

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Kalmar län

Resultat från en enkätstudie år 2012
och jämförelser med 2008

Kristina Alexanderson
Olivia Ernstsson
Elin Hinas
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, reviderad juli 2014.

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

Den kan även beställas, se Kontakt på: www.ki.se/im

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-981256-5-8

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät år 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Kalmar län om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med de från en motsvarande enkät år 2008. Enkäterna skickades även till läkarna i övriga Sverige [1] och i denna rapport är fokus på läkarna i Kalmar. Många interventioner i hela riket och specifikt i Kalmar 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 Kalmar.

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
- Olivia Ernstsson, projektassistent
- Catharina Gustavsson, med dr, post doc, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Elin Hinas, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Linnea Kjeldgård, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Therese Ljungquist, med dr, forskningssamordnare, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Gunnar Nilsson, professor i allmänmedicin, verksamhetschef Centrum för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI

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

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

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

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	5
Förkortningar och begrepp	7
Bakgrund	8
Sjukförsäkringar	8
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården.....	10
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning.....	10
Läkares olika professionella roller	11
Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid	12
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	12
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	13
Syfte	15
Material och metod	16
2004 års enkätstudie	16
2008 års enkätstudie	16
2012 års enkätstudie	17
Studiepopulation.....	17
Frågeformulär 2012.....	17
Datainsamling.....	18
Svarsfrekvens	19
Dataanalys	20
2012 års datamaterial	20
Jämförelser över tid.....	20
Resultat	23
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt	24
1. Samtliga svarande läkare 2012	26
Bakgrundsfaktorer	26
Yrkesverksamma läkare i Kalmar län	27
Frekvens av sjukskrivningsärenden	28
2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012	29
Bakgrundsfaktorer	30
Frekvens av sjukskrivningsärenden	33
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	34
Allvarlighetsgrad av specifika problem	36
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	42
Oro och hot.....	43
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	44
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	46
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	48
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?.....	48

Problem med att använda beslutsstödet	49
Beslutsstödet betydelse för kontakter	50
Behov av fördjupad kompetens	52
Samverkan och kontakter	53
Kontakter med Försäkringskassan	58
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	61
Elektronisk överföring av läkarintyg	63
Försäkringsmedicinsk kompetens	69
Kompetensutveckling via formell utbildning	70
Kompetensutveckling via vidareutbildning	72
Behov av fördjupad kompetens	73
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	75
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	76
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar	78
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	78
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	79
Tid i arbetet med sjukskrivning	81
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	83
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012	865
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	94
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	96
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	98
Samverkan och kontakter	101
Kontakter med Försäkringskassan	103
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	107
Försäkringsmedicinsk kompetens	109
Kompetensutveckling	109
Behov av fördjupad kompetens	110
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	115
Tid till arbete med sjukskrivning	116
Slutkommentar	118
Tabellförteckning	120
Figurförteckning	122
Referenser	127

Sammanfattning

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

Majoriteten (81 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 82 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att en mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka 2012 (33 %) jämfört med 2008 (39 %). Minskningen var störst för läkare inom övrig verksamhet. År 2012 hade 35 respektive 32 procent av vårdcentralsläkare respektive övriga läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan.

En tredjedel av läkarna *upplevde* minst en gång i veckan *sjukskrivningsärenden som problematiska*. Här fanns ingen stor skillnad mellan de två åren. En större andel av vårdcentralsläkarna upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt, både beträffande frekvens och allvarlighetsgrad av problem. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga samt att göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan. Särskilt problematiskt upplevdes det vara att bedöma arbetsförmåga för arbetslösa patienter samt att hantera längre sjukskrivningar. En större andel av vårdcentralsläkarna fann handläggning av längre sjukskrivningar problematiskt. År 2012 ansåg mer än hälften att det är problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig; denna andel var något mindre 2008.

En tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller i ganska stor utsträckning, och 19 procent svarade att de upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som upplevde detta var störst bland vårdcentralsläkare.

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

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som infördes 2007, användes av majoriteten av läkarna. Två av fem menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Drygt hälften (53 %) ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och två av fem (40 %) att det underlättar kontakten med Försäkringskassan. Närmare hälften av vårdcentralsläkarna (47 %) ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med Försäkringskassan.

Fyra av fem (80 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 83 % av alla) var 2012 mycket eller ganska nöjda med kontakten; en högre andel var nöjda jämfört med 2008. En tredjedel (32 %) upplevde *inte* några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (13 % bland vårdcentralsläkarna, 44 % bland övriga). Av de möjliga svårigheter som var listade i enkäten var följande fyra vanligast båda åren: svårt att komma fram per telefon, att kontakterna tar för mycket tid, svårt att få veta vem man ska prata med och att handläggare ofta byts ut. År 2012 angav 38 procent att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och en stor andel angav svårigheter relaterade till kontakten med handläggare; 29 procent angav att handläggarna ofta byts ut och drygt en femtedel (22 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. Det var en större andel som 2012 upplevde sig/sina bedömningar ifrågasatta av handläggare, svårigheter att förmedla

information via Försäkringskassans blanketter, att Försäkringskassan har stängt när läkaren har tid för kontakt samt att man 'talar olika språk'.

En majoritet (94 %) av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan – av dem svarade 62 procent att systemet underlättar deras arbete.

En absolut majoritet (90 %) av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende. Den andelen var generellt något mindre 2012 jämfört med 2008. En stor andel angav år 2012 ett behov av ökad kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden och om sjukförsäkringsregler, även om andelen som uppgav detta var något mindre än 2008. Ett stort behov av fördjupad kompetens fanns även för bedömning av arbetsförmåga, av dess prognos, optimal sjukskrivningslängd och -grad, att bedöma funktionsförmåga samt vilka krav som ställs i olika yrken. En större andel av dem som deltagit i kurser i Försäkringskassans regi angav år 2012 att dessa har utvecklat den försäkringsmedicinska kompetensen (47 %), jämfört med 2008 (38 %). År 2012 ansåg 43 procent av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar och andelen som önskade handledning var 2012 ännu större.

Mer än hälften svarade att de skulle sätta ett stort värde på bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten. Den faktor som störst andel läkare (52 %) år 2012 ansåg skulle ha stort värde för arbetet med sjukskrivning var ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning.

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 43 procent av läkarna på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta var vanligare bland vårdcentralsläkare (58 %) jämfört med övriga läkare (34 %). Det var en viss ökning från 2008 av detta liksom i andelen som hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor – en tredjedel hade stort sådant stöd. Två av fem läkare (41 %) svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Omkring 60 procent upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

Slutsatser: Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre 2012 än 2008. Andelen som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska har inte förändrats nämnvärt, vare sig avseende frekvens eller allvarlighetsgrad. Beslutsstödet har fortsatt stort genomslag; det används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många är nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men andelen läkare som upplever vissa svårigheter är fortfarande stor när det gäller logistik i kontakterna och är större än tidigare vad gäller upplevelse av att ens bedömningar ifrågasätts och av att man talar olika språk, med mera. Behovet av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling respektive instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort och en större andel önskar handledning och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens. Slående är att i ett stort antal av de områden enkäterna täcker var svarsmonstret likartat mellan åren.

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

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
Kalmar	Ibland används ordet Kalmar för att beteckna Kalmar län eller Landstinget i Kalmar län
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 Kalmar län om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Enkäterna skickades ut 2008 respektive 2012 och resultaten från enkäten vad gäller läkare i Kalmar län har publicerats i en tidigare rapport [2].

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 påverkar 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 individens 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 [41-43]. Socialstyrelsen har konstaterat [38, 44-48] 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, 48-50].

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, 51, 52]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden¹ [53].
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, 54, 55]. 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 [56, 57]. 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, 58-62]. Detta är besvär där den vetenskapliga

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [61-66], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel 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 [67-69]. 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, 54, 70, 71, 72]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [73]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [74]. 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, 52, 75].

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 [76-78].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [51, 79, 80].
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 [52, 81-83].

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 kompensutveckling 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, 49, 50, 84-93]. 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 [94]. 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 [95, 96]; 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, 97-100].

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, 75, 101-108] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [42, 43, 52, 109]. 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). 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, 110].

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 [111], 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 Kalmar 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 från år 2008 till år 2012.

Material och metod

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

Enkäten 2012 riktad till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige [42]. År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting [41]. I Tabell 1 gess en övergripande bild av de tre enkäterna [1].

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

Enkätår	Studiepopulation	Svars- frekvens	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, 112, 113]. 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 72 procent.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [41, 52, 75, 101-108, 114-120].

2008 års enkätstudie

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

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 [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 [42]. Antalet frågor utökades från 96 till 163. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

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

Svarsfrekvensen var 61 %, liksom tidigare något högre för kvinnor (63 %) än för män (59 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år 58 %, 45-64 år 61 %, 65+ år 75 %). Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 096 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer [43, 52, 73, 75, 108, 109, 115, 119-129].

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

- För Stockholms och Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta. Detta för att kunna jämföra med resultaten från de två tidigare enkäterna 2004 och 2008.

- För övriga landet ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de två tidigare enkäterna, sällan har sjukskrivningsärenden; 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'.
- Slutligen lades följande fråga till: 'I vilken utsträckning förekommer systematisk kvalitetssäkring(förbättringsarbete) på Din enhet, när det gäller hantering av patienters sjukskrivning (I stor utsträckning/I viss mån/Inte alls/Vet inte)?'

Datainsamling

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

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor, samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter, hämtades information om kön, ålder, år för läkarexamen och läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning från Hälso- och Sjukvårdens Adressregister

(HSAR), som förvaltas av Cegedim Sweden AB. I HSAR baseras informationen på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

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

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

Samtliga tre enkätomgångar har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

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 och varierade från 54 till 66 procent mellan länen och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. För Kalmar län var svarsfrekvensen 56 procent (Tabell 2). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer (Tabell 2). Detta gäller även de två tidigare enkäterna [41, 42].

Observera att denna bortfallsanalys är baserad på läkarens boendelän, medan svaren i resultatdelen presenteras relaterat till vilket landsting läkaren har uppgett att hon eller han huvudsakligen arbetar i.

Totalt använde 22 procent (n=58) av läkarna som uppgav att de arbetar i Kalmar 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 Kalmar län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	621	349	56,2
Kvinnor	258	161	62,4
Män	363	188	51,8
20-39 år	194	114	58,8
40-54 år	232	115	49,6
55-67 år	195	120	61,5

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna. Det interna bortfallet är i medeltal 4,0 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 [106, 116, 118, 119], 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.

2012 års datamaterial

Resultaten redovisas i tre kapitel. I det första, det så kallade **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 Kalmar län och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Samtliga frågor redovisas dels för samtliga läkare och dels uppdelat på läkare på vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter.

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

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit, och dessa har klassificerats enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid har kategoriserats till en typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren.

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

Motsvarande hantering gjordes i analyserna av svaren på 2008 års enkät [42].

Jämförelser över tid

I det så kallade **gröna avsnittet** (sidan 86) jämförs svaren från 2012 med svaren från 2008 års enkät för de 130 frågor som fanns med i båda enkäterna. Nedan redogörs för hantering av analyser i dessa kapitel.

Eftersom urvalet för 2012 års enkät var mer avgränsat än för 2008 års enkät, vad gäller ålder och typ av klinisk verksamhet, har motsvarande avgränsning gjorts vad gäller läkarna vars svar redovisas från 2008 års enkät. I denna jämförelse ingår därmed svar från läkare som vid respektive enkättillfälle var under 68 år, som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen arbetade i Kalmar. 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.

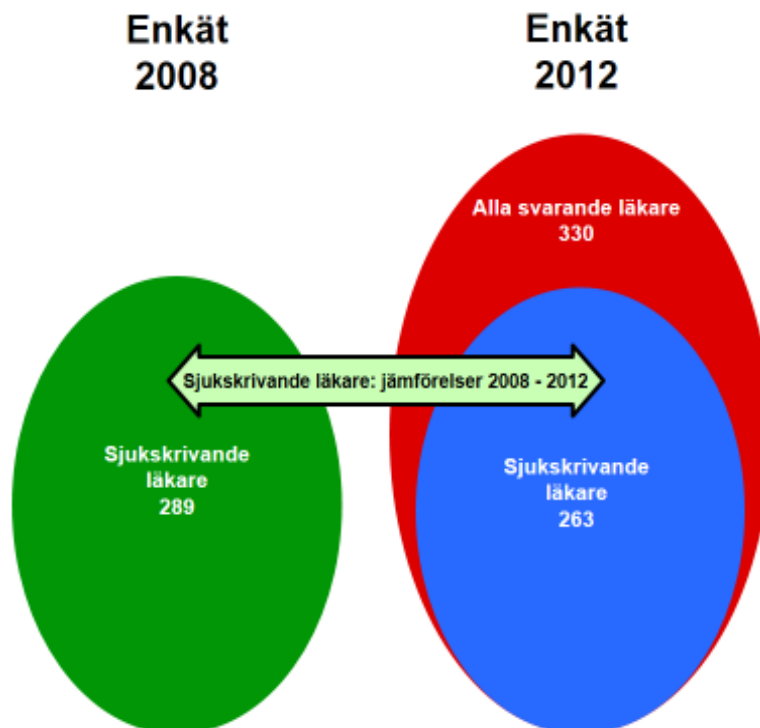
Jämförelser är alltså gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

- 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 från enkäten "Läkares arbete med sjukskrivning" från 2012 för läkare i Kalmar län. I jämförelserna mellan de två åren ingår svar på de frågor som förekom i både 2008 och 2012 års enkäter. I Figur 1 ges en bild av dessa tre avsnitt, som har givits olika färger; röd, blå respektive grön.



Figur 1. En översiktsbild för illustration 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 läkares svar 2012

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

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

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

Blå tabeller och figurer

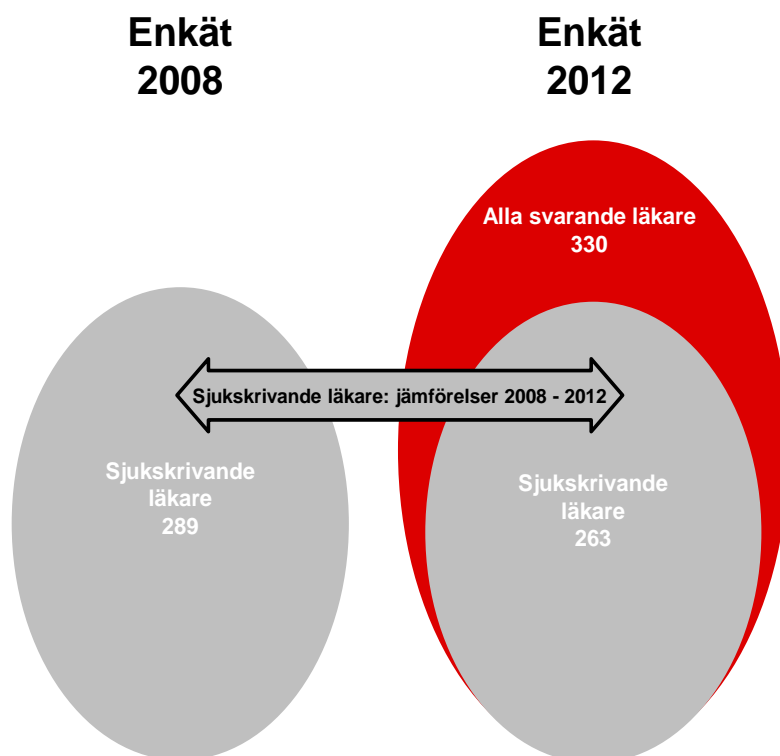
3: Läkares arbete med sjukskrivning, i ett fyraårsperspektiv: 2008-2012

För de *130 frågor* som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter jämförs svaren avseende sjukskrivande läkare i Kalmar 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 2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de hade sin huvudsakliga arbetsplats i Kalmar var 330, varav en svarade att denne inte har arbetat som läkare de senaste tolv månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension, etcetera) och därmed exkluderades ur de fortsatta analyserna.

Bakgrundsfaktorer

I Tabell 4 visas antal svarande, totalt samt uppdelat på vårdcentral och övrig verksamhet, fördelning mellan kvinnor och män, mellan åldersgrupperna samt utbildningsnivå. Av de 330 svarande uppgav en läkare att denne inte var yrkesverksam och av de resterande 329 läkarna angav 31 procent vårdcentral och 69 procent angav övrig verksamhet som sin huvudsakliga arbetsplats. I resten av rapporten ingår endast de 329 yrkesverksamma läkarna. Majoriteten av läkarna inom både vårdcentral och övrig verksamhet var män. Andelen äldre (55-67 år) var 40 procent bland läkare på vårdcentraler medan motsvarande siffra för övriga läkare var 28 procent. Andelen specialistutbildade bland läkare på vårdcentral samt övriga läkare var 72 respektive 76 procent.

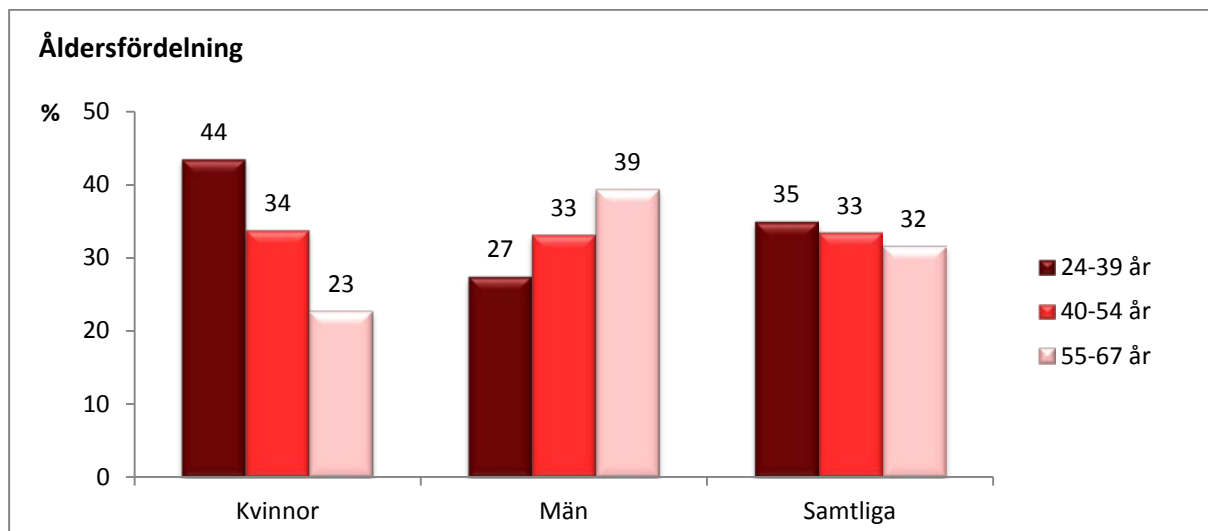
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga.

		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	330	101	228
Kön	Kvinnor (%)	47	49	46
	Män (%)	53	51	54
Ålder	24-39 år (%)	35	32	36
	40-54 år (%)	33	29	36
	55-67 år (%)	32	40	28
	<i>Medelålder (år)</i>	47	48	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	5	6	4
	Leg. läkare (%)	<0,5	0	<0,5
	Pågående ST-utbildning (%)	20	22	20
	Specialistutbildade (%)	75	72	76

Yrkesverksamma läkare i Kalmar län

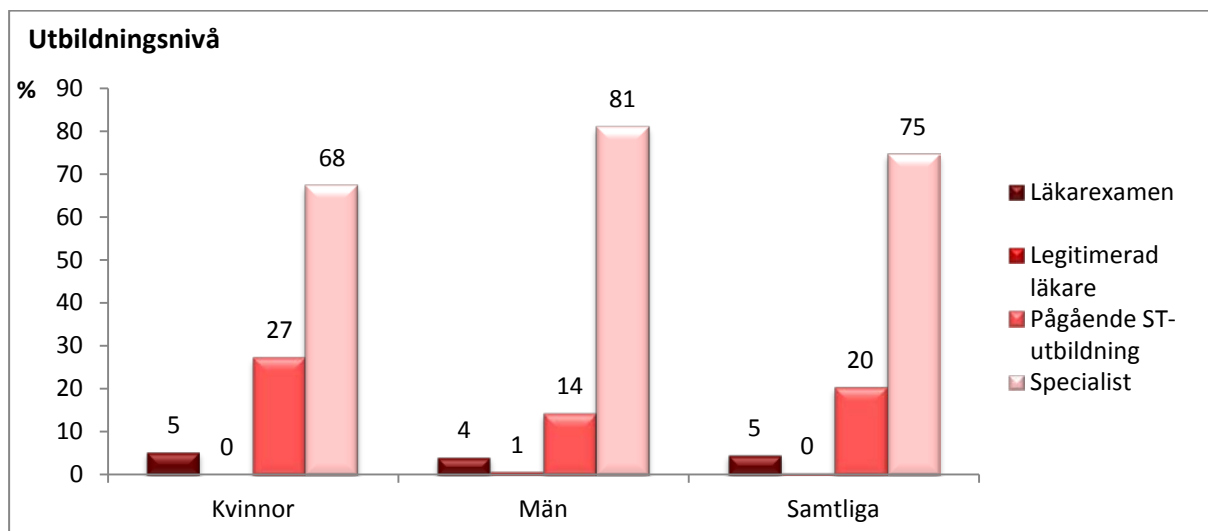
Resultatet i fortsättningen av detta kapitel baseras på svar från de läkare (n=329) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Kalmar län.

Som framgår av Figur 2 fanns det en viss könsskillnad i åldersfördelningen. Av kvinnorna tillhörde den största andelen, 44 procent, den yngsta åldersgruppen, medan 39 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen.



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

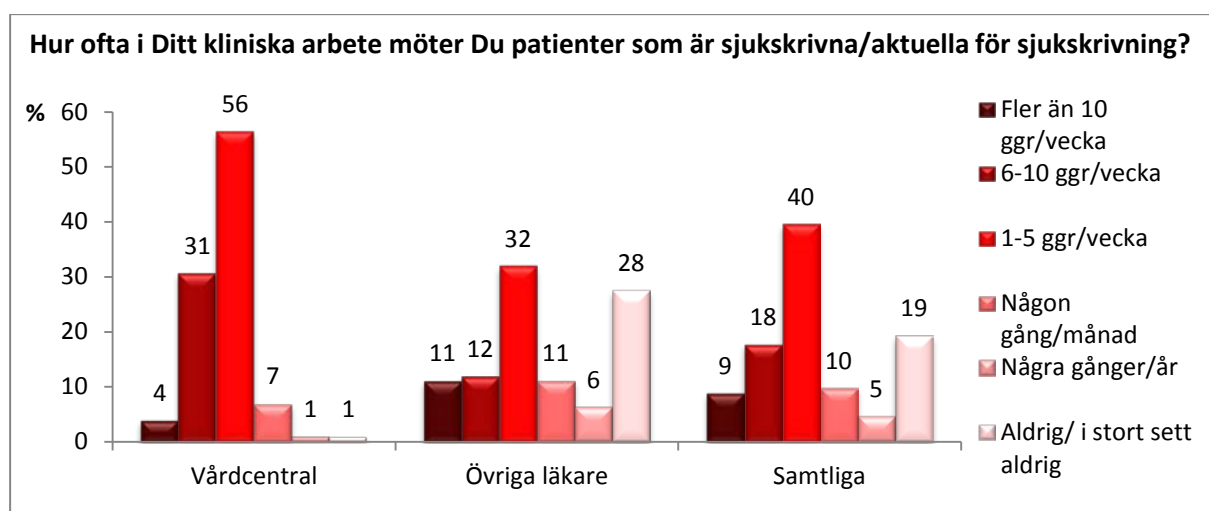
Det fanns även en könsskillnad vad gäller fördelningen av läkare vad avser högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 81 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 68 procent.



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

Frekvens av sjukskrivningsärenden

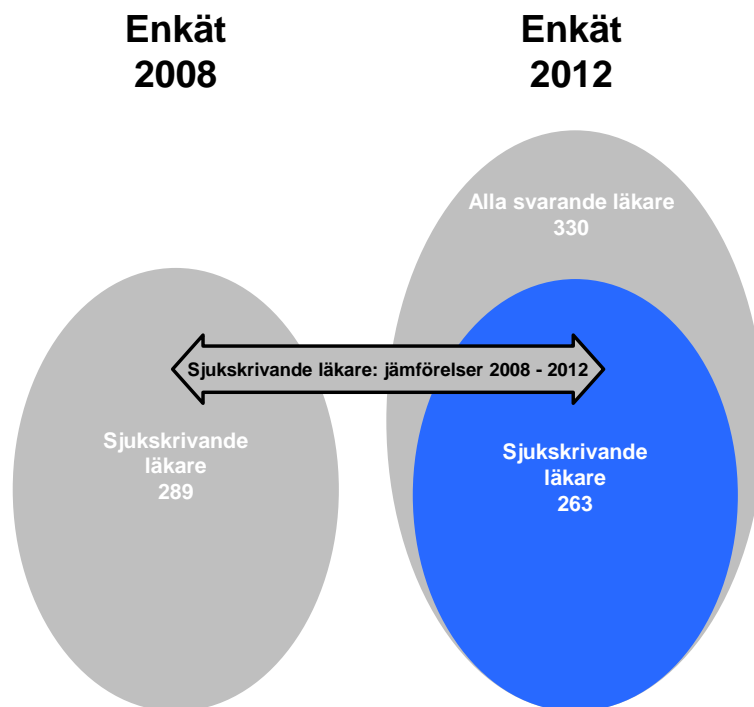
I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebar att patienten sjukskrevs, det vill säga, ibland kom man kanske fram till att sjukskrivning inte var aktuellt. Resultatet visar att de flesta, 67 procent, hade sådana konsultationer minst en gång i veckan, och att 19 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade det (Figur 4). Att aldrig eller i stort sett aldrig möta patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning var mindre vanligt bland läkare på vårdcentral (1 %) än bland övriga läkare (28 %). En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=3, 0,9 %). Dessa läkare är inte med i de fortsatta analyserna.



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

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2012



2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 263 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och
- uppgav att de huvudsakligen arbetade i Kalmar län
- 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'.

