

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Östergötland

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

Elsy Söderberg

Elin Hinas

Kristina Alexanderson



**Karolinska
Institutet**



Linköpings universitet

Oktober 2013

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2004.

Rapporten kan laddas ner från Linköpings Universitet www.liu.se där den ligger under

<http://www.imh.liu.se/samhallsmedicin/socialmedicin/publikationer-sof/publikationer-2013>

och från Karolinska Institutet: www.ki.se/im där den ligger under Publikationer > Rapporter

ISBN: 978-91-7519-454-7

Förord

God kvalitet i medicinska underlag och stöd till läkare i sjukskrivningsprocessen har varit ett prioriterat arbete de senaste tio åren för landstinget i Östergötland.

Ett målmedvetet arbete för att säkra att patienter i behov av sjukskrivning ska erbjudas bästa möjliga kunskap även inom detta område är av största vikt för oss. I den här rapporten presenteras Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Östergötland.

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vi har sedan 2002 med stort engagemang från många skapat möjligheter till kompetensutveckling, utbildning och handledning i försäkringsmedicin framförallt till läkare men också till andra viktiga yrkesgrupper så som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och sjuksköterskor.

Denna rapport är en viktig del i vår uppföljning och ger oss värdefull kunskap i vårt arbete med ständiga förbättringar.

Linköping oktober 2013

Lena Lundgren

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Landstinget i Östergötland

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	4
Förkortningar och termer	6
Inledning	7
Bakgrund	8
Den allmänna sjukförsäkringen.....	8
Tidigare situation.....	9
Förändringar i de strukturella förutsättningarna.....	10
Sjukskrivningsmiljarden och övriga nationella åtgärder.....	11
Verksamhetsutveckling i Östergötland	12
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning.....	14
Läkares olika professionella roller	15
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	16
Syfte	17
Material och metod	18
2004 års enkätstudie	18
2008 års enkätstudie	19
2012 års enkätstudie	19
Frågeformuläret 2012	19
Datainsamling.....	20
Svarsfrekvens	21
Dataanalys	22
2012 års datamaterial	22
Jämförelser över tid.....	22
Öppna svar.....	25
Resultat	26
Upplägg av resultatpresentationen; tre avsnitt	27
1. Samtliga svarande läkare 2012	30
Bakgrundsfaktorer	31
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden.....	34
2. Svar från sjukskrivande läkare 2012	36
Bakgrundsfaktorer	37
Frekvens av sjukskrivningsärenden	39
Olika typer av problem i arbetet med sjukskrivning	40
Allvarlighetsgrad av specifika problem	43
Bedömning av funktionsnedsättning och arbetsförmåga	43
Situationer i samband med sjukskrivningsärenden	44
Dokumentation i arbetet med sjukskrivning	47
Att handlägga olika långa sjukskrivningar.....	48
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	49
Oro och hot.....	49
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	51
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	53

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	55
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?.....	55
Problem med att använda beslutsstödet	55
Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?.....	56
Behov av fördjupad kompetens	57
Samverkan och kontakter	59
Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	62
Värdet av att få underlag av andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	63
Kontakter med Försäkringskassan	64
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	67
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	69
Försäkringsmedicinsk kompetens	74
Kompetensutveckling via formell utbildning	74
Kompetensutveckling via vidareutbildning	76
Behov av fördjupad kompetens	76
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	79
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	80
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	81
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	81
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning.....	82
Tid i arbetet med sjukskrivning.....	83
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	85
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv; 2004-2008-2012.....	88
Bakgrundsfaktorer	89
Frekvens av sjukskrivningsärenden	91
Olika typer av problem i arbetet med sjukskrivning	92
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning	93
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	97
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	99
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	100
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	102
Samverkan och kontakter	104
Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	106
Kontakter med Försäkringskassan	107
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	110
Försäkringsmedicinsk kompetens	112
Kompetensutveckling	112
Behov av fördjupad kompetens.....	113
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	115
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	116
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	116
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning.....	117
Tid till arbete med sjukskrivning	119
Sammanfattning om skillnader mellan 2004, 2008 och 2012.....	120
Slutkommentar	121
Tabellförteckning	123
Figurförteckning.....	126
Referenser	131

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat från en enkät som i oktober 2012 skickades till läkare i Östergötlands läns landsting om deras arbete med sjukskrivningsärenden (svarsfrekvens: 62 %). Resultaten jämförs med motsvarande resultat från enkäter till läkare i Östergötland år 2008 respektive år 2004. Studiegruppen omfattar 989 läkare; varav 65 procent svarande att de arbetar med sjukskrivning i någon omfattning. Dessa kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 80 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för dessa 'sjukskrivande läkare'.

När det gäller *frekvens av sjukskrivningsärenden* var andelen läkare som hade sådana ärenden minst sex gånger per vecka mindre år 2012 (31 %), jämfört med 2008 (38 %) och 2004 (54 %). Räknet i procentenheter var minskningen störst bland läkare på vårdcentraler (från 71 % 2004 till 32 % år 2012) jämfört med läkare inom övrig verksamhet (från 47 % 2004 till 31 % 2012).

Resultaten visar en tydlig trend; andelen läkare som upplevde *arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan var mindre 2012 och 2008 jämfört med 2004. Störst var skillnaden mellan 2004 och 2008 bland läkare på vårdcentraler. Hur ofta läkare rapporterade att *sjukskrivningsärenden är problematiska* skilde sig åt mellan de 21 landstingen/regionerna; andelen läkare som gjorde detta minst en gång i veckan varierade från 25 procent i Östergötland till 40 procent i Jämtland jämfört med 32 procent för läkare i hela landet.

De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska alla tre åren var att bedöma arbetsförmåga, att bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad av sjukskrivning, och att handlägga sjukskrivningar som påbörjats av en kollega. År 2012 uppgav en stor andel läkare att det är problematiskt att bedöma arbetsförmåga för patienter som inte har ett arbete samt att hantera långa sjukskrivningar; frågor om detta fanns inte i de två tidigare enkäterna.

En mindre andel läkare upplevde problem varje vecka i olika *patientrelaterade situationer* år 2012 jämfört med 2008 och 2004. Räknet i procentenheter var skillnaden störst vad gäller att sjukskriva en patient utan att träffa denne (från 23 % 2004 till 13 % 2012) respektive att läkaren möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (från 20 % 2004 till 12 % 2012). Två faktorer som närmare hälften av läkarna menade har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning var *bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten* och *ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning*.

I Östergötland, liksom i övriga landsting/regioner, rapporterade nio procent av läkarna att arbetet med sjukskrivningar var ett *stort arbetsmiljöproblem* och var tredje läkare ansåg att sjukskrivningsarbetet är ett stort eller ganska stort arbetsmiljöproblem.

Andelen läkare som uppgav att de *sjukskriver patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* på grund av väntetider till olika aktörer var mindre 2012 än både 2008 och 2004, och minskningen gällde särskilt när orsaken var väntetider hos Försäkringskassan.

Majoriteten menade att *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete och närmare hälften ansåg att det underlättar kontakten med patienten och en tredjedel att det underlättar kontakten med Försäkringskassan.

Fyra av fem läkare hade *kontakter med Försäkringskassan* och 75 procent av dem var ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. Alla tre åren upplevde en stor andel läkare brister i tillgänglighet som visade sig i att; det är svårt att komma fram per telefon, det är svårt att veta vem man ska prata med, att det tar för mycket tid. År 2012 jämfört med tidigare år upplevde

en betydligt större andel läkare att man ”talar olika språk”. När det gäller Försäkringskassans samordningsuppdrag visas en tydlig trend att färre läkare upplever svårigheter med detta 2012 jämfört med åren innan och en mindre andel läkare rapporterade att man inte blev kontaktad trots att man bett om det, att Försäkringskassan inte samordnade rehabiliteringsinsatser, och inte tog kontakt med patienten. Var tredje vårdcentralsläkare önskar mer regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan än vad de har i dagsläget. När det gäller systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan använde sig en majoritet av läkarna av det och svaren tyder på att systemet fungerar bra.

En majoritet av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende. Andelen var generellt något mindre 2012 jämfört med tidigare år. Man önskade även öka sin kunskap om andra ersättningsformer i socialförsäkringssystemet till exempel sjuk- och aktivitetsersättning och olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden. En hög andel, högre än tidigare år värderade handledning och försäkringsmedicinska kurser högt. Läkare på vårdcentraler uppgav ett markant större behov av kompetensutveckling vad gäller att bedöma arbetsförmåga, att veta vilka krav som ställs i olika yrken, att bedöma funktionsförmåga samt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning.

När det gäller *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning* redovisas svar för policy, stöd, kvalitetssäkring och tid för arbetet med patienters sjukskrivning. Resultaten visar att var tredje läkare arbetade på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Nio av tio läkare som har en policy på sin klinik/mottagning ansåg att den har stort värde i sjukskrivningsarbetet. Något mer än en fjärdedel svarade att de kände stort stöd från sin ledning när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden, och något mindre andel svarade att det på deras enhet förekom förbättringsarbete när det gäller handläggning av sjukskrivningsärenden. Hälften av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka.

Slutsatser

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka är betydligt mindre jämfört med 2008 och 2004. En mindre andel läkare upplevde varje vecka att dessa arbetsuppgifter är problematiska jämfört med 2008 och 2004. Även andelen läkare som upplever olika patientsituationer som problematiska var mindre 2012 jämfört med tidigare år. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många är nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men förbättringar i tillgängligheten hos Försäkringskassan torde vara av stort värde för att minska upplevda svårigheter.

Behov av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling och mallar/instrument för att bedöma arbetsförmåga är fortsatt stort och många önskar handledning och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens. Även bättre information till allmänheten är en betydelsefull faktor för läkarnas sjukskrivningsarbete.

Det finns fortsatta förbättringsmöjligheter inom ett flertal områden bland annat när det gäller samverkan mellan Försäkringskassan och läkare, och när det gäller organisatoriska förutsättningar för läkare att utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens. Det gäller särskilt läkare på vårdcentraler/husläkarmottagningar.

Förkortningar och termer

Nedan redovisas vilka förkortningar och termer som används i rapporten.

AT (Allmäntjänstgöring för läkare): AT-läkare är en läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation

Gynekologi: I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård

HSAR: Hälso- och sjukvårdens adressregister

Klinik: För att underlätta läsning använder vi ibland bara ordet ”klinik” för de läkare som arbetar vid mottagning/klinik/verksamhet

Landsting: I texten används ’Östergötland’ i stället för ’Östergötlands läns landsting’

Läkarintyg: För de vanligaste intygen (FK 7263), som läkare använder i samband med sjukskrivning använder vi termen ’läkarintyg’

SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering

SCB: Statistiska Centralbyrån

Sjukskrivningspraxis: ordet ’praxis’ används här i betydelsen ”handlingsmönster i professionell praktik”

Sjukskrivande läkare: Används i rapporten för att beskriva de läkare som minst några gånger per år möter patienter som är aktuella för sjukskrivning eller är sjukskrivna

SKL: Sveriges Kommuner och Landsting

ST (Specialisttjänstgöring för läkare): ST- läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar fem år

Vårdcentral: Används för både vårdcentral och husläkarmottagning.

Inledning

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät 2012 till de yrkesverksamma läkarna i Östergötland om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med två motsvarande tidigare enkäter; en från 2008 och en från 2004 till läkarna i Östergötland (1, 2).

Dessa data innebär goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter, och om förändringar som skett de senaste åtta åren. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse som bas för optimal hantering och samverkan. Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och praktisera försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor betydelse för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden (3-5). Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till att förstå och utveckla läkares möjligheter till detta.

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.

Det tvärvetenskapliga projektet har genomförts vid Sektionen för försäkringsmedicin, KI, under ledning av professor Kristina Alexanderson (4). I projektgruppen har bland annat statistiker Elin Hinas och Linnea Kjeldgård ingått och de har arbetat med analyserna av data för denna rapport.

Föreliggande rapport har tagits fram i samarbete mellan Avdelningen för Socialmedicin och Folkhälsovetenskap, Institutionen för Medicin och Hälsa (IMH), Linköpings Universitet och Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Bakgrund

Sjukfrånvaron i Sverige har varierat betydligt under olika perioder (6). Under början av 2000-talet nådde sjukfrånvaron historiskt höga nivåer och kännetecknades av att sjukfallen blev allt längre. Oavsett den generella sjukskrivningsnivån är emellertid kvinnor sjukskrivna i högre grad än män i Sverige (7). Sjukfrånvaro, både vad gäller vilka personer som är sjukfrånvarande och hur länge de är det, beror även på olika faktorer på olika strukturella nivåer (6). Den vetenskapliga kunskapen om vad som påverkar sjukfrånvaron och dess konsekvenser är mycket begränsad (5-8). När det gäller läkares arbete med sjukskrivning utgår vi i denna rapport från situationen i Sverige. Den skiljer sig inte mycket från situationen i de flesta välfärdstater, med några få undantag. Undantagen gäller framför allt behandlande läkares roll i Nederländerna samt försäkringsläkares roll i olika försäkringssystem (5). För många läkare är sjukskrivningar en vanlig arbetsuppgift, som ska ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsuppgifter och i så stor omfattning som möjligt baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (9, 10). I föreliggande rapport presenteras resultat från tre olika enkäter till läkare om deras arbete med sjukskrivning i Östergötland. Enkäterna är gjorda med fyra års mellanrum, år 2004, 2008 och 2012.

Den allmänna sjukförsäkringen

I alla försäkringssystem, inklusive det svenska, har man föreskrivit att sjukpenning kan utgå till den person som saknar arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annat patologiskt förhållande (skada eller defekt) (6). Den allmänna sjukförsäkringen och villkoren för rätten till ersättning i samband med sjukdom eller skada regleras i socialförsäkringsbalken (11). I Sverige intygar personen vanligen själv att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom under de första sju dagarna i ett sjukskrivningsfall. För alla sjukfrånvaro som överstiger sju dagar, i vissa fall redan tidigare, ska sjukdomen/skadan och den nedsatta arbetsförmågan även intygas av en läkare, i vissa fall tandläkare, via ett läkarintyg, för att patienten ska ha rätt till sjuklön från arbetsgivaren och/eller sjukpenning från Försäkringskassan och eventuell ersättning från försäkringsbolag. Vid bedömningen av *sjukdom* i sjukförsäkringens mening ska, enligt nu gällande formulering i socialförsäkringsbalken, 27 kap, § 2 och 3, bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden (11). Fortfarande gäller de klassiska förarbetena från 1940-talet, där sjukdom beskrivs som "*varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte hör ihop med den normala livsprocessen*". Under de årtionden som följt har denna allmänna begreppsbestämning tolkats mer eller mindre snävt. Under 1990-talet förekom en ganska liberal tolkning, så att sjukdom också kunde inkludera vissa normala graviditetstillstånd eller sorg- och trötthetstillstånd. Försäkringskassan fattar beslut om en person uppfyller kraven för att få ersättning sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, sjukersättning och aktivitetsersättning (23 kap, § 3). Rätten till sjukpenning gäller bara när sjukdom eller därmed jämställt medicinskt tillstånd sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst 25 %. En läkares bedömning i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning, rehabilitering eller annan ersättning utan är ett underlag för beslut (12, 13).

I den allmänna försäkringen är begreppet *arbetsförmåga* centralt. Formellt sett används begreppet framförallt i sjukförsäkringen där det avgör rätten till ersättning. En persons arbetsförmåga är dels den arbetsförmåga hon eller han har för att utföra sitt arbete, dels den arbetsförmåga som bedöms av olika professioner när en sjukskrivning är aktuell (14-17). Den statliga utredningen om arbetsförmåga konstaterar att begreppet arbetsförmåga är både

komplext och relativt (15), och framhåller att man förstås inte har arbetsförmåga, rätt och slätt, utan alltid i förhållande till en viss arbetsuppgift. Personer med samma medicinska förutsättningar kan därför ha olika arbetsförmåga i förhållande till sina respektive arbetsuppgifter eller till ”den reguljära arbetsmarknaden”. Det innebär att arbetsförmågan kan skifta över tid beroende på förändrat hälsotillstånd eller beroende på förändringar i individens omgivning (18, 19). Nedsättningen av arbetsförmågan provas för anställda under de 90 första sjukdagarna i förhållande till den sjukskrivnes ordinarie arbete. Efter 90 dagar sker prövningen mot alla arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare (20). Efter 180 dagar ska arbetsförmågan bedömas i relation till sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt (27 kap, § 48)(11).

När en person behöver vara sjukskriven är ofta många olika aktörer inblandade. Hälso- och sjukvården är en av flera aktörer som kan vara involverade i en patients sjukskrivning, och sjukskrivning är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige (21, 22). Andra aktörer, förutom personen själv, kan vara arbetsgivaren, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och ibland även andra myndigheter eller organisationer. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (23, 24). Socialförsäkringsbalken (2010:110) reglerar den allmänna sjukförsäkringen och villkoren för att en person ska kunna beviljas till exempel sjukpenning. Arbetsgivarens ansvar regleras bland annat av Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) till exempel vad gäller anpassningar på arbetsplatsen. För hälso- och sjukvårdens del finns i detta sammanhang hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), (25), Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om utfärdande av intyg med mera (SOSFS 1981:25), Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning (SOSFS 1992:16), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (13, 26) samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) finns läkarens uppgifter reglerade (27).

Tidigare situation

I denna rapport presenterar vi resultat från tre olika enkäter till läkare om deras arbete med sjukskrivning. Enkäterna är gjorda med fyra års mellanrum, och den första skickades ut i oktober 2004. Hur var situationen när det gäller sjukfrånvaro och sjukskrivning då? Att det finns olika uppfattningar och svar på den frågan är ganska givet. Nedan beskrivs vilka förhållanden som präglade läkares sjukskrivningspraxis (5, 28):

Det fanns problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, exempelvis arbetsgivare och Försäkringskassan (5, 28-31). Kompetens och förhållningssätt hos myndigheter, arbetsgivare med flera kan indirekt påverka läkares arbete med sjukskrivning ur perspektivet att kontakt och samverkan kan underlättas eller försvåras. De läkarintyg som Försäkringskassan fick från hälso- och sjukvården accepterades vanligtvis, även om det inte framgick att personen hade en sjukdom som resulterat i nedsatt arbetsförmåga. Tänkbara orsaker kan vara brister i Försäkringskassans utredningsmetodik och överblick i handläggningen (32). Detta resulterade även i långa sjukskrivningsperioder som tenderade att överskrida gränsen för hur länge en person kan vara sjukskriven och att sjukskrivna fick vänta på åtgärder (33). Många handläggare på Försäkringskassan upplevde att de saknade stöd i sitt arbete med att handlägga utredningar och beslut i dessa ärenden (34, 35). Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid- och grad vid olika sjukdomstillstånd eller om konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning (6). När vetenskaplig kunskap saknas utarbetar

Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete. Även sådana saknades när det gäller handläggning av sjukskrivningsärenden i olika situationer (6, 36-39). Socialstyrelsen utövade inte heller tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar. I princip i alla landsting saknades strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling och för kunskapsgenerering när det gäller dessa mycket komplexa arbetsuppgifter. Många läkare, framförallt bland allmänläkare kände inte att de gjorde ett bra jobb när det gällde handläggningen av sjukskrivningar (28, 40-43) och de flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin (15, 28, 44, 45).

Förändringar i de strukturella förutsättningarna

Under de senaste åren har de strukturella förutsättningarna för sjukskrivningsprocessen genomgått omfattande förändringar med bland annat lagändringar och fastare tidsgränser i sjukförsäkringen, införande av försäkringsmedicinskt beslutsstöd med rekommendationer för sjukskrivningslängder och en tydligare tillämpning av reglerna på Försäkringskassan (4). Regeringens mål med de nya reglerna i sjukförsäkringen syftar bland annat till att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess där individens arbetsförmåga ska tas tillvara. En allmän diskussion i samhället har förts om att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning utan att sjukdomen också måste ha lett till nedsättning av arbetsförmågan.

De 21 olika försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket sammanfördes till en gemensam myndighet; Försäkringskassan, i syfte att bland annat öka enhetligheten i bedömningar i handläggningen samt skapa förutsättningar för utveckling av gemensamma nationella yrkesroller, såsom försäkringsmedicinska rådgivare (46-49). Försäkringskassan var en av de centrala aktörerna i bildandet av ett nationellt försäkringsmedicinskt forum tillsammans med Socialstyrelsen och SKL med flera. Socialstyrelsen publicerade rapporter från den tillsyn man utövade i sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården (39, 50-52).

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet syftar bland annat till att öka kvaliteten i mötet mellan hälso- och sjukvården och patienten (13, 26). I likhet med övrig god vård ska sjukskrivning vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, och användas med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder (10). Centrala frågor är om sjukskrivning leder till bästa möjliga tillfrisknandeprocess och minimerar riskerna för skador. Det betyder vidare att bedömningsgrunder bör vara lika över hela landet och lika för patienter i likartad situation. Tanken är att det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska öka förutsägbarheten för patienten, dennes delaktighet liksom att patienten ska kunna, så långt möjligt, behålla kontakten med sin arbetsplats, exempelvis genom arbete på deltid. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet handlade i detta perspektiv mera om övergripande områden som ska användas som vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivningar (53). Samma grundläggande förhållnings- och arbetssätt ska prägla inblandade aktörers arbete med sjukskrivning som behandlingsmetod och som socialförsäkringsinstrument (13, 54).

Hur länge en sjukskrivning varar är den frågeställning som är i fokus när det gäller de sjukdomar som har specifika rekommenderade sjukskrivningstider i det försäkringsmedicinska beslutsstödet (26). I en nationell utvärdering undersöktes om det skett förändringar i sjukskrivningstider efter att de diagnosspecifika beslutsstöden införts, med särskilt fokus på fysiska sjukdomar. Resultaten indikerade att de diagnosspecifika rekommendationerna bidragit till generellt kortare sjukskrivningstider och minskad spridning i sjukskrivningslängd samt att sjukskrivningslängden minskade mer för kvinnor än för män (55). En annan nationell utvärdering fokuserade på de psykiatriska diagnoserna och fann att spridningen i sjukskrivningslängd fortfarande var oförändrat stor (56).

Enligt de fasta tidsgränserna i sjukförsäkringen bedöms arbetsförmåga utifrån olika grunder vid olika tillfällen (57). Initialt görs en bedömning av individens förmåga i relation till det befintliga arbetet, förutsatt att ett sådant finns. Efter 90 dagar vidgas bedömningen till att omfatta andra arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare. Efter 180 dagar ska arbetsförmågan bedömas i relation till sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne (27 kap, § 48), (11). I normalfallet ska inte sjukpenning betalas ut efter ett år om inte individen ansöker om och beviljas förlängd sjukpenning (58, 59)

Sjukskrivningsmiljarden och övriga nationella åtgärder

I syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågor införde regeringen i samråd med SKL ekonomiska incitament för detta genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Den första överenskommelsen mellan regeringen och SKL gällde för åren 2006-2009 (60). Utbetalningsmodellen för sjukskrivningsmiljarden är tvådelad och består av en villkorad del, vilken är kopplad till konkreta åtgärder som hälso- och sjukvården ska genomföra, och en rörlig del vilken är kopplad till förändringar i sjukfrånvaron. En central del i denna satsning var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i respektive landsting/region. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet införande har aktualiserat frågeställningar kring begreppet försäkringsmedicin. De centrala aktörerna; SKL, Försäkringskassan, SBU, Socialstyrelsen, Svenska läkarsällskapet och Sveriges Läkarförbund enades, inom ramen för sitt samarbete i Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum, år 2008 om följande definition (61):

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.

Genom sjukskrivningsmiljarden har landstingen tillförts statsbidrag för att vidta åtgärder i syfte att utveckla en välfungerande sjukskrivningsprocess och komma till rätta med de problem som identifierats inom områdena *ledning, kompetens, samverkan* och *kvinnors hälsa* (28, 62-64). Kvinnor är sjukskrivna i högre grad och under längre tid än män. För att finna sätt för hälso- och sjukvården att arbeta med jämställdhet inom sjukskrivningsprocessen tog SKL initiativet till projektet ”Jämt sjukskriven” som genomfördes under 2009 (65).

I överenskommelser för år 2010-2011 betonades, att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9)(22). Landstingen ålades, i den villkorade delen av statsbidraget, att utarbeta ledningssystem på övergripande nivå och på verksamhetsnivå i syfte att ge verksamhetschefer vägledning för att utveckla det lokala kvalitetsarbetet.

De därpå följande åren har regeringen och SKL slutit förnyade överenskommelser (66-68). I den överenskommelse som gjordes inför 2012 innebar den villkorade delen krav på åtgärder för att uppmärksamma att frågan om jämställdhet är central för att bidra till en högre kvalitet i sjukskrivningsprocessen (66). Landstingen fick även i uppdrag att säkerställa god försäkringsmedicinsk kompetens för blivande AT- och ST-läkare.

Genom fasta tidsgränser (rehabiliteringskedjan) och striktare regler har Försäkringskassans praxis i sjukskrivningsärenden förändrats så att gällande regler tillämpas i större utsträckning (69). Läkaritygens kvalitet prövas oftare enligt gällande regler (70). Vissa förbättringar har uppnåtts. År 2012 var andelen godkända intyg för hela riket 54,8 procent vilket kan jämföras med 2011 års granskning då andelen var 53,9 procent. Mellan de två åren har emellertid

spridningen mellan landstingen ökat och flera befolkningsrika landsting har inte förändrat sina resultat sedan år 2011 (71).

Under 2011 möjliggjordes för landstingen att elektroniskt överföra medicinska underlag (läkarintyg, FK 7263) till Försäkringskassan. Samtidigt kopplades till det elektroniska medicinska underlaget en funktion för frågor och svar ("Fråga-svar funktionen") mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan för underlätta kommunikationen dem emellan.

Försäkringskassan har tagit fram information om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK7263) som en hjälp till läkare vid utfärdandet av intyg (70). För att ytterligare effektivisera hantering och öka kvaliteten på läkarintygen bedömde regeringen och SKL att det är angeläget att under 2012 utreda och kartlägga hur man ytterligare kunde förbättra detta genom fler funktioner och förbättrade elektroniska lösningar. Även funktionalitet som gav patienten ökad delaktighet i processen och ökat egenbestämmande över intygen (via Mina hälsotjänster) ansågs viktigt att utveckla. Försäkringsmedicin är ett ämnesområde under utveckling både internationellt och nationellt (72, 73). Några universitet har börjat ge akademiska försäkringsmedicinska kurser för specialistutbildade läkare (73). Inom ramen för läkarnas grundutbildning ingår viss undervisning i försäkringsmedicin samt anordnas vidare- och efterutbildning omfattande en eller två dagar för vårdpersonal av landstingen i samverkan med Försäkringskassan.

Verksamhetsutveckling i Östergötland

För drygt tio år sedan undertecknade Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan en principöverenskommelse som avsåg att styra samverkansarbetet under åren 2002-2007. Principöverenskommelsen blev ett inriktningsdokument där de båda organisationerna slog fast sitt gemensamma ansvar för att se till att hälsoläget i Östergötland förbättrades (74-76). Överenskommelsen byggde i huvudsak på tre delar; verksamhetsutveckling med utgångspunkt i erfarenheterna från Finspångsprojektet, samarbete med universitet kring kunskapsutveckling samt en tydlig intention att stötta läkarna i sjukskrivningsprocessen. Den sjukskrivningskommitté som inrättades under år 2003 utgjorde ett gemensamt forum för dialog om riktlinjer, attityder och förhållningssätt till sjukskrivning (77).

I en omfattande kompetensutvecklingsinsats: "*Ta tillbaka makten över sjukskrivningarna*", arrangerades mer än 100 utbildningstillfällen, så kallade lunch till lunch internat, med cirka 25 deltagare per tillfälle. Syftet var att förmedla kunskap om sjukförsäkringen, om olika aktörer skyldigheter och möjligheter i samband med sjukskrivning och om läkarens roll som medicinskt sakkunnig. Denna utbildning kom sedermera även att rikta sig till andra yrkesgrupper som träffar patienter i samband med sjukskrivning. I en studie redovisas sjuksköterskors erfarenhet av arbete med telefonrådgivning efter att de deltagit i nämnda utbildningsinsats (78).

Från och med 2007 har överenskommelserna kring sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin varit styrande för landstingets insatser. Åtgärder har vidtagits i egen regi, i samverkan med olika aktörer, till exempel enskilda vårdgivare, via samordningsförbunden genom så kallad finansiell samverkan mellan Försäkringskassan. Huvuddelen av de åtgärder som genomförts under den aktuella tidsperioden har varit inriktad på *utbildnings- och informationsinsatser samt insatser för att förbättra arbetet med ledning och styrning* inom hälso- och sjukvården.

Arbetet med implementering av det försäkringsmedicinska *beslutsstödet* i Östergötland har baserats på dialog- och informationsinsatser i linjeorganisationen generellt och till dem som berörs av beslutsstödet i sitt dagliga arbete, främst läkare (13, 26). Från hösten 2007 har ett

stort antal informationen riktat sig till politiker, chefer på sjukhuskliniker och chefer i primärvården. Det har även genomförts informationsinsatser till chefer och till läkare i privat organiserad sjukvård. Speciella utbildare/informatörer medverkade i utbildning av personal som arbetar med sjukskrivningar, bland annat har öppna seminarier i försäkringsmedicin för läkare genomförts och motsvarande satsningar har riktats till sjuksköterskor med flera yrkeskategorier som direkt eller indirekt berörs. Beslutsstödet ingår i grundutbildningen för läkare. Särskilda seminarier och utbildningar för ST- och AT-läkare har också arrangerats. Viktig information om beslutsstödet publiceras löpande på landstingets intranät. En länk till Socialstyrelsens webbaserade arbetsverktyg för det försäkringsmedicinska beslutsstödet finns också på landstingets intranät. Efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet har sjukskrivningsmönster och information i läkarintyg i Östergötland redovisats i rapporter och internationella artiklar (79-82).

Från år 2008 har SKL tecknat en överenskommelse med regeringen för att landstingen ska erbjuda en rehabiliteringsgaranti. Överenskommelsen har sedan dess förlängts till och med 2013. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att kvinnor och män i åldern 16-67 år ska få tillgång till behandling och/eller rehabilitering för att lättare kunna återgå i arbete vid en eventuell sjukskrivning eller för att förebygga sjukskrivning. Arbetet vid Landstinget i Östergötland har sedan 2008 inriktats på *rehabiliteringsgarantin och följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet* (83). Under samma år drev SKL inom ramen för sjukskrivningsmiljarden ett pilotprojekt om jämställdhet, att kvinnor och män får vård och behandling på lika och likvärdiga villkor men också olika vård och behandling i de fall där kvinnors och mäns förutsättningar kräver det. I projektet deltog Försäkringskassan, en landstingshälsa och tre vårdcentraler varav en var Kolmårdens Vårdcentral i Östergötland. Landstinget i Östergötland genomförde inom ramen för projektet en behovsanalys, som ligger till för beslutet om 2011 års handlingsplan för en *jämställd sjukskrivningsprocess* (84). I denna ingår bland annat riktade utbildningar om; betydelsen av genusperspektiv, mötets betydelse (54) samt betydelsen av hälsofrämjande förhållningssätt i alla patientmöten. I Landstinget i Östergötlands handlingsplan för år 2010, identifieras målsättningar enligt kraven på ledningssystem för sjukskrivningsprocessen för; *handläggning av sjukskrivningsärenden, samverkan internt och externt, ansvar, kvalitetssäkring och uppföljning på olika organisatoriska nivåer* (84, 85).

Försäkringskassan fick 2010 i uppdrag av regeringen att tillsammans med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen samt tillsammans med representanter för hälso- och sjukvården vidareutveckla instrument och metoder för att bedöma arbetsförmåga (56). Resultatet av detta är så kallade *arbetsförmågeutredningar*, AFU, som kan genomföras av läkare eller om behov finns kompletteras med ytterligare kompetenser som t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog. För att möjliggöra fortsatt utveckling av AFU deltar flera landsting inklusive Landstinget i Östergötland under 2012 i planering för att påbörja användning av AFU i en utvidgad pilotverksamhet 2013 (86).

Sedan 2010 har det genomförts ett omfattande arbete vid Smärt- och rehabiliteringscentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping för att evidensbasera de ingående komponenterna i MMR-programmet (87, 88). Gemensamma utbildningsdagar genomförs för team inom specialistsjukvården, primärvården och närsjukvården som arbetar med MMR (89).

För att höja kvalitén i sjukskrivningsarbetet har följande insatser genomförts under 2012:

Handledning av psykiatriker har förmedlats till resursteam i syfte att *utveckla kompetens hos personalen på vårdcentralerna* vad gäller att bedöma när KBT-behandling är lämplig och att utveckla arbetssätt för att bättre möta patienter som är eller riskerar att bli långtidssjukskrivna

pga. ångest, depression, stress. Att team medlemmar från MMR är med i vårdcentralernas resursteam avser att höja kvaliteten.

Vidare finns KBT-terapeut med grundläggande kompetens på de flesta vårdcentraler. Möjlighet finns även att köpa tjänsten externt. Efterfrågan är dock något större än tillgången på KBT-behandling. Utbildning pågår i landstinget för KBT-terapeuter steg 1 och 2. Då det gäller steg 2 förväntas elva terapeuter bli klara under kommande år. I närsjukvården utförs MMR1-behandling av cirka 13 team och MMR 2 behandling utförs vid Smärt- och rehabiliteringscentrum på Universitetssjukhuset. Ett fortsatt samarbete med vårdcentralerna, och utbildningsinsatser till dem förmedlas via Smärt- och rehabiliteringscentrum, till exempel utbildningsinsatser till distriktsläkare. Fortsatt arbete med utveckling och förbättring av innehållet i MMR sker framför allt vid gruppträffar.

I Östergötland pågår sedan 2012 samverkan på strukturell nivå mellan Landstinget, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i syfte att stärka samarbetet mellan aktörerna och underlätta patientens väg tillbaka till arbete och egen försörjning (90). Arbetet inleddes med en konferens i maj 2012 och styrgrupp, arbetsgrupp och processtödjare har tillsatts för detta arbete. Målet med denna samverkan är att patienter och medarbetare i respektive organisation ska ha kunskap om att det finns *system och strukturer som underlättar handläggningen och möjliggör snabbare insatser*.

Under 2012 har kartläggningar gjorts för att säkerställa kompetenssatsningar inom försäkringsmedicin för läkare och andra berörda personalkategorier på både kort och lång sikt, nulägesbeskrivning samt plan för utbildning och handledning av AT- och ST- läkare (91).

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer kring sjukskrivning har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju (5, 6, 28, 92-94).

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbara tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens funktionsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt på övriga arbetsmarknaden.
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukskrivningen, t.ex. utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva läkarintyg enligt fastställt formulär, så att det ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att kunna fatta beslut om ersättning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder, samt
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Detta är synnerligen komplexa arbetsuppgifter, som kräver en hög grad av försäkringsmedicinsk professionalitet (95, 96). Mot bakgrund av dessa sju uppgifter, kan läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra uppgifterna på ett optimalt sätt (13, 96). Inom ramen för den svenska läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år),

allmäntjänstgöring (AT cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST cirka 5 år) ingår viss undervisning i försäkringsmedicin (36, 44, 95). De kunskaper som krävs, utöver de rent medicinska, är t ex. 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. De färdigheter som krävs, utöver de medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. De förhållningssätt som krävs är till exempel att ha ett vetenskapligt och etiskt professionellt förhållningssätt. Även om läkare har genuin kompetens när det gäller den första uppgiften, att utreda och ställa diagnos, är även den uppgiften ofta problematisk i sjukskrivningsärenden eftersom sådana konsultationer ofta handlar om besvär från rörelseorganen, psykiska besvär och/eller samsjuklighet (6, 41, 97-100), dvs. besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad.

Läkares olika professionella roller

Hur läkaren hanterar sina två roller som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig har varit en frekvent fråga i såväl den allmänna debatten som i vetenskapliga studier

I kontakten med patienten är det framförallt följande fyra roller som är av intresse (80):

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 (101, 102).
2. *grindvakt* ('gate keeper' - dvs. att ansvara för att (begränsade) resurser, inom den organisation där man verkar, används rättvist och ändamålsenligt (103-105)
3. *medicinskt sakkunnig* (t.ex. i samband med intygsskrivande eller att som medicinskt sakkunnig uttala sig om något i en domstol.) Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de andra rollerna, t.ex. rollen som behandlande läkare, och i den rollen gäller ett annat regelverk då, samt
4. *myndighetsutövare* (t.ex. vid frihetsberövning, t.ex. inom psykiatri). Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en person genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet (94, 106).

Att tillämpa, vidmakthålla och utveckla dessa fyra roller är en del av utvecklingen i professionellt förhållningssätt som läkare genomgår under såväl utbildning som yrkesverksamhet (94, 106-108). I samband med sjukskrivning är det framförallt den första och den tredje av dessa roller som är aktuella, dvs. rollen som *patientens behandlare* och rollen som *medicinskt sakkunnig* (94). Däremot har läkaren inte det primära ansvaret för grindvaktsfunktionen här. Under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall har arbetsgivaren denna grindvaksroll. Därefter har Försäkringskassan denna roll, dvs. att kontrollera om villkoren för rätt till 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 (109). I rollen som medicinskt sakkunnig ska läkaren ge en noggrann och saklig beskrivning av patientens diagnos, funktionsförmåga och bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan. I ett läkarintyg ska läkaren först uttala sig om hur den försäkrades sjukdomstillstånd påverkar funktionsförmågan och i nästa led ange vilka konsekvenserna blir på aktivitetsnivå och bedöma hur arbetsförmågan påverkas. Detta i sin tur är beroende av vad "man gör när man arbetar" (77, 110). Försäkringskassan tar därefter med utgångspunkt i

läkarens ställningstagande försäkringsjuridisk ställning till arbetsförmågans nedsättning och rätten till ersättning (53, 111, 112).

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

För många läkare i Sverige är sjukskrivningar en vanlig arbetsuppgift. I syfte att sammanställa den vetenskapliga kunskapen om läkares sjukskrivningspraxis har flera kunskapsöversikter gjorts under de senaste tio åren (5, 6, 113). Studierna visar att läkare upplever många olika typer av problem i sin sjukskrivningspraxis. På mer specifik nivå konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiska (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga) inom följande fem områden (5):

- att i sjukskrivningsärenden hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig
- att bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning
- att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning
- att den egna kunskapen är bristande, t.ex. vad gäller arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet
- att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Även om flera studier behandlat andra faktorer, såsom patientfaktorer och läkarfaktorer betydelse för sjukskrivningspraxis, finns ingen evidens för betydelsen av dessa faktorer för sjukskrivningspraxis, på grund av att resultaten från studierna gick i olika riktningar, alternativt att antalet studier var för lågt (5). 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 vad som kan påverkas. Merparten av studier hade relativt få deltagare och i majoriteten av dem ingick enbart allmänläkare. De allra flesta var tvärsnittsstudier och uppvisade en stor variation avseende studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser dem emellan och möjligheten av att dra slutsatser. Det är värt att notera att antalet studier var lågt samt att det endast fanns ett fåtal interventionsstudier trots att det lagts avsevärda resurser på åtgärder för att förbättra läkares sjukskrivningspraxis. På en övergripande nivå kan man emellertid se stora likheter mellan olika länder (114). Av den ovan beskrivna översikten (5) liksom av andra litteraturöversikter (6, 113, 114) kan man dra slutsatsen att det finns fortsatt behov av mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.

Syfte

I studier av sjukskrivningspraxis kan olika perspektiv användas (5, 6). Föreliggande studie utgår från *läkares perspektiv* och redovisar läkares synpunkter och erfarenheter av sitt eget arbete med sjukskrivningar i Östergötland.

Syftet är att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning samt att kunna göra jämförelser med resultaten från tidigare enkätstudier av läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland, år 2004 respektive 2008. Syftet är även att nå en fördjupad kunskap inom ett område som har betydelse för läkarnas arbetsmiljö samt att få underlag för att kunna förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Material och metod

Här presenteras sammanställningar av svar från en enkätstudie; "Läkares arbete med sjukskrivning", riktad till yrkesverksamma läkare i Östergötland år 2012. För att få en bild av förändringar över tid jämförs även resultat från enkäten 2012 med motsvarande resultat från två tidigare enkätstudier, år 2004 respektive 2008. Resultaten för år 2012 och 2008 är baserade på svar från de läkare som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Landstinget i Östergötland.

Hösten 2012 skickades ett omfattande frågeformulär till de flesta yrkesverksamma läkare i Sverige, och samtliga yrkesverksamma läkare i Östergötland, som var yngre än 68 år. Frågeformuläret innehöll 163 frågor om deras arbete med sjukskrivning av patienter (6). Enkäten 2008 skickades till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige (92). År 2004 skickades enkäten till yrkesverksamma läkare yngre än 65 år i Landstinget i Östergötland samt Stockholms läns landsting (1).

I Tabell 1 visas studiepopulationen för Landstinget i Östergötland, baserat på läkarnas bostadslän, svarsfrekvens respektive år samt antal frågor i respektive frågeformulär.

