

# Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Dalarnas län

Resultat från en enkätstudie år 2012  
och jämförelser med 2008

Kristina Alexanderson  
Rasmus Elrud  
Elin Hinas  
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska  
Institutet**

Rapport, juni 2014.

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter; Läkares arbete med sjukskrivning på <http://ki.se/cns/forsakringsmedicin>

Den kan även beställas, se Kontakt på: <http://ki.se/cns/forsakringsmedicin>

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7549-348-0

# Förord

---

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät år 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Dalarnas län om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med de från en motsvarande enkät år 2008. Enkäterna har också skickats även till läkarna i övriga Sverige [1] och i denna rapport är fokus på läkarna i Dalarna. Många interventioner i hela riket och specifikt i Dalarna har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. Enkätsvaren innebär goda möjligheter att kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning och om detta förändrats under de fyra åren, som underlag för utvärdering av vidtagna åtgärder och för planering av det fortsatta arbetet.

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

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

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

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

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

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

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
Förkortningar och begrepp .....	6
<b>Bakgrund</b> .....	<b>7</b>
Sjukförsäkringar .....	7
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården .....	8
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning .....	9
Läkares olika professionella roller.....	10
Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid.....	10
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning .....	11
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	12
<b>Syfte</b> .....	<b>14</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>15</b>
<b>2004 års enkätstudie</b> .....	<b>15</b>
<b>2008 års enkätstudie</b> .....	<b>15</b>
<b>2012 års enkätstudie</b> .....	<b>16</b>
Studiepopulation .....	16
Frågeformulär 2012 .....	16
Datainsamling .....	18
<b>Svarsfrekvens</b> .....	<b>19</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>20</b>
2012 års datamaterial.....	20
Jämförelser över tid .....	20
<b>Resultat</b> .....	<b>23</b>
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt.....	24
<b>1. Samtliga svarande läkare 2012</b> .....	<b>26</b>
Bakgrundsfaktorer .....	26
Yrkesverksamma läkare i Dalarna.....	27
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden .....	28
<b>2. Svar från sjukskrivande läkare i Dalarna 2012</b> .....	<b>30</b>
Bakgrundsfaktorer .....	30
Antal år på arbetsplatsen.....	33
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	34
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	36
Allvarlighetsgrad av specifika problem .....	39
Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning .....	40
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	43
Oro och hot .....	44
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	46
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	48
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	50
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet? .....	50
Problem med att använda beslutsstödet .....	51
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	52
Behov av fördjupad kompetens .....	53
Samverkan och kontakter .....	56

Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	59
Värdet av att få underlag av andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	60
Kontakter med Försäkringskassan .....	62
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan .....	65
Elektronisk överföring av läkarintyg .....	67
Försäkringsmedicinsk kompetens .....	70
Kompetensutveckling via formell utbildning .....	71
Kompetensutveckling via vidareutbildning .....	73
Behov av fördjupad kompetens .....	74
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	77
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet .....	78
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar .....	79
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden .....	80
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	81
Tid i arbetet med sjukskrivning .....	81
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning .....	83
<b>3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012 .....</b>	<b>86</b>
Bakgrundsfaktorer .....	87
Frekvens av sjukskrivningsärenden .....	88
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning .....	89
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning .....	90
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	93
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem .....	95
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	96
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd .....	98
Samverkan och kontakter .....	101
Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	102
Kontakter med Försäkringskassan .....	103
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan .....	107
Försäkringsmedicinsk kompetens .....	109
Kompetensutveckling .....	109
Behov av fördjupad kompetens .....	111
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	113
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning .....	114
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden .....	115
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	116
Tid till arbete med sjukskrivning .....	117
<b>Slutkommentar .....</b>	<b>119</b>
<b>Tabellförteckning .....</b>	<b>121</b>
<b>Figurförteckning .....</b>	<b>123</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>128</b>

# Sammanfattning

---

I denna rapport presenteras resultat från en enkät år 2012 om läkares arbete med sjukskrivningsärenden i Dalarnas län. Jämförelser görs även med resultaten från en motsvarande enkät utskickad år 2008 [2]. Resultaten redovisas för samtliga läkare som arbetade i Dalarna när de besvarade enkäten, samt uppdelat på vårdcentralsläkare och läkare vid övriga verksamheter.

Majoriteten (82 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 84 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att en något mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2012 än 2008 (32 jämfört med 38 %).

En tredjedel av läkarna i både 2012 (33 %) och 2008 (35 %) års enkäter *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt år 2012, både beträffande frekvens och allvarlighetsgrad av problem. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma och göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan, att handlägga sjukskrivningsärenden där annan läkare tidigare skrivit intyg samt att bedöma funktionsförmåga och optimal sjukskrivningstid och -grad. Även vad gäller dessa specifika situationer var andelen som upplevde dem som problematiska större bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare.

En tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller ganska stor utsträckning, och var femte upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som svarade att de upplevde detta var större vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.

Andelen som uppgav att de av olika orsaker *sjukskriver patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* minst någon gång per månad skiljde sig inte väsentligt mellan åren. Störst skillnad sågs när orsaken var väntetider för utredning hos Försäkringskassan, där 17 procent svarade detta år 2012 jämfört med 23 procent 2008.

*Det försäkringsmedicinska beslutsstödet*, som infördes 2007, användes år 2012 av drygt hälften (53 %) av läkarna minst varje månad. En tredjedel (en något större andel bland dem vid vårdcentraler än i övriga verksamheter), upplevde beslutsstödet som mycket eller ganska problematiskt att använda. En lika stor andel menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. År 2012 ansåg 58 procent att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och 39 procent att det underlättar kontakten med Försäkringskassan, jämfört med 72 respektive 46 procent år 2008.

Närmare tre fjärdedelar (72 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 76 % av de sjukskrivande läkarna) var år 2012 mycket eller ganska nöjda med kontakten, en större andel än år 2008 (64 %). En tredjedel (32 %) upplevde *inte* några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 möjliga svårigheter som listats i enkäten upplevde en stor andel läkare båda åren, dock mindre år 2012 än 2008, att det är svårt att komma fram per telefon, att det är svårt att få reda på vem på Försäkringskassan man ska prata med samt att kontakterna tar för mycket tid i anspråk. En tredjedel (32 %) angav år 2012 att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och en dryg femtedel (22 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. En något större andel svarade år 2012 att de upplevde sig/sina bedömningar ifrågasatta av Försäkringskassans handläggare, svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter samt att man 'talar olika språk', jämfört med 2008.

Endast en liten andel (5 %) av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan – av dem svarade knappt hälften att systemet underlättar deras arbete och mindre än en av tio att det försvårar. En absolut majoritet av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende, (95% år 2012 och 93 % 2008). År 2012 uppgav hälften av läkarna behov av ökad kompetens i ett antal områden; andra socialförsäkringar, Arbetsförmedlingens och arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, vilka krav som ställs i olika yrken och bedömning av arbets- och funktionsförmåga samt optimal längd och grad av sjukskrivning.

Den faktor som störst andel läkare (52 %) 2012 ansåg skulle ha stort värde för arbetet med sjukskrivning var ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning. En större andel svarade år 2012 att kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan samt möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för deras arbete med sjukskrivningar, jämfört med 2008. En större andel år 2012 svarade också att de skulle sätta stort värde på ett forum för att reflektera över sitt arbete i sjukskrivningsärenden samt handledning och kurser i försäkringsmedicin. Betydligt mindre andelar år 2012 jämfört med 2008 ansåg att kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal hade stort värde, likaså att annan läkare bedömer samma patient, så kallad second opinion.

När det gäller *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning* redovisas svar för policy, stöd, tid och kvalitetssäkring av arbetet med patienters sjukskrivning. År 2012 arbetade en tredjedel (34 %) på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta var något vanligare för läkarna vid vårdcentraler än för övriga läkare (39 jämfört med 31 %). Andelen läkare som svarade att en gemensam policy fanns på arbetsplatsen var mindre år 2012 än 2008, då två av fem (40 %) uppgav detta. År 2012 svarade en femtedel (22 %) att de hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor, en ungefär lika stor andel som 2008 (25 %). En fjärdedel svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. En majoritet av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

**Slutsatser:** Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre 2012 än 2008. Andelen som upplevde dessa arbetsuppgifter som problematiska minst en gång i veckan var ungefär lika stor år 2012 som 2008, medan andelen som upplevde dem som mycket eller ganska problematiska var mindre år 2012 jämfört med 2008.

Beslutsstödet har fortsatt stort genomslag; det används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Många är nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men andelen läkare som upplever vissa svårigheter är fortfarande stor när det gäller logistik i kontakterna och är större än tidigare bland annat vad gäller upplevelse av att ens bedömningar ifrågasätts, svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter samt att man 'talar olika språk'. Behovet av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling respektive instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort och en större andel värderar handledning, tillgång till ett forum för att reflektera över det egna arbetet med sjukskrivningar, kurser i försäkringsmedicin och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens högt. Slående är att i ett stort antal av de områden enkäterna täcker var svarmönstret likartat mellan åren.

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

## Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Dalarna	Ibland används ordet Dalarna för att beteckna Dalarnas län eller Landstinget i Dalarna
KI	Karolinska Institutet
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning



# Bakgrund

---

I denna rapport redovisas resultat från två enkäter till läkare i Dalarnas län om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Svaren jämförs ibland med svar från läkare i hela Sverige. Enkäterna skickades ut år 2008 respektive år 2012.

Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport där motsvarande enkätsvar från läkare från hela landet redovisas [1].

Läkare har en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad [3-5].

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

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

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen [7-9]. I detta projekt fokuserar vi på läkares erfarenheter av sådant arbete med sjukskrivningar.

## Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada [10]. Sätten att handha detta har varierat såväl över årtusenden som mellan länder och politiska system. I industrisamhällen har olika typer av försäkringar blivit ett vanligt sätt att hantera ekonomisk risk vid sjukdom eller skada såväl som vid andra risker, såsom brand [7, 11-16]. Möjligheten att ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är en central del i välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet [3, 13, 17-20].

Sjukfrånvaro, både kortvarig och mer varaktig (sjukersättning och aktivitetsersättning, tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå [3, 17, 18, 21]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem [22, 23], samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en ’lagom’ nivå. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [3]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [3, 4, 21, 24-32].

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

- *Vilka som omfattas*; om det finns begränsningar i vilka som omfattas av försäkringen vad avser ålder, inkomst, tid i arbete, tidigare sjuklighet eller funktion

- *Vad som omfattas*; om alla typer av skador och sjukdomar omfattas, eller om vissa är undantagna
- *Självrisk*; karensdagar, ersättningsnivå, till exempel i förhållande till det inkomstbortfall sjukfrånvaron leder till, samt antal dagar som försäkringen täcker
- *Skadekontroll*; i vilken omfattning det sker kontroll av i vilken utsträckning en person som söker ersättning uppfyller kraven för att få sådan.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på information i läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken [33]. Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och åtgärder.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen, som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan till minst 25 procent, kan ha rätt att vara sjukskriven och att få sjukpenning. Det innebär att för att ha rätt till sjukpenning ska två förutsättningar, så kallade rekvisit, vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska denna sjukdom eller skada ha lett till nedsatt arbetsförmåga [33]. Den allmänna sjukförsäkringen är alltså egentligen en inkomstbortfallsförsäkring.

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar [3, 4, 34]. När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara involverade [3]. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal. Socialförsäkringsbalken (2010:110) reglerar den allmänna sjukförsäkringen och villkoren för att en person ska kunna beviljas sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetsgivarens ansvar regleras bland annat av Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160), till exempel vad gäller anpassning av arbetet och vidtagande av rehabiliteringsåtgärder. Hälso- och sjukvårdens insatser i samband med behandling, rehabilitering och sjukskrivning regleras av bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24), Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg med mera (SOSFS 1981:25), Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning (SOSFS 1992:16), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [35, 36] samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [37-39]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [40].

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

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [2, 41, 42]. Socialstyrelsen har konstaterat [38, 43-47] att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av

hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet [26, 47-49].

## Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [3, 4, 26, 36, 50, 51]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden<sup>1</sup> [52].
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens [34, 53, 54]. Läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt [55, 56]. De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir det ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden, när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär [3, 57-61]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [60-65], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här

---

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

är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggsmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin [66-68]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [8, 9, 38, 53, 69, 70, 71]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [72]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [73]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kolleger gör eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning [4, 34, 51, 74].

## Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [4]:

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 [75-77].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [50, 78, 79].
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [40].
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet [51, 80-82].

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

## Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid

Sjukfrånvaronivåerna har varierat kraftigt i Sverige under de senaste 20 åren [1].

I huvudrapporten för enkäten presenteras en genomgång av situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro för tio år sedan och interventioner och förändringar sedan dess [1, sid 10-14]

inklusive införandet av den så kallade sjukskrivningsmiljarden, rehabiliteringskedjan, rehabiliteringsgarantin med mera. Sjukskrivningsmiljarden har inneburit ekonomiska medel för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning.

Enkäterna har i stor utsträckning utformats för att fånga aspekter som nämnts som centrala i sjukskrivningsmiljarden, det vill säga aspekter relaterade till ledning och styrning/organisatoriska förutsättningar för sjukskrivningsarbetet, kompetens och kompetensutveckling samt extern och intern samverkan.

Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Den fasta delen fördelas mellan landstingen efter invånarantal under förutsättning att vissa åtgärder genomförs. Den rörliga delen fördelas utifrån sjukfrånvarons utveckling.

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [39, 48, 49, 83-92]. Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

## Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter [4]. Samma metoder som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens [93]. I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

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

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt [94, 95]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten [4] fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkarens eller patientens kön, ålder eller attityder för sjukskrivningspraxis (faktorer som tidigare diskuterats i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis är inte studerade alls, och i de flesta studier ligger fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum är också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittsstudier och hade relativt få deltagare, och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av studierna. På en övergripande nivå kunde man dock finna stora likheter i resultaten mellan olika länder [5]. Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder [34, 96-99].

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten [4], liksom i andra översikter [3, 5], är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detta projekt, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap. Vi har tidigare bland annat genomfört två omfattande enkätstudier för att erhålla sådan kunskap; en år 2004 till läkarna i två län (n=7 800, svarsfrekvens 71 %) [41, 74, 100-107] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [2, 42, 51, 108]. Dessa är de hittills största enkätstudierna, inte bara i Sverige, utan i hela världen, om läkares arbete med sjukskrivning, både vad gäller antal deltagare och antal frågor om sjukskrivning (163 frågor år 2008 och 2012). Tre av delarbetena från 2004 års enkätstudie inkluderades i den ovan nämnda översikten [4] (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturöversikten [4].

Av den ovan beskrivna översikten liksom av andra litteraturöversikter kan man dra slutsatsen att det finns fortsatt behov av mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.

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

Vetenskapliga studier om läkares arbete med sjukskrivning kan ha olika utgångspunkter och vara designade på många olika sätt [3, 4]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [3, 4] men även några interventionsstudier har publicerats [3, 4, 34, 109].

*Data* om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika typer av material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer), enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder), så kallade audits [110], inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden eller från Försäkringskassans akter, och data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) [3, 4].

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

# Syfte

---

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning i landstinget i Dalarnas län.

Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt, samt uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive övriga verksamheter.
- Typ, frekvens och allvarlighetsgrad av problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivningar
- Intern och extern samverkan i sjukskrivningsärenden
- Kontakter med Försäkringskassan, inklusive det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg
- Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling
- Organisatoriskt stöd i arbetet med sjukskrivningar
- Skillnader i läkares svar vad gäller ovanstående mellan år 2008 och år 2012.



# Material och metod

I denna rapport presenteras sammanställningar av svar från en enkätstudie; ”Läkares arbete med sjukskrivning”, riktad till yrkesverksamma läkare i Sverige år 2012. Resultaten i denna rapport är baserade på svar från de läkare som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Dalarnas län. För att få en bild av förändringar över tid jämförs även resultat från studien 2012 med motsvarande resultat från en tidigare enkät år 2008 [2].

Enkäten 2012 riktades till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige [2]. År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting [41]. I Tabell 1 ges en övergripande bild av de tre enkäterna [1]. Resultat för de tre enkätåren har presenterats i tre tidigare rapporter [111, 112].

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

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

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

## 2004 års enkätstudie

Enkäten 2004 omfattade läkare i Stockholms och Östergötlands län. De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området [3, 113, 114]. Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området samt i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län [41].

Svarsfrekvensen var 71 procent för 2004 års enkätstudie.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [41, 51, 74, 100-107, 115-121].

## 2008 års enkätstudie

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

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 [41]. 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 [2]. Antalet frågor utökades från 96 till 163. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, utifrån de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

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

Svarsfrekvensen var 61 %, liksom tidigare något högre för kvinnor (63 %) än för män (59 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år 58 %, 45-64 år 61 %, 65+ år 75 %). Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 096 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer [42, 51, 72, 74, 107, 108, 116, 120-130].

## 2012 års enkätstudie

### *Studiepopulation*

Enkäten skickades i oktober 2012 ut till 33 465 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Det framkom att 321 av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit. Antalet läkare i studiepopulationen var således 33 144 personer, varav 731 bodde i Dalarnas län.

Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). Två något olika urval användes:

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

### *Frågeformulär 2012*

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Utgångspunkten i dessa modifieringar var dels analyser av resultaten från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [4]. Dessutom lades några frågor till för att få kunskap om betydelsen av förändringar som skett efter 2008, till exempel införandet av möjligheten att elektroniskt överföra läkarintyg till Försäkringskassan, och via detta system kunna kommunicera med handläggare på Försäkringskassan, via en så kallad 'Fråga-svar funktion'. För att inte öka antalet frågor i enkäten togs i stället några frågor från 2008 års enkät bort. Det totala antalet frågor blev 163.

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

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

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

- Flera frågor om elektronisk överföring av elektroniska läkarintyg till Försäkringskassan.
- Tre delfrågor lades till under huvudfrågan som handlar om frekvenser av olika situationer; 'Hur ofta ... a) ... skriver du andra intyg till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning b) ... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till? c) ... innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?'
- I frågan om hur problematiskt olika kliniska situationer relaterade till sjukskrivning upplevdes, lades tre typer av delfrågor till: en fråga om bedömning av arbetsförmåga av arbetslösa patienter, en fråga om att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, och fyra frågor om handläggning av kortare (< 15 dagar), medellånga (15-90 dagar), längre (91-180 dagar) respektive mycket långa (> 180 dagar) sjukskrivningar.
- Ytterligare frågor om potentiella svårigheter lades till vad gäller kontakter med Försäkringskassan; 'FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg', 'Du får ovidkommande frågor via 'Fråga-svar funktionen' vid elektroniska läkarintyg', och 'Du upplever brister i FK handläggares kompetens'.
- Tre delfrågor lades till under huvudfrågan hur olika alternativ för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning värderas; 'Hur värderar du Att få underlag till Dina försäkringsmedicinska bedömningar av:' a) 'annan läkare' b) 'sjukgymnast/arbetsterapeut' c) 'kurator/psykolog'.
- 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, hämtades information om kön, ålder, år för läkarexamen och läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning från Hälso- och Sjukvårdens Adressregister (HSAR), som förvaltas av Cegedim Sweden AB. I HSAR baseras informationen på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

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

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

Samtliga tre studier har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

## Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys, uppdelat på län. Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent för hela landet, varierade från 54 till 66 procent mellan länen och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. För Dalarnas län var svarsfrekvensen 62 procent (Tabell 2). I enkätstudier är ofta fallet att svarsfrekvensen är högre bland kvinnor än bland män liksom bland äldre jämfört med yngre personer. I Dalarna stämde detta för svarsfrekvensen bland kvinnor och män, men inte för svarsfrekvensen i de olika ålderskategorierna, där gruppen med lägst svarsfrekvens var medelkategorin, 40 - 54 år (Tabell 2).

Observera att denna bortfallsanalys är baserad på de läkare som bor i Dalarnas län, medan svaren i resultatdelen är baserade på de läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar i Dalarnas län.

Totalt använde 15 procent (n=64) av läkarna som uppgav att de arbetar i Dalarna möjligheten att svara via webbenkäten istället för att svara via pappersformuläret. I hela landet var motsvarande andel 19 procent.

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

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	731	453	62,0
Kvinnor	320	227	70,9
Män	411	226	55,0
20-39 år	270	164	60,7
40-54 år	221	117	52,9
55-67 år	240	172	71,7

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna. Det interna bortfallet var i medeltal 3,0 procent.

### Öppna svar

I samtliga tre enkäter fanns det även en sida på slutet med möjlighet att skriva kommentarer kring någon specifik fråga, eller generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning. I 2004 års enkät fanns sådana kommentarer i cirka 1 000 av enkäterna, i 2008 års enkät i cirka 5 000 och i 2012 års enkät i drygt 4 000 av frågeformulären. Analyser av öppna svar i de två tidigare enkäterna har gjorts i ett flertal studier [105, 117, 119, 120], och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

## Dataanalys

Projektgruppen erhöll avidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn, adress) och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder. I rapporten presenteras, med några få undantag, andelar avrundade till heltal. Det innebär att skillnaden mellan två andelar kan vara en procentenhet mindre eller större än vad den ser ut att vara i tabellen eller figuren. Till exempel avrundas 15,73 till 16 och 24,47 till 24, skillnaden mellan 15,73 och 24,47 är 8,74 och avrundas till 9, men skillnaden mellan 16 och 24 är 8. I texten skrivs den faktiska skillnaden, vilket då inte alltid stämmer överens med hur det ser ut i tabellen eller figuren. Denna diskrepans förekommer på flera ställen i rapporten och innebär alltså att ingendera siffra är felaktig.

### 2012 års datamaterial

Resultaten redovisas i tre kapitel. I det första, röda avsnittet (sidan 26), redovisas bakgrundsvariabler för samtliga svarande, samt svar på frågan *'Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?'*.

I det blå avsnittet (sidan 30) redovisas svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen arbetar i Dalarnas län, samt har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Frågorna i detta avsnitt 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 för vilken typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid har kategoriserats till en av dessa typer av kliniker/mottagningar baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren.

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

Motsvarande hantering gjordes i analyserna av svaren på 2008 års enkät [2].

### Jämförelser över tid

I det gröna avsnittet (sidan 86) jämförs svaren från 2012 med svaren från 2008 års enkät för de 130 frågor som fanns med i båda enkäterna.

Eftersom urvalet för 2012 års enkät var mer avgränsat än för 2008 års enkät, vad gäller ålder och typ av klinisk verksamhet, har motsvarande avgränsning gjorts vad gäller läkarna vars svar redovisas från 2008 års enkät. I denna jämförelse ingår därmed svar från läkare som vid respektive enkätstillfälle var under 68 år, som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen arbetade i Dalarna. Specialistutbildade läkare som arbetade inom geriatrisk verksamhet, barn- och ungdomskliniker, ögonkliniker eller öron-, näs- och halsmottagningar exkluderades då dessa inte inkluderats i enkätstudien år 2012.

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

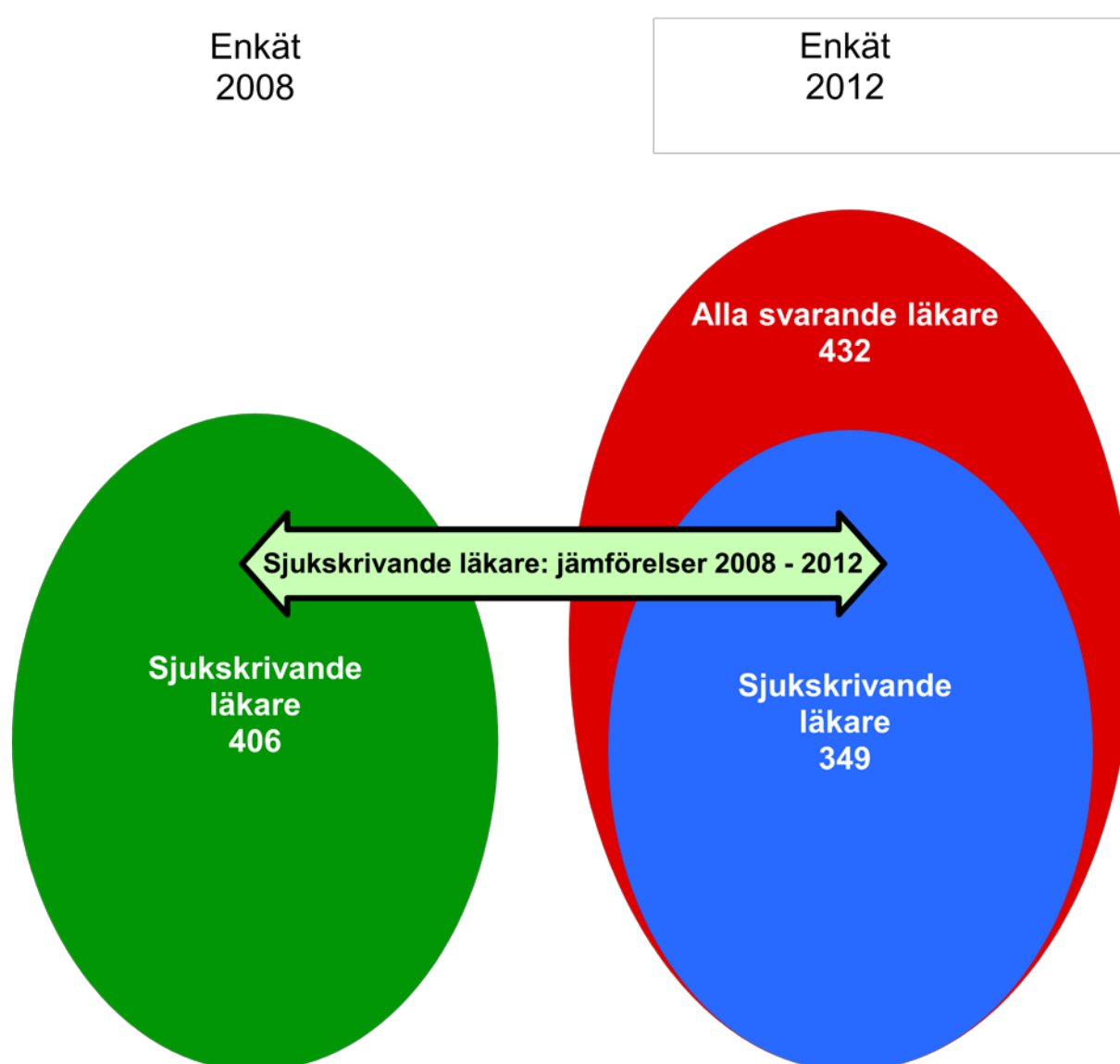
- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades 2012 alternativet *'Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna'* till. De som kryssat för detta alternativ har exkluderats från analyserna.
- På frågan om hur länge läkaren har varit på sin nuvarande arbetsplats lades ytterligare ett svarsalternativ till 2012. I analyserna görs en sammanslagning av de två första svarsalternativen 2012.
  - 2008: <5 år, 5-9 år, 10 år eller längre
  - 2012: <1 år, 1-4 år, 5-9 år, 10 år eller längre
- Två svarsalternativ ändrades på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför redovisas en sammanslagning av dessa svarsalternativ.
  - 2008: Fler än 20 ggr/vecka, 6-20 ggr/vecka
  - 2012: Fler än 10 ggr/vecka, 6-10 ggr/vecka
- En delfråga under rubriken *'Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...'* ändrades mellan 2008 och 2012. En specificering inom parentes och svarsalternativet *'Ej aktuellt'* lades till. För 2012 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade *'Ej aktuellt'* exkluderats.
  - 2008: ... skriva andra intyg/utlåtanden till FK?
  - 2012: ... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning)?
- Frågan om huruvida *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* formulerades något olika i de två enkäterna, liksom svarsalternativen. Därför presenteras svaren från båda enkäterna separat.
  - 2008: Innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig? [Svarsalternativ: Ja, i stor utsträckning; Ja, i viss mån; Nej]
  - 2012: I hur stor utsträckning innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig? [Svarsalternativ: Stor; Ganska stor; Liten; Ingen]
- En delfråga under rubriken *'Hur ofta i Ditt kliniska arbete...'* formulerades olika i de båda enkäterna, då det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre känt 2008 när det nyligen införts. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
  - 2008: ... 'använder Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning vid sjukskrivning (infördes 2008)?'
  - 2012: ... 'bedömer Du sjukskrivningar utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?'
- Ytterligare en delfråga under rubriken *'Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...'* formulerades något annorlunda 2012, och svarsalternativet *'Har ej använt dem'* togs bort. För 2008 presenteras därför även resultat där de läkare som svarade *'Har ej använt dem'* exkluderats.
  - 2008: ... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?
  - 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?

- Svartalternativet "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" delades 2012 upp i två separata svartalternativ på frågan gällande om beslutsstödet underlättade kontakter med olika aktörer. De läkare som svarade 'Ja' på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade 'Ja' på alternativet år 2008.
- Ett av svartalternativen på frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan formulerades olika i de båda enkäterna. Svaren jämförs som om de gällt samma fråga.
  - 2008: Svårt att förmedla information via FK:s förtryckta medicinska intyg
  - 2012: Svårt att förmedla information via FK:s blanketter
- På frågan om i vilken utsträckning grundutbildningen har hjälpt läkaren att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden fanns av misstag i 2012 svartalternativet 'Ej aktuellt' med. Analys av 2012 års svar har därför gjorts både inklusive och exklusive svartalternativet "Ej aktuellt".



# Resultat

I denna rapport presenteras resultat från samtliga enkätfrågor i enkäten "Läkares arbete med sjukskrivning" för läkare som arbetade i Dalarnas län år 2012. Resultatet är uppdelat i tre avsnitt, ett för samtliga svarande läkare (rött), ett för sjukskrivande läkare (blått) samt ett för jämförelse av resultaten från 2012 och 2008 års enkäter (grönt). I jämförelserna mellan de två åren ingår svar på de frågor som förekom i båda årens enkäter. I Figur 1 ges en bild av dessa tre avsnitt, med motsvarande färger.



Figur 1. En översiktbild för illustrationen av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön.

## Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt

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

### **1: Samtliga svarande läkare 2012**

Presentation av *samtliga* läkare som besvarade 2012 års enkät och angav att de arbetar i Dalarna, vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för Dalarna, dels för samtliga samt dels uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive övriga kliniker/verksamheter.

#### **Röda tabeller och figurer**

### **2: Svar från sjukskrivande läkare 2012**

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

#### **Blå tabeller och figurer**

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

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

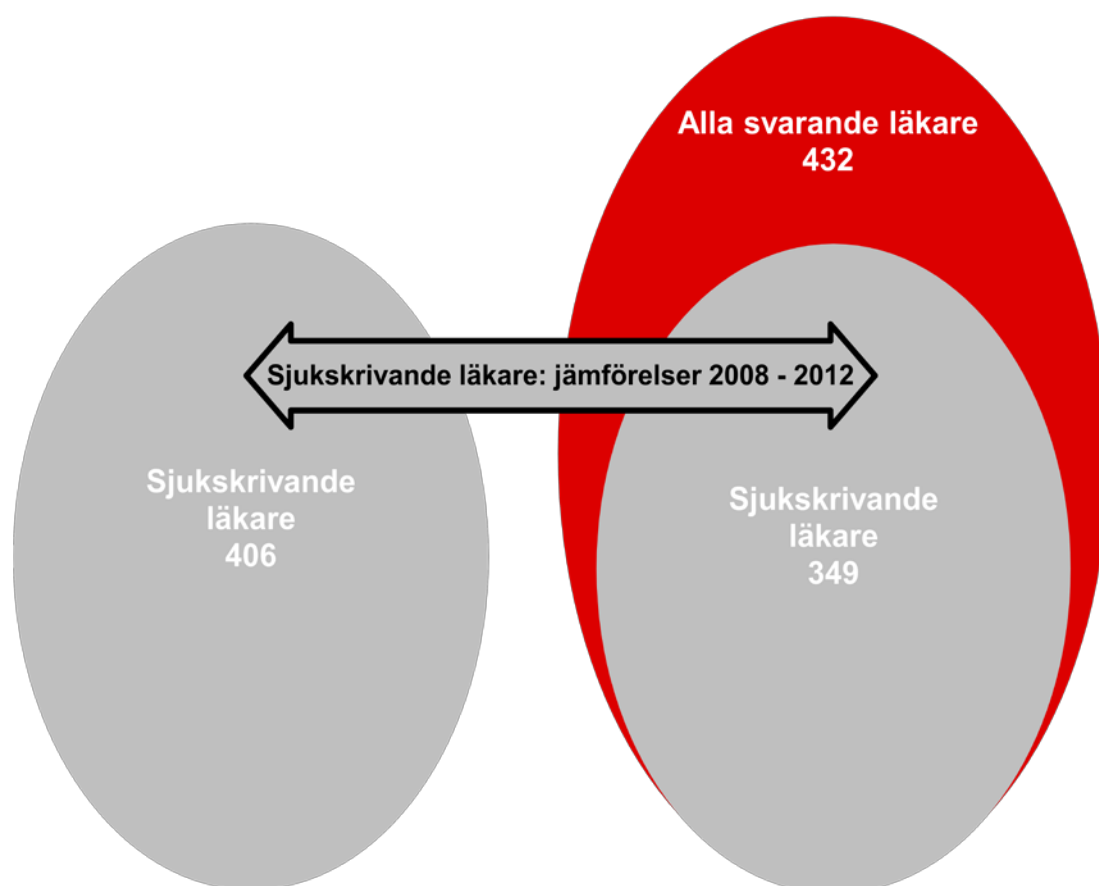
#### **Gröna tabeller och figurer**

# I.

## Samtliga svarande läkare i Dalarna 2012

Enkät  
2008

Enkät  
2012



# 1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de har sin huvudsakliga arbetsplats i Dalarnas län var 432. Av dessa hade 30 procent (n=131) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning.