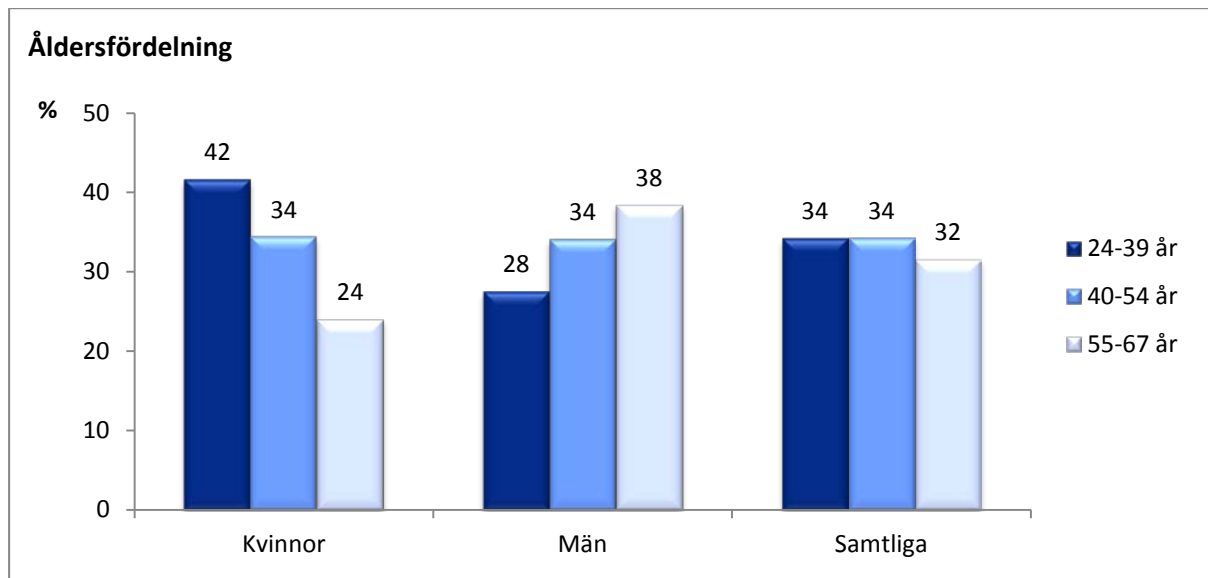
Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna uppgav 100 läkare att de arbetade på vårdcentral och 163 att de arbetade som läkare inom övrig verksamhet, och en majoritet av läkarna var specialistutbildade (74 %) (Tabell 4). Andelen äldre läkare (55-67 år) var större på vårdcentral (39 %) än bland övriga läkare (27 %).

Tabell 4. Antal sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel i varje utbildningsnivå, samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare

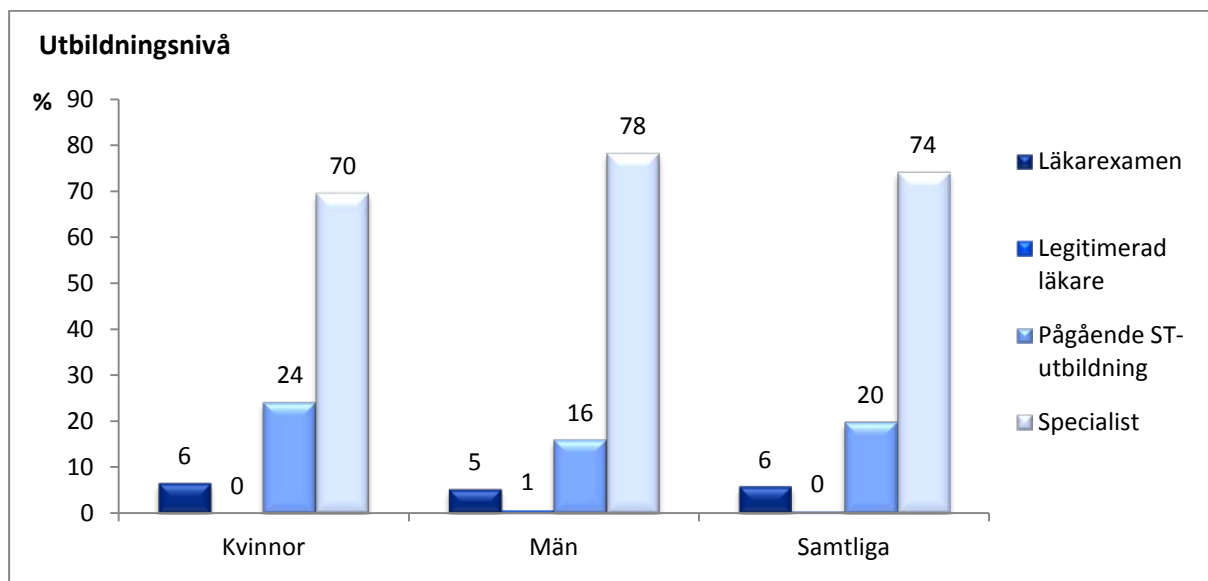
		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	263	100	163
Kön	Kvinnor (%)	48	49	47
	Män (%)	52	51	53
Ålder	24-39 år (%)	34	32	36
	40-54 år (%)	34	29	37
	55-67 år (%)	32	39	27
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	6	6	6
	Legitimerad läkare (%)	<0,5	0	1
	Pågående specialistutbildning (%)	20	22	18
	Specialistutbildad (%)	74	72	75

Av de sjukskrivande läkarna var 48 procent kvinnor och 52 procent män. Som framgår av Figur 5 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan kvinnor och män. Bland kvinnorna var 42 procent i den yngre åldersgruppen medan 38 procent av männen var i den äldre åldersgruppen.



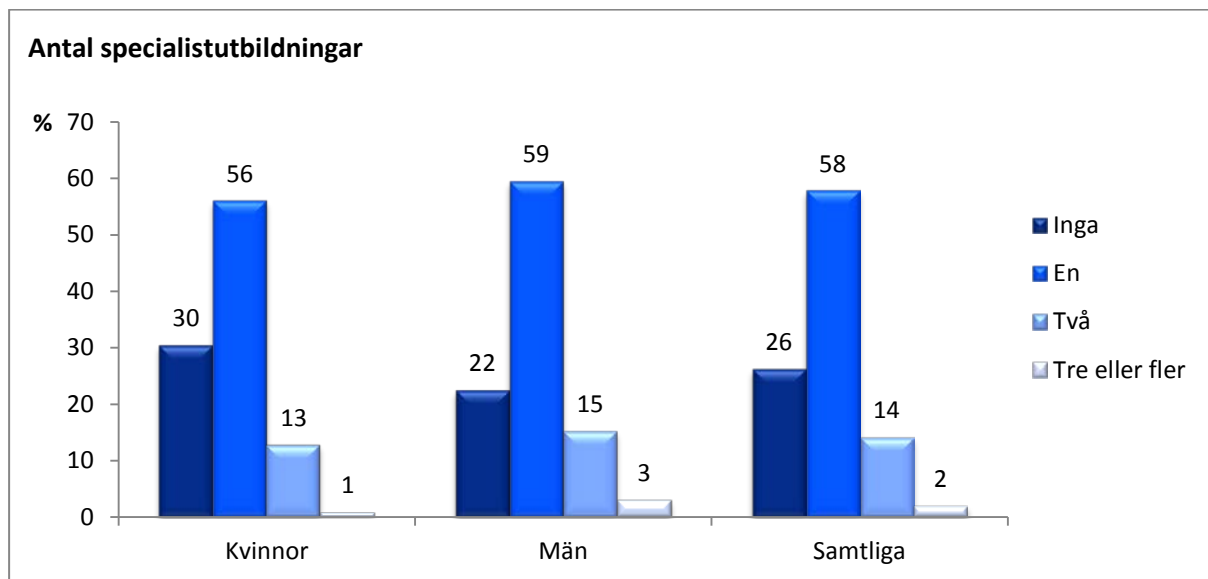
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. En något större andel av männen hade en specialistexamen (78 %), jämfört med kvinnorna (70 %). En större andel av kvinnorna (24 %) hade en pågående specialistutbildning jämfört med männen (16 %) (Figur 6).



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

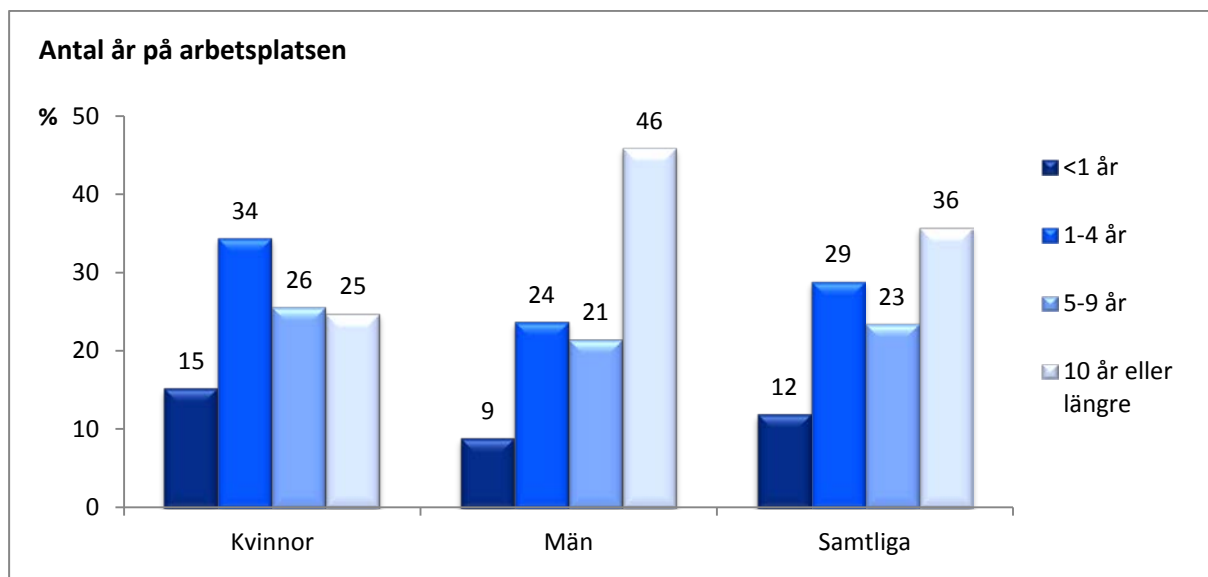
I Figur 7 framgår det tydligare att andelen icke-specialister var större bland kvinnorna (30 %) än bland männen (22 %).



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

Antal år på arbetsplatsen

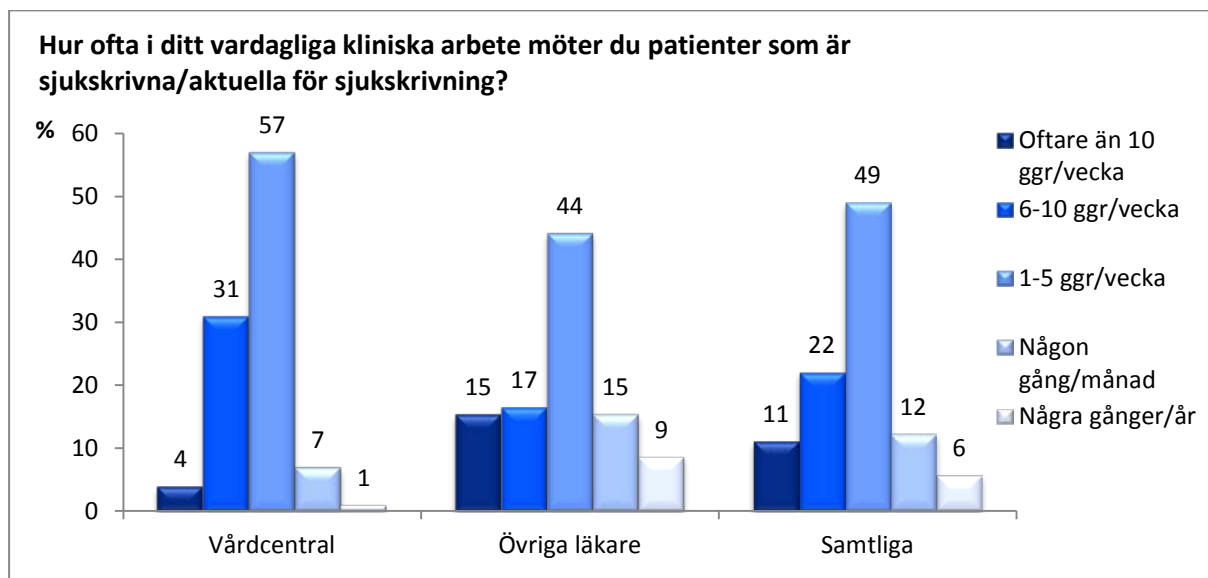
Av samtliga läkare hade 41 procent arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats. (Figur 8). En större andel män (46 %) jämfört med kvinnor (25 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



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

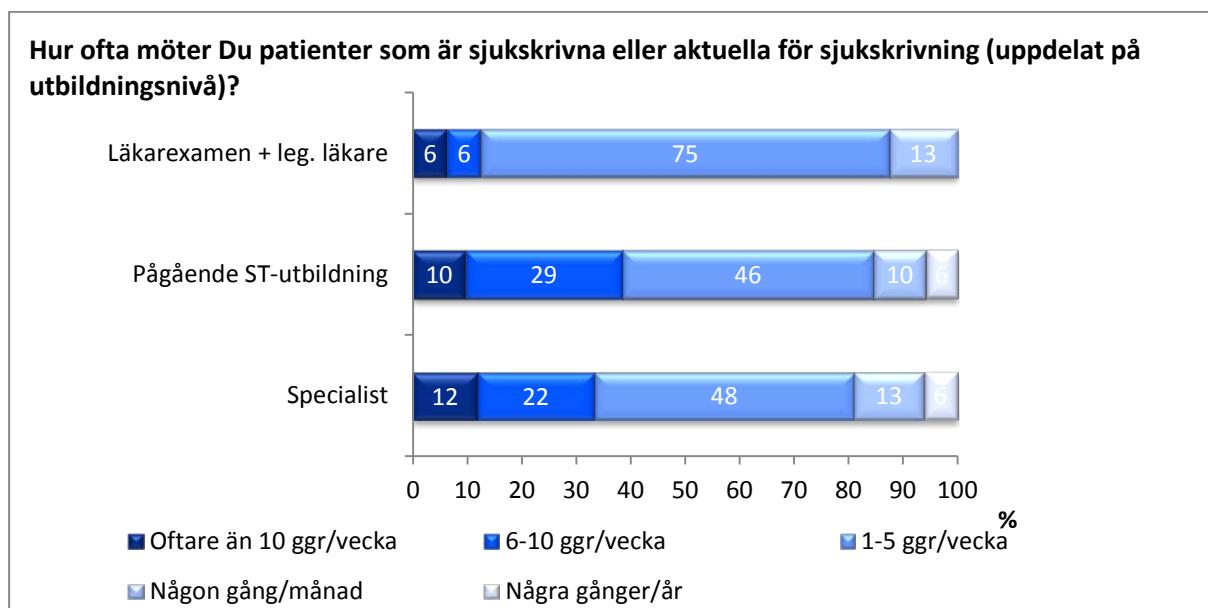
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Det framgår att drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning förekom både bland läkare på vårdcentral och bland läkare inom övrig verksamhet. En större andel av läkarna på vårdcentral hade konsultationer oftare än 1 gång per vecka (92 %) i jämförelse med övriga läkare (76 %).



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

Det var en relativt jämn fördelning mellan läkare med olika utbildningsnivå när det gäller hur ofta de mötte patienter aktuella för sjukskrivning. Dock hade en något större andel av specialisterna sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka (Figur 10).



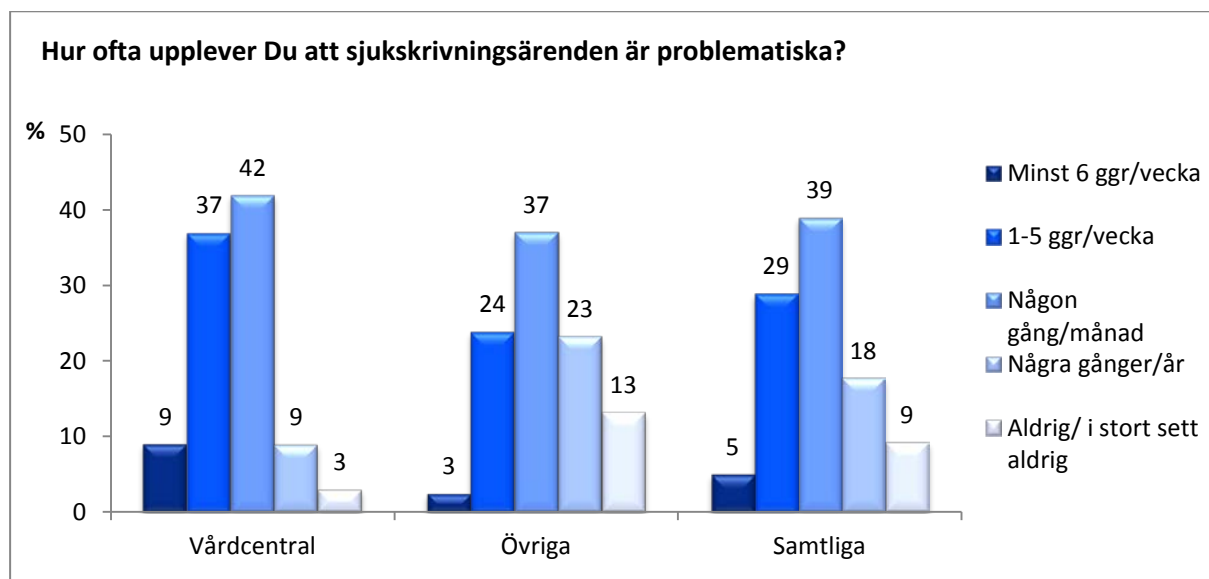
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

Sammanfattning om frekvens av sjukskrivningsärenden

Fyra av fem (82 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, och var tredje hade det minst sex gånger per vecka. Trettiofem procent av vårdcentralläkarna hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka.

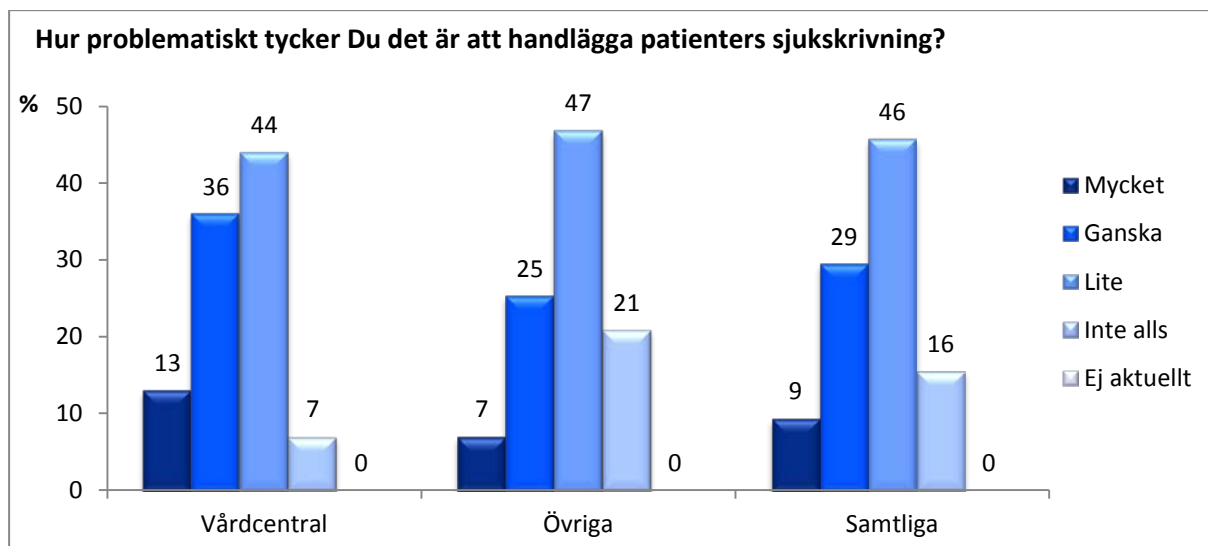
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Inledningsvis fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 11). En tredjedel (34 %) av läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt minst en gång i veckan, där andelen bland vårdcentralsläkare och övriga läkare var 46 respektive 27 procent. Mer än hälften (57 %) svarade att det var problematiskt någon gång per månad eller några gånger per år. En större andel av läkare inom övrig verksamhet svarade att sjukskrivningsärenden aldrig är problematiska (13 %), jämfört med vårdcentralsläkare (3 %).



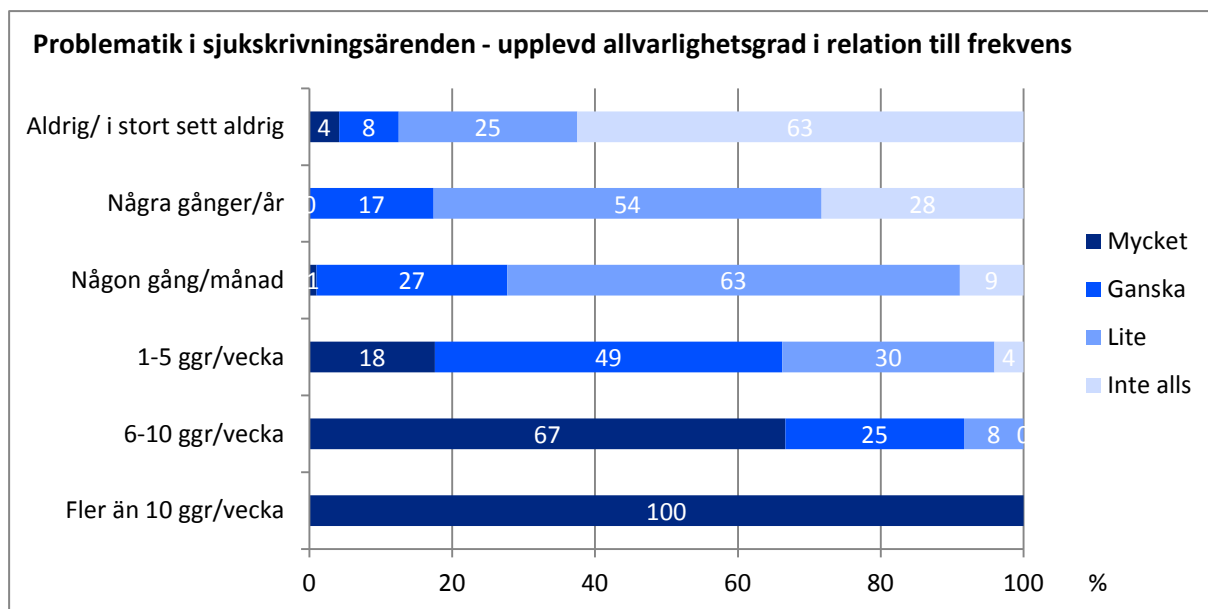
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på läkare på vårdcentraler, övriga läkare, samt samtliga.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Av samtliga läkare uppgav nio procent att det var mycket problematiskt och 16 procent att det inte alls var problematiskt. Hälften av läkarna på vårdcentral (49 %) uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt, medan motsvarande andel bland övriga läkare var en tredjedel (32 %). Av samtliga läkare uppgav närmare 40 procent att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 12).



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

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 är. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få av dem som aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket 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.

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 49) respektive Samverkan och kontakter (sidan 53) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 29 procent angav det som mycket problematiskt och 42 procent som ganska problematiskt (Tabell 5). Knappt två tredjedelar (63 %) av samtliga läkare tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som hade ett arbete, och motsvarande andel för att göra en långsiktig prognos för framtida arbetsförmåga angavs av 55 procent av läkarna. Hälften av läkarna ansåg även att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat (49 %), att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt (51 %) samt att bedöma optimal sjukskrivningstid- och grad (50 %). Inom samtliga beskrivna uppgifter i Tabell 5 uppgav läkarna på vårdcentral att det var mycket eller ganska problematiskt i högre utsträckning än läkarna inom övrig verksamhet.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	12	39	34	15
	Vårdcentral	23	38	31	7
	Övriga läkare	6	39	36	20
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	10	27	43	20
	Vårdcentral	18	27	43	11
	Övriga läkare	5	27	43	25
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	20	43	29	8
	Vårdcentral	31	46	18	5
	Övriga läkare	13	41	35	10
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	29	42	19	10
	Vårdcentral	33	44	15	7
	Övriga läkare	27	40	22	11
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	10	40	38	12
	Vårdcentral	15	49	28	8
	Övriga läkare	8	35	44	14
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	19	36	34	12
	Vårdcentral	24	41	29	6
	Övriga läkare	16	32	37	15
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	9	24	39	28
	Vårdcentral	6	28	41	25
	Övriga läkare	11	22	38	29
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	15	34	39	11
	Vårdcentral	22	41	27	10
	Övriga läkare	11	30	47	12

I sitt yrkesutövande har läkaren olika roller i förhållande till patienten i sjukskrivningsärenden, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör [26]. Femtioen procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden, varav en större andel vårdcentralsläkare i jämförelse med övriga läkare (Tabell 6).

Nästan hälften av läkarna (47 %) svarade att de upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patienten och läkaren hade olika åsikter om behovet av sjukskrivning. En annan uppgift är att tillsammans med patienten diskutera för- och nackdelar med en eventuell sjukskrivning – detta upplevde inte lika stor andel som problematiskt. Ytterligare uppgifter som kan vara aktuella är att hantera situationer där livsstilsförändringar kan vara påkallade eller där en omfattande psykosocial problematik finns. Även om många upplevde detta som problematiskt fann en större andel det mycket problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.