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

Enkätår	Antal läkare boende i Östergötland	Svarsfrekvens för Östergötland	Antal frågor i frågeformuläret
2004	871 (<65 år)	72 %	96
2008	1 663 (samtliga åldrar)	65 %	183
2012	1 711 (<68 år)	62 %	163

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

2004 års enkätstudie

I 2004 års studie inkluderades 871 läkare som var yngre än 65 år, från Östergötland (1). Urvalet baserades på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) som förvaltas av Pharma Marketing AB (nuvarande namn: Cegedim Sweden AB). I detta urval ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som är aktuella för sjukskrivning. Enkäten skickades till den adress läkarna själva valt hos Pharma Marketing, vilket innebar att omkring två tredjedelar skickades till läkarens hemadress och en tredjedel till arbetsplatsen.

De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området (6, 115). Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (1). Svarsfrekvensen var 72 procent. Av samtliga 628 läkare som svarade på enkäten hade 572 (91 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar (1, 2, 40, 116-119).

2008 års enkätstudie

Enkäten 2008 var en totalundersökning av alla drygt 37 000 läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen var yrkesverksamma i Sverige. Av dessa bodde 1 663 i Östergötland. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) som förvaltas av Cegedim AB (nuvarande namn: Cegedim Sweden AB) och innehåller information om alla läkare i Sverige, inklusive år för läkarexamen och legitimation, typ av specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 (120). Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att specificera (121). Antalet frågor utökades från 96 till 183. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes baserat på analyser av resultaten i enkäten 2004, av de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004. Synpunkter på enkäten gavs också av praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården, av forskare från Sverige och andra länder samt av projektets referensgrupp, som bestod av representanter från olika myndigheter och organisationer. Frågorna prövades i flera omgångar, och slutligen även i en pilotstudie i augusti 2008. Pilotstudiens enkät skickades till ett slumpmässigt urval av 100 specialistutbildade läkare, enligt HSAR.

Svarsfrekvensen för läkarna boende i Östergötland var 65 % (n=1 075), något högre för kvinnor (66 %) än för män (63 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år: 65 %, 45-64 år: 63 %, ≥65 år: 72 %). Av dem som i enkäten angav att de huvudsakligen arbetar i Östergötland, 1 055 läkare, svarade 690 (65 %) att de hade sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer (2, 94, 122-124).

2012 års enkätstudie

Enkäten skickades i oktober 2012 till drygt 33 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Av dessa bodde 1 711 läkare i Östergötland. Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008 och 2004, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). För Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare yngre än 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta, för att kunna jämföra med resultaten från tidigare enkäter. För övriga landet inkluderades inte läkare inom vissa specialiteter där sjukskrivningsärenden förekommer mer sällan (6).

Frågeformuläret 2012

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Dessa modifieringar baserades dels på resultat från analyser från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels på resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008,(121). Dessutom lades några frågor till för att få kunskap om betydelsen av förändringar som skett efter 2008, till exempel införandet av möjligheten att elektroniskt överföra läkarintyg till Försäkringskassan, och via detta system kunna kommunicera med handläggare på Försäkringskassan, via en så kallad 'Fråga-svar-funktion'. För att inte öka antalet frågor i enkäten togs i stället några frågor från 2008 års enkät bort. Det totala antalet frågor blev 163.

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

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

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

Liksom i de två tidigare enkätstudierna skickades frågeformulär till läkarnas hemadresser, förutom för det fåtal personer för vilka uppgift om hemadress saknades, då arbetsplatsens adress användes. Hemadressen valdes dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterade i HSAR. Statistiska centralbyrån tog fram aktuella adressuppgifter. Personer som inte hade en adress i Sverige exkluderades, då ett inklusionskriterium var att bo i Sverige.

År 2012 fanns även möjligheten att svara via en webbenkät.

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

Samtliga tre enkätomgångar har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys. Svarsfrekvensen för läkare boende i Östergötlands län var 62 procent (antal svarande 1 058). För hela landet var svarsfrekvensen 58 procent. Totalt använde 17 procent (n=164) av läkarna i Östergötland möjligheten att svara via webbenkäten istället för via pappersformuläret. Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer (Tabell 2). Detta gäller även de två tidigare enkäterna (120, 121).

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

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	1 711	1 058	61,8
Kvinnor	778	510	65,6
Män	933	548	58,7
20-39 år	518	323	62,4
40-54 år	648	362	55,9
55-67 år	545	373	68,4

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.

Bortfallsanalysen som beskrivits ovan är baserad på läkare *bosatta* i Östergötland, medan svaren i resultatdelen presenteras för läkare som uppgett att hon eller han huvudsakligen *arbetar* i Östergötland. Totalt svarade 19 107 läkare i hela landet på enkäten. Av dessa uppgav 989 läkare (5 %) att de huvudsakligen arbetar i Östergötland.

Dataanalys

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

2012 års datamaterial

Resultaten redovisas i tre kapitel. I det första, det så kallade **röda avsnittet** (sidan 30), redovisas bakgrundsvariabler för samtliga läkare som år 2012 svarade att de huvudsakligen arbetar i Östergötland, samt deras svar på frågan ”Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?”.

I det **blå avsnittet** (sidan 36) redovisas svar från de läkare som angav att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, som huvudsakligen arbetar i Östergötland och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Samtliga frågor redovisas dels för samtliga läkare och dels uppdelat på läkare på vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter.

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

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit, och dessa har klassificerats enligt registerdata.

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

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

Motsvarande hantering gjordes i analyserna av svaren på 2004 och 2008 års enkäter (120, 121).

Jämförelser över tid

Jämförelser mellan de tre enkätstudierna görs i det **aprikos avsnittet** (sidan 88). Svar från läkare som var under 65 år respektive år, svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, 2008 och 2012 svarade att de huvudsakligen arbetar i Östergötland samt alla svarande läkare 2004 presenteras. År 2004 ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som är aktuella för sjukskrivning i urvalet, detta påverkat dock inte resultatet i någon större utsträckning. Av de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter fanns 73 frågor även med i 2004 års enkät.

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

- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning/verksamhet som var läkarens huvudsakliga fanns 2008 och 2012 fler svarsalternativ än år 2004. År 2012 lades även alternativet ”*Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna*” till. De som kryssat för detta alternativ har exkluderats från analyserna. Antalet svarsalternativ

utökades eftersom 2004 års enkätstudie visade att ett betydande antal inom kategorin 'Annan klinik' var sjukskrivande läkare

- På frågan om hur länge läkaren har varit på sin nuvarande arbetsplats (fanns inte med 2004) lades ytterligare ett svarsalternativ till 2012. I resultatet presenteras en sammanslagning av de två första svarsalternativen 2012.
 - 2008: <5 år, 5-9 år, 10 år eller längre
 - 2012: <1 år, 1-4 år, 5-9 år, 10 år eller längre
- I enkäten 2012 skilde sig svarsalternativen åt på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför redovisas en sammanslagning av svarsalternativen: 'minst 6 gånger/vecka'.
 - 2004 och 2008: Fler än 20 ggr/vecka och 6-20 ggr/vecka
 - 2012: Fler än 10 ggr/vecka och 6-10 ggr/vecka
- Skalan på svarsalternativen till frågorna "Hur ofta i Ditt kliniska arbete..." ändrades från 2004 till 2008 och 2012. I resultatet redovisas en sammanslagning av svarsalternativen för vardera år: 'minst 6 gånger/vecka'.
 - 2004: Fler än 20 ggr/vecka och 6-20 ggr/vecka
 - 2008 och 2012: Fler än 10 ggr/vecka och 6-10 ggr/vecka
- En delfråga under rubriken "Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att..." ändrades mellan 2008 och 2012 (fanns inte med 2004). En specificering inom parentes och svarsalternativet "Ej aktuellt" lades till. För 2012 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade "Ej aktuellt" exkluderats.
 - 2008: "... skriva andra intyg/utlåtanden till FK?"
 - 2012: "... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning)?"
- Frågan om huruvida *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* (fanns inte med 2004) formulerades olika i de två enkäterna, liksom svarsalternativen. Därför presenteras svaren från båda enkäterna separat.
 - 2008: "Innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?" [Svarsalternativ: Ja, i stor utsträckning; Ja, i viss mån; Nej]
 - 2012: "I hur stor utsträckning innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?" [Svarsalternativ: Stor; Ganska stor; Liten; Ingen]
- Frågan "Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?" i 2004 års enkät delades 2008 och 2012 upp i två delfrågor: "... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?" samt "... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?". Vid analyserna lades svaren från dessa två delfrågor samman på följande sätt: Om minst en av frågorna 2008 eller 2012 besvarats med svarsalternativ "dagligen" valdes "dagligen". Om ingen av frågorna besvarats med det svarsalternativet användes samma princip för de övriga svarsalternativen i följande ordning: "någon gång/vecka", "någon gång/månad", "några gånger/år", och "aldrig/i stort sett aldrig".

- En delfråga under rubriken *"Hur ofta i Ditt kliniska arbete..."* formulerades olika i de båda enkäterna (fanns inte med 2004), då det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre känt 2008 när det nyligen införts. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: "... använder Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning vid sjukskrivning (infördes 2008)?"
 - 2012: "... bedömer Du sjukskrivningar utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?"
- Ytterligare en delfråga under rubriken *"Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att..."* formulerades 2012 något annorlunda än 2008 (fanns inte med 2004), och svarsalternativet *"Har ej använt dem"* togs bort. För 2008 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade *"Har ej använt dem"* exkluderats.
 - 2008: "... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?"
 - 2012: "... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?"
- Till frågan om beslutsstödet underlättade kontakter med olika aktörer fanns 2008 svarsalternativet *"Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen"*, det delades 2012 upp i två separata svarsalternativ. De läkare som svarade *"Ja"* på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade *"Ja"* på alternativet år 2008 (fanns inte med 2004).
- Till frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan fanns 2008 och 2012, men inte 2004, påståendet *"Upplever inga svårigheter"*. Det betyder att ett uteblivet svar år 2004 kunde innebära att man inte upplevt några svårigheter. För att få en någorlunda korrekt jämförelse mellan de tre enkäterna togs därför alla läkare med i analyserna för frågorna om upplevda svårigheter, även om hon eller han inte alls svarat på frågan.
- Ett av påståendena till frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan formulerades olika i 2008 och 2012 års enkäter (fanns inte med 2004). Svaren jämförs som om de gällt samma fråga.
 - 2008: "Svårt att förmedla information via FK:s förtryckta medicinska intyg"
 - 2012: "Svårt att förmedla information via FK:s blanketter"
- Ett annat påstående till frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan i enkäten 2004 delades upp i två påståenden 2008 och 2012. I jämförelsen med 2004 slogs dessa två påståenden ihop. För påståendena fanns endast en ruta som kunde markeras och om den markerats för något av påståendena 2008 och/eller 2012 så betraktades det som likvärdigt med markerad ruta 2004.
 - 2004: "Jag upplever att mina bedömningar ifrågasatts"
 - 2008 och 2012: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" samt "Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar".
- På frågan om i vilken utsträckning grundutbildningen hade hjälpt läkaren att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden fanns av misstag i 2012 svarsalternativet *"Ej aktuellt"* med. Analys av 2012 års svar har därför gjorts både inklusive och exklusive svarsalternativet *"Ej aktuellt"*.

- År 2004 fanns frågan: *"Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?"*. I enkäterna år 2008 och 2012 var frågan formulerad *"Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning"* (med tillägget *"nu och i framtiden"* år 2012). Delfrågorna och svarsalternativen var desamma och resultaten för dem har jämförts.
- En av delfrågorna (*"Kurser"*) till ovan nämnda fråga i 2004 års enkät delades upp i två delfrågor år 2008 och 2012; *"Kurser i försäkringsmedicin"* och *"Kurser i konflikthantering"*. Vid analyserna lades svaren från dessa frågor samman på följande sätt: Om minst en av frågorna 2008 eller 2012 besvarats med svarsalternativet *"Stort värde"* valdes *"Stort värde"*. Om ingen av frågorna besvarats med det svarsalternativet användes motsvarande princip för de övriga svarsalternativen; *"Måttligt värde"* och *"Inget värde"*.
- På frågan om det finns en gemensam policy på kliniken/mottagningen angående handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008 och 2012, nämligen: *"Vet inte"* och *"Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet"*. De läkare som valt det senare alternativet 2008 och 2012 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.
- På frågan om läkaren har stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008 och 2012, nämligen: *"Ej aktuellt, har ingen chef"* och *"Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet"*. De läkare som valt något av dessa två svarsalternativ 2008 eller 2012 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.

Öppna svar

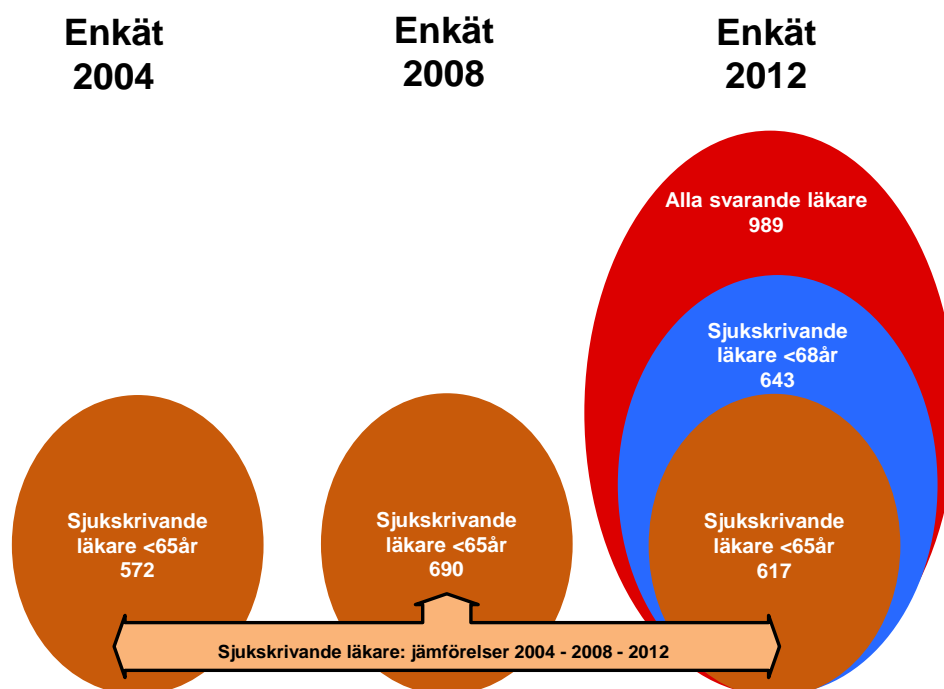
I samtliga tre enkäter fanns det i slutet en tom sida med möjlighet att skriva kommentarer kring någon specifik fråga eller generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning (så kallade öppna svar). Antalet läkare i Östergötland som angav något sådant öppet svar var cirka 300 i 2004 års enkät, cirka 250 i 2008 års enkät och cirka 200 i 2012 års enkät.

Analysen har genomförts med en systematisk genomgång av materialet, textsvar för textsvar, för att identifiera meningsbärande enheter. I den procedur som genomförts har texter valts ut som bär med sig information om ett eller flera frågeområden i enkäten. Arbetet med att läsa, koda och tolka har primärt tagit sikte på att fånga upp och klassificera alla meningsbärande enheter, som anknyter till enkätens frågeområden. I resultatpresentationen ges sammanställningar av dessa enheter och de illustreras ibland med ordagrant återgivna citat på motsvarande sätt som i 2008 års enkätstudie (2).

Resultat

Baserat på uttalade behov och visad nytta av detaljerade presentationer från tidigare års enkäter, presenteras här resultat för samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från 2012. Resultatet presenteras dels för samtliga läkare som huvudsakligen arbetar i Östergötland och dels uppdelat på de två grupperna läkare som uppgett att de arbetade på vårdcentral/husläkarmottagning samt på läkare inom övrig verksamhet. I jämförelsen mellan åren ingår svar på frågor som förekom i både 2008 och 2012 års enkäter respektive i alla tre (2004, 2008 och 2012) enkäterna.

Presentationen av resultaten är indelad i tre avsnitt, som markeras med tre olika färger: röd, blå respektive aprikos Figur 1.



Figur 1. En översiktsbild för illustration av de tre olika avsnitten i rapporten: röd, blå respektive aprikos.

Upplägg av resultatpresentationen; tre avsnitt

Resultaten presenteras i tre avsnitt, som även markeras med tre olika färger: rött, blått respektive aprikos.

1: Samtliga svarande läkare 2012

Redovisning av svar från *samtliga* läkare som besvarade 2012 års enkät vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för Östergötland, hela studiepopulationen, uppdelat på vårdcentral/husläkarmottagning respektive övriga kliniker/verksamheter.

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

Redovisning av svar från 2012 års enkät för läkare som möter patienter sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare, här kallade '*sjukskrivande läkare*' för att underlätta läsningen.

Blå tabeller och figurer

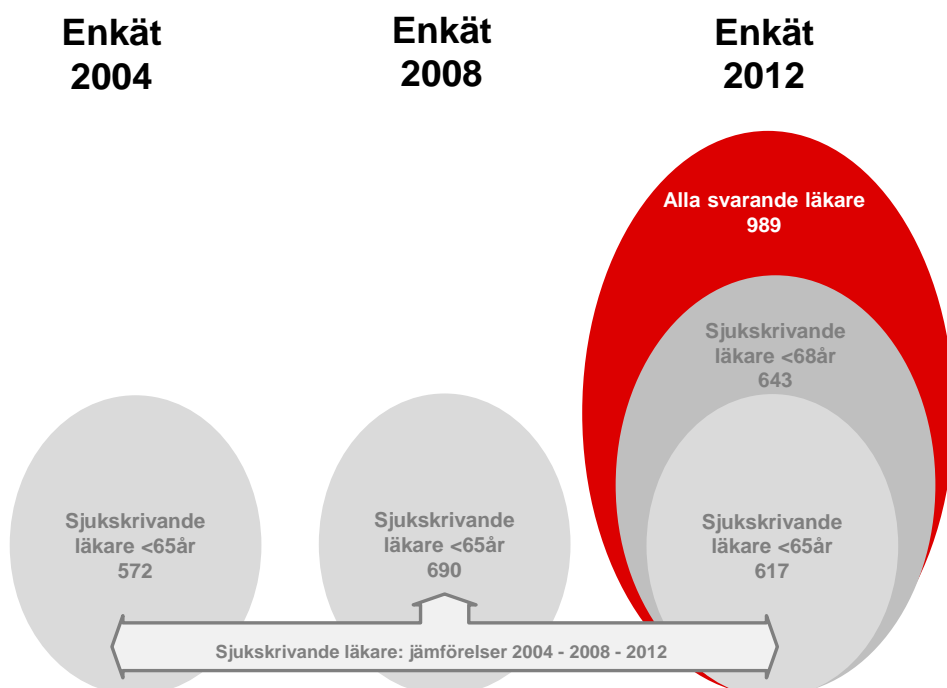
4: Läkares arbete med sjukskrivning i ett åttaårsperspektiv: 2004-2008-2012

Här jämförs svar från sjukskrivande läkare, som respektive år var under 65 år. Av de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter fanns *73 frågor* även med i 2004 års enkät.

Aprikos tabeller och figurer

I.

Samtliga svarande läkare 2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de hade sin huvudsakliga arbetsplats i Östergötland var 989. De som svarade att de inte arbetat som läkare de senaste tolv månaderna på grund av till exempel sjukdom, föräldraledighet eller pension (n=4) exkluderades. Av de resterande 985 läkarna hade 19 procent (n=189) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning (Tabell 3).

Tabell 3. Antal svarande läkare i de olika typer av klinik/mottagning/verksamhet som angavs i enkäten.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel %
Barn- o ungdom	64	6,5
Företagshälsovård	13	1,3
Försäkringskassa/bolag	1	0,1
Geriatrisk	19	1,9
Gynekologi	48	4,9
Hud	13	1,3
Infektion	19	1,9
Invärtesmedicin	75	7,6
Kirurgi	80	8,1
Neurologi	17	1,7
Onkologi	19	1,9
Ortopedi	42	4,2
Psykiatri	36	3,6
Rehabilitering	7	0,7
Reumatologi	7	0,7
Smärtmottagning	9	0,9
Vårdcentral	189	19,1
Ögon	16	1,6
Öron-, näs- och hals	13	1,3
Annan klinik/mottagning	235	23,8
Administration	51	5,2
Ingen	8	0,8
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna ²	4	0,4
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet	4	0,4
Samtliga läkare	989	100

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

Bakgrundsfaktorer

Av samtliga läkare var 48 procent kvinnor och könsfördelningen bland läkare på vårdcentraler skiljde sig från könsfördelningen bland läkare inom övriga verksamheter (Tabell 4). På vårdcentraler var majoriteten kvinnor, och inom övriga verksamheter var majoriteten män. Både åldersfördelningen och fördelningen av utbildningsnivå skiljde sig åt mellan läkare på vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter. Andelen unga (24-39 år) var 35 procent och andelen läkare utan specialistutbildning var 34 procent bland läkare på vårdcentraler. Bland läkare inom övriga verksamheter var motsvarande andelar 31 procent respektive 26 procent.

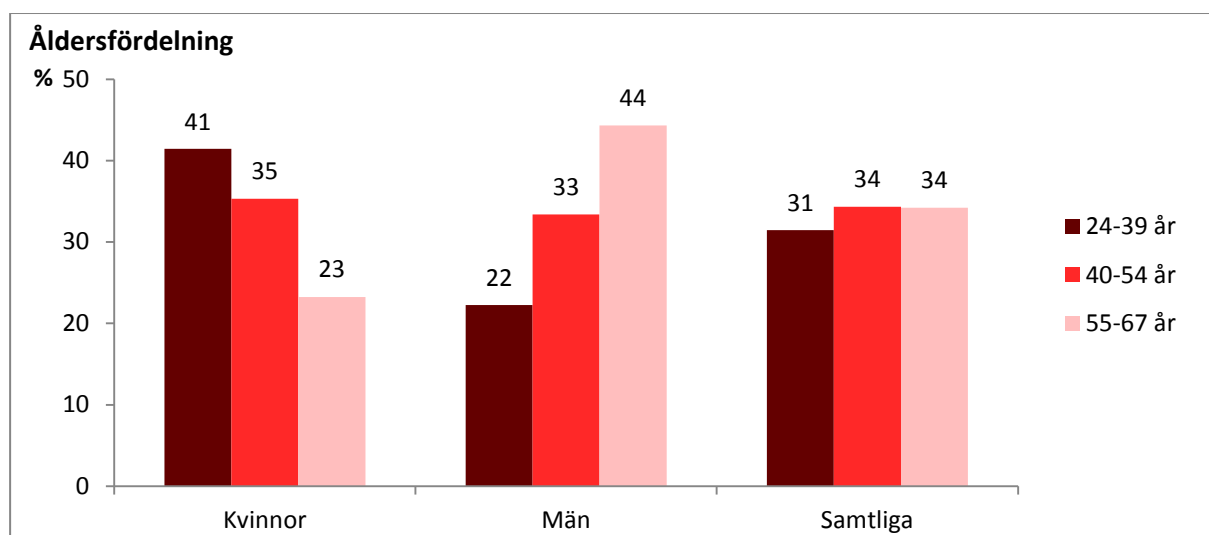
Andelen specialistutbildade läkare i Östergötland låg på samma nivå som för hela landet. Detsamma gällde köns- och åldersfördelningen hos läkarna (ej i tabell).

Tabell 4. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga läkare respektive uppdelat på vårdcentraler och övriga.

		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
Antal läkare		n=985	n=189	n=796
Kön	Kvinnor (%)	48	55	46
	Män (%)	52	45	54
Ålder	24-39 år (%)	31	35	31
	40-54 år (%)	34	32	35
	55-67 år (%)	34	33	35
	Medelålder (år)	47	47	48
Högsta utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	4	6	3
	Legitimerad läkare (%)	3	6	2
	Pågående ST-utbildning (%)	21	22	21
	Specialistutbildad (%)	73	66	74

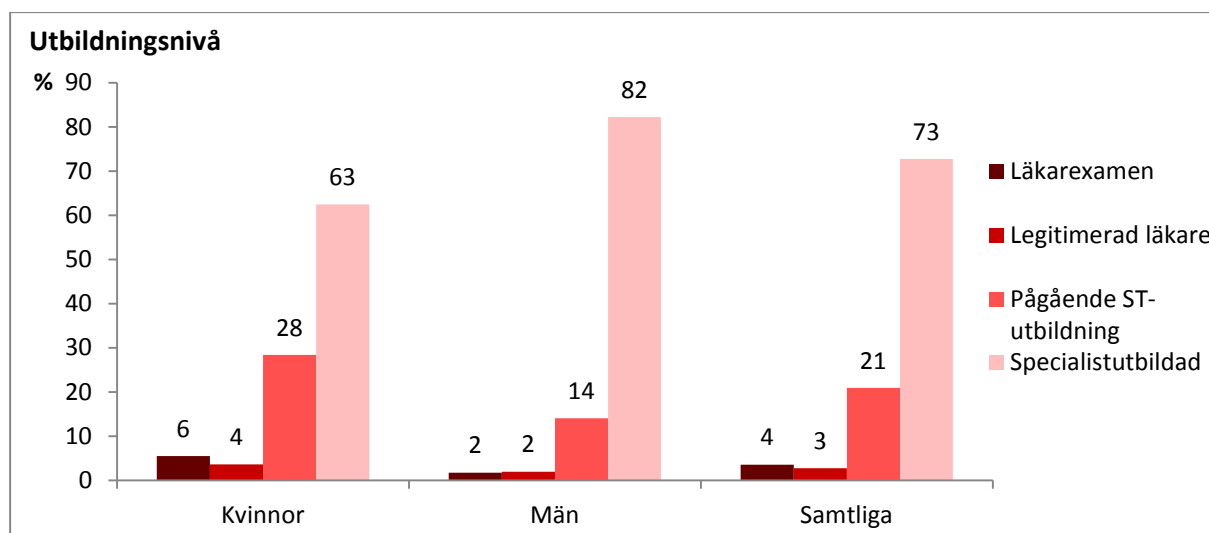
Yrkesverksamma läkare i Östergötland

I fortsättningen av detta kapitel baseras resultatet på svar från de läkare (n=985) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och som huvudsakligen arbetade i Östergötland (Figur 2). Av kvinnorna tillhörde den största andelen, 41 procent, den yngsta åldersgruppen (24-39 år), medan 44 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen (55-67 år).



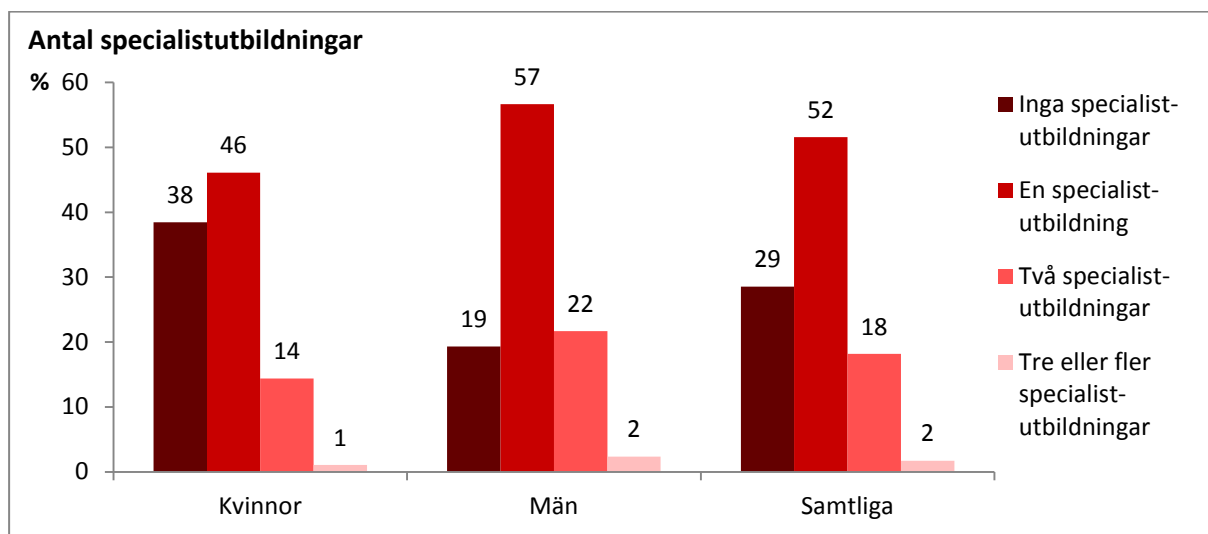
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare, uppdelat på kvinnor och män.

Det fanns även en könsskillnad i fördelningen av läkares högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 82 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 62 procent.



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

I Figur 4 visas att närmare hälften av kvinnorna (46 %) hade en specialistutbildning, medan en större andel män (57 %) hade detsamma.

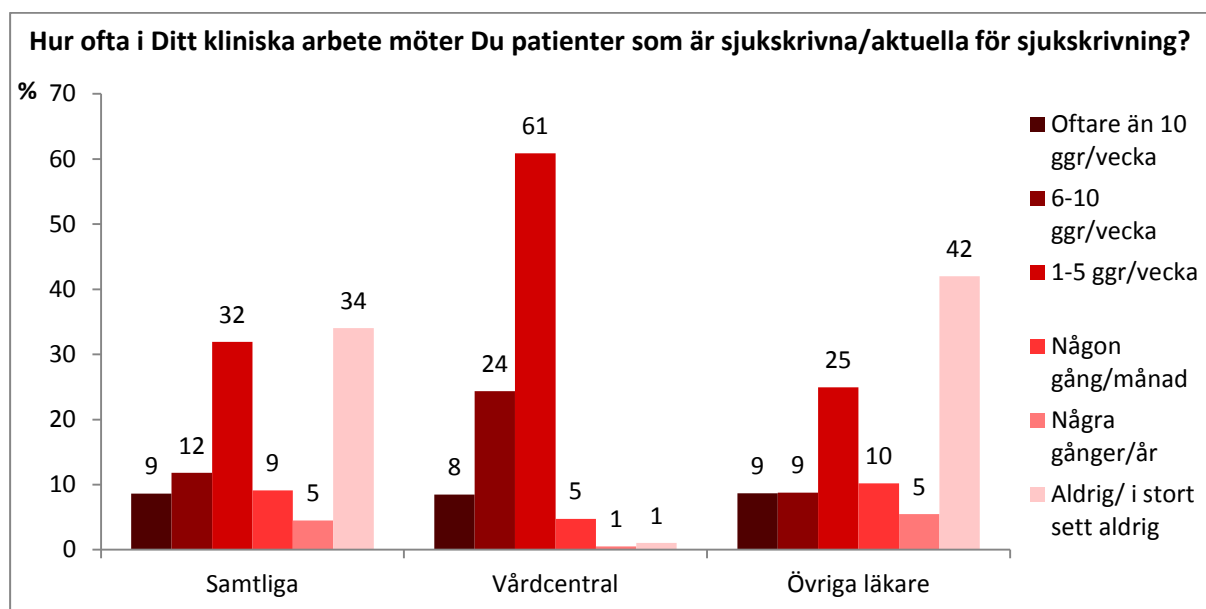


Figur 4. Andel (%) läkare med ingen, en, två eller minst tre specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Andel läkare som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebär att patienten sjukskrevs.

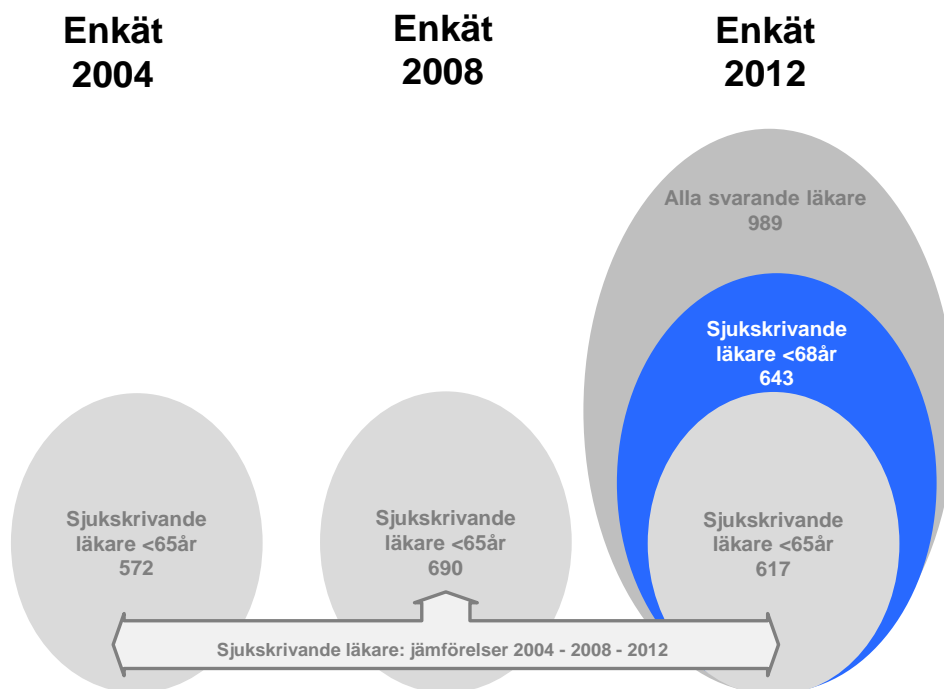
Det var stor skillnad på hur ofta läkare på vårdcentraler respektive läkare inom övriga verksamheter möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Betydligt större andel läkare på vårdcentraler (93 %) i jämförelse med läkare inom övriga verksamheter (43 %) hade sådana konsultationer minst en gång i veckan (Figur 5). Resultaten visar att 34 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade sådana konsultationer. Sett till hela landet hade en lägre andel av läkarna i Östergötland sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka, 53 procent i Östergötland jämfört med 60 procent i hela landet. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=287; 1,6 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2012



2. Svar från sjukskrivande läkare 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 643 läkare som svarat på enkäten och som:

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

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

I Tabell 5 visas fördelningen av typ av klinik/mottagning/verksamhet som de sjukskrivande läkarna svarade att de huvudsakligen arbetade vid.

Tabell 5. Antal och andel svarande läkare i de olika typerna av klinik/mottagning som angavs i enkäten.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel %
Barn- o ungdom	13	2,0
Företagshälsovård	12	1,9
Försäkringskassa/bolag	0	0
Geriatric	6	0,9
Gynekologi	41	6,4
Hud	11	1,7
Infektion	19	3,0
Invärttesmedicin	69	10,7
Kirurgi	67	10,4
Neurologi	16	2,5
Onkologi	19	3,0
Ortopedi	39	6,1
Psykiatri	35	5,4
Rehabilitering	7	1,1
Reumatologi	7	1,1
Smärtmottagning	7	1,1
Vårdcentral	187	29,1
Ögon	14	2,2
Öron-, näs- och hals	12	1,9
Annan klinik/mottagning	59	9,2
Ingen	1	0,2
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	2	0,3
Samtliga läkare	643	100

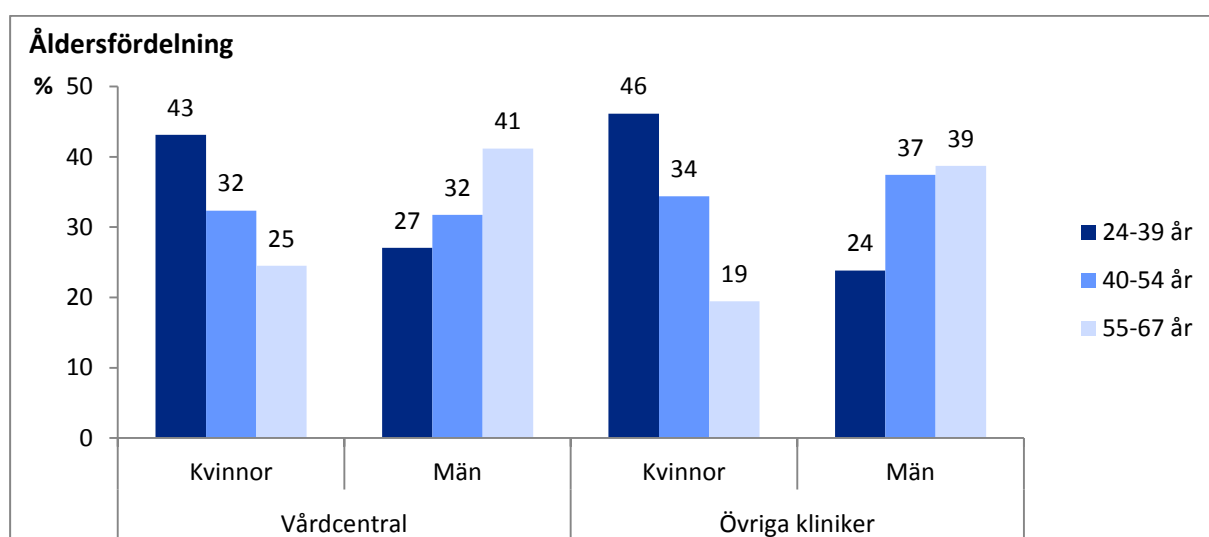
Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna var hälften kvinnor och hälften män med en medelålder på 46 år (Tabell 6). En majoritet av läkarna var specialistutbildade (69 %).

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

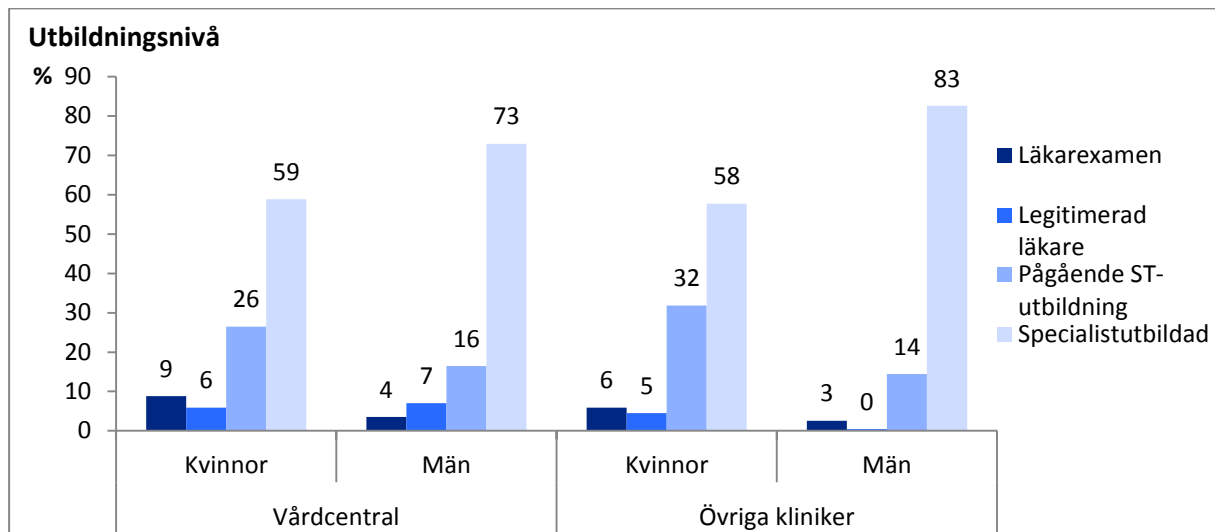
		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal läkare	n=643	n=187	n=456
Kön	Kvinnor (%)	50	55	48
	Män (%)	50	45	52
Ålder	24-39 år (%)	35	36	35
	40-54 år (%)	35	32	36
	55-67 år (%)	30	32	29
	Medelålder (år)	46	47	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	5	6	4
	Leg. läkare (%)	4	6	2
	Pågående ST-utbildning (%)	23	22	23
	Specialistutbildad (%)	69	65	71

Som framgår av Figur 6 fanns det skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor; bland kvinnorna var andelen som tillhörde den yngsta åldersgruppen (25-34 år) störst såväl vid vårdcentraler (43 %) som inom övriga verksamheter (46 %), medan den var minst bland männen, 27 respektive 24 procent.



