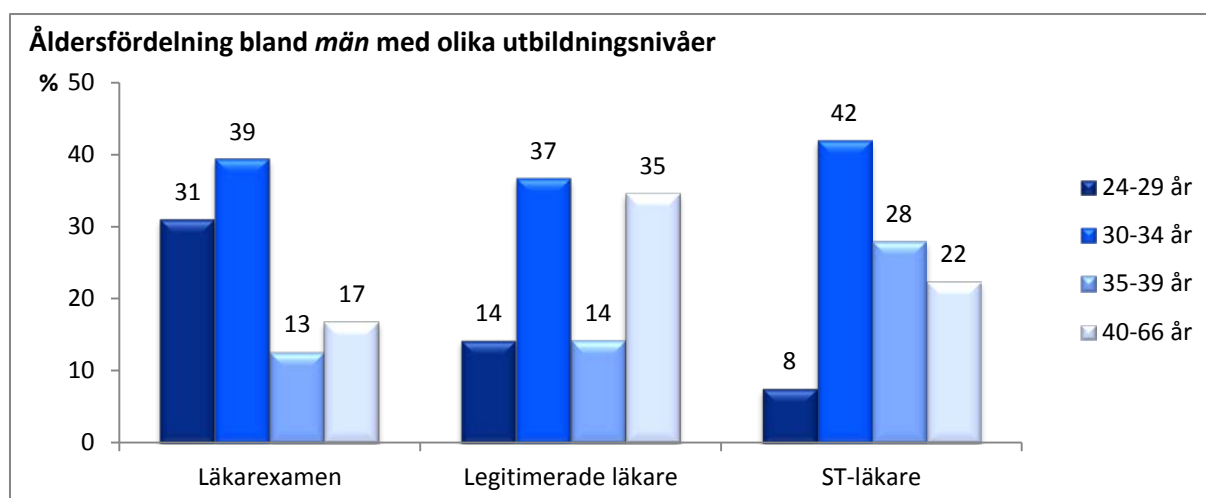
Tabell 4. Antal läkare samt köns- och åldersfördelning i procent, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

	Antal n	Kvinnor %	Män %	24-29 år %	30-34 år %	35-39 år %	40-66 år %
Läkarexamen	216	67	33	41	38	8	13
Legitimerade läkare	109	55	45	18	42	16	24
ST-läkare	671	63	37	8	43	28	22
Samtliga	996	63	37	16	42	22	20

Som förväntat var andelen yngre läkare bland dem med lägre utbildningsnivå större än bland ST-läkarna (Figur 9 och Figur 10). Åldersfördelningen bland ST-läkare skiljer sig inte mellan könen. Däremot var andelen unga bland kvinnor med lägre utbildningsnivå större än bland motsvarande grupp män.



Figur 9. Åldersfördelning (%) bland kvinnor med olika utbildningsnivåer.



Figur 10. Åldersfördelning (%) bland män med olika utbildningsnivåer.

I Tabell 5 framgår att de flesta sjukskrivande läkare under vidareutbildning fanns på vårdcentraler, inom invärtesmedicin, inom kirurgi och psykiatri samt bland 'Övriga läkare'.

Tabell 5. Antal och andel (%) läkare som angav respektive klinik/mottagning som sin huvudsakliga arbetsplats, uppdelat på de olika utbildningsnivåerna.

Klinik/mottagning	Läkarexamen		Legitimerade läkare		ST-läkare	
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)
Gynekologi	2	1	3	3	44	7
Invärtesmedicin	56	26	16	15	106	16
Kirurgi	38	18	6	6	53	8
Neurologi	4	2	1	1	15	2
Onkologi	4	2	2	2	15	2
Ortopedi	5	2	7	6	23	3
Psykiatri	24	11	7	6	69	10
Vårdcentral	57	26	43	39	245	37
Övriga	26	12	24	22	101	15
Samtliga	216	100	109	100	671	100

Typ av specialistutbildning bland ST-läkare

Det var totalt 671 läkare som hade pågående specialiseringstjänstgöring (ST-läkare) (Tabell 6); vanligaste var specialisering inom allmänmedicin (37 %).

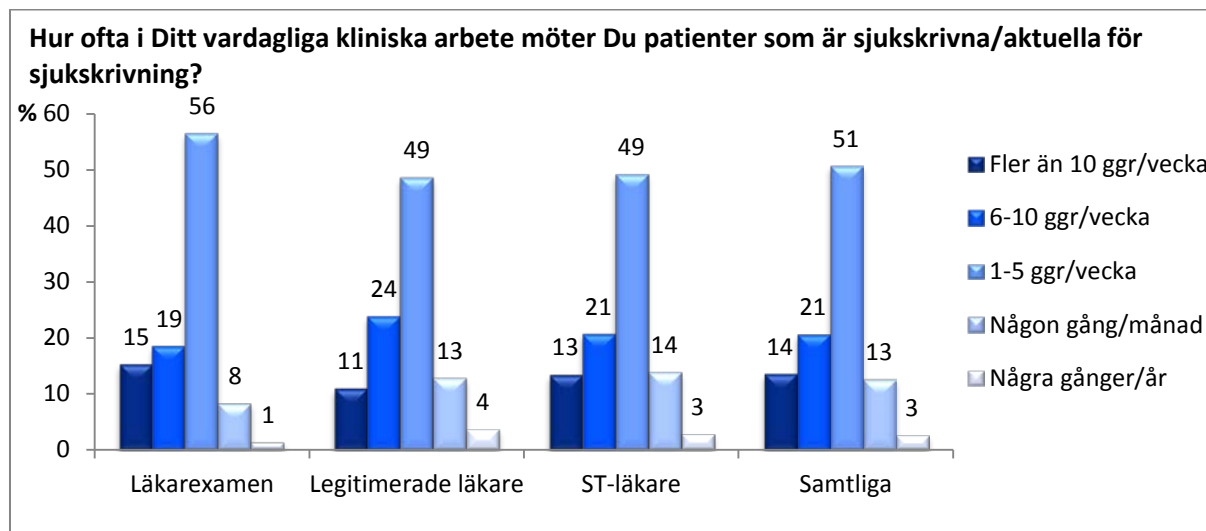
Tabell 6. Antal och andel (%) ST-läkare fördelade efter vilken specialistutbildning de svarade att de genomgår.

Pågående specialistutbildning	Antal läkare (n)	Andel läkare (%)
Allmänmedicin	249	37
Barn och ungdom	13	2
Invärtesmedicin	108	16
Kirurgi	50	7
Neurologi	17	3
Gynekologi	45	7
Onkologi	15	2
Ortopedi	22	3
Psykiatri	74	11
Ögonsjukdomar	12	2
Öron-, näs-, och halssjukdomar	11	2
Övriga/Annan ¹	55	8
Total	671	100

¹ Specialiteter som angavs av färre än tio läkare, alternativt att de kryssat i alternativet "Annan" utbildning i enkäten.

Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden

Majoriteten (86%) av läkarna träffade patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka (Figur 11). Denna andel var större bland dem med enbart läkarexamen.



Figur 11. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Samtliga läkare inom ortopedi angav att de har sjukskrivningsärenden minst någon gång per vecka (Tabell 7). Bland dem som arbetade inom onkologi, psykiatri samt neurologi hade minst hälften sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Motsvarande andel bland dem som arbetade på vårdcentraler var 31 procent.

Tabell 7. Andel (%) som givit respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning ¹	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Gynekologi	4	31	55	10	0
Invärtesmedicin	7	10	57	24	3
Kirurgi	19	22	51	8	1
Neurologi	20	30	35	15	0
Onkologi	29	33	29	10	0
Ortopedi	46	43	11	0	0
Psykiatri	37	18	39	3	3
Vårdcentral	6	25	62	7	1
Övriga ²	14	13	38	25	10
Samtliga	14	21	51	13	3

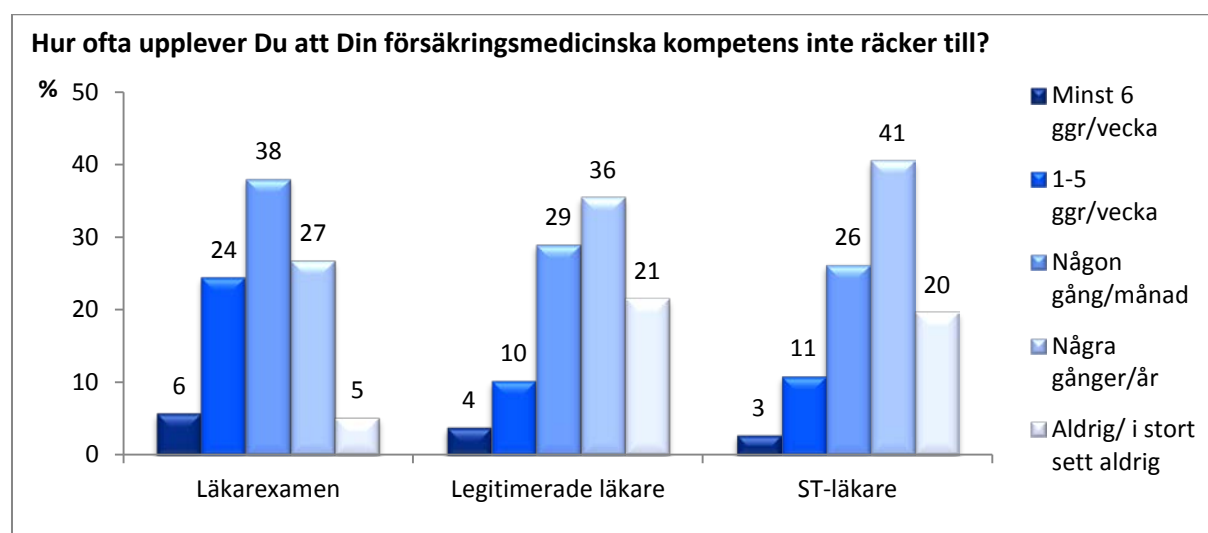
¹ Klinik/mottagning redovisas i bokstavsordning.

² Inkluderar de läkare som svarade att de arbetar på en klinik/mottagning som inte presenteras i tabellen på grund av litet antal svarande. Även de som svarade "Ingen" eller inte svarade alls på frågan om kliniktilhörighet återfinns in denna kategori.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, i vilken utsträckning de hade 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 värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Nästan en tredjedel (30 %) av dem med enbart läkarexamen angav att de minst en gång i veckan upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Motsvarande siffra var för dem med läkarlegitimation och för ST-läkare 14 procent. Andelen som svarade att de minst en gång i månaden upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till var 68 procent bland dem med läkarexamen, 43 procent bland dem med läkarlegitimation och 40 procent bland ST-läkarna (Figur 12).



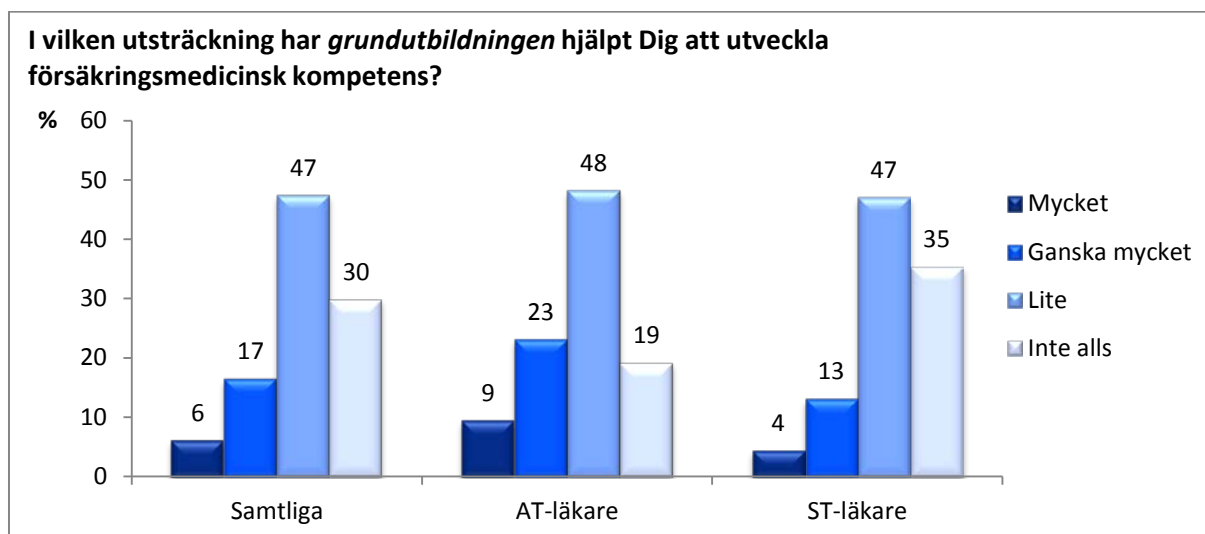
Figur 12. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på dem med enbart läkarexamen, dem med läkarlegitimation och de som går en specialistutbildning (ST-läkare).

Hur läkarna har utvecklat sin kompetens

I detta avsnitt presenteras resultatet av analyser av frågor om i vilka lärandesituationer läkarna angav att de utvecklat sin kompetens i arbetet med sjukskrivning. Samtliga frågor presenteras uppdelat på svar från samtliga läkare under vidareutbildning samt uppdelat på ST-läkare respektive AT-läkare (se sidan 15)

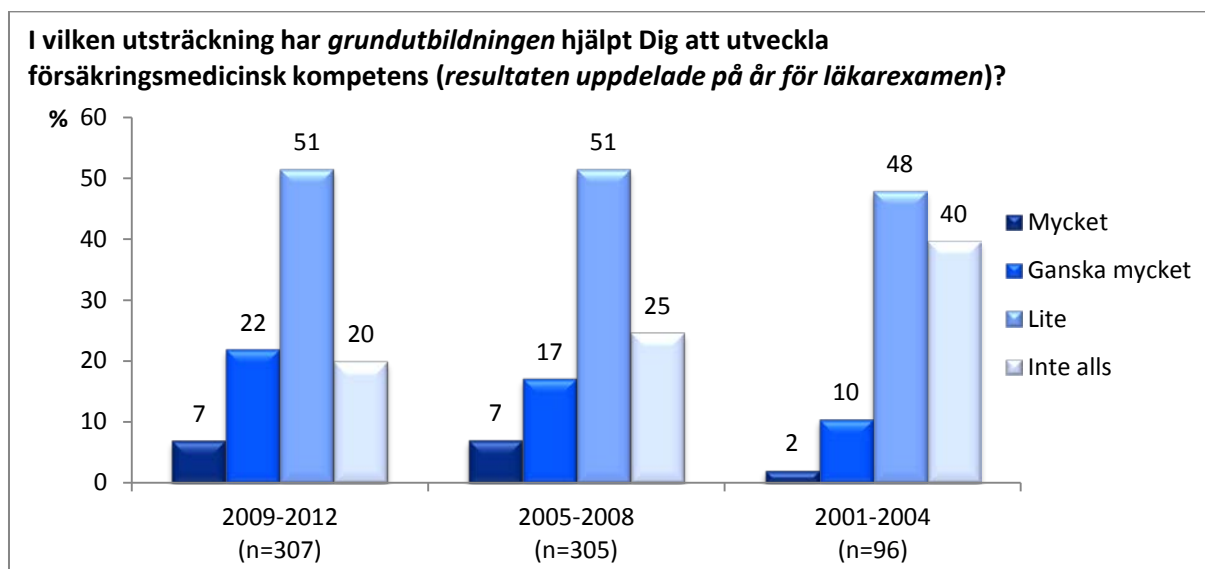
Grundutbildning

En dryg femtedel (23 %) av läkarna tyckte att grundutbildningen hjälpt dem att utveckla sin kompetens i arbetet med sjukskrivning (Figur 13). Bland ST-läkarna ansåg en dryg tredjedel att de inte alls utvecklat sin försäkringsmedicinska kompetens via grundutbildningen. De tre procent av AT-läkarna och sex procent av ST-läkarna som svarade "Ej aktuellt" är inte med i Figur 13.



Figur 13. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida *grundutbildningen* har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

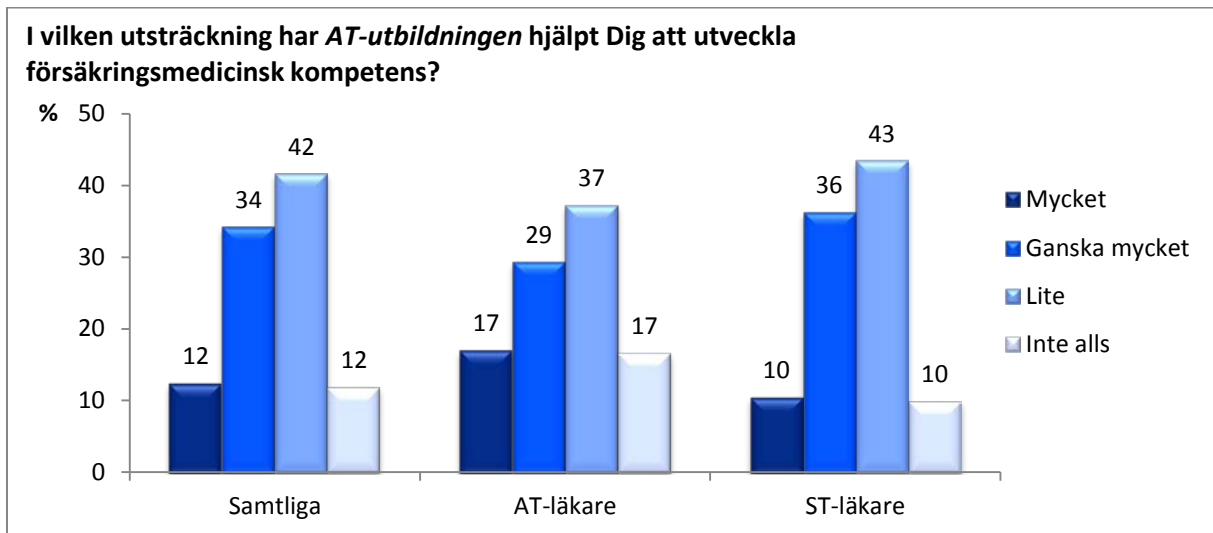
Inställningen till huruvida grundutbildningen bidragit till kompetensutveckling i försäkringsmedicin skilde sig åt, beroende på när läkarna tog sin examen (Figur 14). Bland dem som tog sin läkarexamen senare; år 2009 till 2012 angav en större andel (29 %) att grundutbildningen bidragit till sådan kompetensutveckling, jämfört med bland dem som tog examen år 2001 till 2004 (12 %). De läkare som tog sin examen före 2001 (n=44) redovisas inte här på grund av att de var så få.



Figur 14. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida *grundutbildningen* har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på den årsperiod då de tog sin examen. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

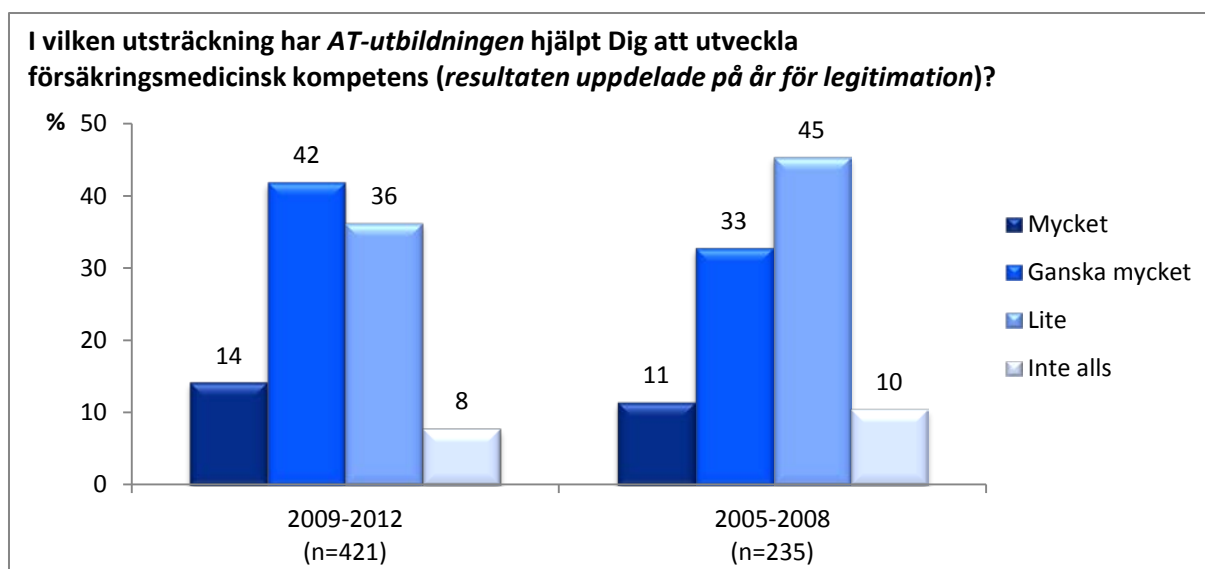
Allmäntjänstgöring (AT)

Nästan hälften (46 %) av samtliga läkare under vidareutbildning svarade att AT-tjänstgöringen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens (Figur 15). Tio procent av ST-läkarna ansåg att AT-tjänstgöringen hjälpt dem mycket att utveckla sådan kompetens och en dryg tredjedel tyckte att den hjälpt ganska mycket. Nio procent av ST-läkarna och 23 procent av AT-läkarna svarade "Ej aktuellt", och dessa läkare är exkluderade i Figur 15. Att en så stor del av AT-läkarna svarade "Ej aktuellt" beror troligen på att en del av dem med enbart läkarexamen inte påbörjat sin AT-tjänstgöring ännu.