## Bakgrundsfaktorer

Som visas i Tabell 3 var 52 procent av de svarande läkarna kvinnor. Könsfördelningen i olika typer av verksamheter skilde sig på så sätt att vid vårdcentraler var män i knapp majoritet och bland övriga läkare var istället kvinnor i knapp majoritet. Medelåldern var två år högre för läkarna vid vårdcentraler jämfört med dem i övriga verksamheter, 48 respektive 46 år. Bland vårdcentralsläkarna var också andelen i den äldsta ålderskategorin, 55-67 år, störst, medan andelen i den yngsta kategorin, 24-39 år, var störst bland övriga läkare.

Andelen kvinnor samt omfattningen av specialistutbildade i Dalarnas län låg på en liknande nivå som den för hela landet. Åldersfördelningen hos läkarna skiljde sig från den för landet som helhet på så sätt att andelen yngre, 24-39 år, var större i Dalarna, 38 jämfört med 30 procent, och andelen som var 40-67 år var mindre (ej i tabell).

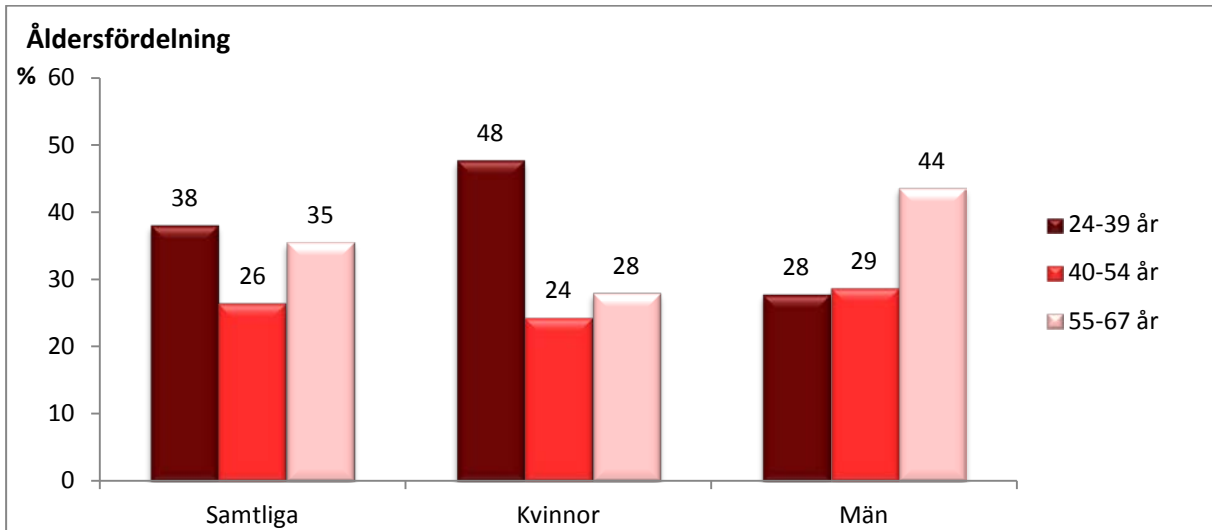
Tabell 3. Andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Samtliga läkare n=432	Vårdcentrals- läkare n=131	Övriga läkare n=301
Kön	Kvinnor (%)	52	47	53
	Män (%)	48	53	47
Ålder	24-39 år (%)	38	34	40
	40-54 år (%)	26	24	27
	55-67 år (%)	36	41	33
	<i>Medelålder (år)</i>	47	48	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	5	7	4
	Leg. läkare (%)	2	3	2
	Pågående ST-utbildning (%)	24	25	24
	Specialistutbildade (%)	68	65	70

### Yrkesverksamma läkare i Dalarna

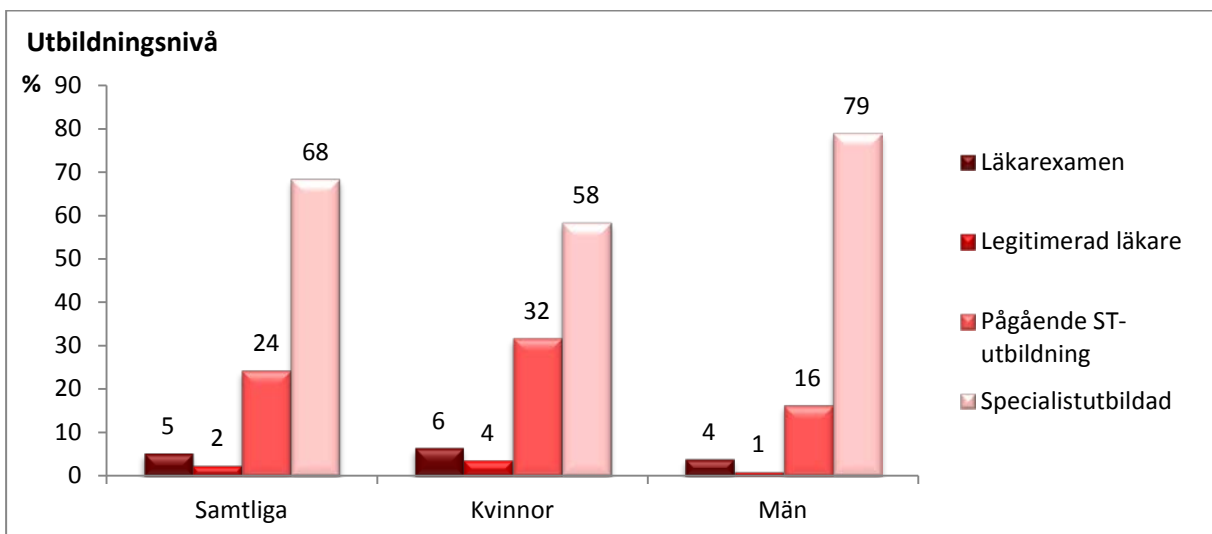
Resultatet i fortsättningen av detta kapitel baseras på svar från de läkare (n=431) som svarade att de varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna.

Det fanns en könsspecifik skillnad i åldersfördelningen bland de yrkesverksamma läkarna i Dalarna (Figur 2). Av kvinnorna tillhörde närmare hälften, 48 procent, den yngsta åldersgruppen, medan knappt hälften, 44 procent, av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen.



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

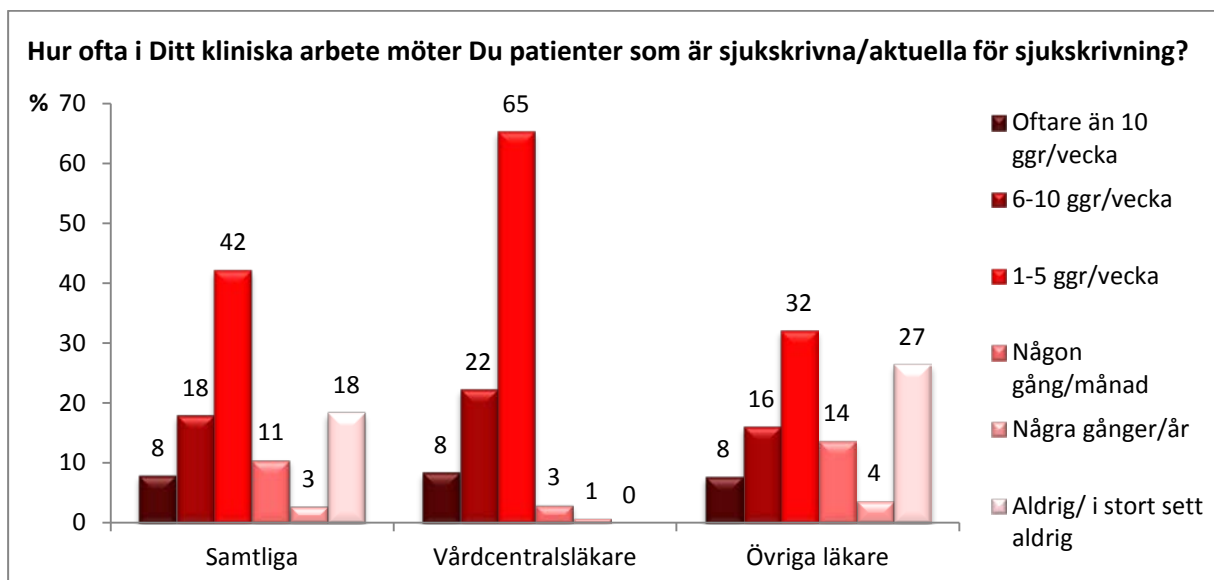
Det fanns även en könsskillnad vad gäller högsta utbildningsnivå. En större andel bland männen hade en specialistutbildning, medan en pågående specialistutbildning var vanligare kvinnorna (Figur 3).



Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive avslutad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt 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 innebar att patienten sjukskrevs. Resultatet visar att de flesta, 68 procent, hade sådana konsultationer minst en gång i vecka, men att 18 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade det (Figur 4). Det fanns emellertid stora skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter. Medan nästan alla läkare vid vårdcentraler (96 %) angav att de har sådana konsultationer minst en gång per vecka var motsvarande andel för dem i övriga verksamheter drygt hälften (56 %). En fjärdedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att de i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=4, 0,9 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



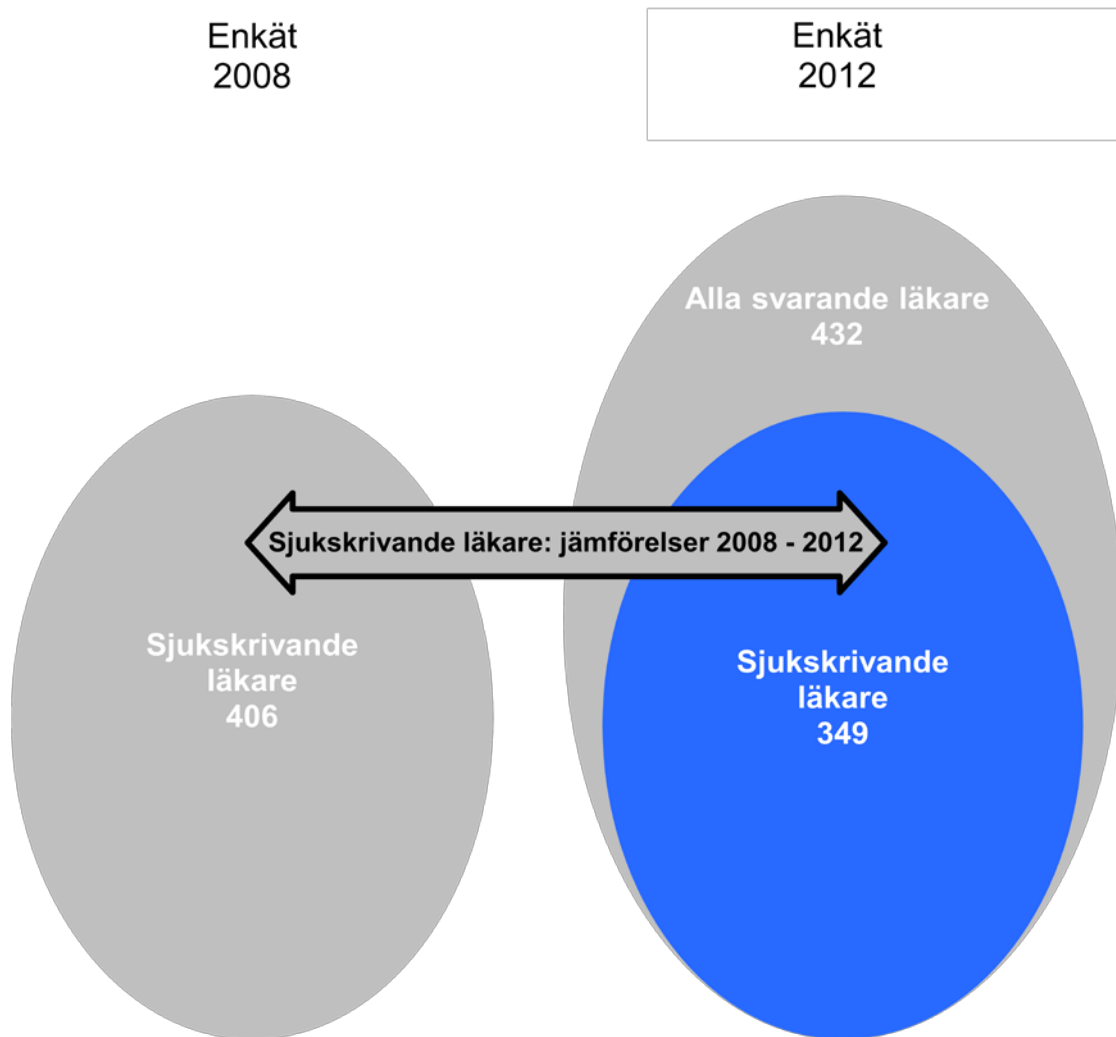
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### Andel läkare som har sjukskrivningsärenden i Dalarna i jämförelse med i hela Sverige

Andelen yrkesverksamma läkare som i någon omfattning arbetade med sjukskrivningar var i Dalarna större än motsvarande andel för hela landet (82 jämfört med 73 %). Likaså var andelen som minst en gång per vecka mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning större i Dalarna än i landet som helhet (68 respektive 60 %). Bland alla landets landsting varierade andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka mellan 52 procent (Stockholm) och 69 procent (Västmanland). Störst andel läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning var aktuellt fanns i Stockholm (35 %). Motsvarande andel var för Dalarna 18 procent.

## 2.

# Svar från sjukskrivande läkare i Dalarna 2012



## 2. Svar från sjukskrivande läkare i Dalarna 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 349 läkare som svarat på enkäten och som:

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

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

### Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna var 53 procent kvinnor och 47 procent män. Bland läkare vid vårdcentraler var männen i knapp majoritet i jämförelse med kvinnorna medan ett omvänt förhållande gällde bland läkare i övriga verksamheter (Tabell 4)

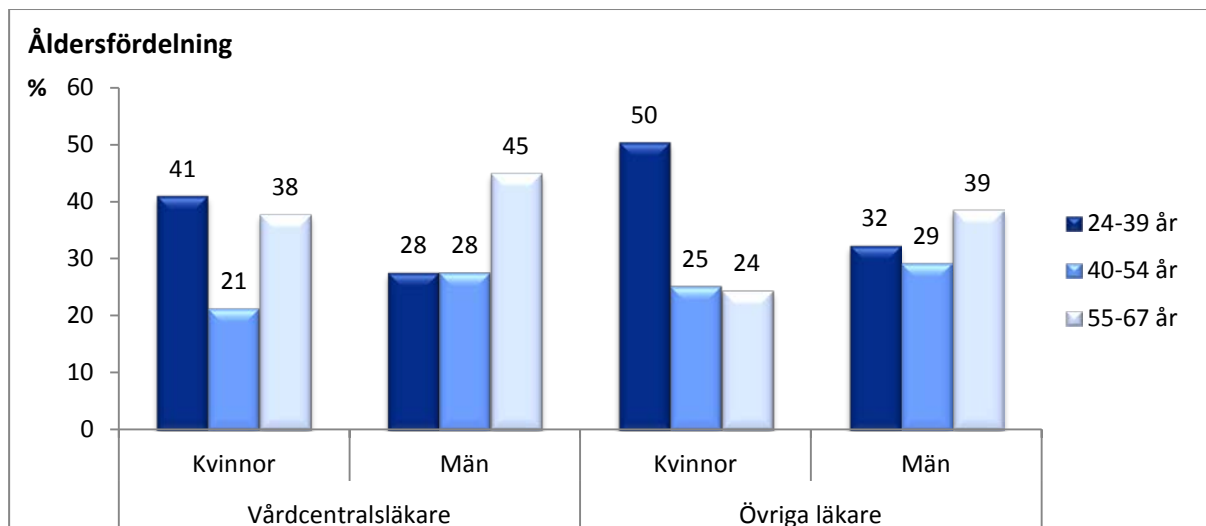
Köns- och åldersfördelningen samt andel specialistutbildade bland de sjukskrivande läkarna är jämförbar med den för samtliga svarande läkare (se Tabell 3).

Tabell 4. Andel (%) kvinnor och män, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) specialister, för samtliga sjukskrivande läkare samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Samtliga läkare n=349	Vårdcentralsläkare n=130	Övriga läkare n=219
Kön	Kvinnor (%)	53	47	56
	Män (%)	47	53	44
Ålder	24-39 år (%)	39	34	42
	40-54 år (%)	26	25	27
	55-67 år (%)	35	42	31
	Medelålder (år)	46	48	45
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	6	6	6
	Leg. Läkare (%)	3	3	3
	Pågående ST-utbildning (%)	25	25	25
	Specialistutbildade (%)	66	65	67

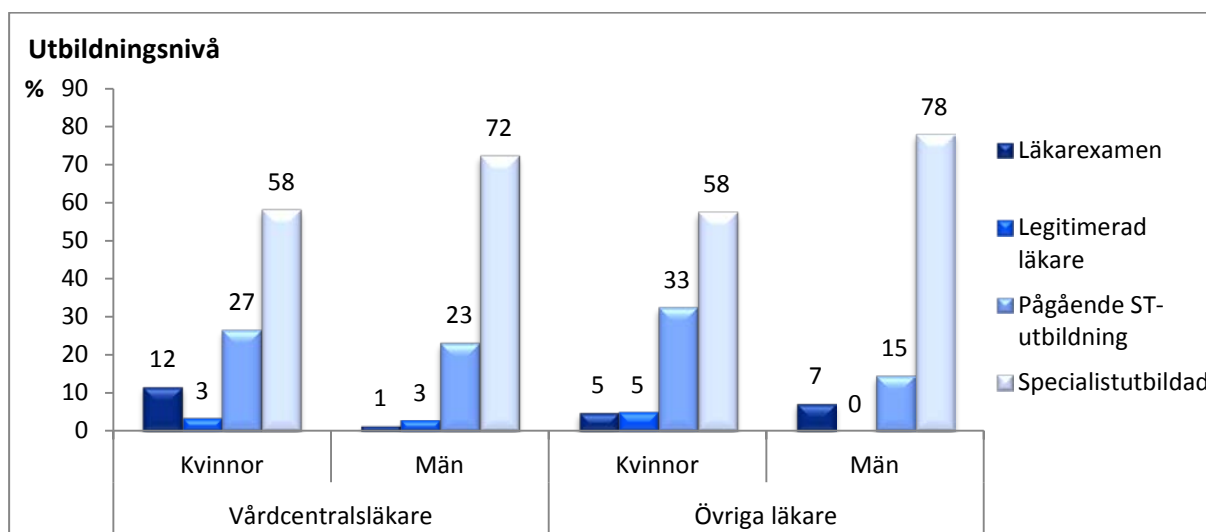


Som framgår av Figur 5 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor. Bland kvinnorna var andelen som tillhörde den yngsta ålderskategorin (24-39 år) störst, särskilt tydligt var detta bland kvinnorna i övriga verksamheter. Bland männen var istället andelen som tillhörde den äldsta ålderskategorin (55-67 år) störst, vilket var särskilt tydligt bland männen vid vårdcentraler.



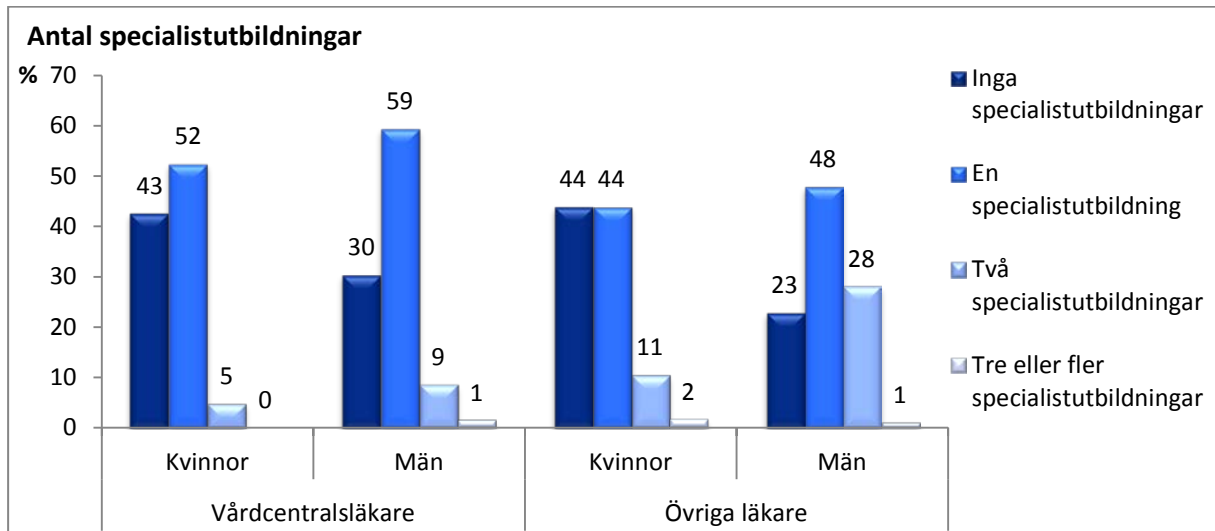
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. Både vid vårdcentraler och i övriga verksamheter hade en större andel av männen en specialistexamen. Samtidigt hade en större andel av kvinnorna en pågående specialistutbildning (Figur 6).



Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

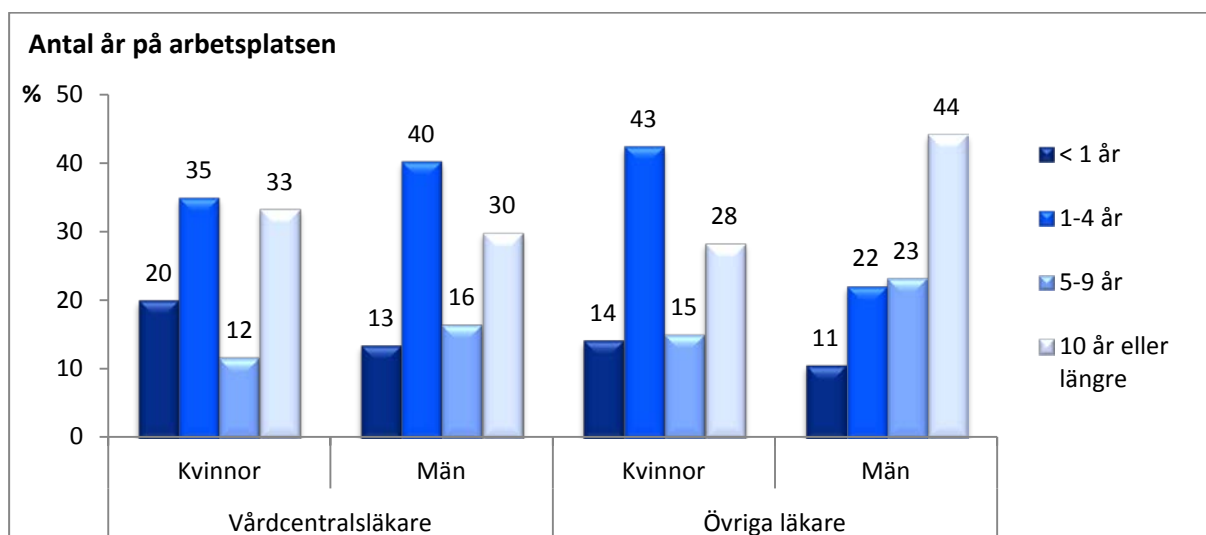
Den vanligaste utbildningsnivån var att ha en (1) specialistexamen, det hade 50 procent av samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell). En (1) specialistexamen var vanligast både bland kvinnorna och bland männen vid vårdcentral (Figur 7). Bland övriga läkare var en (1) specialistutbildning vanligast bland männen medan det bland kvinnorna var lika vanligt med en (1) specialistutbildning som att sakna sådan. Andelen med fler än en specialistexamen var större bland männen än bland kvinnorna, både vid vårdcentraler (10 jämfört med 5 %) och i övriga verksamheter (29 jämfört med 12 %).



Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män, vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

### Antal år på arbetsplatsen

Drygt hälften av läkarna vid vårdcentraler hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 8). Detta gällde både kvinnorna och männen (55 respektive 54 %). Bland läkarna i övriga verksamheter var motsvarande siffra 57 procent för kvinnorna och 33 procent för männen. En ungefär lika stor andel kvinnor som män bland vårdcentralsläkarna hade arbetat minst tio år på sin nuvarande arbetsplats medan det bland övriga läkare var en större andel män än kvinnor som arbetat på sin arbetsplats så länge.



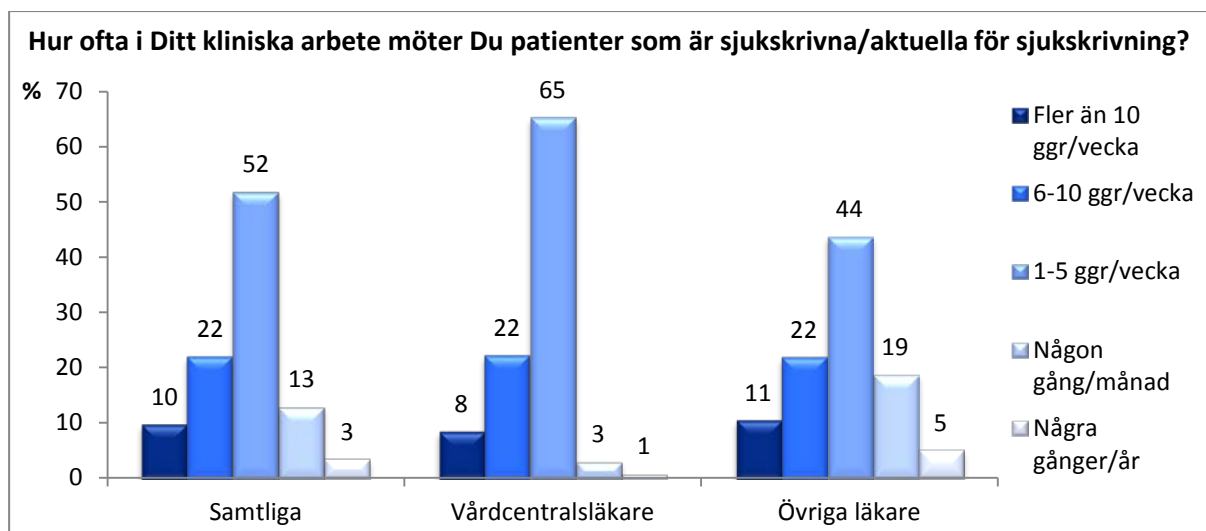
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de arbetat på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

### Ålders- och könsfördelning samt andel specialistutbildade i Dalarna och i hela Sverige

Ålderssammansättningen varierade något mellan sjukskrivande läkare i respektive landsting. I Dalarna var andelen äldre (55-67 år) läkare 35 procent, motsvarande siffra för hela landet var 34 procent. Störst var andelen läkare mellan 55 och 67 år i Blekinge med 42 procent och minst i Jönköping med 29 procent. När det gäller könsfördelningen bland de sjukskrivande läkarna så hade Dalarna en något större andel kvinnor jämfört med landet i helhet (53 respektive 49 %). Störst andel kvinnor hade Stockholm (54 %) och minst hade Blekinge (39 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, minst var denna i Dalarna och Södermanland (66 %) och störst i Blekinge (80 %). Andelen specialistutbildade i hela landet var 71 procent.

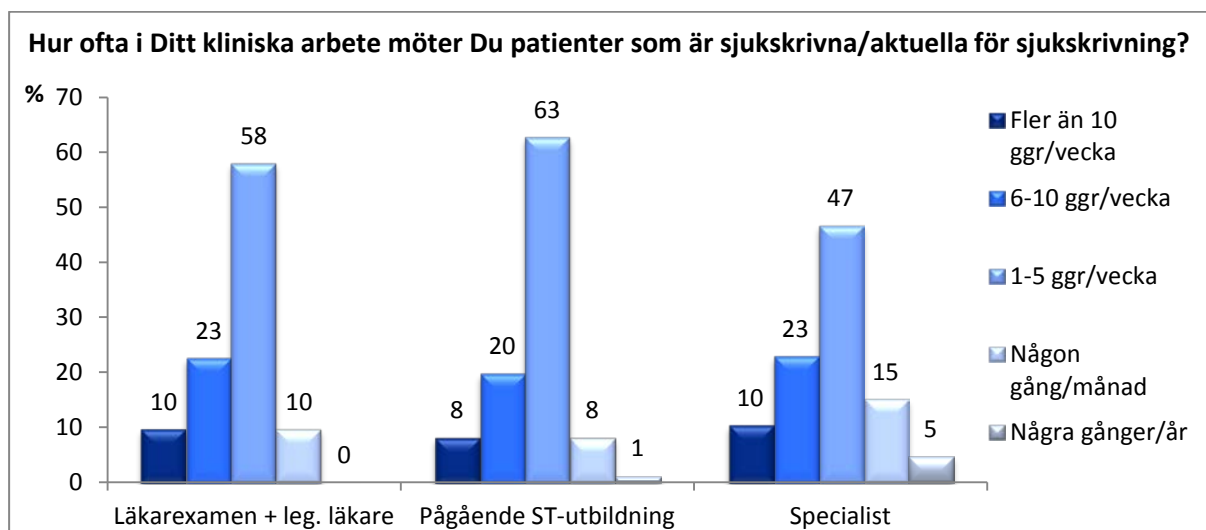
## Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Drygt 80 procent av läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Detta var dock vanligare bland läkarna vid vårdcentraler, där 96 procent hade sjukskrivningsärenden så ofta, jämfört med 76 procent bland läkarna i övriga verksamheter.



Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Det var inga stora skillnader vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning. Dock hade en större andel av specialisterna sådana konsultationer någon gång per månad eller mer sällan, jämfört med dem med lägre utbildningsnivå (Figur 10).



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

*Frekvens av sjukskrivningsärenden i Dalarna i jämförelse med i hela Sverige*

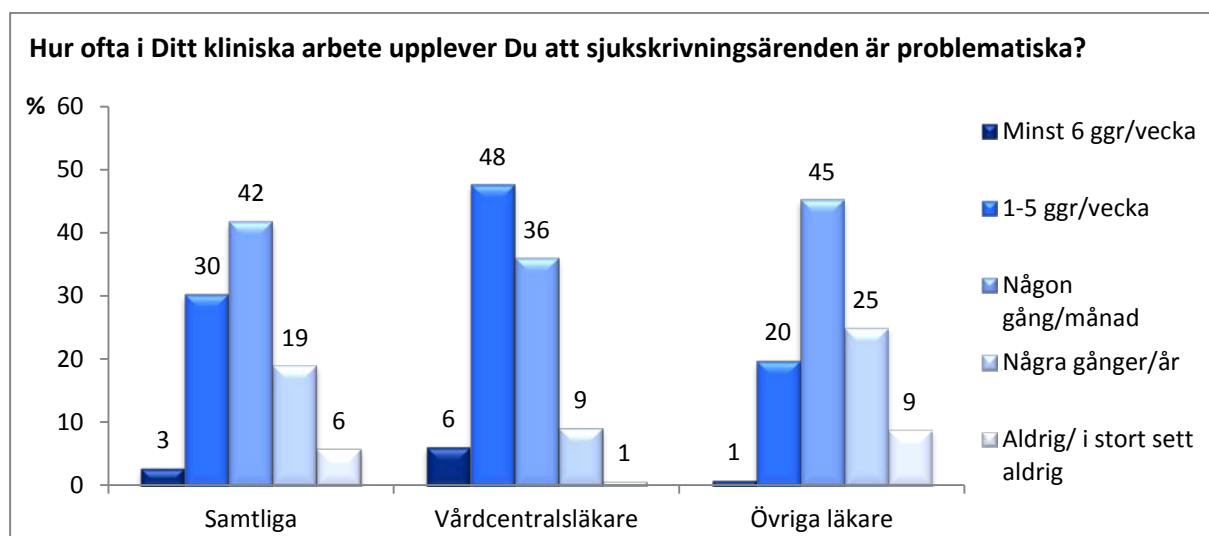
Andelen läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning oftare än tio gånger per vecka var i Dalarna något mindre än andelen för landet som helhet (10 jämfört med 14 %). I Västmanland och Värmland svarade störst andel, 17 procent, av läkarna att de har sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka. I Norrbotten var motsvarande siffra åtta procent, vilket var den minsta andelen i landet.