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

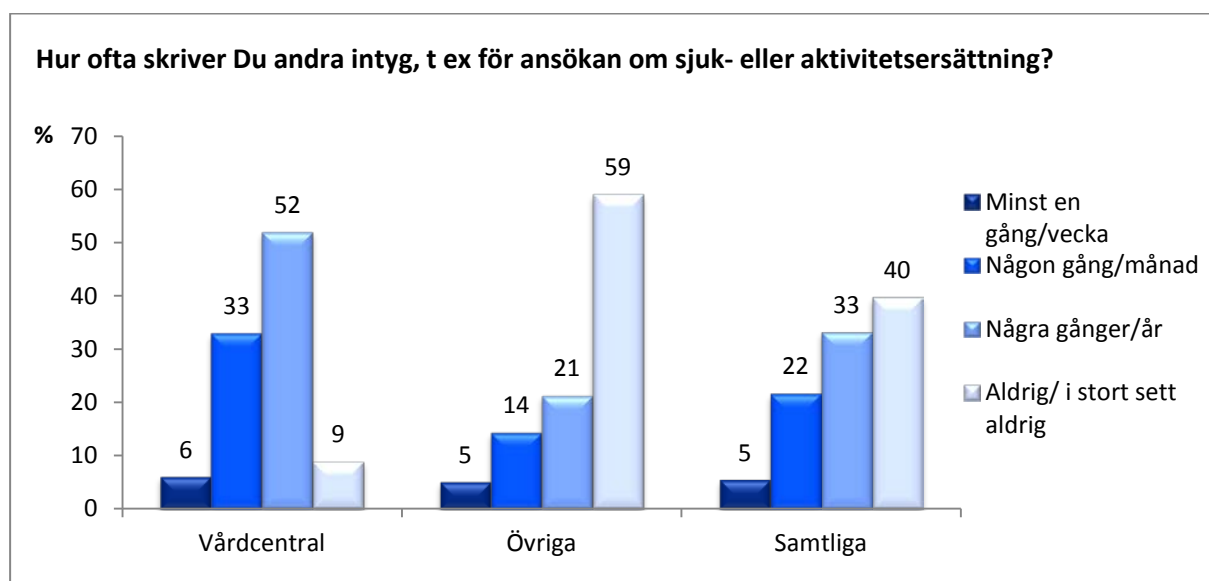
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	Samtliga	5	23	48	24
	Vårdcentral	6	30	47	17
	Övriga läkare	4	18	48	29
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	9	31	38	22
	Vårdcentral	13	30	42	15
	Övriga läkare	6	32	36	26
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	12	28	43	17
	Vårdcentral	13	34	41	12
	Övriga läkare	11	25	44	20
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	18	29	40	13
	Vårdcentral	19	39	33	8
	Övriga läkare	17	22	45	16
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	17	34	31	19
	Vårdcentral	25	40	21	14
	Övriga läkare	11	30	37	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, 130], det vill säga 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); 57 procent av de tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg (en fjärdedel, 25 procent, uppgav att det inte var aktuellt) fann detta som ganska eller mycket problematiskt.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	9	23	40	29	
	Vårdcentral	12	23	40	24	
	Övriga läkare	7	22	39	31	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga	16	27	21	11	25
	Vårdcentral	23	35	24	11	6
	Övriga läkare	12	22	19	10	36
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	3	16	43	37	
	Vårdcentral	2	16	48	34	
	Övriga läkare	4	16	40	39	

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263 svarade 40 procent att de aldrig eller i stort sett aldrig gör detta (Figur 14). En betydligt större andel av läkarna inom övrig verksamhet uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig skriver andra intyg (59 %) jämfört med läkarna på vårdcentral (9 %).



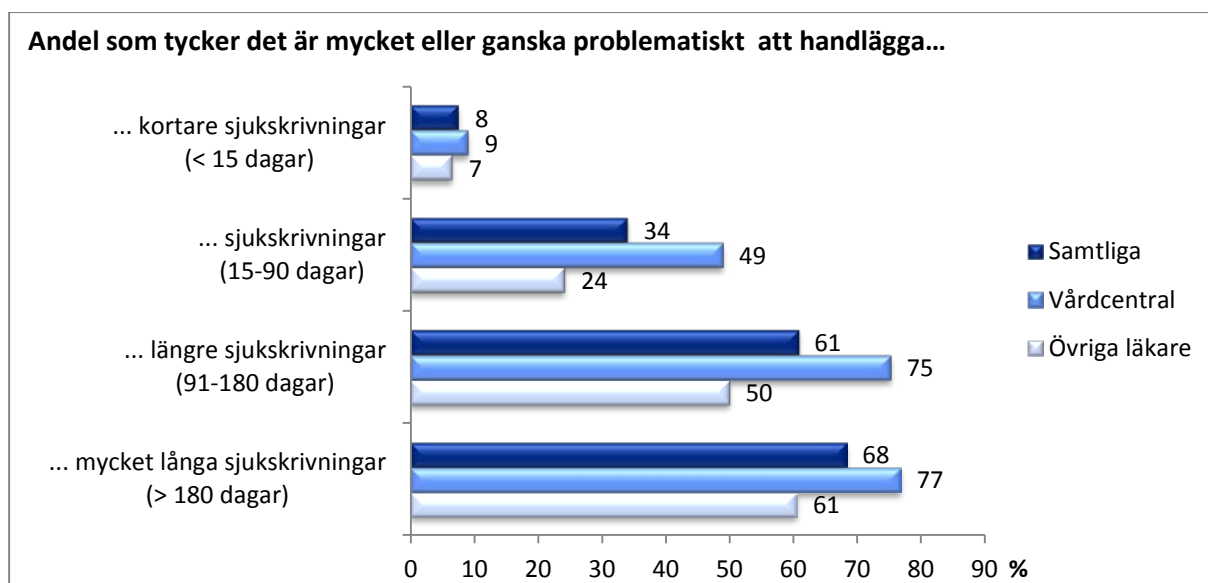
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det var att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem (Tabell 8). Generellt uppgav en större andel av vårdcentralsläkarna att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden, jämfört med övriga läkare. För 11 respektive 22 procent av läkarna var det inte aktuellt med konsultationer som innebär längre sjukskrivningar, det vill säga sådana som översteg tre eller sex månader. Närmare två tredjedelar av läkarna (64 %) tyckte att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga som inte varade längre än två veckor. En större andel vårdcentralsläkare tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera sjukskrivningar som varar mellan 15 och 90 dagar jämfört med läkare inom övrig verksamhet, där andelen var 48 respektive 23 procent. Bland dem som hanterade mycket långa sjukskrivningar var det bara en knapp tiondel (8 %) av samtliga som inte alls tyckte detta var problematiskt.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	2	6	28	64	
	Vårdcentral	3	6	26	65	
	Övriga läkare	1	6	30	64	
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga	5	27	45	18	4
	Vårdcentral	11	37	41	9	1
	Övriga läkare	2	21	48	24	5
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga	24	30	23	12	11
	Vårdcentral	33	40	18	6	2
	Övriga läkare	18	23	26	15	17
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga	29	24	17	8	22
	Vårdcentral	45	28	16	6	4
	Övriga läkare	18	22	17	9	34

I Figur 15 är gruppen som svarade 'ej aktuellt' exkluderade, annars är siffrorna där jämförbara med i ovanstående tabell. En större andel vårdcentralsläkare uppgav att det var problematiskt att handlägga sjukskrivningar i samtliga tidsperioder i jämförelse med läkare inom övrig verksamhet. En mindre andel av läkarna uppgav att kortare sjukskrivningar (< 15 dagar) var mycket eller ganska problematiskt; nio procent av vårdcentralsläkarna och sju procent av de övriga läkarna uppgav att detta var mycket eller ganska problematiskt. Mest problematiskt uppgavs mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar) vara, där 77 procent av vårdcentralsläkarna och 61 procent av läkare inom övrig verksamhet upplevde det som mycket eller ganska problematiskt.



Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket eller ganska problematisk, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare. De läkare som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Sexton procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (Tabell 9). Ungefär två av tre vårdcentralsläkare (65 %) och var tredje läkare inom övrig verksamhet (36 %) uppgav att detta sker minst en gång per månad. Sex procent sade minst en gång i veckan nej till en patients önskan om sjukskrivning. Tre procent av läkarna var varje vecka med om att en patient sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Nio procent av läkarna hade konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång i veckan, medan 33 procent aldrig eller nästan aldrig hade sådana konflikter. Gällande konflikter med patienter kring sjukskrivning uppgav en större andel av vårdcentralsläkarna att de upplevde detta minst en gång per månad (43 %), jämfört med läkare inom övrig verksamhet (21 %). Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; tolv procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom.

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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	9	21	38	33
	Vårdcentral	14	29	35	21
	Övriga läkare	5	16	39	40
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	16	31	33	20
	Vårdcentral	24	41	28	7
	Övriga läkare	11	25	37	28
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	3	18	37	42
	Vårdcentral	3	18	42	36
	Övriga läkare	3	18	33	46
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	6	32	47	14
	Vårdcentral	7	47	42	4
	Övriga läkare	5	23	51	21
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	12	26	33	28
	Vårdcentral	13	26	27	34
	Övriga läkare	12	27	37	25

Oro och hot

Andelen läkare som minst några gånger per år kände sig hotade av en patient kring sjukskrivning var större bland vårdcentralsläkare (22 %) än bland till övriga läkare (9 %). En större andel av läkarna inom övrig verksamhet svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig upplevde olika typer av oro eller hot, jämfört med vårdcentralsläkarna. Sammanlagt svarade 8,6 procent att de upplevde någon av situationerna listade i Tabell 10 minst någon gång per månad (ej visat i tabellen).

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 läkare på vårdcentraler respektive 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	0	4	13	83
	Vårdcentral	0	6	14	80
	Övriga läkare	0	3	12	85
känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	0	3	11	86
	Vårdcentral	0	4	18	78
	Övriga läkare	0	2	7	91
känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	3	5	92
	Vårdcentral	0	4	7	89
	Övriga läkare	0	2	4	94
säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	<0,5	2	14	84
	Vårdcentral	0	2	18	80
	Övriga läkare	1	2	11	87

Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar

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

En tredjedel (34 %) av läkarna upplevde minst en gång i veckan att sjukskrivningsärenden var problematiska. Trettioåtta procent tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning.

De som ofta hade sjukskrivningsärenden upplevde i större utsträckning det arbetet som problematiskt.

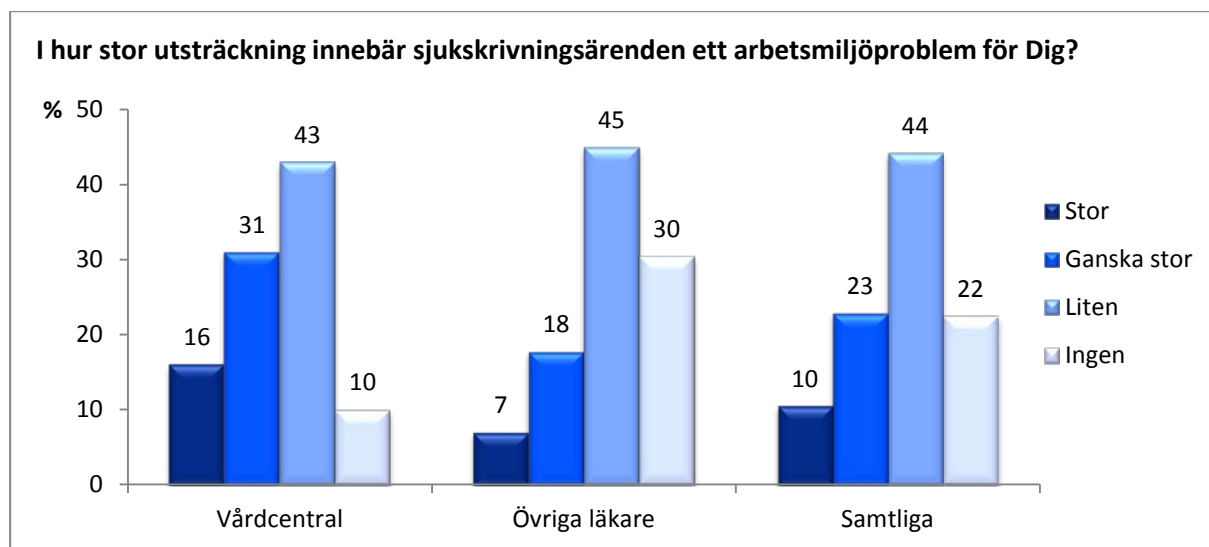
När det gäller frekvens och allvarlighetsgrad av de olika specifika problematiska situationer som nämns i enkäten, var följande särskilt problematiska för många läkare: att bedöma patienters arbetsförmåga, särskilt för arbetslösa patienter, och bedöma prognos av arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar,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

För samtliga situationer angav en större andel av vårdcentralsläkarna problem.

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

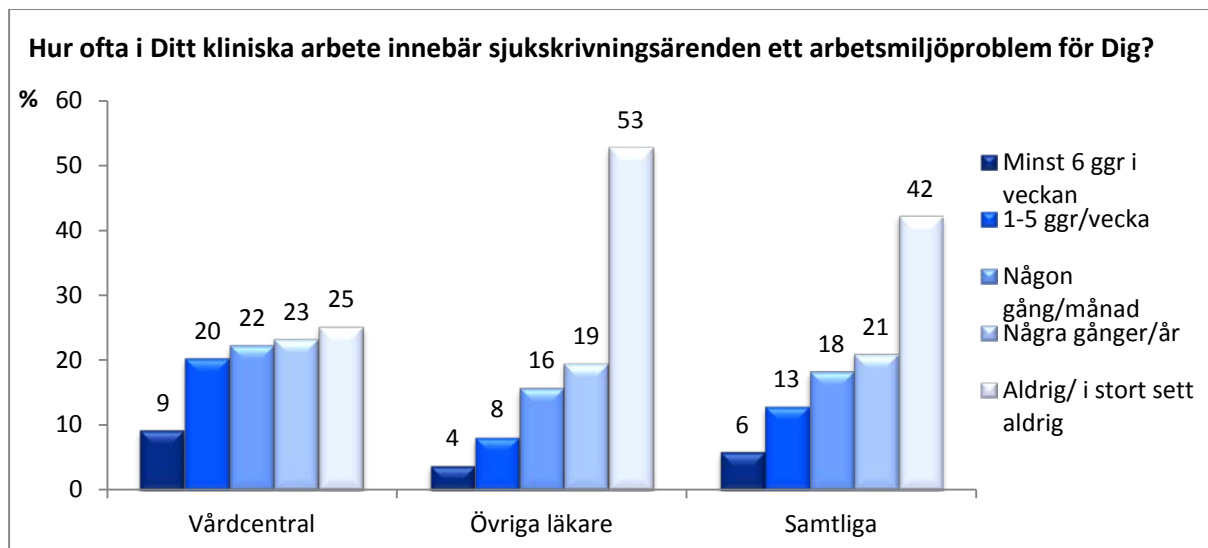
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [34, 66, 113, 131, 132]. Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. Sammanlagt upplevde en tredjedel av läkarna att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor (10 %) eller ganska stor (23 %) utsträckning (Figur 16). För drygt en femtedel av läkarna (22 %) innebar sjukskrivningsärenden inte ett arbetsmiljöproblem. Uppdelat på typ av verksamhet ansåg närmare hälften av läkarna på vårdcentral (47 %) samt en fjärdedel av övriga läkare (25 %) att sjukskrivningsärenden var ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning.



Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade 42 procent att det aldrig är det och denna andel var hälften så stor bland läkare på vårdcentraler (25 %) jämfört med läkare inom övriga verksamheter (53 %) (Figur 17). Nästan en tredjedel (29 %) av läkarna på vårdcentraler svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan.



Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 33 procent av läkarna. Störst andel fanns bland läkarna på vårdcentral, där knappt hälften, 47 procent, ansåg att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Nitton procent av samtliga läkarna upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. Uppdelat på vårdcentral och övriga läkare var motsvarande siffra 29 procent respektive 12 procent.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Tabell 11 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården. En tredjedel (34 respektive 33 %) uppgav att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av sådana väntetider. Det var generellt sett en högre andel vårdcentralsläkare än övriga läkare som uppgav att de minst en gång i månaden sjukskriver längre än nödvändigt på grund av olika typer av väntetider.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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	7	26	35	33
	Vårdcentral	11	39	37	13
	Övriga läkare	4	17	34	45
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	5	15	28	53
	Vårdcentral	10	22	38	30
	Övriga läkare	2	10	21	67
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	2	13	23	61
	Vårdcentral	3	22	38	36
	Övriga läkare	2	8	14	77
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	3	15	26	57
	Vårdcentral	5	22	38	35
	Övriga läkare	1	10	18	70
... väntetider till behandling?	Samtliga	8	26	35	31
	Vårdcentral	12	37	40	11
	Övriga läkare	6	18	32	44

Även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt efterfrågades (Tabell 12). De två orsaker som angavs av flest läkare var att patienten inte följde läkarens rekommendationer och brist på återbesökstider; 19 respektive 17 procent uppgav att de sjukskrev längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av dessa orsaker. De flesta läkare uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt av dessa anledningar. Även här uppgav en större andel av vårdcentralsläkare att de sjukskriver längre än nödvändigt, jämfört med läkare inom övrig verksamhet.

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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	4	13	21	62
	Vårdcentral	4	20	22	54
	Övriga läkare	4	8	20	68
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	6	9	14	71
	Vårdcentral	9	21	22	47
	Övriga läkare	4	2	9	85
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	3	7	20	69
	Vårdcentral	5	15	31	49
	Övriga läkare	2	3	14	82
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	4	15	31	50
	Vårdcentral	7	24	44	25
	Övriga läkare	3	9	23	65
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	4	9	26	61
	Vårdcentral	4	19	31	46
	Övriga läkare	3	3	23	71
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	2	6	17	74
	Vårdcentral	3	9	21	67
	Övriga läkare	1	4	15	79
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	1	6	23	70
	Vårdcentral	1	7	25	67
	Övriga läkare	1	6	22	72
... annan anledning?	Samtliga	<0,5	2	7	91
	Vårdcentral	0	2	10	88
	Övriga läkare	1	2	5	92

Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

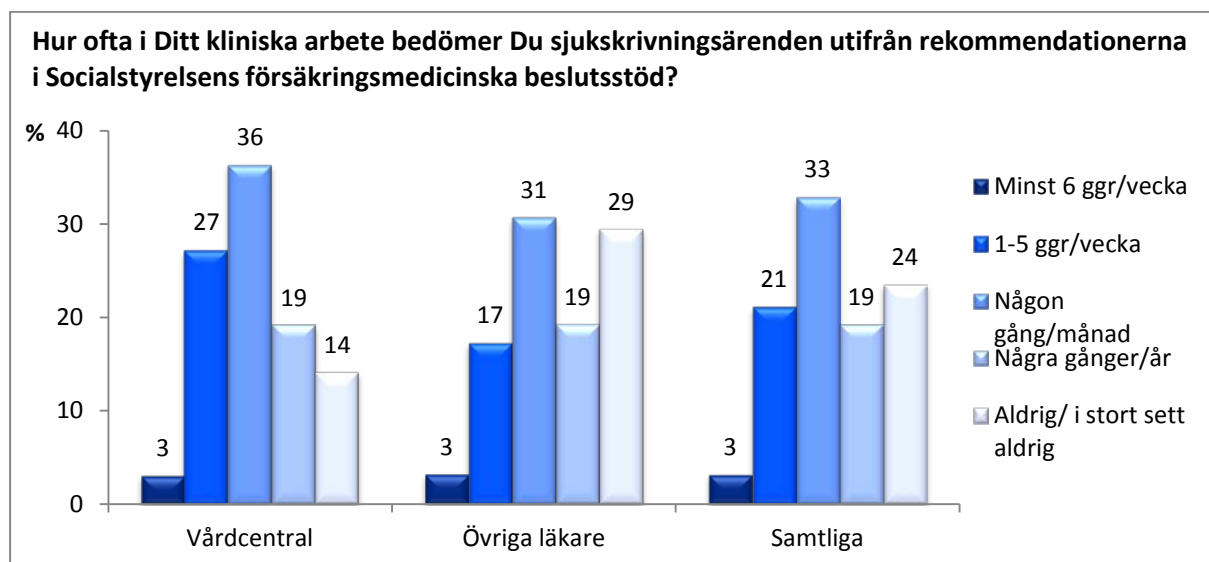
De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till behandling eller utredning inom sjukvården; åtta respektive sju procent av läkarna gjorde detta varje vecka.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

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

Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?

En majoritet av läkarna, 57 procent, uppgav att de använde beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 18). Den andelen var större bland dem som arbetar på en vårdcentral (66 %) i jämförelse med de som arbetar inom övrig verksamhet (51 %). En knapp fjärdedel (24 %) av samtliga läkare uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använde beslutsstödet i sjukskrivningsärenden.

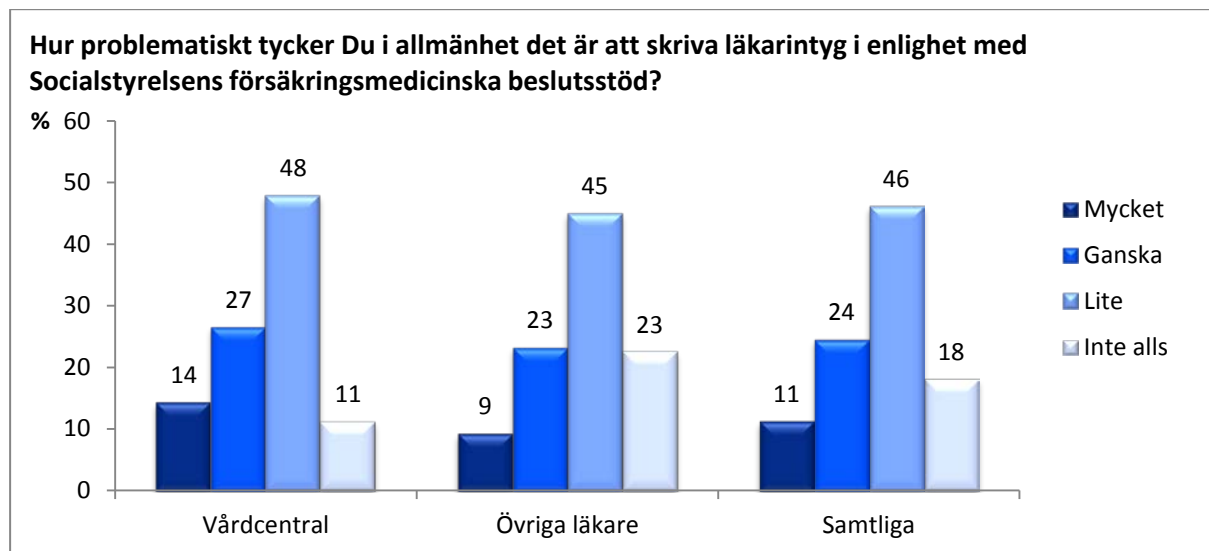


Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga

Problem med att använda beslutsstödet

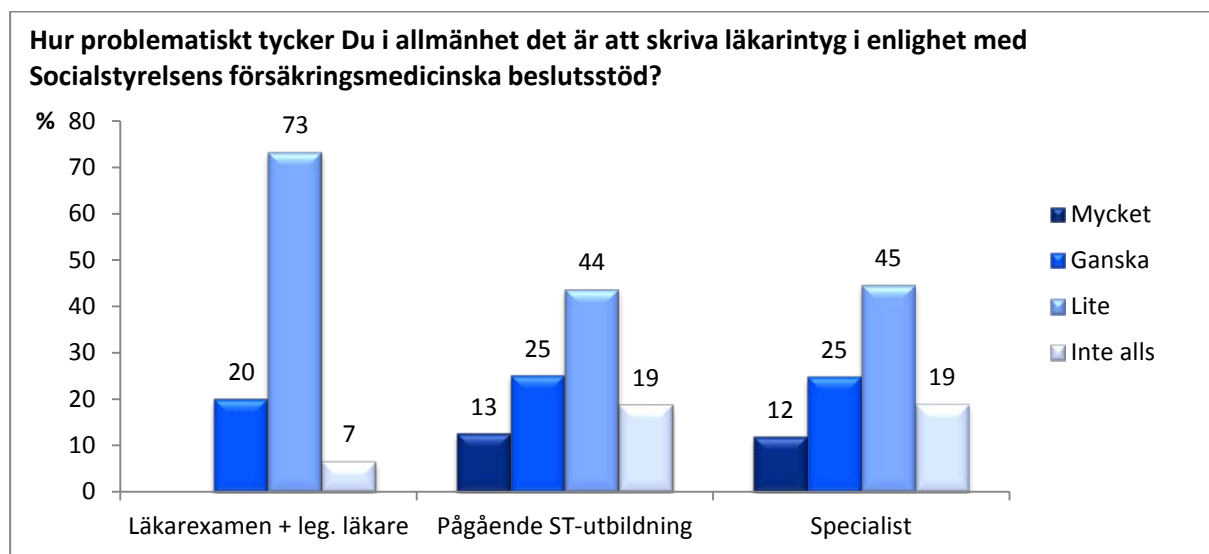
Trettiofem procent av samtliga läkare uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 19).

Majoriteten av såväl vårdcentralsläkare (59 %) som övriga läkare (68 %) uppgav att det var lite eller inte alls problematiskt.



Figur 19 Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

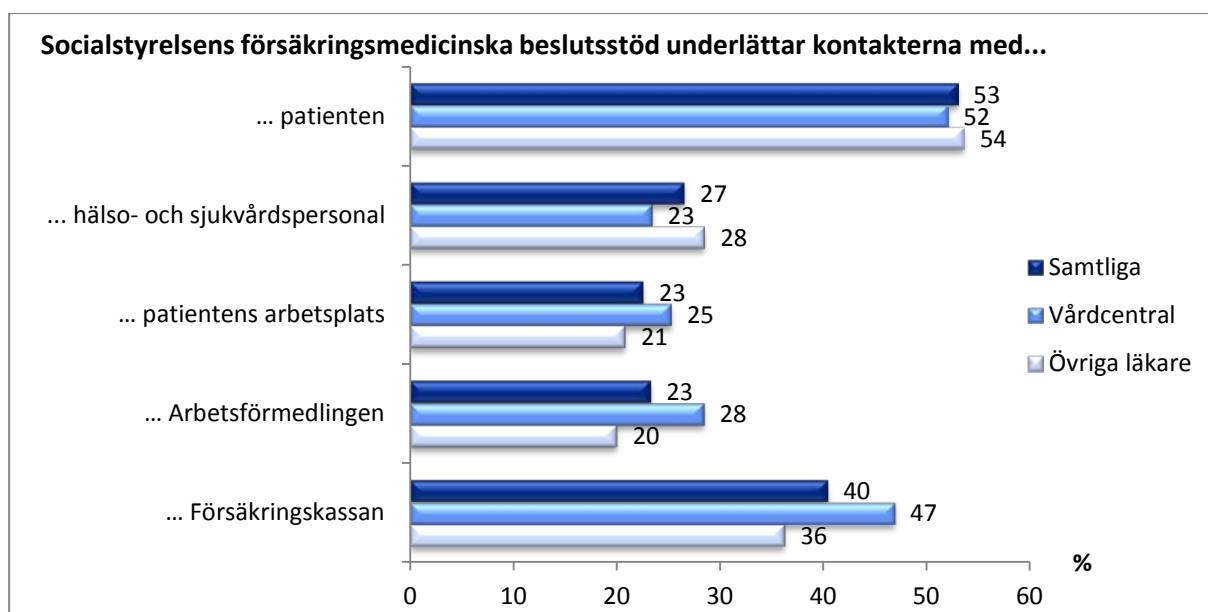
I Figur 20 redovisas resultaten från samma fråga, uppdelat på utbildningsnivå. Närmare en femtedel av läkarna med pågående eller avslutad specialistutbildning svarade att det inte alls var problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, medan sju procent av läkarna utan specialistutbildning svarade detsamma.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på utbildningsnivå.