Figur 15. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida *AT-utbildningen* har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

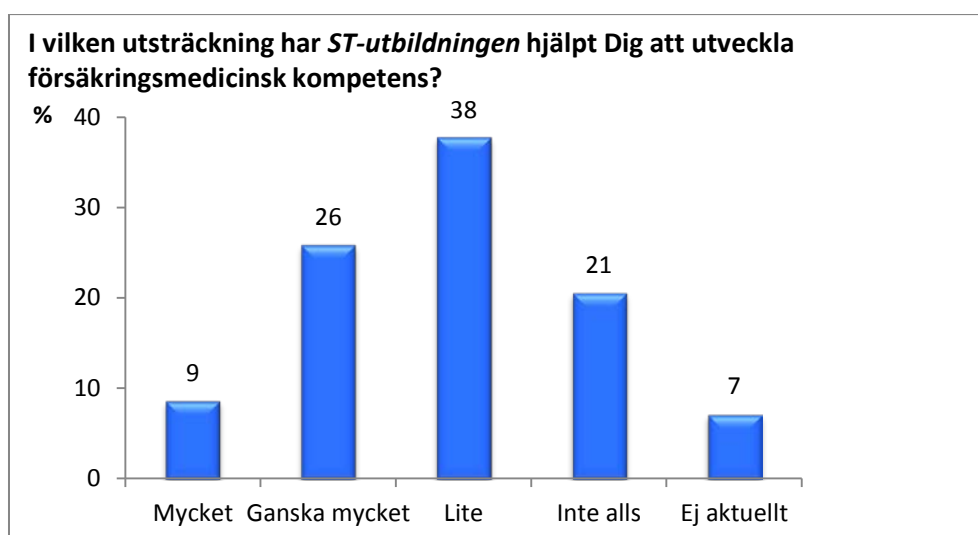
Bland de läkare som fick sin läkarlegitimation under åren 2009 till 2012 var andelen som ansåg att AT-utbildningen har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden större (56 %), jämfört med bland dem som fick sin legitimation under åren 2005 till 2008 (44 %) (Figur 16). De läkare som fick sin legitimation före 2005 (n=52) redovisas inte här på grund av att de var så få.



Figur 16. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida AT-utbildningen har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på år då de fick sin legitimation. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

Specialiseringstjänstgöring (ST)

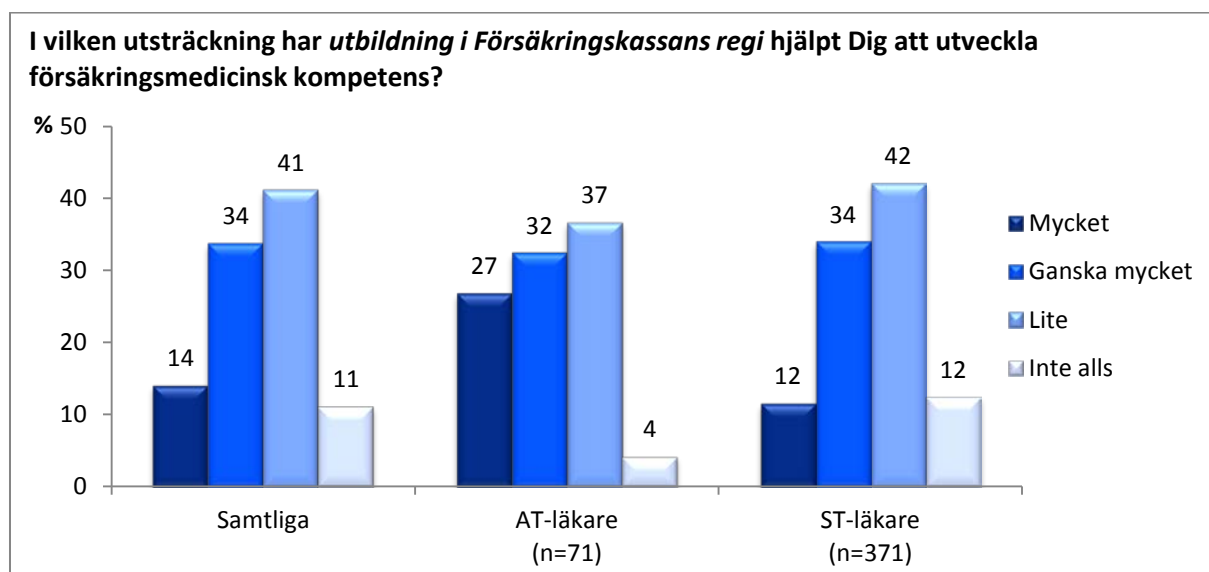
En tredjedel (35 %) av ST-läkarna svarade att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i handläggningen av sjukskrivningsärenden (Figur 17). En femtedel menade dock att de inte alls utvecklat sin försäkringsmedicinska kompetens via ST-utbildningen.



Figur 17. Andel (%) ST-läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida ST-utbildningen har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Vidareutbildning i Försäkringskassans regi

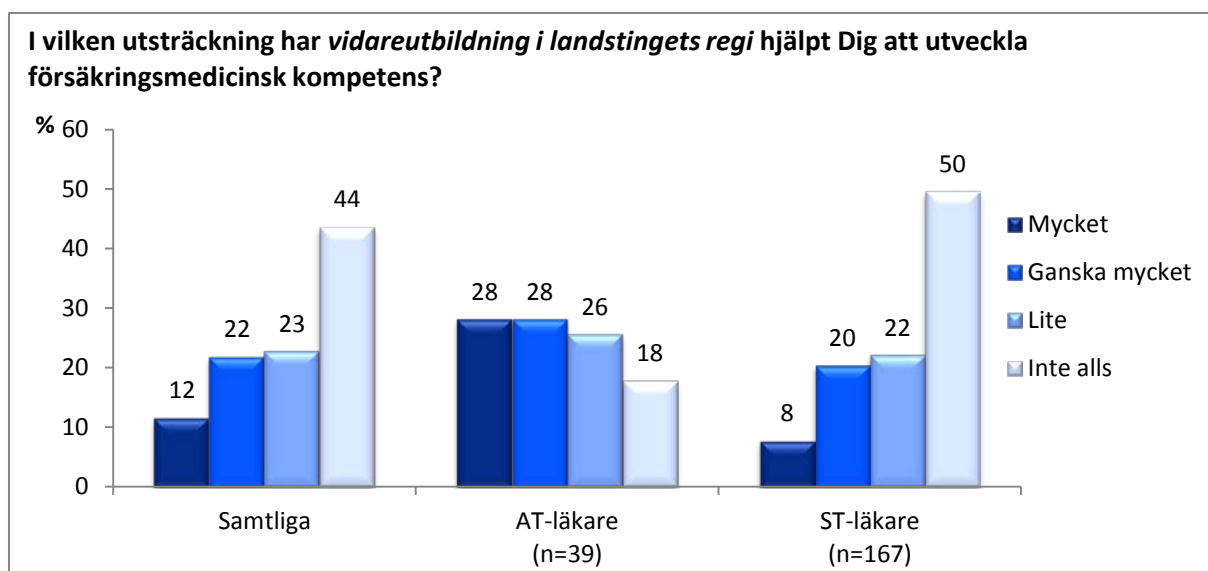
När det gäller betydelsen av Försäkringskassans utbildningar för utveckling av försäkringsmedicinsk kompetens var det två av fem (41 %) ST-läkare och tre av fyra (76 %) AT-läkare som angav alternativet "Ej aktuellt". Dessa läkare är inte representerade i Figur 18. Av dem som angav något av de andra svarsalternativen på frågan (AT; n=71, ST; n=371) var det en stor andel (AT 59 %, ST 46 %) som upplevde att utbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens (Figur 18).



Figur 18. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om utbildning i FK:s regi har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.

Vidareutbildning i landstingets regi

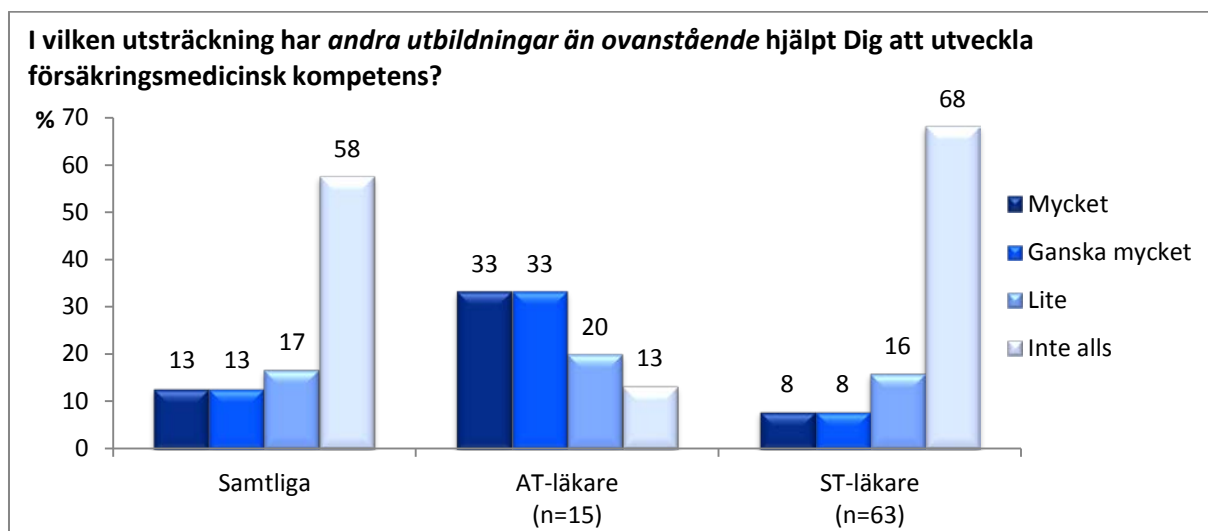
En majoritet (78 %) av samtliga läkare under vidareutbildning svarade "Ej aktuellt" på frågan om huruvida vidareutbildning i landstingets regi hjälpt dem att utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens. Det innebär förmodligen att de inte har deltagit i någon sådan utbildning. Av de ST-läkare (n=167) som angav något av de andra svarsalternativen uppgav hälften att vidareutbildningar i landstingets regi inte alls hjälpt dem utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens (Figur 19). Bland motsvarande grupp AT-läkare (n=39) svarade en majoritet (56 %) att denna typ av utbildning hjälpt dem mycket eller ganska mycket.



Figur 19. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om *vidareutbildning i landstingets regi* har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.

Andra utbildningar

Endast en av tio angav något annat svarsalternativ än "Ej aktuellt" på frågan om huruvida andra utbildningar än de som organiserats av Försäkringskassan eller av landstinget bidragit till att utveckla deras försäkringsmedicinska kompetens. Bland AT-läkarna angav 5 procent (n=15) och bland ST-läkarna 11 procent (n=63) ett annat svarsalternativ och dessa förmodas därmed ha deltagit i sådan utbildning. En majoritet (66 %) av dessa AT-läkare angav att denna andra utbildning hjälpt dem mycket eller ganska mycket i utvecklingen av försäkringsmedicinsk kompetens (Figur 20). Av ST-läkarna var det en lika stor andel (68 %) som angav att sådan utbildning inte alls har hjälpt dem i detta avseende.



Figur 20. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om *andra än tidigare nämnda utbildningar* har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.

Sammanfattning om hur läkarna utvecklat sin försäkringsmedicinska kompetens

Andelen som angav att olika utbildningssteg och utbildningar bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i försäkringsmedicin var i flertalet fall större bland AT-läkarna, jämfört med bland ST-läkarna. Särskilt gällde detta frågan om betydelsen av grundutbildningen och av utbildning i landstingets regi. Bland läkare som tagit sin examen efter 2004 var andelen som svarade att grundutbildningen bidragit till deras kompetensutveckling fördubblad. På samma sätt svarade en större andel av dem som fått sin legitimation under år 2009-2012, jämfört med 2005-2008, att AT-tjänstgöringen bidragit till deras kompetensutveckling i detta avseende. Andelen som svarade att AT-tjänstgöringen har betydelse var ungefär lika stor bland AT- och ST-läkare. Bland ST-läkarna angav en tredjedel att ST-tjänstgöringen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i försäkringsmedicin.

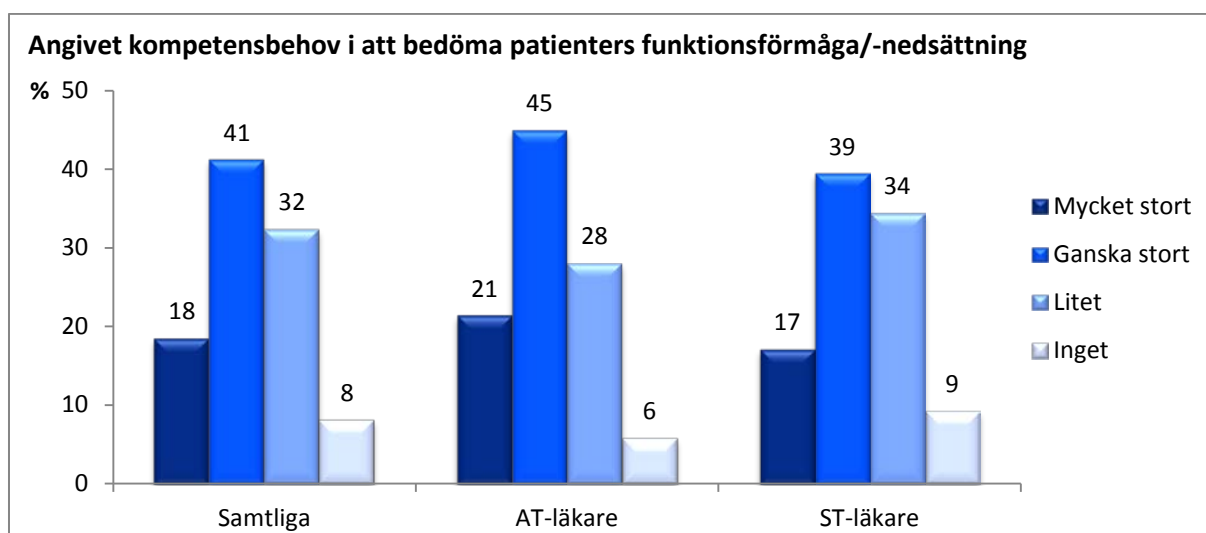
På frågorna om betydelse av utbildning i Försäkringskassans eller landstingets regi, eller andra kurser svarade en stor andel av läkarna att det inte var aktuellt. Bland dem som angav något svarsalternativ, och därmed antas ha deltagit i sådan utbildning, svarade en majoritet av AT-läkarna att dessa utbildningar bidragit till deras försäkringsmedicinska kompetensutveckling, medan motsvarande andel bland ST-läkarna var betydligt mindre: för landstingets utbildningar 28 procent och för andra typer av utbildningar 16 procent.

Behov av kompetensutveckling

Ett antal frågor handlade om hur stort behov läkaren hade av att fördjupa sin kompetens inom olika områden. Behovet för respektive område kunde klassificeras som mycket stort, ganska stort, litet respektive inget.

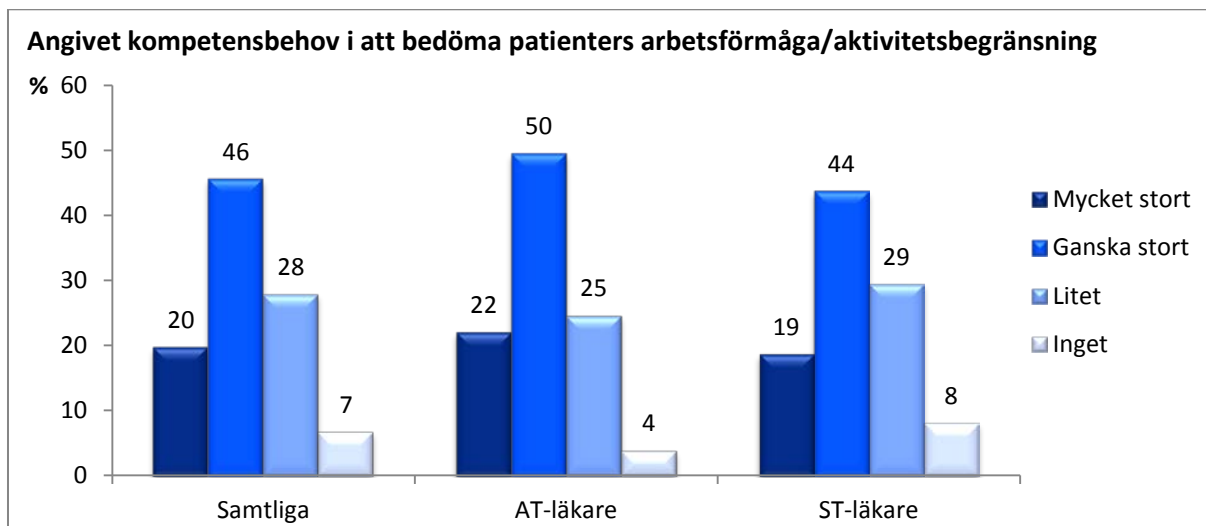
Behov av kompetens i olika bedömningsuppgifter

Två tredjedelar (66 %) av AT-läkarna och drygt hälften (56 %) av ST-läkarna svarade att de har ett mycket stort eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att bedöma patienters funktionsförmåga (Figur 21).



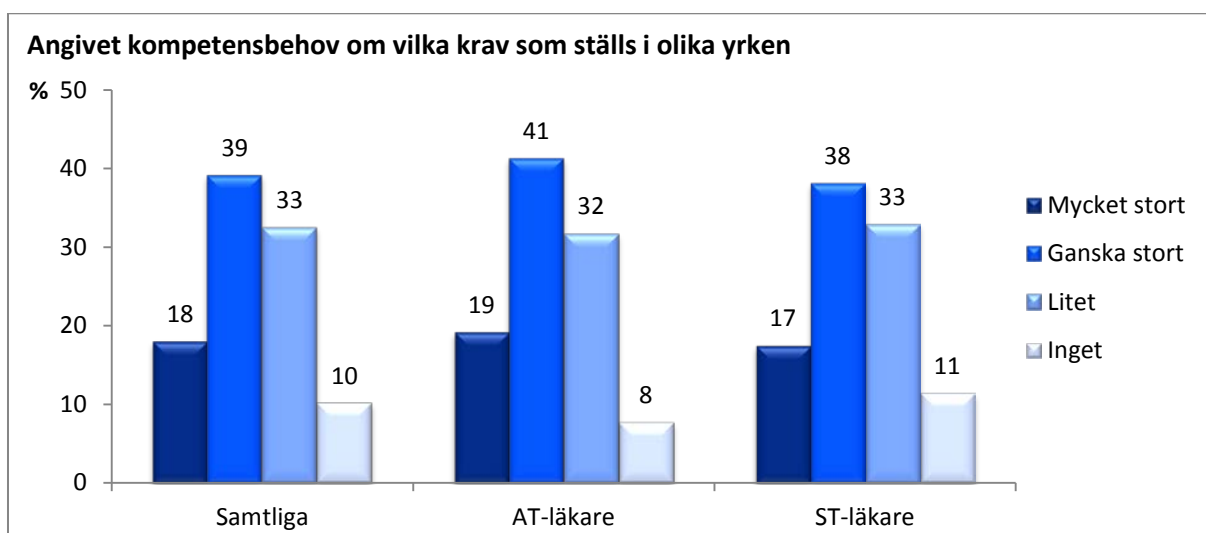
Figur 21. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att bedöma patienters funktionsförmåga, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

En stor andel läkare svarade att de har behov av att lära sig mer om bedömning av arbetsförmåga (Figur 22). Även här var andelen störst bland AT-läkarna; 72 procent svarade att de har mycket eller ganska stort sådant behov jämfört med 63 procent bland ST-läkarna.