*Sammanfattning av frekvens om sjukskrivningsärenden*

Drygt fyra av fem (84 %) av de sjukskrivande läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och var tredje att de har det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka var större vid vårdcentraler (96 %) än i övriga verksamheter (76 %). En något större andel av läkarna med specialistutbildning hade sjukskrivningsärenden någon gång per månad eller mer sällan, jämfört med läkare med lägre utbildningsnivå.

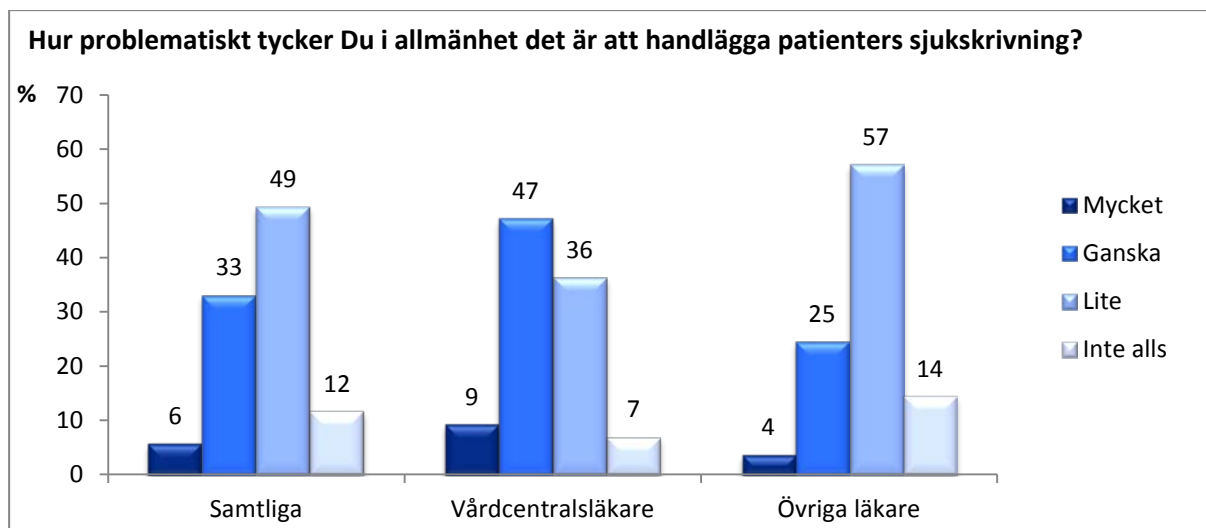
## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Först fanns en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska. En tredjedel (33 %) av läkarna rapporterade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång i veckan. Det var en betydligt större andel bland läkarna vid vårdcentraler (54 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (21 %) som svarade detta (Figur 11).



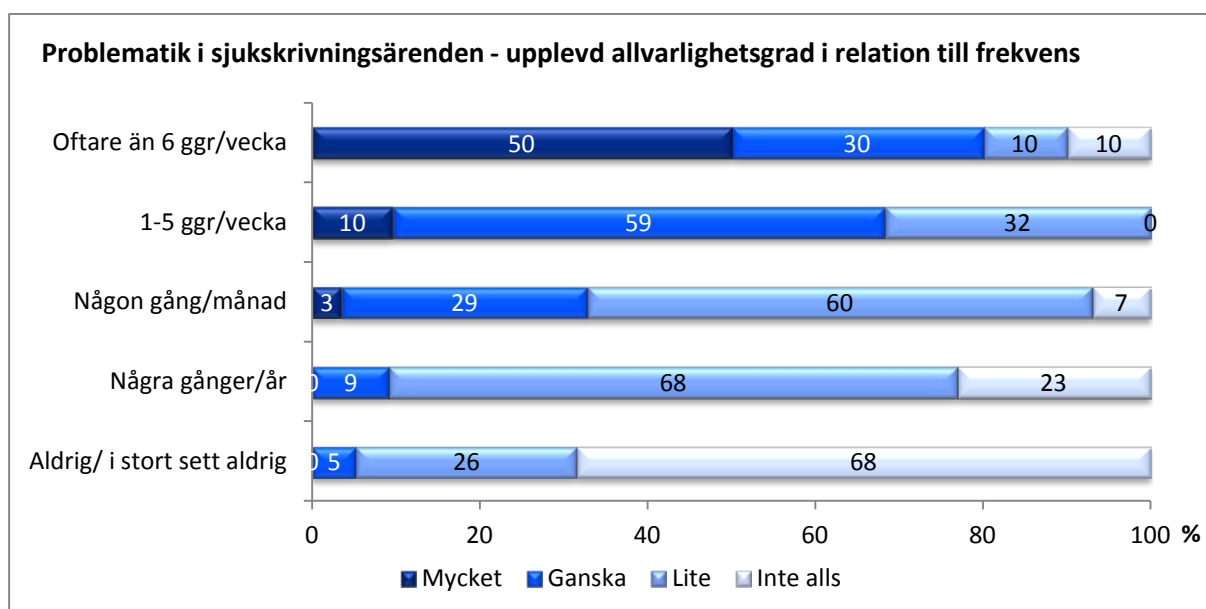
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* sjukskrivande läkare generellt tyckte att det är problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det är att handlägga patienters sjukskrivning. Över hälften (57 %) av läkarna vid vårdcentraler tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt, jämfört med drygt var fjärde (28 %) av läkarna i övriga verksamheter (Figur 12). Samtidigt svarade en mindre andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter att det inte alls är problematiskt att handlägga sjukskrivningar.



Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 13 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de upplevs. Av figuren framgår att det finns ett mönster; ju oftare sjukskrivningsärenden upplevs som problematiska, desto större andel upplever dem också som mycket eller ganska problematiska. På motsvarande sätt svarade endast en liten andel av dem som aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket eller ganska problematiska.



Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

*Problem med sjukskrivningsärenden i Dalarna och i hela Sverige*

Hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varierade något mellan de olika landstingen. I Dalarna uppgav var tredje (33 %) att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Minst andel (26 %) som upplevde detsamma fanns i Östergötland, medan störst andel (40 %) fanns i Jämtland. Variationen mellan landstingen vad gällde andelen som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde problem var mindre. I Jönköping, Kronoberg och Jämtland var den minst (5 %), i Stockholm och Östergötland störst (10 %). I Dalarna angav sex procent detta svarsalternativ. Sambandet mellan frekvens och allvarlighetsgrad (se Figur 13) förelåg även i andra landsting, Östergötland hade minst andel läkare (35 %) som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar medan Jämtland hade störst andel (46 %). Andelen i Dalarna var lika stor som för landet i landet helhet (39 respektive 38 %).



**Allvarlighetsgrad av specifika problem**

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 50) respektive Samverkan och kontakter (sidan 56) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 74 procent angav det som mycket eller ganska problematiskt (Tabell 5). Motsvarande andel för bedömning av patienter som har ett arbete var 66 procent. Mer än hälften av läkarna ansåg också att det var mycket eller ganska problematiskt att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga, att handlägga sjukskrivningsärenden där en annan läkare tidigare skrivit intyg samt att bedöma funktionsförmåga och optimal sjukskrivningstid och -grad. Generellt svarade en större andel av läkarna vid vårdcentraler att de upplever de specifika problem som presenteras i Tabell 5 som problematiska, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	16	36	38	9
	Vårdcentralsläkare	25	46	22	7
	Övriga läkare	11	30	48	11
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	13	30	41	16
	Vårdcentralsläkare	19	42	30	9
	Övriga läkare	9	23	47	21
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	27	40	26	8
	Vårdcentralsläkare	40	40	17	2
	Övriga läkare	19	39	32	11
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	35	39	19	7
	Vårdcentralsläkare	43	42	12	3
	Övriga läkare	31	37	24	9
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	16	36	41	7
	Vårdcentralsläkare	21	35	38	6
	Övriga läkare	13	36	42	8
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	24	37	31	8
	Vårdcentralsläkare	33	49	16	2
	Övriga läkare	19	30	40	11
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	6	29	40	24
	Vårdcentralsläkare	5	37	45	13
	Övriga läkare	7	25	37	31
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	18	38	33	11
	Vårdcentralsläkare	30	38	26	6
	Övriga läkare	12	38	37	13

***Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning***

Som framgår i bakgrunden (sidan 7) har läkare i sitt arbete med sjukskrivningsärenden olika uppgifter i förhållande till patienten, såsom att överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, att hantera situationer när patienten och läkaren har olika åsikter om behovet av sjukskrivning och att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter.

Hälften av läkarna (50 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna dels som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter (Tabell 6). Knappt hälften upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när de och patienter har olika åsikt om behovet av sjukskrivning och att i sjukskrivningsärenden diskutera psykosocial problematik med patienter (45 respektive 43 %). Att det är problematiskt att tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor samt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning upplevde knappt två av fem (37 %) respektive drygt var fjärde (28 %). Även i dessa typer av situationer upplevde en större andel läkare vid vårdcentraler sådan problematik, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	24	49	23
	Vårdcentralsläkare	5	25	57	13
	Övriga läkare	3	24	45	28
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	6	31	41	22
	Vårdcentralsläkare	4	40	44	12
	Övriga läkare	7	26	39	28
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	11	32	36	21
	Vårdcentralsläkare	11	36	40	13
	Övriga läkare	12	29	33	26
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	13	33	41	13
	Vårdcentralsläkare	19	33	36	12
	Övriga läkare	9	33	44	14
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	18	31	33	17
	Vårdcentralsläkare	26	34	31	9
	Övriga läkare	14	29	35	22

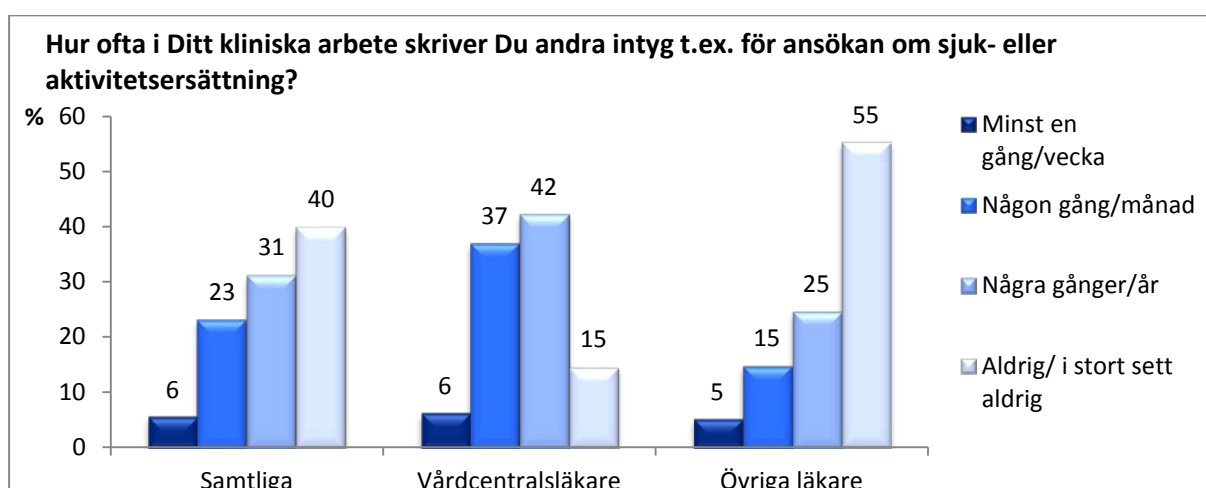
När det handlade om att skriva vanliga läkarintyg, och särskilt att skriva mer omfattande intyg till Försäkringskassan, upplevde en större andel av läkarna detta som problematiskt jämfört med att hantera dokumentationskravet [38, 131], det vill säga att veta vad i ett sjukskrivningsärende som ska dokumenteras i journalen (Tabell 7). Mest problematiskt rapporterades det vara att skriva andra typer av medicinska intyg/utlåtanden än läkarintyget (FK 7263); 61 procent av de knappt tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg fann detta som mycket eller ganska problematiskt.

Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	10	29	41	21
	Vårdcentralsläkare	11	33	41	15
	Övriga läkare	9	27	40	24
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga <sup>1</sup>	22	39	29	10
	Vårdcentralsläkare <sup>2</sup>	25	42	28	5
	Övriga läkare <sup>3</sup>	19	36	31	14
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	5	14	45	36
	Vårdcentralsläkare	5	13	52	30
	Övriga läkare	5	15	41	40

<sup>1-3</sup> De läkare som svarade att det inte är aktuellt att skriva denna typ av intyg är exkluderade i analyserna; <sup>1</sup>: 29 %, <sup>2</sup>: 9 %, <sup>3</sup>: 40 %.

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7236 svarade 40 procent att de aldrig gör detta (Figur 14). Andelen som aldrig gjorde detta var betydligt mindre vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (15 % jämfört med 55 %).



Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263, till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Det finns en tydlig trend när det gäller läkarnas svar om problematik i handläggningen av sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem (Tabell 8). Majoriteten av läkarna svarade att de inte alls upplever det som problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varade mer än två veckor.

För frågorna om sjukskrivning längre än 14 dagar fanns svarsalternativet 'Ej aktuellt'. En större andel av läkarna i övriga verksamheter jämfört med läkarna vid vårdcentraler uppgav att dessa frågor inte är aktuella i deras yrkesutövande, framförallt gällde det sjukskrivningar mellan tre och sex månader (24 jämfört med 2 %) och sjukskrivningar längre än sex månader (36 jämfört med 6 %). När de som svarat 'Ej aktuellt' exkluderas framgår att en majoritet av läkarna för vilka det var aktuellt med handläggning av sjukskrivningar längre än tre månader angav dessa ärenden som problematiska. Andelen som svarade att handläggningen är mycket eller ganska problematisk var större bland läkarna vid vårdcentraler än bland dem i övriga verksamheter, för såväl sjukskrivningar med en varaktighet mellan två veckor och tre månader (58 jämfört med 34 %), för sjukskrivningar med en varaktighet mellan tre och sex månader (80 jämfört med 43 %) och för sjukskrivningar längre än sex månader (85 jämfört med 61 %).

Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	1	6	30	63
	Vårdcentralsläkare	1	6	36	57
	Övriga läkare	2	6	27	66
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga <sup>1</sup>	12	32	39	17
	Vårdcentralsläkare <sup>2</sup>	21	38	33	9
	Övriga läkare <sup>3</sup>	7	29	42	22
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga <sup>4</sup>	30	38	19	13
	Vårdcentralsläkare <sup>5</sup>	42	40	10	8
	Övriga läkare <sup>6</sup>	21	36	26	18
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga <sup>7</sup>	38	34	18	11
	Vårdcentralsläkare <sup>8</sup>	51	34	10	5
	Övriga läkare <sup>9</sup>	27	34	24	15

<sup>1-9</sup> De läkare som svarade att det inte är aktuellt att handlägga längre sjukskrivningar är exkluderade i analyserna; <sup>1</sup>: 3 %, <sup>2</sup>: 1 %, <sup>3</sup>: 5 %, <sup>4</sup>: 16 %, <sup>5</sup>: 2 %, <sup>6</sup>: 24 %, <sup>7</sup>: 25 %, <sup>8</sup>: 6 %, <sup>9</sup>: 36 %.

**Frekvens av potentiellt problematiska situationer**

Närmare hälften av samtliga sjukskrivande läkare uppgav att de minst någon gång per månad träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada, detta var dock vanligare bland läkarna vid vårdcentraler (59 %) än bland dem i övriga verksamheter (40 %) (Tabell 9).

En dryg tredjedel av läkarna uppgav att de minst en gång i månaden säger nej till en patient som önskade sjukskrivning och även detta svar var vanligare bland vårdcentralsläkarna (45 jämfört med 32 %). Att patienten själv säger nej till en sjukskrivning läkaren föreslår angav 20 procent av samtliga läkare att de upplever minst någon gång per månad. Konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång per månad angavs av en dubbelt så stor andel vid vårdcentraler som i övriga verksamheter (38 jämfört med 18 %).

Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; en dryg tredjedel uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom. En större andel bland läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (43 jämfört med 31 %) svarade att de gör detta minst en gång per månad.

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	7	19	44	30
	Vårdcentralsläkare	8	30	48	14
	Övriga läkare	6	12	43	39
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	14	33	32	21
	Vårdcentralsläkare	23	36	32	8
	Övriga läkare	8	31	31	29
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	5	16	34	45
	Vårdcentralsläkare	2	22	40	36
	Övriga läkare	6	12	31	51
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	10	27	51	12
	Vårdcentralsläkare	13	32	47	8
	Övriga läkare	9	23	53	14
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	9	26	39	25
	Vårdcentralsläkare	9	34	32	25
	Övriga läkare	9	22	44	25

**Oro och hot**

Sex procent uppgav att de minst någon gång per månad upplever någon av situationerna listade i Tabell 10 (ej visat i figur). En femtedel (19 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de minst några gånger per år känner sig hotade av patienter i samband med ett sjukskrivningsärende. För läkarna i övriga verksamheter var andelen tio procent. Nitton procent av läkarna vid vårdcentraler svarade att de minst några gånger per år har patienter som uppger att de tänker byta läkare om de inte blir sjukskrivna och åtta procent oroade sig för att patienter skulle byta läkare om de inte blev sjukskrivna. Detta var mindre vanligt bland läkare i övriga verksamheter där motsvarande andelar i båda fallen var sex procent.

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	1	10	88
	Vårdcentralsläkare	2	1	14	84
	Övriga läkare	0	2	8	90
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	0	2	12	87
	Vårdcentralsläkare	0	2	16	81
	Övriga läkare	0	1	9	90
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	3	4	93
	Vårdcentralsläkare	1	3	4	92
	Övriga läkare	0	2	4	94
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	1	1	9	89
	Vårdcentralsläkare	1	2	16	81
	Övriga läkare	0	1	5	94

### *Frekvens och allvarlighetsgrad av problematiska situationer i Dalarna i hela Sverige*

Den situation i arbetet med sjukskrivningar som störst andel upplevde som mycket problematisk var både i landet som helhet och i Dalarna att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter. Andelen för Dalarna var högre än motsvarande andel för landet i helhet (74 jämfört med 65 %). Att bedöma arbetsförmågan för patienter som har ett arbete tyckte 66 procent i Dalarna, jämfört med 58 procent i landet som helhet, var mycket eller ganska problematiskt. Att handlägga längre sjukskrivningar angavs som mycket eller ganska problematiskt av en stor andel läkare, i Dalarna såväl som i landet som helhet. Av de läkare som handlade längre sjukskrivningar svarade i Dalarna 67 procent att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar som varade mellan tre och sex månader, jämfört med 63 procent för landet i helhet. När det gäller sjukskrivningar med en varaktighet av mer än sex månader så var motsvarande andel för Dalarna 72 procent, och för hela landet 69 procent.

Den potentiellt problematiska situation som störst andel läkare angav att de upplever minst någon gång per månad var att möta en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Detta svarade 47 procent i Dalarna, jämfört med 43 procent i hela landet.

Lika stora andelar i Dalarna och hela landet, sex respektive sju procent, rapporterade att de upplevde oro eller hot i form av någon av situationerna i Tabell 10 minst någon gång per månad.

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

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

En dryg fjärdedel (33 %) av läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. Detta var betydligt vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (54 jämfört med 21 %). Närmare 40 procent av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Även detta upplevde en större andel läkare vid vårdcentraler, jämfört med övriga läkare (57 jämfört med 28 %).

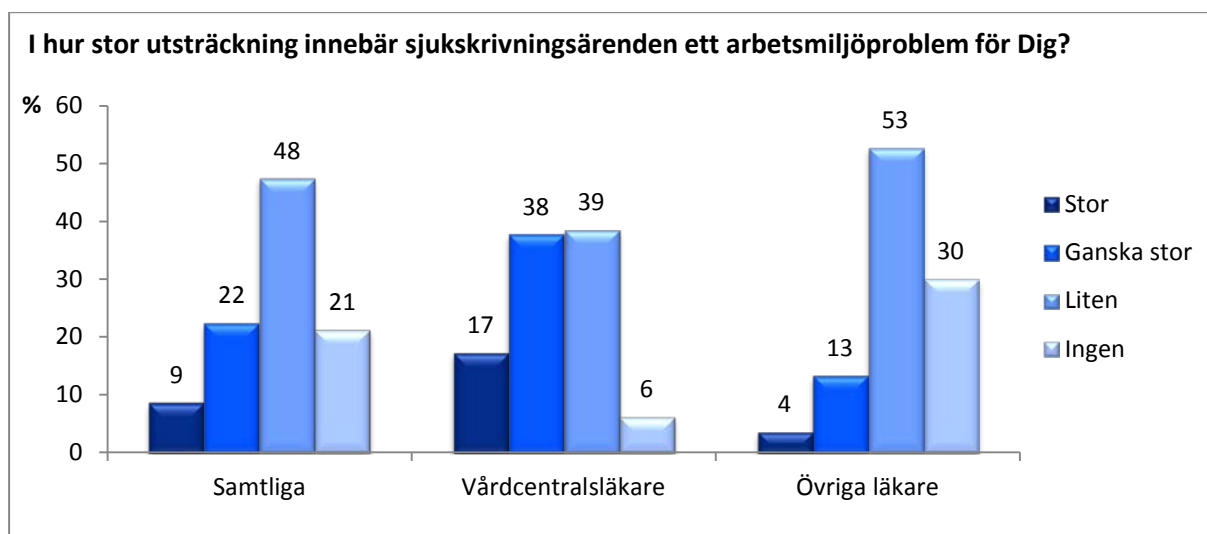
Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att uppleva arbetet med sjukskrivningar som problematiskt.

När det gäller allvarlighetsgrad av de olika specifika problematiska situationer som efterfrågas i enkäten, angavs följande som problematiska av störst andel läkare: att bedöma patienters arbetsförmåga, att bedöma långsiktig prognos av arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivningar där annan läkare tidigare skrivit intyg. För läkare vid vårdcentraler upplevdes därutöver även att hantera tidsbrist i sjukskrivningsärenden (se sidan 81) samt att bedöma nedsatt funktionsförmåga som särskilt problematiska. Läkare i övriga verksamheter upplevde utöver ovan nämnda situationer även att skriva andra intyg och utlåtanden än läkarintyg FK7263 till Försäkringskassan som problematiskt.

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

## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

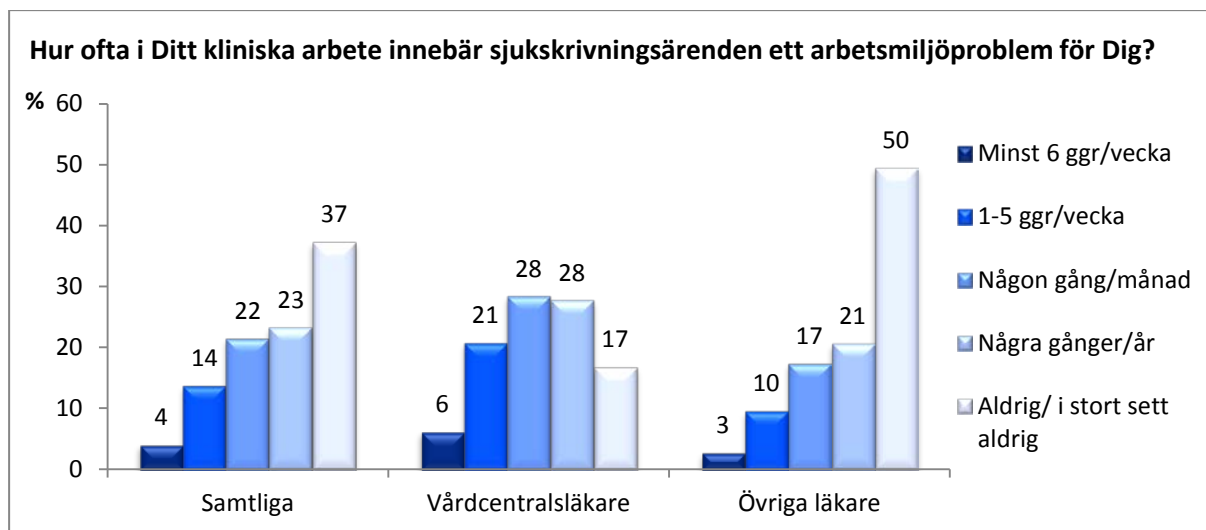
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [34, 65, 114, 132, 133]. Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. En tredjedel (31 %) av läkarna svarade att de i stor eller ganska stor utsträckning upplever att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem (Figur 15). En femtedel (21 %) svarade att sjukskrivningsärenden inte innebär ett arbetsmiljöproblem. Det förelåg dock stora skillnader mellan läkarna beroende på vilken typ av klinik/mottagning de arbetade på. Över hälften (55 %) av läkarna vid vårdcentraler angav att de i stor eller ganska stor utsträckning upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, jämfört med en knapp femtedel (17 %) av övriga läkare.



Figur 15. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På frågan *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade 37 procent av samtliga läkare att de aldrig eller i stort sett aldrig gör det, medan 18 procent svarade att de innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (Figur 16). Även här fanns skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter; en betydligt större andel (50 %) av läkarna i övriga verksamheter upplevde aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, jämfört med läkarna vid vårdcentraler (17 %).





Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### *Arbetet med sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem i Dalarna, jämfört med övriga landsting*

Det fanns vissa skillnader mellan landstingen vad gäller i vilken utsträckning läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem. I Dalarna uppgav en tredjedel (31 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning utgjorde ett arbetsmiljöproblem, vilket låg nära motsvarande andel för hela landet (32 %). Störst var denna andel i Jämtland (42 %) medan den minsta andelen (29 %) fanns i Stockholm, Uppsala, Östergötland, Gotland och Norrbotten.

När det gällde hur ofta läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar innebar ett arbetsmiljöproblem svarade 16 procent av alla sjukskrivande läkare i landet att så var fallet minst en gång per vecka, en andel som i Dalarna var ungefär lika stor (18 %). Även här var andelen störst i Jämtland (29 %). Minst var andelen i Stockholm (14 %)

### *Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem*

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av en tredjedel, 31 procent, av de sjukskrivande läkarna i Dalarna. Störst andel fanns bland läkarna vid vårdcentraler, där över hälften, 55 procent, svarade detta. Arton procent av läkarna svarade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. En betydligt större andel av läkarna i övriga verksamheter än läkarna vid vårdcentraler svarade att de i stort sett aldrig upplever sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem.

## Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Några 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 11 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt som angavs av läkarna var väntetider till behandling och utredning inom sjukvården. Tre av fem (61 %) av läkarna vid vårdcentraler svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av dessa orsaker minst någon gång per månad, medan motsvarande andel för läkarna i övriga verksamheter var en av fem (21 %).

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	27	35	29
	Vårdcentralsläkare	16	45	32	7
	Övriga läkare	4	17	36	43
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	3	13	23	60
	Vårdcentralsläkare	7	18	39	35
	Övriga läkare	1	10	14	75
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	1	10	24	65
	Vårdcentralsläkare	2	16	39	43
	Övriga läkare	1	6	14	78
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	1	9	30	60
	Vårdcentralsläkare	1	13	46	41
	Övriga läkare	1	6	21	72
... väntetider till behandling?	Samtliga	8	29	39	25
	Vårdcentralsläkare	13	48	32	7
	Övriga läkare	4	17	43	36

I enkäten ställdes även frågor om andra anledningar att sjukskriva längre än nödvändigt. De anledningar som angavs av störst andel läkare var brist på återbesökstider samt att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (Tabell 12). Bland samtliga läkare uppgav 18 procent att de sjukskriver längre än nödvändigt av dessa anledningar minst någon gång per månad, och andelen var betydligt större bland vårdcentralsläkare (30 respektive 31 %) än bland läkare i övriga verksamheter (11 respektive 10 %).

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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
... brist på återbesökstider?	Samtliga	5	14	26	56
	Vårdcentralsläkare	8	22	36	34
	Övriga läkare	3	8	20	69
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	4	9	24	63
	Vårdcentralsläkare	7	14	38	41
	Övriga läkare	2	7	15	77
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	2	9	27	62
	Vårdcentralsläkare	5	15	38	41
	Övriga läkare	0	6	20	75
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	3	15	29	53
	Vårdcentralsläkare	5	26	38	31
	Övriga läkare	2	8	24	66
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	2	5	29	63
	Vårdcentralsläkare	4	9	31	55
	Övriga läkare	1	3	28	68
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	1	5	18	76
	Vårdcentralsläkare	2	9	22	68
	Övriga läkare	0	3	15	81
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	1	4	17	79
	Vårdcentralsläkare	1	5	23	71
	Övriga läkare	0	3	13	83
... annan anledning?	Samtliga	0	3	6	91
	Vårdcentralsläkare	0	4	7	90
	Övriga läkare	0	3	5	92

### Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården, brist på återbesökstider och att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering. Av samtliga läkare svarade dock mindre än en tiondel att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av respektive orsak så ofta som varje vecka. En betydligt större andel av läkarna vid vårdcentraler jämfört med läkarna i övriga verksamheter angav att de sjukskriver patienter längre än nödvändigt av någon av dessa anledningar.

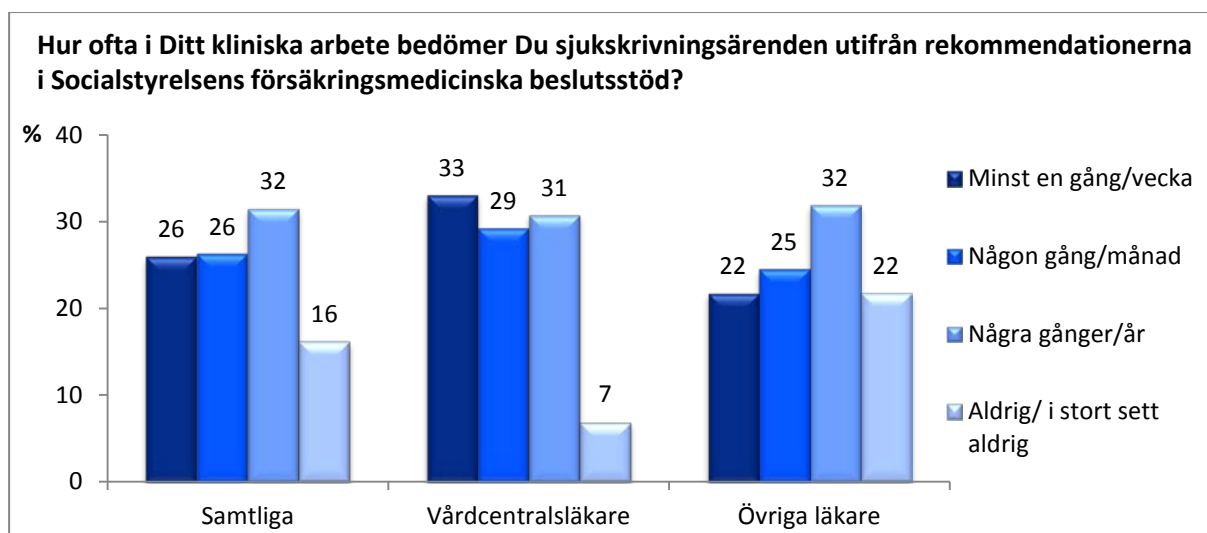
## Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Under år 2007 och 2008 infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [35, 134]. Den övergripande vägledningen reviderades 2012 [36] och det diagnosspecifika beslutsstödet uppdateras fortlöpande [135].