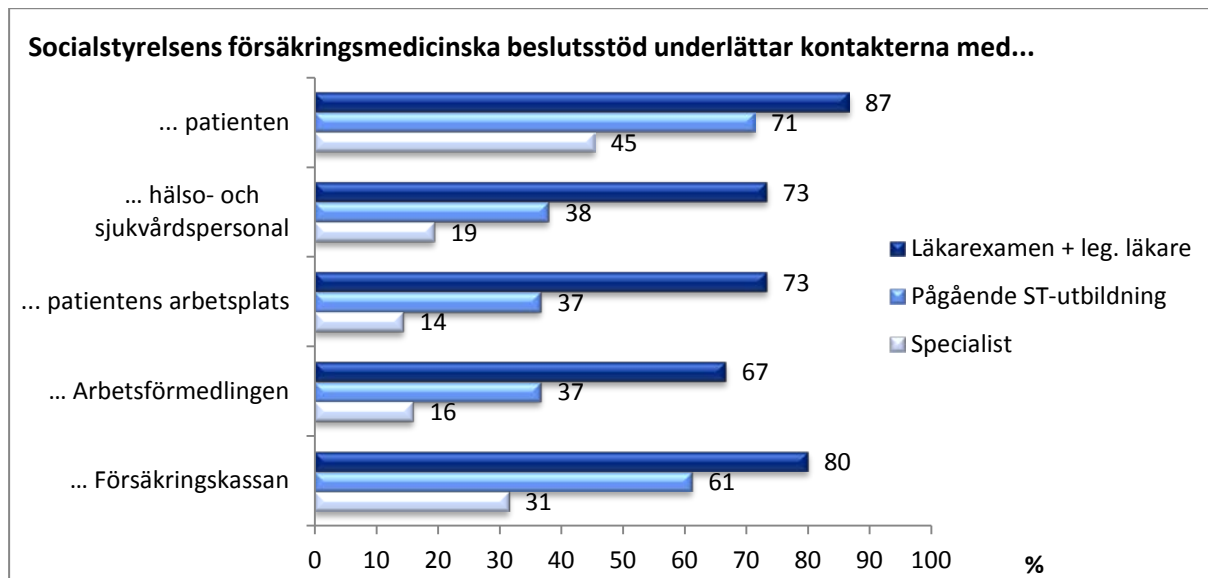
Beslutsstödet betydelse för kontakter

Förekomsten av det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom i kontakten med andra samverkanspartners. I Figur 21. visas att mer än hälften av läkarna svarade att de ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. Fyrtio procent av läkarna menade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan, där andelen bland vårdcentralsläkare var större än bland läkare inom övrig verksamhet. Även kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som kryssat i att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



Figur 21. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.

I Figur 22 har svaren på frågan om huruvida beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. Det framkommer att läkare med lägre utbildningsnivå i större utsträckning ansåg att beslutsstödet underlättade kontakterna med olika aktörer.

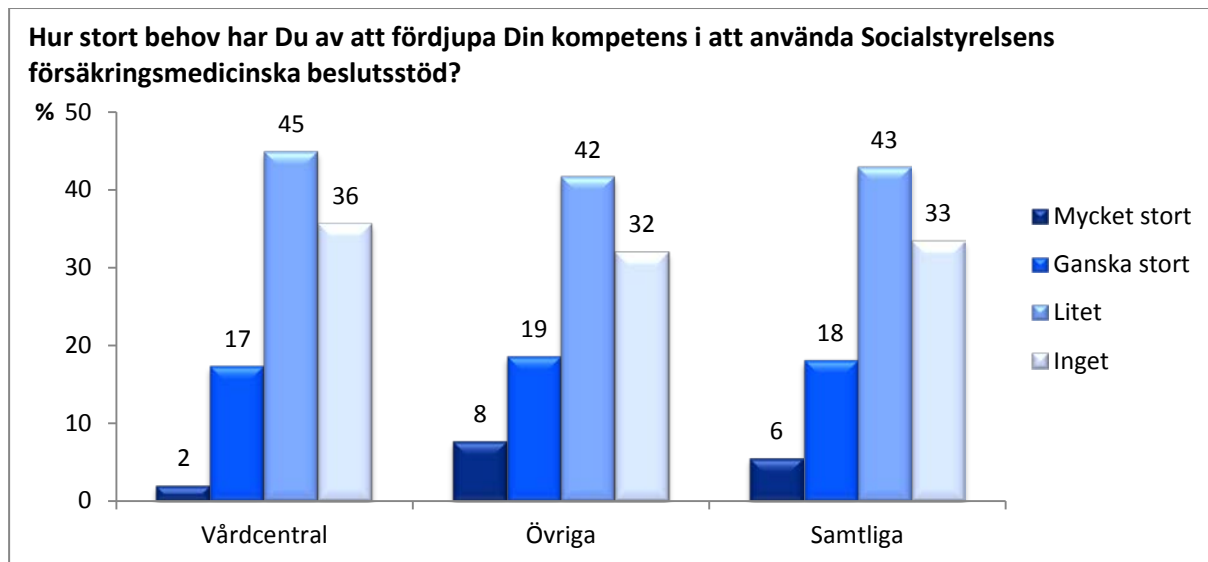


Figur 22. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på utbildningsnivå.

Som framgår av Figur 34 på sidan 62 uppgav en av tio läkare att de upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar av beslutsstödet. Denna svårighet angavs av 16 procent av läkarna på vårdcentraler och sex procent av läkarna inom övriga verksamheter.

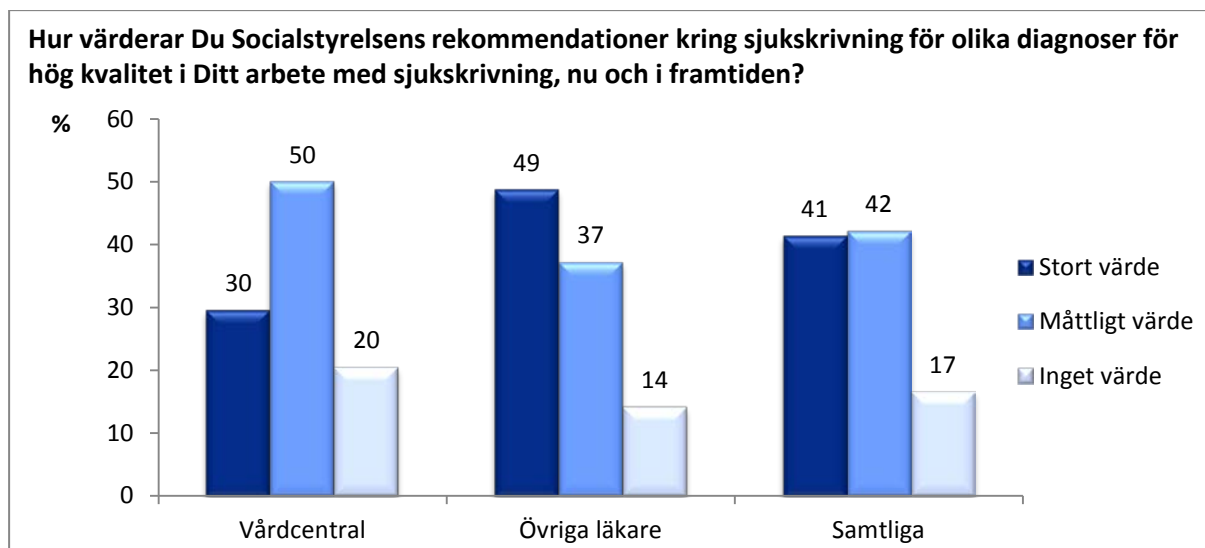
Behov av fördjupad kompetens

På frågan om behovet av ökad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade närmare en fjärdedel (24 %) att de upplevde ett mycket stort eller ganska stort behov av detta (Figur 23). Andelen som upplevde ett mycket eller ganska stort behov var större bland övriga läkare (27 %) än bland vårdcentralsläkare (19 %)



Figur 23. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Läkarna fick även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. Sjuttionio procent ansåg att beslutsstödet inte har något värde, 42 procent att det har måttligt värde och resterande 42 procent att det har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 24). En större andel övriga läkare uppgav att beslutsstödet har stort värde (49 %) i jämförelse med vårdcentralsläkare (30 %).



Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Sammanfattning om beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd för läkare i arbetet med sjukskrivningar. Detta är särskilt tydligt bland läkare under utbildning, som använder stödet i högre utsträckning än specialisterna. Var fjärde läkare svarade dock att de i stort sett aldrig använde beslutsstödet. Drygt var tredje läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, och var fjärde läkare uttryckte ett stort eller ganska stort behov av mer kompetens i att använda det.

Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för mer än hälften av läkarna som använde det, och för en betydande andel även i kontakterna med andra aktörer, framför allt med Försäkringskassan. Fyrtioen procent av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

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

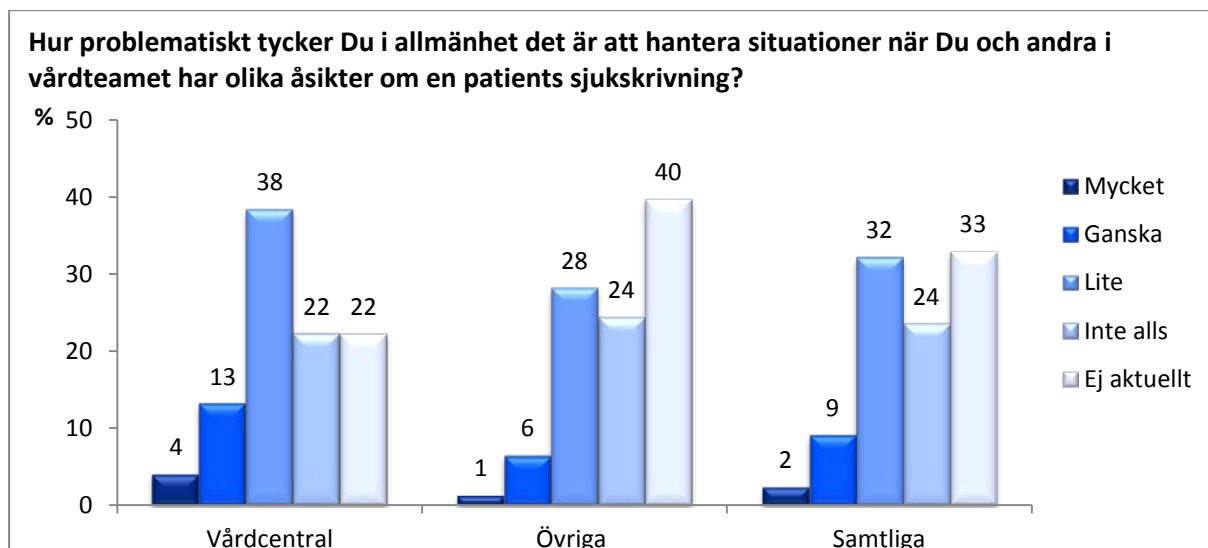
Samverkan och kontakter

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 13 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med, eller remittera till, sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 23 procent gjorde minst en gång per vecka. Bland vårdcentralsläkarna uppgav en lika stor andel att de remitterar till kurator eller psykolog, och 42 procent att de remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut minst en gång per vecka. När det gäller samverkan med externa aktörer var sådan minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Andelen som uppgav att de minst en gång i veckan remitterade till företagshälsovård, hade kontakt med arbetsgivare, deltog i avstämningsmöten eller samarbetade med andra läkare i sjukskrivningsärenden var även den liten. Tjugotvå procent uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator), som samordnar åtgärderna för patienten i samband med sjukskrivning.

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

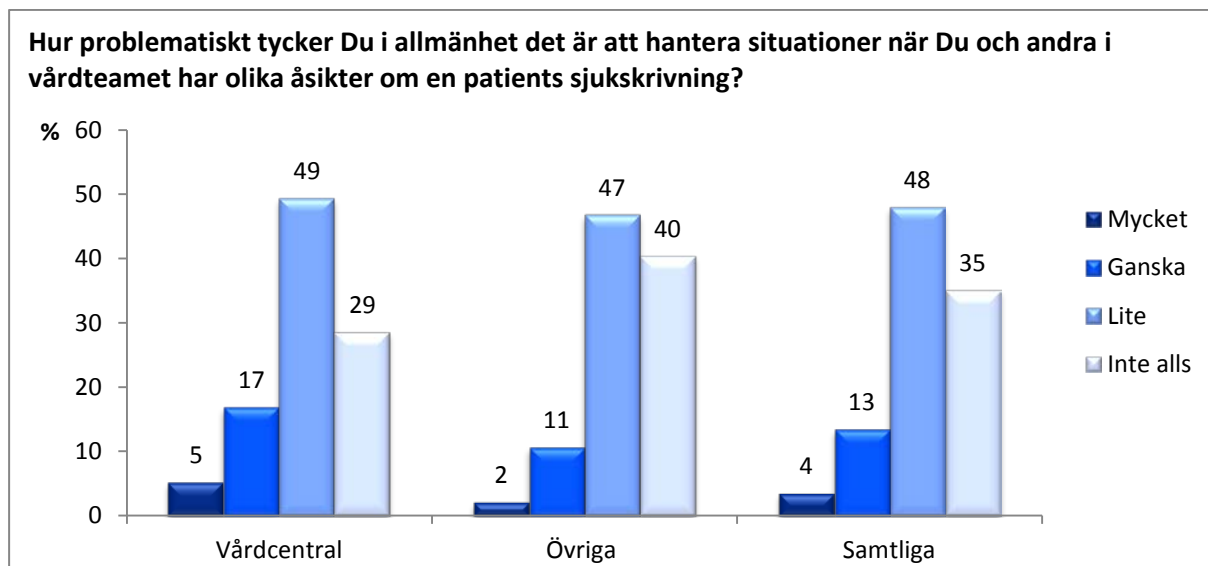
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	1	18	45	36
	Vårdcentral	2	35	53	10
	Övriga läkare	1	6	41	52
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	15	25	24	35
	Vårdcentral	23	45	21	10
	Övriga läkare	10	13	26	51
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	23	23	25	29
	Vårdcentral	42	39	13	6
	Övriga läkare	11	13	32	44
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	5	19	37	39
	Vårdcentral	4	31	38	27
	Övriga läkare	6	11	37	46
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	8	25	29	38
	Vårdcentral	7	48	38	7
	Övriga läkare	9	10	23	58
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	6	8	18	68
	Vårdcentral	5	13	28	54
	Övriga läkare	6	4	12	77
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	2	3	22	74
	Vårdcentral	1	3	43	53
	Övriga läkare	2	3	9	87
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	2	13	41	44
	Vårdcentral	2	22	61	15
	Övriga läkare	3	7	28	63
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	8	14	28	50
	Vårdcentral	5	13	24	57
	Övriga läkare	10	14	30	46

Att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt (Figur 25). Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt detta är framgår att en tredjedel av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. Detta kan antingen betyda att man oftast har samma åsikter eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete. En större andel vårdcentralsläkare än övriga läkare svarade att det var mycket eller ganska problematiskt, samtidigt som en större andel övriga läkare uppgav att det inte var aktuellt.



Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

I Figur 26 visas resultatet för samma fråga, där de 33 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. Sjuttionio procent upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte hade samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning. Nästan var tredje vårdcentralsläkare svarade att det inte alls var problematiskt. Motsvarande siffra för övriga läkare var något högre; 40 procent. Liksom i föregående figur framgår det att en större andel vårdcentralsläkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt (22 %), jämfört med övriga läkare (13 %).



Figur 26. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 33 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)

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

Här redovisas svar på några av de frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra. Flertalet resultat om försäkringsmedicinsk kompetens redovisas i kapitlet om detta (sidan 69).

Kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens upplevdes av en stor andel läkare att vara av stort (43 %) eller måttligt (45 %) värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, liksom kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal; 46 procent menade att dessa var av stort värde och 40 procent att de var av måttligt värde (Tabell 14). Fyrtiotre procent av läkarna uppgav att samverkansmöten/avstämningsmöten var av stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. En av tre läkare menade också att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan (33 %) och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare² på Försäkringskassan (31 %) var av stort värde. Mer än hälften av läkarna vid vårdcentraler satte stort värde på kontakt med andra läkare och annan vårdpersonal (56 %) och samverkansmöten (57 %).

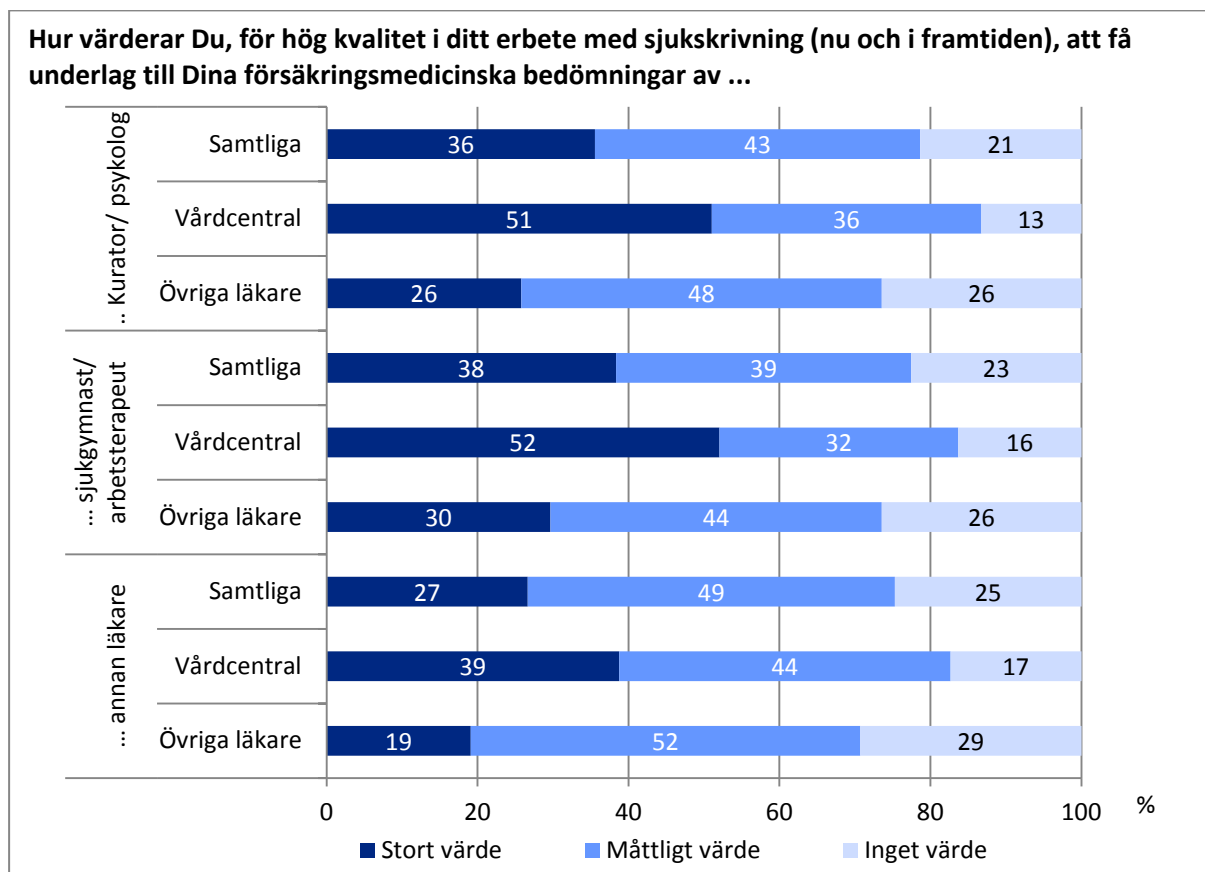
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.

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	43	45	12
	Vårdcentral	44	43	13
	Övriga läkare	42	46	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	46	40	14
	Vårdcentral	56	34	10
	Övriga läkare	40	44	16
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	33	52	15
	Vårdcentral	42	51	7
	Övriga läkare	28	52	20
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Samtliga	31	51	18
	Vårdcentral	36	48	16
	Övriga läkare	29	52	19
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	43	36	21
	Vårdcentral	57	38	5
	Övriga läkare	34	35	31
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	28	41	31
	Vårdcentral	41	43	16
	Övriga läkare	20	40	40
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	23	49	28
	Vårdcentral	33	47	20
	Övriga läkare	17	50	33

² Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare kallades tidigare försäkringsläkare och ännu längre tillbaka förtroendeläkare. Försäkringsmedicinska rådgivare är läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och har, som namnet antyder, i uppdrag att bistå såväl Försäkringskassans handläggare som hälso- och sjukvården med försäkringsmedicinsk kompetens.

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

En dryg tredjedel av läkarna menade att det var av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller från sjukgymnast/arbetsterapeut till sina försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 27). Bland läkare på vårdcentral uppgav mer än hälften att underlag från kurator/psykolog och sjukgymnast/arbetsterapeut var av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.



Figur 27. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

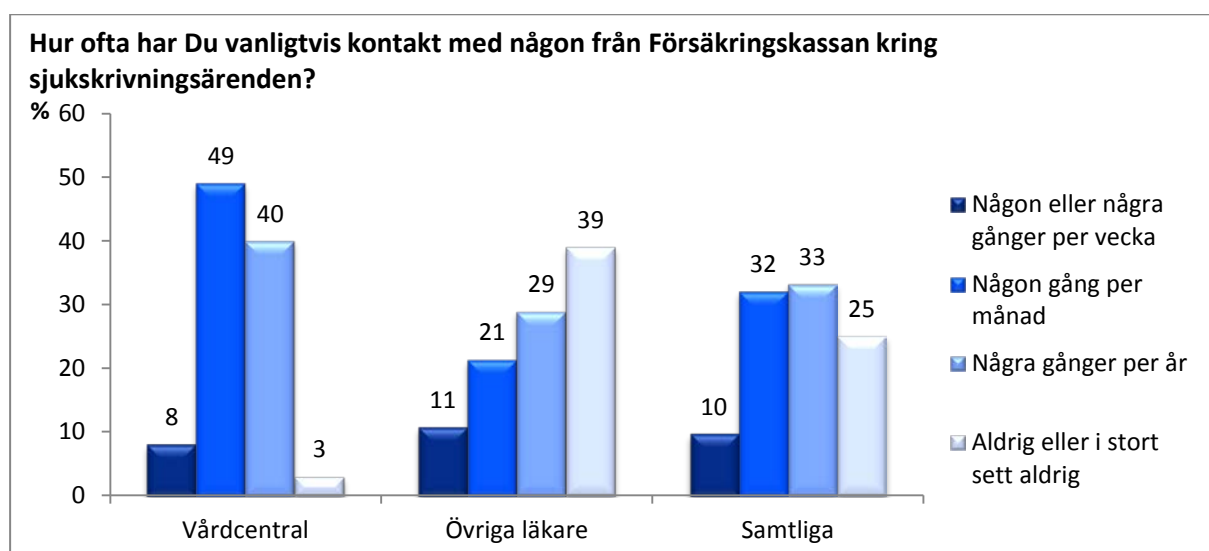
Sammanfattning samverkan och kontakter

Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel (23 %) angav att de samarbetade med eller remitterade till minst en gång i veckan. Närmare tre av fyra angav att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakter med socialtjänst i sjukskrivningsfrågor. Tjugotvå procent av läkarna uppgav att de minst en gång i månaden saknade en person som samordnar åtgärder för patienten i samband med sjukskrivning, en så kallad koordinator eller coach. Knappt hälften (46 %) menade att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade högt värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, och 17 procent tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där åsikterna om en patients sjukskrivning skilde sig åt mellan läkaren och andra medlemmar i teamet. Trettioåtta procent menade att det var av stort värde att få underlag från sjukgymnast/arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar, medan ungefär en fjärdedel tyckte att underlag från läkarkollegor saknade värde. Mer än varannan läkare på vårdcentral uppgav att underlag från sjukgymnast/arbetsterapeut (52 %) och kurator/psykolog (51 %) var av mycket stort värde i arbetet med försäkringsmedicinska bedömningar.

Kontakter med Försäkringskassan

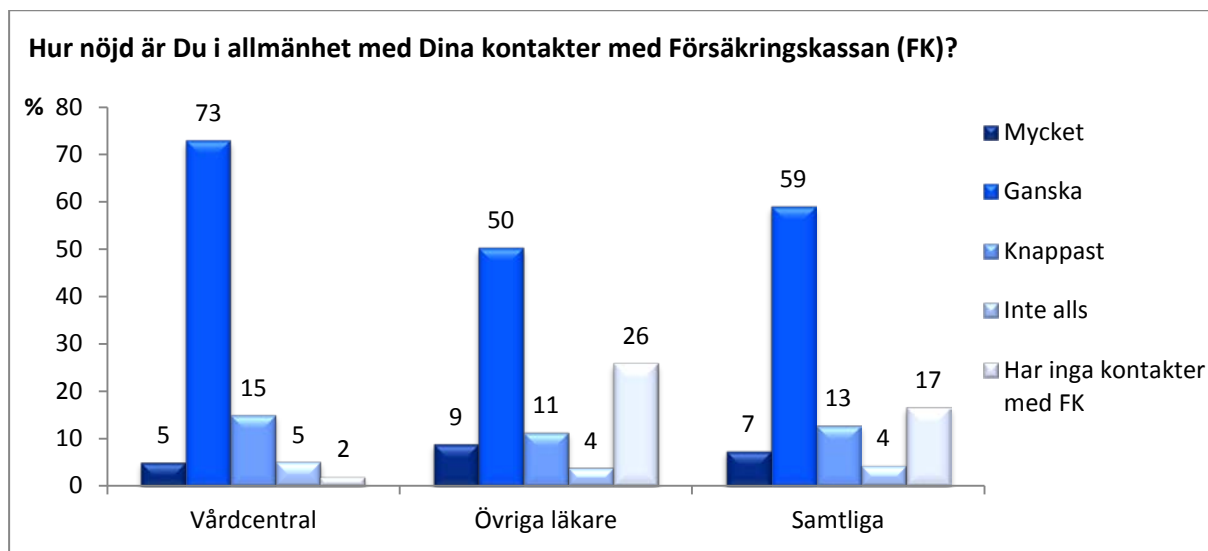
Ett stort antal frågor i enkäten handlade om kontakter med Försäkringskassan och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 69) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 53) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 48). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

En fjärdedel av samtliga läkare uppgav att de aldrig hade kontakt med någon från Försäkringskassan, medan tio procent hade kontakt minst en gång per vecka (Figur 28). En större andel av vårdcentralsläkarna (57 %) uppgav att de hade kontakt med Försäkringskassan oftare än en gång per månad i jämförelse med övriga läkare (32 %). Det framgår också att en större andel av läkarna inom övrig verksamhet, jämfört med vårdcentralsläkarna uppgav att de aldrig hade kontakt med Försäkringskassan, där andelen var 32 procent respektive 57 procent.