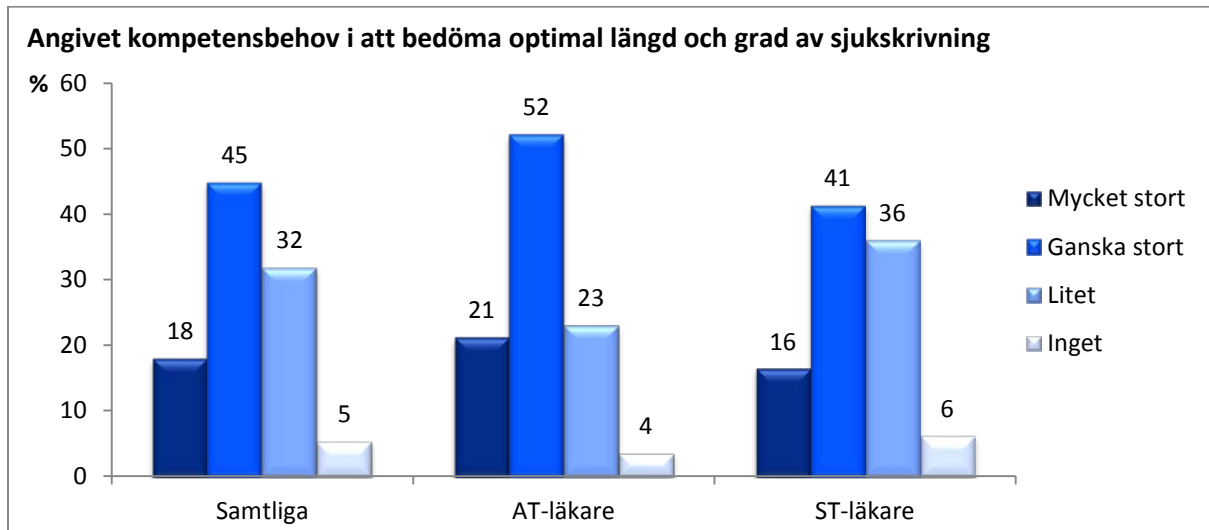
Figur 22. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att *bedöma patienters arbetsförmåga*, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

En majoritet, 60 procent av AT-läkarna och 55 procent av ST-läkarna, svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens gällande vilka krav som ställs inom olika yrken eller på olika arbetsplatser (Figur 23).



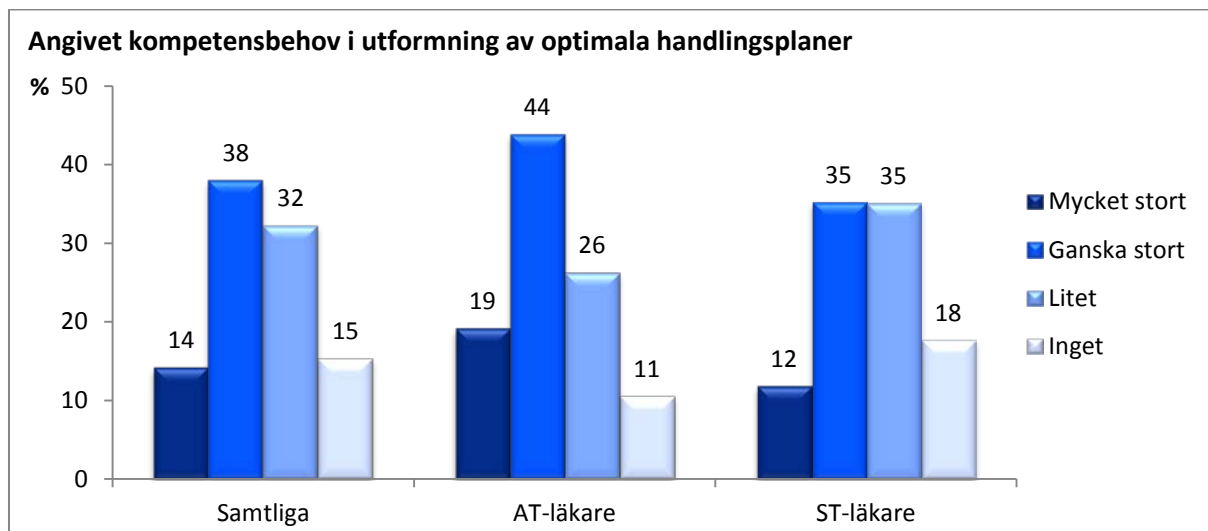
Figur 23. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande *vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser*, uppdelat på AT- och ST-läkare.

En stor andel angav mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; tre fjärdedelar (73 %) av AT-läkarna och 57 procent av ST-läkarna svarade detta (Figur 24).



Figur 24. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att *bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning*, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

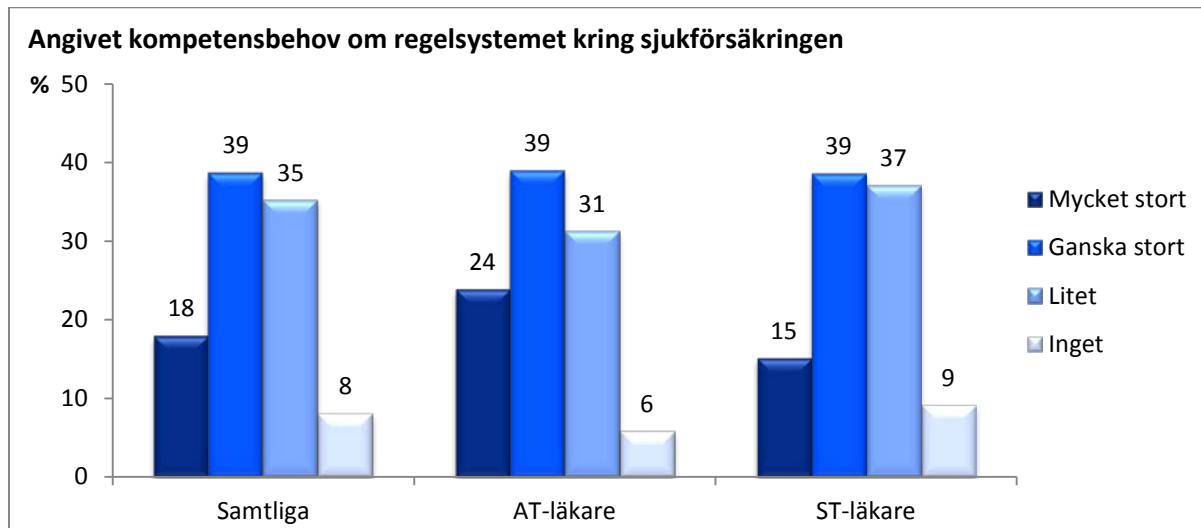
På frågan om huruvida läkarna har behov av att fördjupa sin kompetens i att utforma optimala handlingsplaner svarade en stor andel i båda grupperna att de hade ett mycket eller ganska stort behov av detta, 63 procent av AT-läkarna och 47 procent av ST-läkarna (Figur 25).



Figur 25. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att *utforma optimala handlingsplaner*, uppdelat på AT- och ST-läkare.

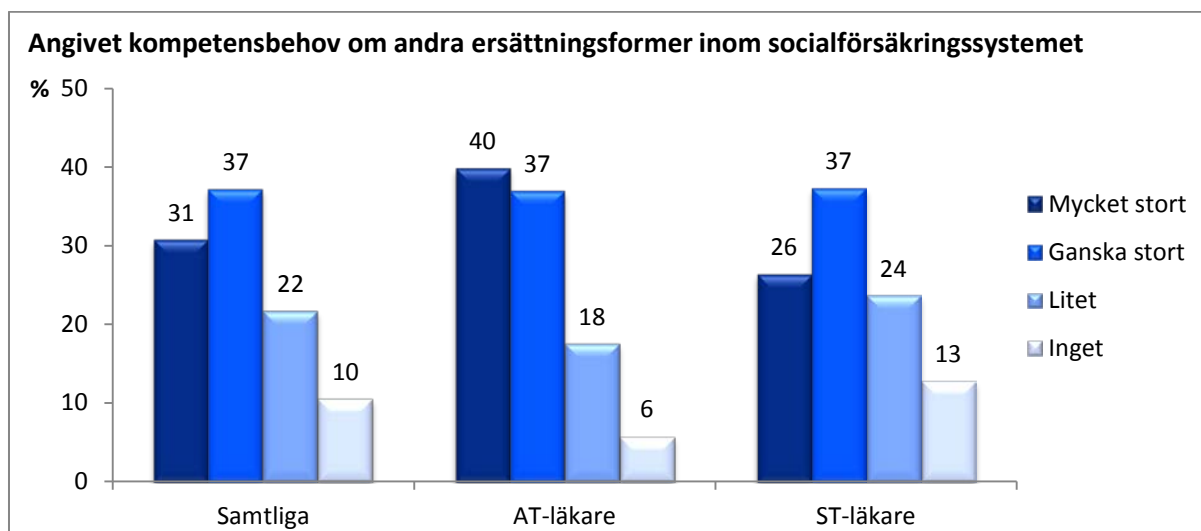
Behov av kompetens om olika regelsystem och försäkringar

Majoriteten av läkarna svarade att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sina kunskaper kring regelsystemet rörande sjukförsäkringen, 63 procent av AT-läkarna och 54 procent av ST-läkarna (Figur 26).



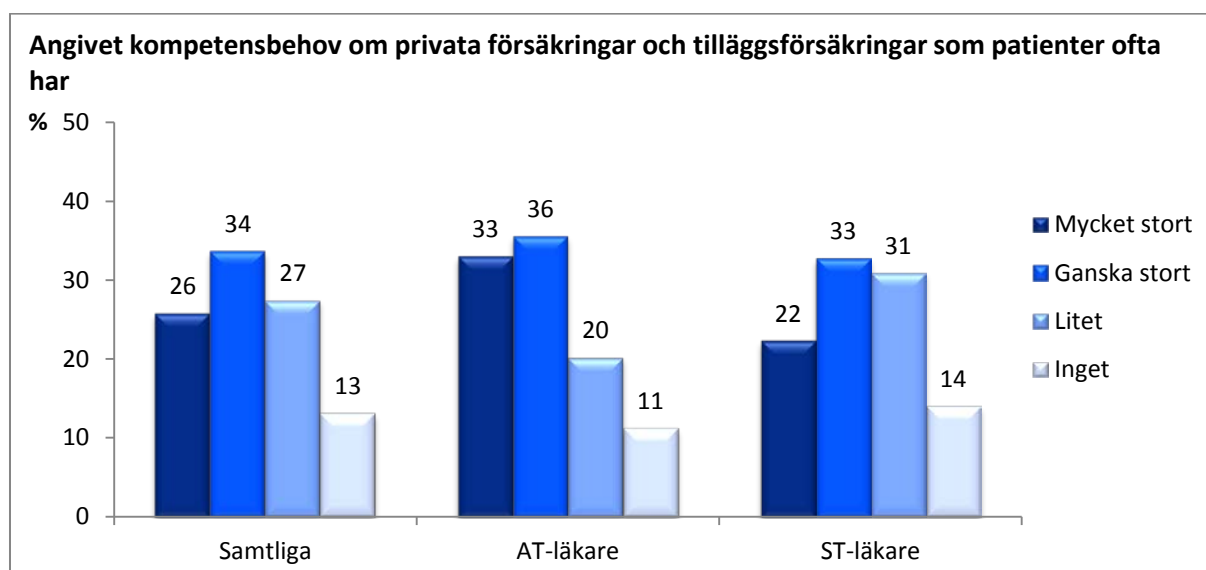
Figur 26. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i *regelsystemet kring sjukförsäkringen*, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

En stor andel i båda läkargrupperna angav ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens kring andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (till exempel rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning). Tre fjärdedelar (77 %) av AT-läkarna och två tredjedelar (63 %) av ST-läkarna svarade detta (Figur 27).



Figur 27. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i *andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet* (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning), samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

Även när det gällde kompetens kring privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har angavs ett mycket eller ganska stort behov av mer kompetens av en majoritet av läkarna, 69 procent av AT-läkarna och 55 procent av ST-läkarna (Figur 28).



Figur 28. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i *privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har*, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

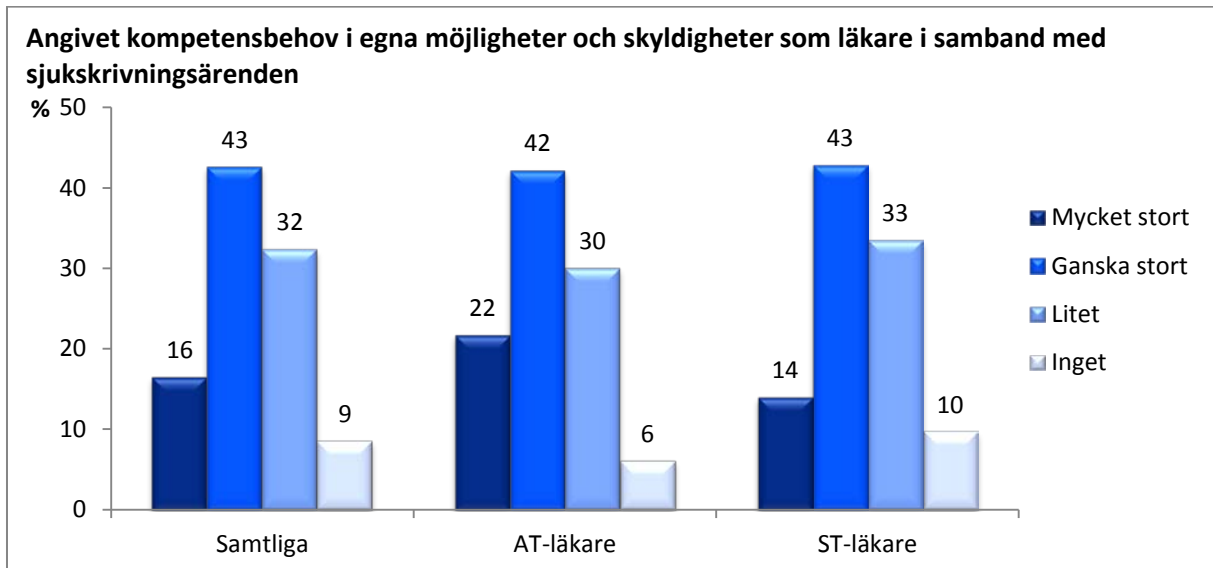
Behov av kompetens kring olika aktörers möjligheter och skyldigheter vid sjukskrivning

Mellan 65 och 70 procent av AT-läkarna och mellan 56 och 63 procent av ST-läkarna angav att de har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens om egna och andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden (Tabell 8).

Tabell 8. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

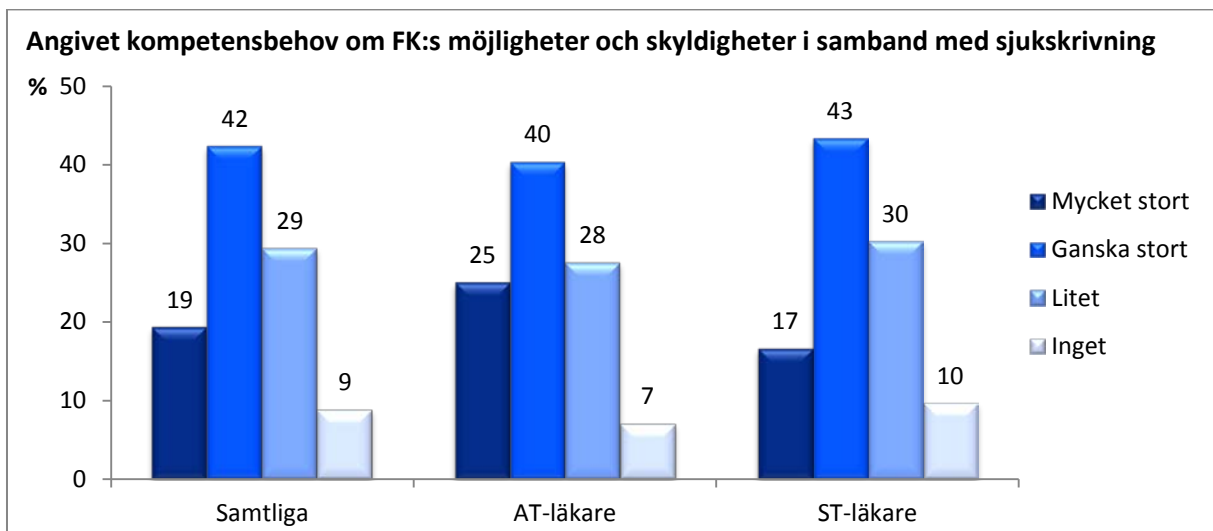
Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	AT-läkare	22	42	30	6
	ST-läkare	14	43	33	10
Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	AT-läkare	25	40	28	7
	ST-läkare	17	43	30	10
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	AT-läkare	25	44	26	5
	ST-läkare	18	44	29	10
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	AT-läkare	25	45	24	6
	ST-läkare	20	43	26	11
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	AT-läkare	21	45	25	8
	ST-läkare	14	39	33	13

Ett mycket eller ganska stort behov av kompetens kring de egna möjligheterna och skyldigheterna som läkare i samband med sjukskrivningsärenden, angavs av en stor andel i båda grupperna, 64 procent av AT-läkarna och 57 procent av ST-läkarna (Figur 29).



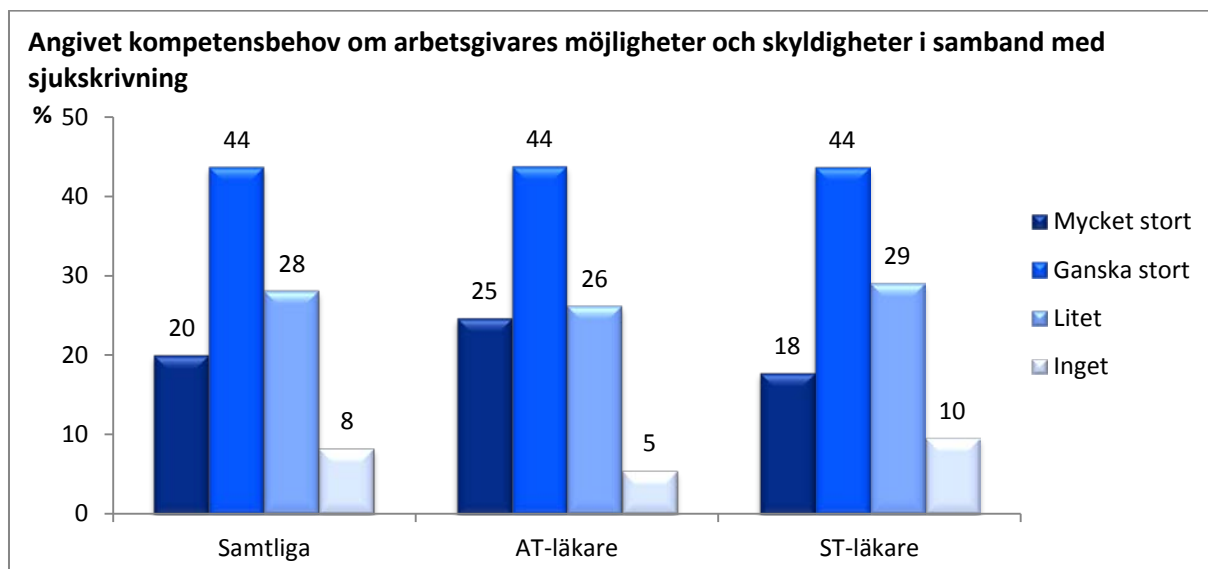
Figur 29. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande *sina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden*, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

En stor andel av läkarna, 65 procent av AT-läkarna och 60 procent av ST-läkarna, angav behov av fördjupad kompetens kring vilka möjligheter och skyldigheter Försäkringskassan har i samband med sjukskrivning (Figur 30).



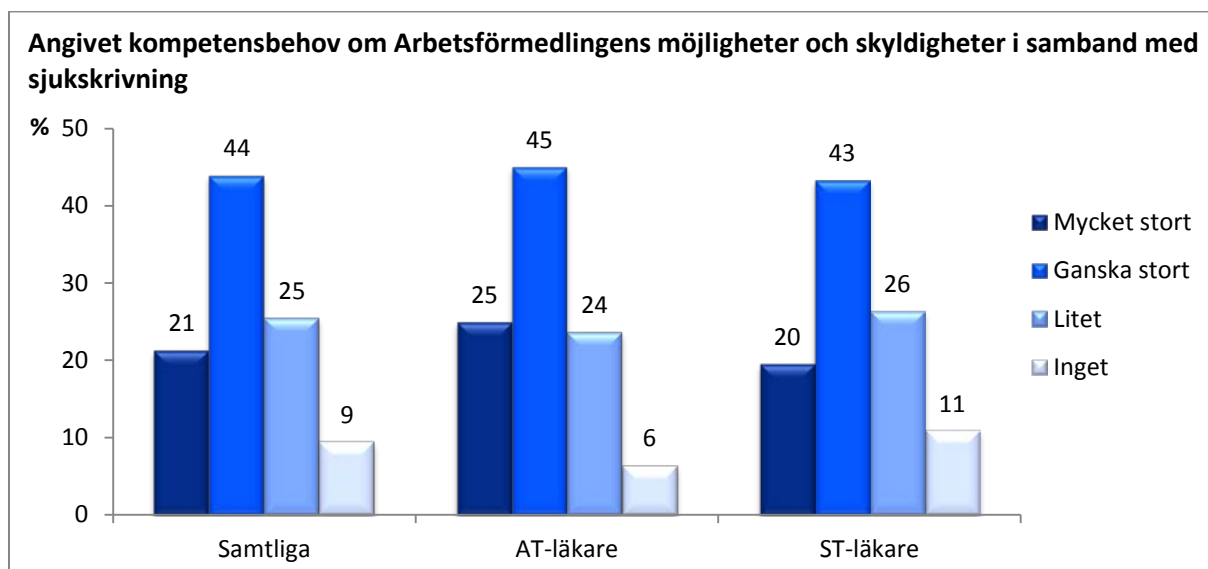
Figur 30. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande *Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning*, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Även när det gällde vilka möjligheter och skyldigheter arbetsgivare har i samband med sjukskrivning var det många som svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens; 69 procent av AT-läkarna och 62 procent av ST-läkarna (Figur 31).