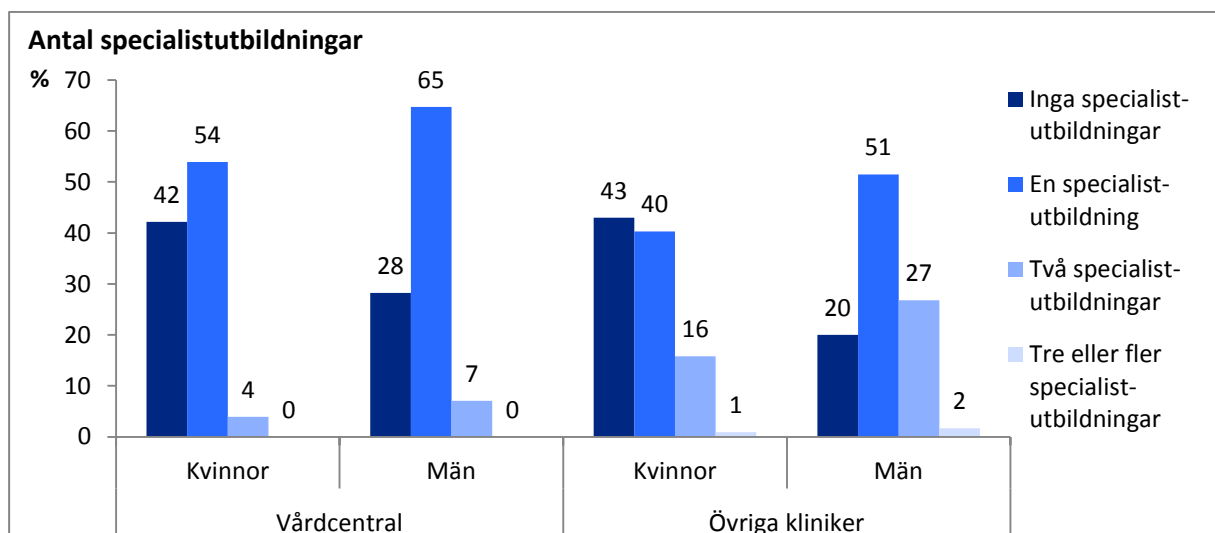
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

I Figur 7 visas att en större andel av männen jämfört med kvinnorna hade en specialistutbildning, detta gäller både bland läkare på vårdcentraler och bland läkare inom övriga verksamheter. Däremot hade en större andel kvinnor en pågående specialistutbildning.



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

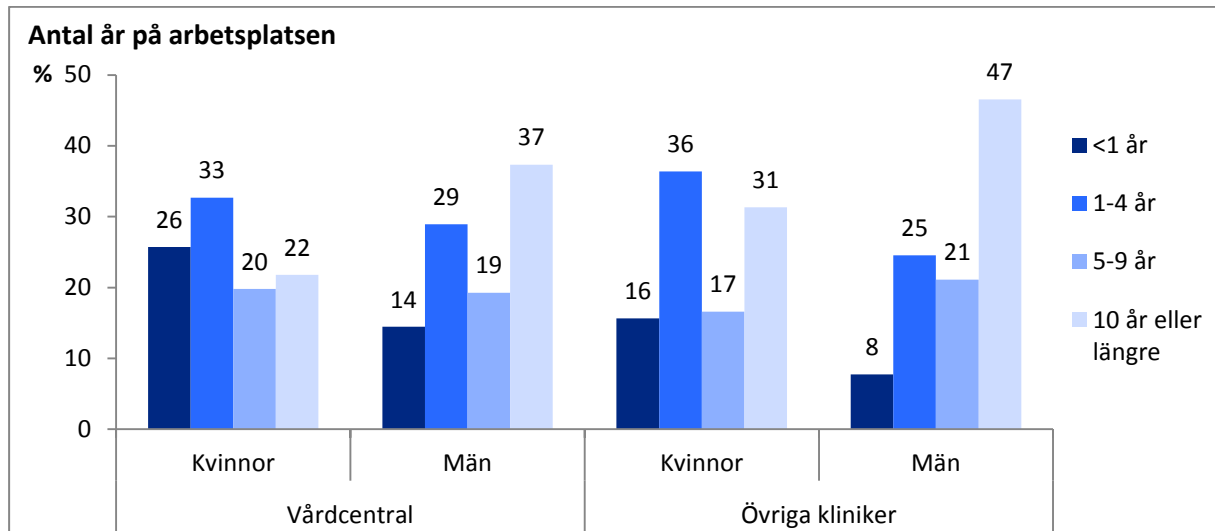
Även i Figur 8 framgår det att andelen ickespecialister var större bland kvinnorna än bland männen. Mer än hälften av läkarna på vårdcentraler, såväl kvinnor (54 %) som män (65 %), hade en specialistutbildning, jämfört med läkare inom övrig verksamhet, där 40 procent av kvinnorna respektive 51 procent av männen hade detta.



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

Antal år på arbetsplatsen

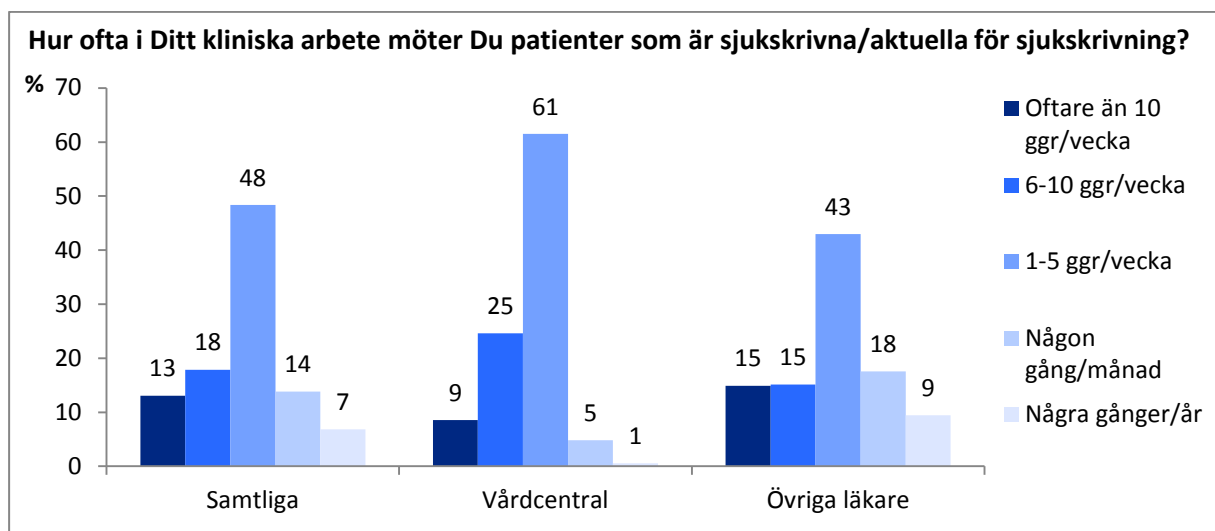
Av Figur 9 framgår att närmare en tredjedel (31 %) av kvinnorna inom övriga verksamheter hade arbetat mer än tio år på sin nuvarande arbetsplats, motsvarande andel bland kvinnor på vårdcentraler var mindre (22 %). Samma skillnad fanns även bland männen, men där var andelen som arbetat mer än tio år på sin nuvarande arbetsplats större både bland läkare på vårdcentraler (37 %) och bland läkare inom övrig verksamhet (47 %).



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

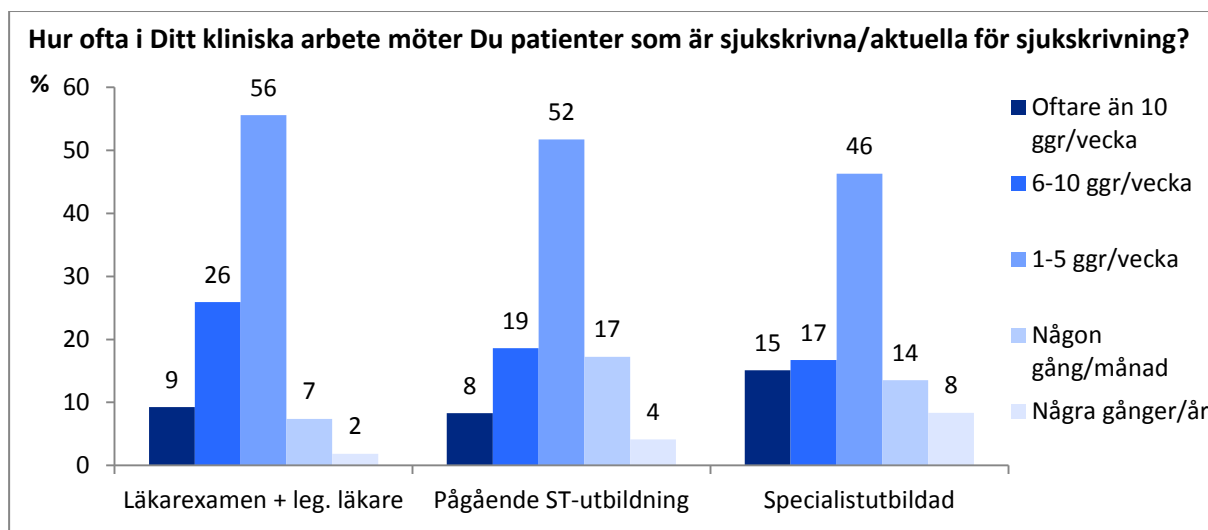
Frekvens av sjukskrivningsärenden

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



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

I Figur 11 visas hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning. Läkare med enbart läkarexamen hade i högre grad sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan i jämförelse med läkare med läkare med pågående specialistutbildning, 91 respektive 79 procent. Dock hade specialistutbildade läkare i högre grad sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka.



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

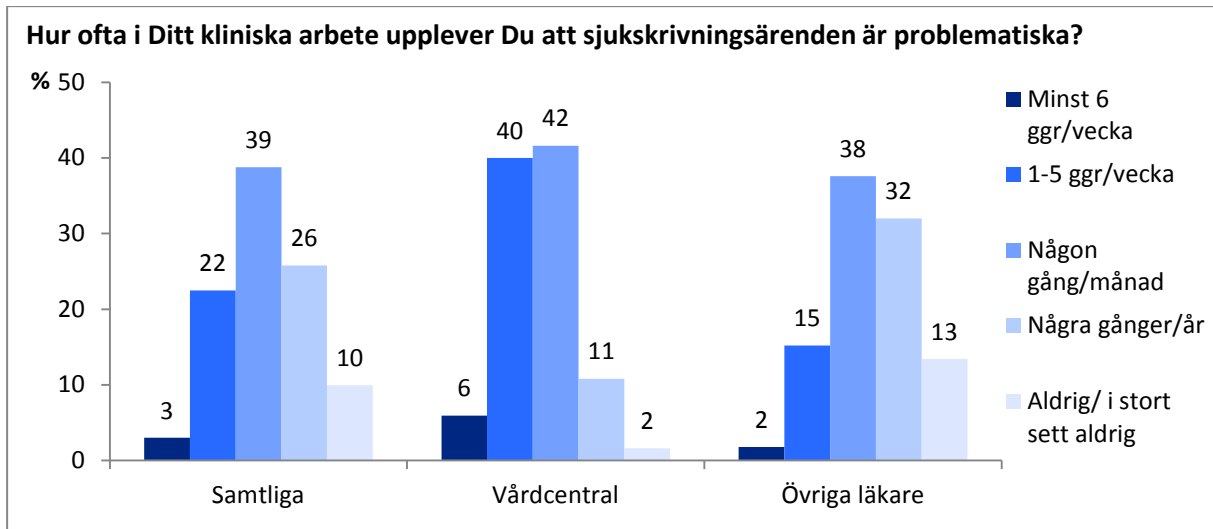
Sammanfattning av frekvens om sjukskrivningsärenden

Fyra av fem (80 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka.

Läkare med enbart läkarexamen hade i något större grad sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan jämfört med de med högre utbildning.

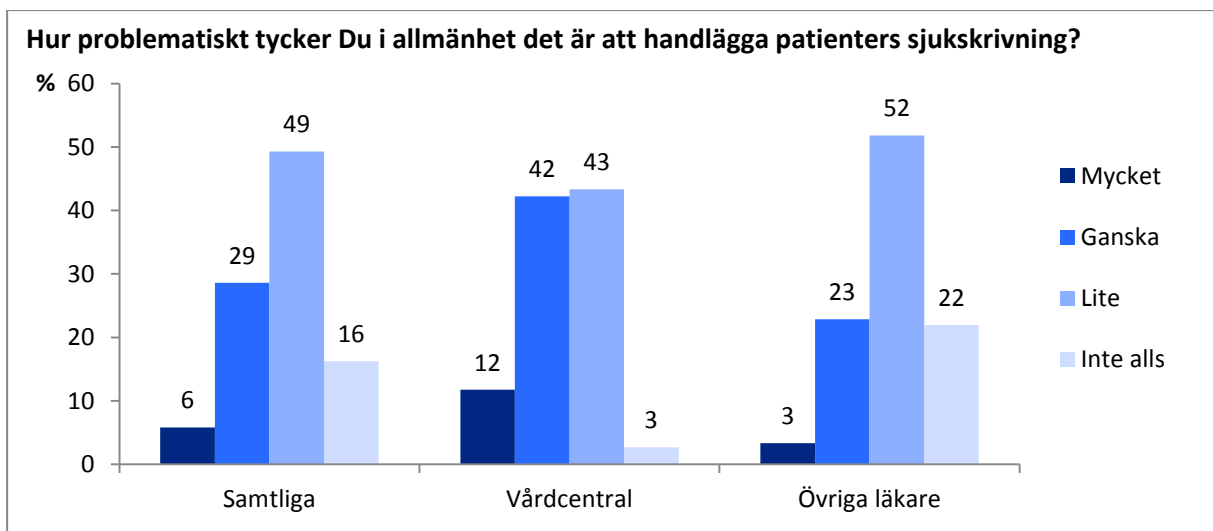
Olika typer av problem i arbetet med sjukskrivning

I enkäten fanns ett antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Först fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska (Figur 12). En fjärdedel svarade att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan och ytterligare en dryg tredjedel (39 %) svarade att de upplever detta någon gång per månad. Läkare på vårdcentraler upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt i större utsträckning än läkare i övriga verksamheter; nästan hälften (46 %) angav att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, medan en betydligt mindre andel läkare i övriga verksamheter (17 %) angav detsamma.



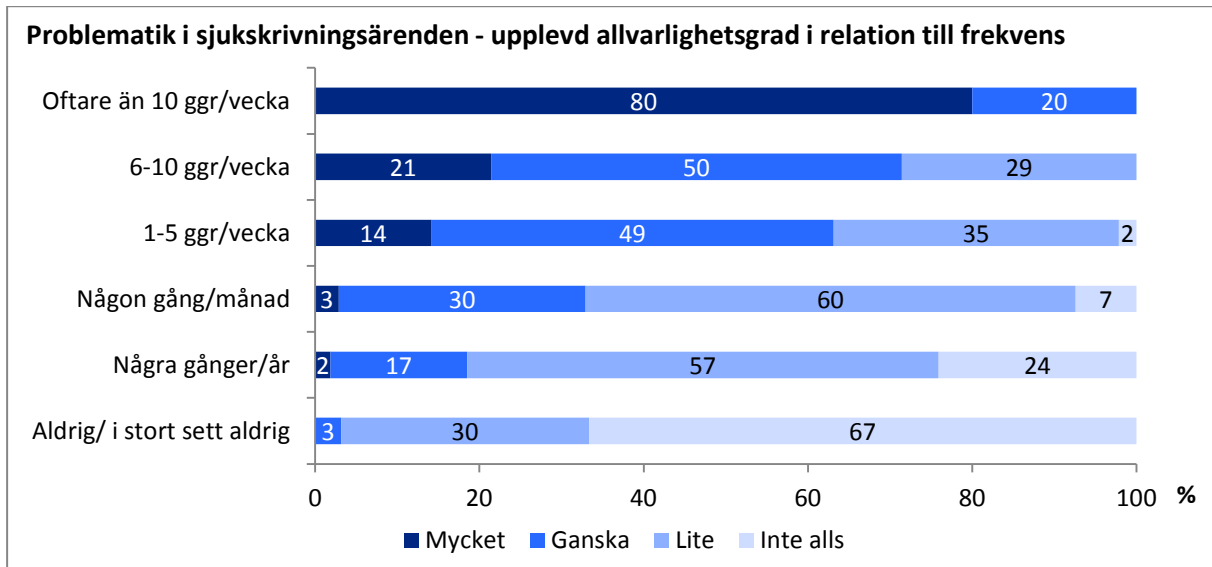
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. En dryg tredjedel, 35 procent, upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Läkare på vårdcentraler upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt i större utsträckning än läkare i övriga verksamheter och mer än hälften (54 %) angav att de upplever sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska, medan en fjärdedel i övriga verksamheter (26 %) angav detsamma (Figur 13).



Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

I Figur 14 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de anses vara. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde dem som mycket problematiska.



Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Det fanns skillnader mellan landstingen vad gällde hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska. Sett till hela landet fanns det i Östergötland minst andel läkare (26 %) som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, och störst andel som upplevde detta fanns i Jämtland (40 %) jämfört med 32 procent för läkare i hela landet, (ej i figur).

Allvarlighetsgrad av specifika problem

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svaren på de flesta av dessa frågor redovisas i tabellerna nedan, medan några redovisas i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 55) samt i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 59) längre fram i rapporten.

Bedömning av funktionsnedsättning och arbetsförmåga

I Tabell 7 visas att det som upplevdes som problematiskt av störst andel läkare var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 28 procent angav det som mycket problematiskt och 35 procent som ganska problematiskt. Mer än hälften tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som har ett arbete samt att göra en långsiktig prognos för framtida arbetsförmåga.

För samtliga nedan beskrivna uppgifter angav en större andel läkare på vårdcentraler, jämfört med de inom övriga verksamheter att de upplever dem som problematiska (Tabell 7).

Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	11	34	40	15
	Vårdcentral	19	52	27	1
	Övriga läkare	7	27	45	21
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	9	27	42	23
	Vårdcentral	17	42	38	3
	Övriga läkare	5	20	44	31
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	20	37	34	10
	Vårdcentral	34	44	20	2
	Övriga läkare	14	33	40	13
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	28	35	27	10
	Vårdcentral	44	35	19	2
	Övriga läkare	22	35	30	13
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	13	32	42	13
	Vårdcentral	20	43	34	3
	Övriga läkare	10	28	45	17
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	20	34	32	14
	Vårdcentral	30	43	25	2
	Övriga läkare	15	30	36	19
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	8	20	38	34
	Vårdcentral	10	27	41	21
	Övriga läkare	7	17	36	39
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	15	34	34	17
	Vårdcentral	24	47	27	3
	Övriga läkare	11	29	37	23

Kommentarer angående bedömning av funktionsnedsättning och arbetsförmåga

Av de sjukskrivande läkarnas egna kommentarer om bedömning av funktionsnedsättning och arbetsförmåga, framgår att denna bedömning påverkas av att man upplever sig ha bristfällig information om patientens arbetsuppgifter samt att det finns skilda synsätt vid bedömningen av arbetsförmåga:

Vi saknar information om respektive patients arbetsituation och arbetskrav – varför inte låta arbetsgivaren (och patienten) formulera vad som krävs. Vi är i händerna på en mycket bristfällig information om arbetsuppgifterna som vi sjukskriver patienten från. Vi har ett rel. enkelt jobb – tydliga sjukdomar, aktivitetsbegräsning, funktionsbortfall och arbetshandikapp. Patienter med smärtpproblem som grundsjukdom är svårast. (721902)

Framför allt har jag kommit att arbeta med stressrelaterade sjukdomar, depressioner, ångestsjukdomar, utmattningssyndrom, långvariga smärttillstånd och givetvis även sjukdomar i rörelseapparaten. Jag brukar säga att tidigare var det en större överensstämmelse mellan de medicinska och ev sociala behoven och Försäkringskassans bedömningar. Idag kan de medicinska och sociala behoven vara synnerligen uttalade, men dessa hamnar inte sällan på kollisionskurs med dagens försäkringsmedicinska regler. Därmed inte sagt att de nya reglerna är dåliga. Personligen anser jag att reglerna blivit tydligare och sätter en viss press på att tidiga rehabiliteringsaktiviteter och handlingsplaner utformas. Däremot är reglerna bristfälligt anpassade för vissa långdragna sjukdomar såsom utmattningssyndrom, långvarig smärta etc, som kan ha ett utdraget naturalförlopp. Ett problem är också att det i dagens arbetsförmågebedömningar blivit ett alltmer objektifierat synsätt i Försäkringskassans bedömningar, där man inte alltid ser nödvändigheten av att integrera informationen från den enskilde patienten, att för en kliniskt erfaren läkare säger egentligen anamnesen mer än objektiva fynd i undersökningssituationen t ex när det gäller sömnstörning, trötthet, koncentrationssvårigheter, stress- och kravkänslighet, smärta etc. Särskilt gäller detta s.k. tidiga bedömningar, dvs. innan patienten fått en personlig handläggare. (721167)

Situationer i samband med sjukskrivningsärenden

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

Av Tabell 8 framgår att 45 procent angav det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patienten och läkarens åsikt om sjukskrivning skilde sig åt. Närmare två läkare av fem svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig (39 %) samt att diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur sådan problematik kan hanteras (37 %). En större andel läkare på vårdcentraler angav att de upplever samtliga nedan beskrivna uppgifter som problematiska jämfört med läkare inom övrig verksamhet (Tabell 8).

Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	Samtliga	4	20	46	30
	Vårdcentral	8	30	45	17
	Övriga läkare	2	16	46	35
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	7	25	41	27
	Vårdcentral	12	37	41	10
	Övriga läkare	5	20	41	34
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	11	26	39	24
	Vårdcentral	16	37	36	11
	Övriga läkare	9	21	40	29
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	12	33	37	18
	Vårdcentral	19	45	30	6
	Övriga läkare	9	28	39	23
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	13	26	35	26
	Vårdcentral	30	34	30	6
	Övriga läkare	7	22	37	34

Kommentarer angående situationer i samband med sjukskrivningsärenden

De sjukskrivande läkarnas egna kommentarer om de ovan efterfrågade situationerna (för- och nackdelar med sjukskrivning, frågor om livsstil, olika åsikter om behov av sjukskrivning respektive läkarens två roller) redovisas nedan. Av kommentarerna framgår att det var mindre problematiskt att handlägga sjukskrivningar av kortare varaktighet. Detsamma gällde för sjukskrivningar som hanterades i team med kollegor eller andra yrkesgrupper.

En ST läkare på en akutmottagning och en läkare på en infektionsklinik framhöll i sina kommentarer att de sällan hade problem i samband med sjukskrivningsärenden:

Min arbetsplats är akutmottagningen. De sjukskrivningar jag skriver är allt som oftast kort och som regel relaterade till skelettskador och led/muskelskador. Oftast sjukskriver jag då enbart fram till återbesök hos läkare på vårdcentral/ortopeden. (726745)

Våra patienter hör till de få som vi faktiskt botar i sjukvården. Alltså blir sjukskrivningarna mycket sällan ett problem. (726257)

Att konfliktfyllda situationer inte var relaterade till allvarlighetsgraden i patientens sjukdom poängterades av en läkare vid en specialistklinik:

Jag arbetar på en lungmedicinsk klinik, där majoriteten av de patienter jag sjukskriver har en spridd lungcancer med förväntad kort överlevnad, och för det mesta många funktionsnedsättande symtom. Jag har besvarat enkäten utifrån detta scenario där konflikter o.d. ang sjukskrivning hör till ovanligheterna. (726257)

En läkare som arbetade med sjukskrivningsfall som pågått längre än 28 dagar och som beskrev att arbetet i team med andra yrkesgrupper och kollegor gjorde att konfliktfyllda situationer kunde minimeras:

Vi har ett välfungerande rehab.team med läk, ”kurator”, sjukgymnast, arb.terapeut samt ofta deltagande kollegor som tar upp alla sjukskrivningar över 28 dagar. Det fungerar bra och vi kommer bra överens och har oftast en samsyn på våra ärenden. Detta gör att man sällan är ensam i sin bedömning och det blir aldrig någon konflikt med patienten. Upplever aldrig några problem i den kontakten. (725663)

Läkare som hanterade längre sjukskrivningar tyckte att de lärt sig att arbeta med att utveckla sin relation med patienten och att detta bidrog till en högre kvalitet i det praktiska arbetet. Detta uttrycks i följande citat:

Erfarenheten utifrån många patientmöten har lärt mig mest om hur jag ska hantera sjukskrivningar i kombination med avstämningsmöten och kontakter med FK kring enskilda patienter. Varje fall är unikt och ju längre sjukskrivning, desto tydligare blir detta. Mallar & generella regler blir då svåra att tillämpa. Jag har gått några försäkringsmedicinska kurser som har varit bra upplagda rent teoretiskt, men i det praktiska arbetet har det varit till mindre nytta. Till syvende och sist är det ändå den relation som du lyckas skapa till pat. som är avgörande. Får du inte med pat. ”på tåget” så kommer du ingen vart. Då förstärks pat:s sjukbeteende som ett försök att ”bevisa” för dig hur fel du har. Det finns pat. som inte går att påverka och då måste man inse när det är dags att ge upp meningslösa försök till förändring. Men de flesta är ändå mottagliga och påverkbara. Sammantaget tycker jag att kvalitén och resultatet av mitt sjukskrivningsarbete har förbättrats betydligt genom åren. (720045)

I andra kommentarer lyftes konflikter i arbetet med sjukskrivningar fram och att dessa situationer upplevdes som en belastning:

Det är en stor arbetsbörda att handlägga sjukskrivningar. Man är inte allt för sällan oense med patienten om sjukskrivningsbehovet och en hel del energi går åt dessa ”konflikter” som jag anser vi läkare inte ska behöva utstå. Man blir hotad, patienter skriker, smäller i dörrar och försöker få igenom sin sjukskrivning genom att ”skrämma doktorn”. Så är det naturligtvis inte för alla, men många har tyvärr en sådan attityd. Jag önskar att jag slapp denna bit i mitt läkarutövande. (733527)

Det finns en ständig oro för konflikt i alla ärenden som rör sjukskrivning då patienterna ofta vill bli sjukskrivna för diffusa symptom som ej kan kopplas till någon diagnos eller ge någon objektivt bedömbart inskränkning i arbetsförmågan. Omfattningen av den senare har jag heller aldrig utbildats i att bedöma. Jag är läkare inte arbetsterapeut. (731091)

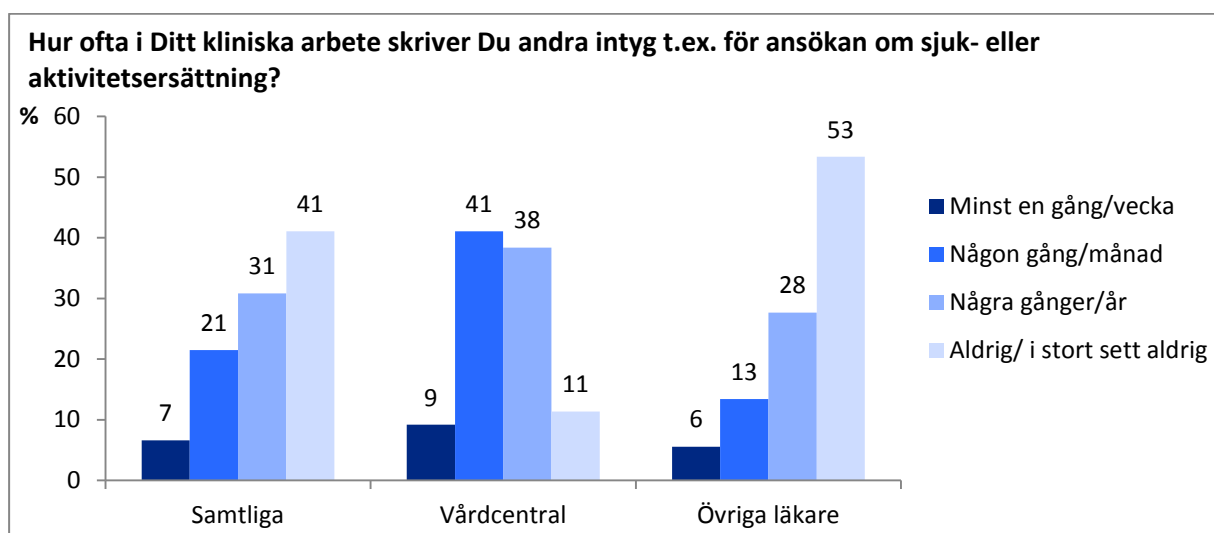
Dokumentation i arbetet med sjukskrivning

En knapp tredjedel, 30 procent, uppgav att det inte var aktuellt för dem att skriva andra intyg till Försäkringskassan än läkarintyg (FK 7263). Av de övriga uppgav 40 procent att detta var mycket eller ganska problematiskt (Tabell 9). När det handlade om att skriva läkarintyg (FK 7263) till Försäkringskassan angav närmare hälften av läkare på vårdcentraler (47 %) jämfört med en fjärdedel av läkare (25 %) inom övrig verksamhet att de upplever detta som mycket eller ganska problematiskt. En femtedel (21 %) ansåg det vara problematiskt att hantera dokumentationskravet, det vill säga att veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen.

Tabell 9. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	9	22	41	27	
	Vårdcentral	16	31	41	12	
	Övriga läkare	6	19	42	34	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga	15	25	23	7	30
	Vårdcentral	24	37	25	4	10
	Övriga läkare	11	19	23	8	39
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	5	16	36	43	
	Vårdcentral	7	18	42	33	
	Övriga läkare	4	16	33	47	

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget (FK 7263) svarade 41 procent att de aldrig gör detta. Andelen vid vårdcentraler som svarade detta var dock betydligt mindre (11 %) (Figur 15).



Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning.

Kommentarer angående dokumentation i arbetet med sjukskrivningar

Av läkarnas egna kommentarer framgår dels att blanketterna skulle kunna vara enklare, dels att det elektroniska systemet som används vid sjukskrivningar är besvärligt om det används mindre ofta. Följande citat återger dessa uppfattningar:

Det rent administrativa arbetet med sjukskrivningar tar orimligt mycket tid och resurser. Detta är en mycket stor belastning för primärvården. Sjukskrivningsärenden prioriteras och tar tid från viktiga medicinska utredningar. Det skulle underlätta oerhört om man vid Försäkringskassan kunde lita på läkares bedömning den första månaden – och införa en förenklad sjukskrivningsblankett denna period. Det skulle räcka med diagnos, sjukskrivnings tid och omfattning. Då skulle vi också slippa ”övervälningsfenomen” i vården p.g.a. sjukskrivningsbehov. (731521)

Arbetar med en tydligt avgränsad patientgrupp där det sällan behövs sjukskrivning och när det behövs är tydligt och avgränsat. Sällan mer än 2 veckor. Ibland tycker jag sjukskrivningsmodulen är besvärlig t.ex. om man inte skriver datumet på ett speciellt sätt blir det inte ok samtidigt som systemet inte visar hur datumet ska skrivas! Jag har fått visat för mej hur jag ska förlänga intyg men det gör jag kanske bara 1-2 ggr per år så det brukar inte fungera och då får jag skriva ett nytt intyg – frustrerande. (730010)

Att handlägga olika långa sjukskrivningar

I Tabell 10 visas en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna angav att de upplever sjukskrivningsärenden av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel som uppgav att det var mycket problematiskt att handlägga dem. Den allra största andelen som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar som varar längre än 90 dagar fanns bland vårdcentralsläkare.

Tabell 10. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	1	4	27	68	
	Vårdcentral	1	3	29	68	
	Övriga läkare	1	4	27	68	
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga	5	27	41	22	6
	Vårdcentral	8	44	42	5	1
	Övriga läkare	4	19	40	29	7
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga	21	27	23	10	20
	Vårdcentral	39	33	22	1	5
	Övriga läkare	13	24	23	14	26
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga	25	21	16	8	31
	Vårdcentral	43	28	17	2	10
	Övriga läkare	18	18	15	10	39

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Tolv procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada (Tabell 11). Sexton procent av läkarna svarade att de aldrig eller nästan aldrig sade nej till en patients önskan om sjukskrivning, medan 41 procent menade att en patient aldrig eller nästan aldrig sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; 14 procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	Samtliga	6	18	41	34
	Vårdcentral	11	34	42	13
	Övriga läkare	4	12	40	43
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	12	28	35	24
	Vårdcentral	21	40	33	7
	Övriga läkare	8	23	37	32
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	3	19	37	41
	Vårdcentral	4	25	47	24
	Övriga läkare	2	17	33	48
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	8	28	48	16
	Vårdcentral	15	39	40	5
	Övriga läkare	5	24	51	20
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	14	27	32	28
	Vårdcentral	18	34	23	25
	Övriga läkare	12	25	35	29

Oro och hot

En majoritet av läkarna uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever de olika situationer av hot eller oro som efterfrågades i enkäten (Tabell 12). Att en patient säger sig vilja byta läkare om hon eller han inte blir sjukskriven var det som rapporterades av störst andel läkare; 15 procent uppgav att de upplever sådana hot några gånger per år. Bland vårdcentralsläkare var andelen som angav att patienten hotar med att byta läkare större; 29 procent upplevde sådana hot några gånger per år. En knapp fjärdedel av läkarna på vårdcentraler uppgav att de några gånger per år var oroliga för att bli anmäld av en patient i samband med en sjukskrivningssituation.

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	3	9	87
	Vårdcentral	3	3	16	78
	Övriga läkare	0	2	6	91
känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	2	12	85
	Vårdcentral	2	3	23	72
	Övriga läkare	0	1	8	90
känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	1	6	93
	Vårdcentral	1	2	9	88
	Övriga läkare	0	0	4	96
säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	1	1	15	83
	Vårdcentral	3	3	29	65
	Övriga läkare	0	1	9	91

Det fanns skillnader mellan de 21 landstingen/regionerna hur ofta läkarna rapporterade att sjukskrivningsärenden var problematiska; andelen läkare som gjorde detta minst en gång per vecka varierade från en fjärdedel (25 %) i Östergötland till 40 procent i Jämtland jämfört med 32 procent för läkare i hela landet.

Sammanfattning om olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningar

En fjärdedel av läkarna rapporterade att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska *minst en gång i veckan*.

En dryg tredjedel (35 %) av läkarna uppgav att det var *mycket eller ganska problematiskt* att handlägga patienters sjukskrivning. Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att minst en gång i veckan uppleva det arbetet som problematiskt.

Närmare hälften (46 %) av vårdcentralsläkarna rapporterade att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. En betydligt lägre andel läkare i övriga verksamheter (17 %) angav detsamma.

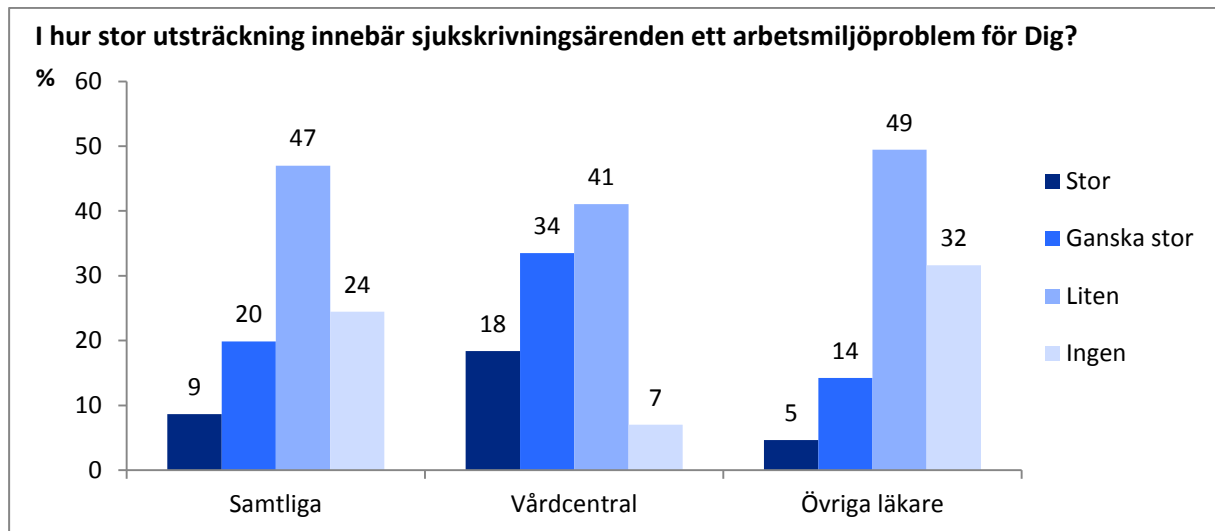
När det gäller allvarlighetsgraden av specifika problematiska situationer som efterfrågas i enkäten upplevdes följande situationer *mycket eller ganska problematiska* för störst andel läkare:

- att bedöma arbetsförmågan särskilt för arbetslösa patienter,
- att göra en långsiktig prognos för framtida arbetsförmåga,
- att hantera situationer där patienten och läkarens åsikt om sjukskrivning skilde sig åt,
- att hantera längre sjukskrivningar, det vill säga de som varar över 90 dagar.

I procent räknat upplevde en liten andel hot eller oro för anmälningar av en patient i en sjukskrivningssituation några gånger per år. Att det förekommer sådana situationer i arbetsmiljön behöver uppmärksammas.

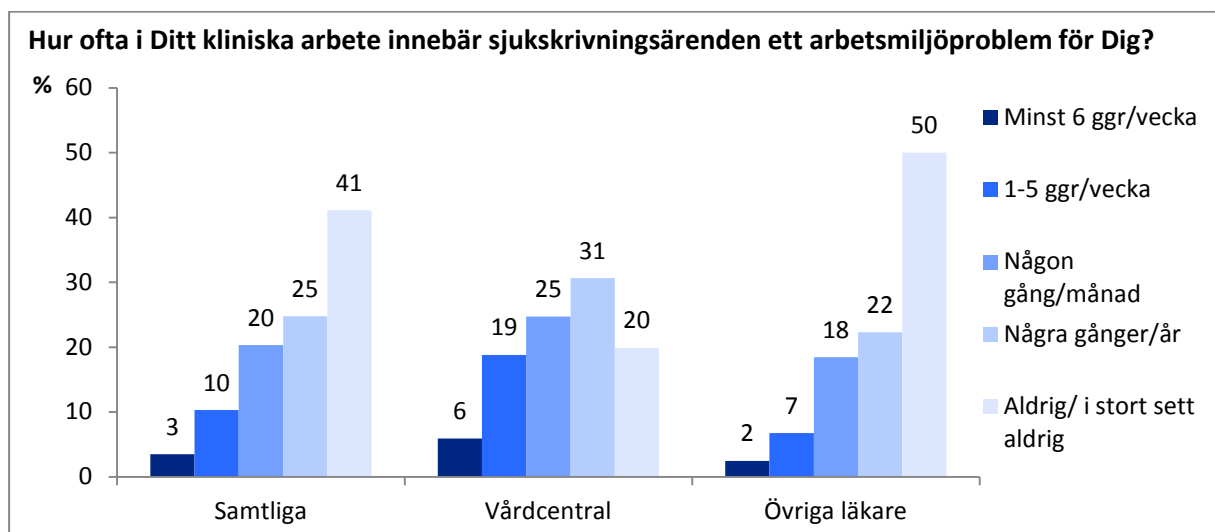
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

I enkäten efterfrågades *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. Av Figur 16 framgår att mer än hälften (52 %) av vårdcentralsläkarna angav att de upplever sjukskrivningar som ett stort eller ganska stort arbetsmiljöproblem och en knapp femtedel av läkarna (19 %) inom övrig verksamhet uppgav detsamma. För en fjärdedel (24 %) innebar sjukskrivningsärenden inte något arbetsmiljöproblem.



Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning.

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem, svarade en fjärdedel (25 %) av läkarna på vårdcentraler och nio procent av läkarna inom övrig verksamhet att sjukskrivningsärenden är ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 17).



Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

I hela landet, liksom i Östergötland, rapporterade nio procent av läkarna att arbetet med sjukskrivningar var ett stort arbetsmiljöproblem. I ett flertal landsting, inklusive Östergötland ansåg var tredje läkare att sjukskrivningsarbetet är ett ganska stort eller stort arbetsmiljöproblem, (ej i tabell).

Kommentarer om upplevda arbetsmiljöproblem i samband med sjukskrivningsärenden

Ett flertal av läkares kommentarer om upplevda arbetsmiljöproblem indikerar att dessa framför allt är relaterade till upplevelser av brist på tid. Detta uttrycks i följande citat:

Ja, ganska ofta. Dåligt med tid för att hinna med sjukskrivningsärenden, tar tid sätta sig in i frågan, läsa journal, utfärda intyg. Svårt hinna med vid ett mottagningsbesök på 15-20 min. (731729)

Ett arbetsmiljöproblem mest på grund av tidsbristen. Jag jobbar övertid varenda dag året runt för att hinna med min lista på ca 2500 patienter. (736199)

Sjukskrivningsärenden som arbetsmiljöproblem: Sjukskrivningsärenden är i de flesta fall inte särskilt komplicerade, men kan på grund av olika faktorer som tidsbrist, ekonomi, väntelistor, "inte-min-patient", bli krångliga bortom all vett och logik. Detta skall man reda ut, få med sig patienten och dessutom dokumentera på en tidsrymd om 15-30 minuter. Man lyckas sällan och patienten får vänta på åtgärder, och intygen blir halvbra, då många frågor kring patienten är obesvarade. Man blir som läkare otillfredsställd med sin egen prestation, eftersom man vet att mer tid med patienten skulle ge möjlighet till bättre bedömning och bättre utformade intyg. Tar man sig mer tid, fylls väntrummet och det knackas på dörren och påpekas att patienter väntar. Man skjuter på det praktiska arbetet vad gäller dokumentation och försöker hinna ifatt med det under lunchen, vilket gör att man inte får lunchrast. Det finns oftast ingen tid för pauser för fika eller toalettbesök och när mottagningen stänger för dagen, ligger dokumentation och intyg från eftermiddagens patientmöten kvar att tas tag i på övertid. Ingen har tid att ta tag i "krångliga" sjukskrivningar. Patienterna skickas runt som "Svarte Petter" i ett oändligt remissförfarande, som enligt min övertygelse, skulle kunna undvikas om man fick tillräckligt med tid för att göra goda bedömningar om funktion och tillsammans med pat. diskutera en hållbar plan för rehab och återgång i arbete. (637413)

Det största problemet med sjukskrivningsärenden är, så klart, tidsbrist. Man har patientmottagning och mycket administration även utan dessa. När man ska komplettera ett intyg (speciellt intyg som skrivits av en annan läkare) eller kontakta en handläggare på telefon så finns sällan någon tid avsatt för det. Då blir det ju stressigt och det påverkar negativt arbetsmiljön. (665737)

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

Mer än hälften av vårdcentralsläkarna (52 %) ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Motsvarande siffra inom övrig verksamhet var 17 procent.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt, samt hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Tabell 13 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än vad som skulle vara nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården.