Totalt fanns det tio frågor i enkäten om beslutsstödet; det efterfrågades hur ofta det användes, hur problematiskt det var att använda det i samband med utfärdande av läkarintyg, om beslutsstödet underlättade kontakter med andra aktörer och om behov av mer kompetens i att använda det. Det fanns också frågor om hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

### *Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?*

Drygt hälften av läkarna, 52 procent, uppgav att de använder beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 17). Användandet skiljde sig åt mellan läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare. Tre av fem (62 %) av vårdcentralsläkarna använde beslutsstödet minst någon gång per månad, medan motsvarande siffra för läkarna i övriga verksamheter var knappt hälften (46 %). Mindre än en femtedel av samtliga läkare uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet.



Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

**Problem med att använda beslutsstödet**

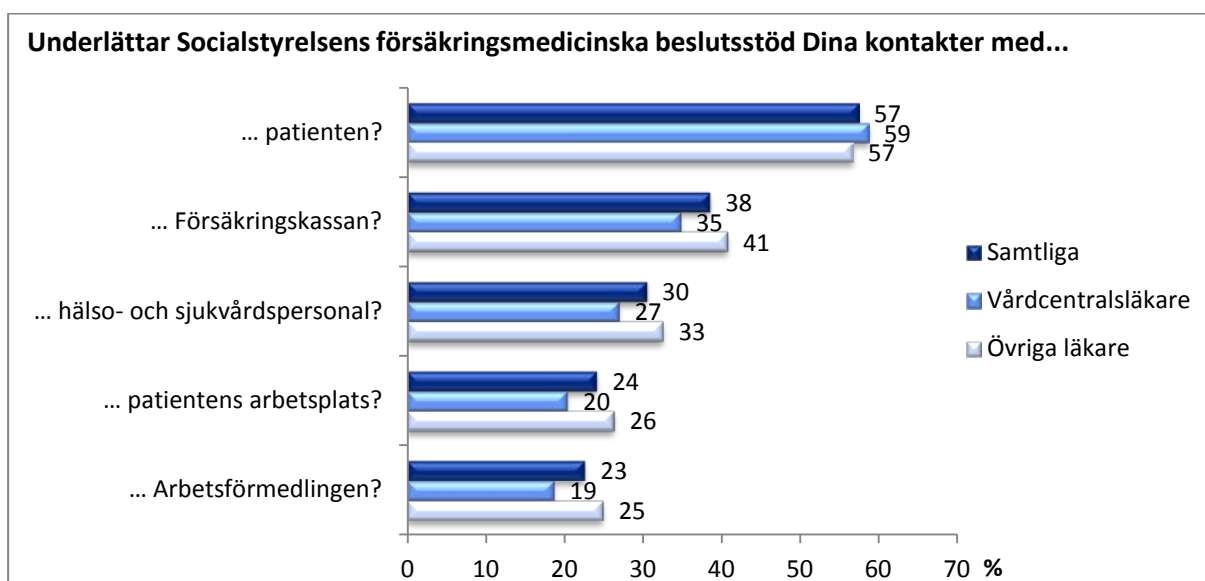
Trettiofem procent av samtliga läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 18). Andelen var något större bland läkarna vid vårdcentraler (38 %) än bland dem i övriga verksamheter (33 %). Bland övriga läkare svarade var fjärde (23 %) att det inte alls var problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, jämfört med var tionde (11 %) av vårdcentralsläkarna.



Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

**Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra**

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse såväl i kontakten mellan läkare och patient samt med andra samverkanspartners. I Figur 19 visas att drygt hälften av de sjukskrivande läkarna ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten, två av fem menade att beslutsstödet underlättar kontakterna med Försäkringskassan och en knapp tredjedel att stödet underlättar kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal. En fjärdedel menade att kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen underlättas. En något större andel av läkarna i övriga verksamheter, jämfört med vårdcentralsläkarna, svarade att beslutsstödet underlättar kontakterna med de olika aktörerna, med undantag för kontakter med patienten själv där andelarna var lika stora. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning läkarna har sådana kontakter; många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som kryssat i att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

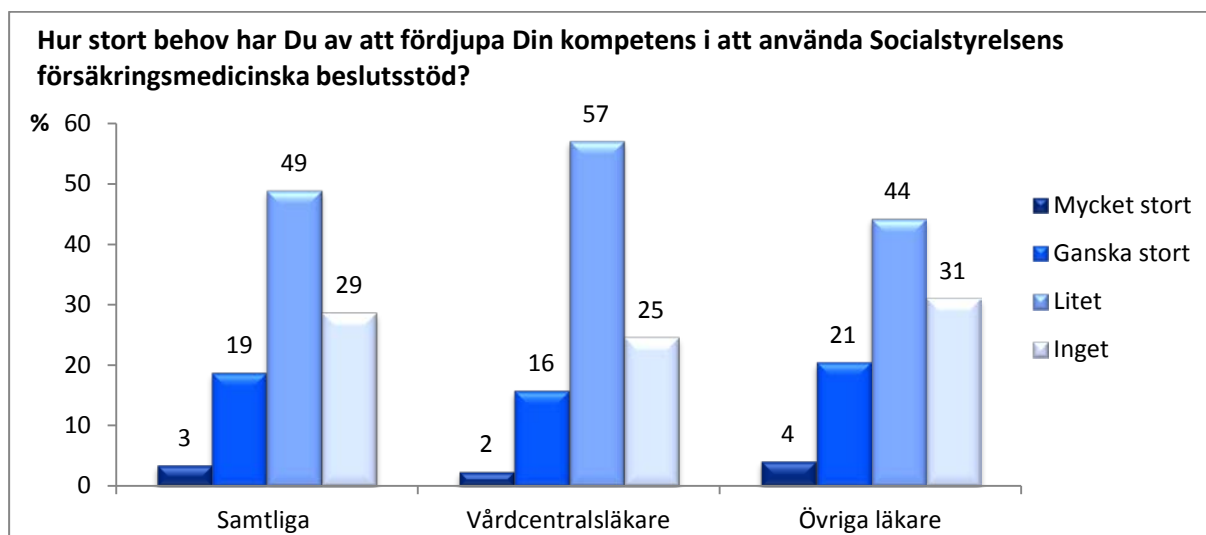
Som framgår av Figur 20 uppgav närmare en tiondel av de sjukskrivande läkarna att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att de och Försäkringskassan har skilda tolkningar av beslutsstödet. Detta angavs av en något större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

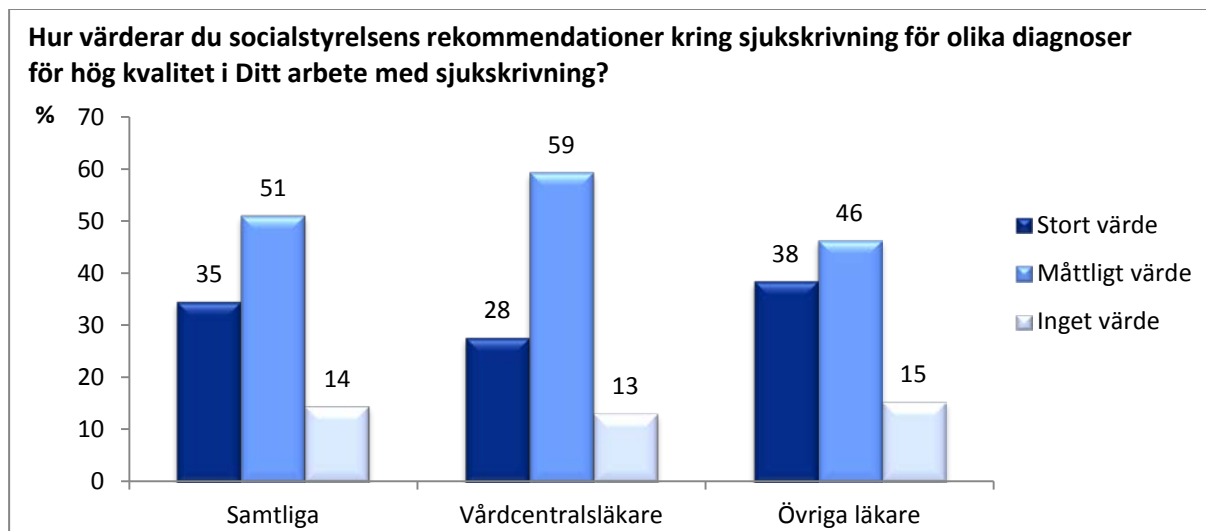
### **Behov av fördjupad kompetens**

På frågan om behov av fördjupad kompetens i att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en dryg femtedel (22 %) av läkarna att de har ett mycket eller ganska stort behov av detta (Figur 21). Denna andel var något mindre för läkarna vid vårdcentraler (18 %) jämfört med för läkarna i övriga verksamheter (25 %).



Figur 21. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En dryg tredjedel av läkarna ansåg att beslutsstödet har stort värde, medan fjorton procent däremot ansåg att beslutsstödet inte har något sådant värde (Figur 22). En större andel av läkarna i övriga verksamheter än av läkarna vid vårdcentraler uppgav att beslutsstödet har stort värde.



Figur 22. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

#### *Arbetet med beslutsstödet i Dalarna jämfört med hela Sverige*

Ungefär hälften av alla svarande läkare i hela landet (47 %) och i Dalarna (52 %) uppgav att de använde beslutsstödet minst någon gång per månad. Minstst var denna andel i Jämtland och Stockholm (42 % respektive 43 %) och störst i Kalmar (57 %).

Av de svarande läkarna i hela landet upplevde 38 procent det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet. Mellan landstingen varierade den från 33 procent i Västernorrland, Västerbotten och Örebro till 50 procent i Jämtland. I Dalarna var andelen 35 procent.

Sett till hela landet varierade andelen läkare som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med minst en av de andra aktörerna; från 51 procent i Blekinge och Värmland till 63 procent i Dalarna (ej i figur). Av svaren framgick att det var kontakten med patienten som störst andel upplevde underlättas. Vissa skillnader fanns mellan landstingen. Minst andel som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten fanns i Kronoberg (41 %), och störst var andelen i Dalarna (57 %). När det gäller kontakten med Försäkringskassan ansåg 36 procent av läkarna i hela landet att beslutsstödet underlättar denna. Variationen mellan landsting var från 24 procent i Jämtland till 42 procent i Södermanland. I Dalarna var andelen 38 procent.

En lika stor andel i Dalarna som i landet som helhet (8 respektive 9 %) uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan tolkar beslutsstödet på olika sätt.

En fjärdedel (25 %) av läkarna i landet, och 22 procent i Dalarna, uppgav att de har ett mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens i att använda beslutsstödet.



Vad gäller beslutsstödet värde för hög kvalitet i läkares arbete med sjukskrivningar var andelen som uppgav att det har stort värde lika stor för landet som helhet som för Dalarna, en dryg tredjedel. Andelen som svarade att beslutsstödet saknar värde i arbetet med sjukskrivningar var 18 procent för hela landet och 14 procent i Dalarna.

#### *Sammanfattning om beslutsstödet*

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd i arbetet med sjukskrivningar. Hälften av läkarna använder det varje månad, en större andel bland vårdcentralsläkarna än bland övriga läkare. Dock angav var tredje det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet. Var femte vårdcentralsläkare och var fjärde läkare i övriga verksamheter uppgav ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom att använda beslutsstödet.

Närmare tre av fem läkare uppgav att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och två av fem kontakten med försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer såsom hälso- och sjukvårdspersonal, Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats uppgavs underlättas av en betydande andel läkare. En dryg tredjedel av läkarna svarade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

## 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 13 och Tabell 14 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekom samarbete med/remittering till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket var femte läkare svarade att de gör minst en gång per vecka. Bland läkarna vid vårdcentraler var andelen en fjärdedel, och bland övriga läkare 16 procent. Knappt hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård.

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra interna aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	1	12	40	47
	Vårdcentralsläkare	2	17	57	24
	Övriga läkare	1	8	30	61
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	12	22	26	40
	Vårdcentralsläkare	14	47	26	13
	Övriga läkare	10	7	27	56
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	19	25	26	31
	Vårdcentralsläkare	24	48	17	10
	Övriga läkare	16	11	31	43
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	4	23	44	28
	Vårdcentralsläkare	2	31	42	25
	Övriga läkare	5	19	46	30

När det gäller kontakter med externa aktörer såsom arbetsgivare, socialtjänst eller Arbetsförmedlingen uppgav en majoritet att de aldrig eller i stort sett aldrig hade sådana kontakter (Tabell 14). Det fanns dock stora skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och de i övriga verksamheter.

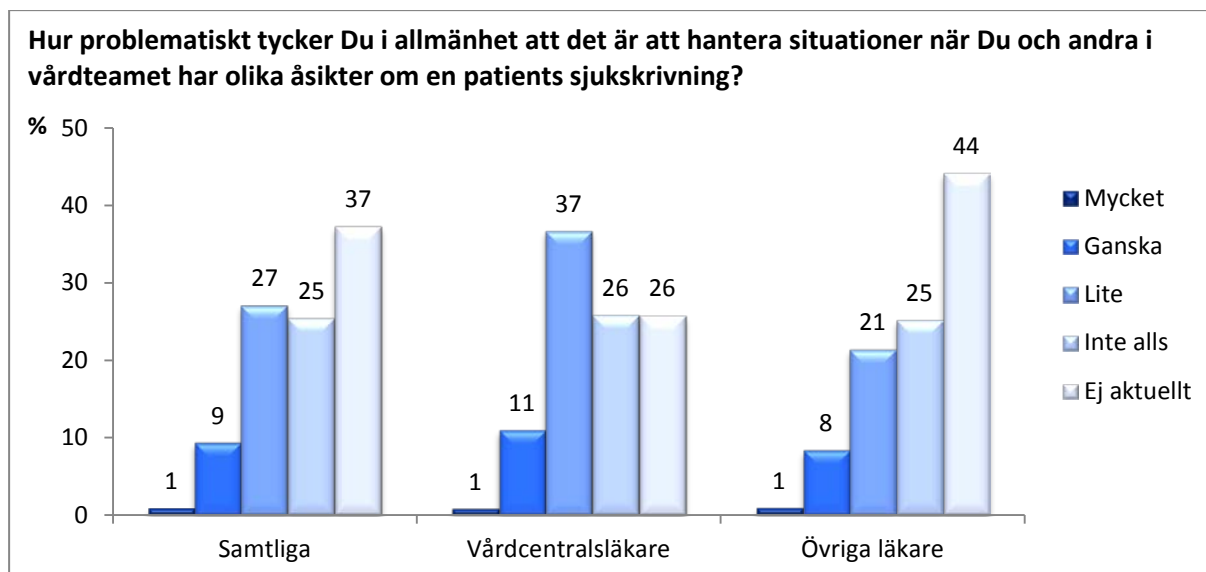
Det var mest förekommande att läkare vid vårdcentraler deltog i avstämningsmöten, var tredje gjorde detta minst en gång per månad, medan motsvarande andel för övriga läkare var knappt var femte. Det var också vanligare bland läkare vid vårdcentraler att ha kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden, vilket var femte angav att de har minst någon gång i månaden, jämfört med var tionde bland läkarna i övriga verksamheter.

Drygt var tredje läkare 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 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med externa aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.

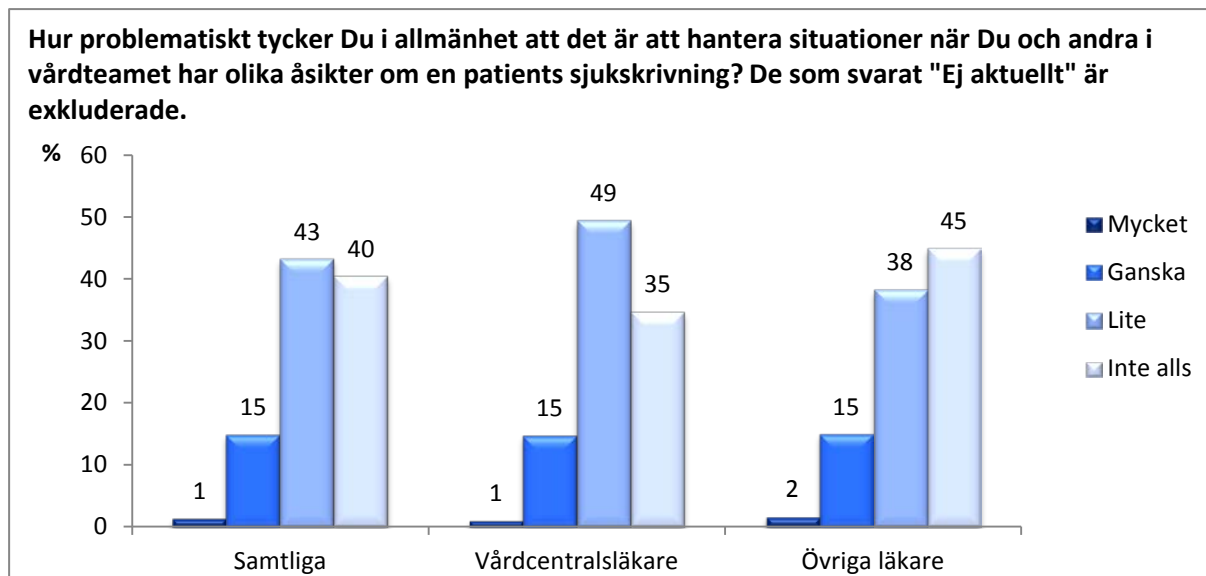
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	6	18	22	54
	Vårdcentralläkare	5	30	45	20
	Övriga läkare	7	10	8	74
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	5	6	14	75
	Vårdcentralläkare	1	5	28	66
	Övriga läkare	7	6	6	81
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	5	20	74
	Vårdcentralläkare	0	7	36	57
	Övriga läkare	1	3	11	85
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	12	31	56
	Vårdcentralläkare	0	19	50	31
	Övriga läkare	2	9	19	70
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	11	24	31	34
	Vårdcentralläkare	18	33	29	19
	Övriga läkare	7	19	32	42

Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt det är att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning framgår att nära två av fem läkare uppgav att sådana situationer inte var aktuella (Figur 23). Det fanns dock en skillnad mellan läkarna vid vårdcentraler, där var fjärde svarade att det inte var aktuellt, och läkarna i övriga verksamheter, där drygt två av fem svarade detsamma, vilket kan tyda på att läkare vid vårdcentraler i större utsträckning har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete jämfört med övriga läkare, alternativt att skilda åsikter inte förekom i samma utsträckning på vårdcentraler.



Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 24 visas svaren för samma frågeställning, här har dock de som svarat ”Ej aktuellt” exkluderats i analysen. Sexton procent av läkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. Andelen var lika stor bland läkarna vid vårdcentral som bland läkarna i övriga verksamheter.



Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite respektive inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade ”Ej aktuellt” är exkluderade.

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

Här redovisas svar på några av de frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra. Flertalet resultat om försäkringsmedicinsk kompetens redovisas i kapitlet om detta (sidan 70).

Knappt hälften av läkarna ansåg att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal var av stort värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Tabell 15). Ungefär två av fem uppgav att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan samt samverkansmöten/avstämningsmöten var av stort värde. En ungefär lika stor andel svarade att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök däremot inte har något värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet och en fjärdedel vardera ansåg att samverkansmöten/avstämningsmöten och att annan läkare bedömer samma patient, så kallad "second opinion", saknar värde. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än av övriga läkare uppgav att kontakterna med andra har stort värde och särskilt gällde detta samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare.

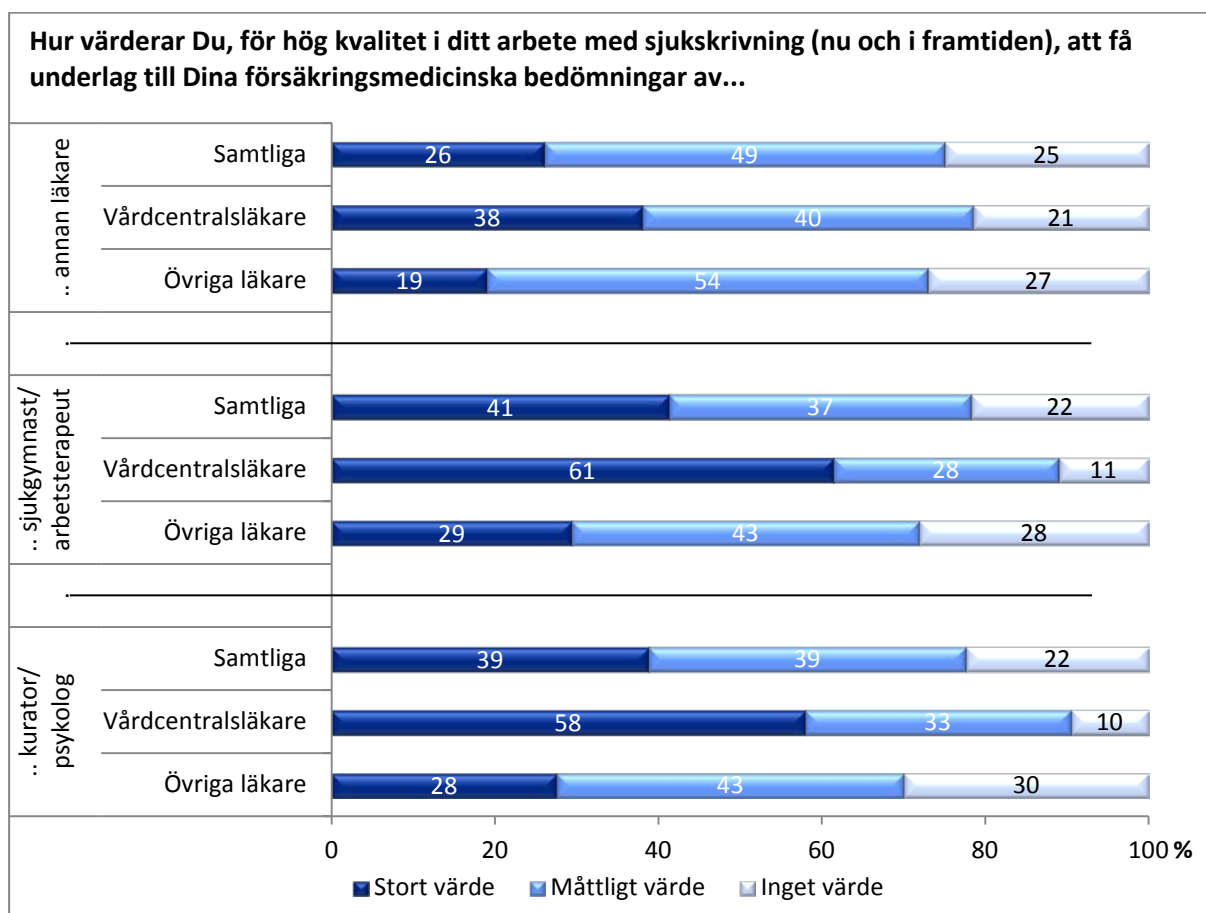
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	47	43	10
	Vårdcentralsläkare	54	37	9
	Övriga läkare	43	46	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	46	43	10
	Vårdcentralsläkare	53	39	8
	Övriga läkare	42	46	12
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	42	44	14
	Vårdcentralsläkare	47	46	7
	Övriga läkare	38	43	19
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare <sup>1</sup> på FK	Samtliga	34	48	18
	Vårdcentralsläkare	38	51	11
	Övriga läkare	32	46	22
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	37	40	23
	Vårdcentralsläkare	58	39	3
	Övriga läkare	25	41	34
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	24	38	38
	Vårdcentralsläkare	37	45	18
	Övriga läkare	16	35	49
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	20	54	26
	Vårdcentralsläkare	27	52	20
	Övriga läkare	15	55	30

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

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

Två av fem läkare svarade att det är av stort värde att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut liksom från kurator/psykolog, samtidigt menade drygt var femte att detta saknar värde. Att få underlag av en annan läkare angavs av en fjärdedel sakna värde, medan en lika stor andel svarade att detta är av stort värde. Läkarna vid vårdcentraler ansåg i betydligt större utsträckning än läkarna i övriga verksamheter att underlag från samtliga dessa yrkeskategorier har stort värde.



Figur 25. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### Samverkan och kontakter i Dalarna i jämförelse med landet i helhet

De yrkesgrupper som störst andel svarade att de samarbetar eller remitterar till var sjukgymnast och arbetsterapeut, i Dalarna såväl som i landet i helhet angav var femte läkare (19 %) att de gjorde detta minst en gång i veckan. Hälften av läkarna i Dalarna (47 %), liksom i landet i helhet (49 %), svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovården, medan tre av fyra angav att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med arbetsgivare (75 % i Dalarna och 74 % i hela landet) och socialtjänst (74 % både i Dalarna och i hela landet) i sjukskrivningsfrågor.

Ungefär lika stora andelar i Dalarna som i landet i helhet värderade kontakter med, och att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från, andra aktörer. Den största skillnaden gällde kontakter med Försäkringskassans handläggare och utredare, där var tredje (33 %)

läkare i landet som helhet svarade att dessa hade stort värde, jämfört med drygt två av fem (42 %) av läkarna i Dalarna.

### Sammanfattning samverkan och kontakter

Samarbete och kontakter i sjukskrivningsärenden förekom mest internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Läkarna vid vårdcentraler angav i betydligt större utsträckning samarbete och kontakter än de i övriga verksamheter. Sjukgymnast och arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel av läkarna angav att de samarbetar med eller remitterar till. Drygt hälften av läkarna vid vårdcentraler och två av fem av övriga läkare uppgav att kontakter med andra läkare och/eller vårdpersonal är av stort värde för att hålla hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden. Detsamma gällde möjligheten till kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens. Tre femtedelar av läkarna vid vårdcentraler och en dryg fjärdedel av dem i övriga verksamheter ansåg också att underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut och kurator/psykolog är av stort värde.

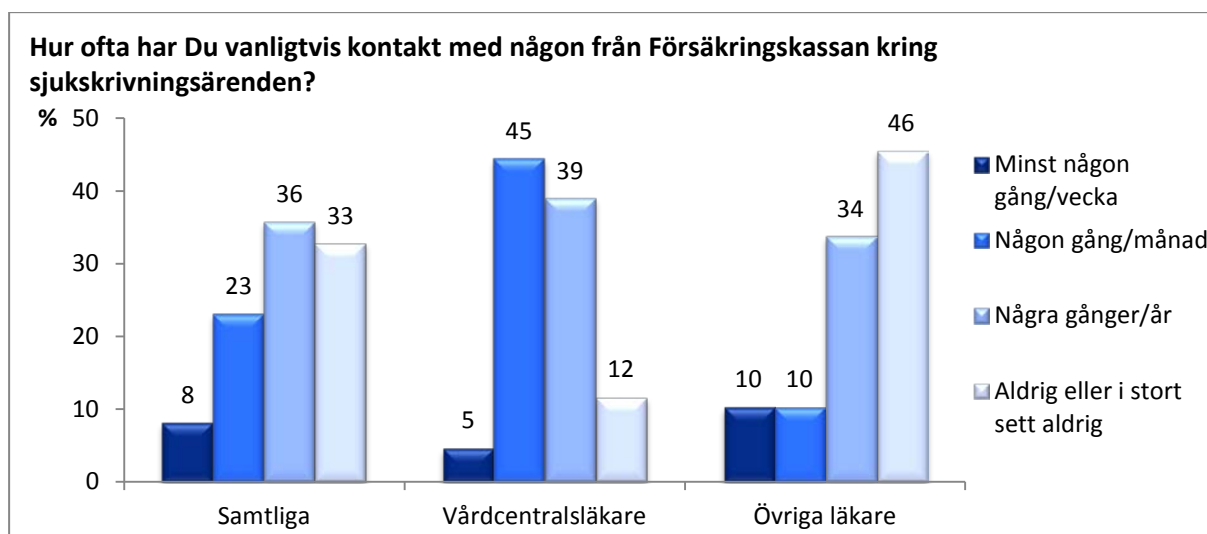
Externa kontakter i samband med sjukskrivningsärenden angavs av en mindre andel, Avstämningsmöten med arbetsgivare var den på månadsbasis sett vanligaste typen av extern kontakt, både bland läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. Tre av fem av läkarna vid vårdcentraler och var fjärde läkare i övriga verksamheter ansåg att avstämningsmöten har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden.

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

## Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 70) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 56) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 50).

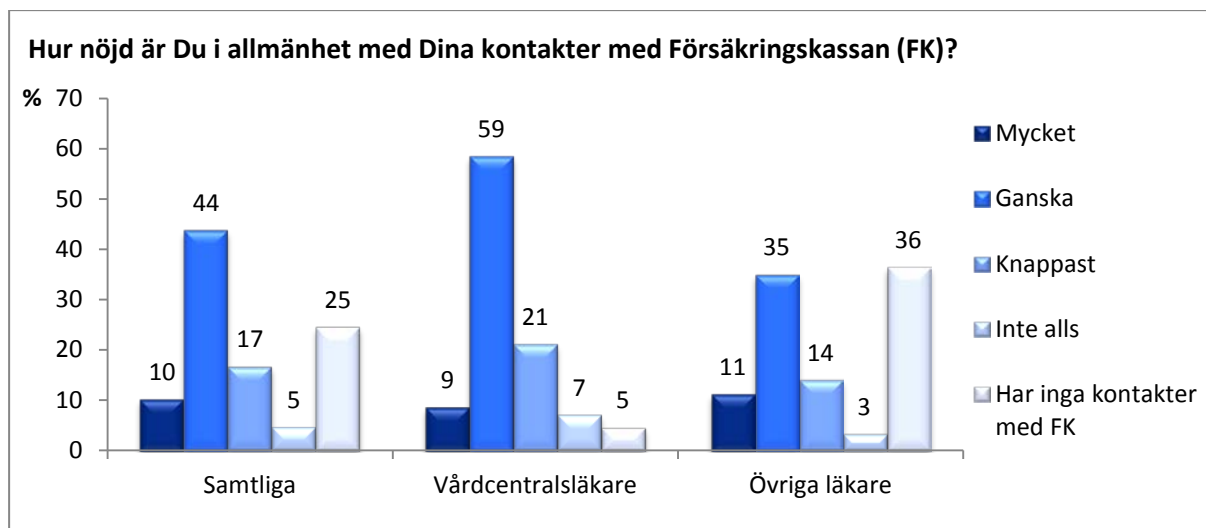
En tiondel av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, jämfört med närmare hälften av övriga läkare. Hälften (49 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de har denna typ av kontakt minst någon gång per månad medan motsvarande andel bland övriga läkare var en femtedel (21 %) (Figur 26).



Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

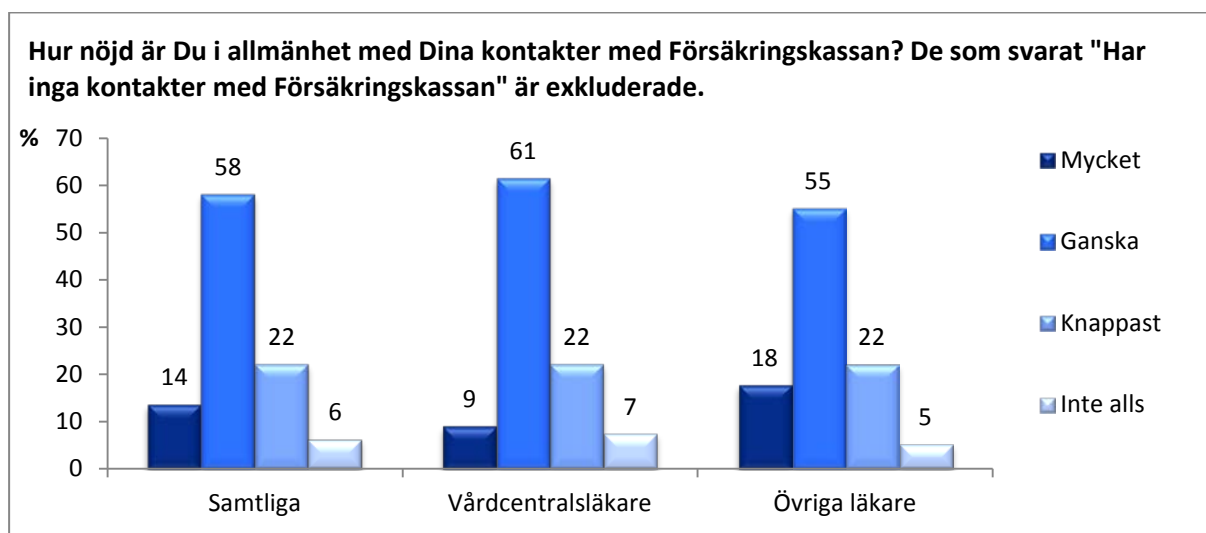
Var fjärde läkare uppgav att de inte har några kontakter med Försäkringskassan (Figur 27). Bland läkarna i övriga verksamheter var andelen en tredjedel, medan det bland läkarna vid vårdcentraler var mycket ovanligt att inte ha några kontakter med Försäkringskassan, endast fem procent uppgav detta.