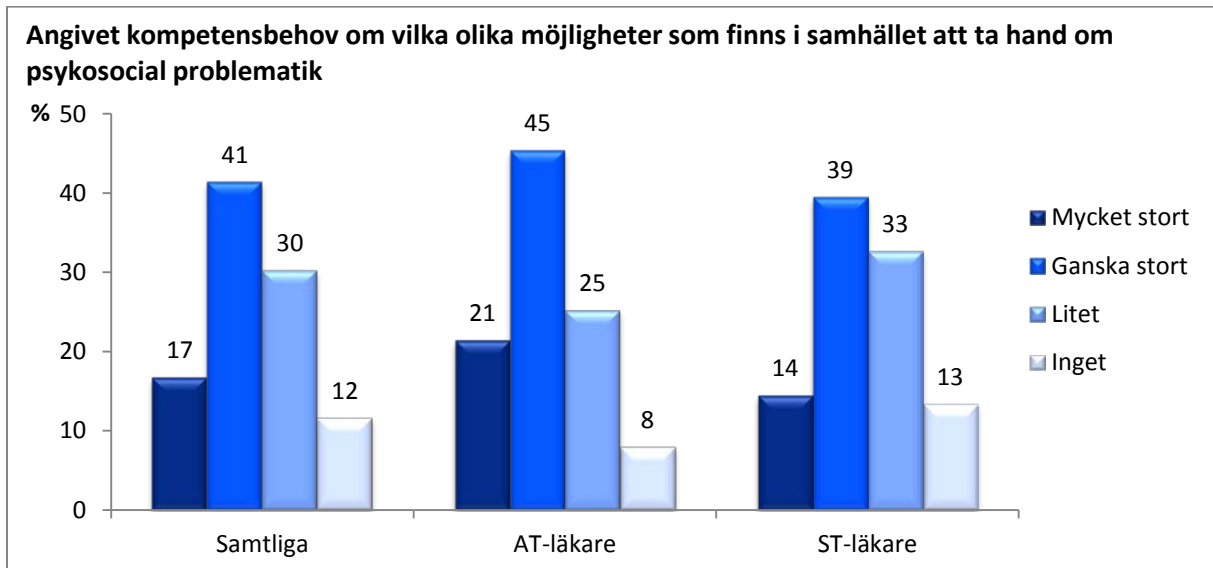
Figur 31. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande *arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning*, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

En stor andel av läkarna, 70 procent av AT-läkarna och 63 procent av ST-läkarna, upplevde ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens kring vilka skyldigheter och möjligheter som Arbetsförmedlingen har i samband med sjukskrivning (Figur 32).



Figur 32. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande *Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning*, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

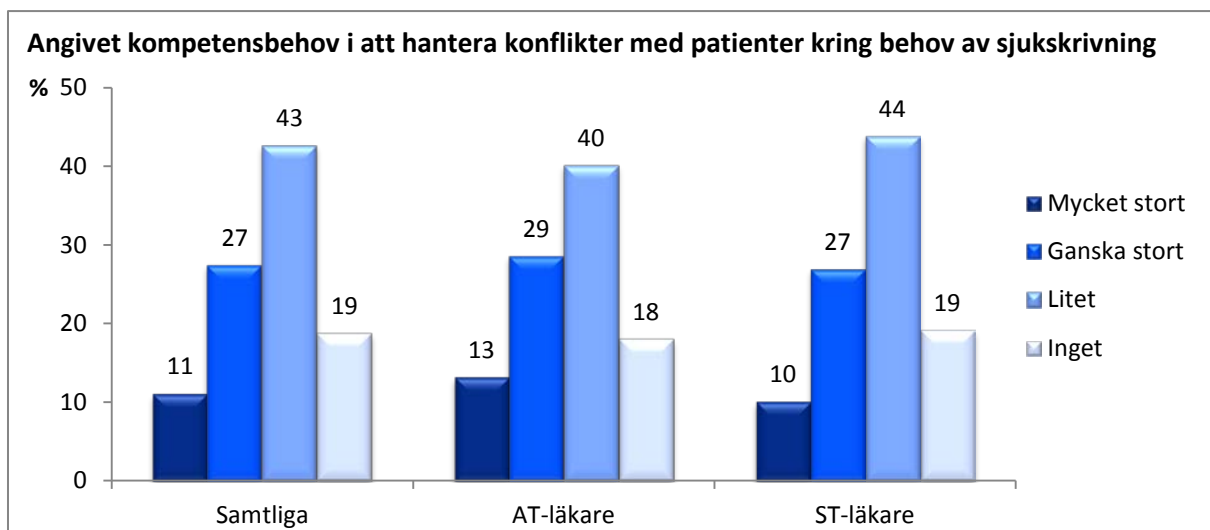
På frågan om behovet av fördjupad kompetens kring vilka möjligheter som finns i samhället för att ta hand om psykosocial problematik svarade två tredjedelar av AT-läkarna och 53 procent av ST-läkarna att behovet var mycket eller ganska stort (Figur 33).



Figur 33. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande vilka möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

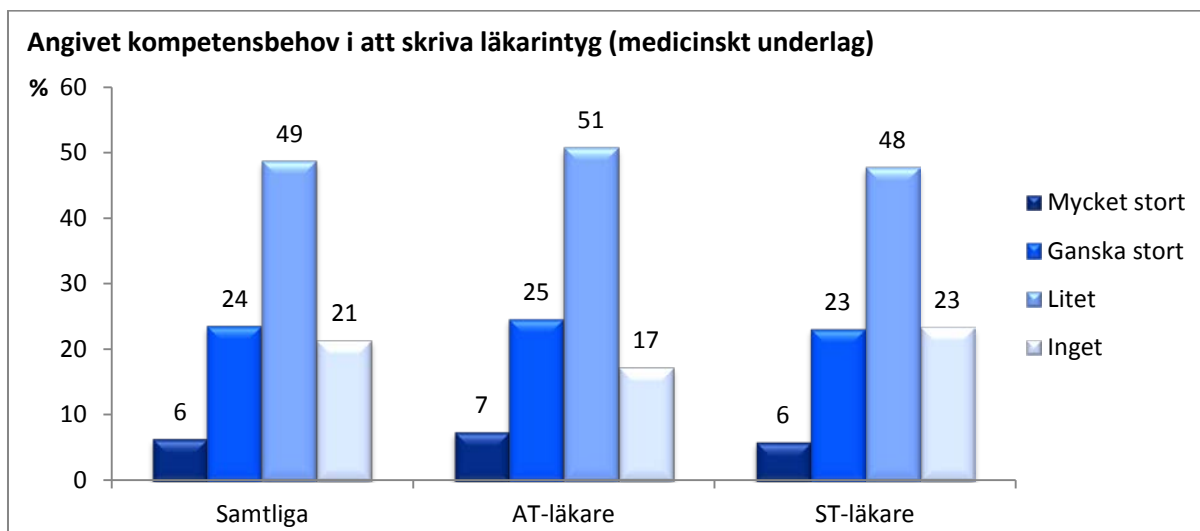
Behov av kompetens inom övriga områden

Två av fem, 42 procent, av AT-läkarna svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning (Figur 34). Bland ST-läkarna var motsvarande andel 37 procent.



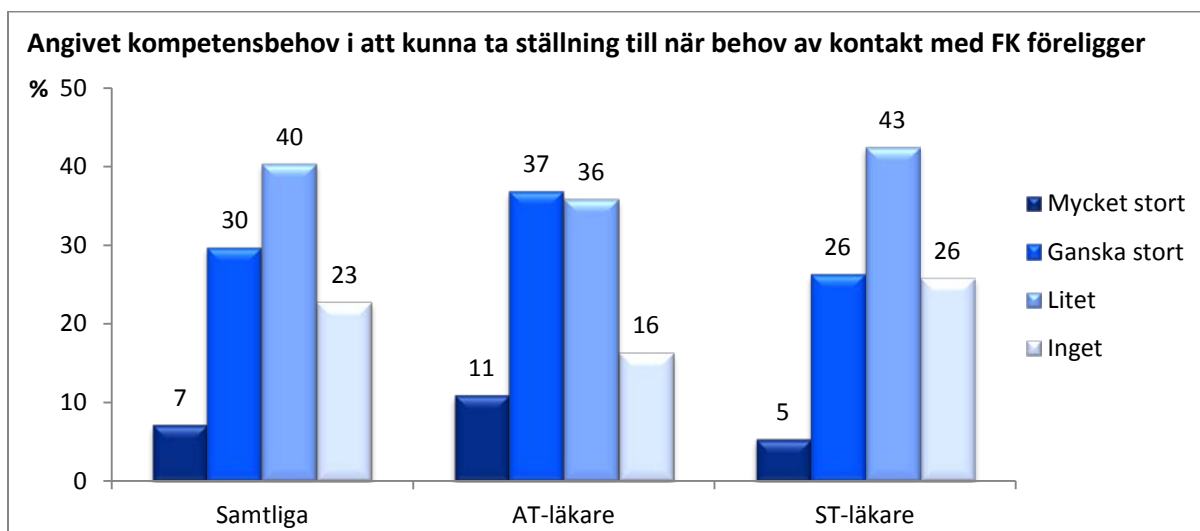
Figur 34. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

En tredjedel av AT-läkarna och 29 procent av ST-läkarna angav mycket eller ganska stort behov av mer kompetens i att skriva läkarintyg (medicinska underlag). Majoriteten i båda läkargrupperna svarade att de har litet eller inget sådant behov (Figur 35).



Figur 35. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att skriva sjukintyg (medicinskt underlag), samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

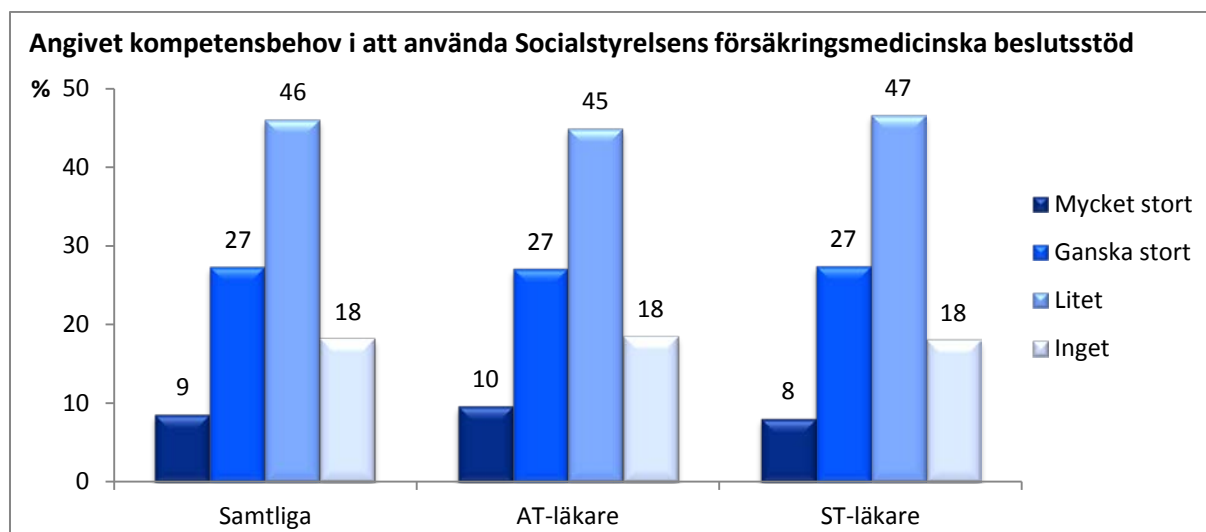
Knappt hälften av AT-läkarna och en knapp tredjedel av ST-läkarna svarade att de har mycket eller ganska stort behov av mer kompetens i att ta ställning till när kontakt med försäkringskassan krävs (Figur 36).



Figur 36. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

Behov av kompetensutveckling i användning av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

En dryg tredjedel av läkarna, 37 procent av AT-läkarna och 35 procent av ST-läkarna, angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (Figur 37).



Figur 37. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.

Sammanfattning om behov av kompetensutveckling

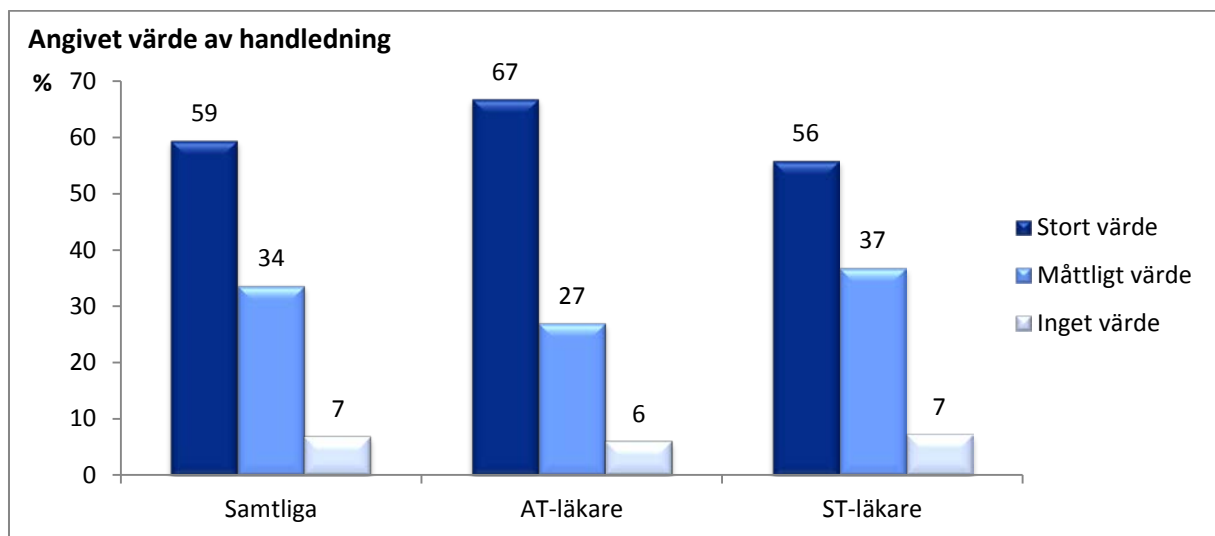
Genomgående angav en något större andel av AT-läkarna, jämfört med ST-läkarna, behov av kompetensutveckling. Detta gällde särskilt del kompetens i ställningstagande till behov av kontakt med Försäkringskassan, dels i att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad, och dels i att utforma optimala handlingsplaner för sjukskrivna. De områden som störst andel angav mycket eller ganska stort behov av kompetensutveckling i, var att bedöma arbetsförmåga (72 % av AT-läkarna, 63 % av ST-läkarna), samt möjligheter och skyldigheter hos Arbetsförmedlingen (70 respektive 63 %), arbetsgivaren (69 respektive 62 %) och Försäkringskassan (65 respektive 60 %) i samband med sjukskrivning. Den fråga där minst andel angav behov av kompetensutveckling var den om skrivande av läkarintyg, där 32 procent av AT-läkarna och 29 procent av ST-läkarna svarade att de har sådant behov.

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar

Frågan som behandlas i detta avsnitt var i enkäten formulerad på följande sätt: ”Hur värderar du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?”. De tre svarsalternativen var ”stort värde”, ”måttligt värde” respektive ”inget värde”. Samtliga frågor presenteras för samtliga läkare under vidareutbildning samt uppdelat på svar från AT- respektive ST-läkare.

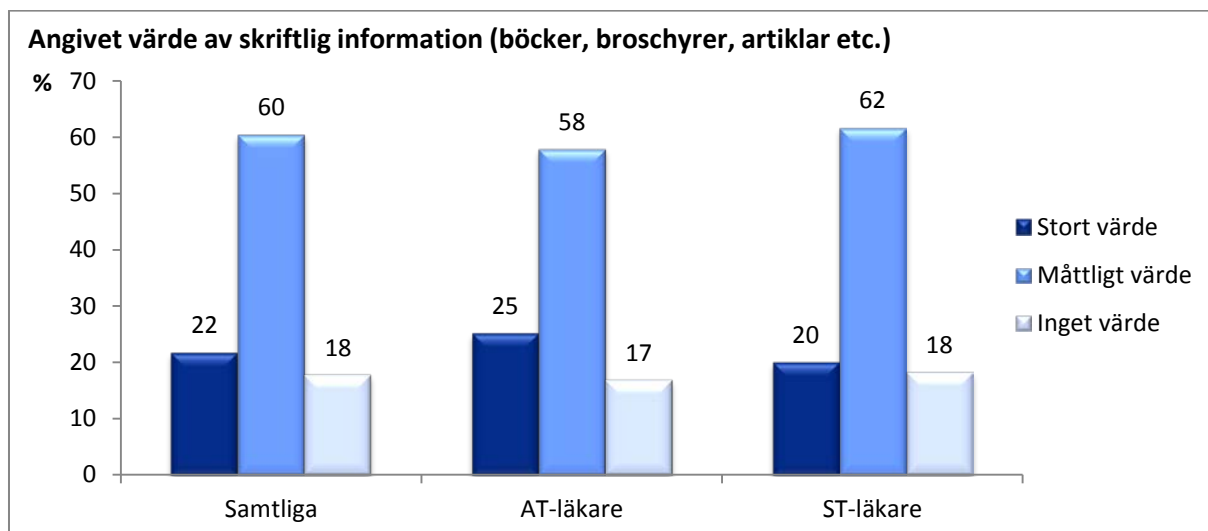
Värdet av olika typer av utbildning och information för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Två tredjedelar av AT-läkarna svarade att handledning har stort värde för arbetet med sjukskrivning. Bland ST-läkarna svarade 56 procent detta (Figur 38).



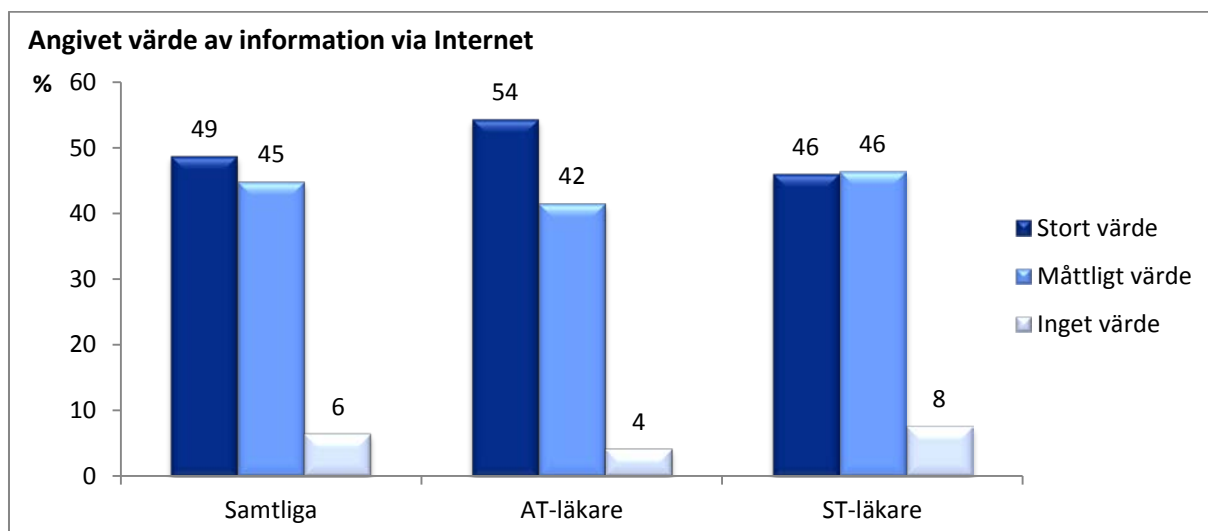
Figur 38. Andel (%) som svarade att *handledning* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Drygt var femte läkare angav att skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.) är av stort värde för arbetet med sjukskrivning. Andelen som svarade detta var något större bland AT-läkarna än bland ST-läkarna (Figur 39).