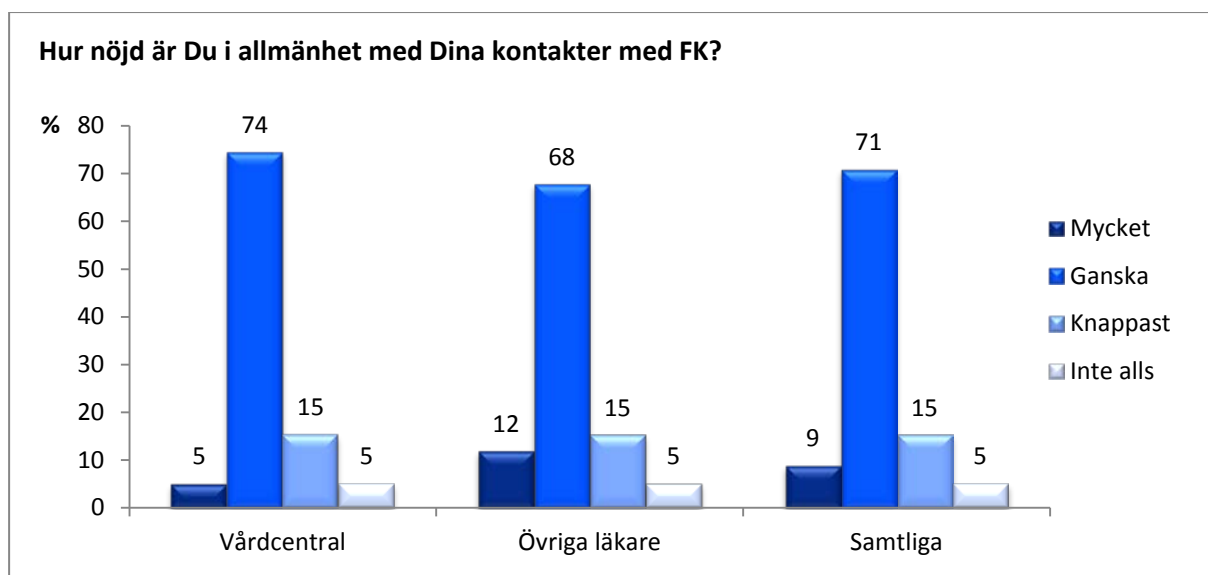
Figur 28 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 17 procent av de sjukskrivande läkarna att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan (Figur 29). Den andelen var större bland övriga läkare än bland vårdcentralsläkare (26 respektive 2 %).



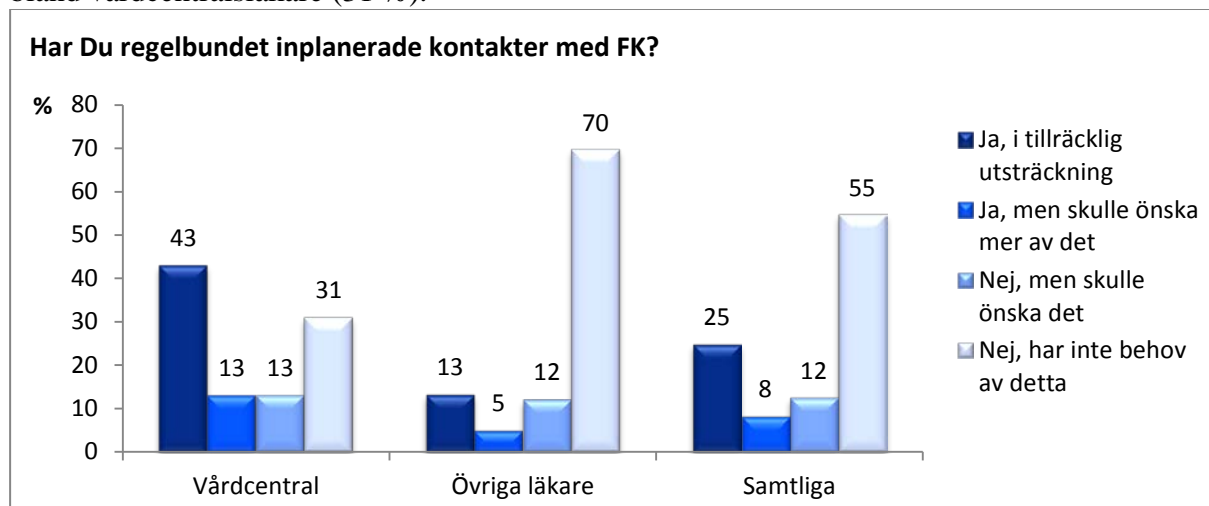
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Av de 83 procent som hade kontakter med Försäkringskassan var 80 procent mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 30). De 17 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderades i den analysen. När dessa exkluderats framgår det, i motsats till föregående figur, att andelen som var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan är ungefär lika stor bland vårdcentralsläkare (79 %) som bland övriga läkare (80 %).



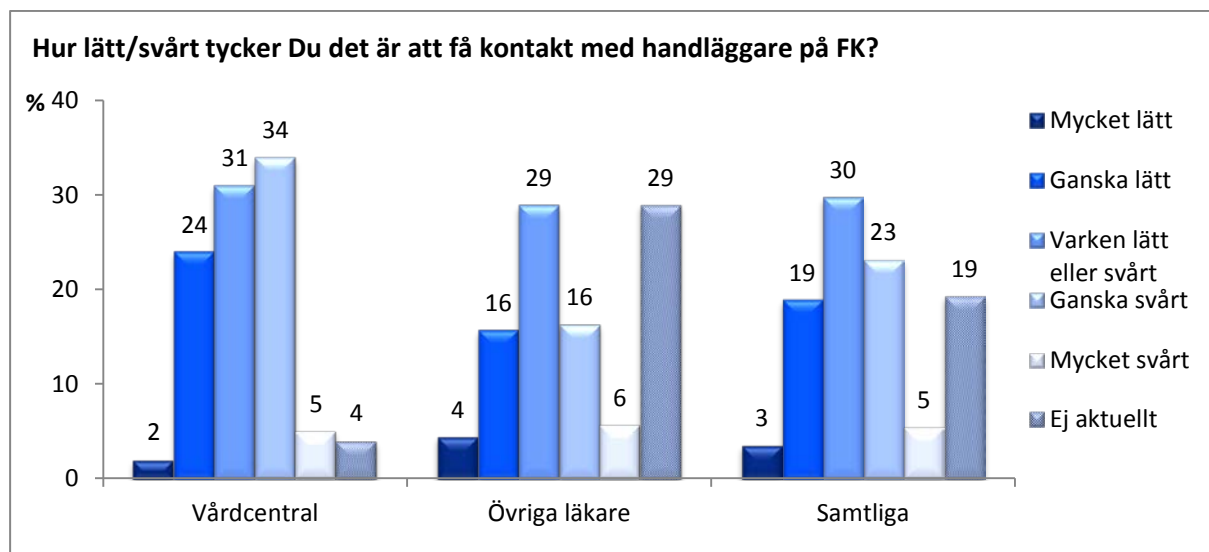
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. De 17 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade 25 procent att de hade sådana kontakter i tillräcklig utsträckning (Figur 31). En majoritet (55 %) menade dock att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan. Denna andel var betydligt större bland övriga (70 %) än bland vårdcentralsläkare (31 %).



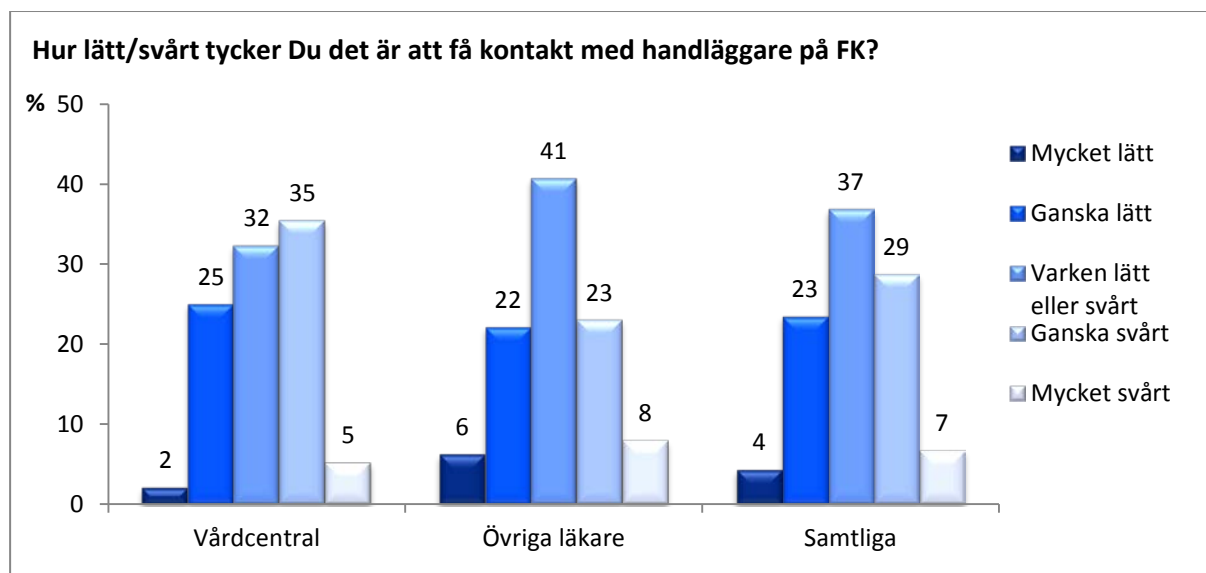
Figur 31 Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Nitton procent uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan att det inte var aktuellt för dem att ha några kontakter med Försäkringskassan (Figur 32). Nästan en tredjedel (29 %) av läkare inom övrig verksamhet uppgav att det inte var aktuellt med dessa kontakter, medan motsvarande andel bland vårdcentralsläkare var fyra procent. En något större andel (28 %) angav att det var mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, jämfört med andelen som tvärtom tyckte att det var mycket eller ganska lätt (22 %).



Figur 32 Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Samma svarsmönster kan ses när de 19 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats (Figur 33), men skillnaden i storlek mellan andelen som ansåg att det var ganska eller mycket svårt att få kontakt (36 %) och dem som menade att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt (27 %) är nu större. En större andel vårdcentralsläkare uppgav att det var mycket eller ganska svårt (40 %) i jämförelse med övriga läkare (31 %).



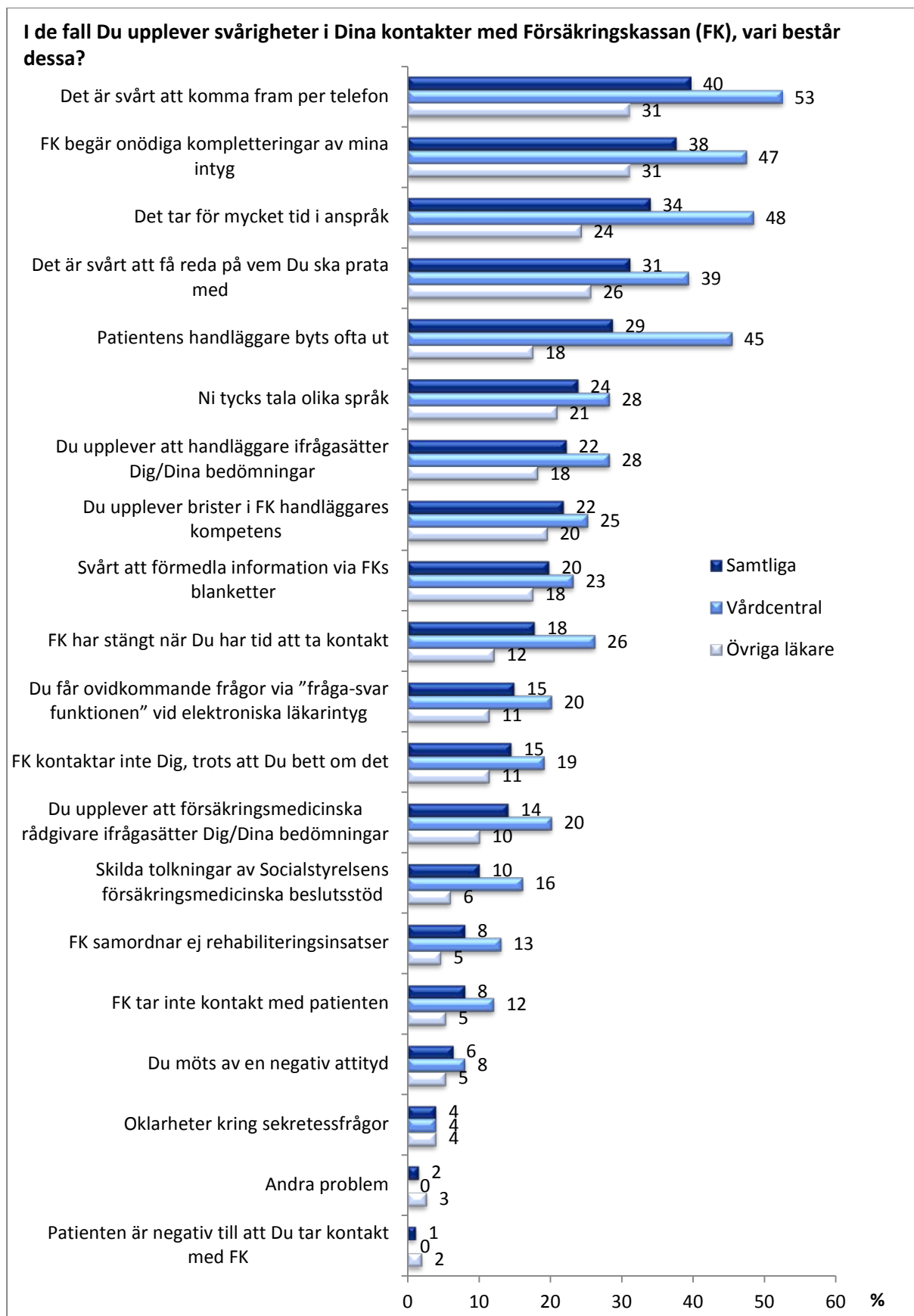
Figur 33. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

(De 19 % som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

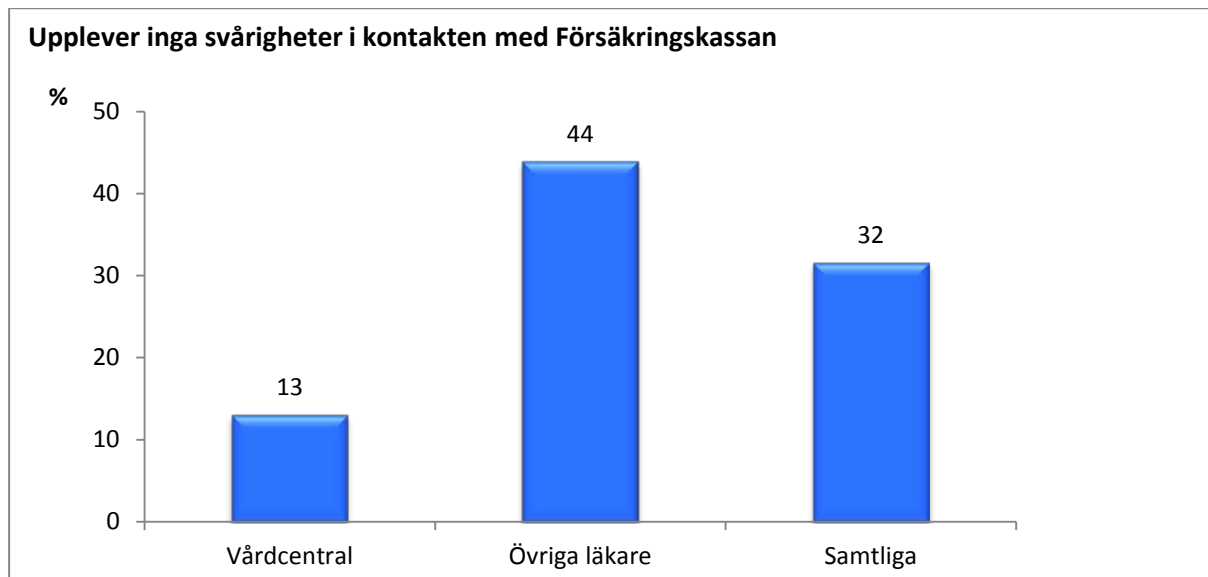
På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade 6,1 procent av läkarna (n=16) inte alls på frågan, och dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 32 procent som uppgav att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna. Av dessa hade 40 procent tidigare uppgett att de inte hade några kontakter. Av dem som angett att de inte hade några kontakter var det 18 procent som upplevde minst en av de listade svårigheterna. Detta kan innebära att man åsyftar tidigare kontakter.

I Figur 34 listas olika typer av möjliga svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel som uppgav att de upplevde dessa. Störst andel (40 %) uppgav att det var problem med att komma fram per telefon. Näst störst andel uppgav att Försäkringskassan "begär onödiga kompletteringar av intyg" (38 %), och att kontakterna tog för mycket tid (34 %). Var fjärde vårdcentralsläkare och var femte läkare inom övrig verksamhet upplevde brister i handläggarnas kompetens.



Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.

I Figur 35 framgår att en knapp tredjedel (32 %) av samtliga läkare angav att de inte upplever några svårigheter i kontakt med Försäkringskassan. En större andel övriga läkare (44 %) upplevde inga svårigheter, jämfört med vårdcentralsläkare (13 %).



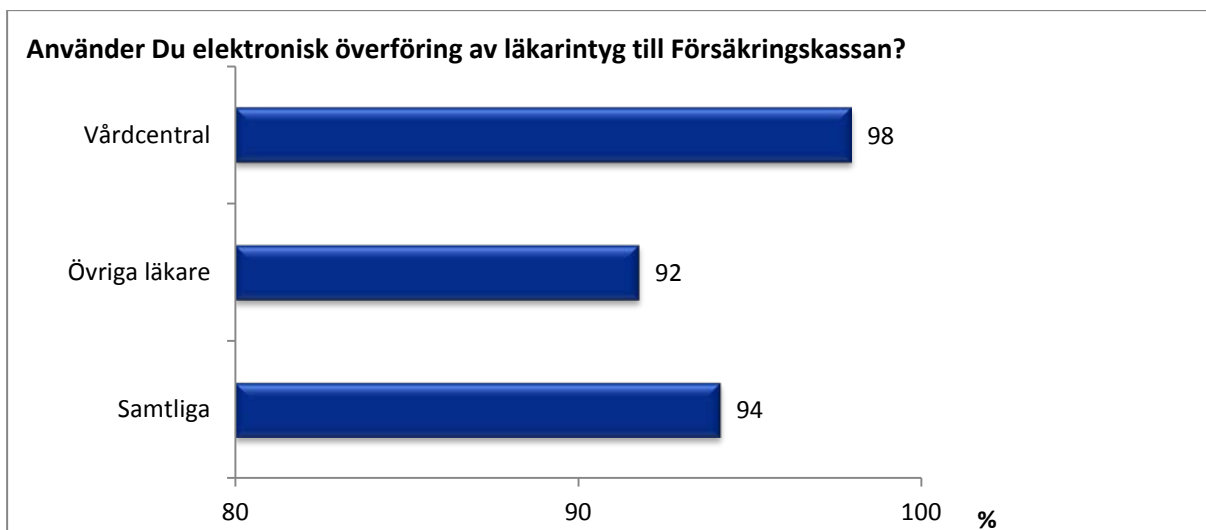
Figur 35. Andel (%) läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.

Elektronisk överföring av läkarintyg

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (för blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före 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".

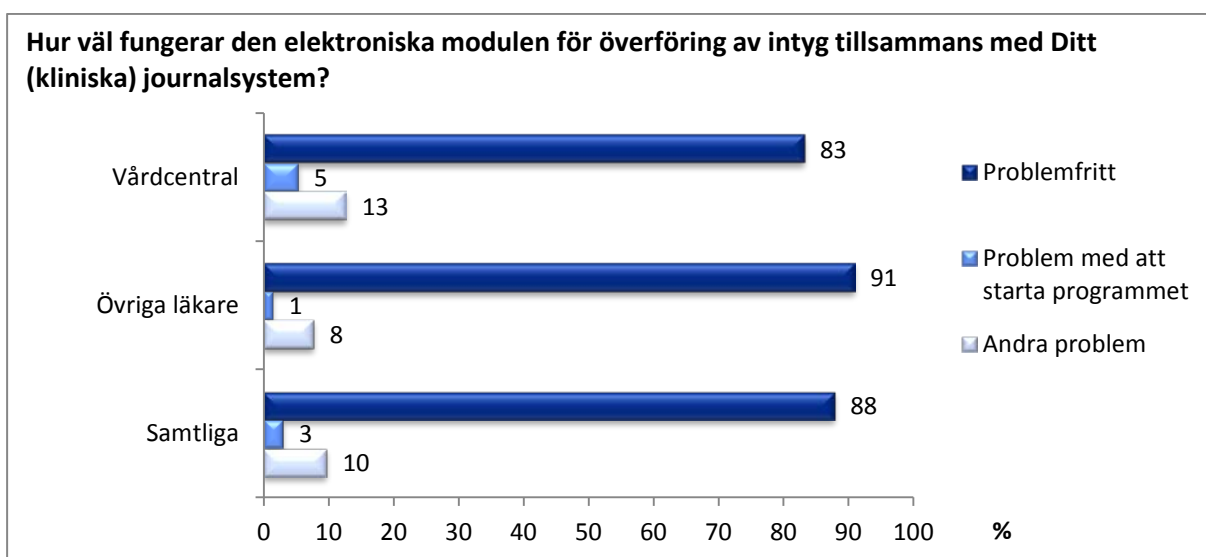
Majoriteten (94 %) av läkarna i Kalmar uppgav att de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 36). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 94 procent, det vill säga 241 läkare, som svarat "Ja" på frågan om de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.

En majoritet, 98 procent, av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg hade detta system integrerat med sitt journalsystem (ej visat i figur).



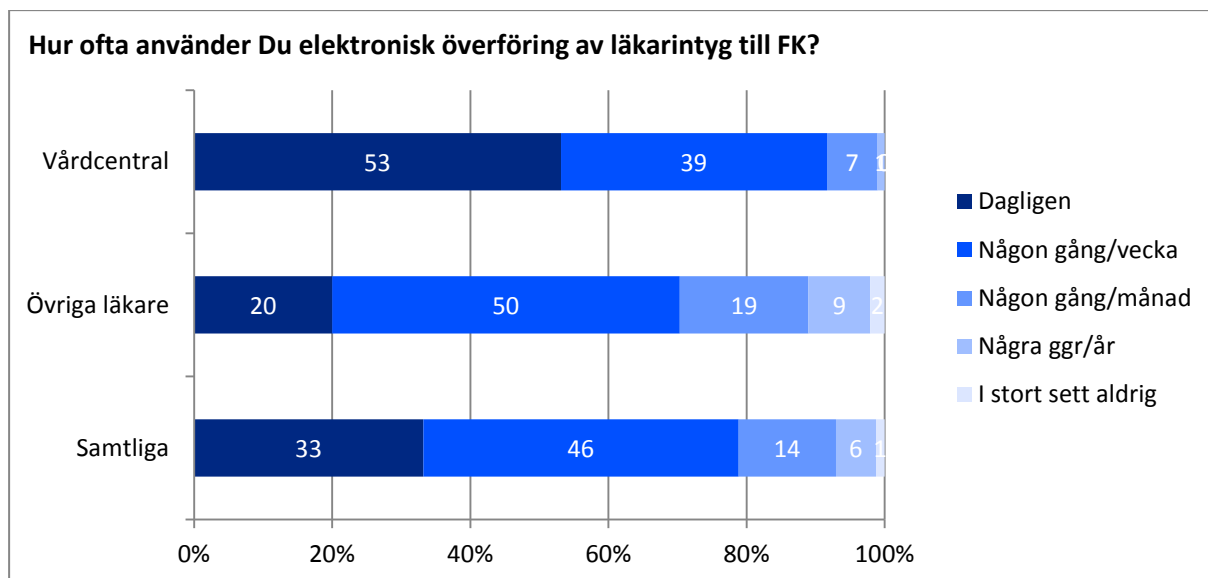
Figur 36. Andel (%) läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Åttioåtta procent av de läkare som använde sig av systemet ansåg att det fungerade problemfritt med journalsystemet (Figur 37). På denna fråga kunde läkaren ange flera olika svarsalternativ, vilket 0,4 procent av dem som svarat på frågan gjorde.