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsägo sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	Samtliga	9	20	38	33
	Vårdcentral	19	33	42	5
	Övriga läkare	5	15	36	44
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	4	9	24	63
	Vårdcentral	9	16	42	33
	Övriga läkare	3	6	17	75
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	3	6	24	66
	Vårdcentral	7	12	44	37
	Övriga läkare	2	4	16	78
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	3	7	24	65
	Vårdcentral	7	14	44	35
	Övriga läkare	2	5	16	78
... väntetider till behandling?	Samtliga	9	21	38	31
	Vårdcentral	17	33	42	8
	Övriga läkare	6	16	37	41

Även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt efterfrågades (Tabell 14). De två orsaker som angavs av flest läkare var brist på återbesökstider. De allra flesta läkare uppgav dock att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt av dessa anledningar.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
	Samtliga	4	13	20	63
... brist på återbesökstider?	Vårdcentral	9	17	23	52
	Övriga läkare	3	11	18	68
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	3	8	18	71
	Vårdcentral	7	15	34	45
	Övriga läkare	1	5	12	82
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	2	9	19	70
	Vårdcentral	6	16	27	52
	Övriga läkare	1	6	16	77
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	3	9	28	60
	Vårdcentral	5	19	41	35
	Övriga läkare	2	5	23	70
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	1	4	22	73
	Vårdcentral	3	8	33	56
	Övriga läkare	1	2	18	80
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	2	3	14	81
	Vårdcentral	4	8	21	67
	Övriga läkare	1	1	11	87
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	0	4	18	78
	Vårdcentral	0	8	27	65
	Övriga läkare	1	2	14	84
... annan anledning?	Samtliga	1	1	5	92
	Vårdcentral	2	2	9	87
	Övriga läkare	1	1	4	94

Sammanfattning om längre sjukskrivning än vad som skulle vara nödvändigt

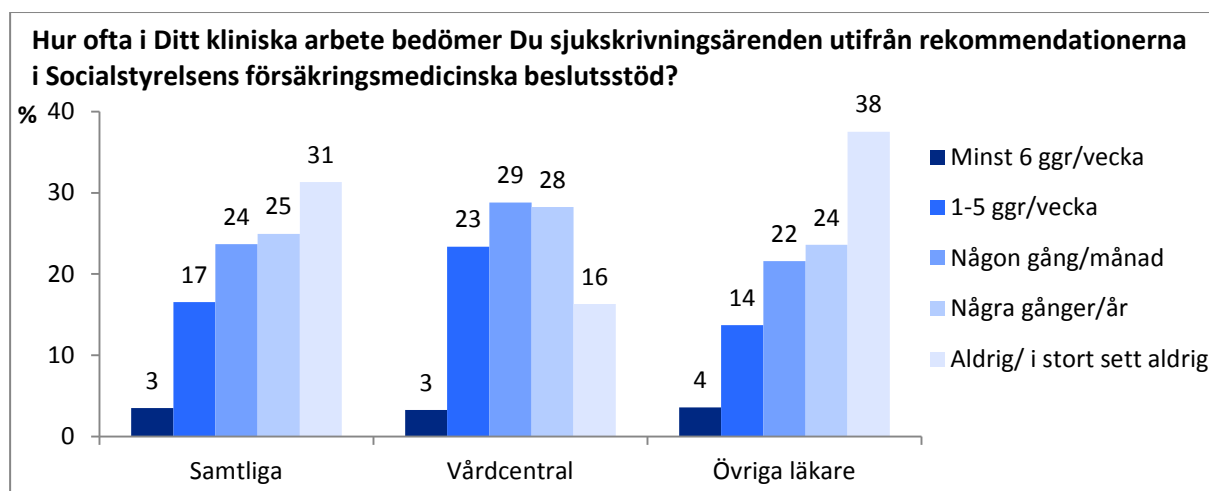
De allra flesta läkare rapporterade att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av de skäl som efterfrågats i enkäten. Den vanligaste orsaken till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården; nio procent av läkarna gjorde detta varje vecka.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Som redovisats i bakgrundsavsnittet infördes år 2007 det försäkringsmedicinska beslutsstödet med rekommendationer för sjukskrivningslängder samt den övergripande vägledningen i arbetet med sjukskrivningsärenden (13, 26). I enkäten fanns totalt tio frågor om beslutsstödet avseende hur ofta det användes, hur problematiskt det var att använda det i samband med utfärdande av läkarintyg, om huruvida beslutsstödet underlättade kontakter med andra aktörer och om huruvida det fanns behov av mer kompetens i att använda det. Det fanns också frågor om hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?

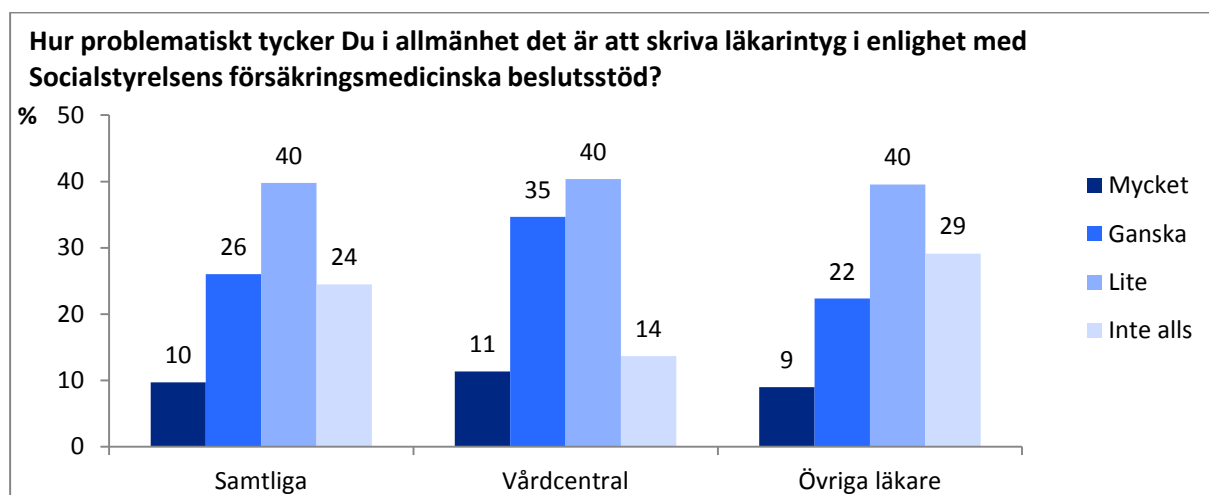
Bland läkare på vårdcentraler använde 26 procent beslutsstödet varje vecka, och 18 procent av läkare inom övriga verksamheter uppgav detsamma (Figur 18).



Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Problem med att använda beslutsstödet

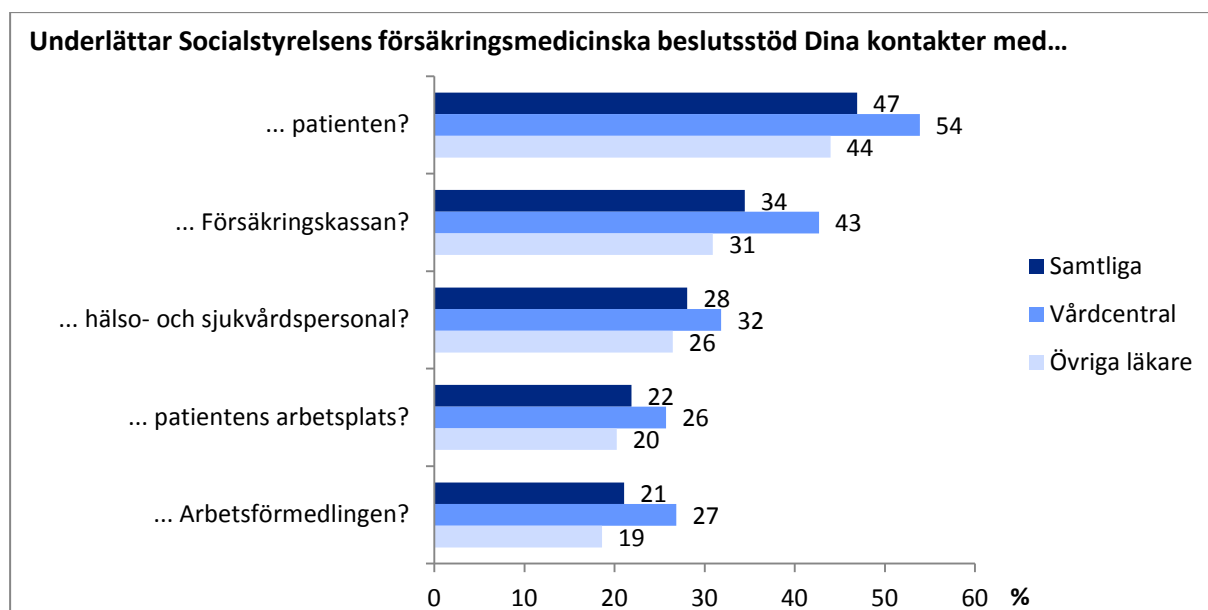
Var tionde läkare uppgav att det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg enligt beslutsstödet. En dryg fjärdedel (26 %) uppgav att det var ganska problematiskt, och en fjärdedel (24 %) att det inte alls var problematiskt (Figur 19).



Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

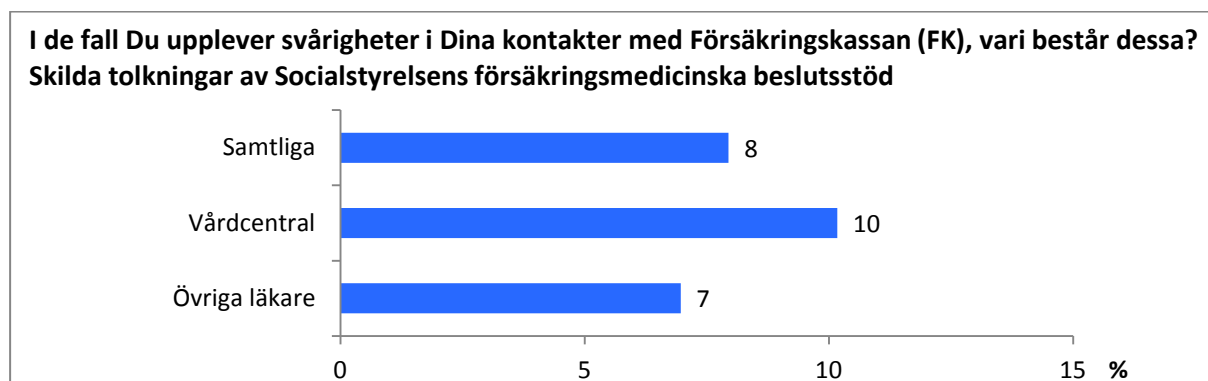
Underlättar beslutsstödet kontakten med andra?

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient samt med andra samverkansparter. I Figur 20 visas att närmare hälften av läkarna svarade att de ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel menade att det underlättar kontaktarna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som svarat att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



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

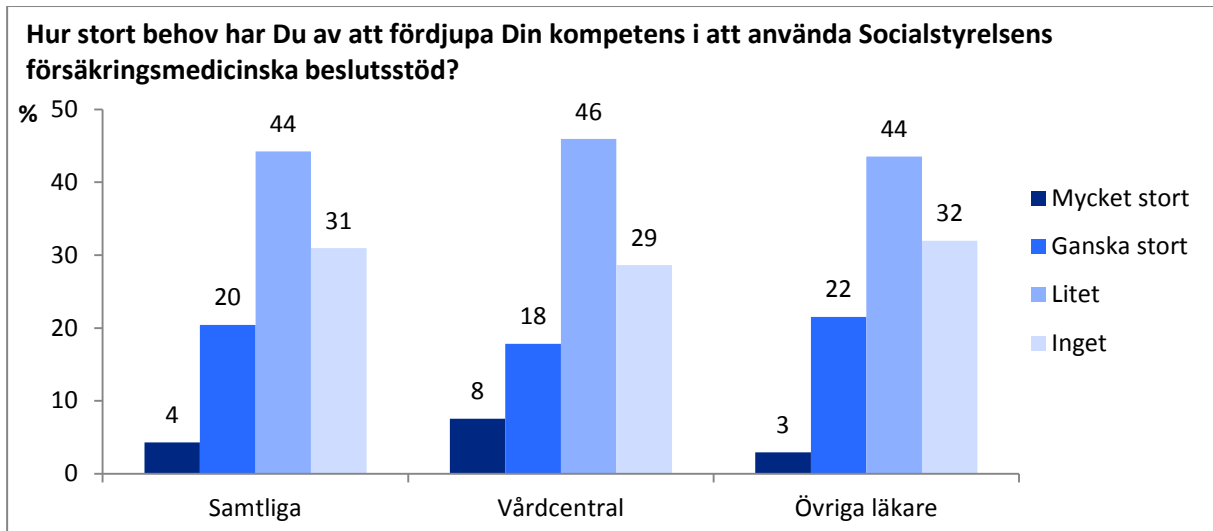
Som tidigare påpekats är inte det diagnosspecifika beslutsstödet utvecklat för alla diagnoser, vilket kan ha betydelse för resultatet i denna fråga. En liten andel läkare (8 %) uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar av beslutsstödet (Figur 21).



Figur 21. Andel (%) läkare som upplever svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av försäkringsmedicinskt beslut

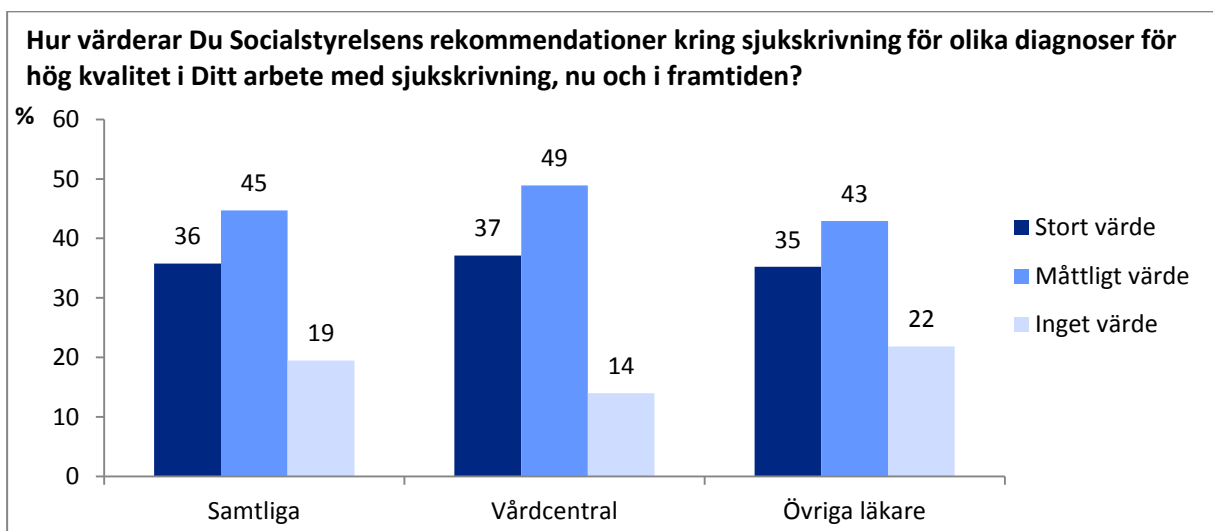
Behov av fördjupad kompetens

På frågan om behovet av fördjupad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en fjärdedel (24 %) att de upplever ett stort eller ganska stort behov av detta (Figur 22). En tredjedel (31 %) uppgav att de inte ser behov av att fördjupa sin kompetens i detta avseende.



Figur 22. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Läkarna fick även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En dryg tredjedel (36 %) ansåg att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Uppfattningen om beslutsstödet värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden skilde sig inte mycket mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare (Figur 23).



Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Sett till hela landet fanns den största andelen läkare som uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet i Östergötland och i Uppsala (31 % i respektive landsting). I Dalarna var motsvarande siffra sexton procent, den lägsta andelen i hela landet. Troligen används beslutsstödet oftare än så beroende på att man har god kännedom om ”sin” eller ”sina” diagnoser och därmed inte behöver gå in på Socialstyrelsens hemsida för att läsa i beslutsstödet. Av samtliga landsting hade Dalarna störst andel läkare, 64 procent, som uppgav att beslutsstödet underlättar kontakten med minst en av de andra aktörerna, och i Östergötland uppgav 47 procent detsamma, en siffra som var något lägre än för läkare i hela Sverige; 55 procent. Av svaren framgick att nästan hälften av läkarna i Östergötland, 48 procent, ansåg att beslutsstödet främst underlättar främst kontakten med patienten, en siffra som var på samma nivå som för läkare i hela landet (ej i figur).

Kommentarer angående det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Läkares kommentarer om hur de ser på användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet uttrycks i följande citat, där det framgår att kontakten med patienten underlättas samtidigt som den individuella bedömningen betonas:

Beslutsstödet kan vara positivt vid kontakt med patienten och diskussion kring sjukskrivningens längd. Å andra sidan måste jag få göra individuell bedömning i varje enskilt ärende. Dessutom är det olika tolkningar för olika diagnoser, t.ex. lumbago vilket betyder bara ryggvärk som kan bero på många olika orsaker såsom ryggsnitt och då kan det ju gå över på 3-5 dagar, men även misstänkt diskbräck och då kan det ta längre tid att bli bra.(665737)

Följande citat lyfter att användningen av beslutsstödet kan innebära olika problem:

Att sjukskriva efter beslutsstödet ger i allmänhet en för kort sjukskrivning, orolig patient (tror att ngt är fel för att han/hon ej ur symtomsynpunkt ej kan börja arbeta inom utsatt tid), onödiga vårdkontakter (kostar tid o pengar), onödiga förlängningar av sjukskrivningar (kostar tid o pengar). (727776)

Många patienter är multisjuka och har redan med sig något som gör att de har svårare att återhämta sig. Detta tas ingen hänsyn i rekommendationerna för sjukskrivning. (718205)

Sammanfattning om det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd i arbetet med sjukskrivningar.

Åtta läkare av tio, både på vårdcentraler och inom övrig verksamhet, angav att beslutsstödet har stort eller måttligt värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Var tredje läkare uppgav att de anser att det är ganska eller mycket problematiskt att skriva läkarintyg enligt beslutsstödet.

Beslutsstödet angavs underlätta kontakten med patienten av närmare hälften av läkarna, 47 procent, och för en betydande andel läkare (55 %) även kontakterna med andra aktörer.

En fjärdedel av läkarna svarade att de hade stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens gällande att använda beslutsstödet.

Samverkan och kontakter

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 15 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel läkare (20 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till minst en gång i veckan, följt av kurator och psykolog (12 %). Mer än var tredje vårdcentralsläkare (37 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut varje vecka. Minst förekommande var att samarbeta med/remittera till företagshälsovård.

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer.

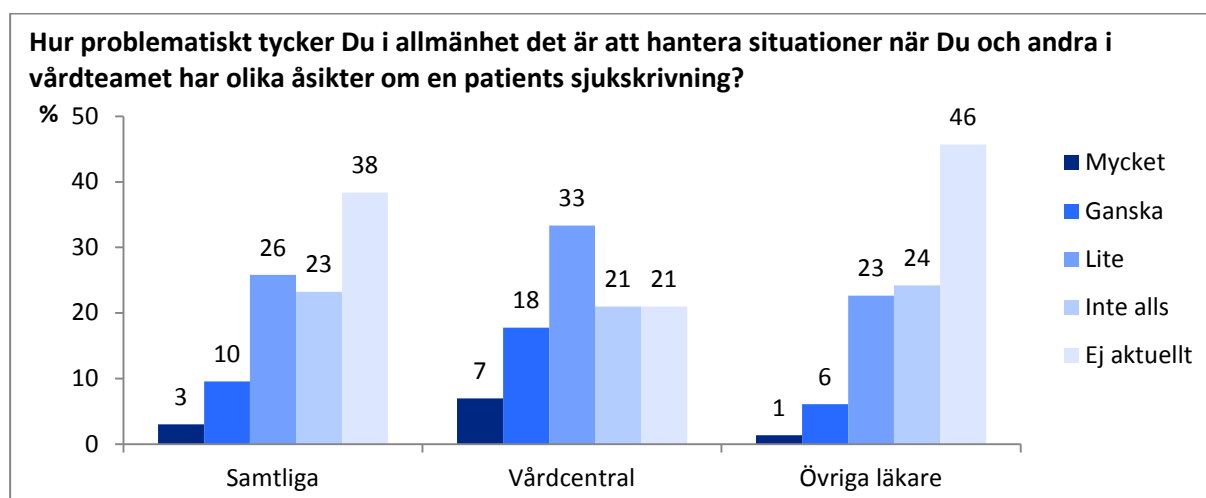
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	2	8	36	55
	Vårdcentral	4	20	52	23
	Övriga läkare	0	3	29	68
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	12	24	25	38
	Vårdcentral	24	54	18	5
	Övriga läkare	8	12	29	52
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	20	25	28	26
	Vårdcentral	37	45	17	1
	Övriga läkare	13	17	33	37
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	6	20	39	35
	Vårdcentral	7	35	41	17
	Övriga läkare	6	14	38	43

Som framgår av Tabell 16 var det som förekom oftast att läkare vid vårdcentral deltog i avstämningsmöten, vilket 37 procent gjorde minst en gång per månad. När det gäller andra kontakter med arbetsgivare, socialtjänst eller Arbetsförmedlingen rapporterade en majoritet att de i stort sett aldrig hade sådana kontakter. Trettio procent uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärderna för patienten (Tabell 16).

Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer.

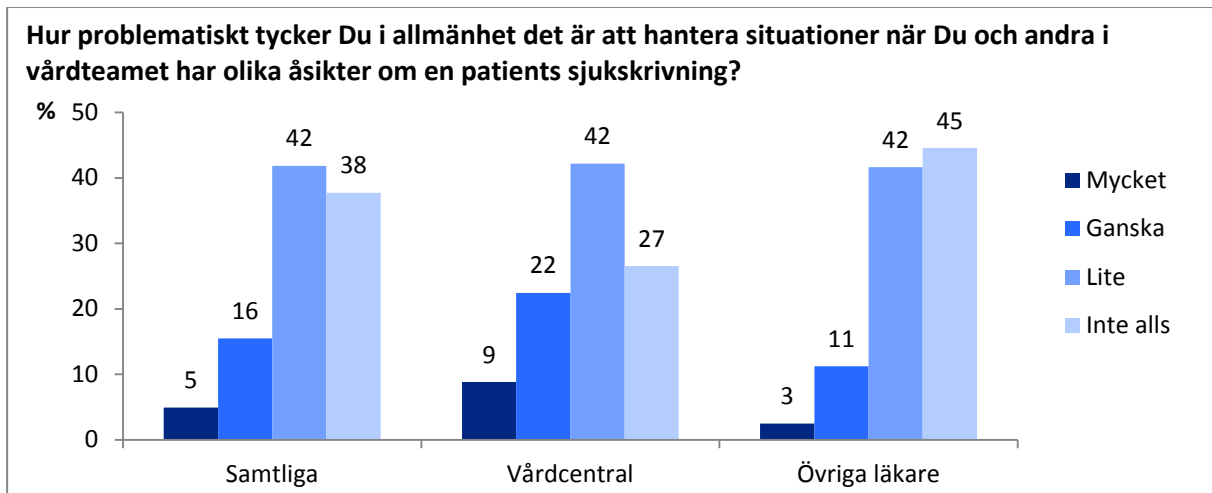
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	3	14	24	59
	Vårdcentral	3	34	52	11
	Övriga läkare	3	6	12	79
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	2	7	17	74
	Vårdcentral	1	10	34	55
	Övriga läkare	3	6	10	81
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	0	4	17	78
	Vårdcentral	1	7	31	62
	Övriga läkare	0	3	12	85
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	7	32	60
	Vårdcentral	1	15	51	33
	Övriga läkare	1	4	25	71
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	11	20	31	39
	Vårdcentral	14	32	26	29
	Övriga läkare	9	15	33	43

Att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt (Figur 24). Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt detta är framgår att 38 procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. Dock uppgav endast en femtedel av läkare på vårdcentraler (21 %) att detta inte är aktuellt. Det kan betyda att vårdcentralsläkarna har större tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete jämfört med läkare inom övrig verksamhet.



Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

I Figur 25 visas resultatet för samma fråga, där de 38 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. En femtedel (21 %) av samtliga läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte hade samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning. Dock upplevdes detta som mycket eller ganska problematiskt av en tredjedel (31 %) av läkare på vårdcentral.



Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. (De som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är exkluderade här.)

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

Här redovisas svaren på några av de frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra. Flertalet resultat om försäkringsmedicinsk kompetens redovisas nedan i ett särskilt avsnitt om försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 74).

Många läkare (45 %) upplevde att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens är av stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, liksom kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal; 41 procent menade att dessa var av stort värde (Tabell 17). Närmare en av tre läkare (32 %) menade att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare¹ på Försäkringskassan är av stort värde. En dryg fjärdedel (26 %) uppgav att samverkans- eller avstämningsmöten har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, medan närmare hälften (46 %) av läkare på vårdcentraler uppgav detsamma.

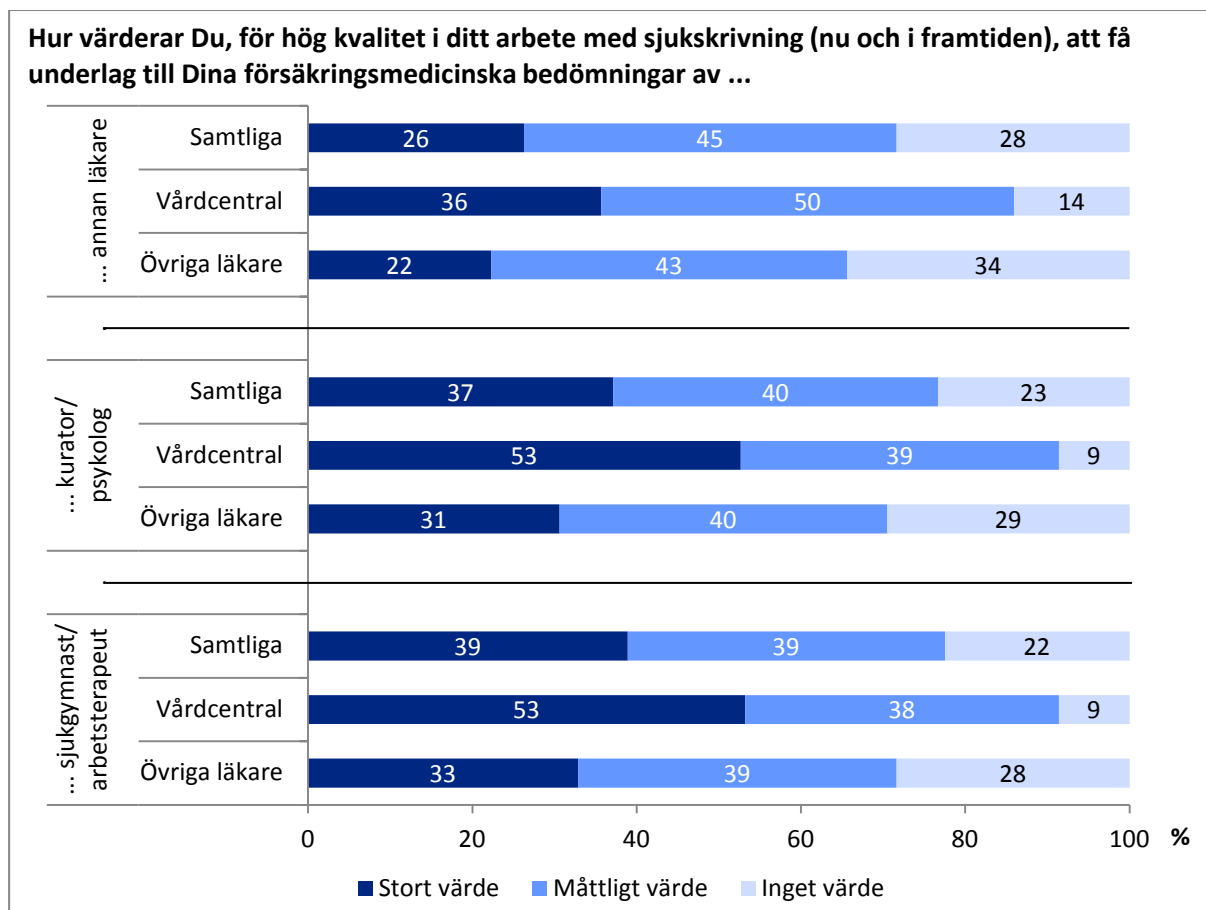
Tabell 17. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

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	Samtliga	45	42	13
	Vårdcentral	53	42	5
	Övriga läkare	42	42	16
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	41	46	13
	Vårdcentral	54	44	2
	Övriga läkare	35	47	18
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	28	51	21
	Vårdcentral	39	51	10
	Övriga läkare	23	52	25
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Samtliga	32	46	21
	Vårdcentral	45	48	8
	Övriga läkare	27	46	27
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	27	41	32
	Vårdcentral	46	47	6
	Övriga läkare	19	39	42
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	15	42	43
	Vårdcentral	22	54	24
	Övriga läkare	11	37	51
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	21	50	29
	Vårdcentral	35	55	10
	Övriga läkare	15	49	37

¹ Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare kallades tidigare försäkringsläkare och ännu längre tillbaka förtroendeläkare. Försäkringsmedicinska rådgivare är läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och har, som namnet antyder, i uppdrag att bistå såväl Försäkringskassans handläggare som hälso- och sjukvården med försäkringsmedicinsk kompetens.

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

En dryg tredjedel av läkarna svarade att det är av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller från sjukgymnast/arbetsterapeut till sina försäkringsmedicinska bedömningar. Mer än hälften av läkarna på vårdcentraler ansåg att underlag från dessa yrkesgrupper var av stort värde (Figur 26).



Figur 26. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Sammanfattning om samverkan och kontakter

Samarbete och kontakter i sjukskrivningsärenden förekom mest internt, det vill säga med annan personal inom hälso- och sjukvården.

Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som den största andelen läkare (20 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till minst en gång i veckan, följt av kurator och psykolog (12 %).

Mer än var tredje vårdcentralläkare (37 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut varje vecka.

Tre av fyra läkare angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare (74 %) eller socialtjänst (78 %) i sjukskrivningsfrågor.

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

Närmare hälften (45 %) uppgav att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens var av stort värde för att hålla hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden.

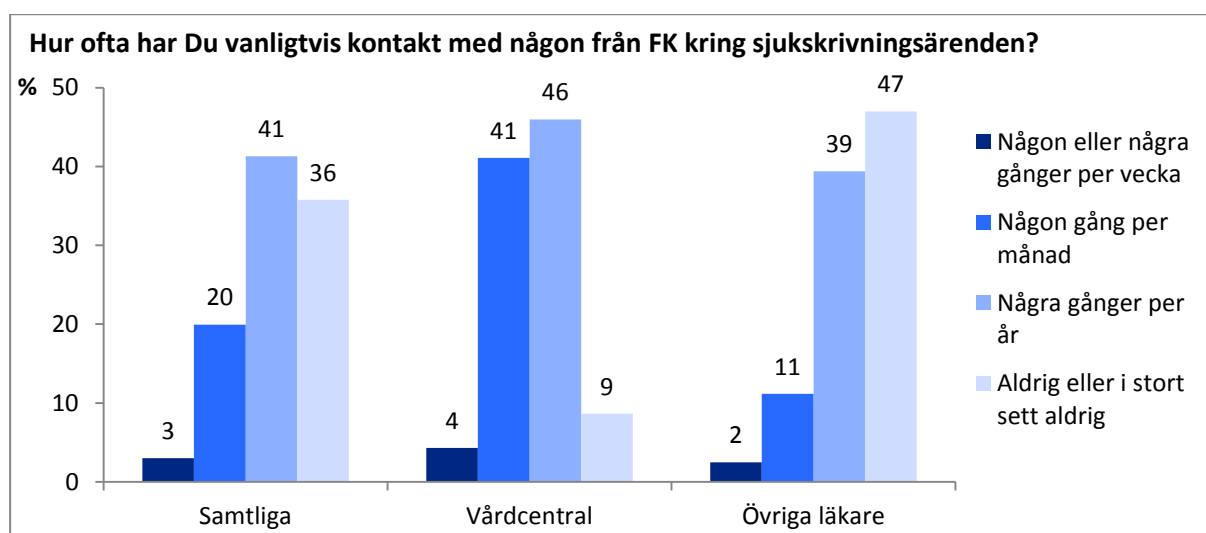
Samverkans- eller avstämningsmöten uppgavs av 46 procent av vårdcentralsläkarna ha stort värde för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Var tredje läkare (32 %) ansåg att det var av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller från sjukgymnast/arbetsterapeut till sina försäkringsmedicinska av stort värde.

En femtedel (21 %) uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där åsikter om en patients sjukskrivning skilde sig åt mellan läkare och andra medlemmar i vårdteamet.

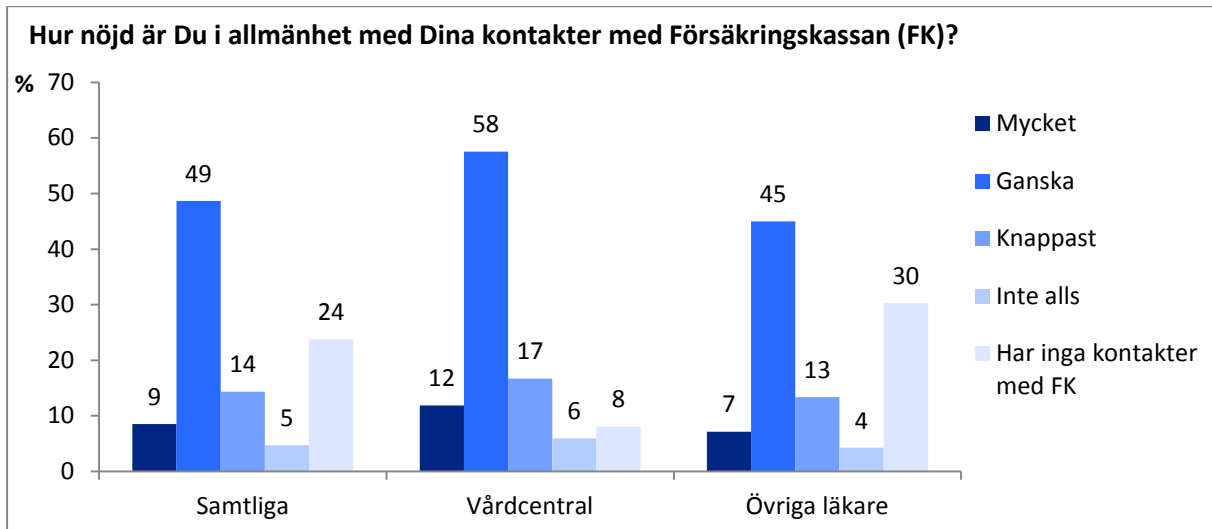
Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultaten för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 74) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 59) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 55). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt. Tjugo procent av läkarna svarade att de hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad. Bland vårdcentralsläkare var andelen som angav att de varje månad har kontakt med Försäkringskassan markant större än bland läkare inom övrig verksamhet, 41 respektive 20 procent (Figur 27).



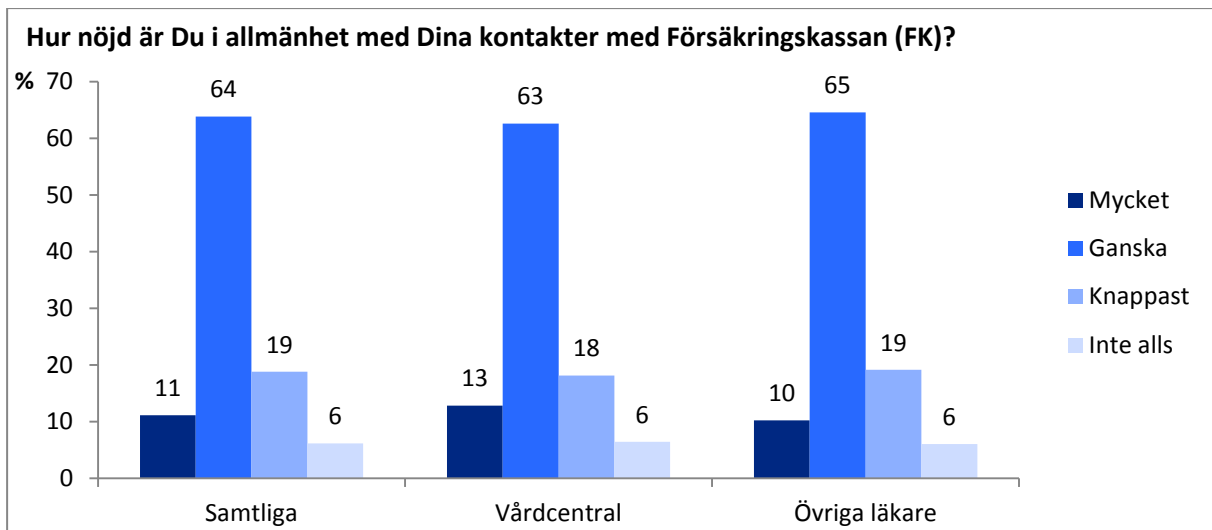
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade mer än hälften (58 %) att de var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan. En fjärdedel av de sjukskrivande läkarna (24 %) uppgav att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan (Figur 28).



Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

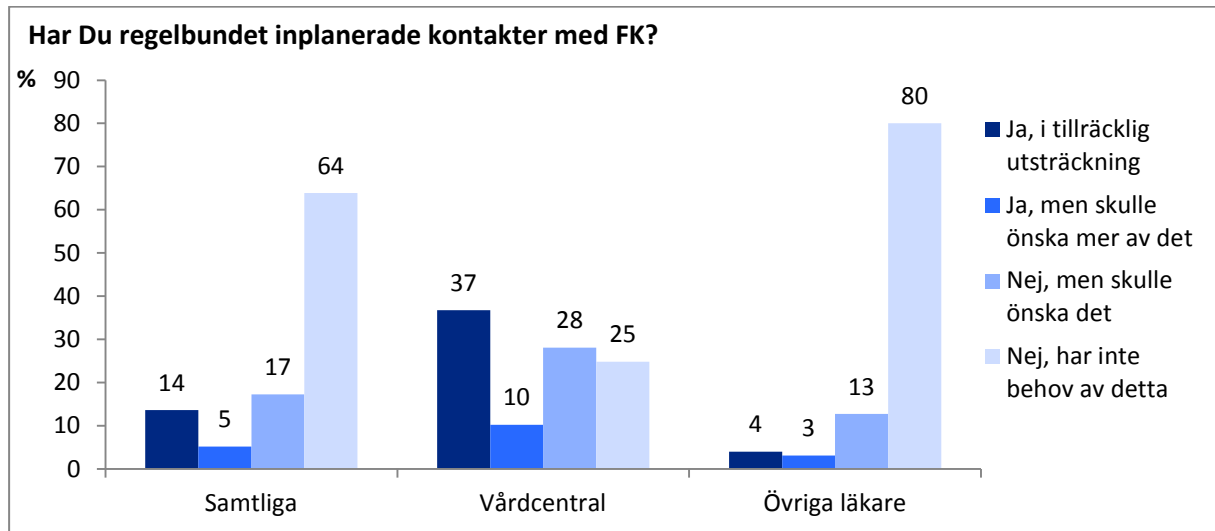
Av de 80 procent som hade kontakter med Försäkringskassan var 75 procent mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 29). De 20 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderades i analysen.



Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De som svarade "Har inga kontakter med FK" har exkluderats här.