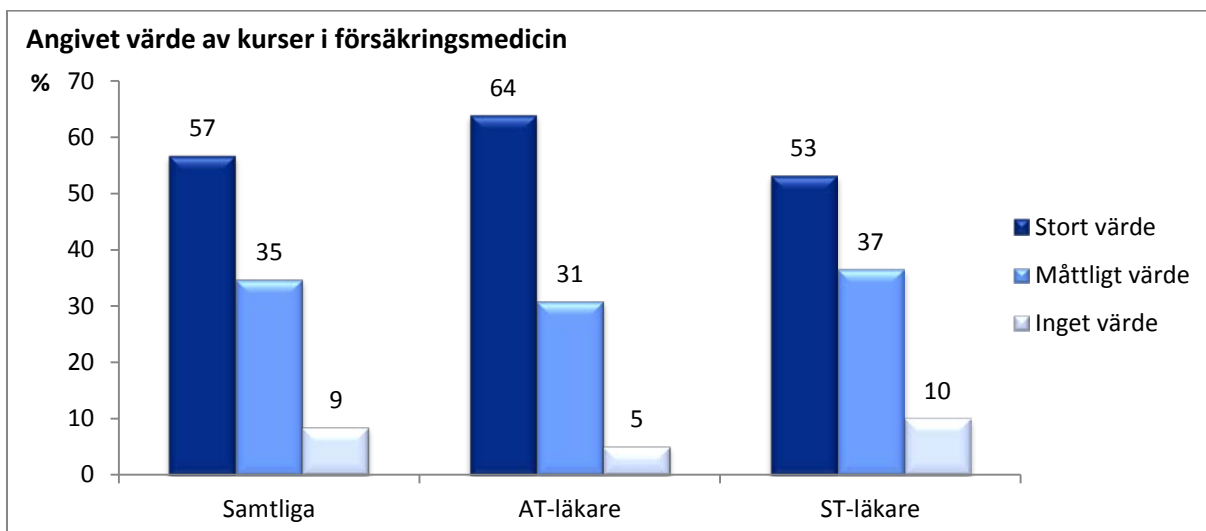
Figur 39. Andel (%) som svarade att *skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Att få information via Internet angavs ha stort värde av 54 procent av AT-läkarna och 46 procent av ST-läkarna (Figur 40).



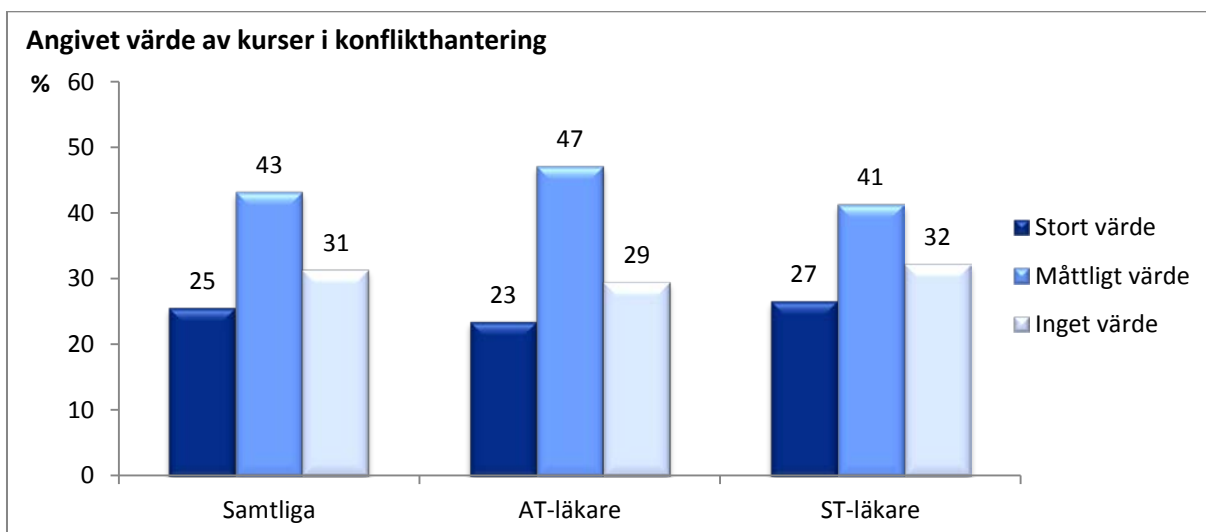
Figur 40. Andel (%) som svarade att *information via Internet* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Bland AT-läkarna angav två tredjedelar (64 %) att kurser i försäkringsmedicin har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar. Bland ST-läkarna var motsvarande siffra 53 procent (Figur 41).



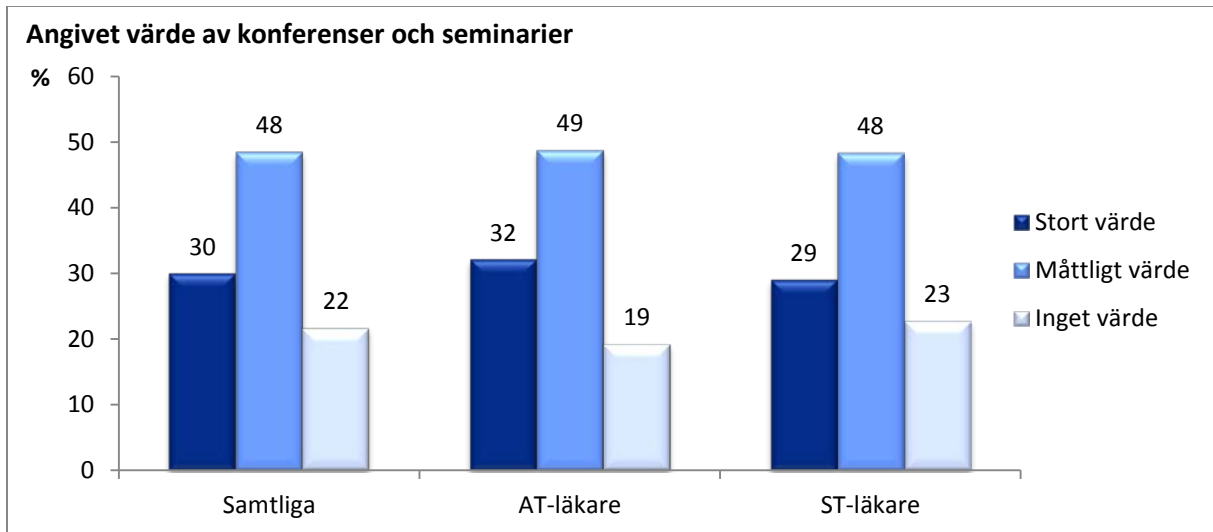
Figur 41. Andel (%) som svarade att *kurser i försäkringsmedicin* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Var fjärde läkare angav att kurser i konflikthantering har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 42).



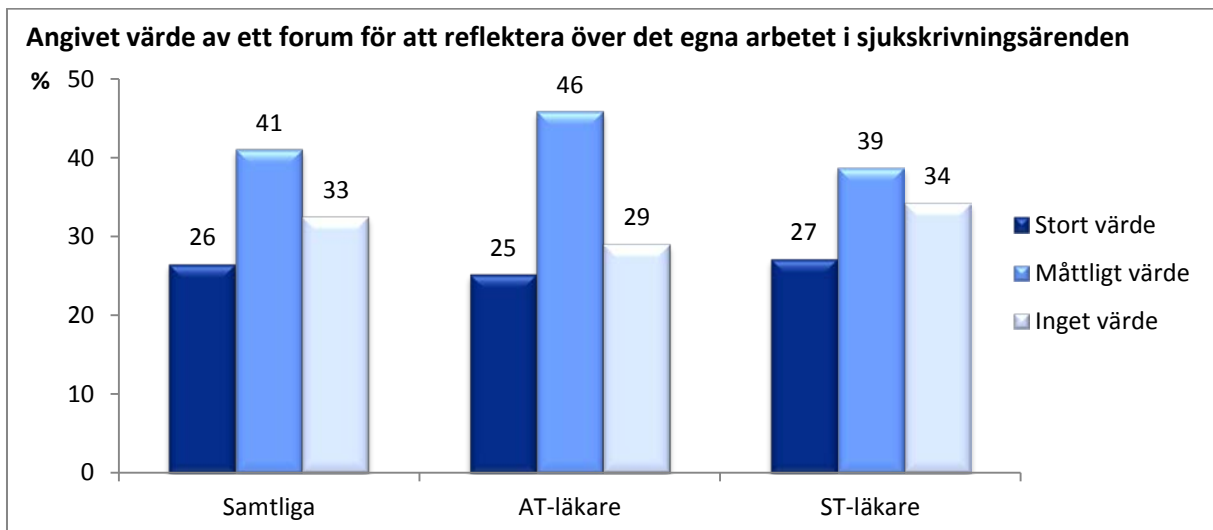
Figur 42. Andel (%) som svarade att *kurser i konflikthantering* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Närmare var tredje läkare svarade att konferenser och seminarier har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 43).



Figur 43. Andel (%) läkare som svarade att *konferenser och seminarier* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

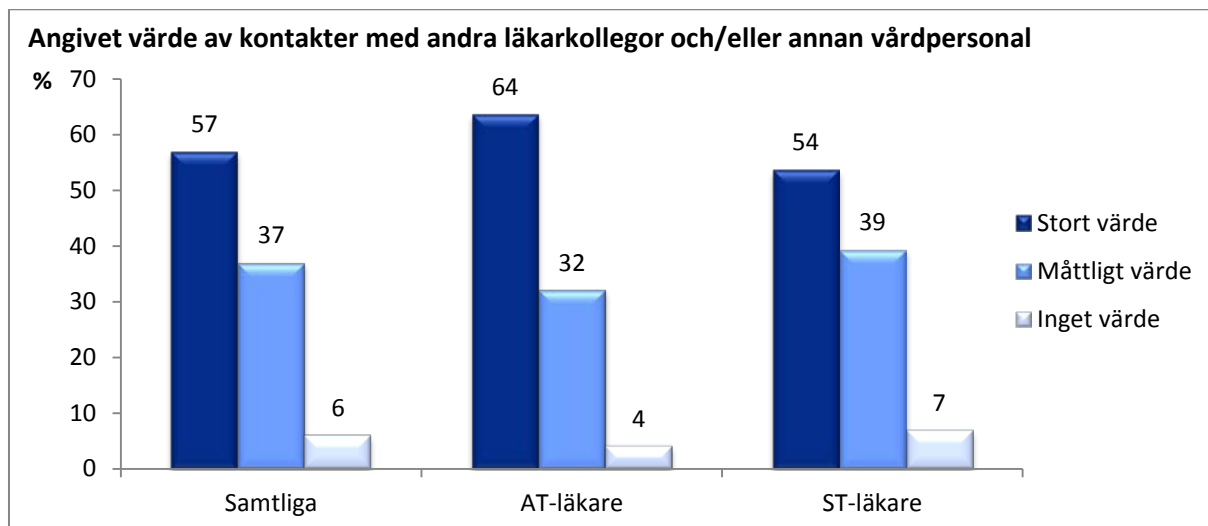
Ungefär var fjärde läkare svarade att det var av stort värde med ett forum för att reflektera över det egna arbetet med sjukskrivningsärenden (Figur 44).



Figur 44. Andel (%) som svarade att *ett forum för att reflektera över sitt eget arbete i sjukskrivningsärenden* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

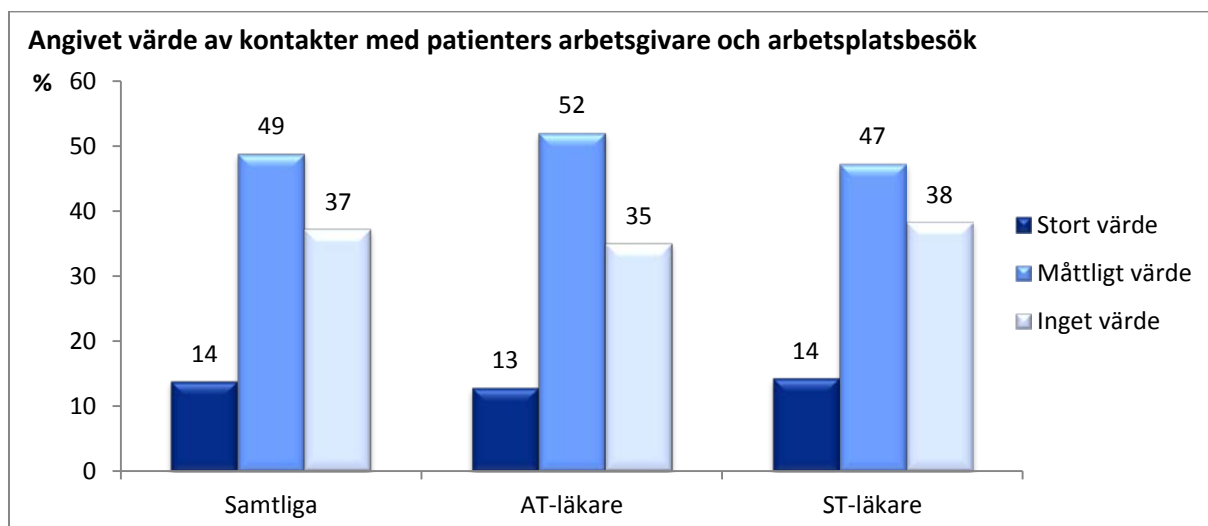
Värdet av kontakter med olika aktörer och yrkesgrupper för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

En majoritet av läkarna angav att kontakter med kollegor och annan personal inom hälso- och sjukvården har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 45).



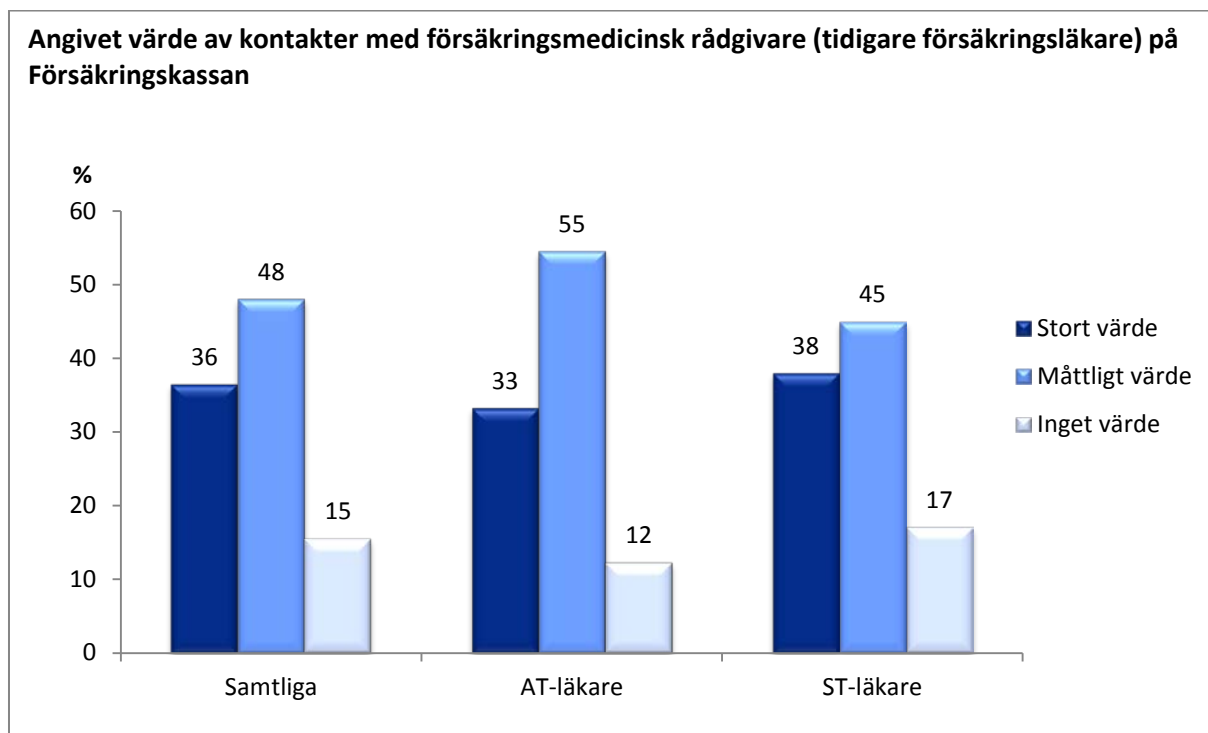
Figur 45. Andel (%) som svarade att *kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök angavs ha stort värde av 14 procent av läkarna (Figur 46).



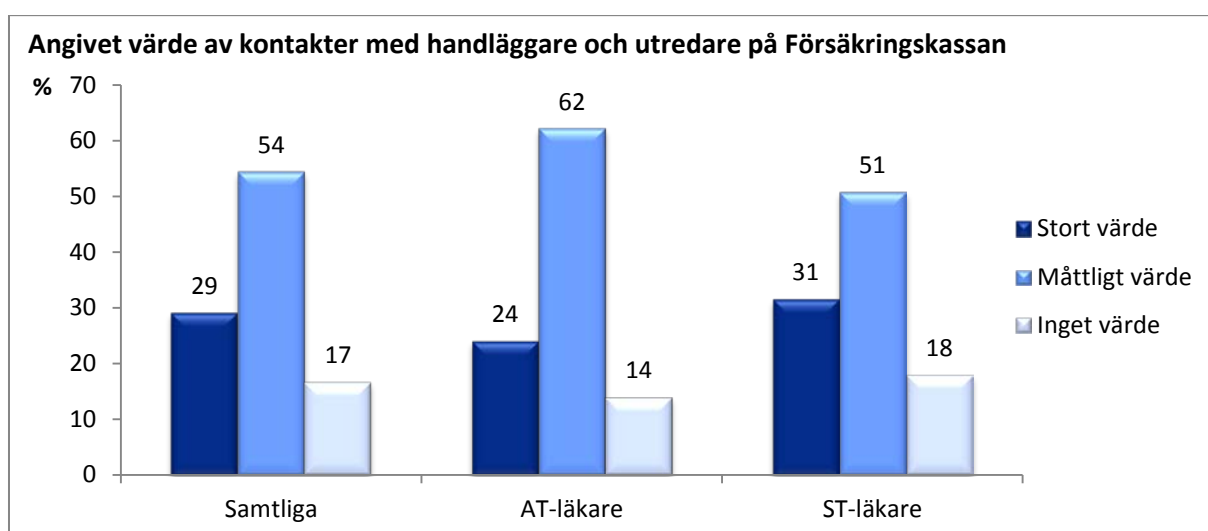
Figur 46. Andel (%) som svarade att *kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Drygt var tredje läkare svarade att det har stort värde att ha kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare kallade försäkringsläkare) på Försäkringskassan (Figur 47).



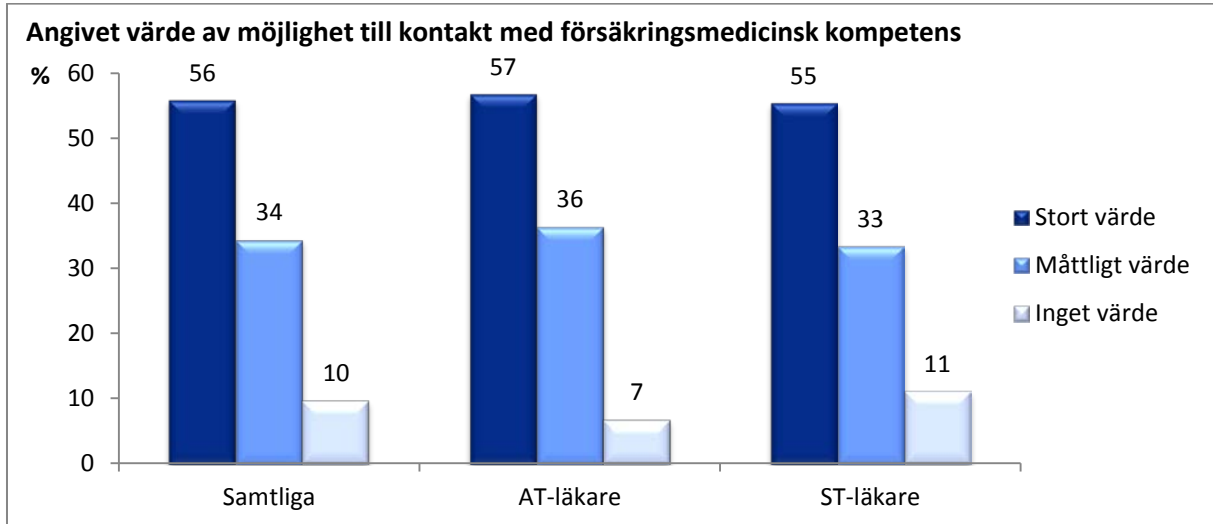
Figur 47. Andel (%) som svarade att *kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Var fjärde AT-läkare och nästan var tredje ST-läkare svarade att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan är av stort värde (Figur 48).