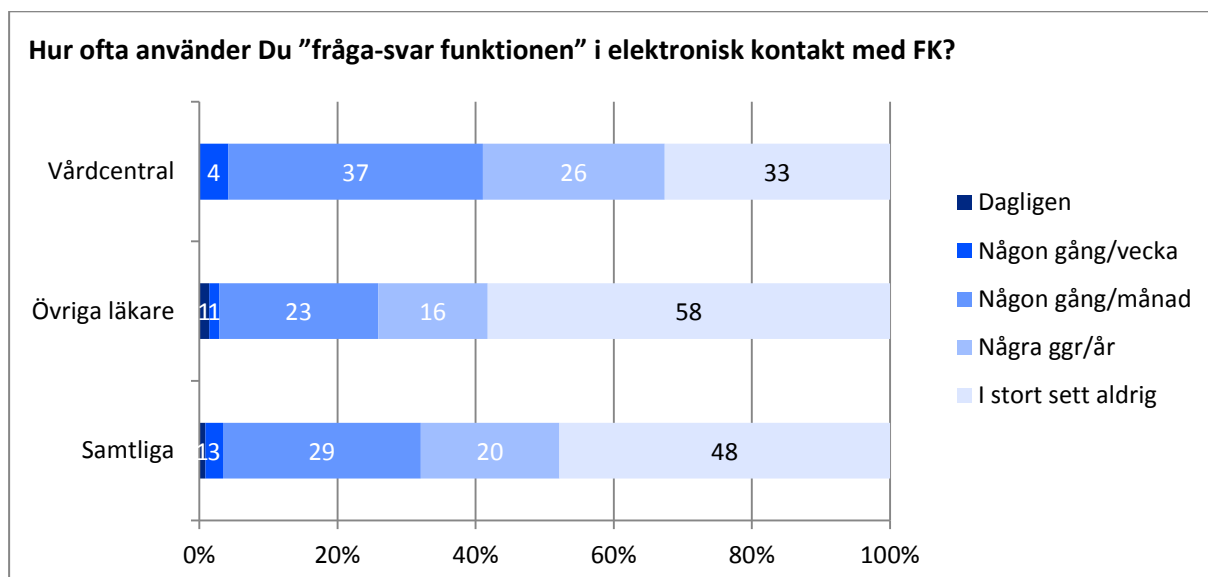
Figur 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.

Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg använde majoriteten det ofta; 79 procent använde det minst någon gång per vecka (Figur 38). Mer än hälften (53 %) av vårdcentralsläkarna uppgav att de använder elektronisk överföring dagligen, medan motsvarande andel bland läkare inom övrig verksamhet var en femtedel (20 %).



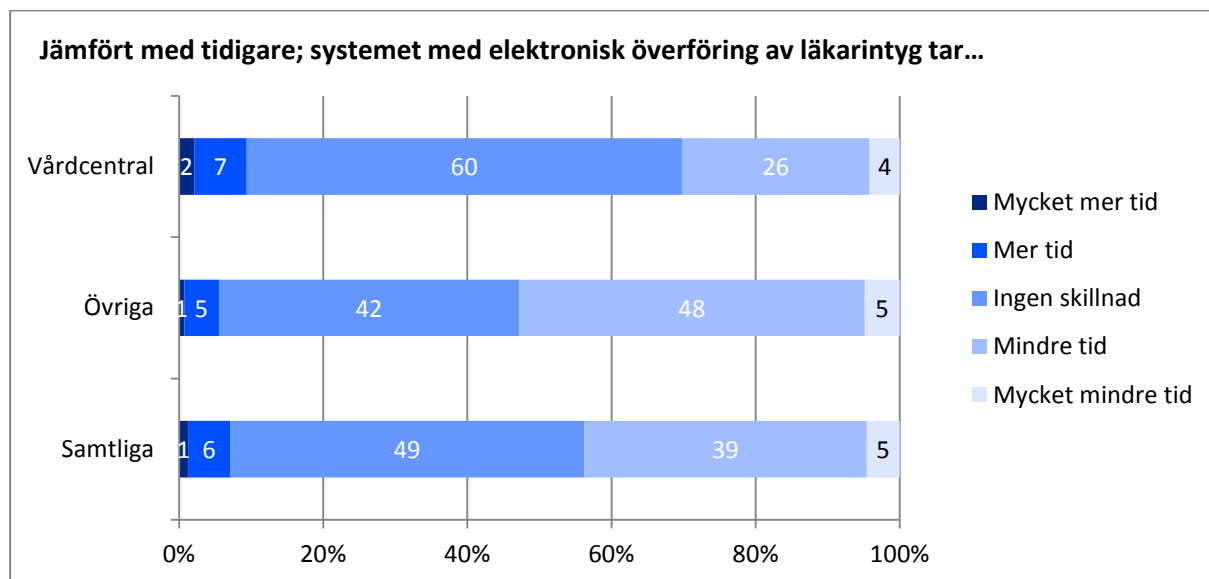
Figur 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan används, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Integrerat i systemet för elektronisk överföring av läkarintyg finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan – den så kallade 'fråga-svar funktionen'. Knappt hälften (48 %) använde i stort sett aldrig denna funktion (Figur 39). Andelen som uppgav att de i stort sett aldrig använder fråga-svar-funktionen var större bland övriga läkare (58 %) än bland vårdcentralsläkare (33 %).



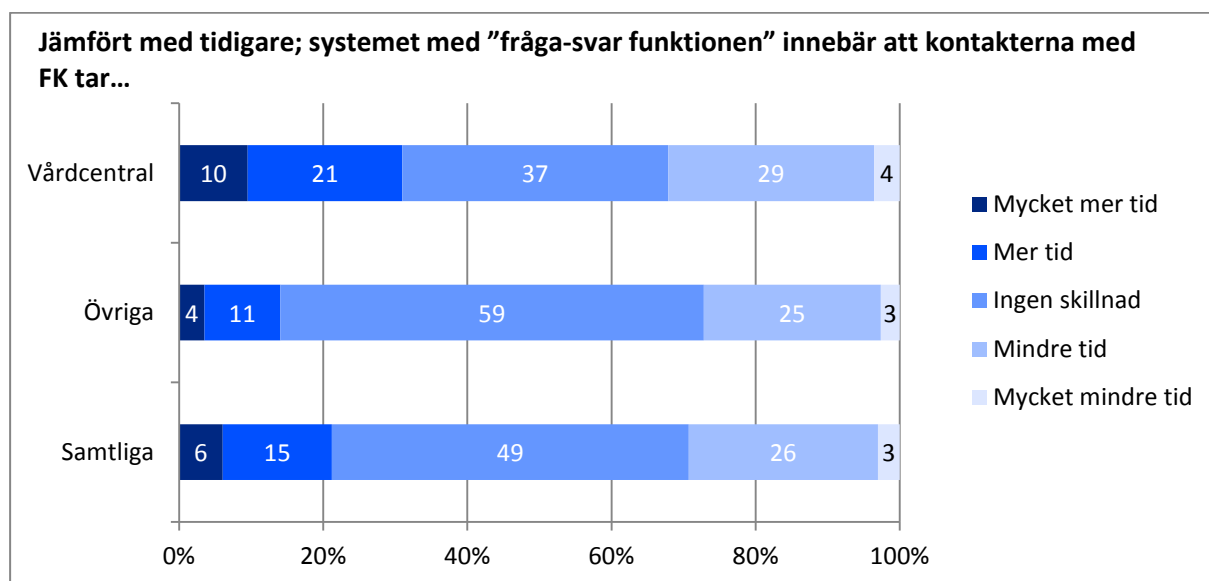
Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av "Fråga-svar-funktionen", uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Ungefär hälften av läkarna (49 %) tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 41). Fyrtiofyra procent tyckte att det tar mindre tid än tidigare, och sju procent att det tar mer tid.



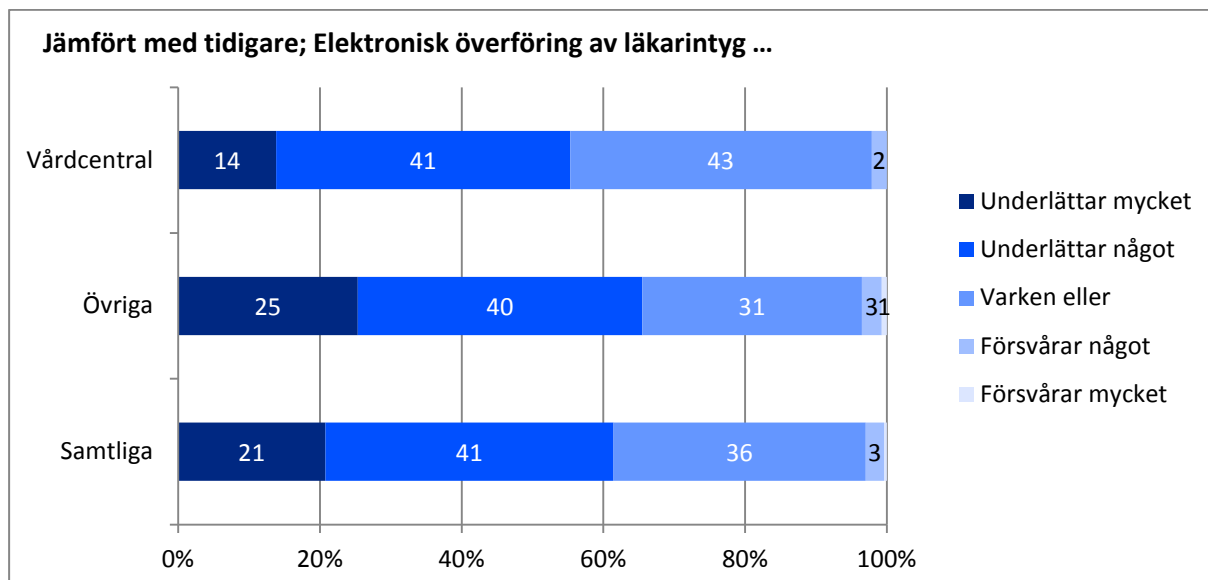
Figur 40. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg innebär ökad eller minskad åtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Ungefär hälften av läkarna (49 %) tyckte även att systemet med 'fråga-svar funktionen' inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 41). Andelen vårdcentralsläkare som uppgav att systemet tar mer tid jämfört med tidigare var större (31 %) än bland övriga läkare (15 %).



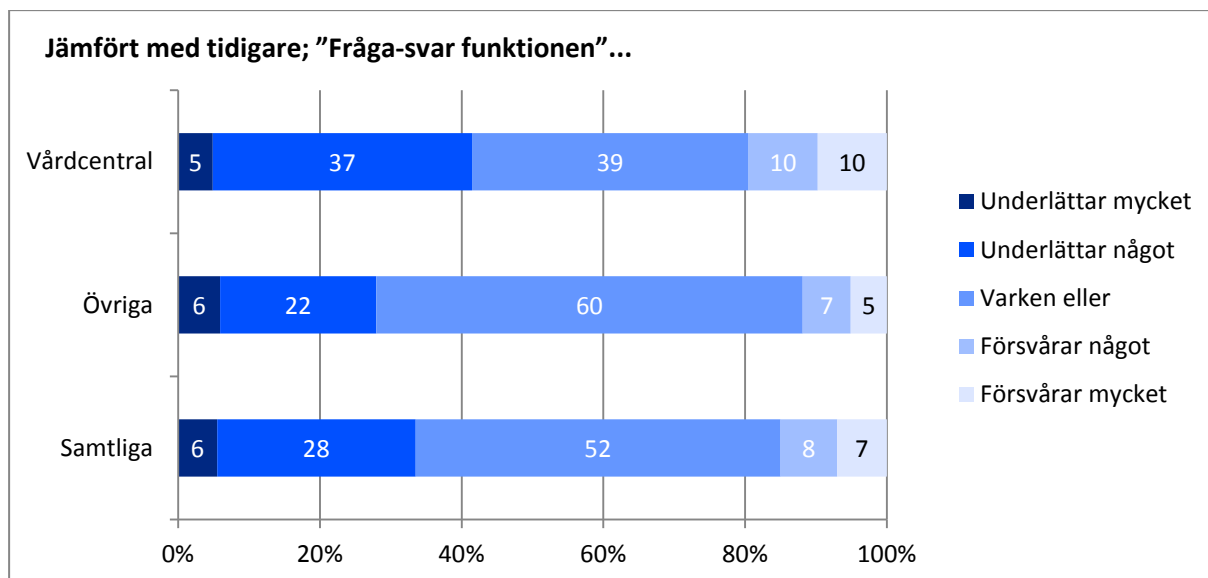
Figur 41. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.

En stor andel av läkarna ansåg att systemet med elektronisk överföring av läkarintyg underlättade deras arbete, 62 procent uppgav att det underlättade i någon grad, medan endast tre procent uppgav att det försvårade i någon grad (Figur 42). Resterande 36 procent ansåg att det inte var någon skillnad från tidigare. Andelen som uppgav att elektronisk överföring underlättar arbetet mycket var större bland läkarna inom övrig verksamhet (25 %) än bland vårdcentralsläkarna (14 %).



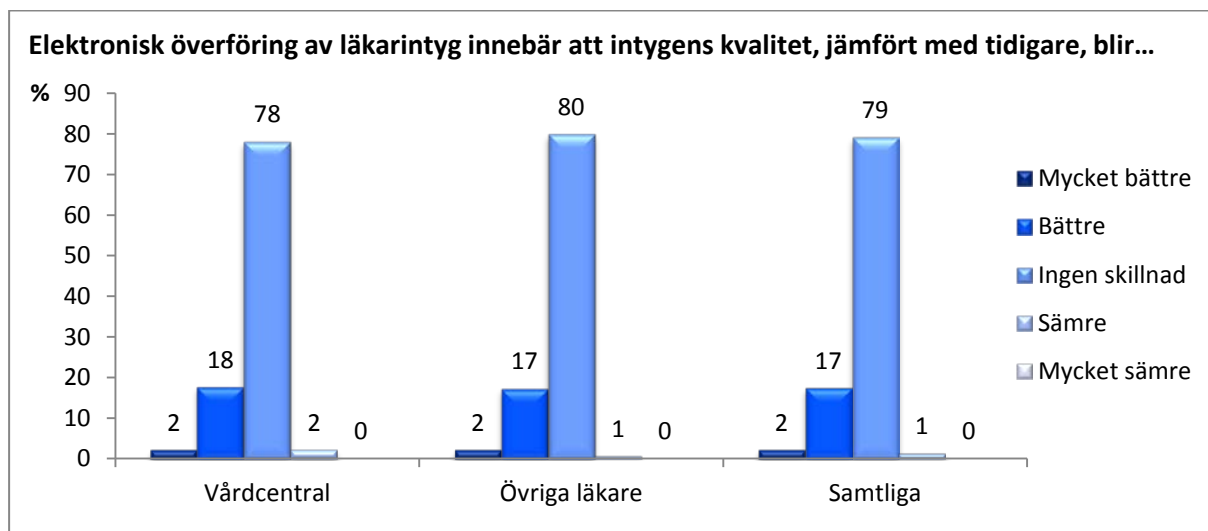
Figur 42. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.

Trettiofyra procent av samtliga läkare uppgav att 'fråga-svar funktionen' underlättade arbetet i någon grad, och andelen var större bland vårdcentralsläkarna (42 %) än bland läkare inom övrig verksamhet (28 %). En större andel av vårdcentralsläkarna uppgav även att funktionen försvårar arbetet i någon grad (20 %), i jämförelse med övriga läkare (15 %). Sextio procent av läkarna inom övrig verksamhet tyckte inte att det var någon skillnad jämfört med tidigare. (Figur 43).



Figur 43. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Nästan en femtedel (19 %) av läkarna ansåg att kvaliteten på läkarintygen förbättras med den elektroniska överföringen av läkarintygen, medan fyra av fem (79 %) menade att det inte är någon skillnad jämfört med tidigare (Figur 44). Det var inga större skillnader mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare.



Figur 44. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygens kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

Tre av fyra läkare hade kontakt med Försäkringskassan och 80 procent av dem var ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. En tredjedel (32 %) uppgav att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna. Den svårighet flest läkare upplevde i kontakter med Försäkringskassan var svårigheter att komma fram per telefon samt att Försäkringskassans

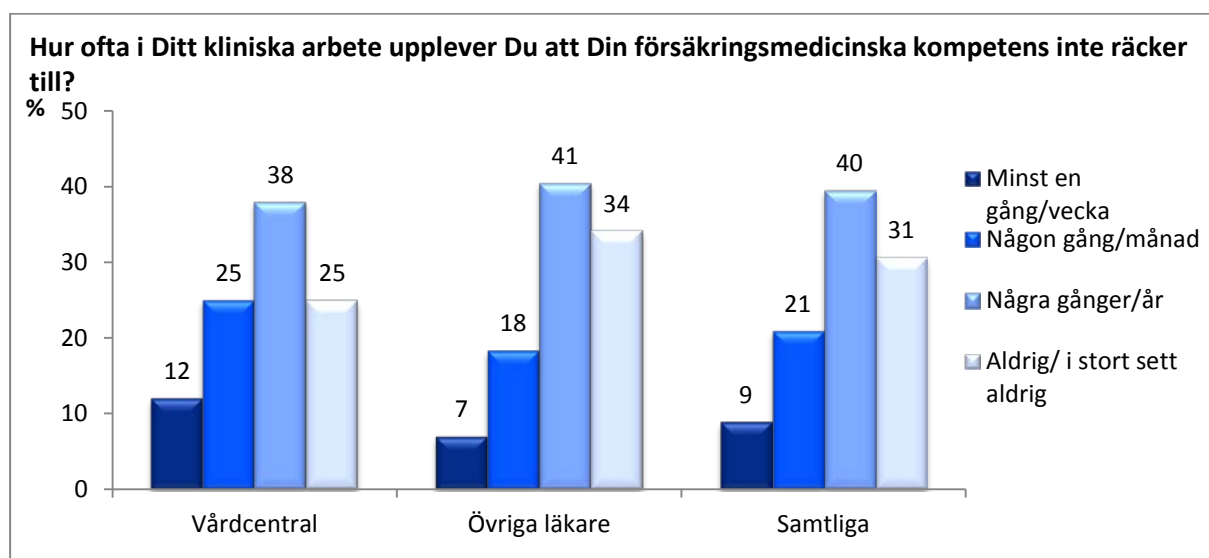
handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg. Fyrtio procent av läkarna upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättade kontakterna med Försäkringskassan (sidan 50). Var tredje läkare menade att kontakter med handläggare var av stort värde för att upprätthålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet och närmare en tredjedel (31 %) angav att även kontakter med försäkringsmedicinska rådgivare, tidigare benämnda försäkringsläkare, hade stort värde. Fyrtioen procent angav att avstämningsmöten hade stort värde för en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (sidan 56). Majoriteten (94 %) av läkarna använde det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Av de läkare som använde sig av systemet upplevde 88 procent att systemet var problemfritt och 62 procent ansåg att det underlättade deras arbete.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, i vilken utsträckning läkare hade tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskade fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 52) och Samverkan och kontakter (sidan 56). En sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om försäkringsmedicinsk kompetens återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

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

Nästan en av tre läkare (30 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till medan en lika stor andel (31 %) i stort sett aldrig upplevde detta (Figur 45). En större andel av läkare på vårdcentral uppgav att de upplevde detta minst en gång per månad (37 %) jämfört med läkare inom övrig verksamhet (25 %).



Figur 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, samt för samtliga.

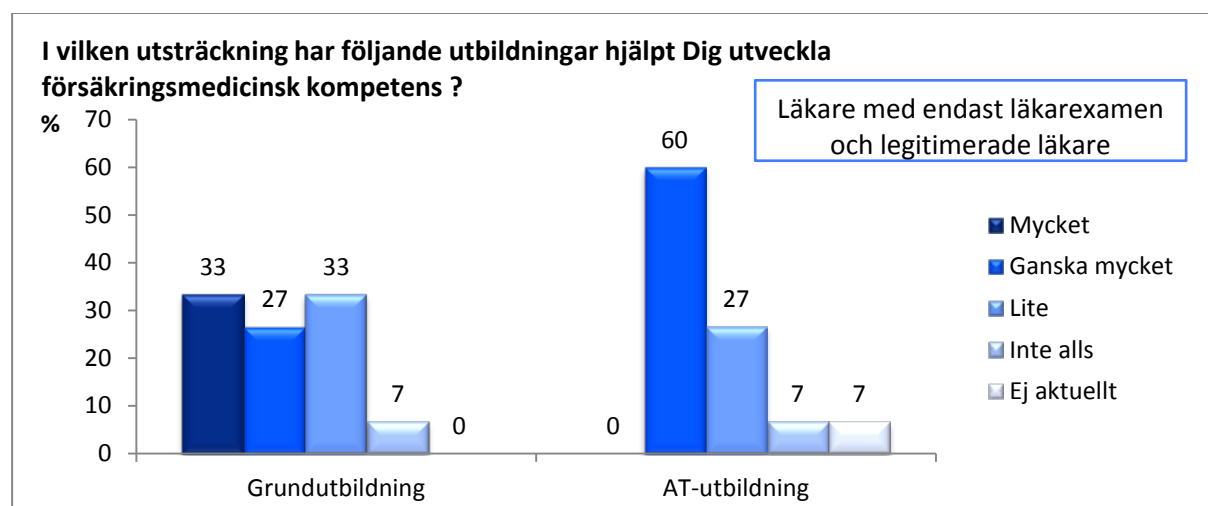
Kompetensutveckling via formell utbildning

Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var 19 procent. Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 30 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 33 procent (Tabell 15)

Tabell 15. 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 och uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.

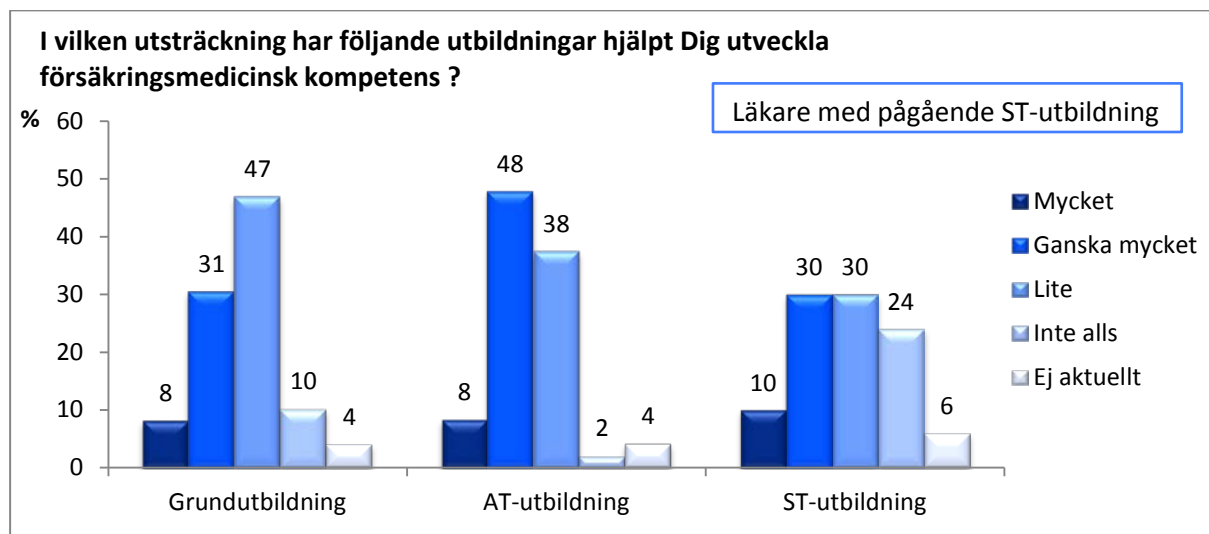
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	7	12	35	36	11
	Vårdcentral	5	15	26	43	11
	Övriga läkare	7	10	41	31	11
AT-utbildning	Samtliga	5	25	36	20	14
	Vårdcentral	1	24	32	29	14
	Övriga läkare	7	25	39	15	14
ST-utbildning	Samtliga	6	27	30	19	18
	Vårdcentral	5	36	25	18	16
	Övriga läkare	6	21	34	21	19

Bland legitimerade läkare ansåg en majoritet (60 %) att allmäntjänstgöringen (AT) bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 46).



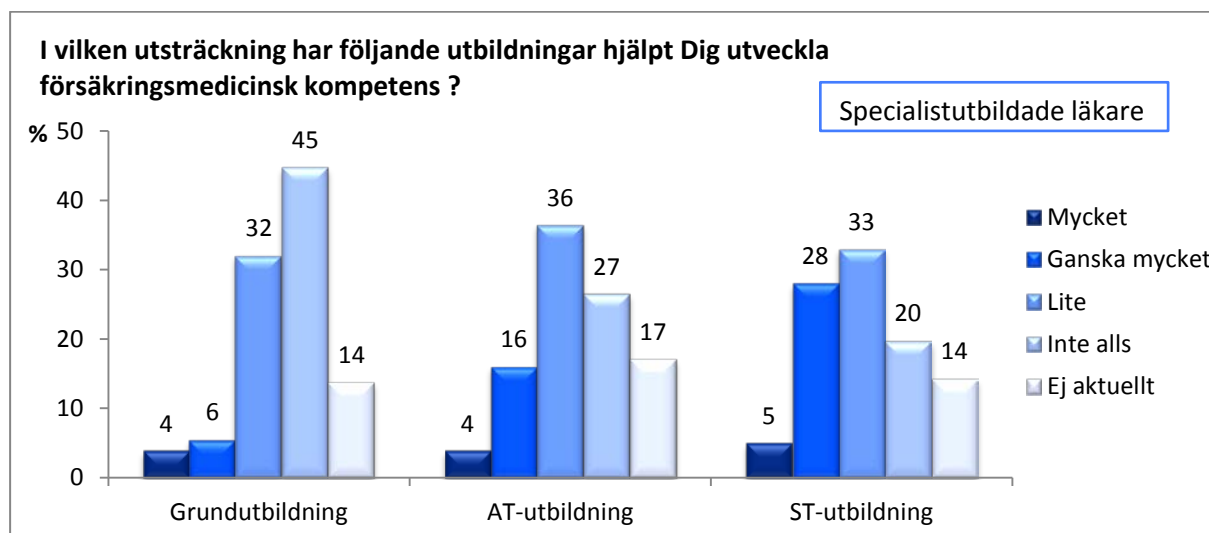
Figur 46. Andel (%) läkare med läkarexamen och legitimerade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=16).

Bland läkare med pågående specialistutbildning (ST-läkare) angav 56 procent att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling, medan motsvarande andel för ST-utbildningen var 40 procent (Figur 47).



Figur 47. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=52)

Bland dem som var färdiga specialister ansåg en liten andel att grundutbildningen och AT bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 48). En tredjedel av läkarna med specialistkompetens ansåg att ST-utbildningen i mycket eller ganska stor utsträckning hjälpt dem att utveckla försäkringsmedicinsk kompetens.



Figur 48. 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=195)

Kompetensutveckling via vidareutbildning

Trettiosju procent av läkarna uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (Tabell 16). Mer än var fjärde läkare (27 %) hade tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi och nio procent av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan. För samtliga utbildningar nämnda i Tabell 16 uppgav en större andel av vårdcentralsläkarna att utbildningarna bidragit mycket eller ganska mycket till utvecklad kompetens i jämförelse med andelen bland övriga läkare.

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på samtliga, läkare på vårdcentraler respektive övriga.