Figur 27. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.

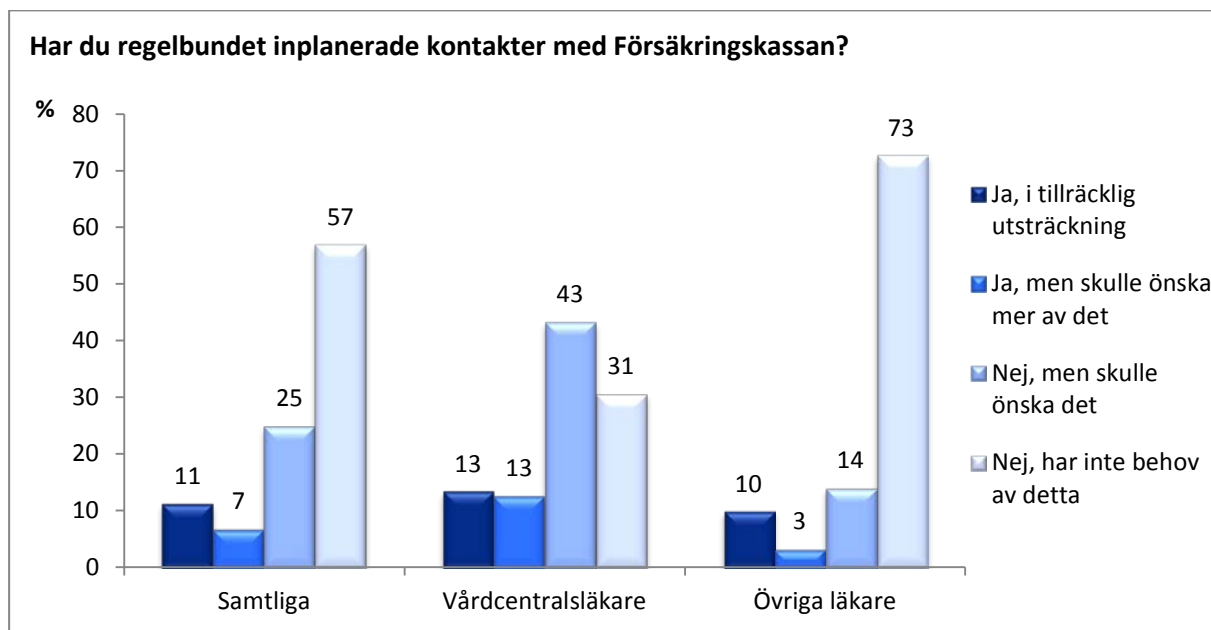
Av de 75 procent som uppgav att de har kontakter med försäkringskassan var en majoritet (72 %) mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 28). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel drygt två av tre (70 %) och bland dem i övriga verksamheter knappt tre av fyra (73 %).



Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.

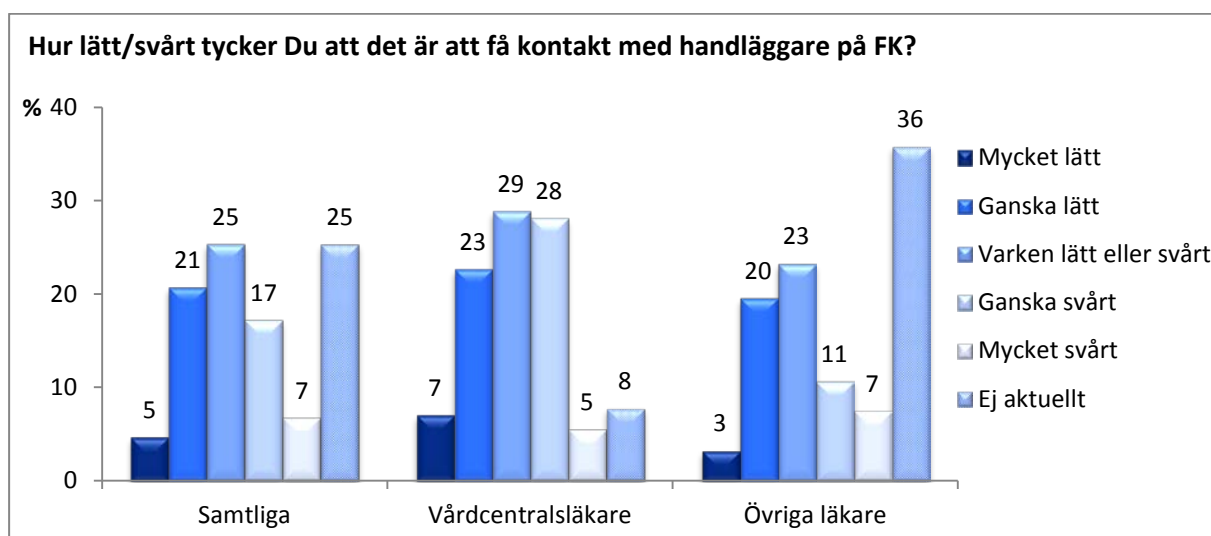
På frågan om förekomst av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t. ex avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade knappt var femte (18 %) läkare att de hade sådana (Figur 29). Var fjärde uppgav att de inte har denna typ av kontakter men önskade ha det, drygt hälften svarade att de inte har dessa regelbundet inplanerade kontakter och inte heller anser sig ha behov av det. En fjärdedel (26 %) av vårdcentralläkarna angav att de har kontakter med Försäkringskassan, och drygt hälften (56 %) att de önskade ha mer sådana kontakter, medan

en tredjedel uppgav att de inte har något behov av sådana kontakter. Av läkarna i övriga verksamheter angav endast 13 procent sådana regelbundet inplanerade kontakter, medan nära tre av fyra svarade att de varken har det eller anser sig ha behov av det.



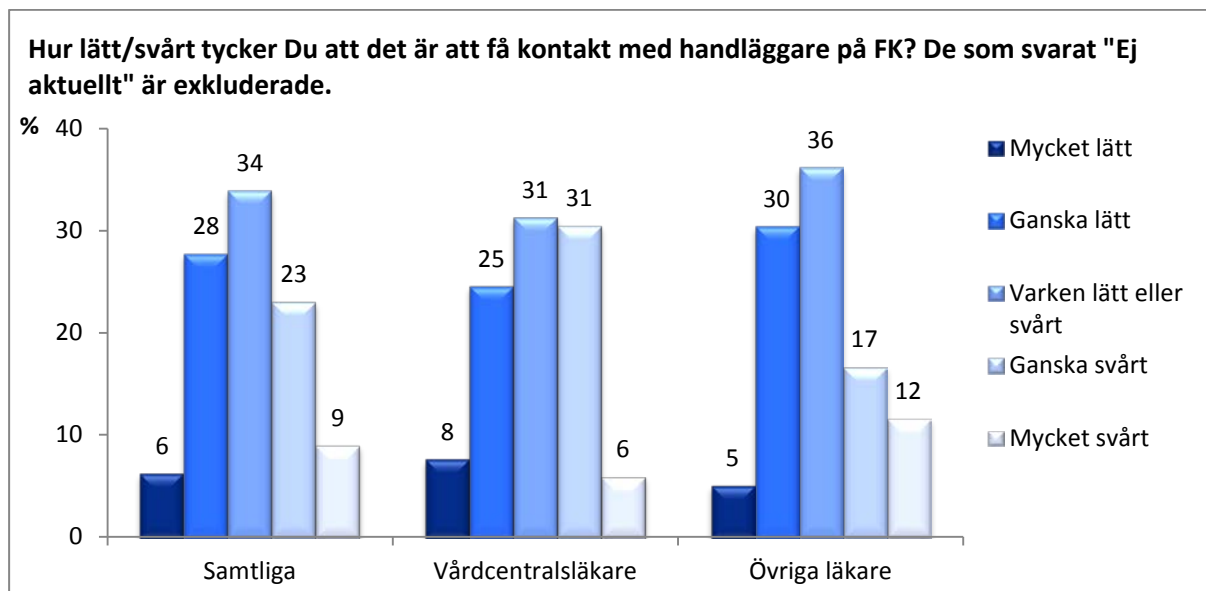
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.

Var fjärde läkare uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes att få kontakt med Försäkringskassans handläggare att det inte är aktuellt för dem att ha kontakter med Försäkringskassan (Figur 30). Bland läkarna vid vårdcentraler svarade åtta procent att det inte var aktuellt, bland övriga läkare svarade drygt var tredje detsamma.



Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.

Figur 31 visar svarsfördelningen för samma fråga med de läkare som svarade "Ej aktuellt" exkluderade ur analysen. Ett liknande svarsmönster kan ses. En tredjedel (34 %) tyckte att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt med handläggare medan en i det närmaste lika stor andel (32 %) tyckte att det var mycket eller ganska svårt. En något större andel av vårdcentralläkarna (36 %) upplevde det som mycket eller ganska svårt, jämfört med övriga läkare (28 %), i övrigt var skillnaderna mellan grupperna små.

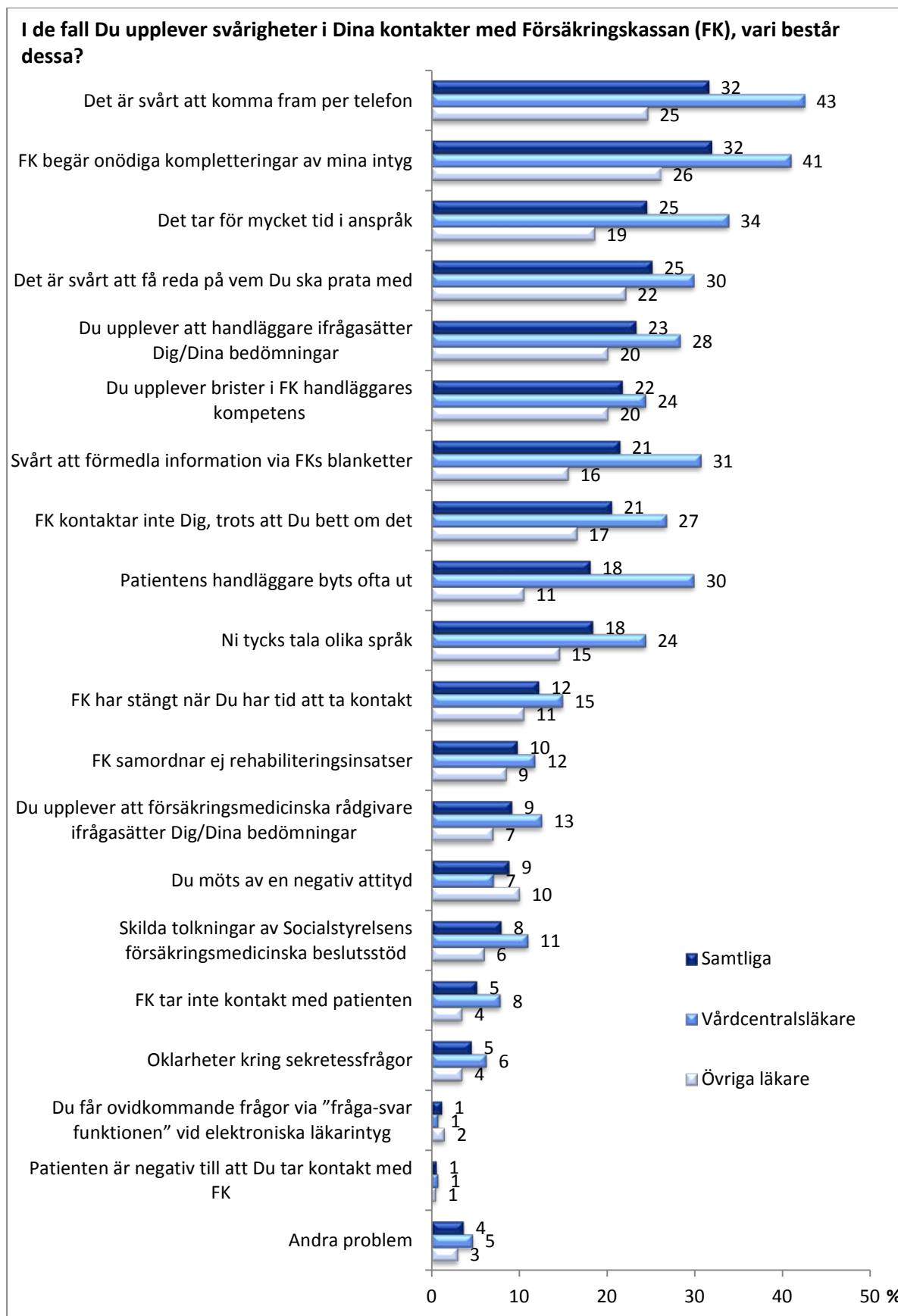


Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats.

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

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade 6,6 procent av läkarna (n=23) inte alls på frågan. Dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 32 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna (ej i tabell). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel 18 procent och bland övriga läkare 41 procent. Av dem som svarade att de inte upplevde några svårigheter hade 42 procent tidigare uppgett att de inte har några kontakter med Försäkringskassan. Av dem som angett att de inte har några kontakter var det 37 % som svarade att de upplever minst en av de listade svårigheterna (ej i tabell). Detta kan bero på att man åsytar tidigare kontakter.

I Figur 32 listas olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan och andelen som uppgav att de upplever dessa. Störst andel (32 %) uppgav att det är svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon samt att Försäkringskassans handläggare "begär onödiga kompletteringar av intyg". Att kontakterna tar för mycket tid i anspråk, att det är svårt att få reda på vem man ska prata med samt att uppleva sig få sina bedömningar ifrågasatta av Försäkringskassans handläggare uppgavs av en fjärdedel vardera. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter angav dessa svårigheter.



Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### ***Elektronisk överföring av läkarintyg***

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före det att enkäten skickades ut. 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".

Endast ett fåtal, fem procent, av läkarna uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (ej i tabell). Av dessa hade drygt hälften elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med det journalsystem de använde. Knappt hälften använde elektronisk överföring minst någon gång per månad. En klar majoritet av de som överhuvudtaget använde sig av elektronisk överföring upplevde systemet som problemfritt. Två av fem ansåg att systemet med elektronisk överföring tar mindre tid än tidigare system, medan en tredjedel svarade att det inte innebär någon skillnad i tid jämfört med tidigare. Knappt hälften ansåg att elektronisk överföring underlättar jämfört med tidigare, en lika stor andel ansåg att det varken underlättar eller försvårar. Samtliga läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg svarade att detta inte innebär någon skillnad i kvaliteten på läkarintygen, jämfört med tidigare. En majoritet uppgav att de i stort sett aldrig använder fråga-svar-funktionen.

### *Kontakter med Försäkringskassan i Dalarna och i hela Sverige*

Hur läkare i de olika landstingen svarade på frågan om hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan varierade. Andelen som svarade att de har kontakt minst någon gång i veckan varierade mellan tre procent i Uppsala och Östergötland och tolv procent i Blekinge. Andelen i Dalarna var åtta procent, ungefär lika stor som för landet som helhet med sju procent. Andelen som svarade att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan varierade mellan 18 procent i Jönköping och 35 procent i Östergötland. I Dalarna svarade var tredje läkare (33 %) att de i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan, medan andelen för hela landet var 28 procent.

Även uppfattningen bland läkarna om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med Försäkringskassan varierade mellan landstingen. Av de läkare som angav att det är aktuellt för dem att ha kontakt med Försäkringskassan svarade 44 procent i Uppsala och 43 procent på Gotland att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, medan 25 procent i Halland svarade detsamma. I Dalarna var denna andel 32 procent och i landet som helhet 36 procent. Störst andel som ansåg att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med Försäkringskassan fanns i Halland, 44 procent, och i Södermanland, 43 procent. Här var andelen för Dalarna 34 % och för hela landet 30 %.

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg upplevde nästan hälften (47 %) av läkarna i Skåne och Jämtland. Minst andel angav detta i Halland (30 %), Västra Götaland (31 %), Dalarna (32 %) och Östergötland (32 %). I hela landet var andelen 39 procent.

Att det är svårt att komma fram per telefon angav störst andel läkare i Kronoberg (41 %) och Jämtland (41 %) medan det angavs av minst andel på Gotland (29 %). I Dalarna svarade 32 % att de upplever detta och i hela landet 36 procent.

Att kontakten med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk svarade störst andel läkare i Jämtland (41 %) och minst andel i Dalarna (25 %) och Västernorrland (26 %). I hela landet angav 30 procent detta som en svårighet.

På frågan om upplevd brist i kompetens hos handläggare på Försäkringskassan var ett problem angav störst andel det i Skåne (31 %) och Örebro (31 %) och minst i Södermanland (20 %). I Dalarna var andelen 22 procent, jämfört med 27 procent för läkare i hela landet.

Användandet av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg var i de flesta landsting mycket högt. Allra störst var det i Jämtland där 95 procent uppgav att de använder systemet. I några få landsting var dock användandet mycket lågt, på Gotland och i Dalarna var det fyra respektive fem procent som uppgav att de använder systemet.

### *Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan*

Var tredje läkare svarade att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad. Detta svar var betydligt vanligare bland läkarna vid vårdcentraler där hälften uppgav detta, jämfört med övriga verksamheter där endast var femte svarade detsamma.

En fjärdedel av läkarna vid vårdcentraler hade i någon mån regelbundet inplanerade kontakter, till exempel avstämnings- eller rehabiliteringsmöten. Bland övriga läkare menade närmare tre av fyra att de inte har behov av sådana kontakter, och endast var tionde angav att de har denna typ av kontakter.

Av de läkare som uppgav att de har kontakter med Försäkringskassan svarade knappt tre av fyra att de är mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter.

En tredjedel uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. De svårigheter som störst andel svarade att de upplevde var att det är svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon samt att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg.

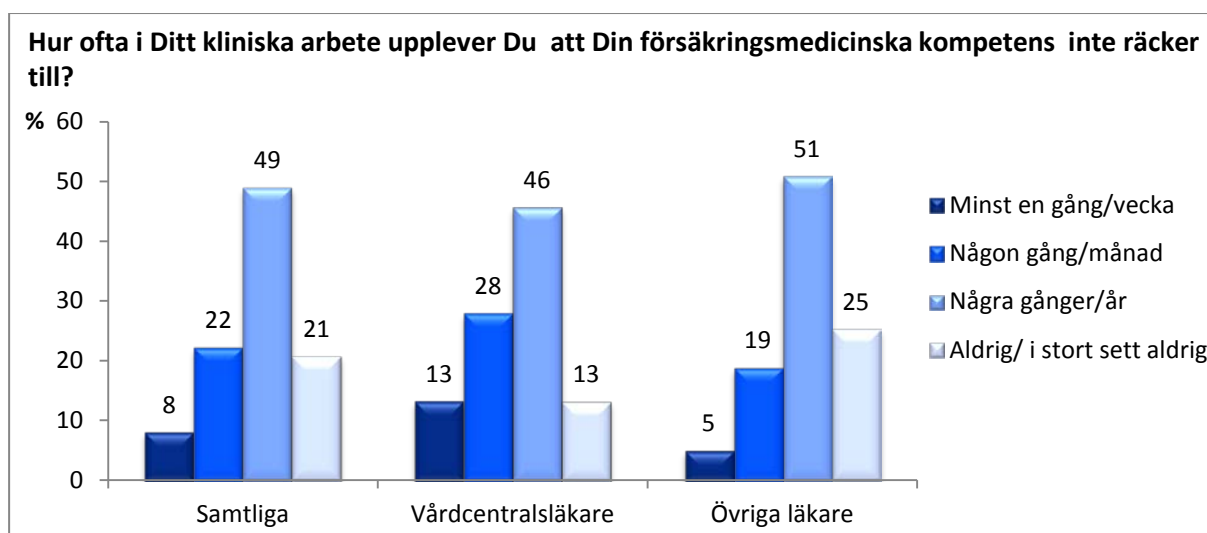
Endast en liten andel, fem procent, av läkarna svarade att de använder sig av det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Knappt hälften av dessa upplevde att systemet underlättar deras arbete och samtliga uppgav att elektronisk överföring inte innebär någon skillnad vad gäller intygens kvalitet, jämfört med tidigare.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, i vilken utsträckning läkare har tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskar fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 50) och Samverkan och kontakter (sidan 56).

Vid en sammanställning av andel läkare som angav önskan om åtminstone en typ av kompetensökning var den 95 procent (ej i figur). Det innebär att den absoluta majoriteten av läkarna önskar sig någon typ av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Knappt var tredje läkare (30 %) uppgav att de minst någon gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens är otillräcklig (Figur 33). En femtedel svarade tvärtom att de i stort sett aldrig upplever detta. Läkare vid vårdcentraler svarade i större utsträckning att deras kompetens inom försäkringsmedicin inte räcker till, två av fem (41 %) svarade att de upplever detta minst någon gång per månad jämfört med var fjärde (24 %) bland övriga läkare.



Figur 33 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.



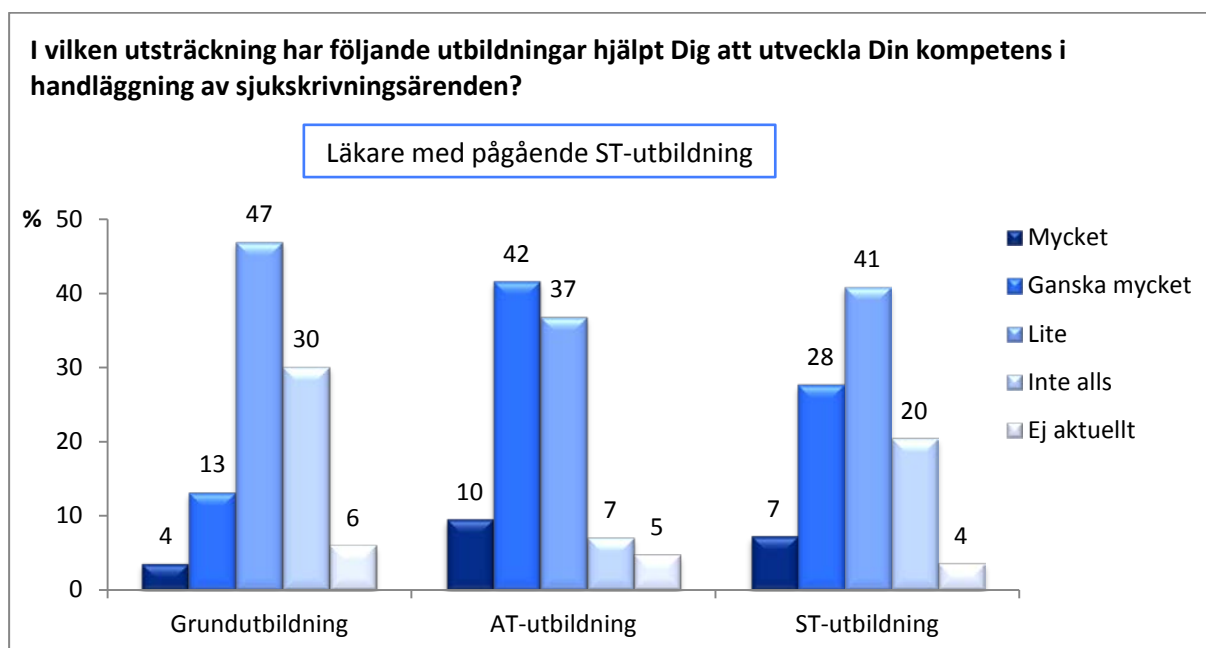
**Kompetensutveckling via formell utbildning**

Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var tolv procent (Tabell 16). Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 32 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 27 procent.

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

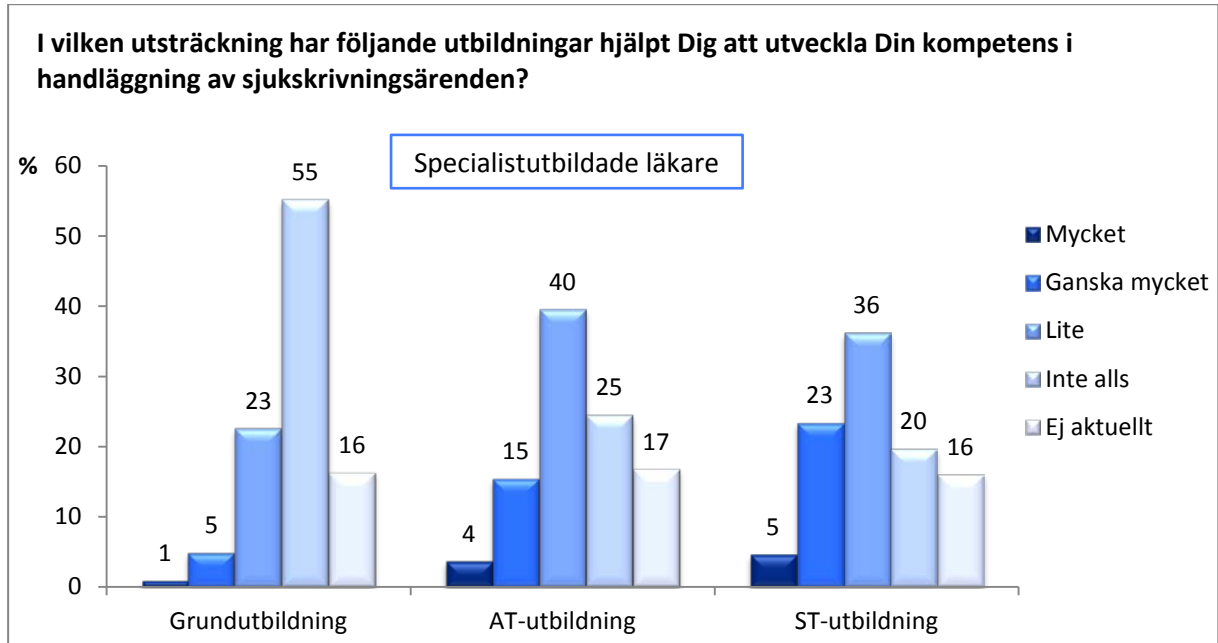
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	3	9	31	45	13
	Vårdcentralsläkare	1	3	33	50	14
	Övriga läkare	4	13	30	42	12
AT-utbildning	Samtliga	6	25	38	18	13
	Vårdcentralsläkare	5	20	39	25	11
	Övriga läkare	7	29	37	15	13
ST-utbildning	Samtliga	5	22	34	18	20
	Vårdcentralsläkare	4	27	34	15	20
	Övriga läkare	5	20	34	20	20

Bland läkarna med pågående specialistutbildning (ST-läkare) angav hälften (51 %) att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor. Motsvarande andel för ST-utbildningen var 35 procent (Figur 34).



Figur 34. Andel (%) läkare med pågående ST-utbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=86).

Bland dem som var färdiga specialister ansåg sex procent att grundutbildningen, och var femte (19 %) att AT bidragit mycket eller ganska mycket till utvecklad försäkringsmedicinsk kompetens. Drygt var fjärde (28 %) ansåg att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla denna kompetens (Figur 35).



Figur 35. 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=231).

**Kompetensutveckling via vidareutbildning**

Drygt var fjärde läkare uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (Tabell 17). Sexton procent svarade att de har tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi, och sju procent av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan. En något större andel av läkarna vid vårdcentraler än av dem i övriga verksamheter uppgav att vidareutbildning i landstingets regi samt andra utbildningar inneburit att de utvecklat sin kompetens mycket eller ganska mycket.

Tabell 17. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Utbildning i FK:s regi	Samtliga	4	23	39	12	21
	Vårdcentralsläkare	2	25	48	11	15
	Övriga läkare	6	22	34	13	25
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	2	14	32	18	34
	Vårdcentralsläkare	2	17	37	17	27
	Övriga läkare	2	12	30	18	38
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	4	3	7	14	73
	Vårdcentralsläkare	6	3	7	16	68
	Övriga läkare	3	2	6	13	76

**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 (51 %), att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (48 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (46 %), samt att bedöma funktionsförmåga (45 %) (Tabell 18). Trettioåtta procent angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att utforma handlingsplaner, medan endast 20 procent av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg. En större andel av läkarna vid vårdcentraler angav behov att fördjupa sin kompetens inom de olika områdena, jämfört med övriga läkare.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	34	41	14
	Vårdcentralsläkare	17	47	27	9
	Övriga läkare	8	26	48	18
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	14	36	37	12
	Vårdcentralsläkare	21	46	25	7
	Övriga läkare	10	31	45	15
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	13	32	39	15
	Vårdcentralsläkare	17	40	37	6
	Övriga läkare	11	28	40	21
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	9	39	40	12
	Vårdcentralsläkare	14	47	32	7
	Övriga läkare	6	34	45	15
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	4	18	46	32
	Vårdcentralsläkare	9	17	47	27
	Övriga läkare	2	18	45	35
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	3	16	55	26
	Vårdcentralsläkare	2	18	55	24
	Övriga läkare	4	15	54	26
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	5	33	42	21
	Vårdcentralsläkare	3	50	36	11
	Övriga läkare	6	23	45	26
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	3	13	52	32
	Vårdcentralsläkare	3	14	54	29
	Övriga läkare	3	12	51	33

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Tabell 19 framgår att 36 procent svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 53 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 42 procent uppgav ett behov av mer kunskap kring privata försäkringar. Andelen vårdcentralsläkare som angav ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens gällande andra ersättningsformer var betydligt större jämfört med övriga läkare.

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	7	29	49	15
	Vårdcentralsläkare	5	33	52	10
	Övriga läkare	8	27	48	18
Andra ersättningsformer inom socialförsäkrings-systemet <sup>1</sup>	Samtliga	14	39	30	17
	Vårdcentralsläkare	19	51	23	7
	Övriga läkare	11	32	35	22
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	13	29	30	28
	Vårdcentralsläkare	18	28	29	26
	Övriga läkare	10	30	31	29

<sup>1</sup> till exempel rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning

Många av läkarna upplevde behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Tabell 20). Femtiotvå procent uppgav ett mycket eller ganska stort behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och något mindre andelar angav behov av kunskap kring arbetsgivares (47 %) och Försäkringskassans (42 %) möjligheter och skyldigheter. Även här uppgav en större andel av läkarna vid vårdcentraler ett behov av ökad kompetens, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	7	29	47	17
	Vårdcentralsläkare	9	28	48	15
	Övriga läkare	6	29	46	19
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	34	41	17
	Vårdcentralsläkare	13	35	40	13
	Övriga läkare	5	34	42	19
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	38	39	15
	Vårdcentralsläkare	13	38	40	9
	Övriga läkare	5	38	38	18
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	9	42	32	16
	Vårdcentralsläkare	13	44	33	10
	Övriga läkare	7	42	32	19
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	10	34	37	19
	Vårdcentralsläkare	12	39	35	14
	Övriga läkare	10	31	37	22

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

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svar på frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten Samverkan och kontakter (sidan 56), respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 50). Här presenteras svaren på frågor om olika fortbildningsaktiviteter och övriga faktorer.

De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin; två av fem svarade att de sätter stort värde på dessa (Tabell 21). Omkring var fjärde läkare svarade att de sätter stort värde på information via Internet, ett forum för att reflektera över det egna sjukskrivningsarbetet samt på konferenser och seminarier. En större andel av läkarna vid vårdcentraler svarade att de sätter stort värde på fortbildningsaktiviteterna, jämfört med läkarna i övriga verksamheter, med undantag för skriftlig information samt information via Internet, vilket en något större andel av övriga läkare uppgav har stort värde.