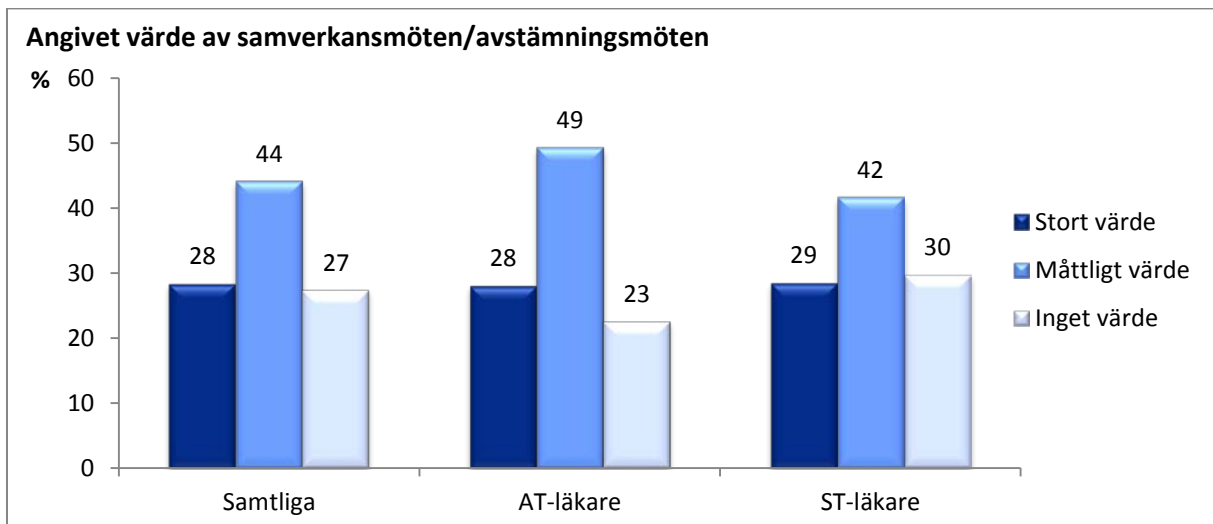
Figur 48. Andel (%) som svarade att *kontakter med handläggare och utredare på FK* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Drygt hälften av läkarna, 56 procent, angav att möjligheter till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens är av stort värde (Figur 49).



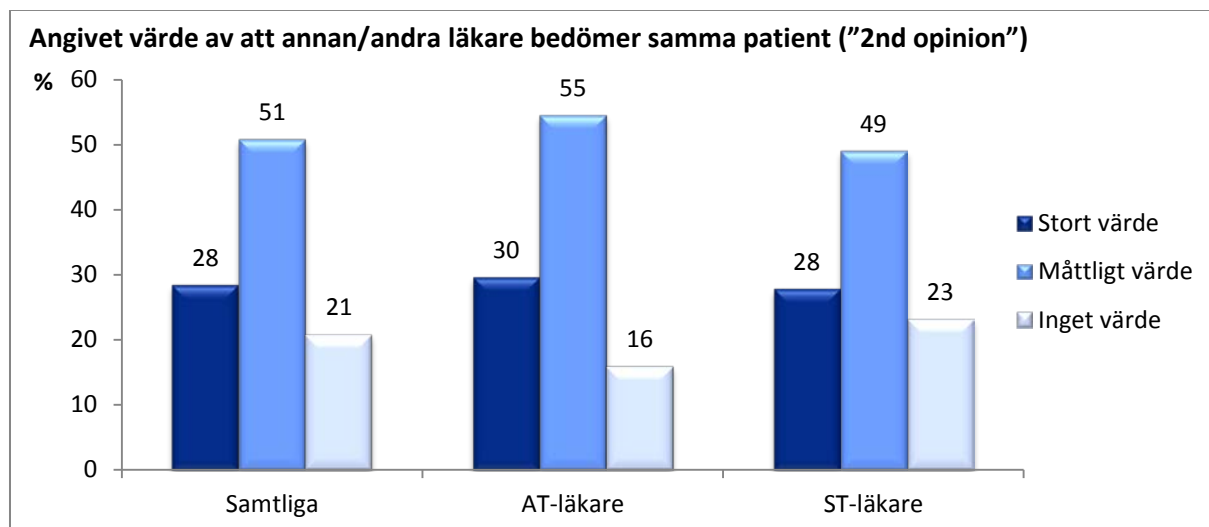
Figur 49. Andel (%) som svarade att *möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Tjugoåtta procent av läkarna svarade att *samverkansmöten/avstämningsmöten* har stort värde (Figur 50). En större andel av ST-läkarna, jämfört med AT-läkarna, svarade att dessa typer av möten inte har något värde.



Figur 50. Andel (%) som svarade att *samverkansmöten/avstämningsmöten* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Tjugoåtta procent av läkarna svarade likaledes att second opinion (att annan/andra läkare bedömer samma patient) är av stort värde (Figur 51).



Figur 51. Andel (%) som svarade att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion") har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

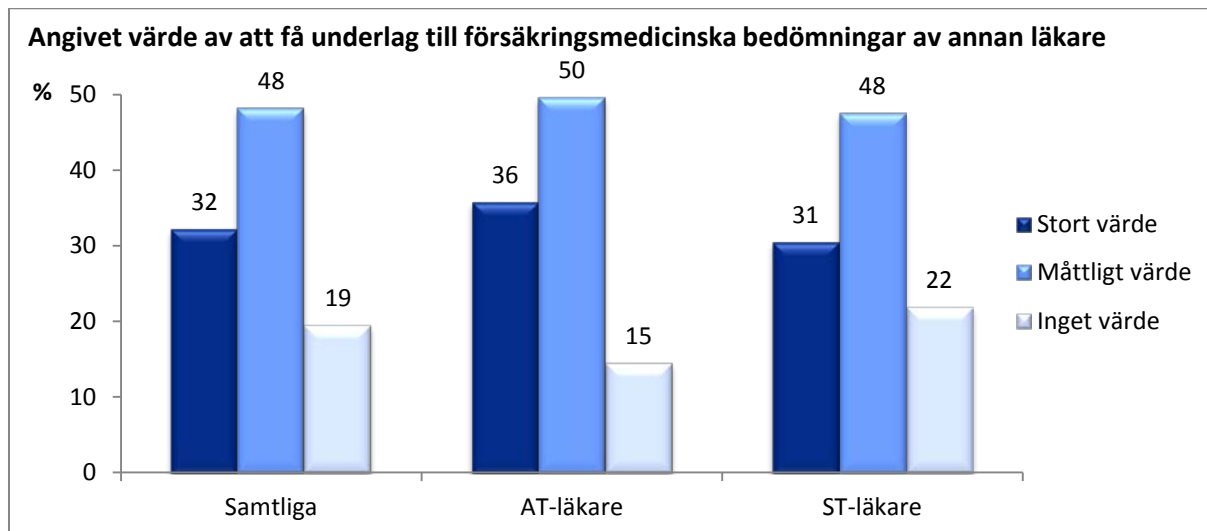
Värdet av att få underlag av andra

En större andel AT-läkare, jämfört med ST-läkare, satte stort värde på att få underlag av andra inför försäkringsmedicinska bedömningar (Tabell 9). Att få underlag från en sjukgymnast eller arbetsterapeut ansågs ha stort värde av störst andel.

Tabell 9. Andel (%) som svarade att underlag från andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

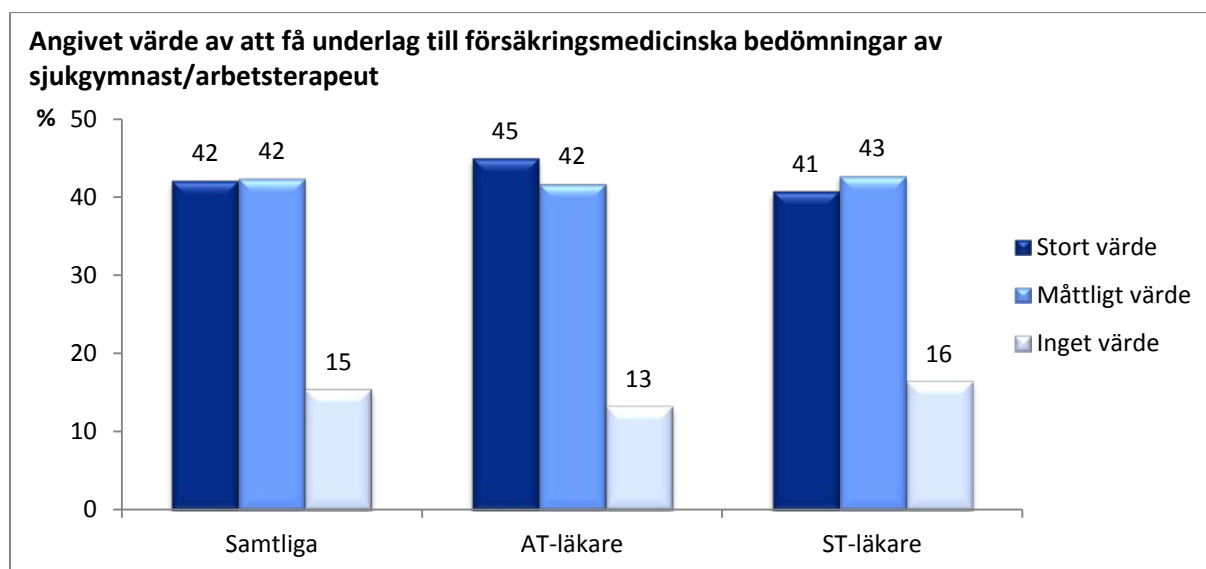
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av...		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
... annan läkare	AT-läkare	36	50	15
	ST-läkare	31	48	22
... sjukgymnast/arbetsterapeut	AT-läkare	45	42	13
	ST-läkare	41	43	16
... kurator/psykolog	AT-läkare	41	44	15
	ST-läkare	37	45	18

En tredjedel av läkarna tyckte att underlag från andra läkare inför försäkringsmedicinska bedömningar har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (Figur 52). Andelen AT-läkare som ansåg att detta har stort eller måttligt värde var större än andelen ST-läkare.



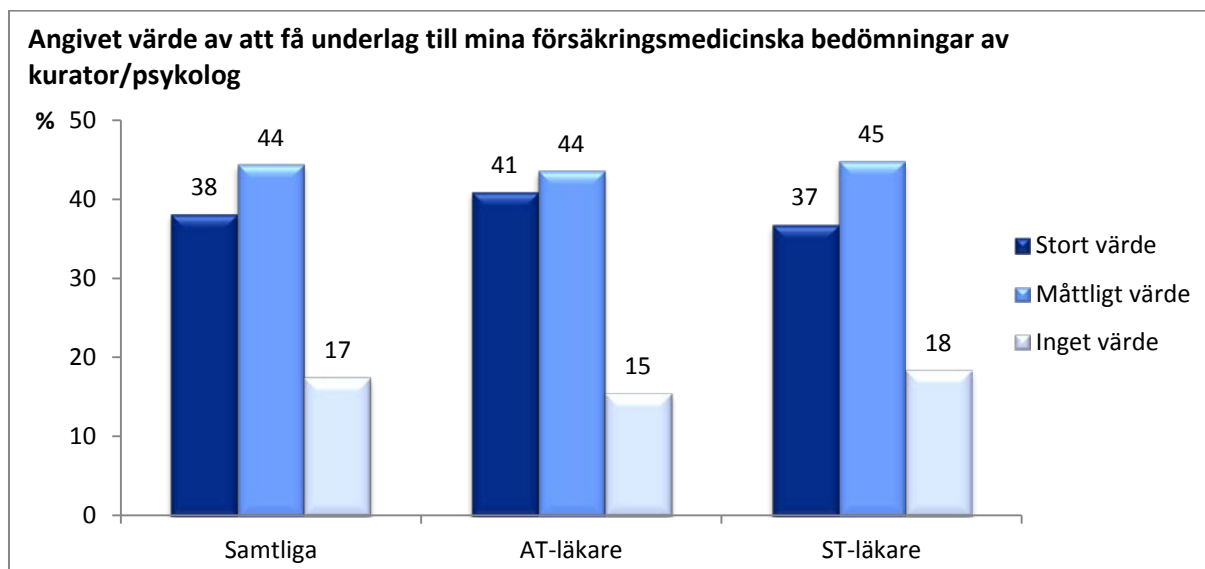
Figur 52. Andel (%) som svarade att *underlag från annan läkare till försäkringsmedicinska bedömningar* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Två av fem AT- (45 %) respektive ST-läkare (41 %) svarade att underlag från sjukgymnast eller arbetsterapeut har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning (Figur 53).



Figur 53. Andel (%) som svarade att *underlag från sjukgymnast eller arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

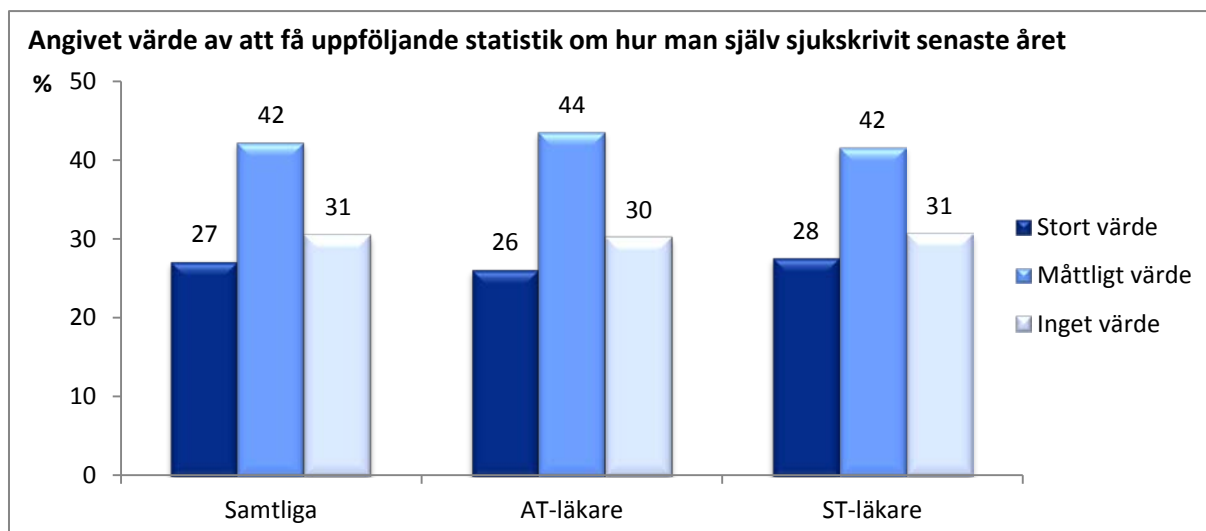
Andelen AT-läkare (41 %) som svarade att underlag från kurator eller psykolog har stort värde för deras arbete med sjukskrivning var även den fyra procentenheter större än andelen ST-läkare (Figur 54).



Figur 54. Andel (%) som svarade att *underlag från kurator eller psykolog till försäkringsmedicinska bedömningar* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

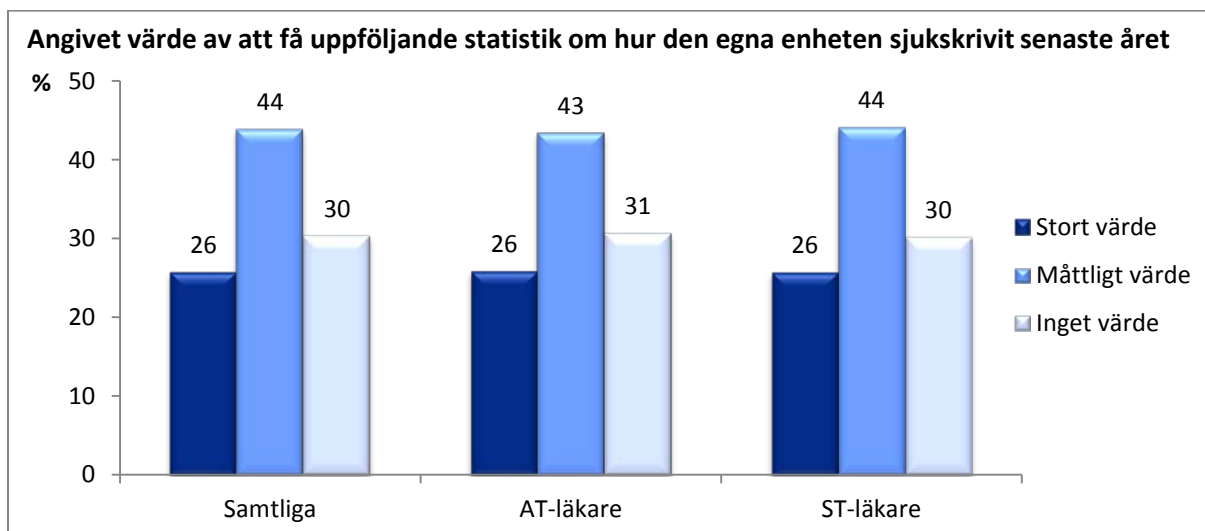
Övriga faktorerers betydelse för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Att få uppföljande statistik om hur man sjukskrivit senaste året angavs ha stort värde av drygt var fjärde läkare (Figur 55).



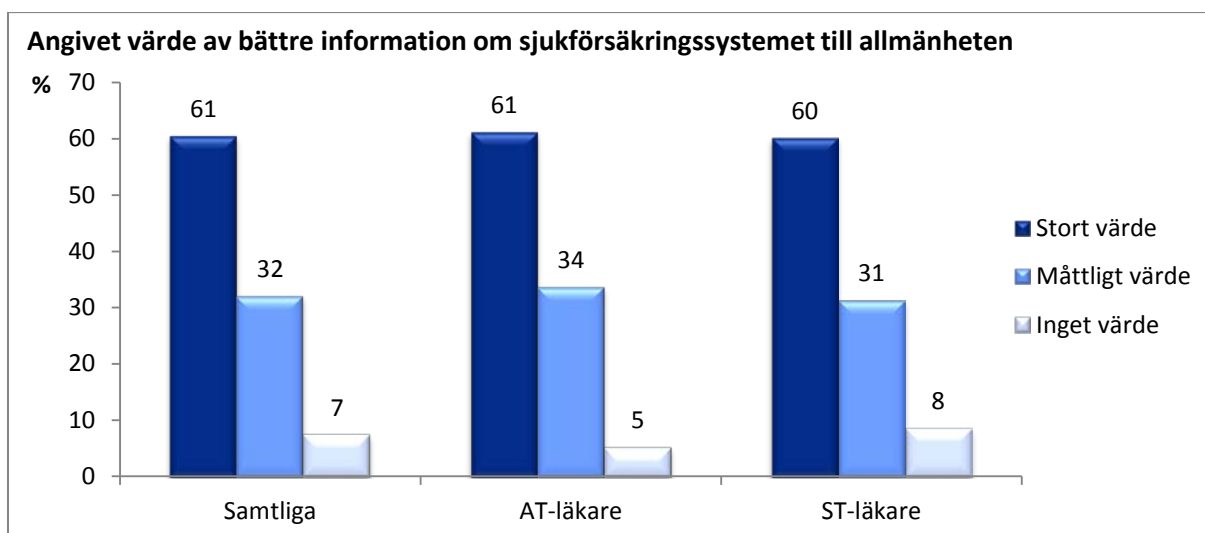
Figur 55. Andel (%) som svarade att *uppföljande statistik om hur de själva sjukskrivit senaste året* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Uppföljande statistik om hur den egna enheten sjukskrivit senaste året angavs ha stort värde av 26 procent av läkarna under vidareutbildning (Figur 56). Här fanns det ingen skillnad mellan de två grupperna av läkare.



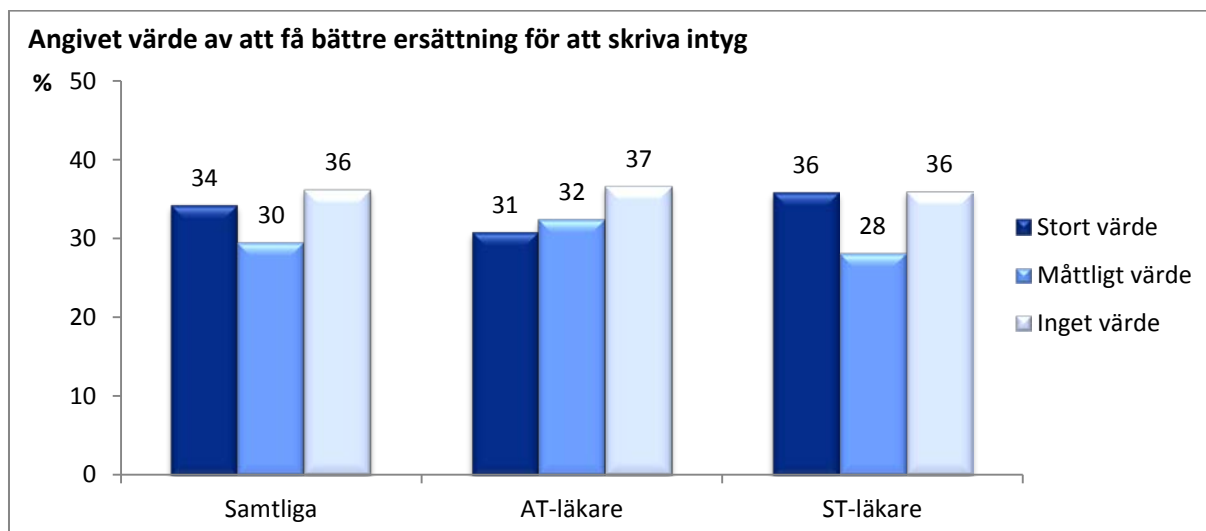
Figur 56. Andel (%) som svarade att det har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning att få uppföljande statistik om hur deras enhet sjukskrivit senaste året, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Sextioen procent av läkarna under vidareutbildning svarade att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten är av stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar (Figur 57). Det innebär att detta var en av de faktorer som flest tillskrev stort värde.