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	6	31	32	10	21
	Vårdcentral	7	37	39	12	5
	Övriga läkare	6	27	27	9	31
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	2	25	25	18	30
	Vårdcentral	2	36	33	13	15
	Övriga läkare	2	18	20	21	39
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	5	4	5	10	77
	Vårdcentral	4	5	8	14	69
	Övriga läkare	5	3	3	8	81

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (48 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (46 %), att bedöma funktionsförmåga (42 %) samt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (39 %) (Tabell 17). Trettiosju procent hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att utforma handlingsplaner, medan endast 19 procent av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg och att ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger. Mer än var fjärde läkare (26 %) upplevde mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att kunna hantera sjukskrivningsrelaterade konflikter med patienter.

Tabell 17. 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 läkare på vårdcentraler respektive 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	31	37	21
	Vårdcentral	14	35	36	15
	Övriga läkare	9	29	37	24
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	11	37	35	18
	Vårdcentral	12	41	33	14
	Övriga läkare	10	34	36	20
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	9	37	33	21
	Vårdcentral	6	43	36	14
	Övriga läkare	12	33	31	24
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	10	29	41	20
	Vårdcentral	8	37	42	13
	Övriga läkare	11	25	40	24
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	9	17	41	34
	Vårdcentral	9	20	46	24
	Övriga läkare	8	15	37	40
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	2	17	48	33
	Vårdcentral	2	15	49	34
	Övriga läkare	2	18	48	32
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	5	32	41	23
	Vårdcentral	4	37	41	18
	Övriga läkare	5	29	40	26
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	3	16	44	36
	Vårdcentral	3	12	49	36
	Övriga läkare	3	19	42	37

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Tabell 18 framgår att omkring hälften av läkarna (51 %) uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och att 38 procent svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring både sjukförsäkringens regelsystem och privata försäkringar.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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	6	32	40	22
	Vårdcentral	4	32	42	22
	Övriga läkare	7	32	39	22
Andra ersättningsformer inom socialförsäkrings-systemet ¹	Samtliga	16	35	31	18
	Vårdcentral	17	37	34	12
	Övriga läkare	15	34	29	22
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	13	25	33	30
	Vårdcentral	13	20	37	30
	Övriga läkare	12	27	30	31

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

Många av läkarna upplevde mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Tabell 19). Närmare hälften (48 %) uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och nästan lika stor andel hade behov av kunskap kring arbetsgivares (45 %) och Försäkringskassans (44 %) möjligheter och skyldigheter. Sextiofyra procent av läkarna svarade att de upplevde litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i läkares egna möjligheter och skyldigheter. Fyrtiotvå procent uppgav mycket eller ganska stort behov i fördjupad kompetens om möjligheter att ta hand om psykosocial problematik, där andelen bland vårdcentralsläkare (45 %) var något större än bland övriga läkare (40 %).

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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	8	28	41	23
	Vårdcentral	4	29	44	23
	Övriga läkare	10	27	39	23
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	9	35	37	19
	Vårdcentral	4	35	40	21
	Övriga läkare	12	35	35	18
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	35	39	16
	Vårdcentral	4	37	44	15
	Övriga läkare	13	33	37	17
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	38	35	18
	Vårdcentral	4	40	41	15
	Övriga läkare	13	36	31	19
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	15	27	38	20
	Vårdcentral	16	29	40	15
	Övriga läkare	13	27	37	23

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 52). 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 kurser i försäkringsmedicin (39 %) och handledning (38 %) (Tabell 20). Andelen som svarade att handledning är av stort värde för hög kvalitet var 43 procent bland vårdcentralsläkare och 34 procent bland övriga läkare, Omkring var fjärde läkare satte stort värde på ett forum för att reflektera kring sitt sjukskrivningsarbete (25 %),

information via Internet (27 %) och på konferenser/seminarier (25 %). En mindre andel uppgav att skriftlig information (18 %) och kurser i konflikthantering (17 %) var av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Tabell 20. 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 läkare på vårdcentraler respektive 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	38	42	20
	Vårdcentral	43	41	15
	Övriga läkare	34	43	23
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	18	61	21
	Vårdcentral	16	63	20
	Övriga läkare	19	60	22
Information via Internet	Samtliga	27	53	19
	Vårdcentral	27	55	18
	Övriga läkare	28	52	20
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	39	47	13
	Vårdcentral	39	47	14
	Övriga läkare	39	48	13
Kurser i konflikthantering	Samtliga	17	39	44
	Vårdcentral	17	41	42
	Övriga läkare	17	38	45
Konferenser, seminarier	Samtliga	25	48	28
	Vårdcentral	24	47	29
	Övriga läkare	25	48	27
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	25	41	34
	Vårdcentral	36	37	28
	Övriga läkare	18	44	38

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Omkring hälften av läkarna ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (51 %) samt att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (52 %) skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 21). Mer än var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen (27 %) och på enhetens sjukskrivning (26 %). En dryg fjärdedel (27 %) ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten, medan 45 procent ansåg att det inte har något värde.

Tabell 21. 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 läkare på vårdcentraler respektive 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	27	44	30
	Vårdcentral	41	41	19
	Övriga läkare	18	46	37
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	26	44	30
	Vårdcentral	36	46	18
	Övriga läkare	20	43	37
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	51	33	16
	Vårdcentral	57	34	9
	Övriga läkare	47	33	20
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	52	34	15
	Vårdcentral	53	37	10
	Övriga läkare	51	32	17
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	27	28	45
	Vårdcentral	30	30	40
	Övriga läkare	25	28	47

Sammanfattning försäkringsmedicinsk kompetens

Närmare hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gällde att bedöma arbetsförmåga (48 %) och att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken (46 %). Likaså ville drygt hälften (51 %) få ökad kompetens om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Kunskap om Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning angavs också av mellan 40 och 50 procent av läkarna såsom områden inom vilka de ville ha mer kompetens.

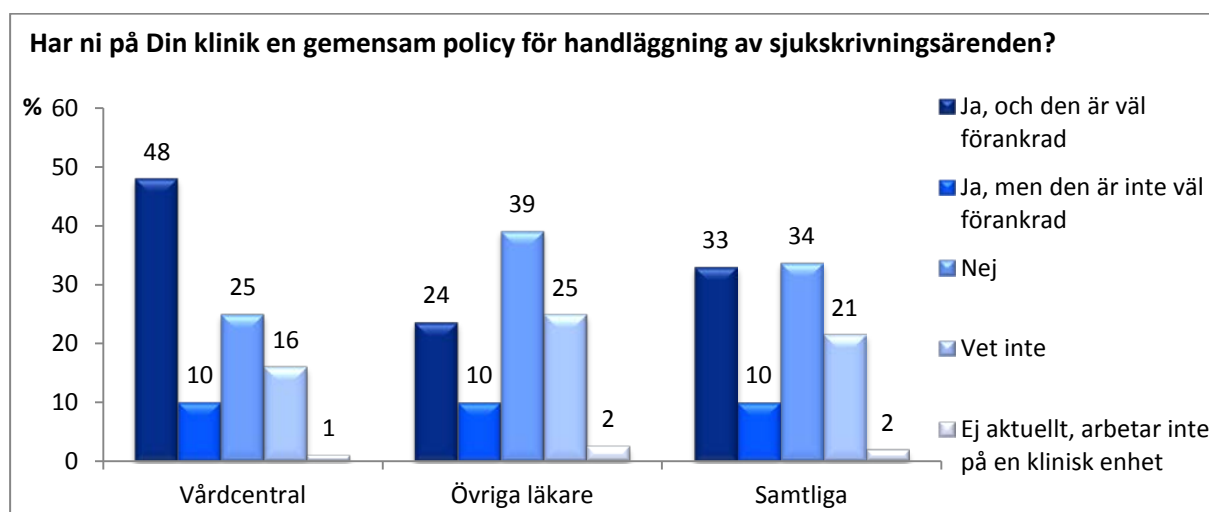
Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt (sidan 56). De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg ha stort kvalitetsvärde för deras arbete med sjukskrivning var kurser i försäkringsmedicin samt handledning. Fyrtioen procent av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 52).

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 [39, 48, 49, 133]. Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning, och i en följdfråga till dem som svarat att en policy fanns, huruvida den upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller förekomst av en gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 43 procent att en sådan fanns, och 33 procent uppgav att den även var väl förankrad (Figur 49). Nära hälften av vårdcentralsläkarna (48 %) uppgav att den gemensamma policyn var väl förankrad, medan knappt var fjärde läkare inom övrig verksamhet (24 %) uppgav detsamma. Mer än var tredje läkare (34 %) angav att de inte visste om det fanns någon sådan policy på deras arbetsplats.

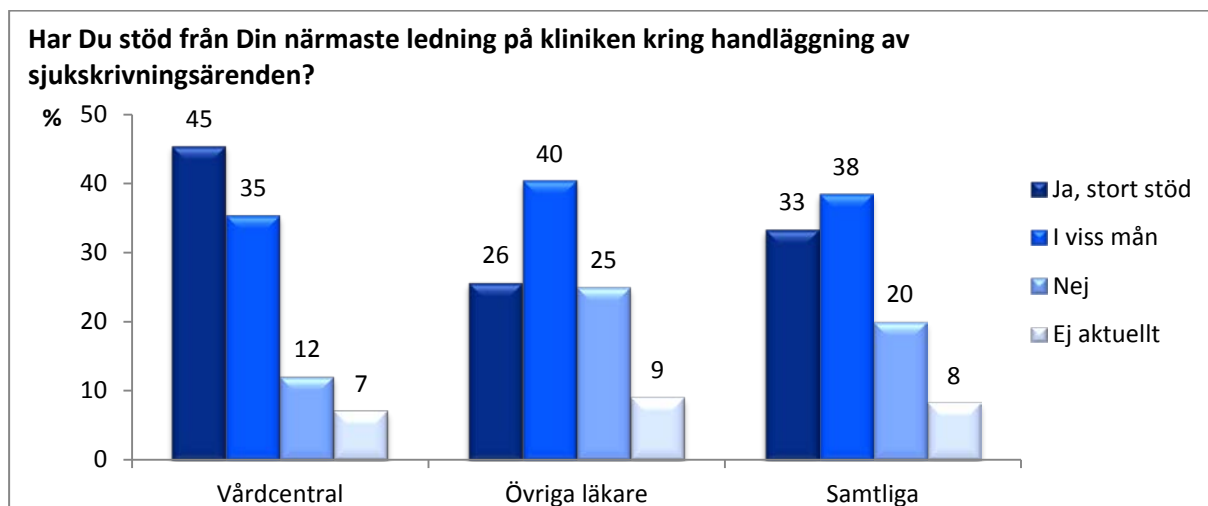


Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.

På följdfrågan till dem som svarat att de hade en gemensam policy på kliniken, om huruvida de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en stor majoritet, 83 procent, att de hade det (ej visat i figur).

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 50 har svarsalternativen ”ej aktuellt, har ingen chef” och ”ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet” sammanslagits och presenteras som ”ej aktuellt”. En tredjedel av samtliga läkare uppgav att de hade stort sådant stöd, och 38 procent uppgav att de i viss mån hade stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En femtedel uppgav att de inte hade något stöd i detta arbete och av dessa var andelen större bland läkare inom övrig verksamhet (25 %) än bland vårdcentralsläkare (12 %)



Figur 50. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.

Vid en jämförelse av svaren på denna fråga för samtliga landsting, hade Kalmar störst andel läkare (33 %) som uppgav att de kände stort stöd i sjukskrivningsarbetet från sin ledning. (Tabell 22) [1, sidan 120]. Genomsnittet för samtliga landsting var 22 procent.

Tabell 22. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

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

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

Tid i arbetet med sjukskrivning

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

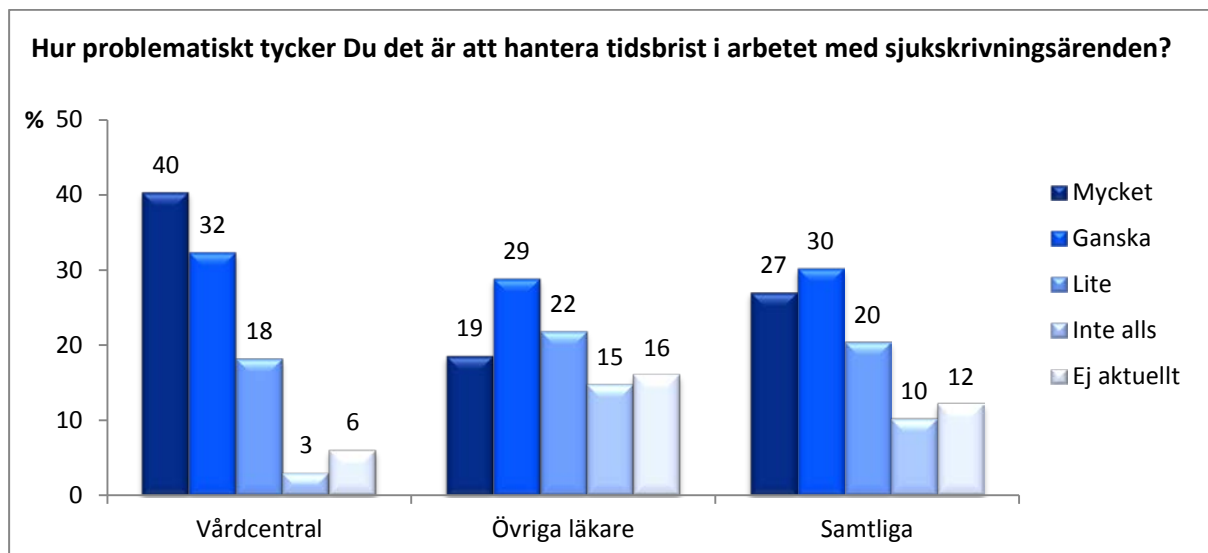
I Tabell 23 visas att störst andel läkare upplevde daglig tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid (29 %) och kompetensutveckling (29 %). För det direkta patientarbetet uppgav 20 procent av läkarna att de hade tidsbrist dagligen. En större andel av vårdcentralsläkarna uppgav daglig tidsbrist i samtliga svarsalternativ, jämfört med läkare inom övrig verksamhet.

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

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Samtliga	20	39	17	8	16
	Vårdcentral	26	48	17	4	5
	Övriga läkare	16	33	17	11	23
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	29	31	17	13	9
	Vårdcentral	36	38	15	7	3
	Övriga läkare	24	27	18	17	13
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	29	25	17	14	15
	Vårdcentral	33	26	21	11	8
	Övriga läkare	25	24	15	16	20

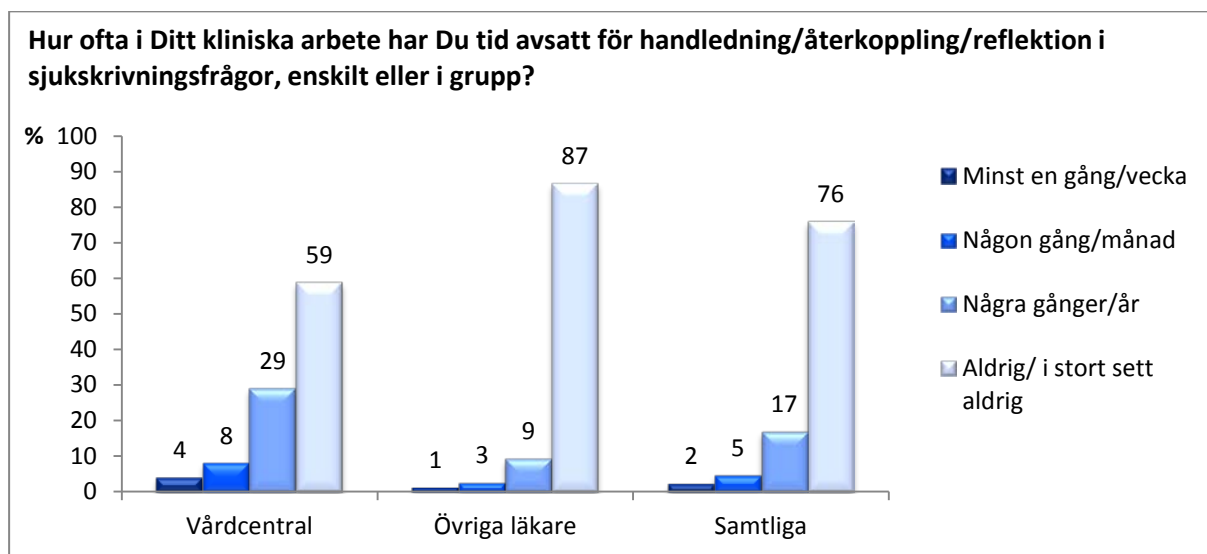
¹ Till exempel skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

Femtiosju procent av samtliga läkare svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden (Figur 51). Uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare var motsvarande andel 40 procent respektive 19 procent. En större andel läkare inom övrig verksamhet uppgav att det inte alls var problematiskt (15 %) jämfört med läkare på vårdcentral (3 %). Likaså uppgav en större andel övriga läkare att detta inte var aktuellt.



Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.

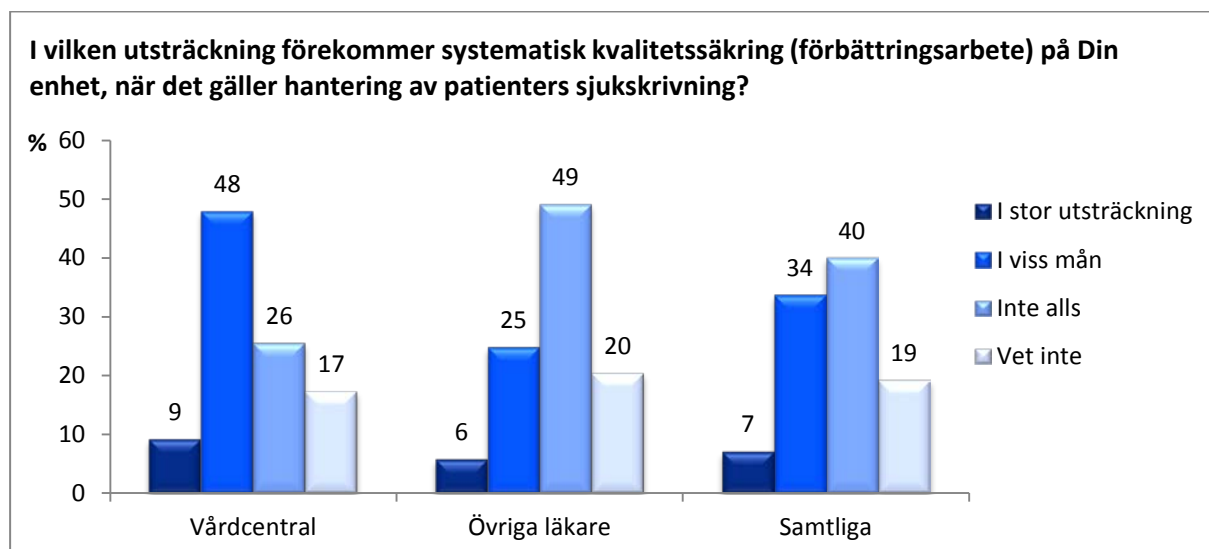
Sjuttiosex procent av läkarna hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden. Den andelen var större bland övriga läkare (87 %) än bland vårdcentralsläkare (59 %) (Figur 52).



Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

En liten del, sju procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gällde hantering av sjukskrivningsärenden förekom i stor utsträckning på deras enhet (Figur 53), medan 34 procent av läkarna svarade att det förekom i viss mån. Fyrtio procent svarade att det inte alls förekom något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och 19 procent visste inte om det förekom eller inte. Hälften av läkarna inom övrig verksamhet (49 %) svarade att det inte alls förekom förbättringsarbete på deras enhet, medan motsvarande andel för vårdcentralsläkarna var en fjärdedel (26 %).



Figur 53. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.

Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

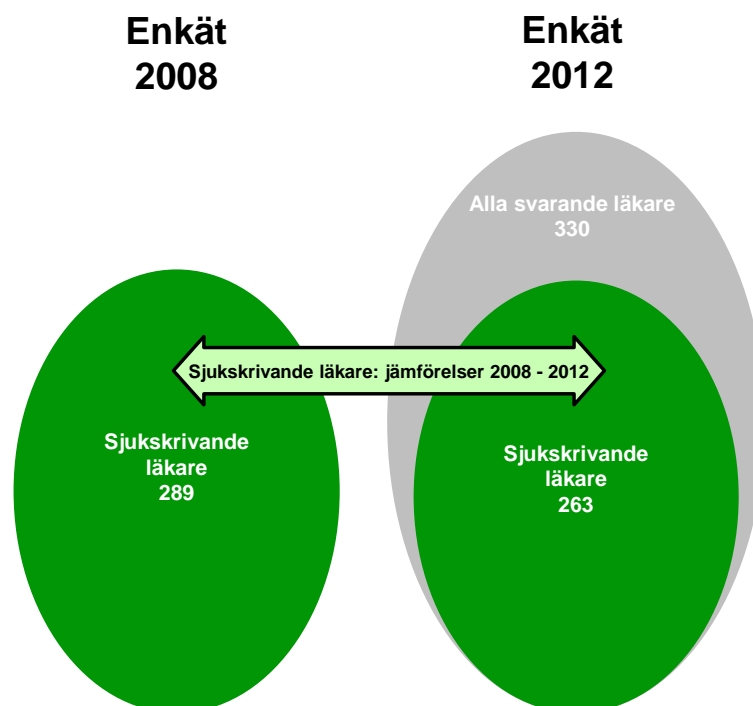
En tredjedel av läkarna svarade att det fanns en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden på deras arbetsplats. Av dem som hade en policy uppgav fyra av fem att de hade nytta av denna. En tredjedel uppgav även stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor.

De flesta läkare har således varken en väl förankrad policy för sjukskrivning eller stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef. Av samtliga svarade 41 procent att systematiskt kvalitetsarbete gällande hantering av sjukskrivningsärenden förekom i åtminstone någon utsträckning på deras enhet.

Daglig tidsbrist avseende patientrelaterad tid och kompetensutveckling inom sjukskrivningsområdet rapporterades av närmare en tredjedel av läkarna och en av fem uppgav daglig tidsbrist för sådan tid med patienten. Tre av fyra läkare (76 %) hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.

3.

Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012



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

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

Specialister på barn- och ungdomskliniker, geriatrikmottagningar, ögonkliniker samt öron-, näs- och halsmottagningar är exkluderade ur analyserna de båda åren, eftersom dessa typer av läkare år 2012 inte inkluderades i enkätutskicket i alla landsting (se metoddelen, sidan 20 för mer information om detta).

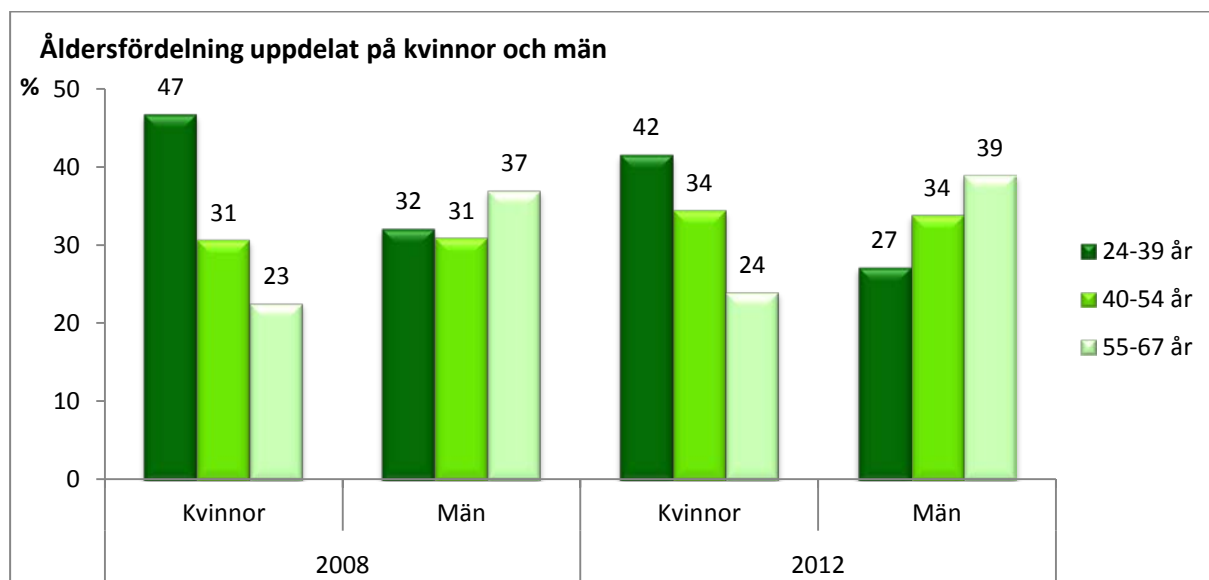
I Tabell 24 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor och andelen specialistutbildade något större jämfört med 2008.

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

		Samtliga		Vårdcentral		Övriga läkare	
		2008	2012	2008	2012	2008	2012
Antal sjukskrivande läkare (n)		289	261	102	100	187	161
Kön	Kvinnor (%)	43	48	43	49	43	47
Ålder	24-39 år (%)	38	34	26	32	45	35
	40-54 år (%)	31	34	35	29	28	37
	55-67 år (%)	31	32	38	39	27	27
Utbildningsnivå	Specialistutbildade (%)	67	74	75	72	62	75

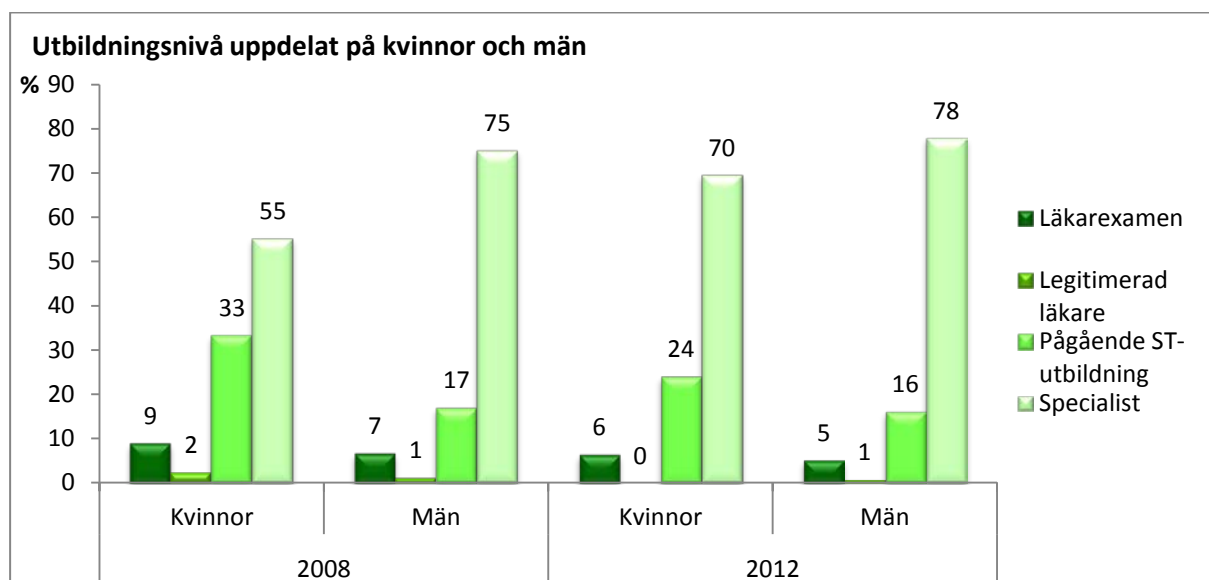
Bakgrundsfaktorer

Det var endast små skillnader i ålderssammansättningen bland de svarande år 2008 respektive år 2012 (Figur 54). Bland kvinnor var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan andelen i den äldsta åldersgruppen var störst bland män.