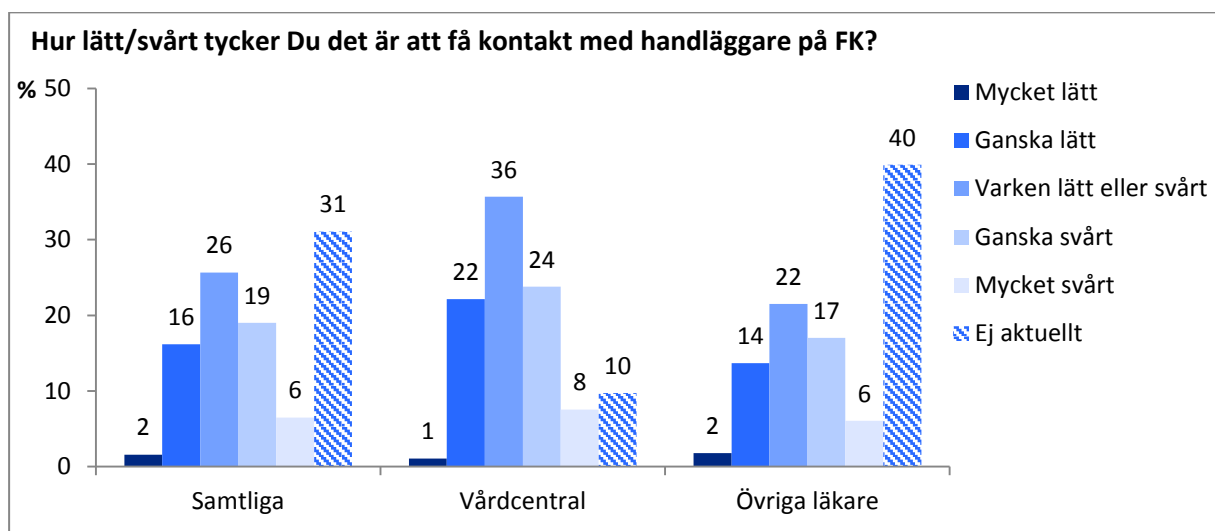
På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, till exempel avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan

vid sin mottagning, svarade fjorton procent att de har sådana kontakter i tillräcklig utsträckning (Figur 30). Bland läkare inom övrig verksamhet var andelen som angav att de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan markant mindre jämfört med vårdcentralsläkare, fyra procent respektive 37 procent. Mer än en tredjedel, 38 procent, av vårdcentralsläkarna önskade mer regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan än vad de har i dagsläget, medan detsamma gällde sexton procent av läkarna inom övriga verksamheter.



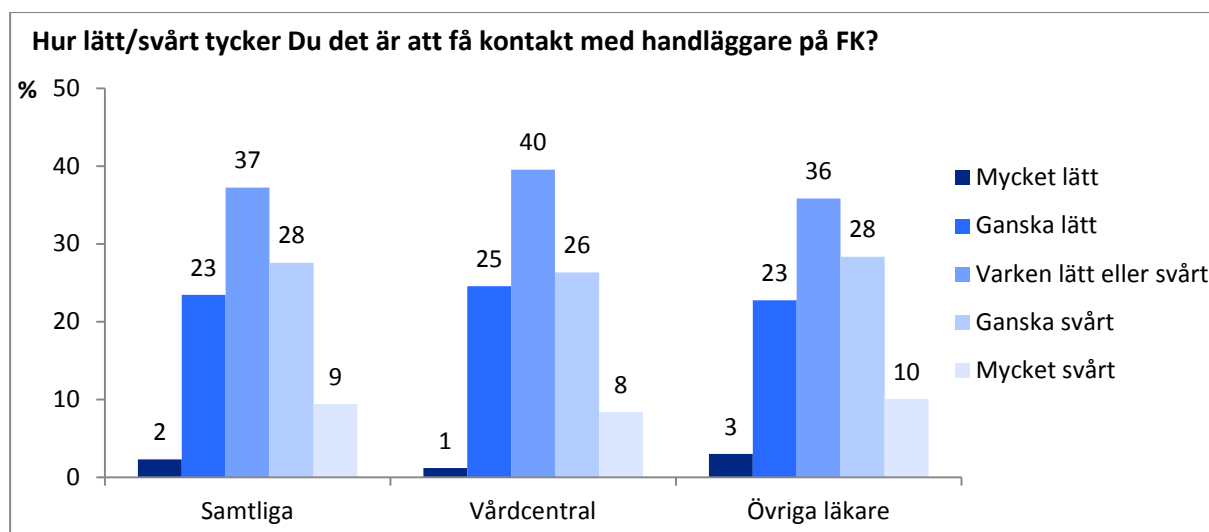
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan.

På frågan om hur lätt eller svårt det upplevs vara att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan uppgav en tredjedel (31 %) att sådana kontakter inte var aktuellt för dem (Figur 31). En fjärdedel (25 %) angav att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt, medan 18 procent tvärtom tyckte att det var mycket eller ganska lätt.



Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan.

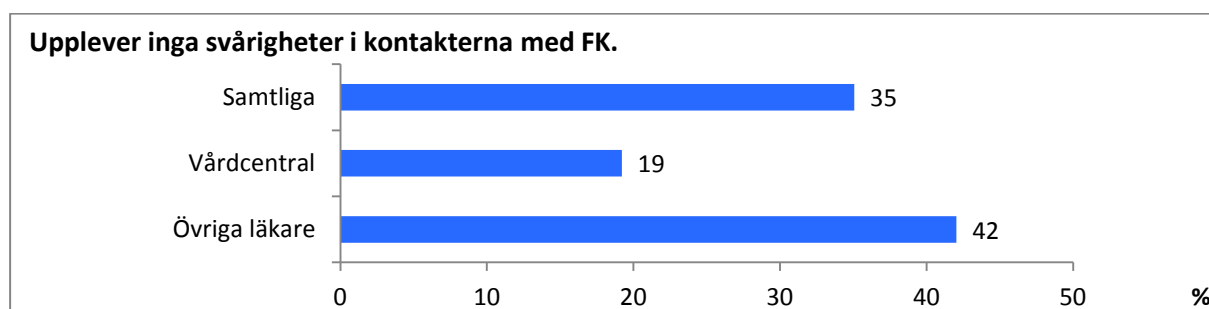
Samma svarsmönster kan ses om de 31 procent som svarade ”Ej aktuellt” exkluderas (Figur 32), men skillnaden i storlek mellan andelen som ansåg att det är ganska eller mycket svårt att få kontakt (37 %) och dem som menade att det är lätt eller mycket lätt att få kontakt (25 %) blir då något större.



Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. (De 31 % som svarade ”Ej aktuellt” har exkluderats i denna figur.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

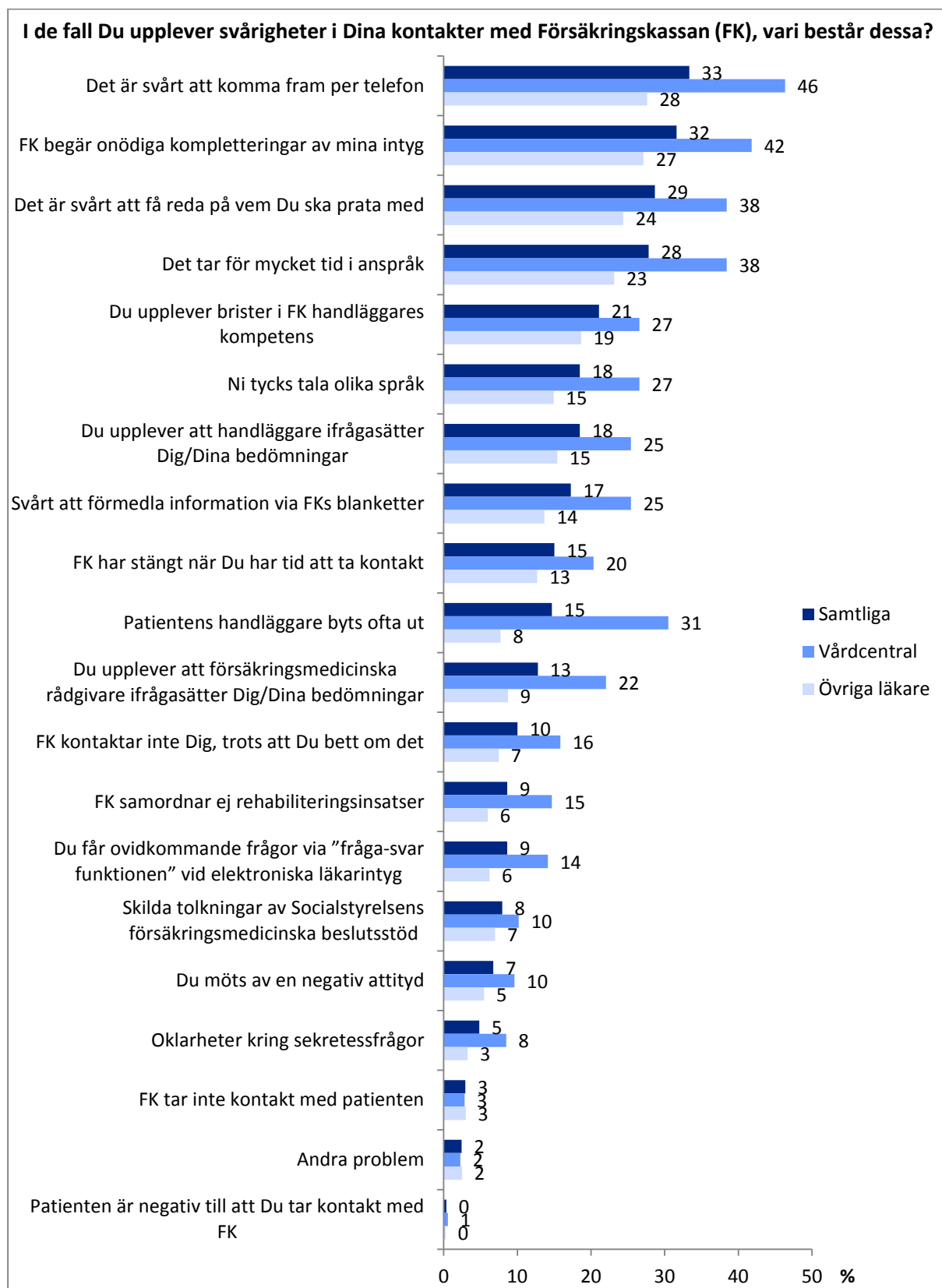
På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet större än på övriga frågor i enkäten; 10 procent av läkarna (n=64) svarade inte alls på frågan, och dessa läkare har exkluderats ur analyserna. Av dem som svarade uppgav 35 procent att de inte upplever några svårigheter i kontakterna. En femtedel av vårdcentralsläkarna, 19 procent, angav att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan vilket är att jämföra med 42 procent av läkarna inom övrig verksamhet (Figur 33).



Figur 33. Andel (%) läkare som uppgav att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan.

Av Figur 34 framgår olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel läkare som uppgav att de upplever dessa svårigheter. Var tredje läkare (33 %) upplevde svårigheter att komma fram per telefon, än var fjärde läkare (28 %) upplevde att kontakterna tar för mycket tid, och var femte (21 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. På vårdcentraler fanns den största andelen läkare som upplever olika typer av svårigheter såsom;

att det är svårt att komma fram per telefon (46 %) och att handläggare ”begär onödiga kompletteringar av intyg” (42 %). Detta gäller för övrigt för flertalet av de angivna svårigheterna i Figur 34.



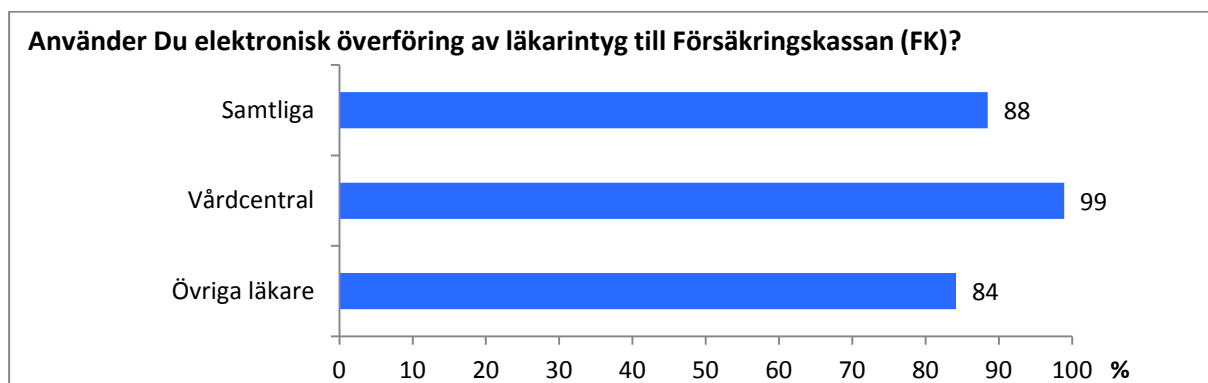
Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

Hur ofta läkare i de olika landstingen hade kontakt med Försäkringskassan varierade. Andelen läkare som hade kontakt åtminstone någon gång i veckan varierade från tre procent (Östergötland, Uppsala) till tolv procent i Blekinge (och var sju procent för landet som helhet). En dryg tredjedel av läkarna i Östergötland, 35 procent, uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan, jämfört med 28 procent för läkare i hela landet. Av de läkare som ansåg att det var aktuellt för dem att ha kontakt med Försäkringskassan svarade 26 procent i Östergötland att det var lätt eller mycket lätt att få kontakt, en betydligt större andel, 43 procent, uppgav detsamma i Södermanland. Samma siffra för landet som helhet var 30 procent, (ej i tabell).

Elektronisk överföring av läkarintyg

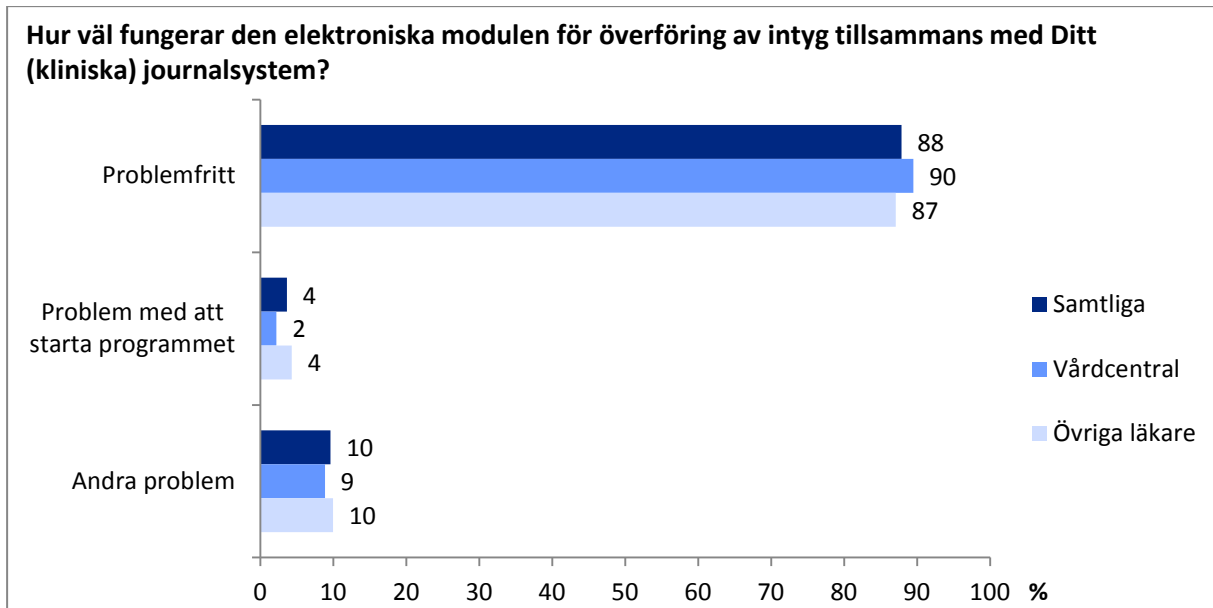
Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden innan enkäten skickades ut, och i vissa landsting pågick införandearbetet fortfarande. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid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

Majoriteten (88 %) av läkarna uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 35). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 88 procent, det vill säga 561 läkare, som svarat "Ja" på frågan om de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.



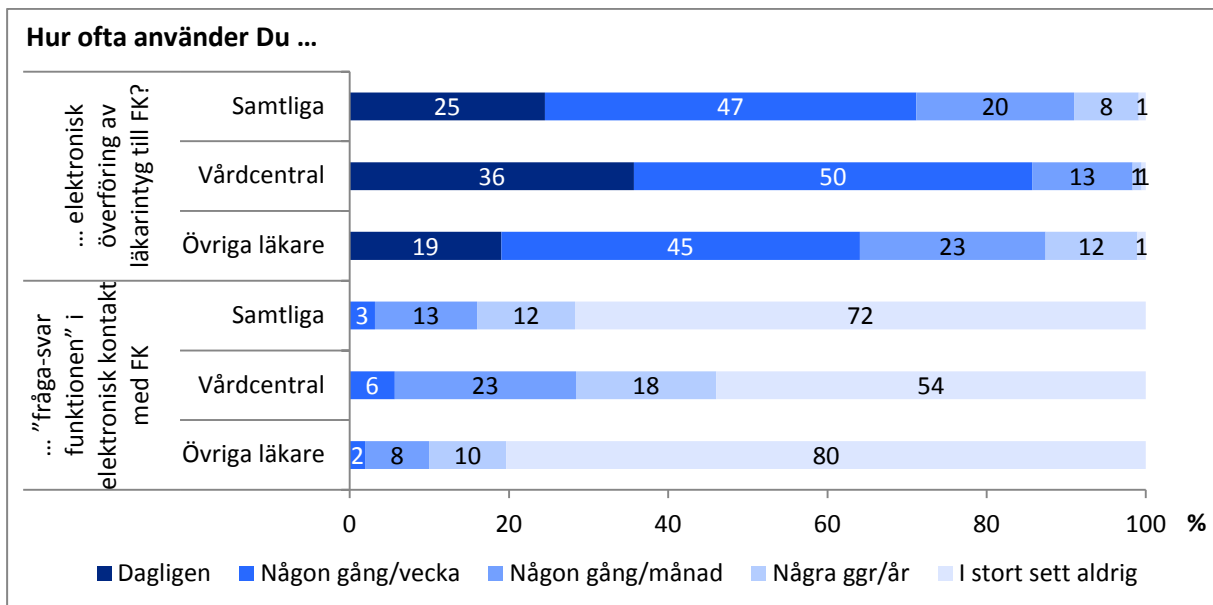
Figur 35. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263)

En majoritet (88 %) av de läkare som använde sig av systemet upplevde det som problemfritt (Figur 36). På denna fråga kunde läkaren ange flera olika svarsalternativ, vilket 1,7 procent av dem som svarat på frågan gjorde.



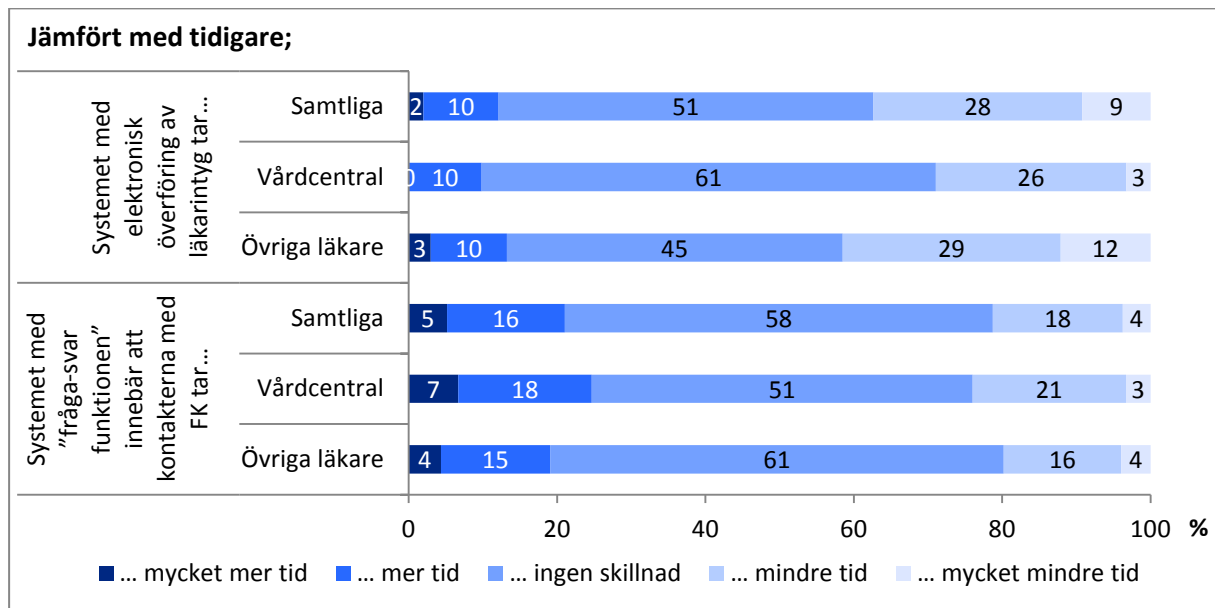
Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg.

Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg använde majoriteten det ofta; 73 procent använde det minst någon gång per vecka (Figur 37). Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan, men en majoritet, 72 procent, använde i stort sett aldrig denna funktion.



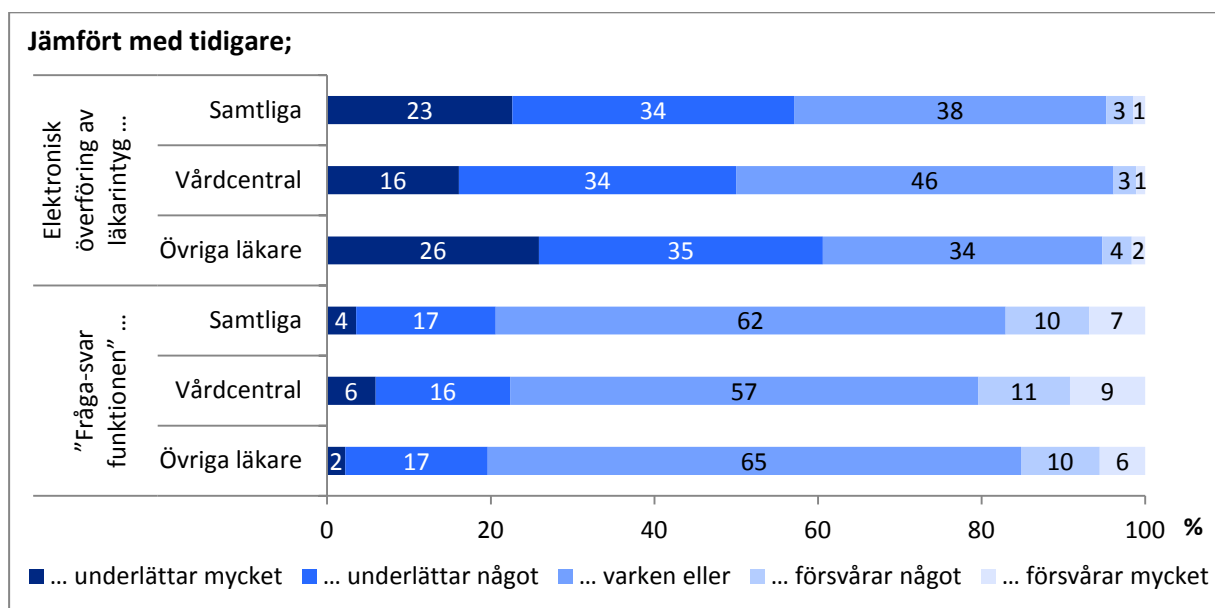
Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen".

Hälften av läkarna tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 38). Trettiosju procent tyckte att det tar mindre tid än tidigare, och 12 procent att det tar mer tid.



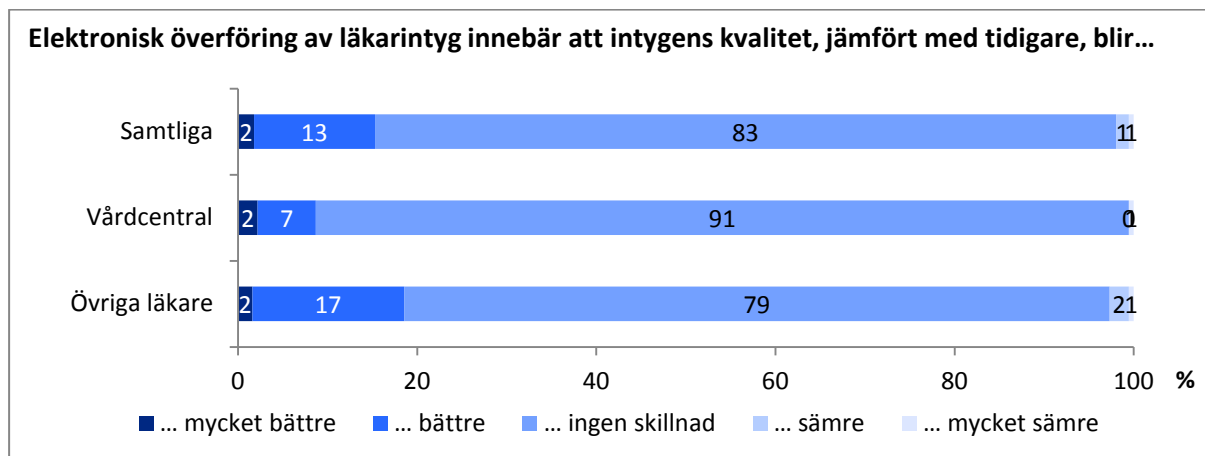
Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller.

En stor del av läkarna ansåg att systemet underlättade deras arbete; 57 procent uppgav detta i någon grad, medan endast fyra procent uppgav att det försvårade i någon grad (Figur 39).



Figur 39. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller.

En majoritet av läkarna (83 %) ansåg att det inte är någon skillnad på kvaliteten på läkarintygen (Figur 40).



Figur 40. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygens kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad.

I de flesta landsting använde sig en majoritet av läkarna av systemet med elektronisk överföring. Detsamma gjorde läkare i Östergötland (88 %) medan 21 procent i Stockholm gjorde detta, jämfört med 62 procent för läkare i hela landet. Lägst andel noteras på Gotland (4 %) och i Dalarna (5 %). Nästan alla, 92 procent, av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg hade detta system integrerat med sitt journalsystem, (ej i tabell).

Kommentar om kontakter med Försäkringskassan

Kommentarerna om läkares kontakt med Försäkringskassan omfattar ett brett område; från svårigheter att få kontakt, att Försäkringskassan inte hör av sig trots att man bett om det samt om olika syn på beslutsstödet och på sjukskrivning av gravida. Detta uttrycks i följande citat:

Jag har flera gånger försökt att nå någon av försäkringskassans läkare men aldrig har någon hört av sig tillbaka till mig. Handläggare på FK är inte tillräckligt kompetenta i medicinska frågeställningar. (731558)

Ibland uppstår bekymmer med de olika språk FK-handläggare och läkare talar. Löses lätt i de fall man får tala direkt med varandra, men SVÅRT att få direktkontakt! (720490)

I de flesta fall konflikter kring sjukskrivning uppstår, beror dessa på att Försäkringskassans tjänstemän vill få även de ovanliga tillstånden att passa in i mallen och motsvara de rekommenderade, "vanliga" sjukskrivningarna. I dessa fall skulle en direktkontakt spara en hel del onödigt arbete och frustration hos patienterna. Möjligheter till sådan enkel direktkontakt saknas idag. (719328)

Fråga-svar funktionen/Funktionsbrevlåda finns men det finns ingen möjlighet för oss att ställa frågor till FK, det enda man får är en lista med intyg som behöver kompletteras. Dock står det inte varför eftersom vi inte kan läsa meddelandena. Detta försvårar mycket jämfört med tidigare system när handläggaren skickade ett brev med kopia, och följden blir att vi inte kompletterar intygen alls. (720466)

Tycker att det blir mest problem i kontakten med FK-handläggare när denna inte förstår att en patient i grunden kan ha problem som gör att en aktuell sjukdom (som utgör grund för sjukskrivning) kräver längre sjukskrivning än det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommenderar, t.ex. patienter med ångest och/eller neuropsykiatrisk diagnos som får hjärtinfarkt. En del handläggare verkar betrakta rekommendationerna i beslutsstödet som fasta riktlinjer som inte kan frångås. Alldeles för stor skillnad i hur handläggare vid Försäkringskassan handlägger sjukskrivningsärenden, det försvårar även kontakten med patienten. (727491)

Vi har problem med att man från Försäkringskassan säger till de gravida att de visst får vara sjukskrivna ända fram till förlossning trots att vår lokala policy bara löper till 36 grav veckor. Patienten kommer då på extra läkarbesök och vill ha förlängd sjukskrivning, tar tid att motivera och går inte alltid. En blankett för sjukskrivning under graviditet skulle underlätta, den aktuella är helt anpassad för primärvård/långtidssjukskrivningar. (719773)

Läkares kommentarer angående användning av elektronisk överföring

Att ge ett sjukintyg i handen till patienten signalerar att det är patienten som ansvarar för sin sjukskrivning. Det är patienten som begär intyget, och det är patienten som skickar in blanketten för att ansöka om ersättning - precis som med andra intyg. Elektronisk överföring minskar den tydliga signalen, patienten blir mer passiv: Ordna det här åt mig. Möjligen en petitesse, men jag tycker att principvärdet är starkt! Dessutom medför den elektroniska överföringen ett extra administrativt moment eftersom patienten ofta ändå behöver en kopia att visa arbetsgivaren. Det råder även tveksamheter kring om den kopian ska skrivas under, och om det i så fall strikt juridiskt finns 2st originalhandlingar varav en är elektroniskt signerad? (717165)

Trots elektroniska intyg vill patienten ha intyg i pappersform i handen (och jag förstår dom, skulle inte heller lita på att elektroniska kommit in). Annars har jag den stora fördelen på akuten att det ofta är uppenbart att intygen behövs, vilket gör att det mycket sällan blir frågetecken vid handläggningen. (722389)

Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

Fyra av fem läkare hade kontakter med Försäkringskassan och 75 procent av dem är ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter.

Mer än en tredjedel (38 %) av vårdcentralsläkarna önskade mer regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan än vad de har i dagsläget. Detsamma gällde 16 procent av läkarna inom övrig verksamhet.

Jämfört med läkare inom övrig verksamhet upplevde en större andel vårdcentralsläkare olika typer av svårigheter, såsom att det är svårt att komma fram per telefon (46 %) och att handläggare "begär onödiga kompletteringar av intyg" (42 %).

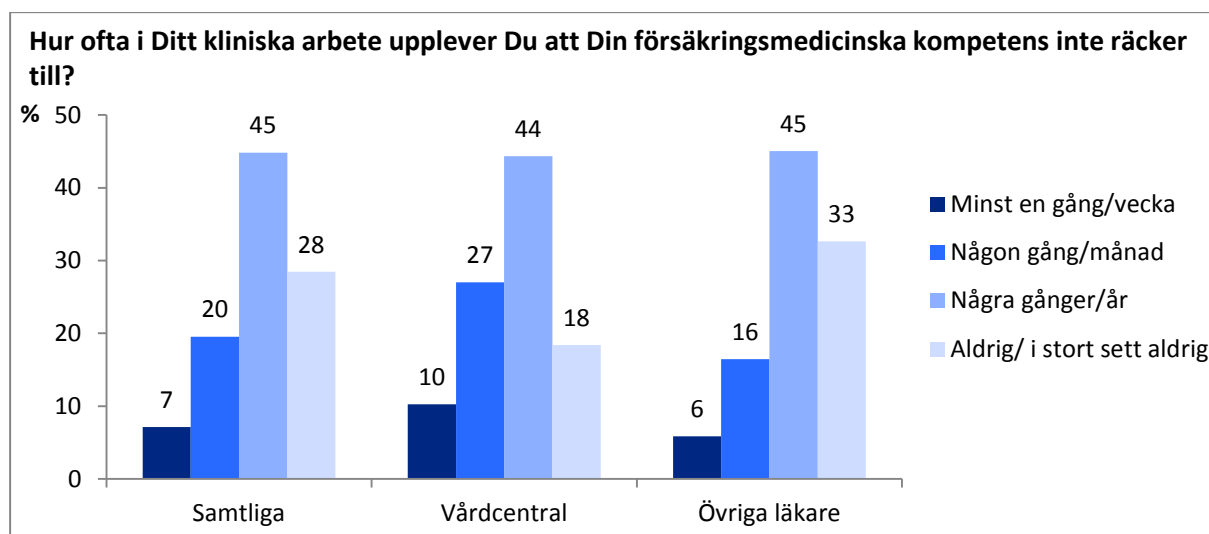
Drygt var tredje läkare (34 %) rapporterade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med Försäkringskassan (sidan 56).

Majoriteten av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan och tre fjärdedelar ansåg att det fungerar problemfritt.

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. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 56) och Samverkan och kontakter (sidan 62).

Drygt en fjärdedel av läkarna (27 %) angav att de minst någon gång varje månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, och lika många angav att de i stort sett aldrig upplever detta (Figur 41).



Figur 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

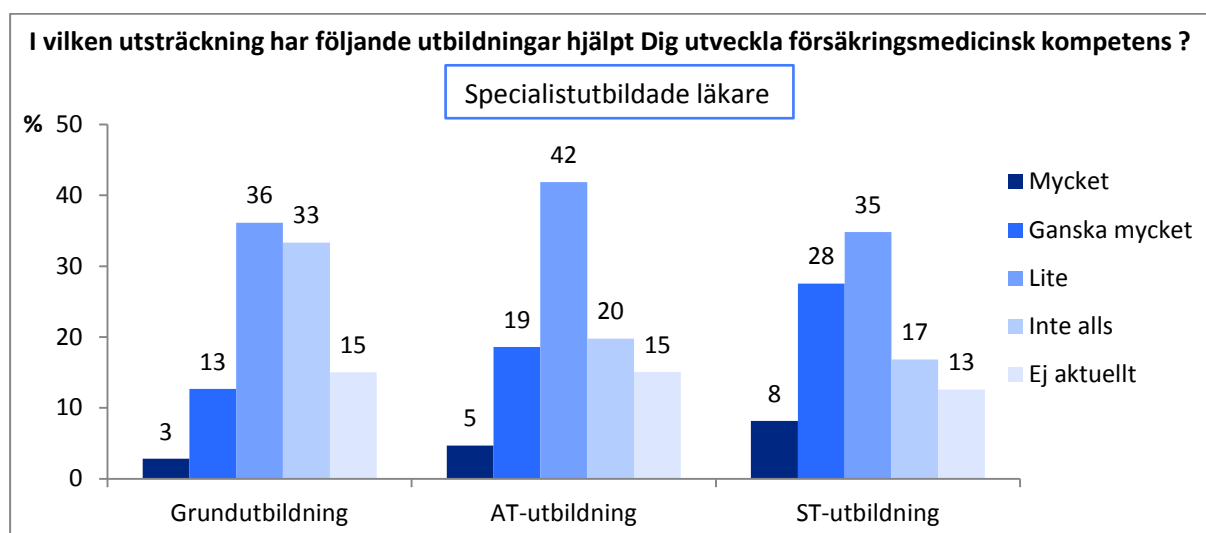
Kompetensutveckling via formell utbildning

Var femte läkare (21 %) uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor. Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 30 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 36 procent (Tabell 18)

Tabell 18. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

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	Samtliga	5	15	36	29	14
	Vårdcentral	5	9	38	39	9
	Övriga läkare	5	18	36	25	16
AT-utbildning	Samtliga	8	22	37	17	16
	Vårdcentral	4	17	38	27	13
	Övriga läkare	9	24	36	13	17
ST-utbildning	Samtliga	9	27	31	15	18
	Vårdcentral	12	27	31	14	16
	Övriga läkare	8	27	31	16	18

Bland dem som var färdiga specialister ansåg en liten andel att grundutbildningen och AT-utbildning bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 42). En tredjedel av läkarna med specialistkompetens (36 %) angav att ST-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till att utveckla deras försäkringsmedicinska kompetens.



Figur 42. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=443).

Kompetensutveckling via vidareutbildning

Var fjärde läkare (24 %) uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (Tabell 19). Tretton procent hade tillägnat sig ganska mycket eller mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi.

Tabell 19. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
	Samtliga	4	20	24	14	38
Utbildning i FK:s regi	Vårdcentral	4	26	36	11	23
	Övriga läkare	4	17	19	15	44
	Samtliga	4	9	22	18	48
Vidareutbildning i landstingets regi	Vårdcentral	6	18	29	12	35
	Övriga läkare	3	5	18	20	53
	Samtliga	4	3	5	10	78
Andra utbildningar än ovanstående	Vårdcentral	5	5	7	9	73
	Övriga läkare	4	3	4	10	80

Behov av fördjupad kompetens

Närmare hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (47 %), och veta vilka krav som ställs i olika yrken (47 %) (Tabell 20). Endast 17 procent av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg.

Jämfört med läkare inom övrig verksamhet uppgav vårdcentralsläkare ett markant större behov av kompetensutveckling; en majoritet ansåg sig ha ganska eller mycket stort behov av att fördjupa sin kompetens vad gäller att bedöma arbetsförmåga (68 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (63 %), att bedöma funktionsförmåga (63 %) samt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (56 %).

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta ovan listade områdena.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	Samtliga	11	32	41	16
	Vårdcentral	19	44	30	8
	Övriga läkare	7	27	46	20
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	13	34	38	15
	Vårdcentral	23	45	26	6
	Övriga läkare	9	29	43	18
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	11	36	37	16
	Vårdcentral	19	44	32	5
	Övriga läkare	8	32	39	21
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	10	32	44	14
	Vårdcentral	17	39	39	5
	Övriga läkare	7	29	46	18
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	6	17	43	34
	Vårdcentral	10	25	46	19
	Övriga läkare	4	14	41	41
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	3	14	47	36
	Vårdcentral	4	23	49	24
	Övriga läkare	3	11	46	41
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	7	25	41	27
	Vårdcentral	10	37	44	9
	Övriga läkare	6	21	39	35
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	5	13	46	36
	Vårdcentral	5	17	51	27
	Övriga läkare	5	11	44	40

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. Av Tabell 21 framgår att 38 procent svarade att de har ganska eller mycket stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 42 procent ansåg sig ha behov av mer kunskap kring privata försäkringar och 49 procent uttryckte även behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning).

Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	9	29	42	19
	Vårdcentral	11	31	47	11
	Övriga läkare	9	28	40	22
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet ¹	Samtliga	15	34	33	18
	Vårdcentral	22	44	30	4
	Övriga läkare	12	30	34	23
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	12	30	36	23
	Vårdcentral	15	30	42	13
	Övriga läkare	10	29	33	27

¹ Till exempel rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning

Närmare hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden. Fyrtioåtta procent uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens, lika stor andel (48 %) uppgav behov av kunskap kring arbetsgivares (48 %) och en nästan lika stor andel (45 %) uppgav behov av kunskap om Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter (Tabell 22).

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	Samtliga	9	27	47	17
	Vårdcentral	12	27	45	16
	Övriga läkare	7	27	48	18
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	11	34	38	16
	Vårdcentral	16	34	37	12
	Övriga läkare	9	34	39	18
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	13	35	36	16
	Vårdcentral	22	32	34	12
	Övriga läkare	9	36	37	18
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	12	36	36	16
	Vårdcentral	21	35	34	10
	Övriga läkare	9	36	37	19
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	10	29	40	21
	Vårdcentral	15	32	39	14
	Övriga läkare	7	28	41	24

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svaren på frågorna som rör till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten Samverkan och kontakter (sidan 62) respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 57). Här presenteras svaren på frågor om olika fortbildningsaktiviteter och övriga faktorer.

De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg har stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet var handledning (43 %) och kurser i försäkringsmedicin (39 %), (Tabell 23). Hela femtiosju procent av läkare vid vårdcentral uppgav att handledning har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden.

Tabell 23. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	43	37	20
	Vårdcentral	57	36	7
	Övriga läkare	38	37	25
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	15	62	23
	Vårdcentral	15	62	23
	Övriga läkare	15	62	23
Information via Internet	Samtliga	27	54	18
	Vårdcentral	27	54	19
	Övriga läkare	28	55	18
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	39	43	18
	Vårdcentral	47	47	6
	Övriga läkare	36	41	23
Kurser i konflikthantering	Samtliga	20	38	43
	Vårdcentral	31	45	24
	Övriga läkare	15	35	50
Konferenser, seminarier	Samtliga	20	48	32
	Vårdcentral	25	56	19
	Övriga läkare	18	45	37
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	27	36	37
	Vårdcentral	43	39	17
	Övriga läkare	21	34	45

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Närmare hälften av läkarna (47 %) ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten och ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (46 %) skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 24). Var femte läkare uppgav att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen och på enhetens sjukskrivning.

Tabell 24. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

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	Samtliga	21	40	39
	Vårdcentral	28	49	23
	Övriga läkare	18	36	46
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	22	39	39
	Vårdcentral	26	48	26
	Övriga läkare	21	34	45
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	47	37	16
	Vårdcentral	54	37	10
	Övriga läkare	44	38	19
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	46	38	16
	Vårdcentral	55	36	9
	Övriga läkare	42	38	19
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	22	27	51
	Vårdcentral	28	31	41
	Övriga läkare	19	26	56

Det fanns en liten variation mellan landstingen avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Minst någon gång per månad upplevde störst andel läkare i Västmanland (34 %) att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, och minst andel som uppgav detsamma fanns i Norrbotten (26 %) respektive Östergötland (27 %). Att den försäkringsmedicinska kompetensen i stort sett aldrig räcker till upplever störst andel läkare i Halland (32 %) och lägst andel i Dalarna (21 %), medan motsvarande siffra var 28 procent i Östergötland, (ej i tabell).

Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens

Närmare hälften av läkarna ansåg sig behöva fördjupad kompetens inom följande områden;

- att bedöma arbetsförmåga och vilka krav som ställs i olika yrken,
- vilka skyldigheter och möjligheter Försäkringskassan, Arbetsförmedling och arbetsgivare har i samband med sjukskrivningar,
- övriga ersättningsformer i socialförsäkringen såsom rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

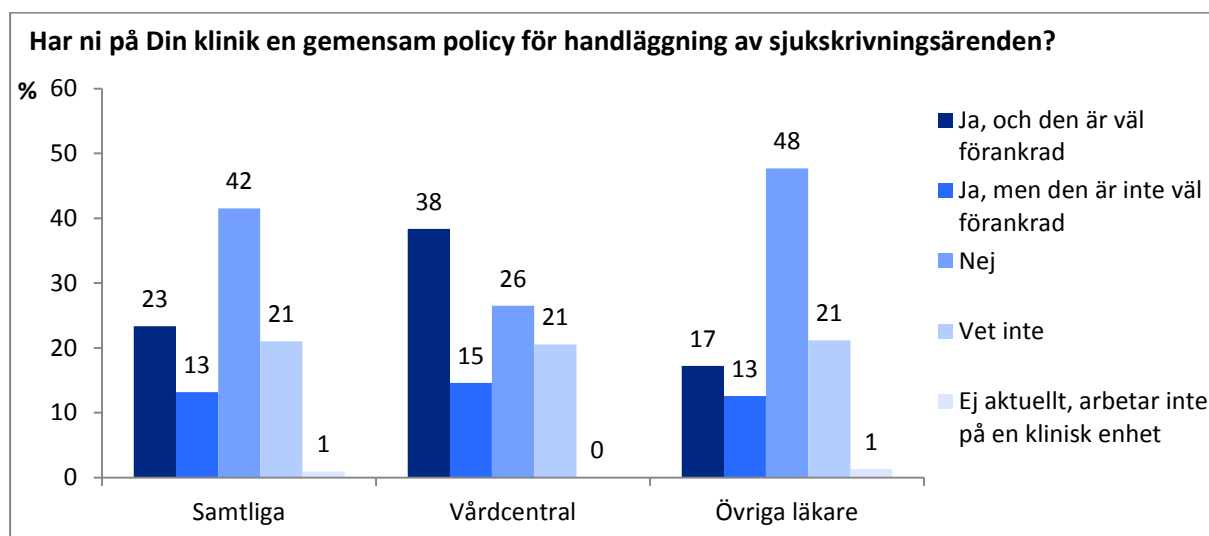
Närmare hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten samt en gemensam mall/verktyg för högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare värderade högt var handledning och kurser i försäkringsmedicin.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

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

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller förekomst av en gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 36 procent att en sådan fanns, och 23 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 43). En större andel vårdcentralsläkare (53 %) uppgav att det finns en gemensam policy på vårdcentralen/husläkarmottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden, och 38 procent uppgav att den även är väl förankrad. Var femte läkare uppgav att de inte visste huruvida det fanns någon sådan policy på deras arbetsplats.



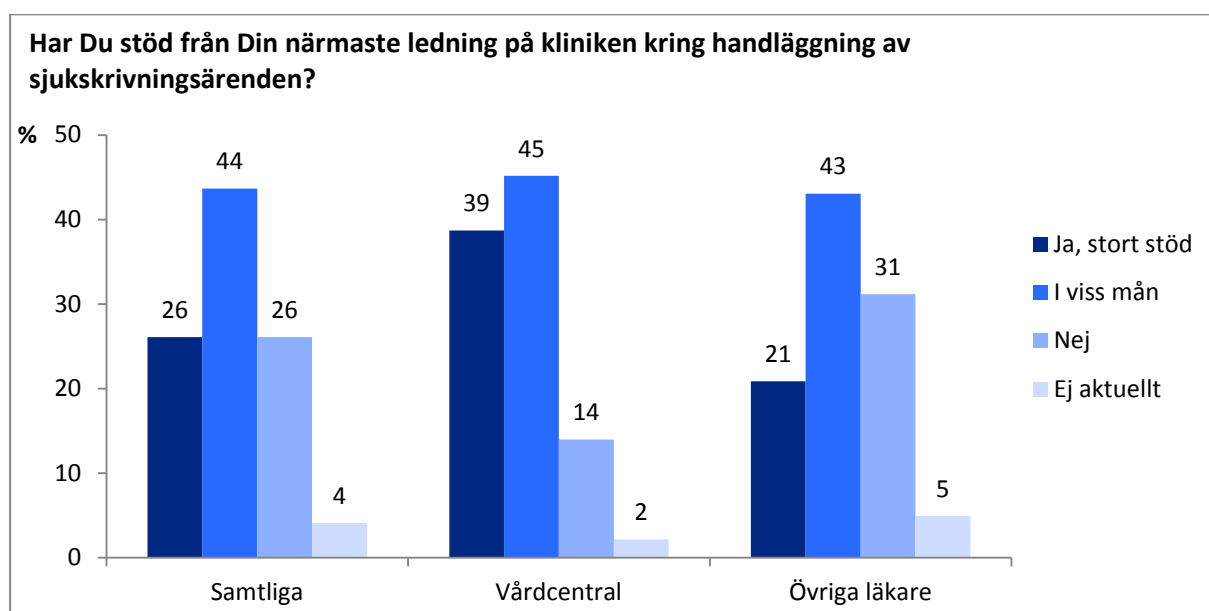
Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

På följdfrågan till dem som svarat att de hade en gemensam policy på kliniken, och om de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en stor majoritet, 90 procent (vårdcentral 92 %, läkare inom övrig verksamhet 88 %), att de hade det (ej visat i figur).

Sett till hela landet fanns det en variation mellan läkare i de olika landstingen om såväl förankring av en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden som nyttan av densamma. Störst andel läkare som ansåg att de på deras klinik/mottagning hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden fanns i Kalmar (33 %), lägst andel fanns på Gotland (14 %), medan 23 procent i Östergötland fann detsamma jämfört med 22 procent för landet som helhet. Bland dem som svarat att de har en policy fanns störst andel som uppgav att de har nytta av denna i det kliniska arbetet i Östergötland (89 %) och Södermanland (89 %), medan lägst andel fanns i Dalarna och Gävleborg (76 % vardera). Motsvarande siffra för landet som helhet var 80 procent.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 44 visas att 26 procent kände stort stöd, och 44 procent uppgav att de i viss mån hade stöd i sitt sjukskrivningsarbete.



Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Sett till hela landet fanns i Kalmar störst andel läkare, 33 procent, som uppgav att de kände stort stöd från sin ledning i sjukskrivningsarbetet, medan lägst andel (14 %) som uppgav detsamma fanns i Gävleborg. I Östergötland uppgav 26 procent av läkarna att de kände stort stöd från sin ledning, motsvarande siffra för hela landet var 22 procent.

Tid i arbetet med sjukskrivning

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

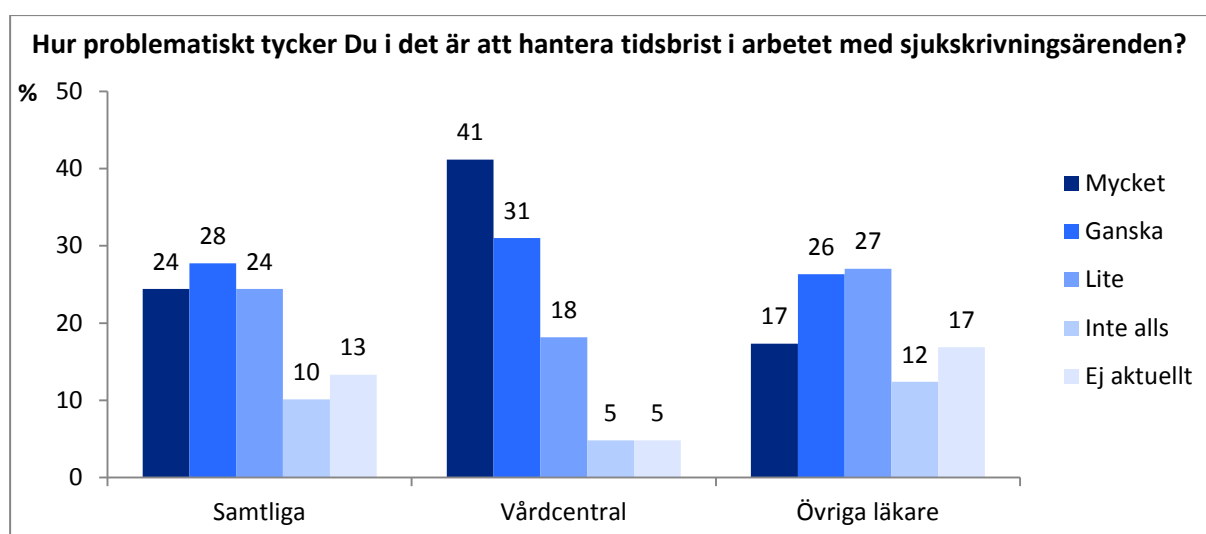
I Tabell 25 visas att störst andel läkare upplevde daglig tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid (27 %) och tid för kompetensutveckling (24 %). Var femte läkare (21 %) upplevde dagligen tidsbrist i det direkta patientarbetet.

Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Samtliga	21	34	18	12	15
	Vårdcentral	35	45	14	3	3
	Övriga läkare	15	29	19	16	20
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	27	32	18	14	10
	Vårdcentral	41	37	17	5	1
	Övriga läkare	21	30	18	18	13
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	24	22	19	17	19
	Vårdcentral	34	28	19	9	10
	Övriga läkare	20	19	19	20	22

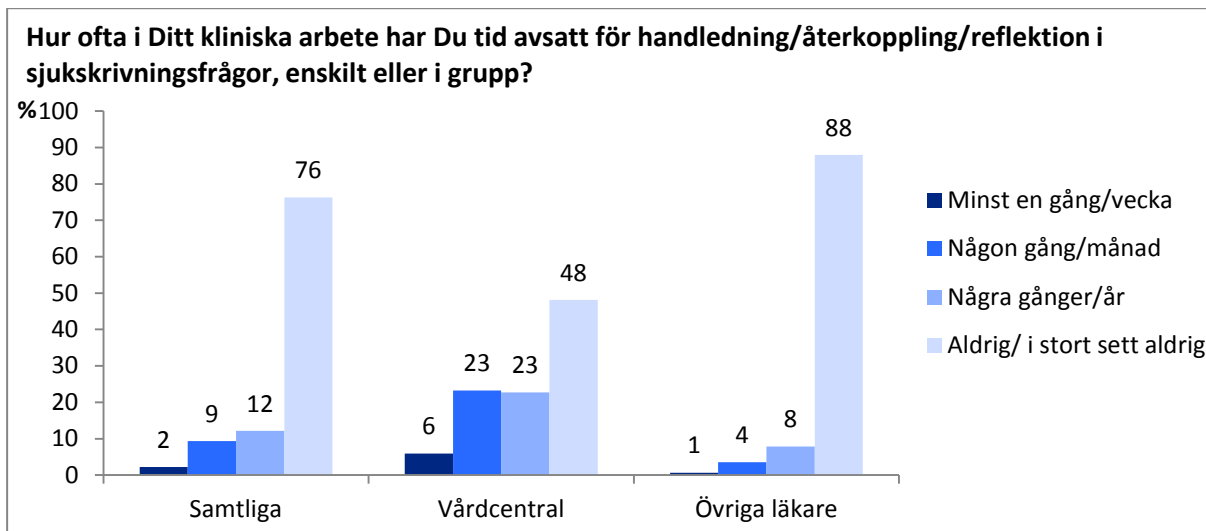
¹ T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

Mer än hälften av läkarna (52 %) upplevde att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden. Betydligt större andel av vårdcentralsläkarna (72 %) uppgav detta (Figur 45).



Figur 45. Andel som upplevde det mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera sådan tidsbrist.

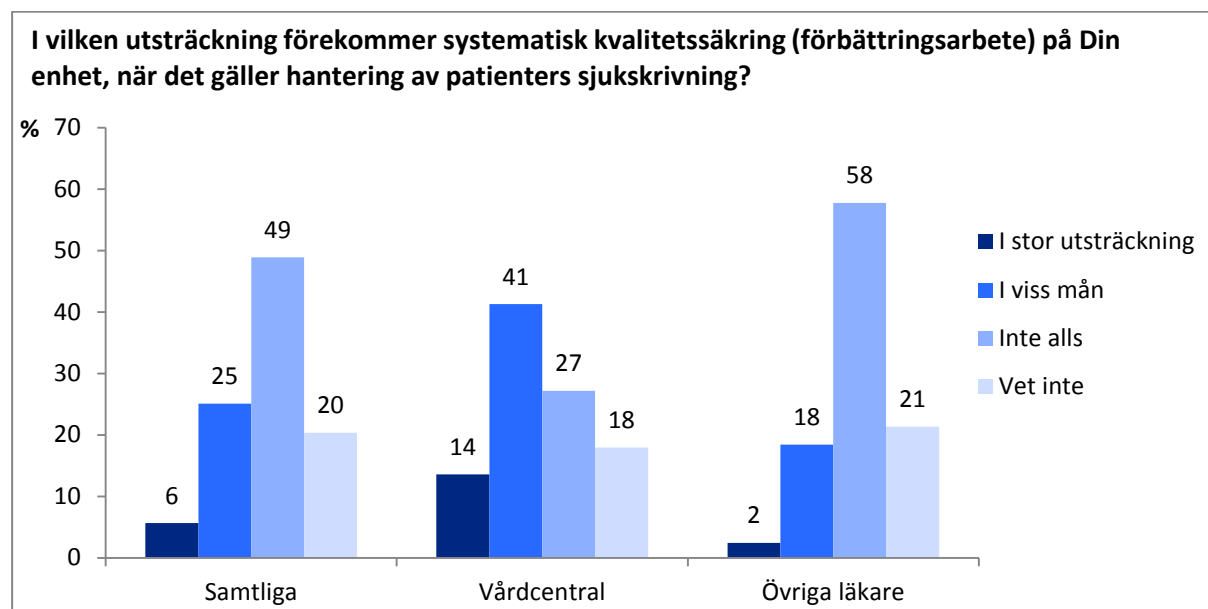
Tre läkare av fyra (76 %) uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden. En knapp fjärdedel (23 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de avsatt tid för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden minst någon gång per månad (Figur 46).



Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

En liten del, sex procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) förekommer i stor utsträckning när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden, medan en fjärdedel (25 %) svarade att det förekommer i viss mån (Figur 47). Knappt hälften (49 %) svarade att det inte förekommer något systematiskt kvalitetsarbete på deras enhet och var femte läkare (20 %) visste inte om detta förekommer.



Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning.

Sett till hela landet varierade uppfattningen om förekomst av systematiskt förbättringsarbete. I Södermanland svarade elva procent att systematiskt kvalitetsarbete förekom i stor utsträckning, jämfört med fem procent för läkare i hela landet. Att det i viss mån förekom förbättringsarbete uppgav 25 procent av läkarna i Östergötland och läkarna i landet som helhet, (ej i tabell).

Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

En tredjedel av läkarna svarade att det finns en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden där de arbetar, medan en fjärdedel uppgav att denna var förankrad i viss mån.

Nio läkare av tio läkare, som har en policy på sin klinik/mottagning, uppger att de har nytta av den i sjukskrivningsarbetet.

Stort stöd från ledningen rapporteras av en fjärdedel av läkarna, och visst stöd av närmare hälften.

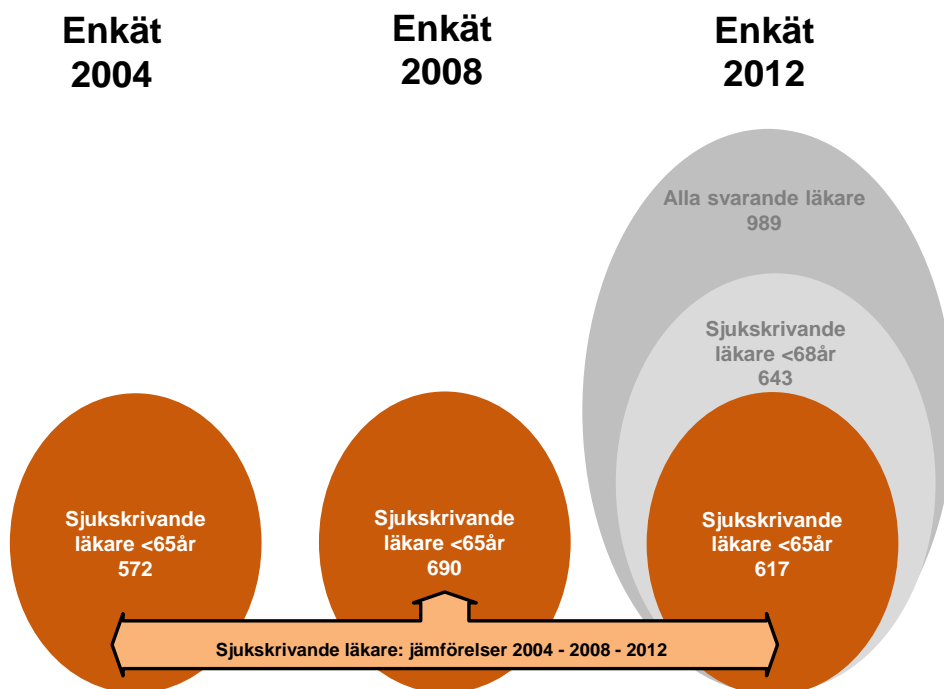
Tre av fyra läkare svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig avsätter tid för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.

Var femte läkare uppgav tidsbrist i det direkta patientarbetet.

Att systematiskt kvalitetsarbete förekom i stor utsträckning rapporteras av en liten andel, sex procent, medan en fjärdedel ansåg att detta förekom i viss mån.

3.

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



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

I detta kapitel redovisas resultat för de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter, 73 av dessa frågor fanns även med i enkäten år 2004. Svar från de läkare som vid de aktuella tidpunkterna var yngre än 65 år och var 'sjukskrivande läkare' jämförs mellan åren.

Antal och andel läkare på de kliniker/mottagningar som specificerats i enkäterna redovisas i Tabell 26. Samtliga tre år var vårdcentral den enskilda klinik/mottagning där störst andel av de svarande sjukskrivande läkarna arbetar.

Tabell 26. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008 respektive 2012.

	2004		2008		2012	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Barn- o ungdom	- ¹		17	2,5	11	1,8
Företagshälsovård	17	3,0	16	2,3	11	1,8
Försäkringskassa/bolag	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Geriatrisk	- ¹		9	1,3	6	1,0
Gynekologi	46	8,0	47	6,8	40	6,5
Hud	- ¹		12	1,7	9	1,5
Infektion	- ¹		13	1,9	19	3,1
Invärtesmedicin	61	10,7	85	12,3	67	10,9
Kirurgi	49	8,6	64	9,3	62	10,0
Neurologi	- ¹		17	2,5	16	2,6
Onkologi	13	2,3	11	1,6	19	3,1
Ortopedi	43	7,5	40	5,8	38	6,2
Psykiatri	34	5,9	28	4,1	33	5,3
Rehabilitering	5	0,9	6	0,9	7	1,1
Reumatologi	- ¹		8	1,2	7	1,1
Smärtmottagning	- ¹		9	1,3	6	1,0
Vårdcentral	159	27,8	204	29,6	181	29,3
Ögon	- ¹		20	2,9	13	2,1
Öron-, näs- och hals	- ¹		14	2,0	11	1,8
Annan klinik/mottagning	142	24,8	65	9,4	58	9,4
Administration	- ¹		1	0,1	0	0,0
Ingen	1	0,2	2	0,3	1	0,2
Ej svarat	1	0,2	2	0,3	2	0,3
Samtliga	572	100,0	690	100,0	617	100,0

¹ Det svarsalternativet fanns inte med i enkäten 2004.

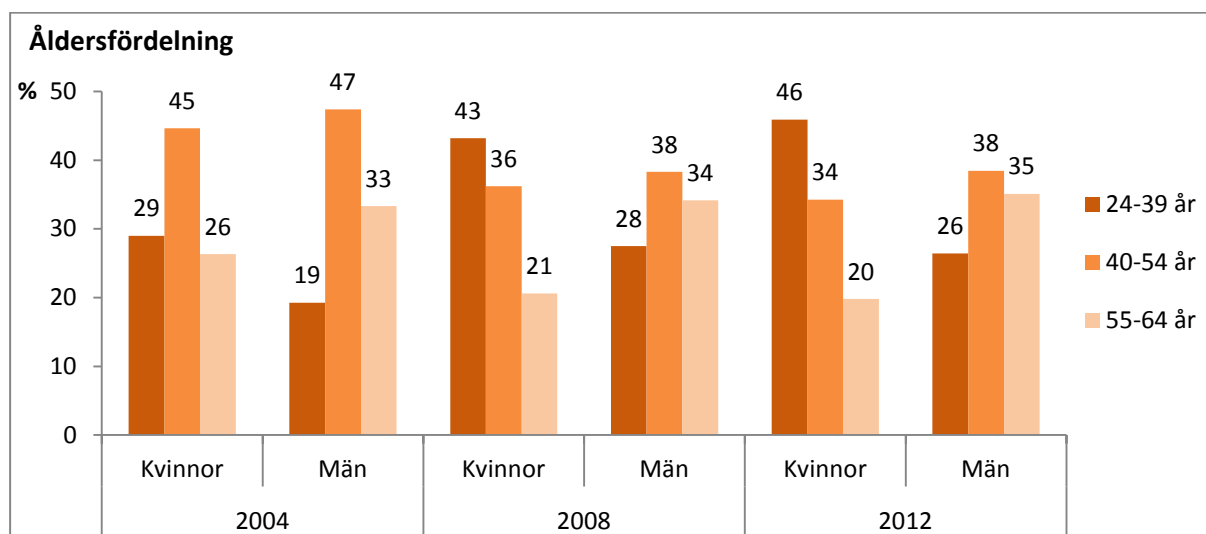
Bakgrundsfaktorer

I Tabell 27 visas antalet läkare i de tre studiegrupperna, det vill säga från år 2004, 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och utbildningsnivå. Vissa skillnader finns mellan åren; andelen kvinnor var något större 2012 jämfört med 2008 och 2004. Andelen yngre bland de svarande var större 2008 och 2012 än år 2004, samtidigt som andelen specialistutbildade var något mindre 2008 och 2012, detta var tydligast bland läkare på vårdcentraler.

Tabell 27. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister.

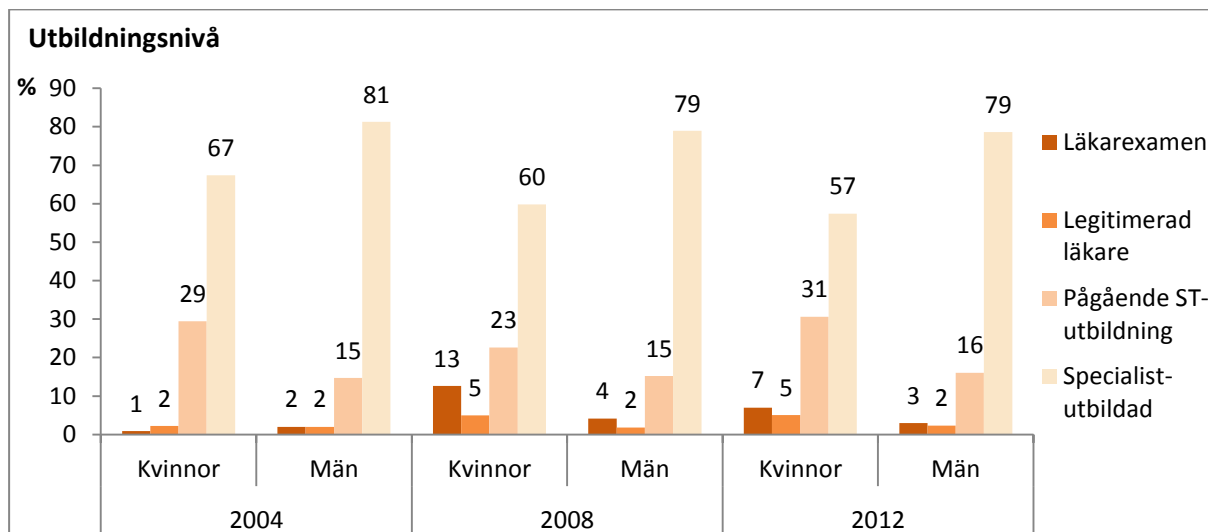
	Samtliga läkare			Vårdcentral			Övriga läkare		
	2004	2008	2012	2004	2008	2012	2004	2008	2012
Antal läkare (n)	572	690	617	159	204	181	413	486	436
Kvinnor (%)	39	44	52	49	52	56	35	40	50
Män (%)	61	56	48	51	48	44	65	60	50
24-39 år (%)	23	34	36	19	34	37	24	34	36
40-54 år (%)	46	37	36	47	39	33	46	37	38
55-67 år (%)	31	28	27	34	27	30	29	29	26
Läkarexamen (%)	2	8	5	3	13	7	1	6	4
Leg. läkare (%)	2	3	4	3	6	7	2	2	3
Pågående ST-utbildning (%)	20	18	24	20	15	23	21	20	24
Specialistutbildad (%)	76	71	68	74	66	64	76	72	69

Den största andelen kvinnor fanns i den yngsta åldersgruppen (24-39 år) år 2012 jämfört med 2008 och 2004, medan andelen i den mellersta åldersgruppen (40-54 år) var störst bland män alla tre åren (Figur 48).



Figur 48. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.

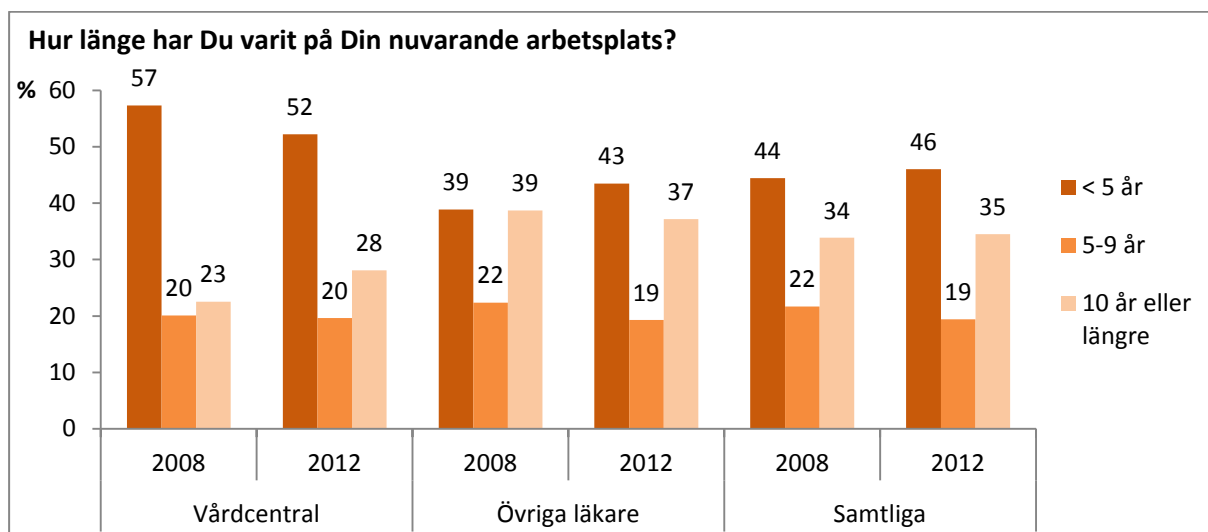
Det var en något mindre andel specialister bland kvinnorna 2012 jämfört med 2008 och 2004 (Figur 49). Bland specialistutbildade män fanns det endast smärre skillnader mellan åren.



Figur 49. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.

Antal år på arbetsplatsen

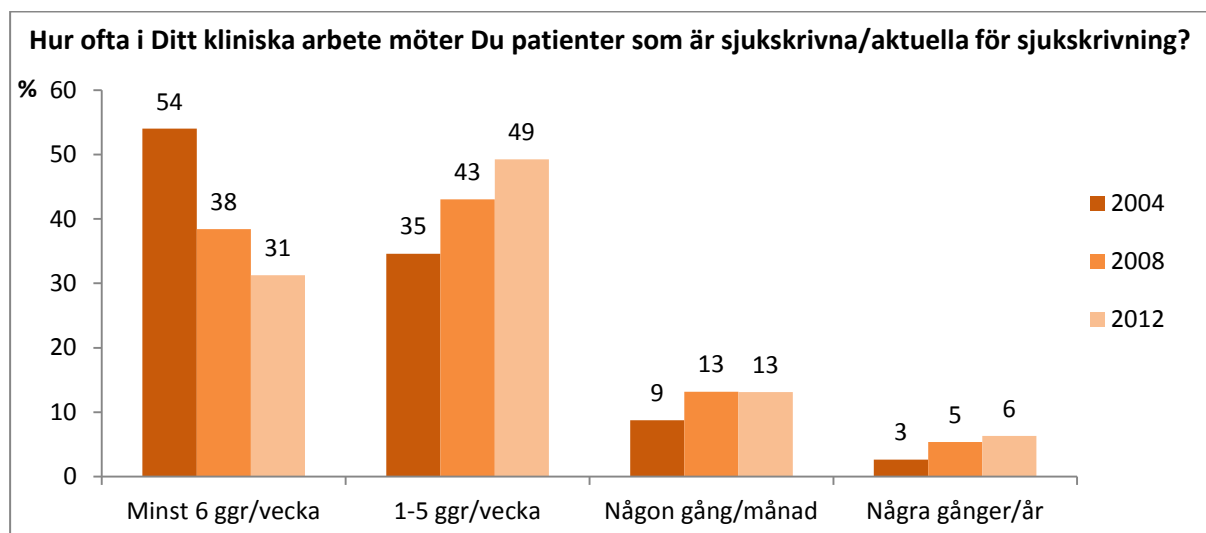
Fördelningen avseende hur länge läkarna har arbetat på sin nuvarande arbetsplats skiljde sig inte nämnvärt åt mellan åren. Såväl 2012 som 2008 hade en tredjedel av läkarna varit tio år eller längre på sin nuvarande arbetsplats (Figur 50). En majoritet av vårdcentralsläkarna hade varit mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats båda åren.



Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare. (Frågan fanns inte med 2004.)

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Under de tre åren blev andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka successivt mindre, medan andelen som hade sådana ärenden mellan en och fem gånger per vecka blev successivt större (Figur 51).



Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012.

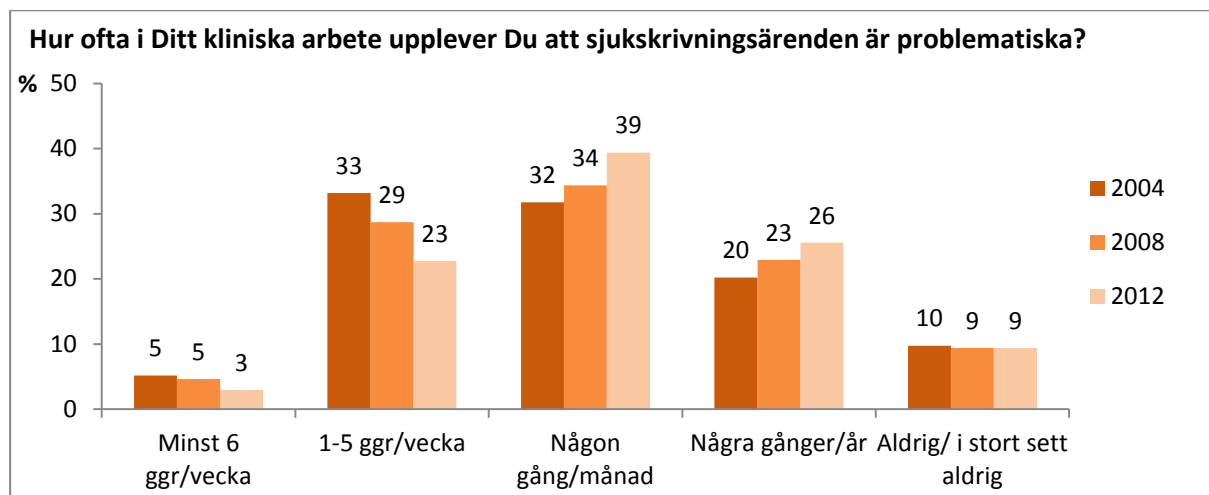
På vårdcentraler var andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka betydligt mindre 2012 (32 %) jämfört med 2004 (71 %), det vill säga 39 procentenheter mindre. Även andelen läkare inom övriga verksamheter som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var betydligt mindre 2012 (31 %) jämfört med 2004 (47 %), det vill säga 16 procentenheter mindre (Tabell 28).

Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Vårdcentral	2004	71	27	2	0
	2008	41	56	3	0
	2012	32	62	5	1
Övriga läkare	2004	47	38	11	4
	2008	37	38	17	8
	2012	31	44	17	9

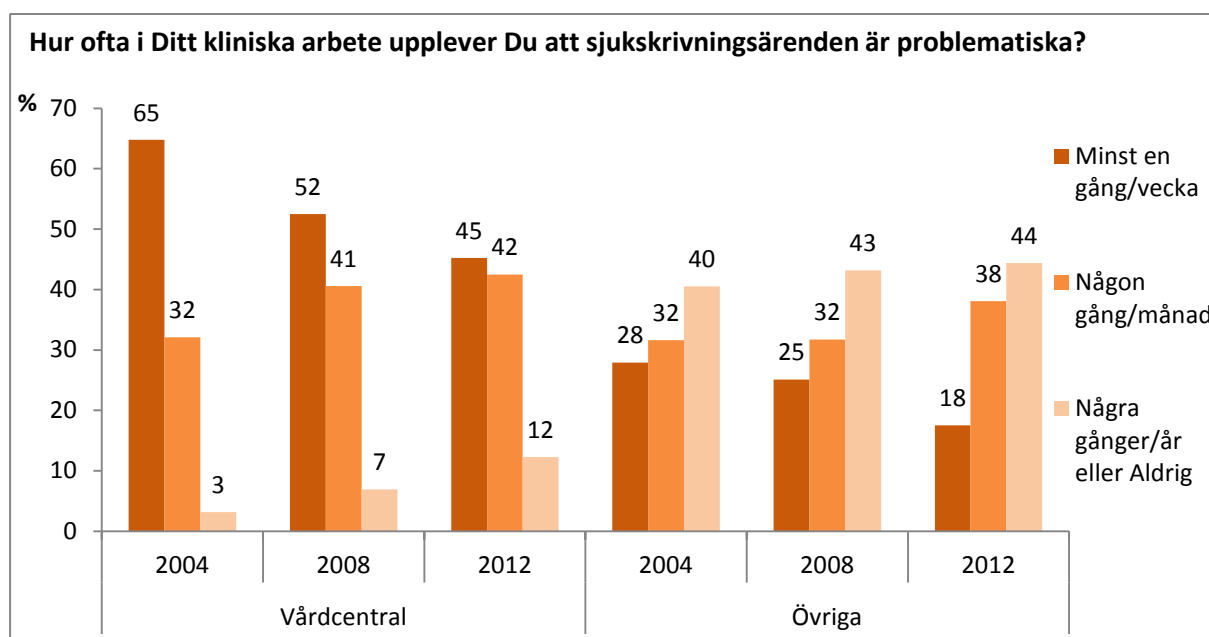
Olika typer av problem i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som angav att de minst en gång per vecka upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2004 och 2008 medan andelen läkare som angav att de upplever dessa ärenden som problematiska någon gång per månad var störst 2012 (Figur 52).



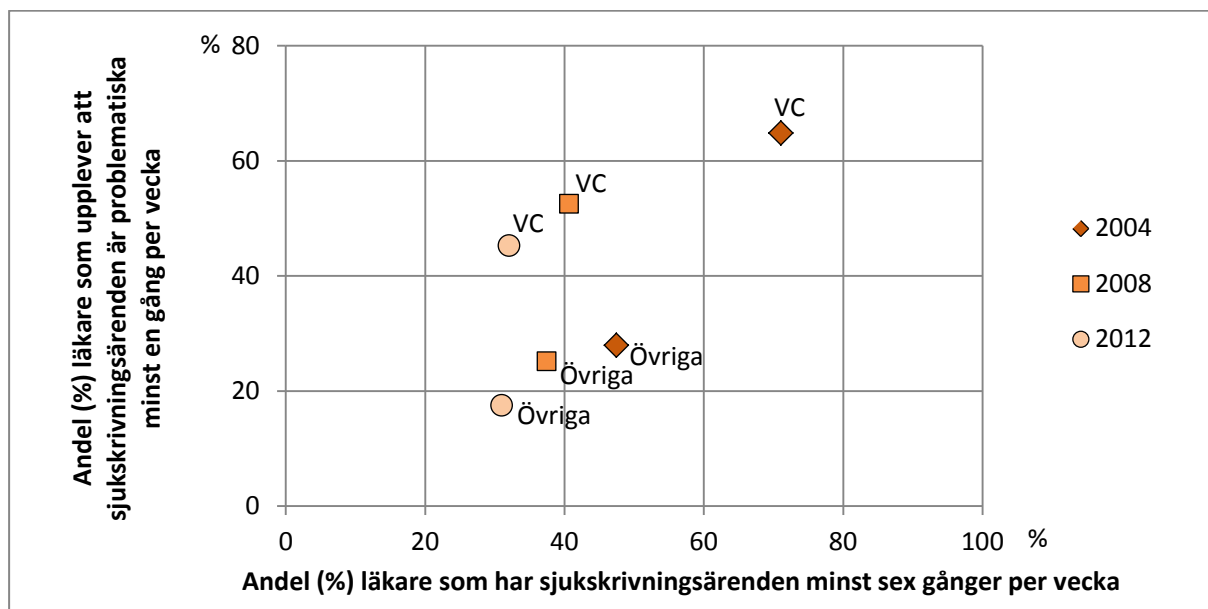
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

I Figur 53 visas en tydlig trend; andelen läkare som angav att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka var mindre 2012 och 2008 jämfört med 2004. Störst var skillnaden mellan 2004 och 2008 bland läkare på vårdcentraler (13 procentenheter mindre).



Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

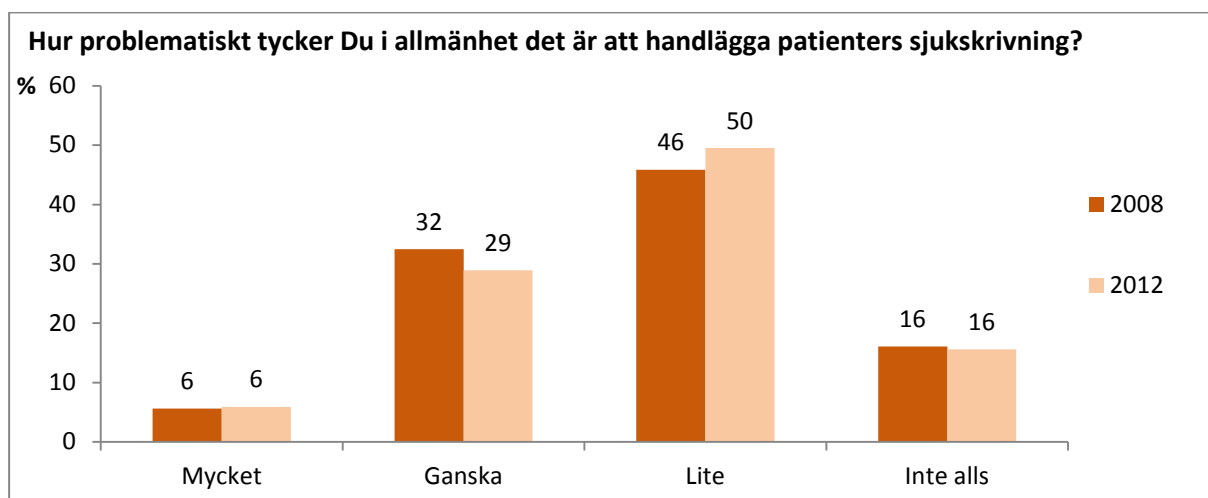
När andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen som upplevde att de var problematiska minst en gång per vecka syns vissa skillnader mellan de tre åren (Figur 54). Den övergripande tendensen är att ju större andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. I Figur 54 visas att skillnaden mellan 2008 och 2004 var störst för läkare på vårdcentraler.



Figur 54. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, år 2004, 2008 och 2012.

Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 55). Närmare 35 procent upplevde detta vara ganska eller mycket problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2004, år 2008 respektive 2012. (Frågan fanns inte med 2004.)