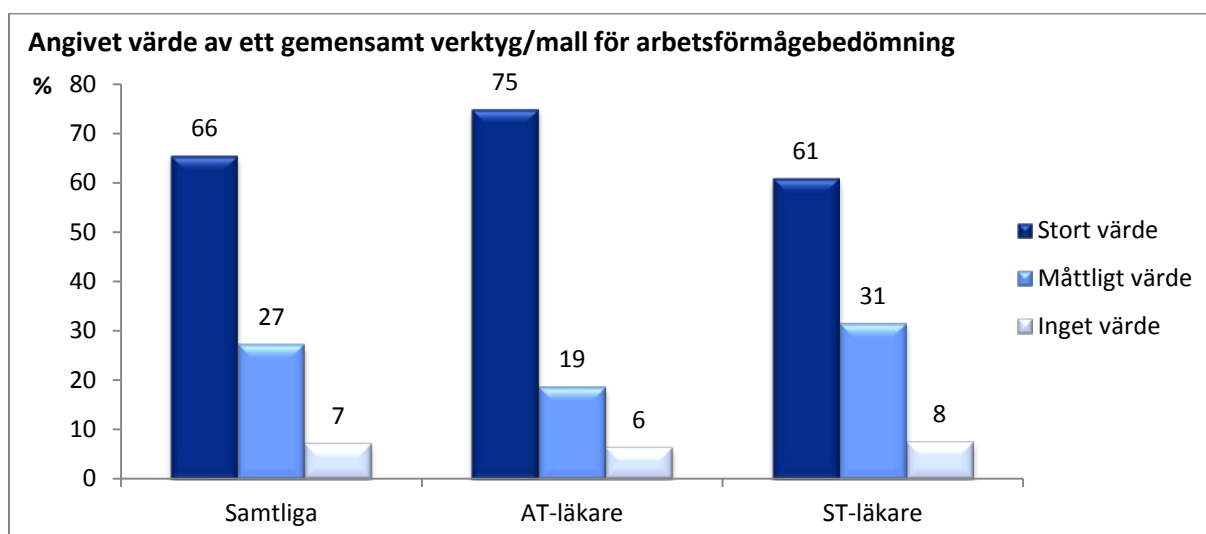
Figur 57. Andel (%) som svarade att bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

En tredjedel av läkarna svarade att bättre ersättning för att skriva intyg är av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Andelen som angav detta var störst bland ST-läkarna (Figur 58).



Figur 58. Andel (%) som svarade att det har stort, måttligt eller inget värde att få bättre ersättning för att skriva intyg för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

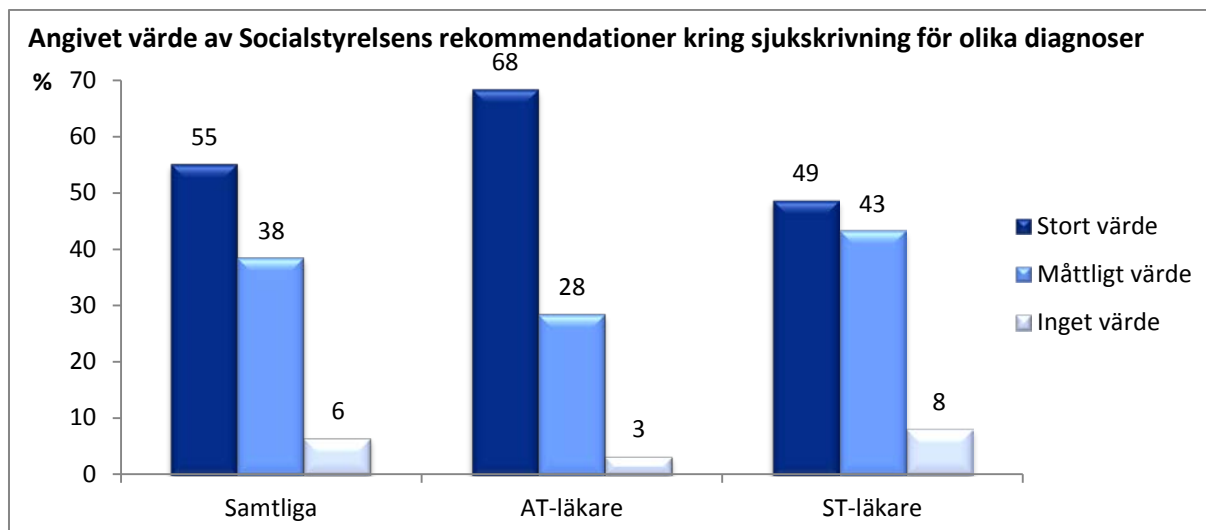
En majoritet av läkarna i båda grupperna svarade att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Tre av fyra AT-läkare angav detta (Figur 59). Att ha ett gemensamt verktyg/mall till hjälp för att bedöma en patients arbetsförmåga var den fråga, av alla olika frågor kring kvalitet i arbetet med sjukskrivning, som störst andel angav har stort värde. Detta gällde samtliga, det vill säga, både AT- och ST-läkare.



Figur 59. Andel (%) som svarade att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Värdet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Synen på värdet av Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser skilde sig mellan grupperna (Figur 60). I båda grupperna var det en stor andel som ansåg att beslutsstödet har stort värde, men en betydligt större andel bland AT-läkarna svarade detta.



Figur 60. Andel (%) som svarade att *Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser* har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.

Sammanfattning om värdet av olika faktorer

De faktorer som av störst andel läkare angavs ha stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning var följande: ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (75 % av AT-läkarna och 61 % av ST-läkarna), bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (61 respektive 60 %), samt handledning (67 respektive 56 %). Även kurser i försäkringsmedicin (64 respektive 53 %) och tillgång till försäkringsmedicinsk kompetens (57 respektive 56 %) angavs av en stor andel. Den största skillnaden mellan AT- och ST-läkarnas svar var att 68 procent av AT-läkarna svarade att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, medan motsvarande andel för ST-läkarna var 49 procent, en skillnad på 19 procentenheter. Annars var det inga stora skillnader mellan AT- och ST-läkarnas svar, även om AT-läkarna i många fall hade något högre värden. Andelen som svarade att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan har stort värde var dock större bland ST-läkare (31 %) än bland AT-läkare (24 %). Möjligen har fler av ST-läkarna sådana kontakter.

Den faktor som av minst andel, 13 procent av AT-läkarna och 14 procent av ST-läkarna, angavs ha stort värde var kontakt med arbetsgivare.

Jämförelse mellan 2008 och 2012

Jämförelse mellan 2008 och 2012

I detta avsnitt presenteras en jämförelse mellan 2012 och 2008 års enkäter vad gäller svaren på frågor om kompetens och kompetensutveckling från läkare under vidareutbildning som respektive år angav att de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst några gånger per år.

Bakgrundsfaktorer

Kvinnorna var i majoritet inom alla utbildningssteg såväl 2008 som 2012, men 2012 var andelen kvinnor bland dem med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation mindre än vad den var 2008 (Tabell 10). Åldersfördelningen hos de svarande varierade något mellan de olika utbildningsstegen mellan åren, till exempel minskade andelen svarande med läkarexamen i åldern 24 till 29 år med nio procentenheter mellan åren.

Tabell 10. Antal läkare uppdelat på högsta utbildningsnivå, samt köns- och åldersfördelning i procent, år 2008 respektive 2012.

		Antal	Kvinnor	Män	24-29 år	30-34 år	35-39 år	40-66 år
2008	Läkarexamen	210	72	28	50	31	10	8
	Legitimerade läkare	100	64	36	20	33	17	30
	ST-läkare	705	63	37	8	37	35	21
	Samtliga	1 015	65	35	18	35	28	19
2012	Läkarexamen	216	67	33	41	38	8	13
	Legitimerade läkare	109	55	45	18	42	16	24
	ST-läkare	671	63	37	8	43	28	22
	Samtliga	996	63	37	16	42	22	20

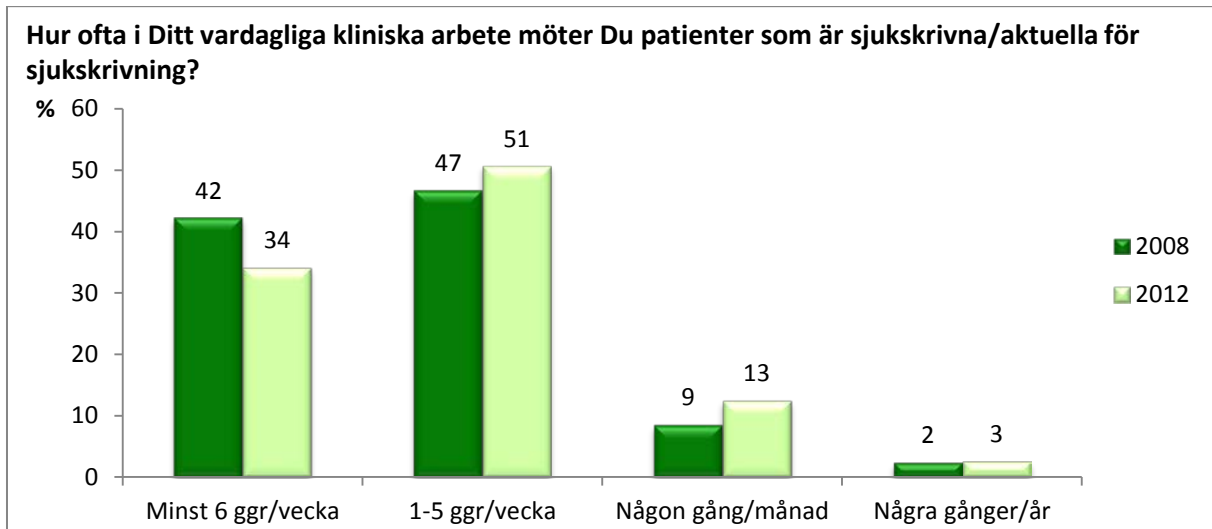
När det gäller frågan om vilken typ av klinik/mottagning som läkarna under vidareutbildning huvudsakligen arbetar vid var fördelningen av svaren ungefär densamma 2012 som 2008. Ungefär en tredjedel angav att de arbetar på vårdcentral.

Tabell 11. Antal och andel läkare under vidareutbildning som angav att de huvudsakligen arbetar på respektive typ av klinik/mottagning enligt enkäterna 2008 och 2012.

Klinik/mottagning	2008		2012	
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)
Gynekologi	63	6	49	5
Invärtesmedicin	166	16	178	18
Kirurgi	89	9	97	10
Neurologi	18	2	20	2
Onkologi	38	4	21	2
Ortopedi	50	5	35	4
Psykiatri	114	11	100	10
Vårdcentral	321	32	345	35
Övriga	156	15	151	15
Samtliga	1 015	100	996	100

Hur ofta läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som angav att de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan var mindre 2012 (34 %) jämfört med 2008 (42 %) (Figur 61).



Figur 61. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, 2008 respektive 2012.

Skillnaden mellan åren i hur ofta läkarna enligt svaren har sjukskrivningsärenden var särskilt tydlig för legitimerade läkare som ännu inte påbörjat sin ST-utbildning; 2012 hade 35 procent av dem sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, jämfört med 48 procent 2008, en minskning med tretton procentenheter (Tabell 12). Även bland ST-läkare var minskningen stor, nio procentenheter.

Tabell 12. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå, 2008 respektive 2012.

		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Läkarexamen	2008	39	52	9	1
	2012	34	56	8	1
Legitimerad läkare	2008	48	44	6	2
	2012	35	49	13	4
ST-läkare	2008	43	46	9	3
	2012	34	49	14	3

Hur läkarna har utvecklat sin kompetens

En majoritet av läkarna under vidareutbildning svarade båda åren att utbildning i landstingets regi inte varit aktuellt, vilket tolkats som att de inte deltagit i någon sådan utbildning (Tabell 13). Tre fjärdedelar svarade detta år 2012. Att utbildning i Försäkringskassans regi inte varit aktuellt år angavs även det av en majoritet (52 %) 2012.

Tabell 13. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning *olika utbildningssteg och utbildningar* har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på svaren från 2008 och 2012 års enkäter.

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	2008	7	16	46	32	- ¹
	2012	6	16	45	28	5
AT-utbildning	2008	12	34	37	7	9
	2012	11	30	36	10	14
ST-utbildning	2008	12	24	23	10	31
	2012	6	18	27	15	34
Utbildning i FK:s regi	2008	9	19	23	14	35
	2012	7	16	20	5	52
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	2	9	14	17	58
	2012	3	5	5	10	78

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

När de som svarat "Ej aktuellt" på de respektive frågorna tagits bort från analyserna blir det än tydligare att såväl AT- som ST-utbildningen båda åren angavs ha bidragit mycket eller ganska mycket till försäkringsmedicinsk kompetensutveckling av en stor andel läkare (Tabell 14). Dock minskade andelen som angav detta för ST-utbildningen med fjorton procentenheter 2012, jämfört med 2008. Utbildning i Försäkringskassans regi angavs av en stor andel, 43 procent 2008 och 47 procent 2012, ha bidragit mycket eller ganska mycket till sådan kompetensutveckling. Motsvarande siffror för utbildning i landstingets regi var 26 respektive 34 procent.

Tabell 14. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning *olika utbildningssteg och utbildningar* har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på svaren från 2008 och 2012 års enkäter. De som svarat "Ej aktuellt" är här exkluderade.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	n
Grundutbildning	2008	7	16	46	32	951
	2012	6	17	47	30	909
AT-utbildning	2008	13	38	41	8	874
	2012	12	34	42	12	827
ST-utbildning	2008	17	35	33	15	660
	2012	10	28	41	22	629
Utbildning i FK:s regi	2008	13	30	35	22	624
	2012	14	34	41	11	442
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	21	34	40	391
	2012	12	22	23	44	206

Behov av kompetensutveckling

Andelen som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av mer kompetens inom olika bedömningsuppgifter relaterade till sjukskrivning minskade mellan åren, som mest med tio procentenheter vad gällde kompetens i att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad (Tabell 15). Mer kompetens i att bedöma patienters arbetsförmåga var, sammantaget över de båda åren, det som störst andel svarade att de har mycket eller ganska stort behov av. Andelen som angav detta minskade dock med sju procentenheter mellan åren, liksom andelen som gav motsvarande svar för kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken.

Tabell 15. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i olika bedömningsuppgifter relaterade till sjukskrivning, 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	24	41	29	6
	2012	18	41	32	8
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	28	45	23	5
	2012	20	46	28	7
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	21	43	28	7
	2012	18	39	33	10
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	28	45	22	4
	2012	18	45	32	5
Utforma optimala handlingsplaner	2008	18	40	31	11
	2012	14	38	32	15

Andelen som angav mycket stort behov av mer kompetens om olika regelsystem och försäkringar var lika stor båda åren, medan andelen som angav ganska stort behov vad gäller sjukförsäkringen och andra ersättningsformer inom socialförsäkringen minskade med fem procentenheter från 2008 till 2012 (Tabell 16).

Tabell 16. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens inom olika regelsystem och försäkringar, 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	19	44	29	7
	2012	18	39	35	8
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	2008	31	42	20	7
	2012	31	37	22	10
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	25	35	30	10
	2012	26	34	27	13

Andelen som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av att få mer kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter relaterat till sjukskrivning var något mindre 2012 jämfört med 2008, och minskningen var störst vad gäller sådan kunskap om de egna och om Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter (Tabell 17).

Tabell 17. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter relaterade till sjukskrivning, 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	22	45	27	6
	2012	16	43	32	9
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	21	47	25	6
	2012	19	42	29	9
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	22	45	25	8
	2012	20	44	28	8
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	23	46	23	8
	2012	21	44	25	9
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	25	37	27	10
	2012	17	41	30	12

Att skriva läkarintyg var det område där minst andel angav mycket eller ganska stort behov av kompetensutveckling båda åren, men andelen ökade med fyra procentenheter 2012 jämfört med 2008 (Tabell 18). Andelen som svarade att de inte hade något behov av mer kompetens i att hantera konflikter med patienter och att ta ställning till kontaktbehov med Försäkringskassan ökade med sex respektive åtta procentenheter mellan åren.

Tabell 18. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i andra arbetsuppgifter relaterade till sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	17	28	41	13
	2012	11	27	43	19
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	7	19	51	23
	2012	6	24	49	21
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	11	32	42	15
	2012	7	30	40	23

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar

Andelen som svarade att kurser i försäkringsmedicin, information via Internet och konferenser och seminarier har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar var större 2012, jämfört med 2008 (Tabell 19). Andelen var 13 procentenheter större 2012, jämfört med 2008, vad gäller kurser i försäkringsmedicin.

Tabell 19. Andel (%) som angav att olika utbildnings- och informationskällor 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
Handledning	2008	56	35	9
	2012	59	34	7
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	23	54	23
	2012	22	60	18
Information via Internet	2008	38	46	16
	2012	49	45	6
Kurser i försäkringsmedicin	2008	44	41	15
	2012	57	35	9
Kurser i konflikthantering	2008	21	43	36
	2012	25	43	31
Konferenser, seminarier	2008	21	52	28
	2012	30	48	22
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	25	45	30
	2012	26	41	33

Alla de olika typer av kontakter som efterfrågades i enkäterna angavs ha stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet av en mindre andel 2012, jämfört med 2008, med undantag av kontakter med försäkringsmedicinska rådgivare på Försäkringskassan (Tabell

20). Minskningen var femton procentenheter för kontakter med kollegor och annan vårdpersonal och fjorton procentenheter för så kallad second opinion.

Tabell 20. Andel (%) som angav att kontakter med olika aktörer och yrkesgrupper 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	49	41	10
	2012	56	34	10
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	72	26	3
	2012	57	37	6
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	37	47	16
	2012	29	54	17
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare på FK	2008	34	48	17
	2012	36	48	15
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	36	46	18
	2012	28	44	27
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	21	52	26
	2012	14	49	37
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	42	45	14
	2012	28	51	21

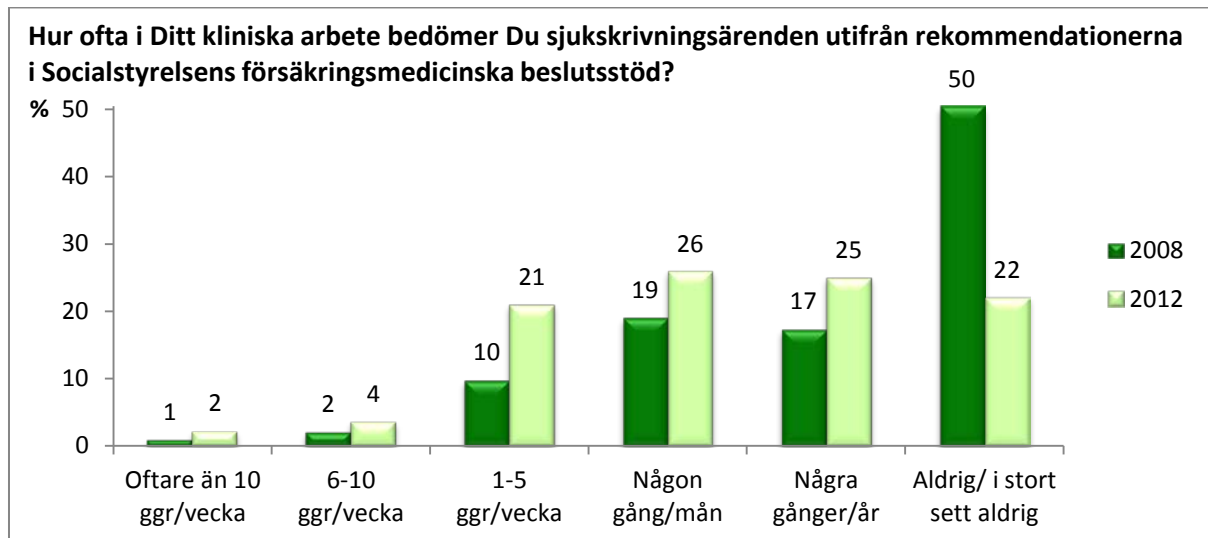
En större andel svarade 2012 att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning, bättre ersättning för att skriva intyg och bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (Tabell 21). Den största ökningen, tio procentenheter, gällde ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning.