Tabell 21. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	42	40	18
	Vårdcentralsläkare	52	35	13
	Övriga läkare	37	43	20
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	9	71	21
	Vårdcentralsläkare	8	74	18
	Övriga läkare	9	68	22
Information via Internet	Samtliga	29	54	17
	Vårdcentralsläkare	27	53	20
	Övriga läkare	31	54	15
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	39	47	15
	Vårdcentralsläkare	43	48	9
	Övriga läkare	36	46	18
Kurser i konflikthantering	Samtliga	13	44	43
	Vårdcentralsläkare	14	46	40
	Övriga läkare	13	42	45
Konferenser, seminarier	Samtliga	21	50	29
	Vårdcentralsläkare	26	55	19
	Övriga läkare	19	47	34
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	26	40	34
	Vårdcentralsläkare	36	43	21
	Övriga läkare	20	39	41

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

Drygt hälften av läkarna ansåg att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 22), och en nästan lika stor andel ansåg detsamma om bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten. Knappt var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen och på enhetens sjukskrivning och var femte ansåg även att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten. En större andel av läkarna vid vårdcentraler uppgav att dessa faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 22. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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	23	45	31
	Vårdcentralsläkare	31	52	17
	Övriga läkare	19	42	39
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	23	46	30
	Vårdcentralsläkare	30	51	19
	Övriga läkare	19	44	37
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	50	39	12
	Vårdcentralsläkare	57	35	8
	Övriga läkare	46	41	14
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	52	38	11
	Vårdcentralsläkare	55	38	6
	Övriga läkare	50	38	13
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	19	31	50
	Vårdcentralsläkare	23	35	42
	Övriga läkare	17	29	54

**Försäkringsmedicinsk kompetens i Dalarna jämfört med i hela Sverige**

Det fanns en viss variation mellan landstingen vad gäller hur ofta läkarna enligt svaren upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. I Dalarna liksom i landet som helhet uppgav 30 procent att de upplever detta minst någon gång i månaden. Störst var andelen i Västmanland där var tredje (34 %) svarade att de upplever detta så ofta. Minst var den i Norrbotten där drygt var fjärde (26 %) svarade detsamma. I Norrbotten svarade också störst andel (34 %) att de i stort sett aldrig upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Minst var andelen i Dalarna där 21 procent svarade att de i stort sett aldrig upplever att den egna försäkringsmedicinska kompetensen inte räcker till, för landet som helhet var denna andel 29 procent.



### *Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens*

En knapp tredjedel av läkarna svarade att de minst någon gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Detta svar var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare.

Ungefär hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gäller att bedöma patienters arbetsförmåga, att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning, att veta vilka krav som ställs i olika yrken samt att bedöma funktionsförmåga. Drygt hälften av läkarna uppgav också ett behov av att öka sina kunskaper om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning. Kunskap om de möjligheter och skyldigheter olika aktörer, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare, har i samband med sjukskrivningsärenden angavs också av hälften av läkarna såsom områden inom vilka de behöver fördjupa sin kompetens.

Drygt var tionde läkare ansåg att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor. Var tredje tyckte att AT-utbildningen (allmäntjänstgöring) hjälpt dem mycket eller ganska mycket. Drygt var fjärde med avklarad ST-utbildning (specialtjänstgöring) tyckte att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket. Att vidareutbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket angavs av drygt var fjärde läkare.

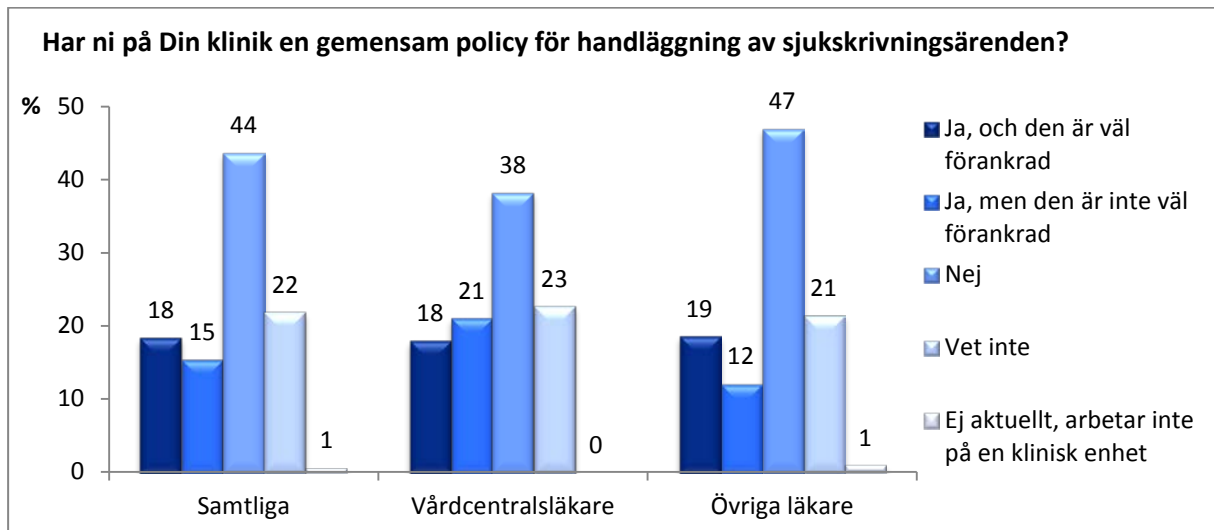
Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Drygt hälften av läkarna vid vårdcentraler värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. För läkare i övriga verksamheter var dessa respektive andelar två femtedelar (sidan 59). De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg är av stort värde för deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin. En dryg tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 54).

## 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 [47, 48, 136]. Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning, och i en följdfråga till dem som svarat att en policy finns, huruvida denna upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

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

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 34 procent att en sådan finns, och 18 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 36). En större andel (39 %) av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare (31 %) uppgav att det finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Drygt var femte läkare (22 %) uppgav att de inte vet huruvida det finns någon sådan policy på deras arbetsplats.



Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På följdfrågan till dem som svarat att de har en gemensam policy på kliniken om huruvida de har nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en majoritet, 76 procent, att de har det (ej visat i figur).

### Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren har stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 37 visas att 21 procent kände stort stöd, och 47 procent uppgav att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En dryg fjärdedel (28 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete. Lika stora andelar (69 %) bland läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare upplevde att de har stöd från den närmaste ledningen.



Figur 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### Tid i arbetet med sjukskrivning

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

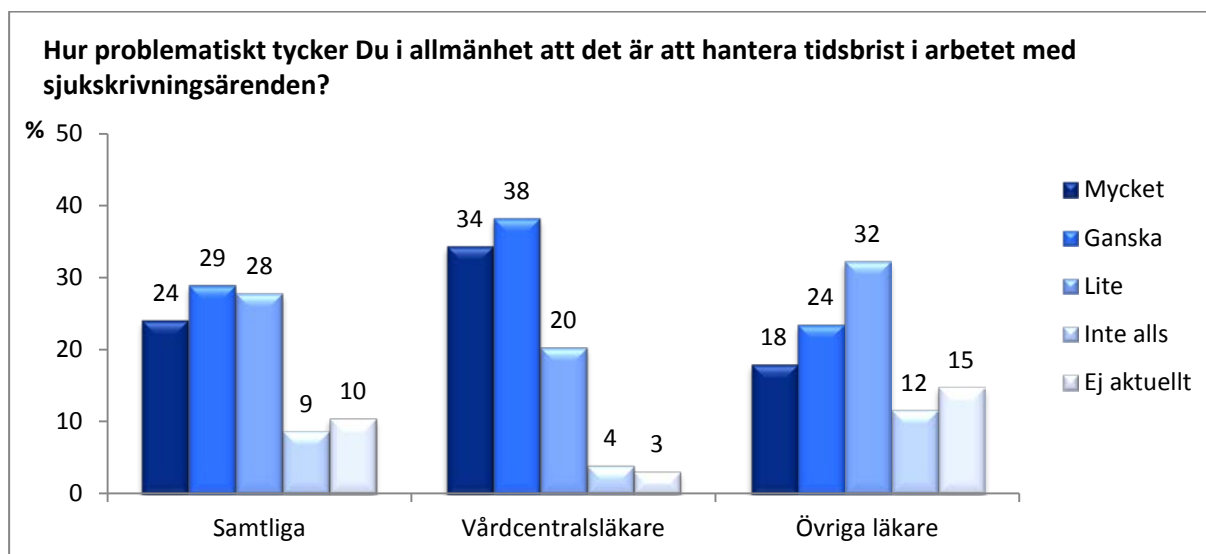
I Tabell 23 visas att störst andel läkare, drygt en fjärdedel, svarade att de upplever daglig tidsbrist när det gäller kompetensutveckling och patientrelaterad tid. För det direkta patientarbetet uppgav 16 procent av läkarna att de har tidsbrist dagligen. Bland läkarna vid vårdcentraler upplevde en större andel daglig tidsbrist inom alla dessa områden, jämfört med övriga läkare.

Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Hur ofta				Aldrig, i stort sett aldrig
		Dagligen	Någon gång /vecka	Någon gång /månad	Några ggr/år	
... tid med patienten?	Samtliga	16	36	25	11	11
	Vårdcentralsläkare	21	45	23	8	3
	Övriga läkare	14	30	27	13	17
... patientrelaterad tid? <sup>1</sup>	Samtliga	27	33	20	10	8
	Vårdcentralsläkare	31	40	20	6	3
	Övriga läkare	25	29	21	13	12
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	27	23	20	15	14
	Vårdcentralsläkare	32	22	23	14	9
	Övriga läkare	25	24	18	16	17

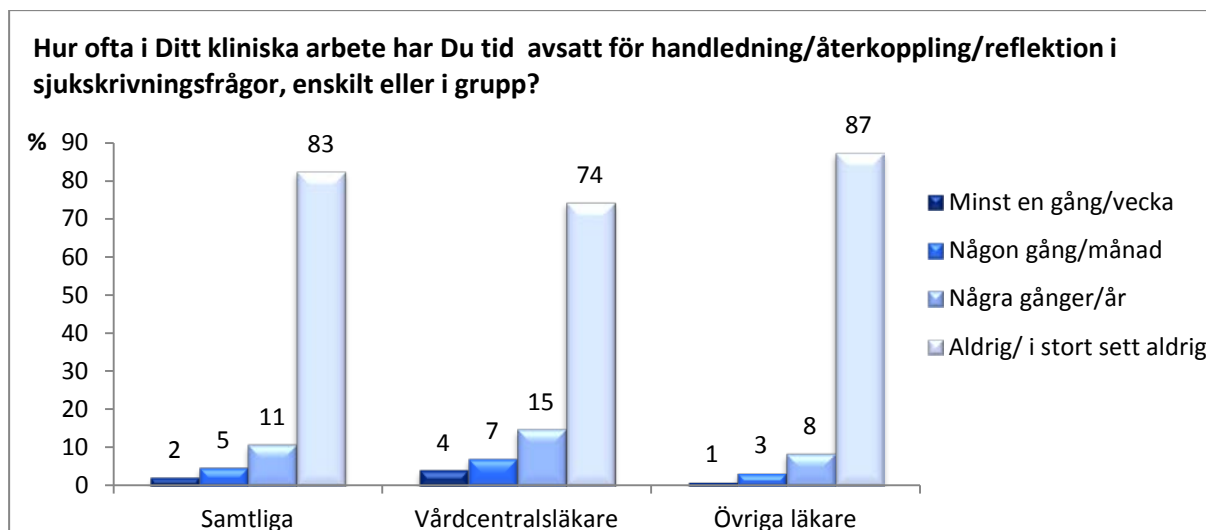
<sup>1</sup> Till exempel skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

En större andel av läkarna vid vårdcentraler upplevde det också som problematiskt att hantera tidsbrist i sitt arbete med sjukskrivningar. Tre av fyra av dessa uppgav att detta är mycket eller ganska problematiskt, jämfört med två av fem av läkarna i övriga verksamheter (Figur 38).



Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

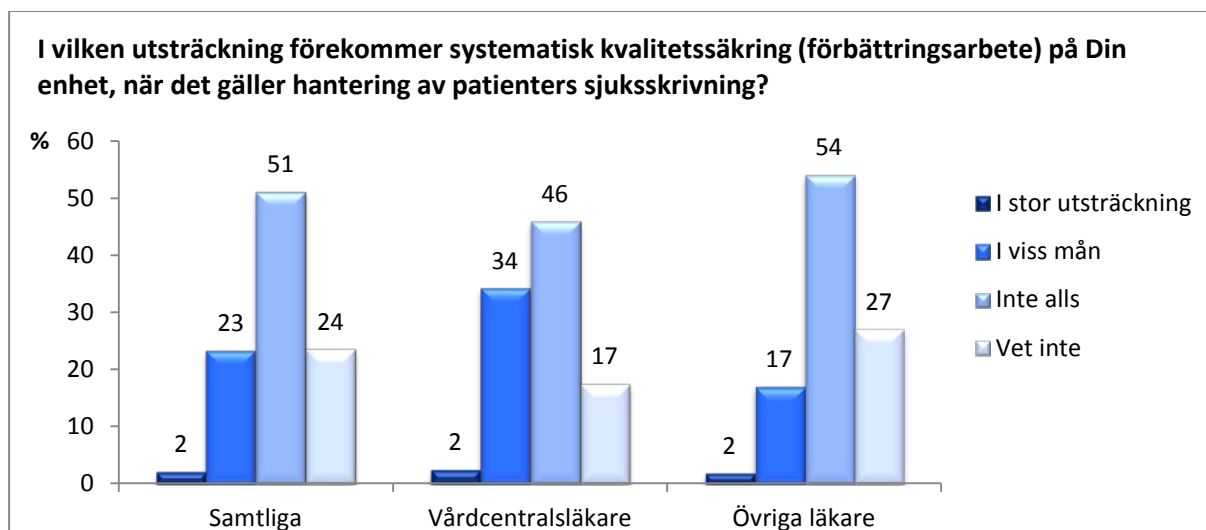
Fyra av fem läkare svarade att de i stort sett aldrig har tid avsatt för sådana aktiviteter som handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor. Av läkarna vid vårdcentraler angav var tionde (11 %) att de har tid avsatt för detta minst någon gång per månad. Motsvarande andel för övriga läkare var fyra procent (Figur 39).



Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### *Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning*

En liten andel, två procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning på deras enhet (Figur 40), medan knappt var fjärde läkare svarade att det förekommer i viss mån. Hälften svarade att det inte alls förekommer någon systematisk kvalitetssäkring för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och en fjärdedel visste inte om det förekommer eller inte. Av läkarna vid vårdcentraler uppgav knappt två av fem (37 %) att det förekommer i stor utsträckning eller i viss mån, jämfört med var femte (19 %) av läkarna i övriga verksamheter.



Figur 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### *Organisatoriska förutsättningar i Dalarna jämfört med i hela Sverige*

En för kliniken/mottagningen gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden förekommer enligt läkarnas svar i större utsträckning i vissa landsting än andra. I Södermanland uppgav störst andel, drygt hälften (51 %), av läkarna att en gemensam policy finns på deras klinik. I Uppsala, där andelen var minst, uppgav endast var fjärde (25 %) detsamma. I Dalarna liksom i landet som helhet svarade var tredje (34 respektive 35 %) att de har en sådan gemensam policy på sin klinik. Av de läkare som svarade att det finns en sådan policy som dessutom är välförankrad fanns störst andel i Södermanland (41 %) och minst andel fanns på Gotland (14 %). I Dalarna var andelen 18 procent, vilket var något under andelen för landet som helhet, vilken var 22 procent. I samtliga landsting svarade en majoritet av läkarna som uppgivit att de har en gemensam policy på arbetsplatsen även att de har nytta av den i sitt kliniska arbete. Störst andel som svarade detta fanns i Södermanland och Östergötland (båda 89 %). Minst var denna andel för Gotland (62 %), i Dalarna var andelen 76 procent.

Gävleborg hade den minsta andelen läkare (14 %) som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring sjukskrivningsärenden. Störst var denna andel i Kalmar, där var tredje (33 %) angav sådant stöd. Genomsnittet för hela landet var 22 procent, och Dalarna låg i samma nivå med 21 procent.

Förekomsten av systematisk kvalitetssäkring på arbetsplatsen varierade mellan landstingen. I Kronoberg och Jönköping uppgav störst andel läkare (43 %) att denna typ av förbättringsarbete förekommer i någon utsträckning. Uppsala och Gotland var de landsting där minst andel (21 %) uppgav detsamma. I Dalarna var andelen 25 procent, vilket var under genomsnittet för hela landet, som låg på 30 procent. Endast fem procent av läkarna i hela landet uppgav att systematiskt förbättringsarbete förekom i stor utsträckning.

### *Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar*

En tredjedel av läkarna uppgav att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning. Bland de som hade en sådan svarade tre fjärdedelar att de har nytta av denna i sitt kliniska arbete. En större andel av läkarna vid vårdcentraler jämfört med läkarna i övriga verksamheter uppgav att de har en gemensam policy.

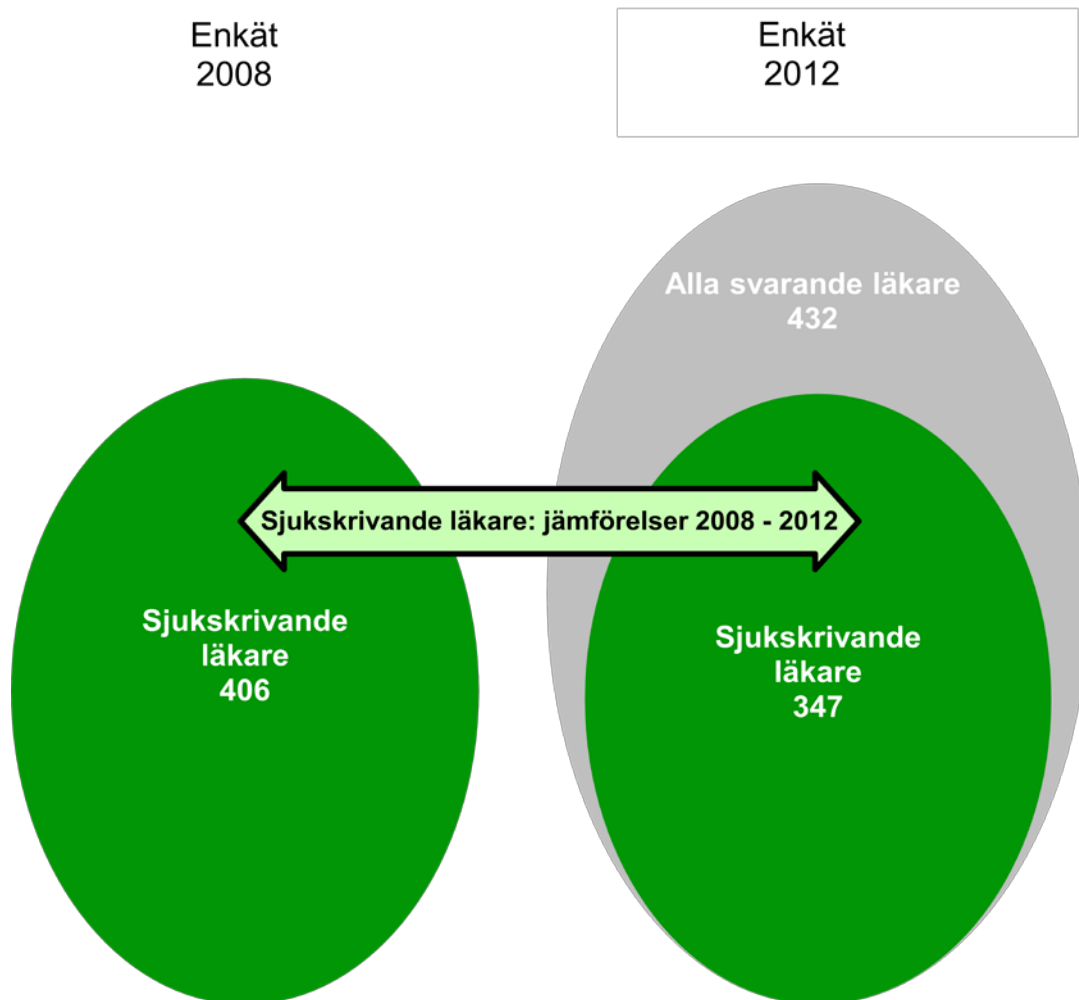
Drygt två tredjedelar av läkarna uppgav att de har stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden. En femtedel uppgav att de har stort stöd.

När det gällde tid för arbetet med sjukskrivningsärenden svarade drygt var fjärde att de upplever daglig tidsbrist avseende kompetensutveckling och patientrelaterad tid. Nästan tre av fyra vid vårdcentraler och två av fem i övriga verksamheter menade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Av läkarna vid vårdcentraler uppgav knappt två av fem att det på deras enhet i någon mån förekom förbättringsarbete i form av systematisk kvalitetssäkring, jämfört med var femte av läkarna i övriga verksamheter.

### 3.

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



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

I detta kapitel redovisas resultat från jämförelser mellan svaren på de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter, för läkare som vid den aktuella tidpunkten var yngre än 68 år och var 'sjukskrivande läkare'

I Tabell 24 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor samt specialister större bland läkarna i övriga verksamheter, jämfört med 2008. Vad gäller åldersfördelningen var det bland läkarna vid vårdcentraler en något större andel som tillhörde den yngsta ålderskategorin medan det bland läkarna i övriga verksamheter istället var en större andel som tillhörde den mellersta ålderskategorin år 2012 jämfört med 2008.

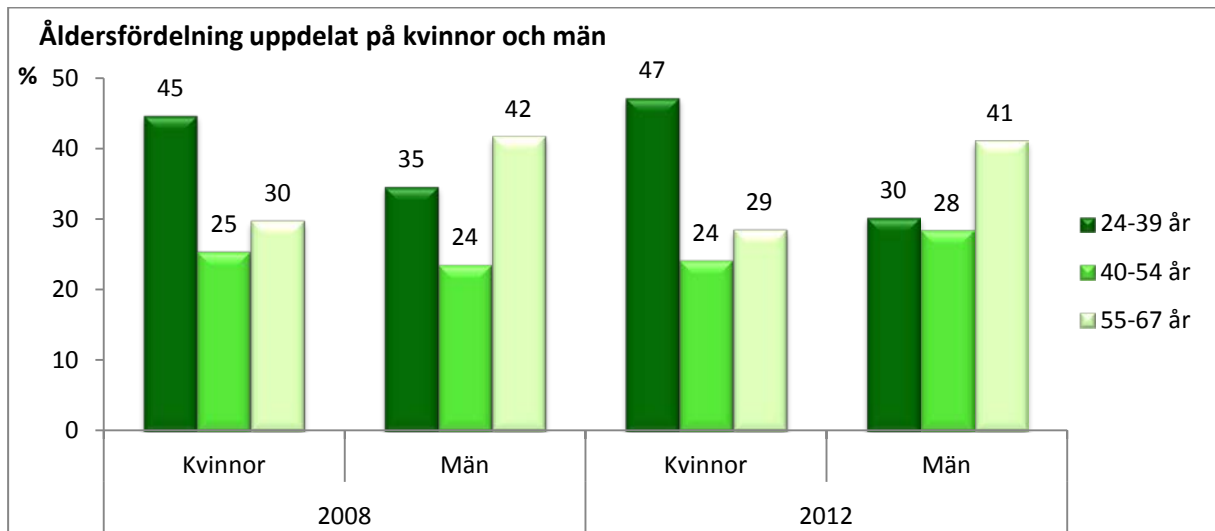
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist-utbildade %
Samtliga läkare	2008	406	45	39	24	36	63
	2012	347	52	39	26	35	66
Vårdcentralsläkare	2008	134	49	31	27	42	66
	2012	130	47	34	25	42	66
Övriga läkare	2008	272	42	43	23	34	61
	2012	217	56	42	27	30	66



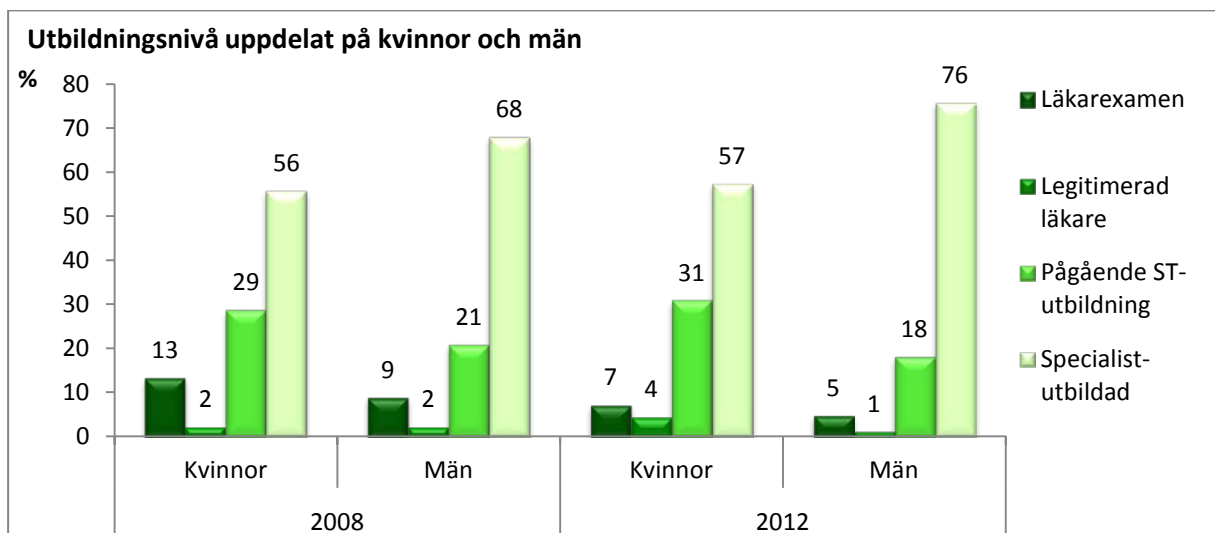
## Bakgrundsfaktorer

Det var inga större skillnader i ålderssammansättningen bland de svarande mellan 2008 och 2012 (Figur 41). Bland kvinnor var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan störst andel bland männen fanns i den äldsta gruppen.



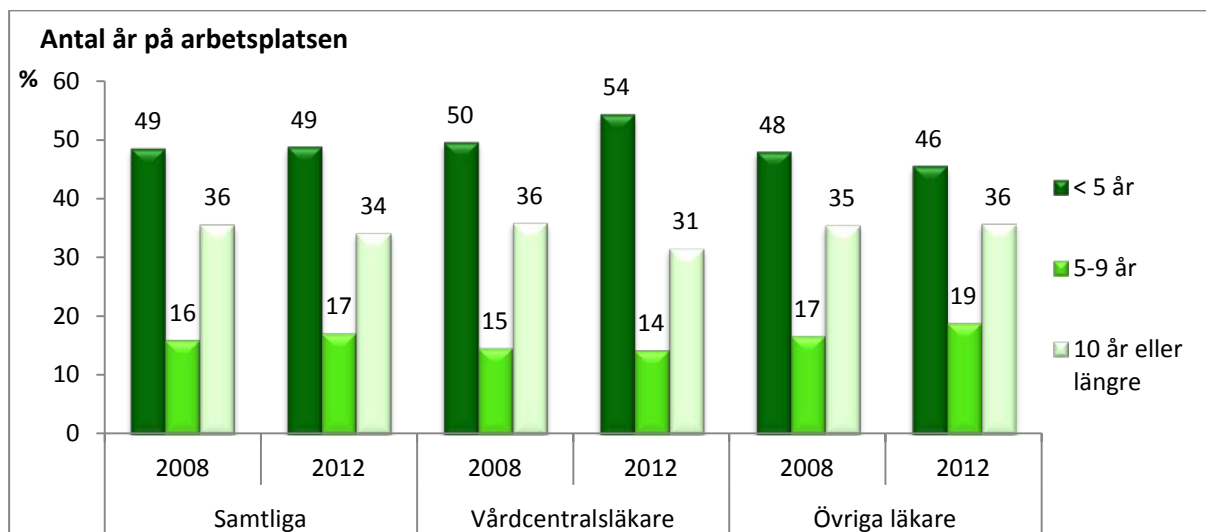
Figur 41. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det var en något större andel med pågående eller avslutad specialistutbildning bland både kvinnorna och männen år 2012 jämfört med 2008 (Figur 42).



Figur 42. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

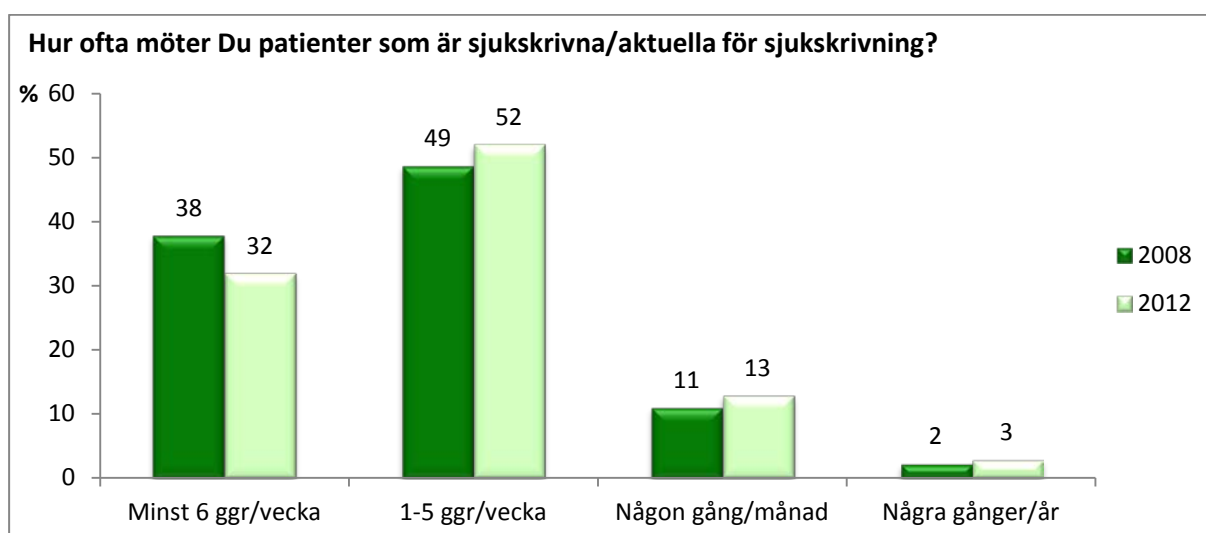
Omkring hälften av läkarna svarade båda åren att de varit på sin nuvarande arbetsplats mindre än fem år (Figur 43). Andelen var något större bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare, framförallt år 2012.



Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur länge de angav att de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som uppgav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var sex procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008, samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden en till fem gånger per vecka eller någon gång per månad var ungefär fem procentenheter större år 2012 (Figur 44).



Figur 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

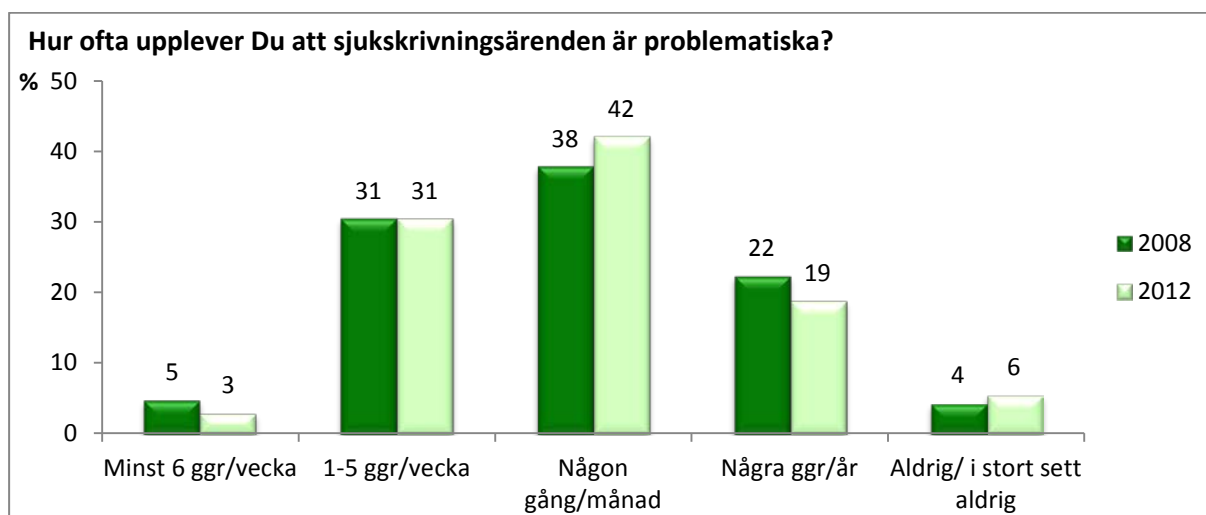
Andelen som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka mindre år 2012 jämfört med 2008, bland läkarna vid vårdcentraler såväl som i övriga verksamheter. (Tabell 25). Bland vårdcentralsläkarna var andelen som angav att de hanterade dessa ärenden en till fem gånger per vecka större år 2012 jämfört med 2008, detsamma gällde andelen bland övriga läkare som hanterade sådana ärenden någon gång per månad.

Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Minst 6 ggr/vecka %	1-5 ggr/vecka %	Någon gång/månad %	Några gång/år %
Vårdcentralsläkare	2008	36	57	7	0
	2012	31	65	3	1
Övriga läkare	2008	39	44	13	3
	2012	33	44	19	4

## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

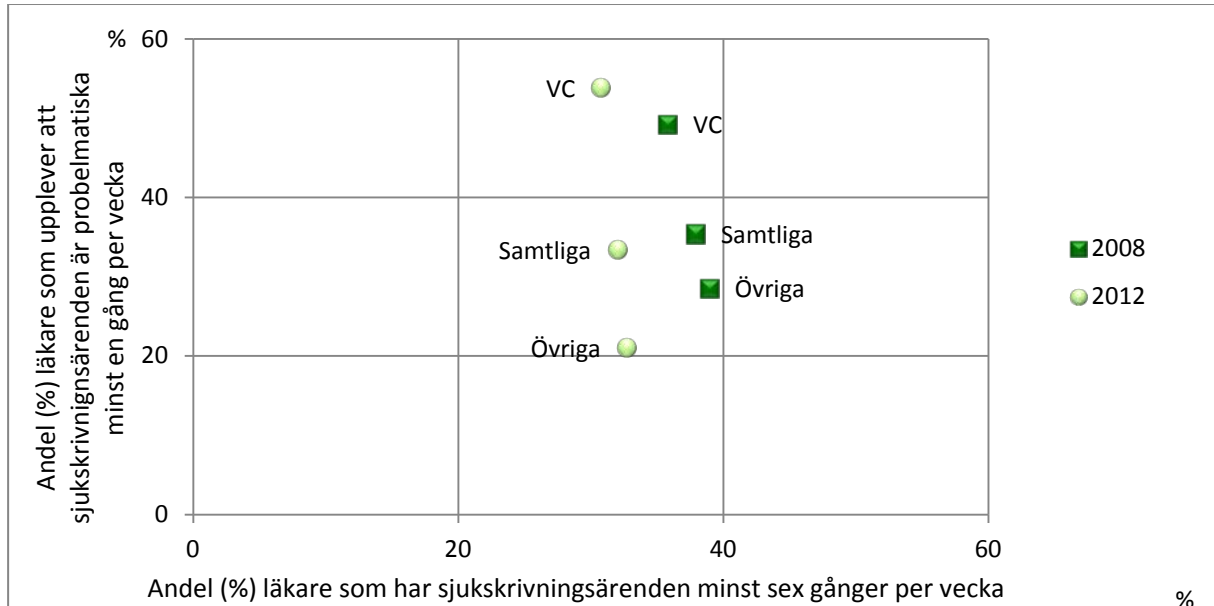
Andelen läkare som angav att de minst någon gång per vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var i det närmaste lika stor år 2012 som 2008 (Figur 45). Detta gäller även andelen läkare som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever att deras sjukskrivningsärenden är problematiska. Dessa resultat bör jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 44).



Figur 45 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

När andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter relateras till andelen som upplever att sådana ärenden är problematiska minst en gång per vecka syns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 46). Den övergripande tendensen är att en betydligt större andel läkare vid vårdcentraler angav att de minst en gång per veckan upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, trots att en

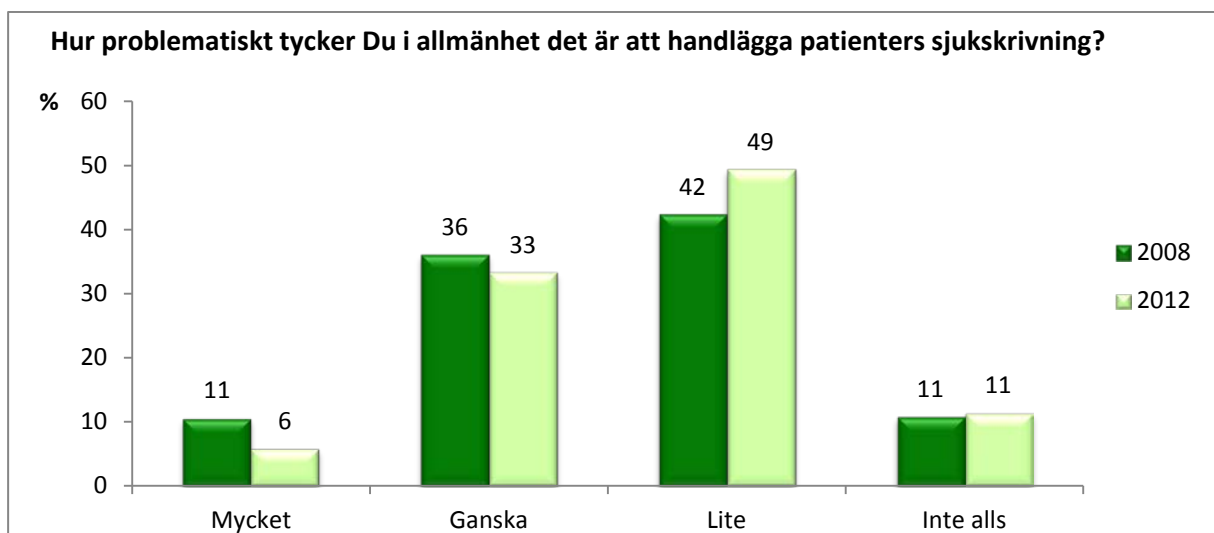
något mindre andel av dem, jämfört med läkare i övriga verksamheter, svarade att de hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Andelen som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre år 2012 än 2008, såväl för läkare vid vårdcentraler som för läkare i övriga verksamheter. Andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka var år 2012 större bland vårdcentralsläkare och mindre bland övriga läkare, jämfört med 2008.



Figur 46. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare (VC) och läkare i övriga verksamheter, år 2008 respektive 2012.

### Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

En mindre andel läkare upplevde år 2012 handläggning av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiskt jämfört med 2008, 39 respektive 47 procent (Figur 47).



Figur 47. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevs som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Sammantaget var andelen läkare som angav att de upplever att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska mindre år 2012, jämfört med 2008, och detta gällde särskilt för bedömning av optimal sjukskrivningstid och -grad samt för att göra en handlingsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen (Tabell 26).

Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	17	39	36	8
	2012	16	36	38	9
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	34	41	15
	2012	13	30	41	16
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	28	40	28	4
	2012	27	40	26	7
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	19	43	32	6
	2012	16	36	41	7
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	10	36	31	23
	2012	6	30	40	24
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	25	38	28	9
	2012	24	37	32	8
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	18	38	33	11
	2012	19	38	33	10

Även andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var mindre 2012, jämfört med 2008, och detta gällde särskilt för situationer när läkaren och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning samt för situationer där läkaren tillsammans med patienten ska kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor (Tabell 27).

Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	6	24	49	21
	2012	4	24	49	23
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	12	31	38	19
	2012	6	31	41	22
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	18	28	34	20
	2012	11	32	36	21
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	15	37	36	12
	2012	13	32	41	13
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	17	32	35	16
	2012	18	31	34	17

Det var en relativt liten andel läkare som svarade att det är problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen (Tabell 28). Andelen var ungefär lika stor år 2012 som 2008, det var även andelen läkare som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet ”Ej aktuellt” med, och 29 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen större år 2012 jämfört med 2008 (61 respektive 51 %). Då vi inte vet hur de läkare för vilka det inte var aktuellt att skriva andra typer av intyg svarade år 2008 är dock en sådan jämförelse problematisk. En liten andel läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när de och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, dock svarade en betydande andel att detta inte är aktuellt för dem (40 % år 2008 och 37 % år 2012). Orsaken till att det inte är aktuellt kan vara antingen att man inte har tillgång till ett team eller att man inte har olika åsikter.

Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	6	16	39	39	
	2012	5	14	45	35	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	13	24	42	22	
	2012	10	29	41	21	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? <sup>1</sup>	2008	17	34	34	14	
	2012	15 (22)	28 (39)	21 (30)	7 (9)	29
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	3	10	25	22	40
	2012	1	9	27	26	37

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

### ***Frekvens av potentiellt problematiska situationer***

Andelen läkare som angav att de upplever de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 29 minst någon gång i månaden var i de flesta fall något mindre år 2012 jämfört med år 2008, undantaget var att möta patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada, vilket en lika stor andel svarade att de upplever minst en gång per månad båda åren. Andelen läkare som svarade att de aldrig upplever konflikter med patienter om sjukskrivning var 21 procent 2008 och 30 procent 2012.

Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	14	32	37	17
	2012	14	33	32	21
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	3	24	37	36
	2012	5	16	34	45
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	9	32	49	10
	2012	10	27	51	12
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	6	24	48	21
	2012	7	19	44	30
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	10	30	34	25
	2012	9	27	39	25

Andelen som angav att de aldrig upplever hot eller oro i olika former var ungefär densamma år 2012 och 2008 (Tabell 30). Det var fortfarande 2012 en liten andel som angav att de minst någon gång i månaden känner sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

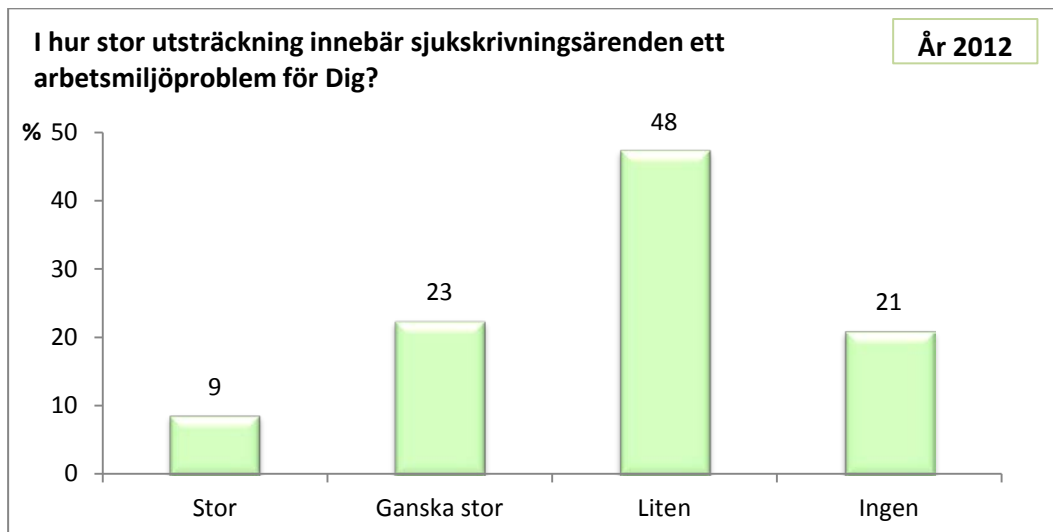
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	0	3	11	85
	2012	1	1	10	87
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	0	3	12	85
	2012	0	2	11	87
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	7	91
	2012	0	3	4	93
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	0	1	12	87
	2012	1	1	9	89



## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

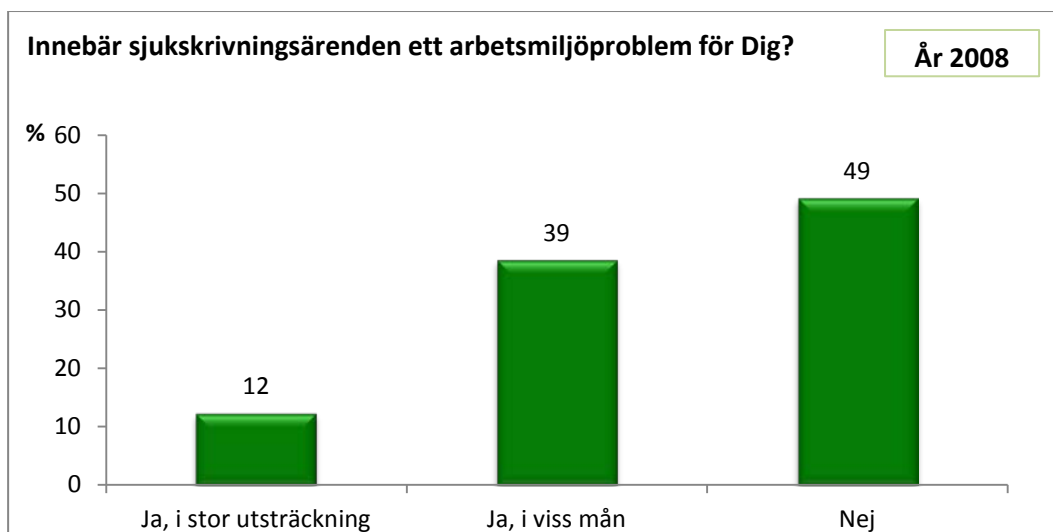
År 2008 inkluderades en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem i enkäten, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gör detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års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

År 2012 uppgav en knapp tredjedel (31 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 48). Ungefär var femte läkare svarade att de inte upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 48. Andel (%) läkare som svarade 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, upplevde hälften (51 %) av läkarna arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 49).



Figur 49. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

## Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2012 var andelen läkare som uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder ungefär lika stor som 2008 (Tabell 31). Störst skillnad, sex procentenheter lägre 2012, sågs för andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan.

Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	1	7	28	37	26
	2012	1	8	27	35	29
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	5	16	29	48
	2012	0	3	13	23	60
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	7	24	66
	2012	0	1	10	23	65
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	1	3	9	27	61
	2012	0	1	9	30	60
... väntetider till behandling?	2008	1	9	26	42	22
	2012	1	6	29	39	25

Majoriteten av läkarna svarade att de aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 32. Andelen var mindre år 2012 avseende orsakerna ”*brist på återbesökstider*”, ”*att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering*”, samt att tillgång till olika typer av behandling saknas. Andelen var istället större år 2012 vad gäller orsakerna ”*påverkan från andra i vårdteamet*”, ”*att Du vill undvika konflikt med patienten*” samt ”*att det tar för lång tid att förklara alternativen till sjukskrivning*”.

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar utöver de nämnda i föregående tabell, 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	3	11	23	62
	2012	1	4	14	26	56
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	3	9	18	69
	2012	1	3	9	24	63
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	9	19	69
	2012	0	2	9	27	62
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	1	1	11	30	58
	2012	0	3	15	29	53
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	0	2	7	32	59
	2012	0	2	5	29	63
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	0	2	7	18	74
	2012	0	1	5	18	76
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	2	5	21	72
	2012	0	1	4	17	78

## Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som svarade att de aldrig använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre 2012, jämfört med 2008 (16 respektive 33 %) (Tabell 33).

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008	1	13	28	24	33
	2012	4	22	26	32	16

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 det förmodades att många läkare inte hade börjat använda det ännu. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var fem procent, vilket är mer än dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten (ej i tabell). Om de som svarade *"Har ej använt dem"* år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 34).

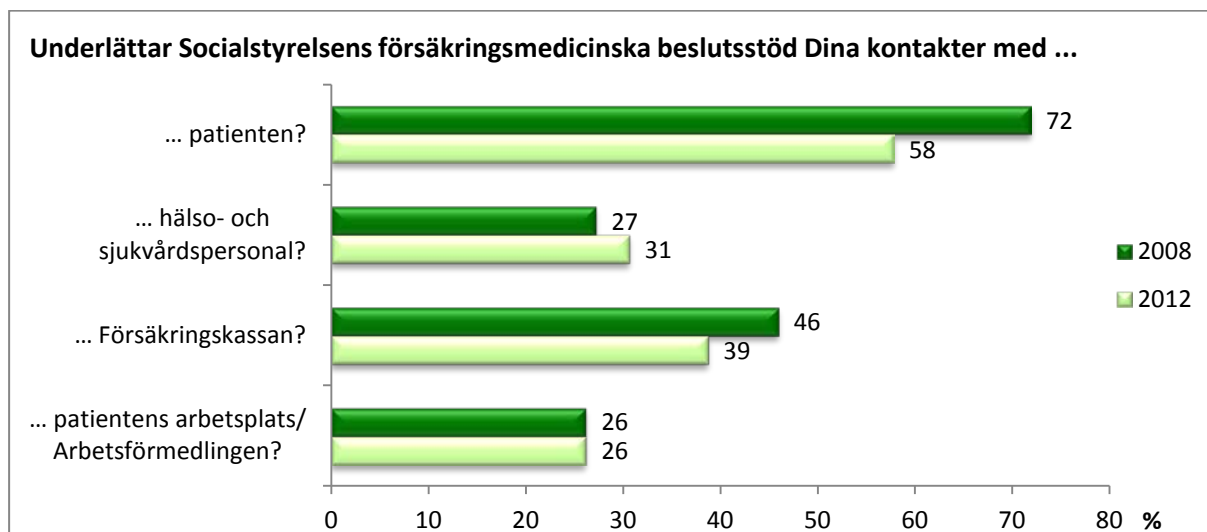
Tabell 34. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 <sup>1</sup>	5 (8)	17 (27)	31 (49)	10 (16)	38
	2012	7	28	47	18	- <sup>2</sup>

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

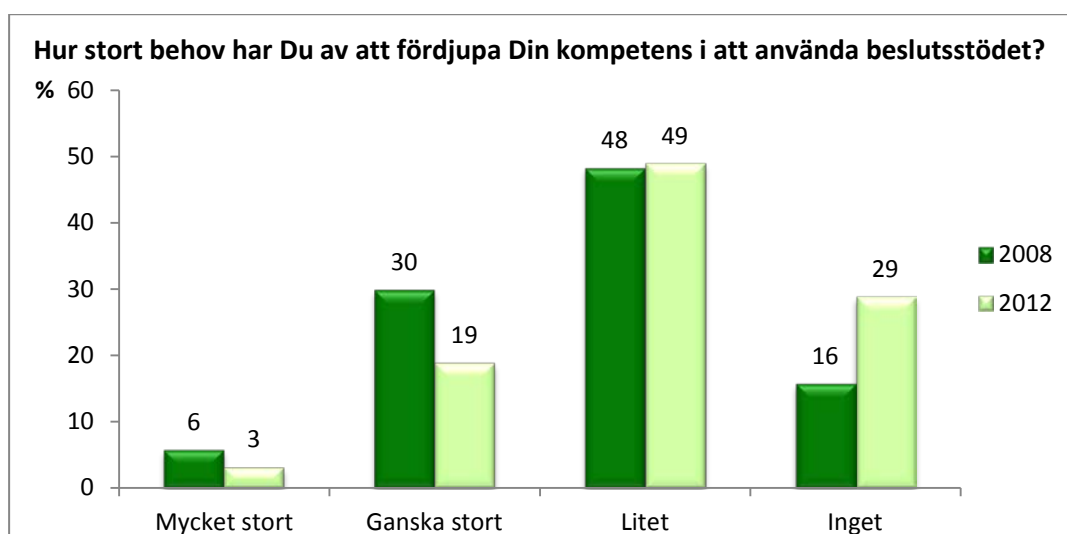
<sup>2</sup> Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

En mindre andel ansåg 2012 att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten eller med Försäkringskassan, jämfört med 2008 (Figur 50). Drygt hälften menade dock fortfarande 2012 att stödet underlättar kontakten med patienter. En något större andel år 2012, jämfört med 2008, ansåg att beslutsstödet underlättade kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelad i två (se metod sidan 20). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av dessa svarsalternativ år 2012 jämfördes med dem som svarade "Ja" år 2008. Andelen var lika stor de båda åren.



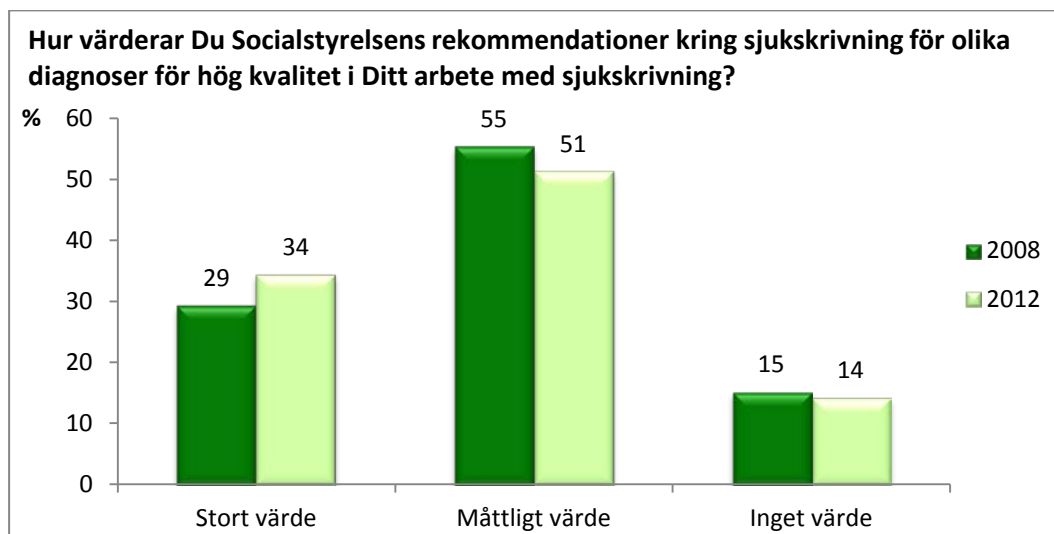
Figur 50. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var andelen som angav ett mycket eller ganska stort behov av detta klart mindre 2012 (22 %), jämfört med 2008 (36 %) (Figur 51).



Figur 51. 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 något större andel jämfört med 2008, 34 respektive 29 procent, av läkarna att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning (Figur 52).



Figur 52. 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 35). Den största skillnaden ligger i hur ofta läkarna samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden, där andelen som svarade att de gör detta minst en gång per månad var 28 procent 2012 jämfört med 39 procent 2008, samt hur ofta läkarna samarbetade med eller remitterade till kuratorer eller psykologer; 34 procent uppgav i enkäten 2012 att de gör detta minst en gång per månad, jämfört med 24 procent 2008. Båda åren var det internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården, som angavs av störst andel.

Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, 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
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	2	13	35	50
	2012	1	12	40	47
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	9	15	28	48
	2012	12	22	26	40
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	17	24	26	32
	2012	19	25	26	30
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	8	30	41	21
	2012	4	24	45	28
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	6	17	20	56
	2012	6	18	22	54
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	5	4	14	77
	2012	5	6	14	75
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	2	18	79
	2012	1	5	21	74
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	7	37	55
	2012	1	13	31	55
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	15	23	26	36
	2012	11	24	31	34

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

När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som angav att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal har stort värde betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 36). Även andelen som angav att så kallad 'second opinion' har stort värde var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008. Större andelar svarade år 2012 jämfört med 2008 att kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare samt möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens är av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet.

Tabell 36. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

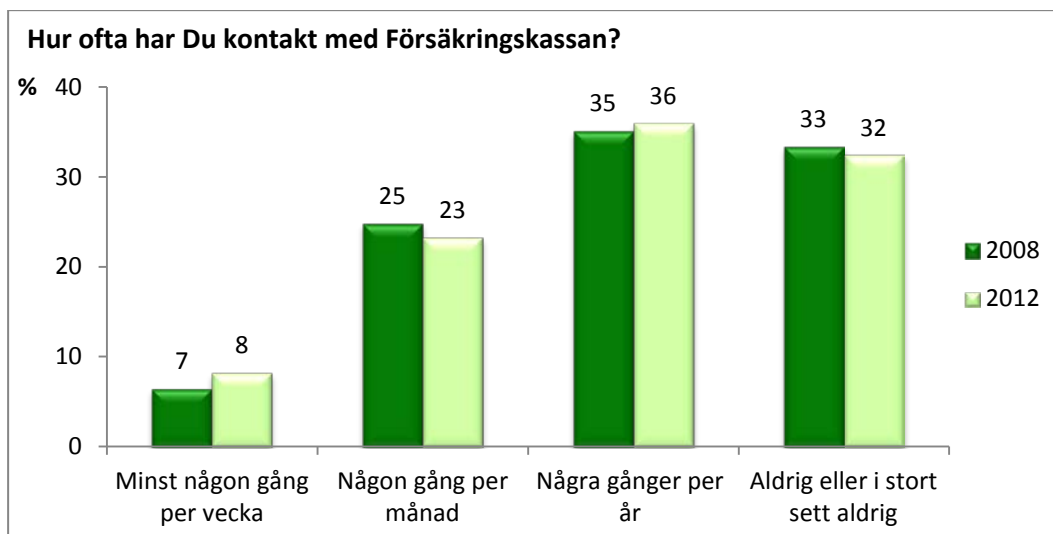
Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	40	46	14
	2012	48	43	10
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	70	28	3
	2012	46	43	10
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	41	45	14
	2012	42	44	14
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	25	56	20
	2012	35	48	17
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	40	41	19
	2012	37	41	22
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	27	49	24
	2012	24	39	37
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	35	49	16
	2012	20	54	26



## Kontakter med Försäkringskassan

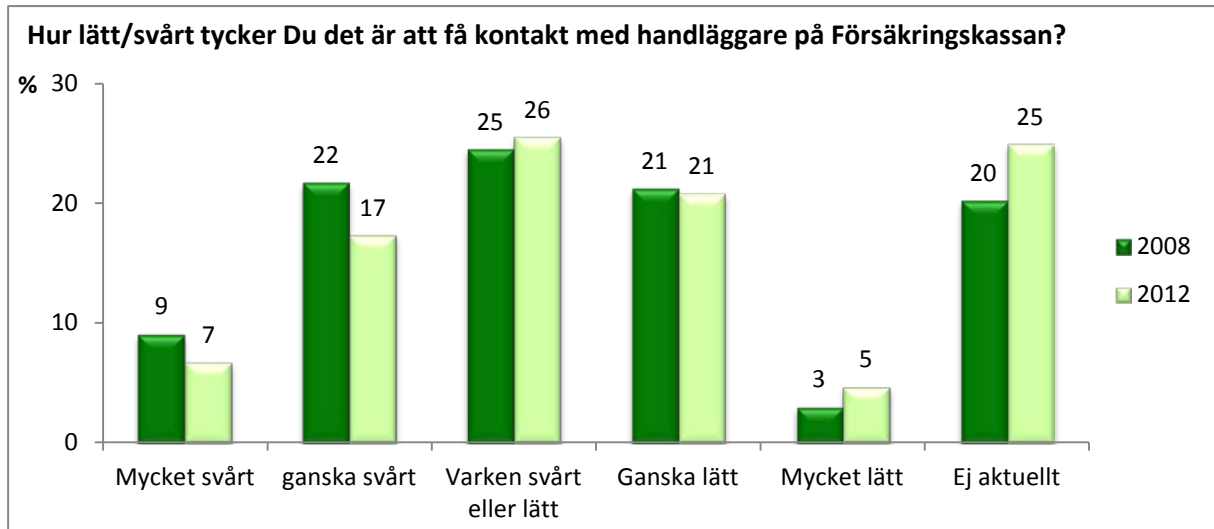
Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkätens frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 96), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) respektive Samverkan och kontakter (sidan 101).

Svarsfördelningen för frågan om hur ofta läkarna har kontakt med Försäkringskassan var i stort sett densamma de båda åren (Figur 53). Såväl år 2012 som 2008 svarade mindre än en tiondel att de hade kontakt med Försäkringskassan varje vecka, medan en tredjedel svarade att de aldrig hade denna typ av kontakter.



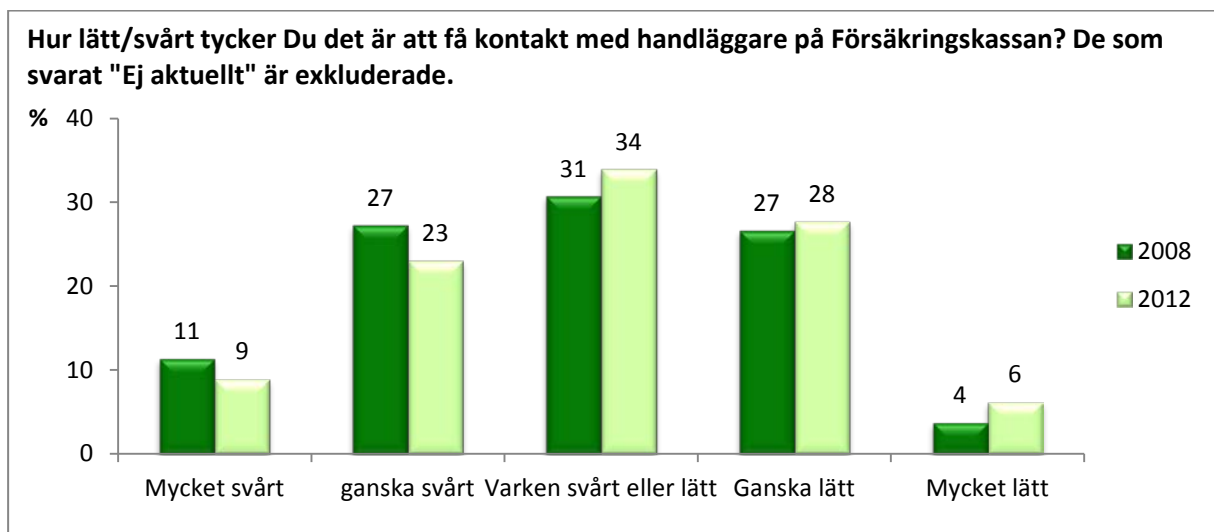
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det är lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte är aktuellt för dem något större år 2012 (Figur 54). Andelen som svarade att det är mycket eller ganska svårt var mindre år 2012 än 2008, medan andelen som svarade att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt var ungefär lika stor år 2012 som 2008.



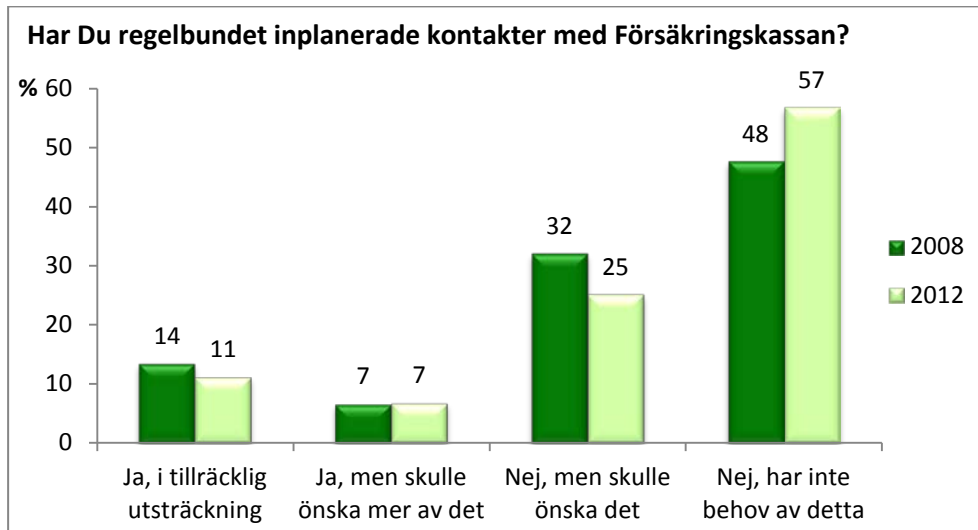
Figur 54. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 55 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 54, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. En tredjedel av läkarna år 2012 svarade att de upplever det mycket eller ganska svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare, jämfört med två femtedelar 2008. Andelen som upplevde det som mycket eller ganska lätt att få kontakt var något större, 34 procent år 2012 jämfört med 30 procent år 2008.



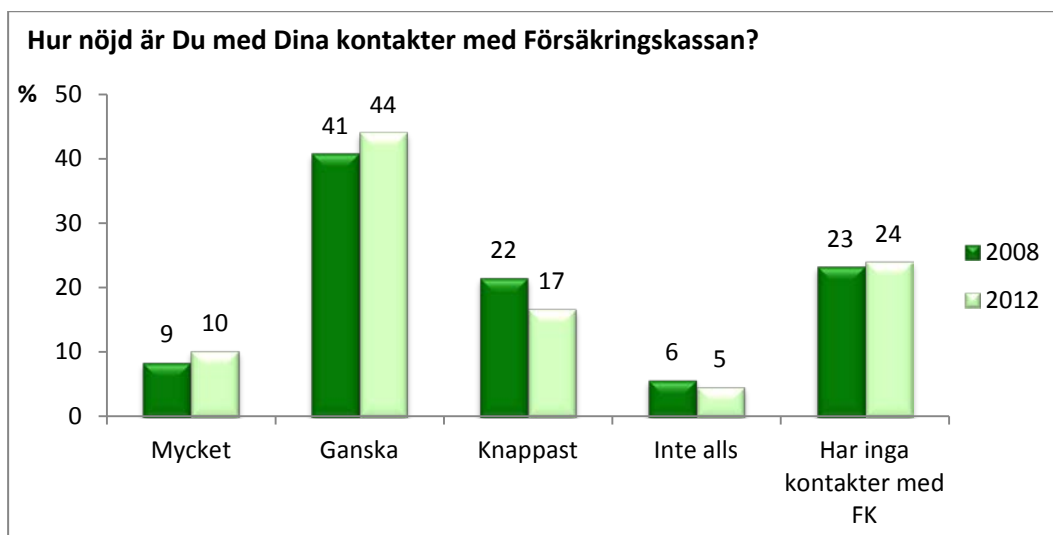
Figur 55. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

År 2008 uppgav två femtedelar (39 %) av läkarna att de skulle vilja ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de har. Motsvarande andel var år 2012 en tredjedel (32 %) (Figur 56).