I enkäterna ställdes frågor om olika typer av problem relaterade till uppgifter i sjukskrivningsarbetet och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Tendensen var att en större andel läkare 2008 och 2012 jämfört med 2004, ansåg att de olika arbetsuppgifterna som visas i Tabell 29 är mycket problematiska. Att bedöma patientens arbetsförmåga och optimal sjukskrivningstid och -grad angavs som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet av läkarna alla tre åren. Att göra en handlingsplan/åtgärdsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen upplevdes inte alls vara problematiskt av en betydligt större andel läkare (33 %) 2012 jämfört med 2004 (16 %).

Tabell 29. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2004, 2008 och 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2004	3	35	49	13
	2008	12	37	37	14
	2012	11	35	40	14
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2004 ¹				
	2008	8	29	42	21
	2012	8	27	42	22
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2004	12	49	31	8
	2008	22	38	31	8
	2012	20	38	34	9
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2004	9	49	35	6
	2008	14	37	39	11
	2012	13	33	42	12
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2004	6	31	47	16
	2008	7	25	38	30
	2012	8	20	38	33
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2004 ¹				
	2008	18	39	29	14
	2012	20	34	33	13
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2004	14	47	30	9
	2008	17	34	34	14
	2012	15	35	34	16

¹ Frågan fanns inte med 2004.

Andelen läkare som angav att de upplever olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska varierade något mellan de tre enkätåren (Tabell 30). Andelen läkare som angav att hantering av de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig är mycket eller ganska problematiska var större 2012 och 2008 jämfört med 2004. I Tabell 30 visas även att en större andel läkare 2012 jämfört med tidigare år uppgav att det inte alls var problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning respektive att hantera situationer när det fanns en oenighet visavi patienten om behovet av sjukskrivning.

Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2004, 2008 och 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2004	2	29	52	17
	2008	4	18	48	29
	2012	4	21	46	30
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2004 ¹				
	2008	8	32	35	26
	2012	7	26	41	26
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2004 ¹				
	2008	9	31	38	23
	2012	12	26	40	22
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2004	19	47	27	7
	2008	13	32	38	17
	2012	12	34	36	18
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2004	7	33	43	17
	2008	13	28	35	24
	2012	14	26	36	25

Av Tabell 31 framgår att andelen läkare som tyckte det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan var större 2008 och 2012, jämfört med 2004. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg (FK7263) till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt för de två år frågan fanns med. År 2012 fanns svarsalternativet ”Ej aktuellt” med, och hela 31 procent angav detta svarsalternativ. Att hantera situationer när läkaren och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, upplevde endast en mindre andel läkare som mycket besvärligt. En betydande andel (45 % år 2008 och 39 % år 2012) angav att det inte var aktuellt.

Tabell 31. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2004 ¹					
	2008	4	14	34	48	
	2012	5	17	37	42	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2004	6	27	49	17	
	2008	11	26	38	25	
	2012	9	23	42	26	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ²	2004 ¹					
	2008	17	34	31	19	
	2012	15 (22)	25 (36)	23 (33)	6 (9)	31
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2004 ¹					
	2008	3	8	25	20	45
	2012	3	10	25	23	39

¹ Frågan fanns inte med 2004.

² År 2008 fanns inte svarsalternativet ”Ej aktuellt” för denna fråga. Siffrorna inom parentes visar andel läkare av dem som det är aktuellt för att skriva dessa intyg, det vill säga då de som svarat ”Ej aktuellt” är exkluderade ur analysen.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Av Tabell 32 framgår att andelen som uppgav att de minst en gång i veckan möter en patient som vill vara sjukskriven för någon annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada var något mindre 2008 och 2012 jämfört med 2004. Andelen som svarade att de i stort sett aldrig upplevde en sådan situation låg på i stort sett samma nivå under de tre åren. Andelen läkare som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskriver en patient utan att träffa denne var mindre 2008 och 2012 jämfört med 2004, och andelen som aldrig gjorde detta var även den mindre framförallt 2012.

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2004	20	29	31	21
	2008	14	30	34	22
	2012	12	29	36	23
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2004 ¹				
	2008	5	18	35	42
	2012	3	19	38	40
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2004 ¹				
	2008	10	30	43	17
	2012	8	28	49	15
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2004	10	24	39	27
	2008	6	21	43	29
	2012	7	18	42	33
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2004	23	24	24	28
	2008	15	23	30	32
	2012	13	28	32	27

¹ Frågan fanns inte med 2004.

Det var endast små skillnader mellan åren när det gäller andelen som angav att de åtminstone några gånger per år känner sig hotade av en patient eller känner oro för att bli anmälda av en patient kring sjukskrivning. I Tabell 33 visas att det fortfarande 2012 fanns en liten andel som minst någon gång i månaden kände sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.

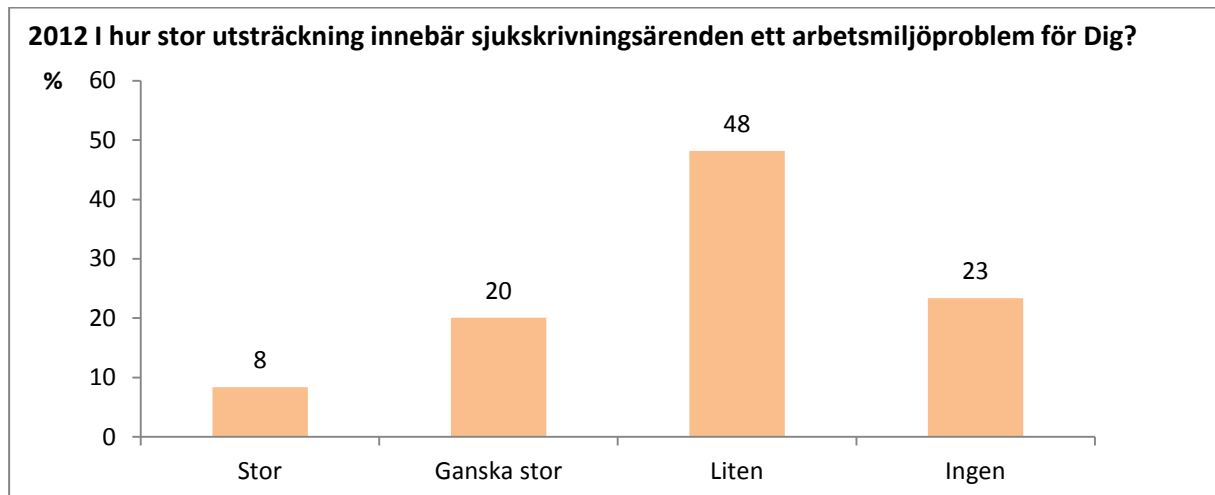
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2004	1	2	8	88
	2008	1	2	9	88
	2012	1	3	9	87
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2004	2	3	15	81
	2008	1	2	11	85
	2012	1	2	13	84
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2004 ¹				
	2008	1	1	6	92
	2012	0	1	6	93
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2004 ¹				
	2008	1	2	13	85
	2012	1	1	15	83

¹ Frågan fanns inte med 2004.

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

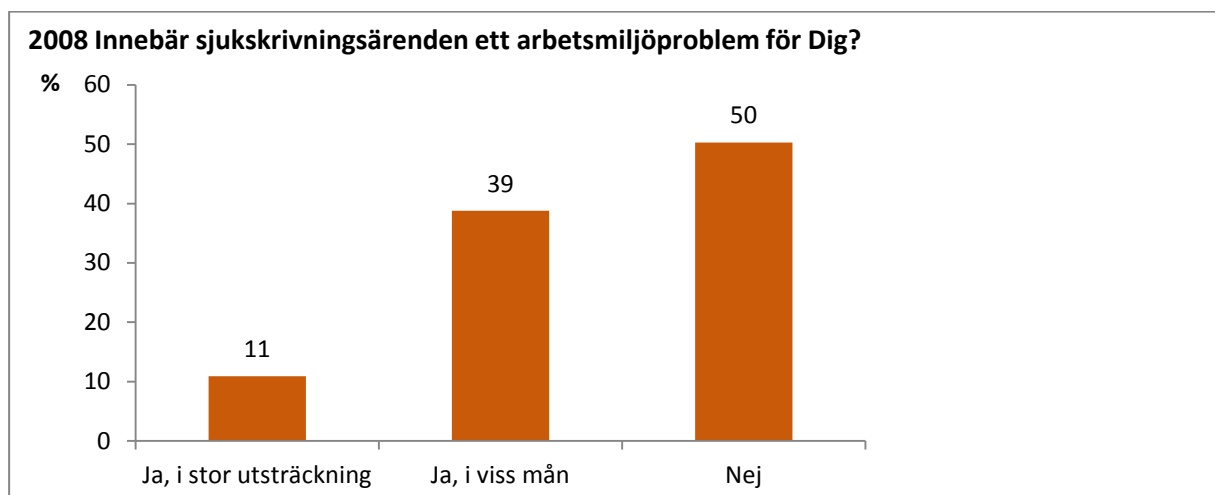
År 2008 inkluderade vi en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gjorde detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års enkät,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

År 2012 angav 28 procent av läkarna att sjukskrivningsärenden i ganska stor eller stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 56). En nästan lika stor andel, 23 procent, svarade att de inte alls upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, medan närmare hälften, 48 procent, upplever detta i liten utsträckning.



Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, svarade hälften av läkarna att de upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 57).



Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

I samtliga tre enkäter förekom frågor om att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt (Tabell 34). År 2012 angav en majoritet av läkarna att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen respektive i väntan på åtgärder hos arbetsgivaren. Även andelen läkare som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning respektive behandling inom sjukvården var något större 2012 jämfört med 2008 och 2004. I Tabell 34 framgår en trend över de tre åren; att andelen läkare som de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning, behandling och åtgärder blev allt större. Detta visas tydligast i att andelen läkare som *aldrig* sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan var 23 procentenheter större 2012 jämfört med 2004.

Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angett att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2004, 2008 och 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	3	17	24	29	27
	2008	2	11	22	34	30
	2012	0	8	21	38	32
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	14	21	23	40
	2008	1	6	16	24	53
	2012	0	4	9	24	63
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2004	1	5	18	22	54
	2008	1	3	10	22	65
	2012	0	3	6	24	66
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	6	18	28	47
	2008	0	3	10	26	60
	2012	0	3	7	24	65
... väntetider till behandling?	2004	3	16	26	31	23
	2008	2	9	25	38	26
	2012	1	8	21	39	31

Majoriteten av läkarna sjukskrev aldrig eller i stort sett aldrig längre än nödvändigt på grund av de anledningar som visas i Tabell 35. Andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var större 2012 jämfört med 2008. Två undantag från detta gällde dels orsaken ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering” och dels orsaken ”att tillgång till annan adekvat behandling/behandlar saknas”, där en något mindre andel angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt 2012 jämfört med 2008.

Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012. (Dessa frågor fanns inte med 2004.)

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	4	11	23	60
	2012	0	4	13	20	63
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	3	9	17	70
	2012	0	3	8	18	71
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	2	9	17	72
	2012	0	2	9	20	69
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	1	2	8	27	62
	2012	0	3	9	29	59
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	0	1	4	25	70
	2012	0	1	3	22	73
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	0	1	4	13	81
	2012	0	2	3	14	81
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	1	5	23	71
	2012	0	0	3	17	79

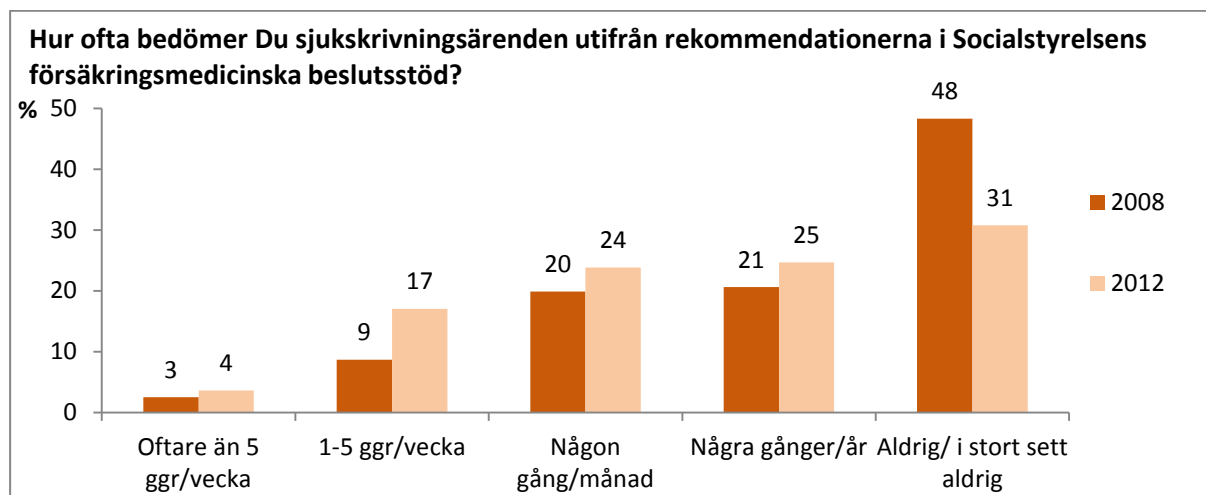
Frågan om sjukskrivning längre än nödvändigt på grund av att adekvat behandling saknas var 2004 en enda fråga, som 2008 och 2012 delades upp i två mer preciserade frågor. Detta gjordes för att få svar på om brist på tillgänglig kognitiv beteendeterapi (KBT terapeut) var en anledning till långa sjukskrivningsfall. I Tabell 36 presenteras en sammanslagning av de två frågorna från 2008 och 2012 (se metod sidan 22) för att kunna jämföra med 2004. Andelen läkare som uppgav att de ofta (dagligen, varje vecka) eller varje månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling till exempel kognitiv beteendeterapi saknas var mindre 2012 jämfört med 2008 och 2004. Såväl 2008 som 2012 sjukskrev en majoritet av läkarna, 61 procent, aldrig eller i stort sett aldrig längre än nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling till exempel kognitiv beteendeterapi sänkades jämfört med 2004 då 53 procent uppgav detsamma (Tabell 36).

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till svar på frågan om hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av tillgång till adekvat behandling t.ex. kognitiv beteendeterapi

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi)?	2004	2	8	18	19	53
	2008	1	4	12	22	61
	2012	0	3	11	25	61

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

När 2008 års läkarenkät skickades ut hade det gått ungefär ett år sedan det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes. Andelen läkare som angav att de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet var större 2012 jämfört med 2008. I Figur 58 visas störst skillnad för andelen läkare som uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet (17 procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008).



Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, 2008 respektive 2012.

På frågan om hur problematiskt det upplevs att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att många läkare förmodades inte ha börjat använda det ännu. År 2008 svarade 54 procent att de inte hade använt beslutsstödet. Bortfallet på frågan 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var åtta procent, vilket är dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten. Om de som svarade *"Har ej använt dem"* år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 37). En något större andel uppgav att de upplever det som mycket problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet 2012 jämfört med 2008. Även andelen som angav att de inte alls upplever det som problematiskt att skriva läkarintyg enligt det försäkringsmedicinska beslutsstödet var något större 2012 jämfört med 2008, 25 respektive 20 procent.

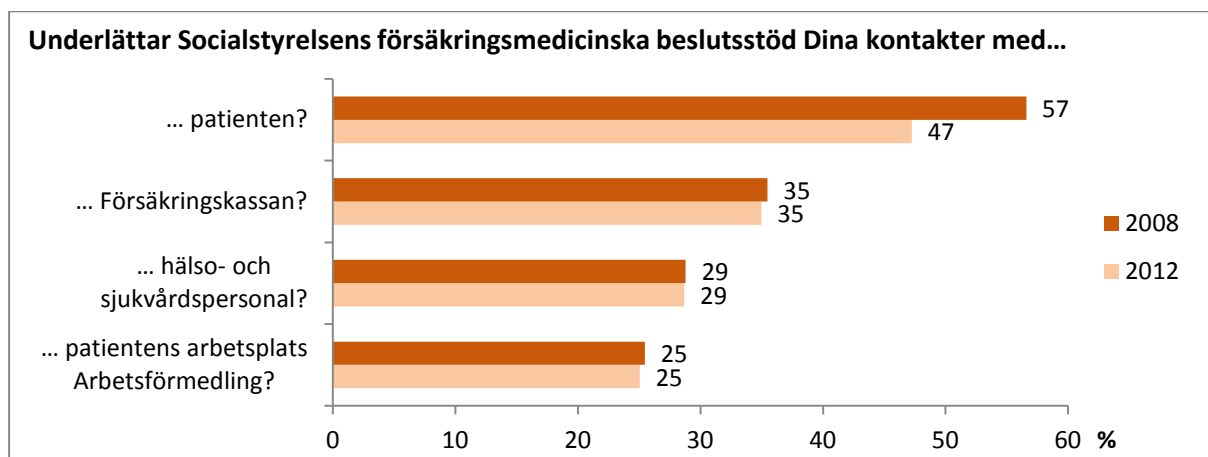
Tabell 37. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 ¹	3 (8)	11 (24)	22 (49)	9 (20)	54
	2012	10	26	40	25	- ²

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

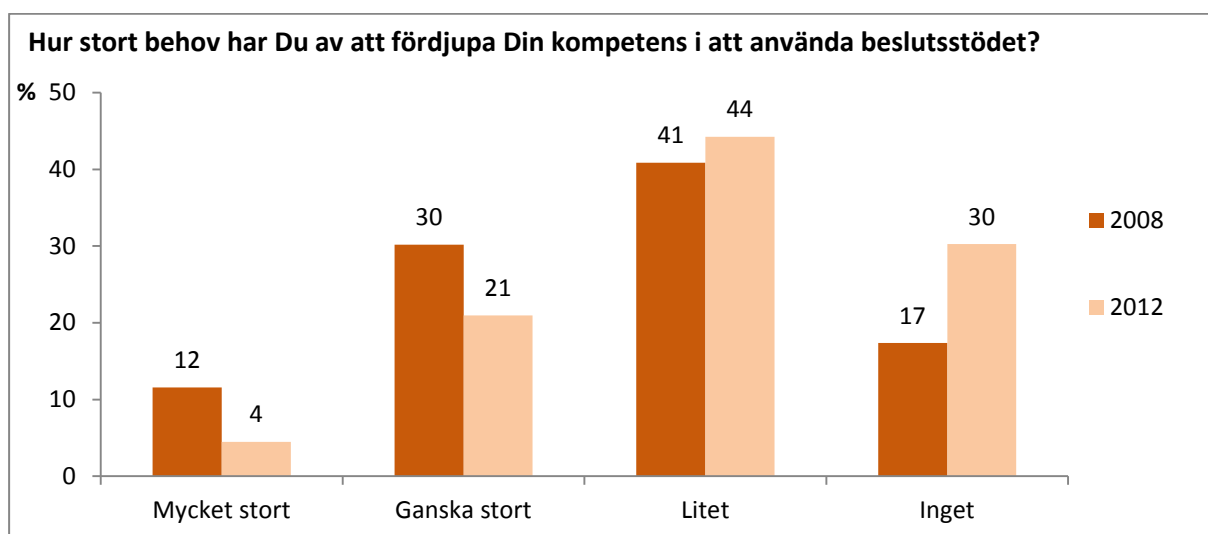
² Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

Att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med patienten angavs av störst andel läkare båda åren. Närmare hälften, 47 procent, menade fortfarande 2012 att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten jämfört med 57 procent 2008 (Figur 59). Andelen läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med Försäkringskassan, patientens arbetsplats, Arbetsförmedling respektive hälso- och sjukvårdspersonal var oförändrad mellan de två åren. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelat i två (se metod sidan 22). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade "Ja" år 2008.



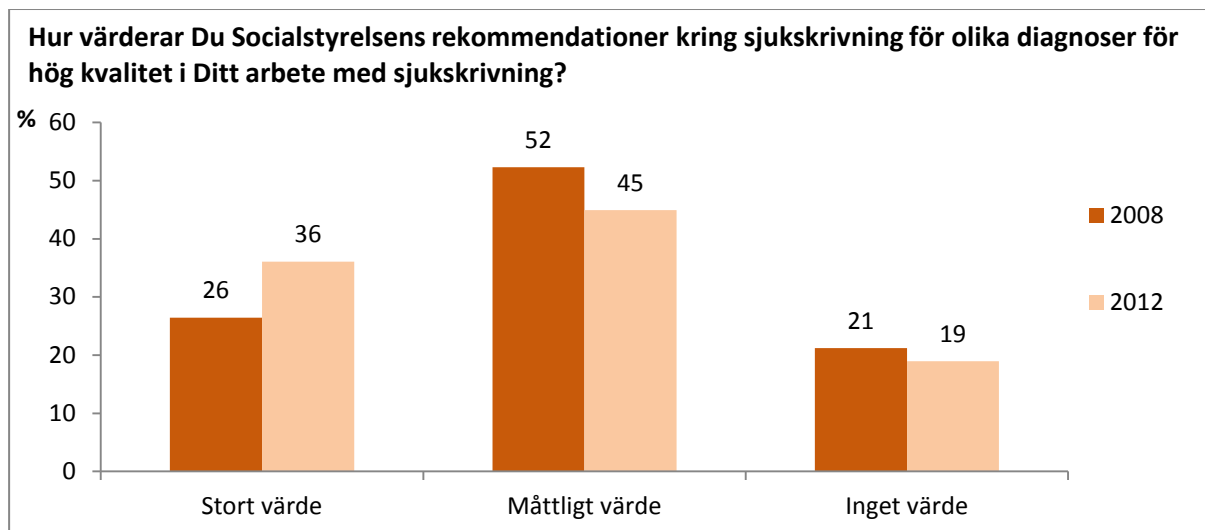
Figur 59. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var andelen som angav stort eller ganska stort behov av detta mindre 2012, jämfört med 2008 (Figur 60). En större andel, 30 procent, angav 2012 att de inte har något sådant behov jämfört med 2008, då 17 procent uppgav detsamma.



Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

År 2012 uppgav en större andel, 36 procent, att det sätter stort värde på det försäkringsmedicinska beslutsstödet för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning jämfört med 2008, då 26 procent uppgav detsamma (Figur 61). Ungefär var femte läkare uppgav, båda åren, att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte har något värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden.



Figur 61. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Samverkan och kontakter

Det var relativt små skillnaderna mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt (Tabell 38). Båda åren var det störst andel som hade internt samarbete, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Detta visas tydligast i att andelen läkare (21 %) som i sjukskrivningsärenden samarbetar ofta (varje vecka) med sjukgymnast eller arbetsterapeut var oförändrad mellan de jämförda åren. I det interna samarbetet ligger den största skillnaderna i hur ofta läkare samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden, där andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var sex procentenheter större 2012 jämfört med 2008.

I det externa samarbetet visas en skillnad i hur ofta läkarna eller deras vårdteam deltog i avstämningsmöten med arbetsgivare, där andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var mindre 2012 jämfört med 2008. Andelen läkare som ofta (varje vecka) saknade en person som samordnar åtgärder kring patienten var oförändrad mellan de jämförda åren.

Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012. (Dessa frågor fanns inte med 2004.)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	15	22	27	37
	2012	13	25	25	38
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	21	25	24	30
	2012	21	25	29	26
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	9	26	37	28
	2012	6	21	39	34
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	6	20	18	56
	2012	3	14	24	59
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	7	16	73
	2012	2	7	18	73
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	5	19	76
	2012	<0,5	4	17	78
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	2	8	30	60
	2012	1	7	32	60
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	11	18	29	42
	2012	11	20	31	39

En fråga om hur ofta läkare remitterade eller hänvisade patienter till företagshälsovården fanns med i alla tre enkäterna. Av Tabell 39 framgår att andelen läkare som remitterade eller hänvisade till företagshälsovården minst en gång i månaden halverades mellan 2004 och 2012, medan andelen som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta var 11 procentenheter större 2012 jämfört med 2004.

Tabell 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta man remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2004	4	19	34	43
	2008	2	11	35	52
	2012	2	9	36	54

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

Fem frågor om vilka faktorer som är viktiga för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar fanns med i alla tre enkäterna (Tabell 40). En något större andel menade att kontakter med försäkringsmedicinska rådgivare på Försäkringskassan har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet 2012 jämfört med 2008 och 2004. För övriga kontakter fanns en tendens till att en något mindre andel läkare angav att de har stort värde 2012 jämfört med 2004. Detta visas tydligast i att andelen läkare som angav att de sätter stort värde på kontakt med patientens arbetsgivare och arbetsplatsbesök för att ha hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar var åtta procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004 (Tabell 40).

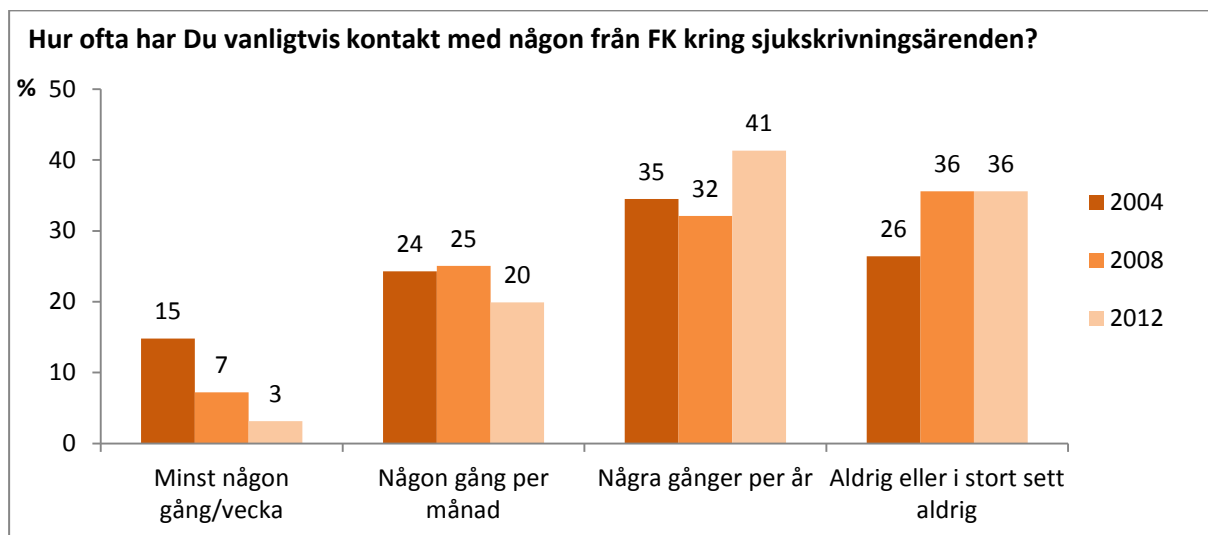
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	2004 ¹			
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	36	46	18
	2012	46	42	12
	2004	40	49	10
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	63	32	4
	2012	42	45	13
	2004	42	43	15
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	35	45	20
	2012	28	51	20
	2004	31	50	19
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	27	46	27
	2012	33	46	21
	2004	29	47	24
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	35	39	26
	2012	27	42	31
	2004	22	49	28
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	20	49	31
	2012	14	43	43
	2004 ¹			
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	30	50	20
	2012	21	50	28

¹ Frågan fanns inte med 2004.

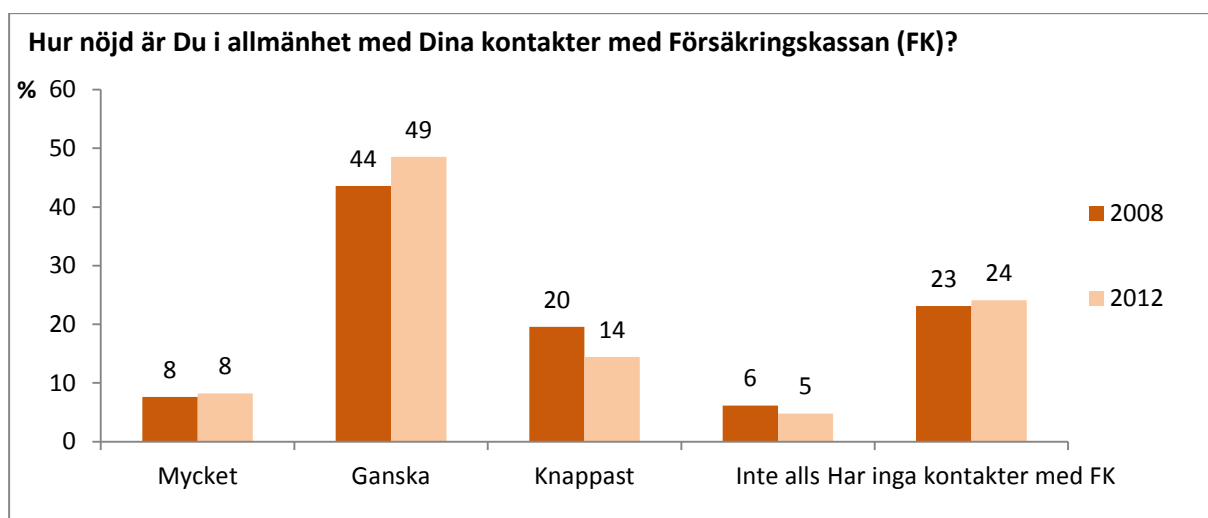
Kontakter med Försäkringskassan

Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkätens frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 100), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 102) respektive Samverkan och kontakter (sidan 104). Andelen läkare som hade kontakt med någon på Försäkringskassan minst någon gång per vecka var betydligt mindre såväl 2008 som 2012, jämfört med 2004 (Figur 62).



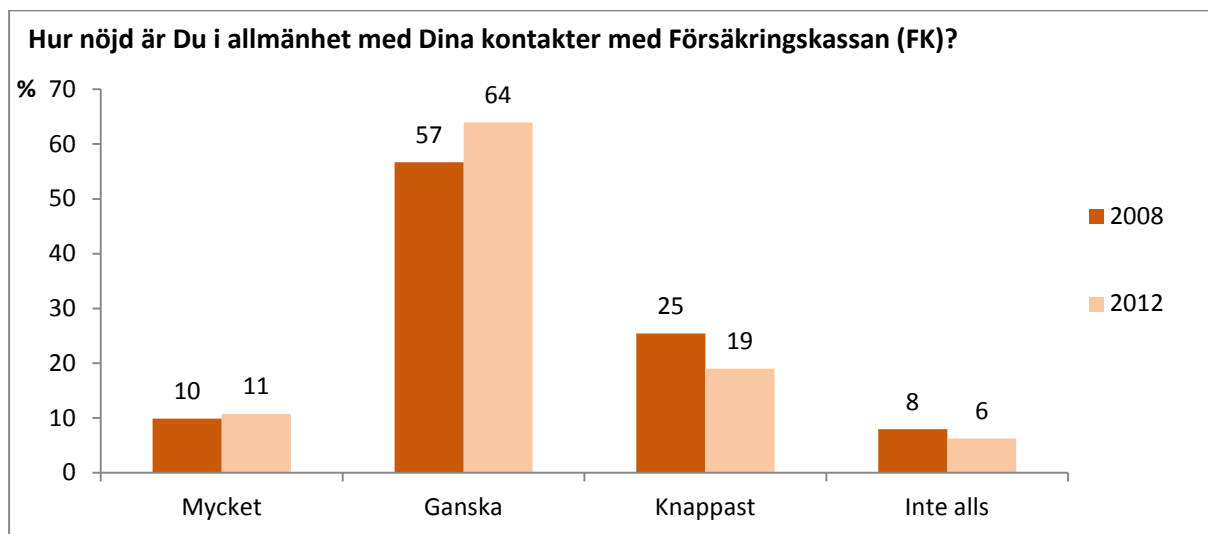
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.

Drygt hälften av läkarna svarade att de var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, såväl år 2008 som 2012 (Figur 63). Andelen som var ganska nöjda var något större, medan andelen som inte var nöjda var mindre år 2012, jämfört med 2008.



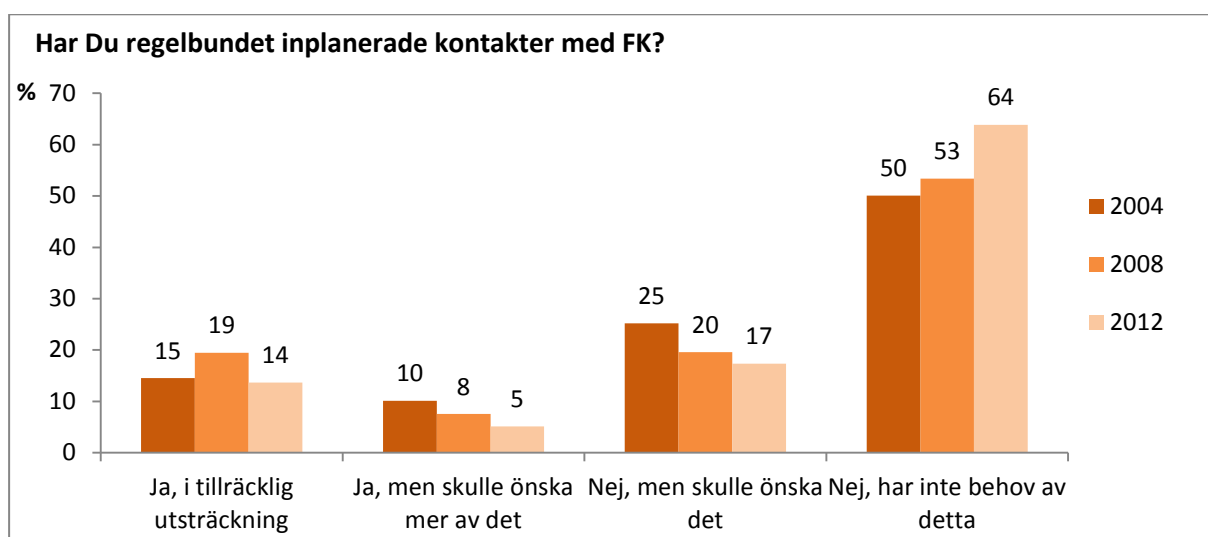
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (Frågan fanns inte med 2004.)

I Figur 64 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 63 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma, men en större andel angav att de var ganska nöjda 2012 jämfört med 2008.



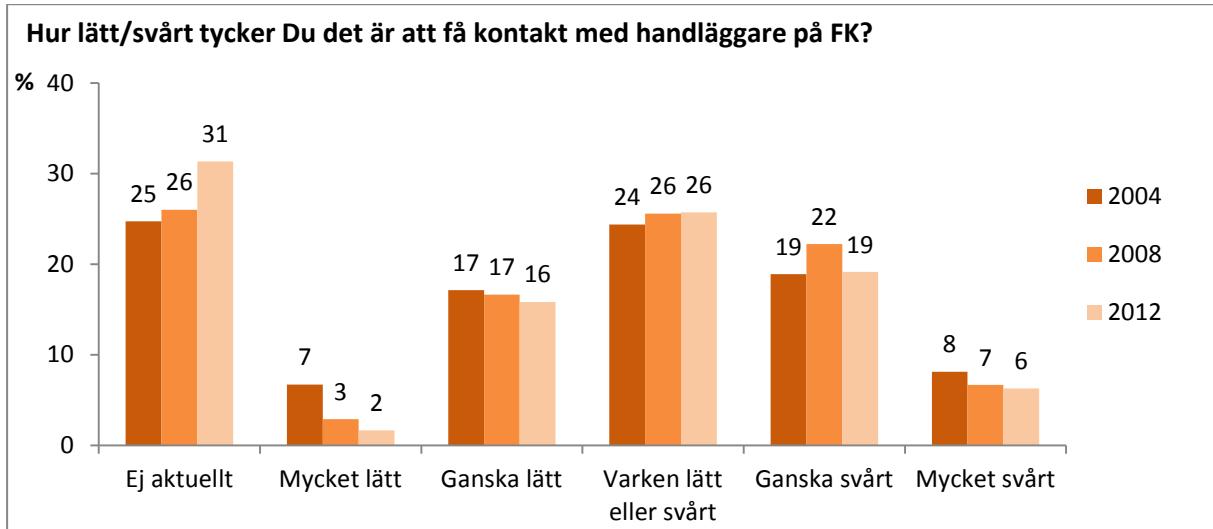
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.)

Andelen läkare som angav att de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan blev mindre under åren; 19 procent svarade detta 2012 jämfört med 25 procent 2004 (Figur 65). År 2004 angav 35 procent att de önskade fler inplanerade kontakter med Försäkringskassan (sammanslagning av "Ja, men skulle önska mer av det" och "Nej men skulle önska det"); år 2012 var motsvarande andel 22 procent. Andelen läkare som angav att de inte har behov av sådan kontakt blev successivt större under de tre åren och 2012 svarade 64 procent att de inte har behov av detta.



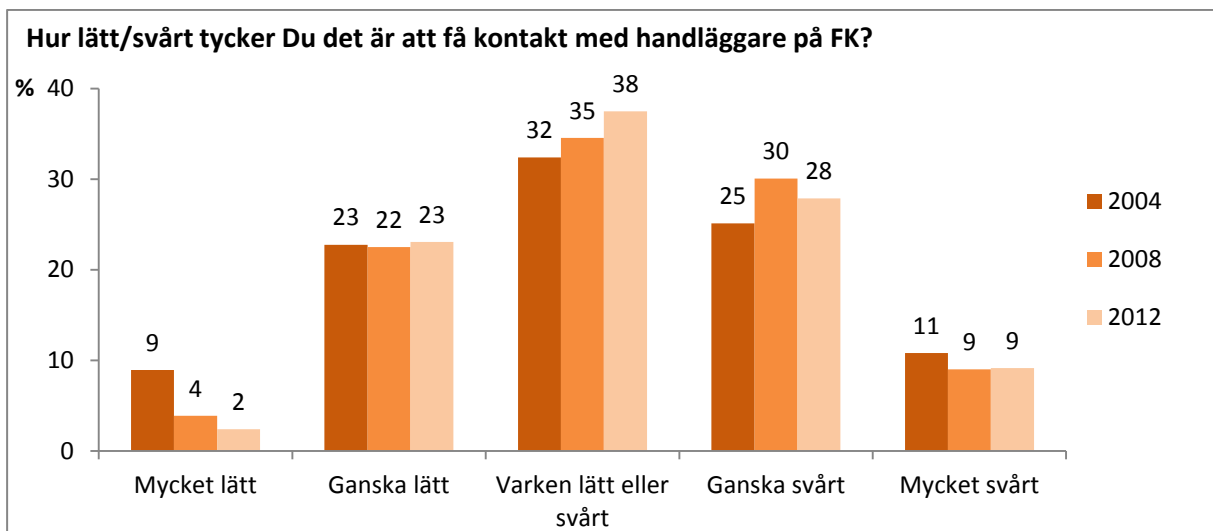
Figur 65. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012.

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte var aktuellt något större år 2012 (Figur 66). Andelen läkare som ansåg att det vara mycket lätt att få kontakt med handläggare Försäkringskassan var mindre 2012 och 2008 jämfört med 2004.



Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012.

I Figur 67 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 66, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma; andelen som upplevde det mycket lätt att få kontakt var mindre 2012 och 2008 jämfört med 2004.



Figur 67. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012.