Tabell 21. Andel (%) som angav att de olika listade faktorerna 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
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	32	41	27
	2012	27	42	31
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	31	42	27
	2012	26	44	30
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	56	34	10
	2012	61	32	7
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	56	35	9
	2012	66	27	7
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	28	35	37
	2012	34	30	36

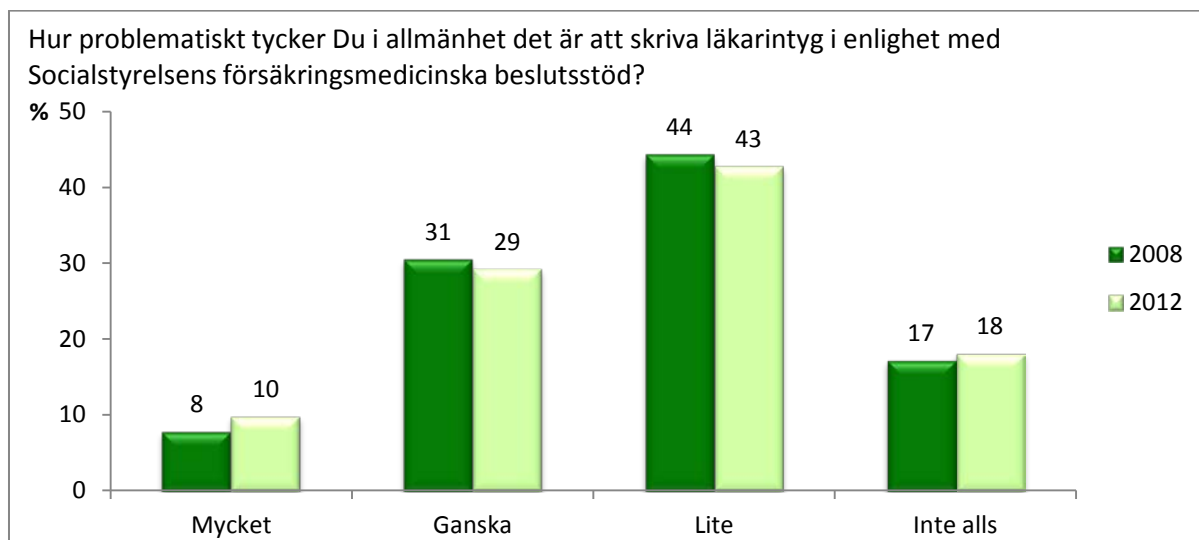
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Skillnaderna var stora mellan åren vad gäller hur ofta läkare under vidareutbildning enligt svaren använder sig av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd; år 2012 angav en stor andel (53 %) att de använder sig av beslutsstödet minst någon gång i månaden och drygt en fjärdedel, 27 procent, svarade att de använde det minst en gång i veckan (Figur 62). År 2008 svarade hälften att de aldrig eller nästan aldrig använde sig av stödet, och 2012 var motsvarande siffra 22 procent.



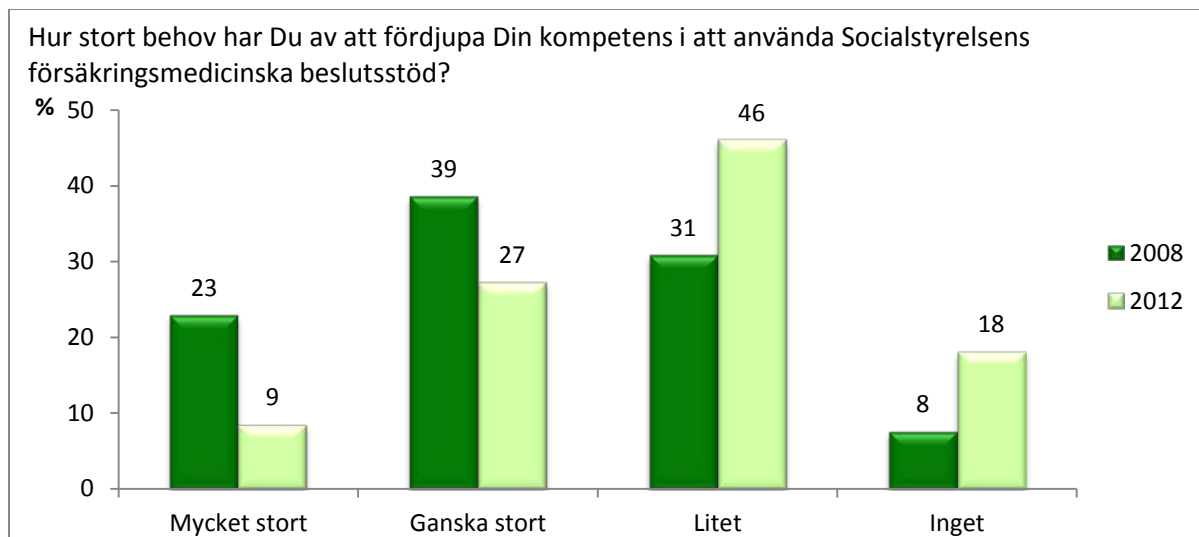
Figur 62. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller hur problematiskt läkarna angav att det är att skriva läkarintyg utifrån beslutsstödet fanns inga skillnader mellan åren; en lika stor andel svarade att det är mycket eller ganska problematiskt 2012 som 2008 (Figur 63).



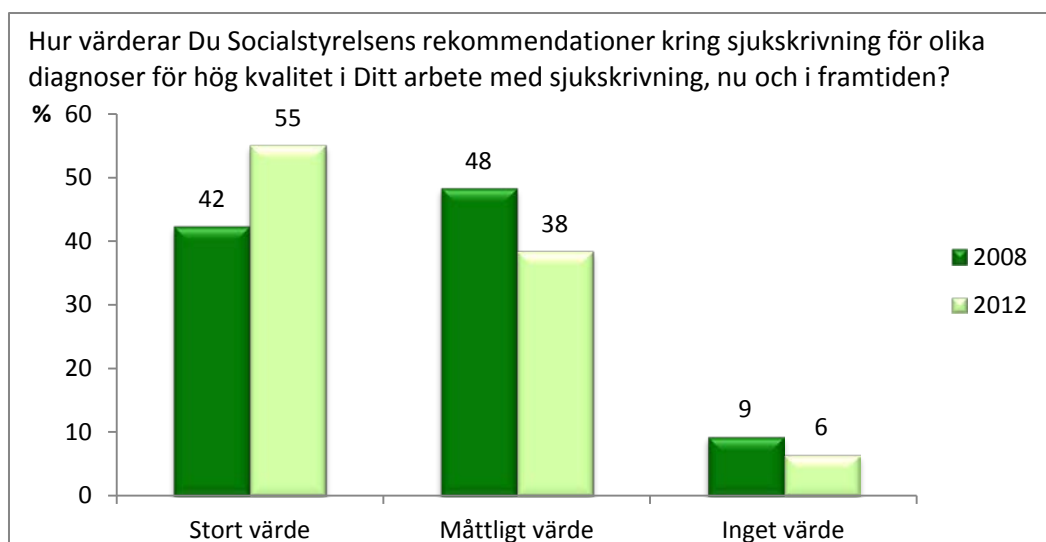
Figur 63. Andel (%) som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg utifrån beslutsstödet, år 2008 respektive 2012.

En markant mindre andel angav år 2012 mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet; 36 jämfört med 62 procent, en minskning med 26 procentenheter (Figur 64).



Figur 64. Andel (%) som angav att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i användning av beslutsstödet, år 2008 respektive 2012.

En majoritet, 55 procent, svarade 2012 att beslutsstödet har stort värde för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, en ökning med 13 procentenheter jämfört med 2008 (Figur 65).



Figur 65. Andel (%) som angav stort, måttligt eller inget värde av beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, år 2008 respektive 2012.

Sammanfattning av jämförelsen mellan åren

Andelen som svarade att AT- och ST-utbildningen bidragit till deras försäkringsmedicinska kompetensutveckling var mindre 2012 jämfört med 2008 och detta gällde särskilt ST-utbildningen. Andelen som angav svarsalternativet "Ej aktuellt" på frågorna om i vilken grad utbildning i landstingets och Försäkringskassans regi bidragit till läkarnas försäkringsmedicinska kompetensutveckling var betydligt större 2012 jämfört med 2008. Av dem som angett något annat svarsalternativ på dessa frågor svarade en större andel 2012, jämfört med 2008, att sådana utbildningar i hög grad bidragit till ökad försäkringsmedicinsk kompetens.

Behov av mer kompetens angavs inom de flesta efterfrågade områdena av en mindre andel 2012 jämfört med 2008, med ett undantag; skrivande av läkarintyg, där andelen som svarade att de har ganska stort behov av mer kompetens ökade med fyra procentenheter mellan åren.

Kurser i försäkringsmedicin, information via Internet och konferenser och seminarier angavs av en större andel ha stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar 2012, jämfört med 2008. Även ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning, bättre ersättning för att skriva intyg och bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet angavs ha stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar av en större andel 2012 jämfört med 2008. Den största ökningen mellan åren, tretton procentenheter, gällde kurser i försäkringsmedicin.

Andelen som enligt svaren regelbundet använder sig av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var betydligt större 2012 jämfört med 2008. Trots att andelen som angav att det är problematiskt att skriva läkarintyg utifrån beslutsstödet var lika stor båda åren, svarade en större andel att de inte har något behov av mer kompetens i användning av stödet 2012, jämfört med 2008 (18 respektive 8 %, en ökning med tio procentenheter). En klar majoritet, 55 procent, svarade 2012 att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, jämfört med 42 procent 2008.

Slutkommentar

Övergripande resultat och slutsatser återfinns i sammanfattningen på sidan 2. Här följer några kommentarer kring genomförandet av enkätstudierna.

De två enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika utbildningsnivåer. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna. Vi har heller ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmönstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, från 58 till 52 procent [1]. Benägenheten att svara var som vanligt i enkätstudier något lägre bland yngre personer och en större andel av läkarna under vidareutbildning var yngre, jämfört med alla läkare i landet. Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [97]. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären var mycket omfattande, 183 frågor 2008 och 163 frågor 2012, vilket kan ha påverkat svarsfrekvenserna. 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.

År 2012 svarade en mindre andel läkare att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro i Sverige sedan 2003, särskilt av långa sjukfrånvarofall [98].

Att en mindre andel läkare under vidareutbildning år 2012, jämfört med 2008, angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika delområden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts inom Stockholm de senaste åren. Samtidigt uttrycker fortfarande 2012 den absoluta majoriteten av läkarna under vidareutbildning mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens inom ett antal delområden.

Figurförteckning

Figur 1. Steg i läkares grundutbildning och vidareutbildning fram till färdig specialist.	11
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare under utbildning, uppdelat på kvinnor och män.	19
Figur 3. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning, läkarlegitimation respektive läkarexamen som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.	19
Figur 4. Könsfördelning (%) bland yrkesverksamma icke specialistläkare, uppdelat på de olika utbildningsstegen och för samtliga.	20
Figur 5. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.	20
Figur 6. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på de olika utbildningsstegen.	21
Figur 7. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kön och samtliga.	25
Figur 8. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning, läkarlegitimation respektive läkarexamen som högsta utbildningsnivå.	25
Figur 9. Åldersfördelning (%) bland kvinnor med olika utbildningsnivåer.	26
Figur 10. Åldersfördelning (%) bland män med olika utbildningsnivåer.	26
Figur 11. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	28
Figur 12. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på dem med enbart läkarexamen, dem med läkarlegitimation och de som går en specialistutbildning (ST-läkare).	29
Figur 13. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida <i>grundutbildningen</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	30
Figur 14. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida <i>grundutbildningen</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på den årsperiod då de tog sin examen. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	30
Figur 15. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida <i>AT-utbildningen</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	31
Figur 16. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida <i>AT-utbildningen</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på år då de fick sin legitimation. De som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	32
Figur 17. Andel (%) ST-läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om huruvida <i>ST-utbildningen</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	32
Figur 18. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om <i>utbildning i FK:s regi</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.	33

Figur 19. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om <i>vidareutbildning i landstingets regi</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.....	34
Figur 20. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om <i>andra än tidigare nämnda utbildningar</i> har hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, samtliga och uppdelat på AT-läkare respektive ST-läkare. De som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade.....	34
Figur 21. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>bedöma patienters funktionsförmåga</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	35
Figur 22. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>bedöma patienters arbetsförmåga</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	36
Figur 23. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser</i> , uppdelat på AT- och ST-läkare.	36
Figur 24. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	37
Figur 25. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>utforma optimala handlingsplaner</i> , uppdelat på AT- och ST-läkare.	37
Figur 26. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i <i>regelsystemet kring sjukförsäkringen</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	38
Figur 27. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i <i>andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.....	38
Figur 28. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i <i>privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	39
Figur 29. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>sina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare. ...	40
Figur 30. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.....	40
Figur 31. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	41
Figur 32. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.....	41

Figur 33. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande <i>vilka möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	42
Figur 34. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.....	42
Figur 35. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>skriva sjukintyg (medicinskt underlag)</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	43
Figur 36. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	43
Figur 37. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att <i>använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd</i> , samtliga och uppdelat på AT- och ST-läkare.	44
Figur 38. Andel (%) som svarade att <i>handledning</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	45
Figur 39. Andel (%) som svarade att <i>skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	46
Figur 40. Andel (%) som svarade att <i>information via Internet</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	46
Figur 41. Andel (%) som svarade att <i>kurser i försäkringsmedicin</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	47
Figur 42. Andel (%) som svarade att <i>kurser i konflikthantering</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	47
Figur 43. Andel (%) läkare som svarade att <i>konferenser och seminarier</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.....	48
Figur 44. Andel (%) som svarade att <i>ett forum för att reflektera över sitt eget arbete i sjukskrivningsärenden</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	48
Figur 45. Andel (%) som svarade att <i>kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	49
Figur 46. Andel (%) som svarade att <i>kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	49
Figur 47. Andel (%) som svarade att <i>kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	50
Figur 48. Andel (%) som svarade att <i>kontakter med handläggare och utredare på FK</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	50

Figur 49. Andel (%) som svarade att <i>möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	51
Figur 50. Andel (%) som svarade att <i>samverkansmöten/avstämningsmöten</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	51
Figur 51. Andel (%) som svarade att <i>annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	52
Figur 52. Andel (%) som svarade att <i>underlag från annan läkare till försäkringsmedicinska bedömningar</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	53
Figur 53. Andel (%) som svarade att <i>underlag från sjukgymnast eller arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	53
Figur 54. Andel (%) som svarade att <i>underlag från kurator eller psykolog till försäkringsmedicinska bedömningar</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	54
Figur 55. Andel (%) som svarade att <i>uppföljande statistik om hur de själva sjukskrivit senaste året</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	54
Figur 56. Andel (%) som svarade att det har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning <i>att få uppföljande statistik om hur deras enhet sjukskrivit senaste året</i> , samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	55
Figur 57. Andel (%) som svarade att <i>bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	55
Figur 58. Andel (%) som svarade att det har stort, måttligt eller inget värde <i>att få bättre ersättning för att skriva intyg</i> för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	56
Figur 59. Andel (%) som svarade att <i>ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	56
Figur 60. Andel (%) som svarade att <i>Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samtliga och uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	57
Figur 61. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, 2008 respektive 2012.	61
Figur 62. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.	67
Figur 63. Andel (%) som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg utifrån beslutsstödet, år 2008 respektive 2012.	68
Figur 64. Andel (%) som angav att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i användning av beslutsstödet, år 2008 respektive 2012.	68
Figur 65. Andel (%) som angav stort, måttligt eller inget värde av beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, år 2008 respektive 2012.	69

Tabellförteckning

Tabell 1. Antal läkare under vidareutbildning i Stockholm, köns- och åldersfördelning för respektive typ av klinik/verksamhet där de huvudsakligen arbetade.	18
Tabell 2. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik där de hade sin huvudsakliga verksamhet.	21
Tabell 3. Antal sjukskrivande läkare under vidareutbildning i Stockholm 2012, samt köns- och åldersfördelning, uppdelat på typ av klinik där de angav att de har sin huvudsakliga verksamhet.	24
Tabell 4. Antal läkare samt köns- och åldersfördelning i procent, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	26
Tabell 5. Antal och andel (%) läkare som angav respektive klinik/mottagning som sin huvudsakliga arbetsplats, uppdelat på de olika utbildningsnivåerna.	27
Tabell 6. Antal och andel (%) ST-läkare fördelade efter vilken specialistutbildning de svarade att de genomgår.	27
Tabell 7. Andel (%) som givit respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	28
Tabell 8. Andel (%) som svarade att de har mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens gällande olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på AT- respektive ST-läkare.	39
Tabell 9. Andel (%) som svarade att <i>underlag från andra aktörer</i> har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på AT- respektive ST-läkare. ...	52
Tabell 10. Antal läkare uppdelat på högsta utbildningsnivå, samt köns- och åldersfördelning i procent, år 2008 respektive 2012.	60
Tabell 11. Antal och andel läkare under vidareutbildning som angav att de huvudsakligen arbetar på respektive typ av klinik/mottagning enligt enkäterna 2008 och 2012.	60
Tabell 12. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå, 2008 respektive 2012.	61
Tabell 13. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning <i>olika utbildningssteg och utbildningar</i> har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på svaren från 2008 och 2012 års enkäter.	62
Tabell 14. Andel (%) som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning <i>olika utbildningssteg och utbildningar</i> har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på svaren från 2008 och 2012 års enkäter. De som svarat "Ej aktuellt" är här exkluderade.	63
Tabell 15. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i olika bedömningsuppgifter relaterade till sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	63
Tabell 16. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens inom olika regelsystem och försäkringar, år 2008 respektive 2012.	64
Tabell 17. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter relaterade till sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	64

Tabell 18. Andel (%) som angav mycket stort, ganska stort, litet eller inget behov av mer kompetens i andra arbetsuppgifter relaterade till sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	65
Tabell 19. Andel (%) som angav att olika utbildnings- och informationskällor har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	65
Tabell 20. Andel (%) som angav att kontakter med olika aktörer och yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	66
Tabell 21. Andel (%) som angav att de olika listade faktorerna har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	66

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, et al. 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 litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
3. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: 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. PubMed PMID: 20334576.
5. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
6. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
7. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005 Artikelnummer 2005-109-2.
8. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
9. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
10. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, 2013.
11. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005.
12. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, 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.
13. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, et al. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health*. 2010;10(752).
14. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
15. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
16. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
17. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
18. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, 2005.

19. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
20. 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.
21. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
22. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
23. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
24. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):152-5. PubMed PMID: 20044594. Epub 2010/01/02. eng.
25. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
26. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
27. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
28. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
29. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
30. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
31. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
32. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20. PubMed PMID: 17941336.
33. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
34. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
35. Utmattningsyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
36. 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. PubMed PMID: 19955300. Epub 2009/12/04. eng.
37. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
38. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
39. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
40. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
41. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
42. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.

43. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund, 2006.
44. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
45. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
46. 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.
47. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
48. Wynne-Jones G, Mallen CD, Welsh V, Dunn KM. Rates of sickness certification in European primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2009 Jan 19;1-10. PubMed PMID: 19153887.
49. 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. PubMed PMID: 18297559.
50. Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. Department for Work and Pensions, 2001 148.
51. 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. PubMed PMID: 14691065.
52. 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.
53. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health.* 1995;5:215-9.
54. 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. PubMed PMID: 17629804.
55. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
56. Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2007 Sep;25(3):172-7. PubMed PMID: 17846936.
57. Roope R, Parker G, Turner S. General practitioners' use of sickness certificates. *Occup Med (Lond).* 2009 Dec;59(8):580-5. PubMed PMID: 19822529.
58. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
59. 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. PubMed PMID: 16690559.
60. 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. PubMed PMID: 12450463.
61. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ.* 2004;328(feb):461-2.
62. 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.

63. 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. PubMed PMID: 19419575. Pubmed Central PMCID: 2688495. Epub 2009/05/08. eng.
64. 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. PubMed PMID: 20056782. Epub 2010/01/09. eng.
65. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
66. 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.
67. 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.
68. 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. PubMed PMID: 17610050.
69. 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. PubMed PMID: 19039091. Epub 2008/11/29. eng.
70. 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. PubMed PMID: 20144230. Pubmed Central PMCID: 2829004. Epub 2010/02/11. eng.
71. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2010;Accepted.
72. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
73. Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna. SNAPS. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor, 2010.
74. Eliasson G EE, Lindgren S. Professionen måste ta ansvar för fortbildningen. *Läkartidningen.* 2013;47.
75. Thomson O'Brien M, Freemantle N, Oxman A. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;2:CD003030.
76. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
77. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
78. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.
79. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen.* 2001;98(11):1261-4.
80. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen, 2005.
81. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health.* 2005;3(3):201-4.

82. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
83. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001;98(11):1262-3.
84. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
85. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. In: Haglund BJA, editor. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. årgång 86. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 518-28.
86. Alexanderson K, Ekmer A, Hinas E, Lindholm C, Löfgren A. AT- och ST-läkares önskemål om kompetens och kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivningar. Rapport avseende Stockholms län. 2010.
87. Handlingsplan för kompetenssatsning i försäkringsmedicin, redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden. Stockholms läns landsting, 2013.
88. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. 2011.
89. Sjukskrivningsmiljarden 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
90. 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:
91. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen - Nuläge, utvecklingsbehov, koordinering; Redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden. Stockholms läns landsting, 2013.
92. Unge C. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2013. 2012.
93. FoU Rapport Kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess genom Sjukskrivningsaudit. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2010.
94. Slutrapport Sjukskrivningsaudit - en metod för kvalitet och patientsäkerhet. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2011.
95. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Sjukskrivningsaudit 2006 - en beskrivning av deltagande läkare, deras svar på frågor om sjukskrivningar samt synpunkter på autditmetoden. SLL, 2007.
96. Arrelöv B, Falkenberg A, Laur A, Andreen Sachs M. Sjukskrivningsaudit 2008 Stockholm: Stockholms läns landsting, 2009.
97. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
98. Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden. OECD, 2010.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-981256-3-4