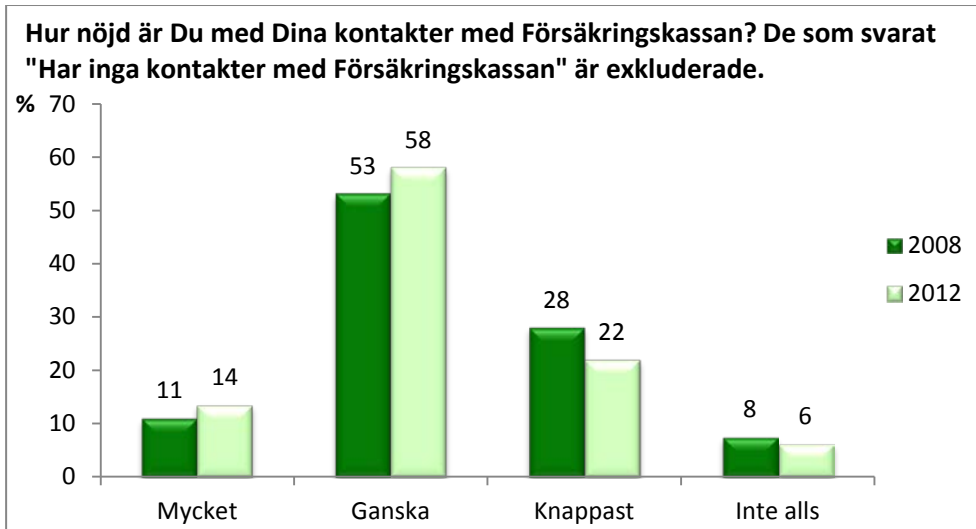
Figur 56. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Andelen som var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan var något större år 2012, medan andelen som svarade att de knappast eller inte alls är nöjda var något mindre, jämfört med 2008 (Figur 57).



Figur 57. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 58 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 57 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarmönstret är likt det tidigare, men skillnaderna mellan åren är större, andelen som angav att de är mycket eller ganska nöjda var 72 procent år 2012, jämfört med 64 procentenheter 2008, motsvarande andelar som angav att de knappast eller inte alls är nöjda var 28 respektive 36 procent.



Figur 58. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

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

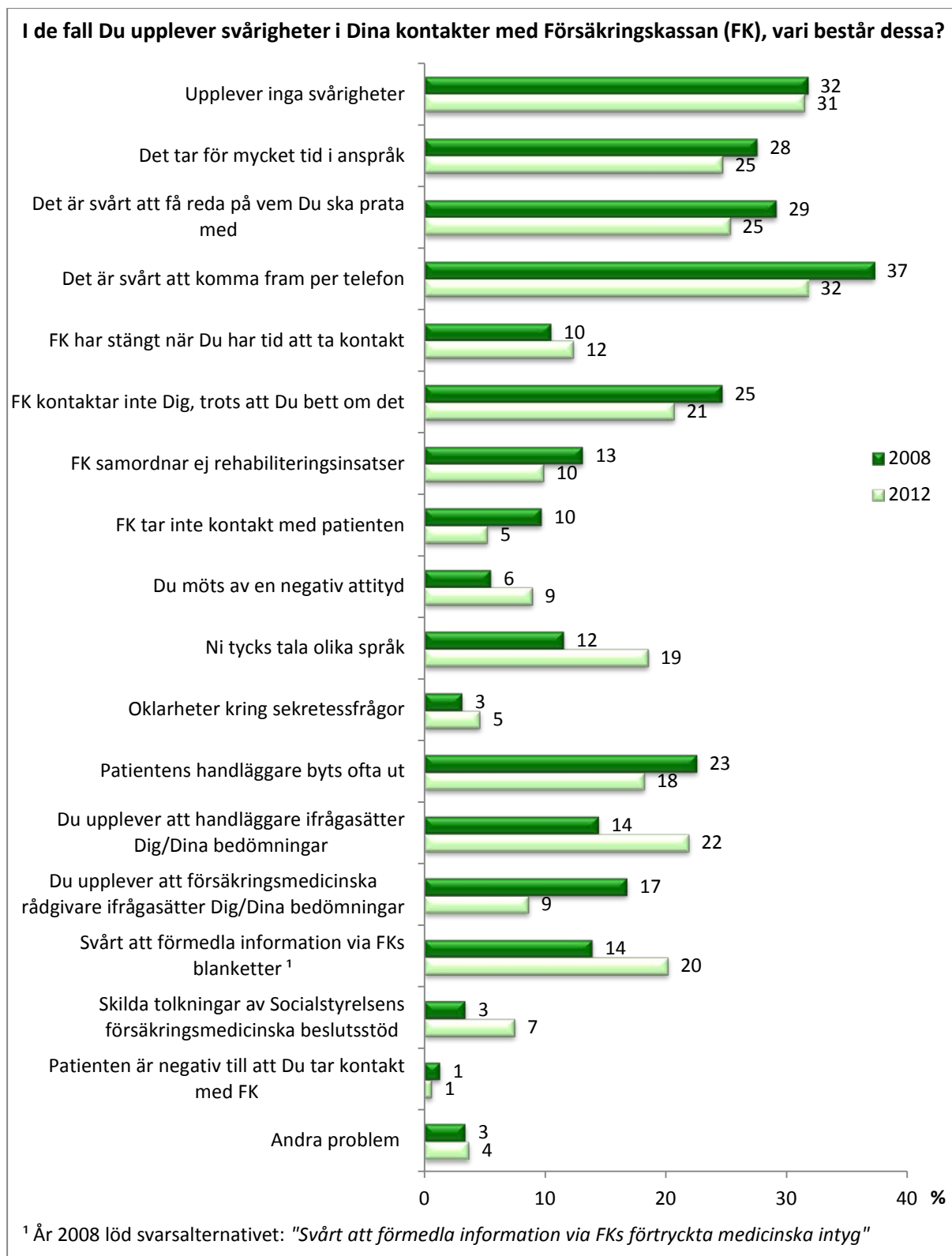
En knapp tredjedel av läkarna angav de båda åren att de inte upplever några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan.

I Figur 59 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andelen läkare som svarade att de upplever sådana svårigheter respektive år.

Den svårighet som störst andel svarade att de upplever var båda åren att det är svårt att komma fram per telefon till Försäkringskassan. Andra svårigheter som en stor andel angav de båda åren var att de upplever att det är svårt att få reda på vem på Försäkringskassan man ska prata med i ett ärende, samt att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk.

Andelen som svarade att de upplevde de olika svårigheterna nämnda i Figur 59 var likartad de båda åren. Störst skillnader mellan åren förelåg gällande situationer där Försäkringskassans handläggare eller försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar, att läkaren och Försäkringskassans handläggare 'tycks tala olika språk' samt att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter. Skillnaden mellan åren vad gäller andel som upplevde dessa svårigheter var mellan sex och åtta procentenheter, i samtliga fall var andelen större år 2012, med undantag för situationer där försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar, vilket en mindre andel upplevde år 2012.

Sammantaget var andelen som svarade att de upplever svårigheter mindre vad gäller nio och större vad gäller åtta av de listade svårigheterna år 2012, jämfört med 2008.



Figur 59. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hantering av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna; vad tidigare utbildningar betytt för sådan kompetens, inom vilka områden man har behov av fördjupad kompetens, samt olika former för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa sådan kompetens. Några delfrågor har redovisats ovan, under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) respektive Samverkan och kontakter (sidan 101).

### Kompetensutveckling

Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 37). Att vidareutbildningar i Försäkringskassans eller landstingets regi bidragit mycket eller ganska mycket till att utveckla försäkringsmedicinsk kompetens svarade ungefär lika stora andelar år 2012 som 2008. Andelen som menade att sådana vidareutbildningar inte alls hade bidragit var något större år 2012 än 2008.

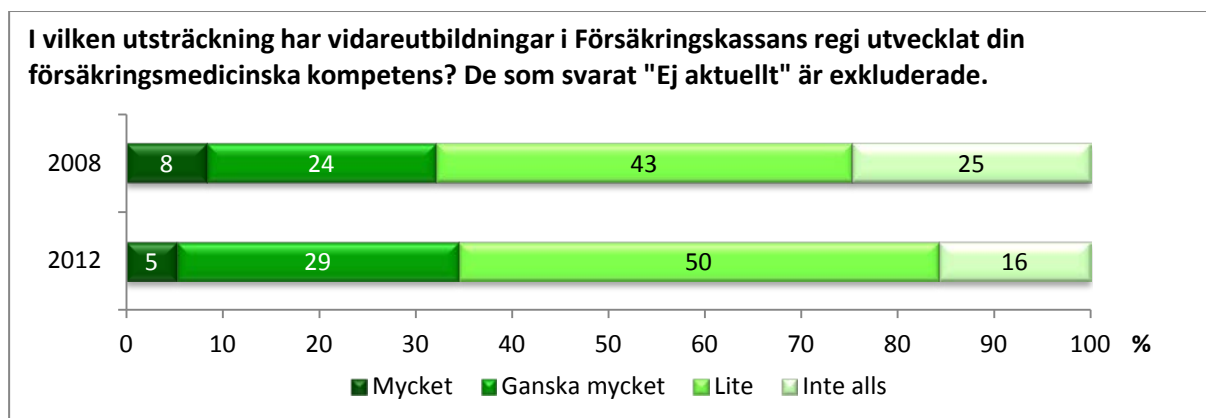
Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2008	5	12	36	46	- <sup>1</sup>
	2012 <sup>2</sup>	2(3)	9(11)	31(35)	45(51)	12
AT-utbildning	2008	8	28	39	16	9
	2012	6	25	38	19	12
ST-utbildning	2008	9	28	27	16	20
	2012	5	23	35	18	20
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	7	20	36	20	17
	2012	4	23	39	12	21
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	14	29	24	28
	2012	2	14	33	18	34

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

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

I Figur 60 visas fördelningen av svaren på samma fråga när de som svarat 'Ej aktuellt' har exkluderats. Andelen som angav att vidareutbildning i Försäkringskassans regi har bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling inom försäkringsmedicin var ungefär lika stor de båda åren, andelen som angav att sådan utbildning inte alls hade bidragit var tydligt mindre år 2012, jämfört med 2008.



Figur 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. De som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.



**Behov av fördjupad kompetens**

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 38). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som svarade att de har behov av ökad kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken; andelen som svarade detta var 14 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även andelarna som ansåg sig ha behov av ökad kompetens i att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning, att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning samt att bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning var mindre år 2012 jämfört med 2008 (13, 13 respektive 12 procentenheter).

Att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger var år 2012 det område där minst andel svarade att de har ett behov av mer kompetens, motsvarande område för 2008 var att skriva läkarintyg

Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	14	40	36	10
	2012	11	34	41	14
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	18	44	28	9
	2012	15	36	37	12
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	18	41	30	11
	2012	13	32	39	15
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	18	42	32	8
	2012	9	39	40	12
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	8	26	47	19
	2012	4	18	46	32
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	3	15	55	27
	2012	4	16	55	25
Utforma optimala handlingsplaner	2008	9	36	39	15
	2012	5	33	42	21
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	3	21	51	25
	2012	3	13	53	32

År 2012 angav en mindre andel ett stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen (9 procentenheter mindre). Båda åren svarade drygt hälften av läkarna att de har mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen, till exempel rehabiliteringspenning, skillnaden mellan åren var två procentenheter. En lika stor skillnad mellan åren förelåg vad gäller andel som angav behov av ökad kunskap kring privata försäkringar.

Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	10	35	43	12
	2012	6	29	49	15
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk-, eller aktivitetsersättning)	2008	16	38	36	10
	2012	14	39	30	17
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	12	27	38	23
	2012	13	29	31	28

En mindre andel läkare svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 vad gäller kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 40). Störst skillnad, 16 procentenheter, förelåg här vad gäller kunskap om Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter.

Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	12	38	39	11
	2012	7	29	47	17
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	46	34	9
	2012	8	34	41	17
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	13	46	32	9
	2012	9	42	32	16
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	45	33	10
	2012	8	38	39	15
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	14	35	36	15
	2012	10	34	37	19

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

I Tabell 41 visas andelen läkare som angav att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor har stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Den största skillnaden mellan åren var att en större andel år 2012 angav att de sätter stort värde på handledning (43 % 2012 jämfört med 34 % 2008). Även tillgång till ett forum för att reflektera över det egna arbetet med sjukskrivningsärenden angavs av en större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (26 respektive 18 %), liksom kurser i försäkringsmedicin (39 respektive 31 %).

Tabell 41. 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?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	48	18
	2012	43	40	17
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	15	59	26
	2012	9	71	20
Information via Internet	2008	24	51	25
	2012	29	54	17
Kurser i försäkringsmedicin	2008	31	48	21
	2012	39	47	14
Kurser i konflikthantering	2008	14	40	47
	2012	13	44	43
Konferenser, seminarier	2008	17	53	30
	2012	21	50	28
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	18	46	36
	2012	26	41	34

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 42. En större andel av läkarna uppgav år 2012 att ”*ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning*” har stort värde, jämfört med 2008. En något mindre andel angav att ”Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året” och ”Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året” är av stort värde år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 42. 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?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	29	39	31
	2012	24	46	31
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	28	40	32
	2012	23	47	30
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	53	37	10
	2012	50	39	11
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	42	44	14
	2012	52	38	10
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	21	28	51
	2012	19	31	49

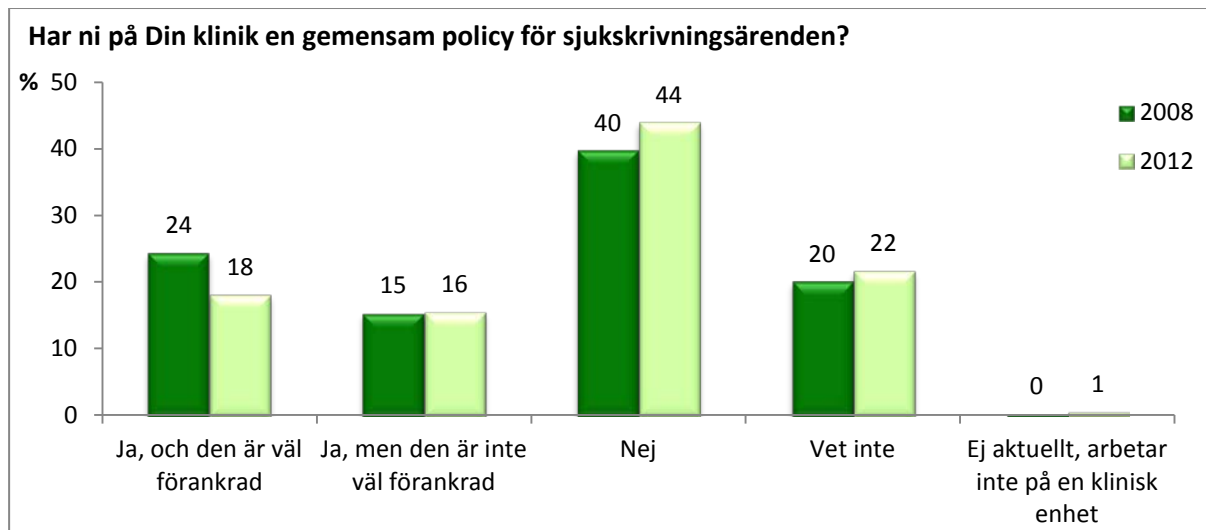
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) och Samverkan och kontakter (sidan 101).

## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

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

### Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Det förelåg mindre skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren. År 2012 uppgav en mindre andel att det finns en gemensam policy som är väl förankrad på den egna kliniken och en något större andel att det inte finns en policy, jämfört med 2008 (Figur 61).



Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

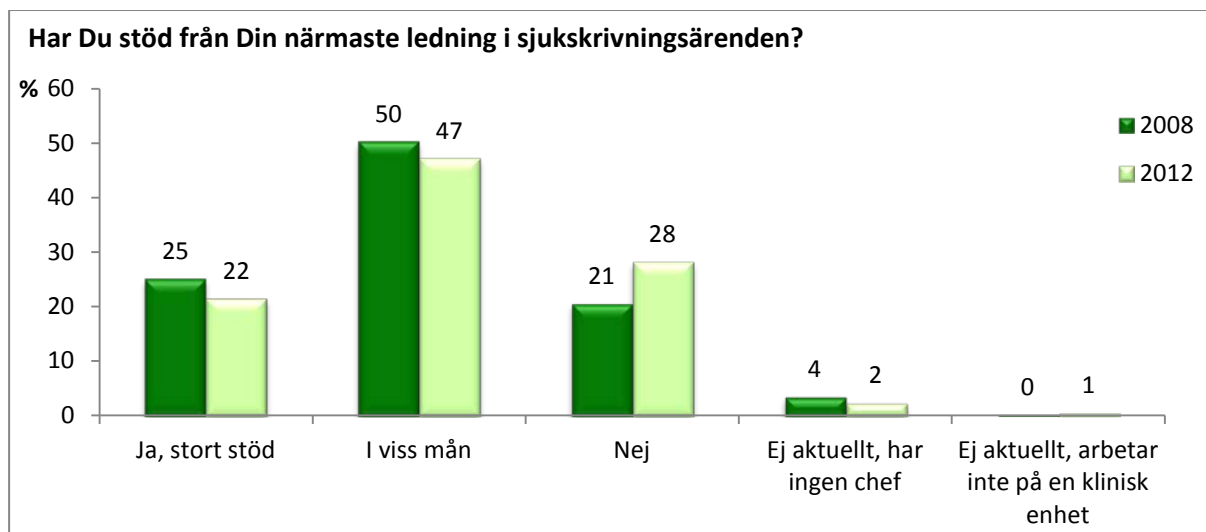
En tredjedel (34 %) av läkarna uppgav år 2012 att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/enhet, jämfört med två femtedelar (40 %) år 2008 (se Figur 61). För läkare vid vårdcentraler var skillnaden mellan åren betydligt större, år 2012 uppgav två femtedelar (39 %) att de hade en gemensam policy på sin klinik, jämfört med drygt hälften (55 %) 2008 (Tabell 43). Bland läkarna i övriga verksamheter svarade en tredjedel båda åren (31 respektive 32 %) att en sådan gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden fanns på kliniken där de arbetade.

Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden ?	År	Ja, och den är mycket väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Vårdcentralsläkare	2008	32	23	32	14	0
	2012	18	21	38	23	0
Övriga läkare	2008	20	12	44	23	0
	2012	18	12	47	21	1

### Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En majoritet av läkarna svarade båda åren att de upplever stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden. Andelen var något mindre år 2012, jämfört med 2008 (69 respektive 76 %) (Figur 62). En större andel svarade år 2012 att de inte har stöd från ledningen, jämfört med 2008.



Figur 62. Andel (%) läkare i relation till om de hade stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Andelen läkare vid vårdcentraler som uppgav att de i någon mån känner stöd från ledningen var år 2012 tolv procentenheter mindre än 2008 (69 jämfört med 80 %) (Tabell 44). För läkare i övriga verksamheter var skillnaden mellan åren fyra procentenheter, andelen som svarade att de i någon mån känner stöd från ledningen var år 2012 69 procent jämfört med 73 procent år 2008

Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken kring handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet
Vårdcentralsläkare	2008	32	48	18	2	0
	2012	20	48	28	3	0
Övriga läkare	2008	22	52	22	4	0
	2012	22	47	28	2	1

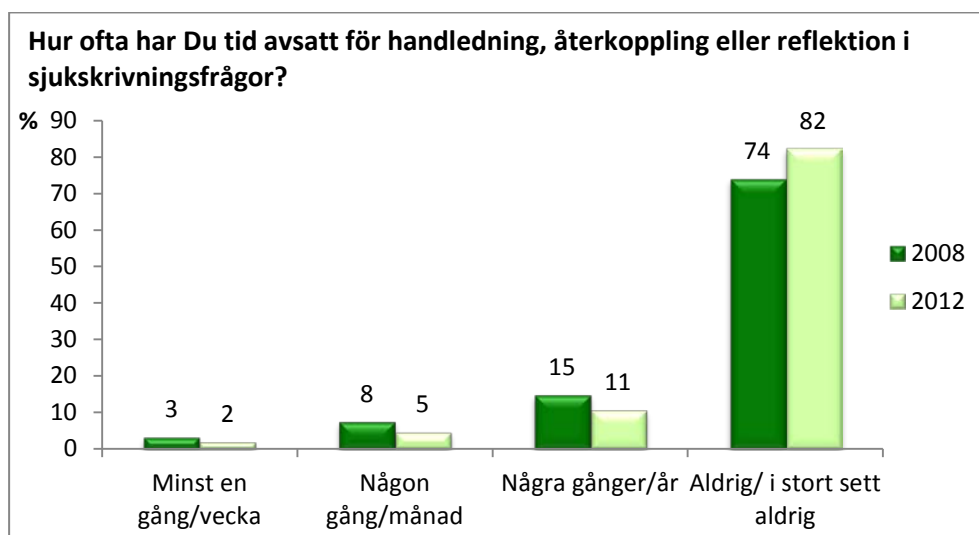
### Tid till arbete med sjukskrivning

Andelen läkare som svarade att de upplever daglig tidsbrist i sjukskrivningsärenden rörande patientrelaterad tid samt tid för kompetensutveckling, handledning och reflektion var lika stor de båda åren (Tabell 45). Daglig tidsbrist avseende tid med patienten angavs av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 45. 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...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	19	34	22	10	16
	2012	16	36	25	11	11
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	27	32	20	12	10
	2012	28	33	21	10	8
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	27	25	23	12	14
	2012	28	23	20	15	14

Åtta av tio läkare, uppgav sig aldrig eller i stort sett aldrig ha tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden år 2012, jämfört med tre av fyra år 2008 (Figur 63).



Figur 63. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

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

I stora drag var det samma problem som framkom både 2008 och 2012.

Andelen som hade sjukskrivningsärenden ofta var något mindre 2012 än 2008. Båda åren upplevde en klar majoritet av läkarna att det är problematiskt att bedöma patienters funktions- och arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga. Vad gäller andra problematiska områden var svarsmönstret snarlikt de båda åren.

Andelen som svarade att de *aldrig* använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var mindre 2012, liksom andelen som angav ett behov av att fördjupa sin kompetens i att använda beslutsstödet. En mindre andel ansåg år 2012 att stödet underlättade kontakten med patienten och med Försäkringskassan, medan andelen som ansåg att det underlättade kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal var något större. En något större andel svarade år 2012 att beslutsstödet har stort värde i deras arbete med sjukskrivning, jämfört med 2008.

En större andel av läkarna angav 2012 att de sätter stort värde på såväl handledning och tillgång till ett forum för att reflektera över det egna arbetet med sjukskrivningsärenden som på kurser i försäkringsmedicin och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Även ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning angavs av en betydligt större andel vara av stort värde 2012 jämfört med 2008.

Behovet av kompetensutveckling var stort båda åren, men en mindre andel angav detta 2012 jämfört med 2008. Sammanfattningsvis angav fortfarande 2012 runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga och optimal längd och grad av sjukskrivning samt ökad kunskap om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet, och om Arbetsförmedlingens och arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.



## Slutkommentar

---

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

De två olika enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2008 och 2012 (från 61 till 58 % för hela landet). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [137]. 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, 163 frågor, vilket kan ha påverkat svarsfrekvenserna. Många läkare har kontaktat oss och berättat att de har fått ett stort antal andra enkäter att besvara under denna enkäts insamlingsperiod, vilket minskat deras beredvillighet att svara. Svarsfrekvensen om 62 % får sålunda betecknas som förhållandevis god.

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

Vi har ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmönstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade, till exempel vad gäller olika typer av problem i handläggning av sjukskrivningsärenden. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att juniora läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har fått frågeformuläret, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

En ytterligare metodaspekt är skillnaderna i urval mellan de två åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som var äldre än 68 år exkluderas. För 2008 års enkät fann vi dock att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [108]. Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med låg andel sjukskrivande läkare inte togs med 2012.

År 2012 hade färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukfrånvarofall, i Sverige sedan 2003 [138].

Slående är de relativt få skillnader mellan åren i svarsmönstret för flera av de områden enkäterna täcker, särskilt vid beaktande av de många åtgärder som vidtagits de senaste tio åren för sjukskrivningsområdet (se bakgrund sidan 7).

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde olika typer av problem inte var mycket mindre 2014, trots något färre sjukskrivningsfall [138] och trots de stora satsningar som gjorts inom området. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad

optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär. De tydligare kraven på funktions- och arbetsförmågebedömningar från Försäkringskassan kan ha lett till andra typer av problem, vilket bland annat den större andelen som upplever vissa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan kan tyda på.

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

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts. Samtidigt uttrycker den absoluta majoriteten läkare även år 2012 behov av ökad kompetens inom området i stort. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 43 procent svarat att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

Skillnaderna mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden skulle även den kunna bero på att olika interventioner kan ha lett till en ökad medvetenhet om vad denna typ av organisatoriskt stöd kan innebära, vilket i sin tur kan innebära högre krav på sådant stöd. Andra delförklaringar kan vara att genomförda interventioner kan ha varit verkningslösa eller att de inte genomförts fullt ut, eller att andra metoder för att mäta effekter av sådana interventioner kan behövas. Ytterligare en förklaring kan vara att det i allmänhet tar lång tid innan förändringar förankras på olika nivåer i en organisation, särskilt på verksamhetsnivå, vilket är det som efterfrågats i enkäterna [139].

# Tabellförteckning

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012. ....	15
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Dalarnas län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.....	19
Tabell 3. Andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	26
Tabell 4. Andel (%) kvinnor och män, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) specialister, för samtliga sjukskrivande läkare samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	30
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	39
Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	40
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	41
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	42
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	43
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	44
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	48
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	49
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra interna aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	56
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med externa aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	57
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	59
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	71
Tabell 17. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	73

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	74
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	75
Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	76
Tabell 21. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	77
Tabell 22. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	78
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	82
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	86
Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	89
Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	91
Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	92
Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	93
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	94
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	94
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012. ....	96
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar utöver de nämnda i föregående tabell, 2008 respektive 2012. ....	97
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012. ....	98
Tabell 34. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012. ....	98
Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, 2008 respektive 2012. ....	101
Tabell 36. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	102

Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	109
Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012. ....	111
Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012. ....	112
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012. ....	112
Tabell 41. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	113
Tabell 42. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	114
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. ....	115
Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. ....	116
Tabell 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	117

## Figurförteckning

Figur 1. En översiktbild för illustrationen av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön. ....	23
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Dalarna, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga. ....	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive avslutad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga. ....	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive avslutad specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män, vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de arbetat på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	33
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	34

Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	34
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	36
Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	37
Figur 13. 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.....	37
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263, till exempel för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	41
Figur 15. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	46
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	47
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	50
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	51
Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	52
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	53
Figur 21. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	53
Figur 22. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	54
Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	58
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite respektive inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.....	58
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	60

Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	62
Figur 27. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	63
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade. ....	63
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	64
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	64
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats. ....	65
Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	66
Figur 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	70
Figur 34. Andel (%) läkare med pågående ST-utbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=86). ....	71
Figur 35. 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=231). ....	72
Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	80
Figur 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	81
Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	82
Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	83
Figur 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	83
Figur 41. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012. ....	87

Figur 42. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012. ....	87
Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur länge de angav att de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	88
Figur 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	88
Figur 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	89
Figur 46. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare (VC) och läkare i övriga verksamheter, år 2008 respektive 2012. ....	90
Figur 47. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012. ....	90
Figur 48. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012. ....	95
Figur 49. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008. ....	95
Figur 50. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012. ....	99
Figur 51. 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. .	99
Figur 52. 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. ....	100
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	103
Figur 54. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. ....	104
Figur 55. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats. ....	104
Figur 56. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. ....	105
Figur 57. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. ....	105
Figur 58. 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. ....	106
Figur 59. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012. ....	108
Figur 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i	



handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. De som svarade ”Ej <i>aktuellt</i> ” har här exkluderats. ....	110
Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	115
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till om de hade stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.....	116
Figur 63. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012. ....	117

# Referenser

---

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
2. Alexanderson K, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet, 2009.
3. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
4. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
5. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.
6. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
7. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
8. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
9. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen, 2005.
10. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
11. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
12. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
13. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. *Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
14. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
15. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
16. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
17. *Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009*.
18. Black C. *Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population*. London: The Stationary Office, 2008.
19. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
20. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
21. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
22. Kristensen TS. Sygefraeber som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.

23. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
24. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med.* 2009;41:115-21.
25. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU, 2000 SOU 2000:5.
26. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, 2005.
27. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5, 2002 SOU 2002:5.
28. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66, 2008 SOU 2008:66.
29. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
30. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
31. Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
32. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga: Socialdepartementet; 2009.
33. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
34. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
35. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen, 2007.
36. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
37. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
38. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005 Artikelnummer 2005-109-2.
39. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, 2013.
40. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund, 2006.
41. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsen H, Söderberg E. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005.
42. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health.* 2010;10(752).
43. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
44. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
45. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

46. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Åtrföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
47. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
48. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
49. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:  
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6vrensommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
50. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
51. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
52. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
53. Järvholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
54. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):152-5.
55. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
56. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
57. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
58. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
59. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
60. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
61. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
62. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
63. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
64. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
65. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):121-6.
66. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
67. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
68. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.
69. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.

70. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
71. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
72. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
73. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidsskrift*. 2009;6:518-28.
74. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
75. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
76. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
77. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
78. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
79. Grape O. *Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform*. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
80. Abbott A. *The system of professions*. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
81. Becher T. Professional education in a comparative context. In: Torstendahl R, Burrage M, editors. *The formation of professions*. London: Sage Publications; 1990. p. 134-50.
82. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
83. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009*. 2008.
84. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011*. 2009.
85. *Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009*. 2009.
86. *Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen*. 2010.
87. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*. 2012.
88. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013*. Stockholm 2013.
89. *Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron*. 2005.
90. Regeringen. *Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000*. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm: 1999.
91. Unge C. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
92. *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.

93. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
94. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):104-9.
95. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*. 2002;24(16):867-74.
96. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
97. Aylward M, Waddell G, editors. Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.
98. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
99. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):192-9.
100. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
101. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
102. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273. *BMC Public Health*. 2007;7:273.
103. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(3):398-408.
104. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
105. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
106. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
107. 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.
108. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
109. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
110. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.

111. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
112. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet, 2013.
113. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
114. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004;328(7431):88.
115. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson Kr, editor. Bilaga till rapporten "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Stockholm Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005. p. 95-109.
116. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
117. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlns läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
118. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
119. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
120. Söderberg E, Södersten E, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008. Karolinska Institutet & Linköpings universitet, 2009.
121. Lindholm C, von Knorring M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two survey to physicians. *BMC Research Notes*. 2013;6(207).
122. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(4):227-33.
123. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open*. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
124. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000704.
125. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational Medicine*. 2012;63:23-9.
126. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Public Health*. 2013;13(478).

127. Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Ljungquist T, Kjeldgård L, Alexanderson K. Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2012;12.
128. Skånér Y, Södersten E, Ekmer A, Arrelöv B, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm, år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2009.
129. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.
130. Gustavsson C, Kjeldgård L, Bränström R, Lindholm C, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Problems experienced by gynecologist/obstetricians in sickness certification consultations. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. 2013.
131. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen, 2008.
132. 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;26(1):22-8.
133. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.
134. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008. Socialstyrelsen, 2009.
135. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
136. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013 [cited 2013 27 June]. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning\\_och\\_styrning\\_1:](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:)
137. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
138. OECD. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. 2010.
139. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, 2007.







**Karolinska  
Institutet**

[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

ISBN 978-91-7549-348-0