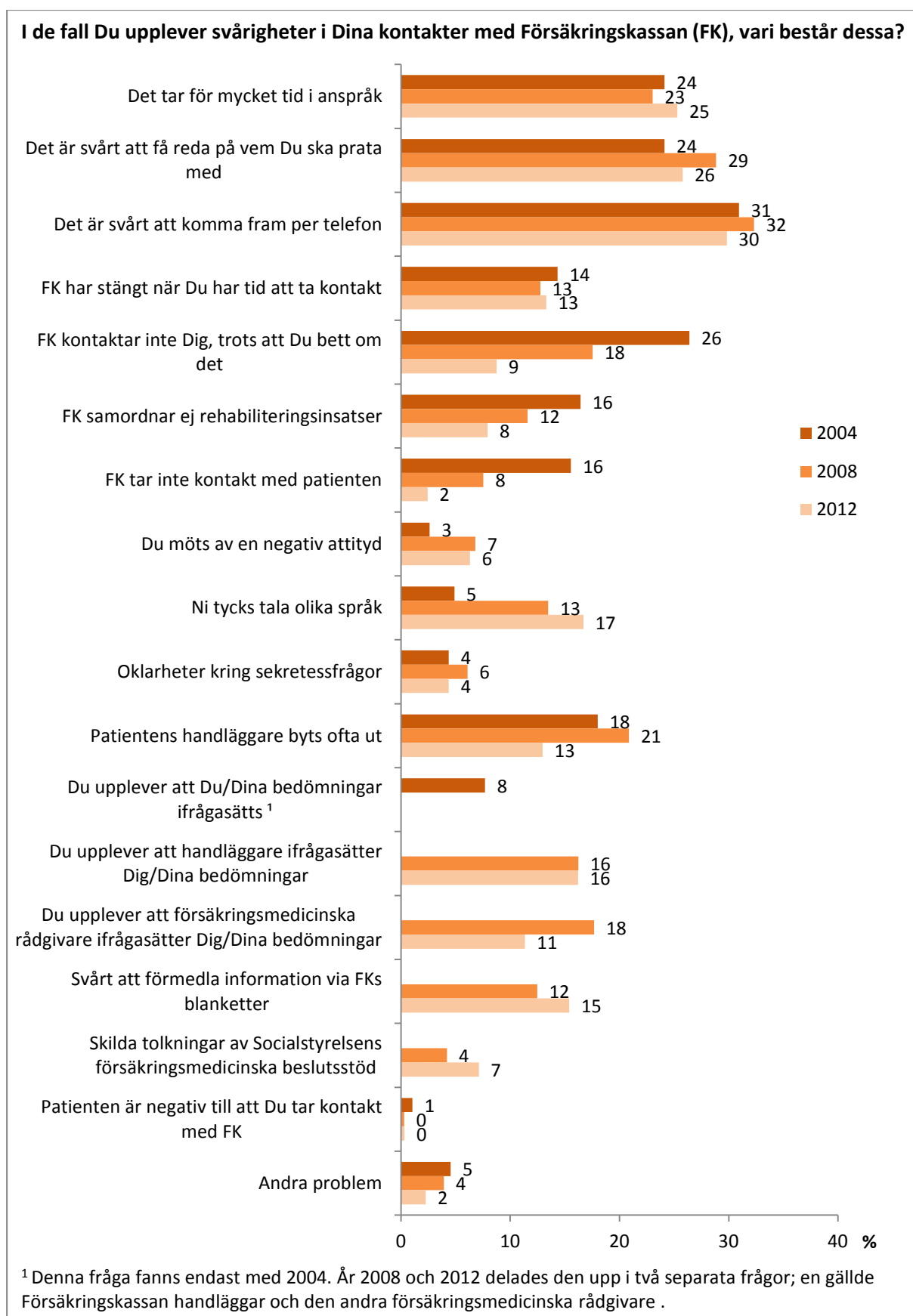
(De läkare som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats här.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

År 2008 och 2012 fanns svarsalternativet ”Upplever inga svårigheter” med på frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. Andelen läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var lika stor 2012 som 2008; 35 procent (visas ej i figur). I alla tre enkäterna efterfrågades huruvida läkarna upplever olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan och vari dessa i så fall består. I Figur 68 redovisas andelen läkare som upplevde sådana svårigheter respektive år. Andelen läkare som upplevde svårigheter som i huvudsak handlar om tillgänglighet hos Försäkringskassan ligger i stort sett på samma nivå alla tre åren. Den svårighet som störst andel läkare angav i kontakterna med Försäkringskassan var att det är ”svårt att komma fram i telefon”, detta uppgavs av var tredje läkare alla tre åren.

En successivt mindre andel svarade under åren att Försäkringskassan inte kontaktar patienten respektive läkaren själv samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser. Detta visas tydligast i att andelen läkare som angav att ”Försäkringskassan inte kontaktar Dig trots att Du bett dem” var sjuutton procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004 och att andelen läkare som angav att ”Försäkringskassan inte kontaktar patienten” var fjorton procentenheter mindre 2012 jämfört med 2004.

För en av de efterfrågade svårigheterna; ”att ni tycks tala olika språk” var dock andelen läkare som upplevde detta större såväl 2012 som 2008 jämfört med 2004. En mindre andel läkare upplevde 2012 jämfört med 2008 att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter dem och deras bedömningar. Av Figur 68 framgår även att en något större andel 2012 jämfört med 2008 upplevde att ”det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter” och att man gör ”skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet”.



Figur 68. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2004, 2008 och 2012.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i hantering av sjukskrivningsärenden ingick i samtliga tre enkäter. Dessa frågor handlade om hur man får sådan kompetens, vad man önskar mer kompetens inom samt hur olika läkare värderar olika alternativ för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. I enkäten 2004 formulerades det senare som ”kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden”. Några delfrågor har redovisats under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 102) respektive Kontakter och samverkan (sidan 106).

Kompetensutveckling

Andelen som ansåg att den formella utbildningen haft mycket stor betydelse för deras kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden var något större 2008 jämfört med 2004, och därefter något mindre 2012 jämfört med 2008 (Tabell 41).

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2004	4	15	40	41	- ¹
	2008	6	17	40	37	- ¹
	2012 ²	5 (6)	16 (16)	37 (43)	29 (33)	14
AT-utbildning	2004	7	22	40	23	8
	2008	9	22	37	19	13
	2012	8	23	37	16	16
ST-utbildning	2004	10	28	37	19	7
	2008	12	26	31	13	17
	2012	9	27	32	15	17
Utbildning i Försäkringskassans regi	2004	5	15	26	38	16
	2008	7	20	21	24	28
	2012	4	19	24	14	39
Vidareutbildning i landstingets regi	2004 ³					
	2008	4	17	24	28	27
	2012	4	9	21	18	48

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

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

³ Frågan fanns inte med 2004.

Behov av fördjupad kompetens

Under alla tre åren önskade en stor andel läkare mer kunskap inom följande områden; att bedöma arbetsförmåga, vilka krav som ställs i olika yrken och att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (Tabell 42). Andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens inom övriga försäkringsmedicinska områden var generellt mindre 2012 jämfört med 2008 och 2004.

Tabell 42. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
	2004 ¹				
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	14	34	37	14
	2012	11	32	42	16
	2004	11	36	42	11
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	19	37	31	13
	2012	13	35	38	14
	2004	11	37	42	10
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	16	35	35	14
	2012	11	36	37	15
	2004	12	41	38	9
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	14	37	37	12
	2012	10	32	44	14
	2004	9	31	43	16
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	7	22	44	27
	2012	6	17	43	33
	2004	4	16	55	26
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	3	13	52	32
	2012	3	14	47	35
	2004	6	35	43	17
Utforma optimala handlingsplaner	2008	8	34	39	20
	2012	7	25	41	27
	2004	2	25	53	20
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	4	19	51	26
	2012	5	13	47	36

¹ Frågan fanns inte med 2004.

Andelen som angav mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet var något mindre 2012 jämfört med 2008 och 2004, dock var andelen som angav sådant behov fortsatt stor även 2012; 50 procent. Andelen som angav mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen och om privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har, var oförändrad över de tre åren (Tabell 43).

Tabell 43. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2004	8	38	42	11
	2008	11	34	41	15
	2012	10	30	42	19
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	2004	16	44	30	10
	2008	16	42	27	15
	2012	15	35	33	17
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2004	10	31	39	19
	2008	11	30	37	22
	2012	12	30	36	23

Av Tabell 44 framgår en trend över de tre åren; att andelen läkare som angav att de har mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens om såväl egna som andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden blev successivt mindre under de tre åren (Tabell 44). Fortfarande, år 2012, uppgav dock närmare hälften av läkarna ganska eller mycket stort behov av fördjupad kompetens om Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens respektive arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

Tabell 44. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2004	12	43	37	8
	2008	9	35	43	12
	2012	8	28	47	16
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	14	49	30	7
	2008	13	41	35	12
	2012	11	35	38	16
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	17	46	31	6
	2008	12	41	36	11
	2012	13	35	36	16
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2004	17	49	27	7
	2008	12	44	31	13
	2012	12	36	36	16
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2004 ¹				
	2008	12	36	34	18
	2012	10	29	40	21

¹Frågan fanns inte med 2004.

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Den största skillnaden mellan de jämförda åren var att en större andel läkare år 2012 angav att de satte stort värde på handledning, 44 procent jämfört med 22 procent, 2004. Andelen läkare som svarade att det är värdefullt med information via Internet, att ha ett forum för reflektion och kurser i försäkringsmedicin blev allt större under åren (Tabell 45).

Tabell 45. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2004	22	48	30
	2008	30	49	20
	2012	44	37	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2004	16	59	25
	2008	14	57	28
	2012	15	62	23
Information via Internet	2004	15	52	33
	2008	18	55	26
	2012	28	54	18
Kurser i försäkringsmedicin	2004 ¹			
	2008	29	44	27
	2012	39	43	18
Kurser i konflikthantering	2004 ¹			
	2008	15	38	48
	2012	20	38	42
Konferenser, seminarier	2004	24	48	28
	2008	16	48	36
	2012	20	49	32
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2004 ¹			
	2008	21	42	37
	2012	28	36	37

¹Frågan fanns inte med 2004.

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 46. Andelen som ansåg att ”ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning” var stor vid alla tre enkäterna. Närmare hälften av läkarna angav att de sätter stor värde på ”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten”, för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning såväl 2008 som 2012.

Tabell 46. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	2004 ¹			
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	23	40	37
	2012	21	40	39
	2004 ¹			
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	24	40	36
	2012	22	39	39
	2004 ¹			
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	45	40	15
	2012	47	37	16
	2004	44	39	17
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	43	38	20
	2012	46	38	15
	2004 ¹			
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	21	28	51
	2012	22	27	50

¹ Frågan fanns inte med 2004.

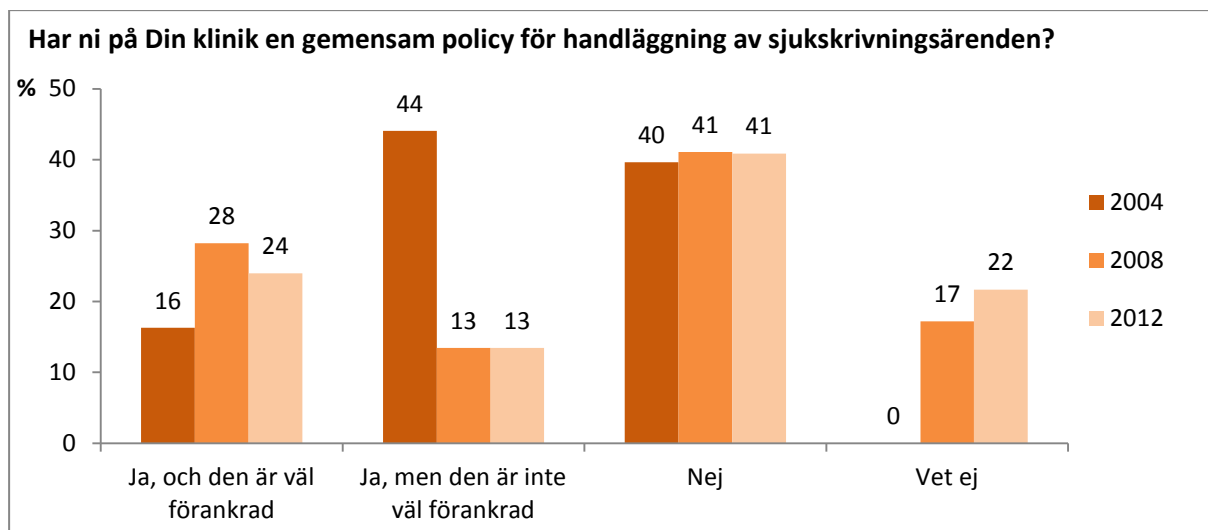
Andra frågor om hur olika faktorer värderas för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 102) och Samverkan och kontakter (sidan 106).

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Frågor som förekom i samtliga tre enkäter och som anknyter till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning inkluderade följande områden; om det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen, om läkaren har stöd från den närmaste ledningen i handläggningen av sjukskrivningsärenden. År 2008 och 2012 ställdes även frågor om tid för arbetet med sjukskrivningsärenden.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

År 2012 uppgav en något lägre andel att det finns en gemensam policy som är väl förankrad jämfört med 2008 och 2004, samtidigt som en avsevärt större andel svarade att det finns en policy men att den inte är väl förankrad (Figur 69). Andelen som uppgav att en sådan policy inte finns var på samma nivå alla tre åren. Som framgår av metodavsnittet (sidan 22) är frågorna och svaren inte helt jämförbara mellan åren. De svarsalternativ som tillkom 2008 och 2012 var "Vet ej" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet". Svarsalternativet "vet ej" redovisas i Figur 69 för dessa år. De läkare som angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" (2 % 2008, 1 % 2012) har exkluderats i analyserna.



Figur 69. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012. De läkare som svarade ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet” är exkluderade här.

År 2012 angav en fjärdedel (24 %) att det på deras klinik/mottagning finns en väl förankrad policy jämfört med 2008 så denna andel var något större (28 %) och 2004 då denna andel var mindre (16 %). Alla tre åren angav en betydligt större andel läkare på vårdcentraler jämfört med läkare inom övriga verksamheter att det finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden (Tabell 47).

Tabell 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.

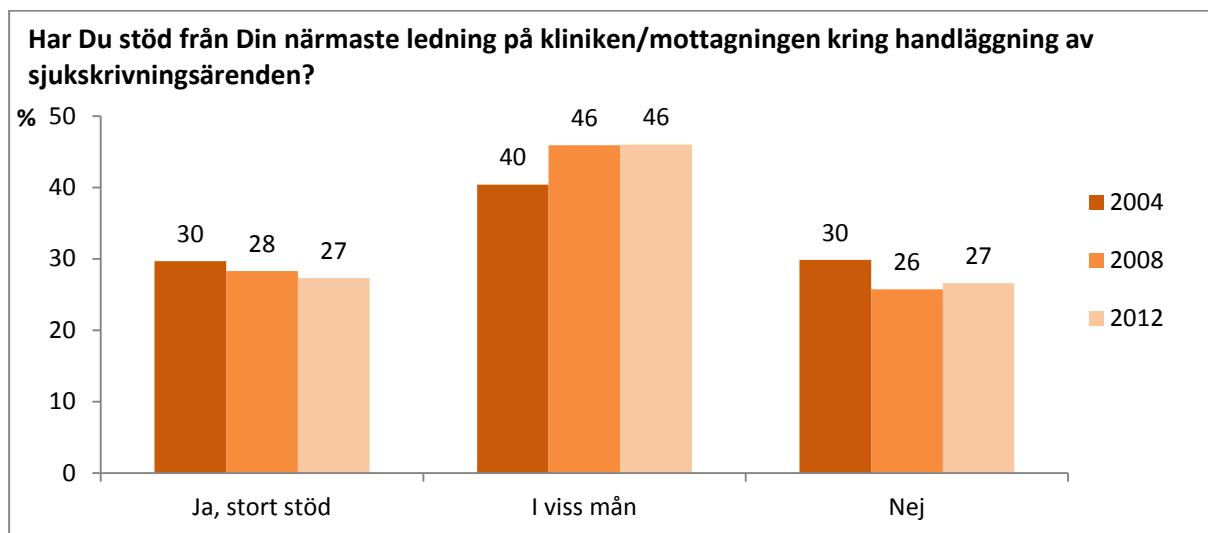
		Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Vårdcentral	2004	28	51	21	- ¹	- ¹
	2008	56	15	17	13	1
	2012	39	15	26	21	0
Övriga läkare	2004	12	42	47	- ¹	- ¹
	2008	16	12	50	19	2
	2012	18	13	47	22	1
Samtliga	2004	16	44	40	- ¹	- ¹
	2008	28	13	40	17	2
	2012	24	13	41	22	1

¹ Svarsalternativet fanns inte med 2004

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Inte heller på frågan om läkaren känner stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var svarsalternativen exakt lika alla tre åren, men skillnaderna bedöms

inte kunna förändra resultatet mer än marginellt. Två svarsalternativ lades till 2008 och 2012; ”Ej aktuellt, har ingen chef” och ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet”. Svaren på dessa två alternativ har hanterats som bortfall (5 % angav något av dessa svarsalternativ 2008 och 4 % 2012). Skillnaden mellan de tre åren var marginell. En något större andel 2008 och 2012, jämfört med 2004 angav att de upplever visst stöd i arbetet med sjukskrivning, medan en något mindre andel angav att de upplever stort stöd under dessa år (Figur 70).



Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012. De läkare som svarade ”Ej aktuellt...” är exkluderade här.

Alla tre åren angav en betydligt större andel läkare på vårdcentraler att de upplever sig ha stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden jämfört med andelen läkare inom övriga verksamheter (Tabell 48). Under dessa tre år var andelen läkare som angav sig uppleva visst stöd i detta arbete var i stort sett oförändrad.

Tabell 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.

		Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Vårdcentral	2004	46	36	18	- ¹	- ¹
	2008	42	43	12	2	0
	2012	39	46	13	2	0
Övriga läkare	2004	23	42	35	- ¹	- ¹
	2008	20	44	30	6	1
	2012	21	44	31	4	1
Samtliga	2004	30	40	30	- ¹	- ¹
	2008	27	43	24	5	1
	2012	26	44	26	4	0

¹ Svarsalternativet fanns inte med 2004

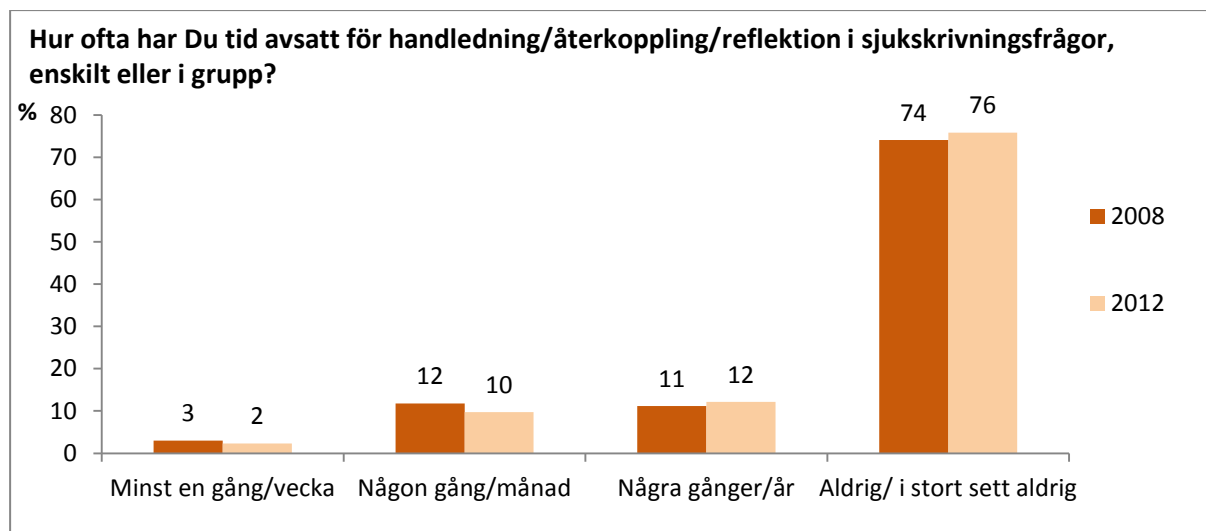
Tid till arbete med sjukskrivning

Andelen läkare som angav att de varje dag upplever tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden var något mindre 2012 jämfört med 2008. Både 2008 och 2012 svarade en tredjedel av läkarna att de upplever tidsbrist varje vecka när det gäller patientrelaterad tid. På motsvarande sätt uppgav 34-35 procent av läkarna 2008 och 2012, att de varje vecka upplever tidsbrist när det gäller tid för patienten (Tabell 49).

Tabell 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	23	34	18	9	17
	2012	21	35	18	11	15
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	33	31	16	9	10
	2012	27	33	18	13	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	32	26	15	11	15
	2012	24	22	19	16	18

Närmare 75 procent, det vill säga tre av fyra läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 71).



Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

Sammanfattning om skillnader mellan 2004, 2008 och 2012

Den övergripande tendensen är att ju större andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Generellt var skillnaderna i läkarnas svar större mellan 2004 och 2008, jämfört med mellan 2008 och 2012.

År 2012 hade en något mindre andel läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, en trend som påbörjades redan under 2008. Detta kan hänga samman med den kraftiga minskningen av antalet sjukskrivna personer alltsedan 2003. Det finns även en tydlig trend som visar att en mindre andel läkare varje vecka upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt jämfört med 2008 och 2004. Under de tre åren var dock andelen läkare som fann det mycket eller ganska problematiskt att bedöma patientens arbetsförmåga oförändrad.

Andelen läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde i arbetet med sjukskrivningar var klart större 2012 jämfört med 2008. Hälften ansåg att det underlättar kontakten med patienten.

När det gäller vissa patientrelaterade situationer såsom att hantera situationer när läkarens åsikt skiljer sig från patientens om behovet av sjukskrivning upplevdes problemen mindre allvarliga 2012 jämfört med tidigare år. Det finns en trend över de tre åren som visar att andelen läkare som uppgav att de minst en gång i veckan sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning, behandling och åtgärder blev allt mindre under de tre åren. Tendensen var tydligast vad gäller andelen som sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider hos Försäkringskassan.

Det var relativt små skillnaderna mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt. Såväl 2008 som 2012 var det störst andel läkare som hade internt samarbete, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården.

Under alla tre åren uppgav läkarna att det var svårt att komma i kontakt med Försäkringskassan, till exempel att komma fram per telefon. År 2012 jämfört med tidigare år rapporterade en betydligt större andel läkare svårigheter i kontakten med Försäkringskassan utifrån att man "talar olika språk". Resultaten visar även en tydlig trend av minskade antal läkare som upplever svårigheter 2012 jämfört med åren innan genom att en mindre andel läkare rapporterade att man inte blev kontaktad trots att man bett om det, att Försäkringskassan inte samordnade rehabiliteringsinsatser, och inte tog kontakt med patienten.

Behov av kompetensutveckling var generellt mindre 2012 jämfört med tidigare år, samtidigt uttrycker en majoritet av läkarna även år 2012 behov av fördjupad kompetens till exempel för att bedöma arbetsförmåga och vilka skyldigheter andra aktörer har i samband med en sjukskrivning. En större andel läkare angav 2012 jämfört med 2008 att de satte stort värde på handledning, kurser i försäkringsmedicin samt ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning.

Slutkommentar

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

De tre olika enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika typer av kliniska verksamheter eller olika landsting. Då data är avidentifierade är det inte möjligt att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna. För hela landet var svarsfrekvensen 58 procent år 2012 och har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 59 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären år 2008 och 2012 var mycket omfattande, 183 respektive 163 frågor, vilket kan ha påverkats av svarsfrekvenserna.

Många läkare har kontaktat oss och berättat att de har fått ett stort antal andra enkäter att besvara under denna enkäts insamlingsperiod, vilket minskat deras beredvillighet att svara. För Östergötland var svarsfrekvens, 62 procent högre än för hela landet och något lägre jämfört med 2004 och 2008 (från 65 till 72 %), vilket får betecknas som en förhållandevis god svarsfrekvens. Vi har ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmönstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade, till exempel vad gäller olika typer av problem i handläggning av sjukskrivningsärenden eller förekomst av organisatoriskt stöd. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att juniora läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har fått frågeformuläret, då de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste man väga betydelsen av att använda exakt samma frågeformuleringar i varje enkät mot värdet av att försöka förbättra frågornas utformning. Som framkommit tidigare i rapporten är forskningen om läkares arbete med sjukskrivning ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade och brett prövade frågeformulär att tillgå. I stället har kunskap genererats i analyserna av de tidigare enkäterna, både i studier av de fasta svarsalternativen och av de öppna svaren. Baserat på dessa har vi modifierat några frågor vad avser formulering eller svarsalternativ. Detta innebär i vissa fall en begränsning när det gäller jämförelser mellan åren, och hur vi har hanterat detta beskrivs i metod delen. För att fånga effekterna av nya fenomen, till exempel det nyligen införda systemet med möjlighet till elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, har nya frågor utvecklats. För att inte mängden frågor ska bli alltför stor har därför några tidigare frågor inte tagits med i 2012 års enkät.

Ytterligare en metodfråga är skillnaderna i urval mellan de tre åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (det vill säga <65 år 2004, ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som översteg en viss ålder exkluderas. I en särskild analys av svarsmönstret för dem som var över 65 år när de svarade på 2008 års enkät fann vi att deras svarsmönster inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år (125). Skillnaderna var ofta stora mellan olika typer av kliniker. Detta var väntat, då det ofta finns avsevärda skillnader mellan olika typer av verksamheter vad gäller diagnospanorama och patienters behov, till exempel mellan vårdcentraler och övrig verksamhet. Det innebär också att behov av till exempel det försäkringsmedicinska beslutsstödet skiljer sig åt. År 2012 har färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukskrivningar i Sverige sedan 2003. Slående är de relativt få skillnader mellan åren i

svarsmönstret för flera av de områden enkäterna täcker, särskilt vid beaktande av de många åtgärder som vidtagits inom sjukskrivningsområdet de senaste tio åren (se bakgrundsavsnittet sidan 8).

När det gäller jämförelser över tid var det i de flesta fall större skillnader i svarsmönstret mellan 2004 och 2008 än mellan 2008 och 2012. Våra resultat visar att andelen läkare som upplever olika typer av problem minskat endast i vissa avseenden, trots färre sjukskrivningsfall och trots de stora satsningar som gjorts inom området. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad arbetet med sjukskrivningsärenden innebär. De tydligare kraven på funktions- och arbetsförmågebedömningar från Försäkringskassan kan ha lett till andra typer av problem, vilket bland annat den större andelen som upplever vissa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan kan tyda på. Även om interventioner riktats till även andra yrkesgrupper som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning har merparten av interventioner, för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsarbete, riktats till läkare som arbetar på vårdcentraler eller husläkarmottagningar. Resultaten visar att vårdcentralsläkare trots detta fortfarande 2012 på ett antal områden upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än läkare inom övriga verksamheter.

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna vara ett resultat av genomförda insatser. Samtidigt uttrycker en majoritet av läkarna även år 2012 behov av fördjupad kompetens till exempel för att bedöma arbetsförmåga och vilka skyldigheter andra aktörer har i samband med en sjukskrivning. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 39 procent anser att kurser i försäkringsmedicin har stort värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, och att motsvarande siffra var 43 procent för handledning i hantering av dessa ärenden, kan till exempel tyda på detta.

Den modesta skillnaden mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden skulle även den kunna bero på att olika interventioner kan ha medfört en ökad medvetenhet om vad denna typ av organisatoriskt stöd kan innebära, vilket i sin tur kan medföra krav på sådant stöd. Andra delförklaringar kan vara att genomförda interventioner inte haft förväntad effekt, eller inte utvärderats i tillräcklig omfattning. En annan sannolik förklaring kan vara att det i allmänhet tar lång tid innan förändringar implementeras på olika nivåer i en organisation, särskilt på verksamhetsnivå, vilket är det som efterfrågats i enkäterna.

Tabellförteckning

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012.	18
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Östergötlands landsting uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.	21
Tabell 3. Antal svarande läkare i de olika typer av klinik/mottagning/verksamhet som angavs i enkäten.	30
Tabell 4. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga läkare respektive uppdelat på vårdcentraler och övriga.	31
Tabell 5. Antal och andel svarande läkare i de olika typerna av klinik/mottagning som angavs i enkäten.	36
Tabell 6. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på läkare på Vårdcentraler och Övriga läkare... ..	37
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	43
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	45
Tabell 9. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	47
Tabell 10. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	48
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna. ..	49
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.	50
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.	53
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.	54
Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra ...	59
Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer.	60
Tabell 17. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	62
Tabell 18. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	75
Tabell 19. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	76

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta ovan listade områdena.....	77
Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem.....	78
Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.....	78
Tabell 23. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	79
Tabell 24. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	80
Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.....	83
Tabell 26. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008 respektive 2012.....	88
Tabell 27. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister.....	89
Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	91
Tabell 29. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2004, 2008 och 2012.....	94
Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2004, 2008 och 2012.....	95
Tabell 31. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.....	96
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.....	97
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 respektive 2012.....	98
Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angett att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2004, 2008 och 2012.....	100
Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012. (Dessa frågor fanns inte med 2004.).....	101
Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till svar på frågan om hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av tillgång till adekvat behandling t.ex. kognitiv beteendeterapi.....	101
Tabell 37. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.....	102

Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012. (Dessa frågor fanns inte med 2004.).....	105
Tabell 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta man remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008 respektive 2012.....	105
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2004, 2008 respektive 2012.	106
Tabell 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.	112
Tabell 42. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.	113
Tabell 43. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.	114
Tabell 44. Andel (%) läkare som hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004, 2008 och 2012.	114
Tabell 45. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012.....	115
Tabell 46. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	116
Tabell 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.	117
Tabell 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.	118
Tabell 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	119

Figurförteckning

Figur 1. En översiktsbild för illustration av de tre olika avsnitten i rapporten: röd, blå respektive aprikos.....	26
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare, uppdelat på kvinnor och män.	32
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män. ..	32
Figur 4. Andel (%) läkare med ingen, en, två eller minst tre specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	33
Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.....	34
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	37
Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	38
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	38
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	39
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.....	39
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	40
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.....	41
Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.....	41
Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.....	42
Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning.....	47
Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning.....	51
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.....	51
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	55
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstöd.	55

Figur 20. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.	56
Figur 21. Andel (%) läkare som upplever svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av försäkringsmedicinskt beslut	56
Figur 22. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.	57
Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.	57
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.	60
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. (De som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är exkluderade här.)	61
Figur 26. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	63
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.	64
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	65
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De som svarade "Har inga kontakter med FK" har exkluderats här.	65
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan.	66
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan.	66
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. (De 31 % som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.)	67
Figur 33. Andel (%) läkare som uppgav att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan.	67
Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).	68
Figur 35. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263)	69
Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg.	70
Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen"	70

Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller.....	71
Figur 39. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller.....	71
Figur 40. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad.	72
Figur 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.	74
Figur 42. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=443).	75
Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. ...	81
Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.	82
Figur 45. Andel som upplevde det mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera sådan tidsbrist.	83
Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.	84
Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning.....	85
Figur 48. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.	89
Figur 49. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008 respektive 2012.	90
Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare. (Frågan fanns inte med 2004.).....	90
Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008 och 2012.....	91
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.....	92
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare... ..	92
Figur 54. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, år 2004, 2008 och 2012.	93

Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2004, år 2008 respektive 2012. (Frågan fanns inte med 2004.).....	93
Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.	99
Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.	99
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, 2008 respektive 2012.....	102
Figur 59. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.....	103
Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.	103
Figur 61. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	104
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012.	107
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (Frågan fanns inte med 2004.).....	107
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.).....	108
Figur 65. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012.	108
Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012.	109
Figur 67. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004, 2008 och 2012. (De läkare som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats här.)	109
Figur 68. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2004, 2008 och 2012.	111
Figur 69. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" är exkluderade här.	117

Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008 och 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt..." är exkluderade här..... 118

Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012. 119

Referenser

1. Alexanderson K, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsson H, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan, Länskontoren i Stockholm och Östergötland. 2005.
2. Söderberg E, Södersten E, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008. Linköpings Universitet och Karolinska Institutet. 2009.
3. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning; förutsättningar och problem Stockholm: Försäkringskassan. 2011.
4. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, et al. Läkares erfarenhet av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet. 2013.
5. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2010:107.
6. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
7. Alexanderson K, Marklund S, Mittrendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
8. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens Folkhälsoinstitut. 2004.
9. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
10. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
11. Socialförsäkringsbalken, (SFS 2010:110), (2010).
12. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Stockholm.: Socialdepartementet. 2008.
13. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
14. Nilsing Strid E. The Sick Leave Process - Sick Leave Guidelines, Sickness Certificates and Experiences of Professionals. (Doktorsavhandling). Linköping: Linköpings Universitet; 2013.
15. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5. Stockholm: Socialdepartementet. Slutbetänkande Del I och II.2002. Rapport Nr. 2002:5.
16. Tengland P-A. The concept of work ability. Journal of Occupational Rehabilitation. 2011(21:2):275-85.
17. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. Disability and Rehabilitation. 2011(33;15-16):1373-82.

18. Franche R-L, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, work place and insurance factors. . J Occup Rehab. 2002(12):233-56.
19. Ekberg K, Wåhlin C, Persson P, Bernfort L, Öberg B. Is mobility in the labor market a solution to sustainable return to work for some sicklisted persons? Journal of Occupational Rehabilitation. 2011(21):607-31.
20. Försäkringskassan. Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01-2010-07-01. Stockholm. 2010.
21. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skånér Y, et al. Sickness certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a county. BMC public health. 2010;10:752.
22. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A-S. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap. 2013.
23. Lindqvist R. Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering Umeå: Boréa Bokförlag; 2000.
24. Ståhl C, Mussener U, Svensson T. Sjukskrivningssystemet och dess aktörer - Efter införandet av rehabiliteringskedjan. Linköping: HELIX, Linköpings Universitet. 2012.
25. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2011.
26. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, för specifika diagnoser.från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. . Stockholm: Socialstyrelsen. 2012.
27. Härmed intygas att. En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges Läkarförbund. Stockholm.: Sveriges Läkarförbund. 2006.
28. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Löfgren A, Sundberg L, Östberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. 2005.
29. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. Scandinavian Journal of Social Welfare. 1997;6:301-9.
30. Söderberg E, Marnetoft S-U. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. Linköping och Östersund.: Försäkringskassan Östergötland, Linköpings Universitet, Försäkringskassan Jämtland, Mitthögskolan Östersund; 2004. Rapport Nr: 2004:2.
31. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. European Journal of Public Health. 1995;5:215-9.
32. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering Umeå: Umeå Universitet; 2001.
33. Ekberg K, Heide A, Petersson B. Förutsättningar för en effektiv selekteringsprocess i utredningsarbetet på försäkringskassan Stockholm: Försäkringskassaförbundet; 2002.

34. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Linköping: Institutionen för datavetenskap, Försäkringsmedicinskt centrum; 2003.
35. Söderberg E. Society-based strategies and management routines aimed at promoting return to work. In: Nielsen P, editor. Strategies for health. Linköping: Department of Health and Society, Linköping University; 2007.
36. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm.
37. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården 2005. Stockholm.
38. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi, och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm.
39. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm. 2006.
40. 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.
41. Wadell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO.2006.
42. Wadell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. Br Med Bull. 2006(77-78:1:55-69).
43. Engblom M, Rudebeck C-E, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. . Läkartidningen. 2005:3666-74.
44. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001(98:11):1261-4.
45. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001(98:11):1262-3.
46. Gårdestig S, Alner Liljegren E. Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv. Social medicinsk tidskrift. 2009;86:503-17.
47. Fleten N, Johnsen R, Ostrem BS. Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. BMC Public Health. 2004 Mar 25(4):8.
48. Nya yrkesroller i sjukförsäkringen. Stockholm: Försäkringskassan; 2004.
49. Försäkringskassans policy inom området försäkringsmedicin. Stockholm: Försäkringskassan; 2009.
50. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser, 2006-2007. Återföring av tillsynsbesök. Socialstyrelsen. 2007.
51. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007: Socialstyrelsen.
52. Socialstyrelsen. Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer - En del av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess Kunskapsöversikt. Stockholm. 2006.

53. Uppföljning av en ny sjukskrivningsprocess – Socialstyrelsens och Försäkringskassans plan för hur ett nytt arbete med sjukskrivning kan utvärderas och kvalitetssäkras. Stockholm: Socialstyrelsen, Försäkringskassan; 2007.
54. Müssener U. Det goda mötet - en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Social medicinsk tidskrift.2012 (2) 168-176.
55. Försäkringskassan. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster för och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar Stockholm: Försäkringskassan. 2009.
56. Försäkringskassan. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av de specifika försäkringsmedicinska rekommendationerna för psykiska sjukdomar. Stockholm. 2010.
57. Försäkringskassan. Tidsbegränsning av sjukpenning. 2013.
58. Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning. Stockholm.: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.
59. Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen: Vilka är de och vad händer efteråt? Stockholm: Inspektionen för socialförsäkring; 2013.
60. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser. 2009.
61. Nationellt försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. Stockholm: Försäkringskassan. 2008.
62. Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm Socialstyrelsen. 2005.
63. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
64. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
65. Jämställda sjukskrivningar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
66. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. Stockholm. 2009.
67. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. 2012.
68. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013.
69. Försäkringskassan. Tidsbegränsning av sjukpenning. Stockholm. 2013.
70. Försäkringskassan. Vad ska ett medicinskt underlag innehålla? tillgängligt från: <http://forsakringskassan.se>. Stockholm. 2013.
71. Försäkringskassan. Kvalitet på läkarintyg - En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Stockholm. 2013.
72. de Boer WEL, Brenninkmeijer W, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessments and quality control. Hoofddorp, The Netherlands: TNO Work and Employment.; 2004.

73. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Social medicinsk tidskrift*. 2009;86:518-28.
74. Wenemark M, Borgstedt-Risberg M. Östgötens psykiska hälsa. En kartläggning av psykisk hälsa i Östergötland hösten 2002. Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum; 2003.
75. Andersson A, Ekberg K, Enthoven P, Kjellman G, Ockander M, Skargren E, et al. Vad är god arbetslivsinriktad rehabilitering? Linköping: Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet. Försäkringskassan och Landstinget i Östergötland; 2003.
76. Ekberg K, Strindlund L. Diagnoser, arbetsförhållanden och rehabiliteringsbehov. Linköping: Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet; 2004.
77. Fyra års samverkan - några perspektiv på verksamhetsplanering, sjukskrivningskommitté och kunskapsutveckling. Linköping: Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan. 2006.
78. Mussener U, Linderöth C. Kan jag få ett läkarintyg? Erfarenheter av telefonrådgivning i primärvården. *Social medicinsk tidskrift*. 2009(86):539-47.
79. Söderberg E. Utvärdering av kvalitet i medicinska underlag - Delrapport 1 i en före/efter design avseende utvärdering av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Linköping: Landstinget i Östergötland och Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet 2008.
80. Söderberg E, Smeds M, Festin K. Sjukskrivningsperioder och kvalitet i information i läkarintyg före respektive efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Linköping: Avdelning för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet; 2010.
81. Nilsson E, Söderberg E, Normelli H, Öberg B. Description of functioning in sickness certificates. *SJPH*. 2011(39):508-16.
82. Nilsson E, Söderberg E, Berterö C, Öberg B. Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? *BMC public health*. 2012(12):907.
83. Rapport över vidtagna åtgärder för att implementera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Gäller både SKL:s respektive landstingens insatser. Period 2007-2008. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
84. Handlingsplan för jämställd sjukskrivningsprocess i Östergötland. Linköping: Landstinget i Östergötland. 2011.
85. Unge C. Bättre sjukskrivningar - handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
86. Socialdepartementet, SKL. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med arbetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm.
87. Gerdle B, Eriksson L, Frumeire A, Hesselstrand M, Romero H, Södermark M, m.fl. Evidens för de ingående behandlingarna vid multimodal rehabilitering - ett kontinuerligt evidensarbete vid Smärt- och rehabiliteringscentrum, US, Linköping. Linköping: Smärt- och rehabiliteringscentrum; 2013.
88. Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Kompetenser och uppgifter. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
89. Rapport 2011:02 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, SBU; 2011.

90. Östgötamodellen - Hur skapar vi ett starkare samarbete för våra patienter/kunder? Linköping: Landstinget i Östergötland, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan; 2013.
91. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin - Redovisning av villkor 2 enligt överenskommelsen. Linköping: Landstinget i Östergötland; 2013.
92. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmar A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning - enkät till alla läkare i Sverige 2008 - utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm Karolinska Institutet; 2009.
93. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures Promoting Return to Work - Perspectives of Different Actors (Doktorsavhandling). Linköping: Linköpings Universitet; 2005.
94. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
95. Järholm B, Olofsson C. Försäkringsmedicin Lund: Studentlitteratur; 2006.
96. Cohen D. The sickness certification in general practice (MD). Cardiff. 2008.
97. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk utvärdering; 2006.
98. SBU. Prescribed Sick Leave - Causes, Consequences and Practices - A systematic review. Summary and conclusions. Stockholm: The Swedish Council of Technology Assessment in Health Care. 2004.
99. Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt. SOU 2010:89. Socialdepartementet, Stockholm.
100. Wåhlin-Norgren C, Ekberg K, Öberg B. Is an expert diagnosis enough for assessment of sick leave for employees with musculoskeletal and mental disorders? Disability and Rehabilitation. 2011(33;13-14):1147-56.
101. Medin J, Alexanderson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
102. WHO. Regional Health for all Targets, Health 21 - health for all in the 21st century. WHO Regional Committee for Europe; 1998.
103. Lipsky M. Street-level-bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage Foundation; 1980.
104. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
105. Söderberg E, Alexanderson K. Gate-keepers in sickness insurance - a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. Health and Social Care in the Community. 2005(13:3):211-23.
106. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
107. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M, editors. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur och Kultur; 2010.
108. Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen. Linköping: Landstinget i Östergötland; 2010.
109. Müssener U, Svensson T, Söderberg E. Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång i arbete? Socialmedicinsk Tidskrift. 2009;86.

110. MacEachen E, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2006; (13):257-69.
111. Uppdrag att utforma en mer enhetlig och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess Stockholm: Socialdepartementet; 2005.
112. Söderberg E. Den försäkringsmedicinska bedömningen i gränssnittet mellan medicin, försäkring och arbetsliv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;86(6):497-502.
113. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(6):460-74.
114. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian Journal Prim Health Care*. 2010(Jun;28):67-75.
115. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: quality study of views of general practitioners in Scotland. *British Medical Journal*. 2004;328(7431):88-91.
116. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap. Karolinska Institutet. 2006.
117. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007(25):178-85.
118. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007(8:44).
119. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons Uppsala Universitet, Uppsala; 2008.
120. Alexanderson K. Enkät: Läkares arbete med sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
121. Alexanderson K. Enkät: Läkares arbete med sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
122. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skånér Y, m.fl. Sickness certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a county. *BMC Public Health*. 2010(10):752.
123. Skånér Y, Södersten E, Ekmer A, Arrelöv B, Lindholm C, Alexanderson K. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
124. 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.
125. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.