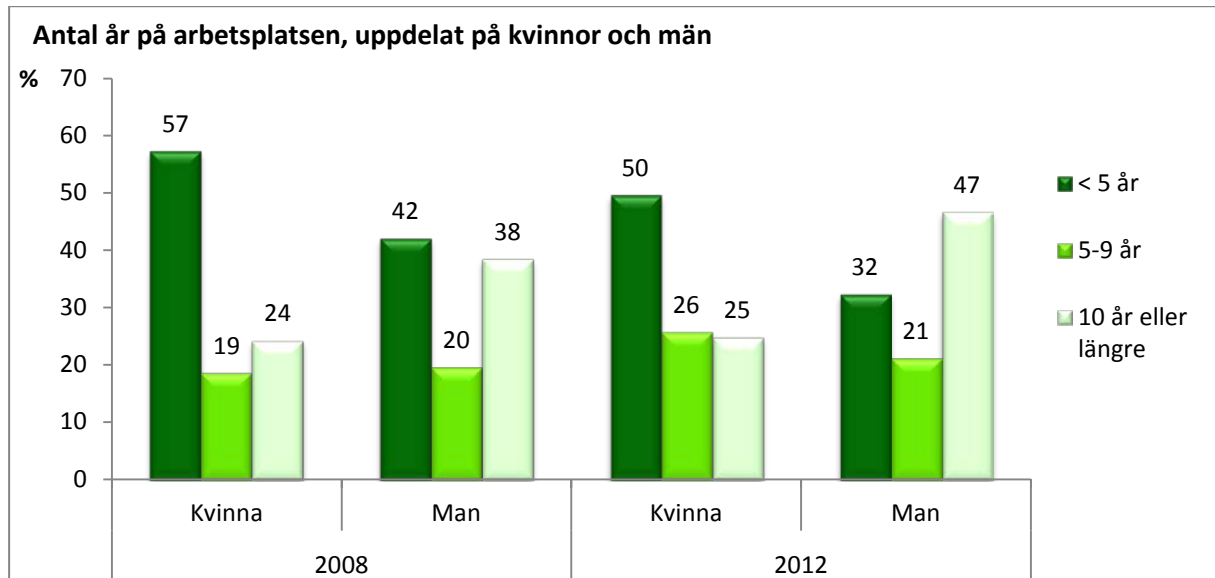
Figur 54. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det var en större andel specialister bland kvinnorna år 2012 jämfört med 2008 (Figur 55). Bland specialistutbildade män var det ingen större skillnad mellan åren.



Figur 55. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

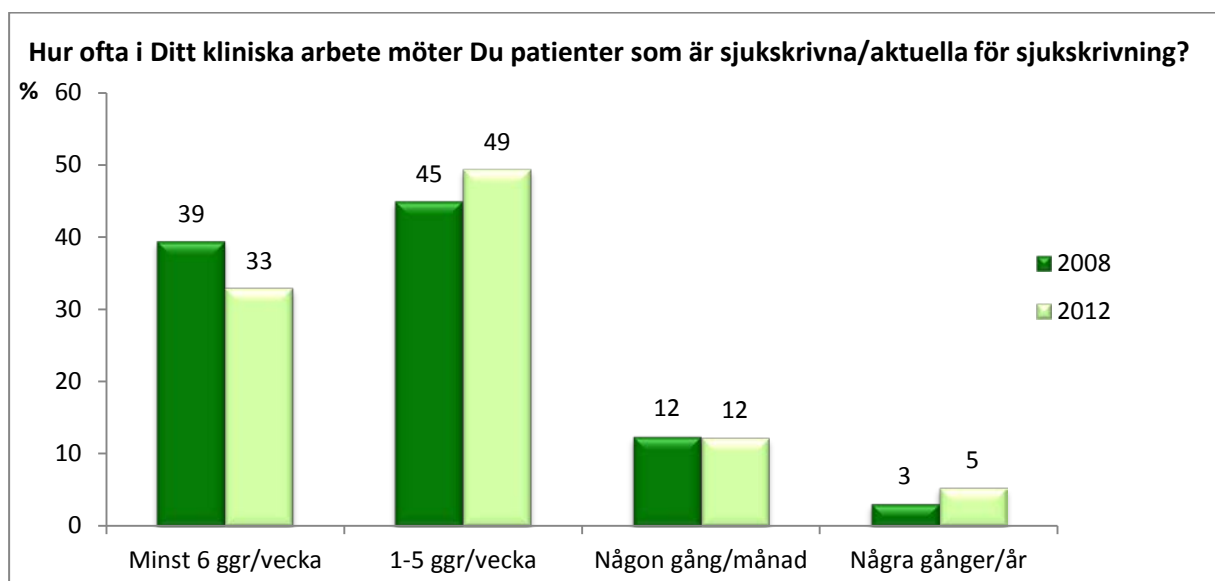
Såväl 2008 som 2012 hade störst andel av kvinnorna varit på sin arbetsplats mindre än fem år. Även bland männen hade den största andelen varit mindre än fem år på sin arbetsplats år 2008, medan störst andel av männen hade varit på arbetsplatsen tio år eller längre år 2012. (Figur 56).



Figur 56. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var sex procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008, samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden 1-5 gånger per vecka fyra procentenheter större år 2012 (Figur 57). Andelen läkare som hanterade sjukskrivningsärenden någon gång per månad var lika stor år 2008 som 2012.



Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

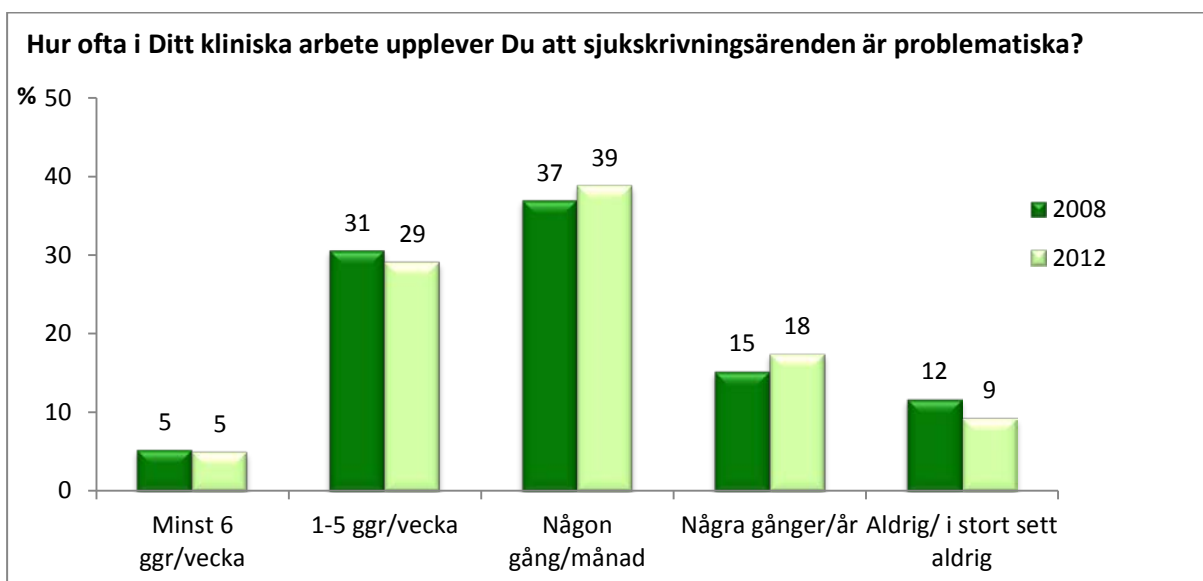
Det var en mindre andel av läkare inom övrig verksamhet som hanterade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger per vecka år 2012 (32 %) jämfört med 2008 (40 %). Å andra sidan var det en större andel som hanterade ärenden 1-5 gånger per vecka år 2012 (45 %), jämfört med år 2008 (39 %) (Tabell 25). Bland vårdcentralsläkarna var andelen läkare som hanterade ärenden minst 6 gånger per vecka 3 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är 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 gånger/år
Vårdcentral	2008	38	57	5	0
	2012	35	57	7	1
Övriga läkare	2008	40	39	17	5
	2012	32	45	16	8

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 58). Även andelen läkare som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde att deras sjukskrivningsärenden var problematiska var mindre år 2012. Skillnaderna mellan åren var små, och bör jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 57).

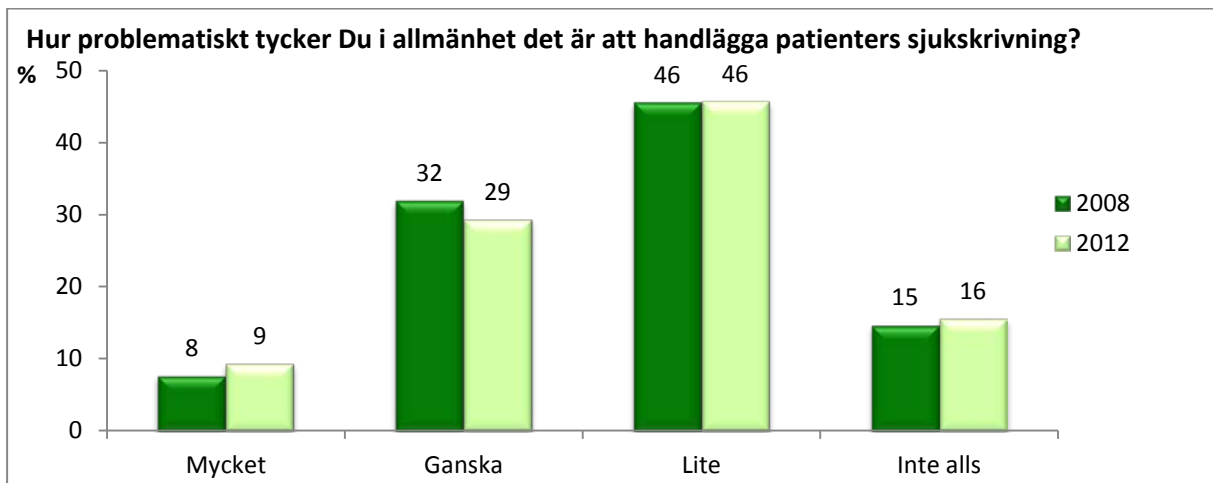


Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

När andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen som upplevde att de var problematiska minst en gång per vecka syns vissa skillnader mellan de två åren när det gäller läkare på vårdcentraler. År 2008 uppgav 69 procent av de som arbetar på en vårdcentral och hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka att dessa ärenden var problematiska minst en gång per vecka (ej visat i figur), år 2012 var motsvarande andel något mindre, 66 procent. Bland övriga läkare fanns det ingen skillnad mellan åren, 48 procent av de som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka upplevde dessa som problematiska minst en gång per vecka.

Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 59). Ungefär 40 procent upplevde detta vara ganska eller mycket problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 59. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevdes som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Sammantaget var andelen läkare som upplevde att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden var mycket problematiska något mindre år 2012, jämfört med 2008 (Tabell 26). En majoritet av läkarna uppgav att det var ganska eller mycket problematiskt att bedöma arbetsförmåga samt att göra en långsiktig prognos, såväl år 2008 som 2012. En mindre andel angav år 2012 att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där en annan läkare tidigare skrivit intyg (49 %), jämfört med 2008 (59 %).

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	16	37	36	12
	2012	13	38	34	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	14	28	42	17
	2012	10	27	43	20
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	27	39	27	7
	2012	20	43	28	8
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	18	37	37	8
	2012	11	40	37	12
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	10	23	41	26
	2012	9	24	39	28
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	23	36	27	14
	2012	19	36	33	12
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	21	38	29	13
	2012	15	34	40	11

Andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var detsamma eller något större 2012, jämfört med 2008 (Tabell 27). Att hantera situationer där åsikter skiljer sig mellan patient och läkare angående behovet av sjukskrivning samt att kunna hantera sina två roller som läkare och medicinsk sakkunnig uppges vara mest problematiskt, såväl 2008 som 2012. Avseende andelen som uppger att det är mycket eller ganska problematiskt återfinns den största skillnaden mellan åren i hur problematiskt det är att tillsammans med patienten kartlägga livsstilsförändringar samt att som läkare kunna hantera sina två roller (som patientens behandlare respektive medicinskt sakkunnig), där andelen är 6 procentenheter större år 2012 än 2008.

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	4	20	53	23
	2012	5	23	47	25
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	8	26	46	20
	2012	9	31	38	22
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	13	26	38	22
	2012	12	28	43	17
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	21	27	41	11
	2012	18	29	41	13
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	19	26	34	21
	2012	17	34	31	19

Det var en relativt liten andel läkare som tyckte det var problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen, även om andelen var något större år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 28). Däremot var andelen läkare som tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan mindre år 2012. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet "Ej aktuellt" med, och 25 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen större år 2012 jämfört med 2008 (57 respektive 49 %). 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 något mindre andel läkare uppgav att det var 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 var aktuellt för dem (39 % år 2008 och 33 % år 2012). Orsaken till att det inte var aktuellt kan vara antingen att man inte hade tillgång till ett team eller att man inte hade olika åsikter.

Tabell 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...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	4	14	40	42	
	2012	4	16	43	37	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	13	21	41	25	
	2012	9	22	40	29	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ¹	2008	19	30	34	17	
	2012	16 (21)	27 (36)	21 (28)	11 (14)	25
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	4	9	28	20	39
	2012	2	9	32	23	33

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

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare, som aldrig eller i stort sett aldrig upplever de olika potentiellt problematiska situationerna, var större år 2012 jämfört med år 2008. Andelen som upplevde de olika situationerna minst en gång i veckan var i samtliga fall mindre år 2012 jämfört med år 2008 (Tabell 29).

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...		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	18	38	28	16
	2012	16	31	33	20
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	6	19	35	40
	2012	3	18	37	42
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	10	29	50	11
	2012	6	33	47	14
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	10	18	45	26
	2012	9	21	38	33
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	14	28	32	27
	2012	13	27	32	29

Andelen som aldrig upplevde hot eller oro i olika former var också något större 2012 än 2008, med undantag för oron över att bli anmäld av en patient (Tabell 30). År 2012 var det fortfarande en liten andel som minst någon gång i månaden kände sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

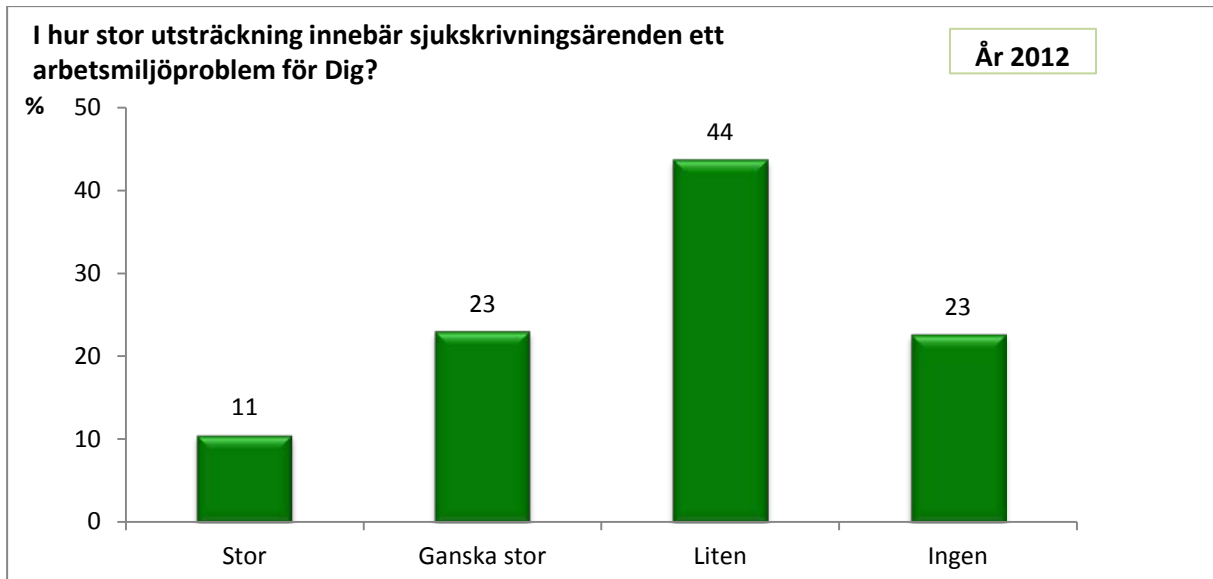
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

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	1	3	10	87
	2012	0	4	13	83
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	2	13	85
	2012	0	3	11	86
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	4	5	90
	2012	0	3	5	92
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	15	82
	2012	<0,5	2	14	84

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

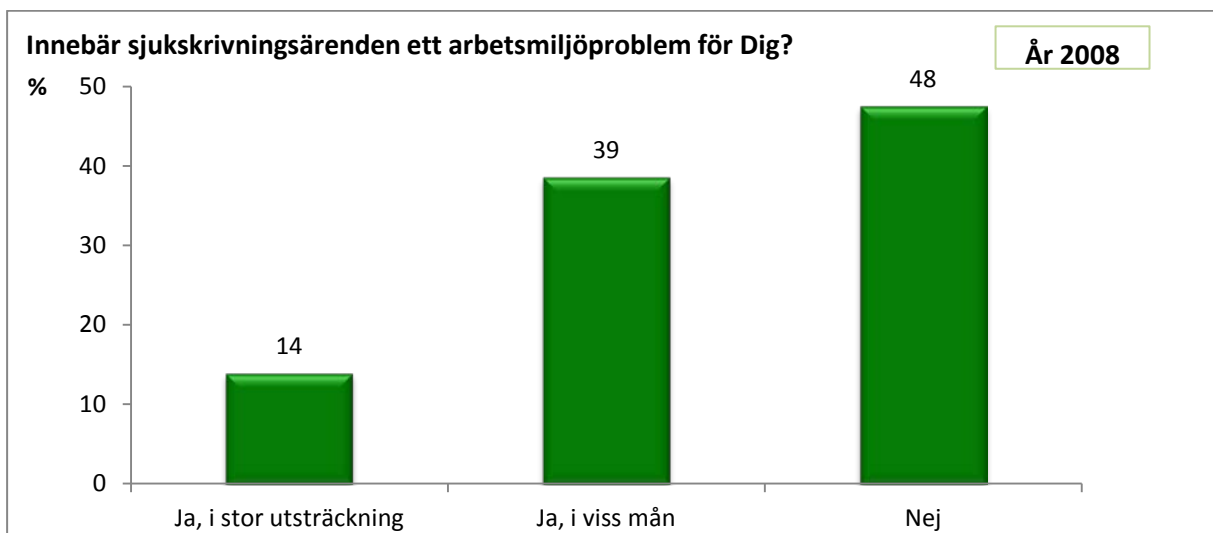
År 2008 inkluderade vi en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gjorde detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års enkät,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

År 2012 uppgav ungefär en tredjedel av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 60). Tjugotre procent av samtliga läkare svarade att de inte upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 60. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, svarade drygt hälften av läkarna att de upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 61).



Figur 61. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

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

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	3	8	26	32	31
	2012	<0,5	6	26	35	32
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	7	20	24	47
	2012	<0,5	5	15	28	52
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	14	21	62
	2012	0	2	13	24	61
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	1	4	13	27	54
	2012	0	3	15	26	56
... väntetider till behandling?	2008	2	10	25	36	27
	2012	<0,5	8	26	35	31

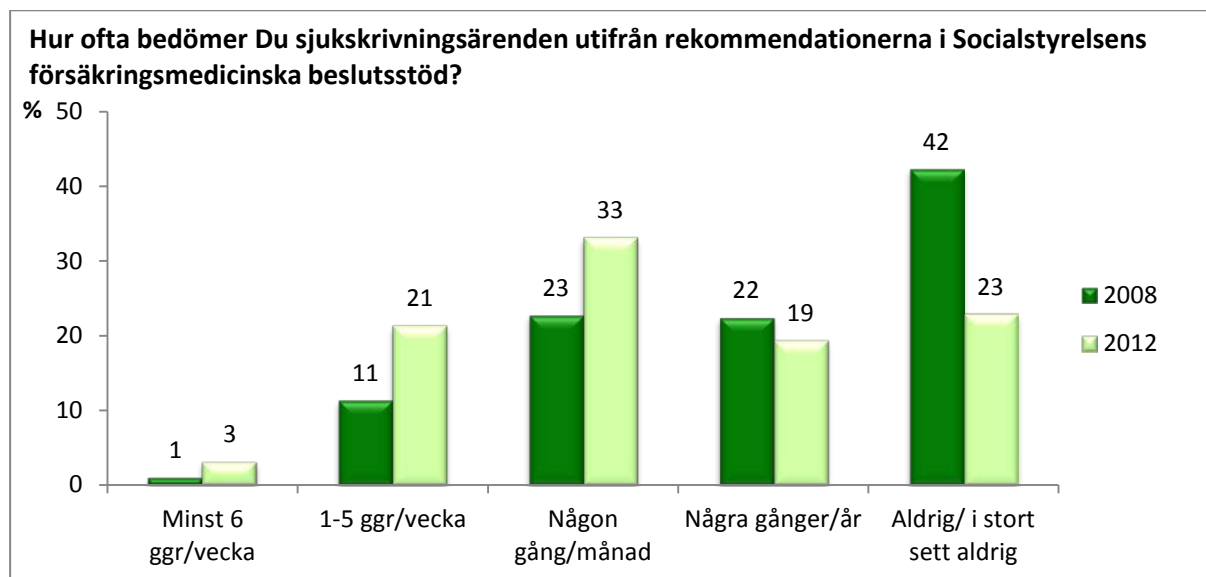
Majoriteten av läkarna sjukskrev aldrig längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 32. Tendensen var att andelen som aldrig gjorde detta var större 2012 jämfört med 2008. Det fanns två undantag från detta. Ett undantag gällde orsaken ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”, där en mindre andel angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt år 2012. Andelen som uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av att tillgång till annan adekvat behandling saknades var lika stor år 2012 som 2008.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	2	4	16	19	59
	2012	0	4	13	21	62
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	0	4	12	19	64
	2012	1	5	9	14	70
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	0	4	9	18	69
	2012	0	3	7	20	69
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	4	17	25	54
	2012	<0,5	4	15	31	49
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	1	4	9	30	56
	2012	0	4	9	26	61
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	1	4	7	21	68
	2012	0	2	6	18	74
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	2	7	26	65
	2012	0	1	6	23	70

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som aldrig använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008 (23 respektive 42 %) (Figur 62). Av de sjukskrivande läkarna uppgav tolv procent år 2008 att de använde beslutsstödet minst en gång i veckan, medan motsvarande andel år 2012 var 24 procent.



Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

På frågan om hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att många läkare förmodades inte ha börjat använda det ännu. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var fem procent, vilket är dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten. Om de som svarade *"Har ej använt dem"* år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 33).

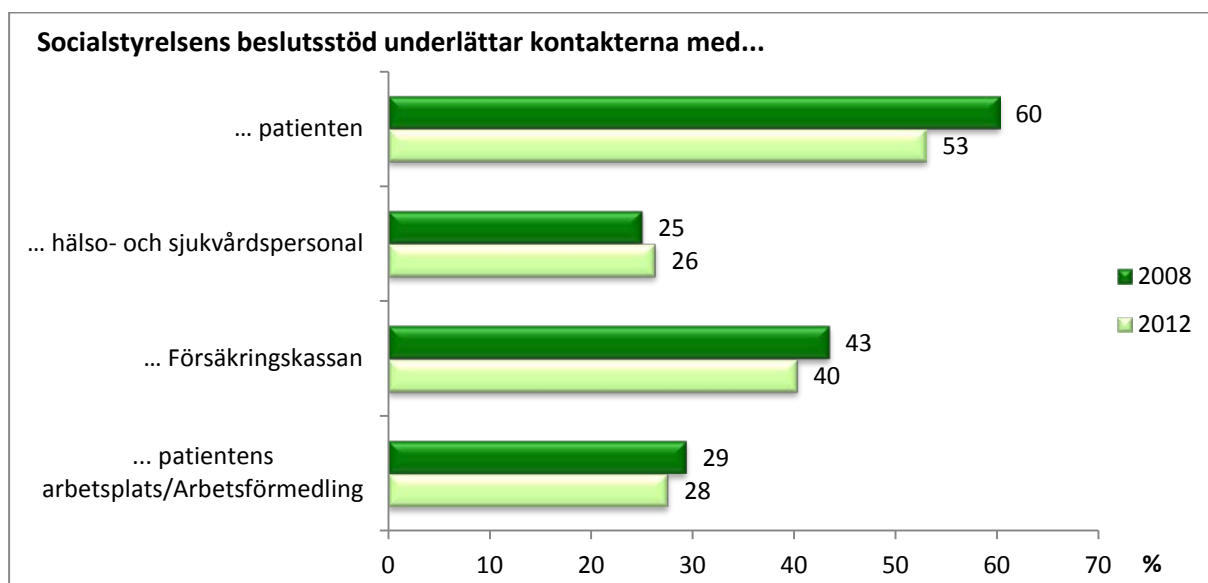
Tabell 33. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 ¹	3 (6)	16 (28)	26 (46)	11 (20)	44
	2012	11	24	46	18	- ²

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

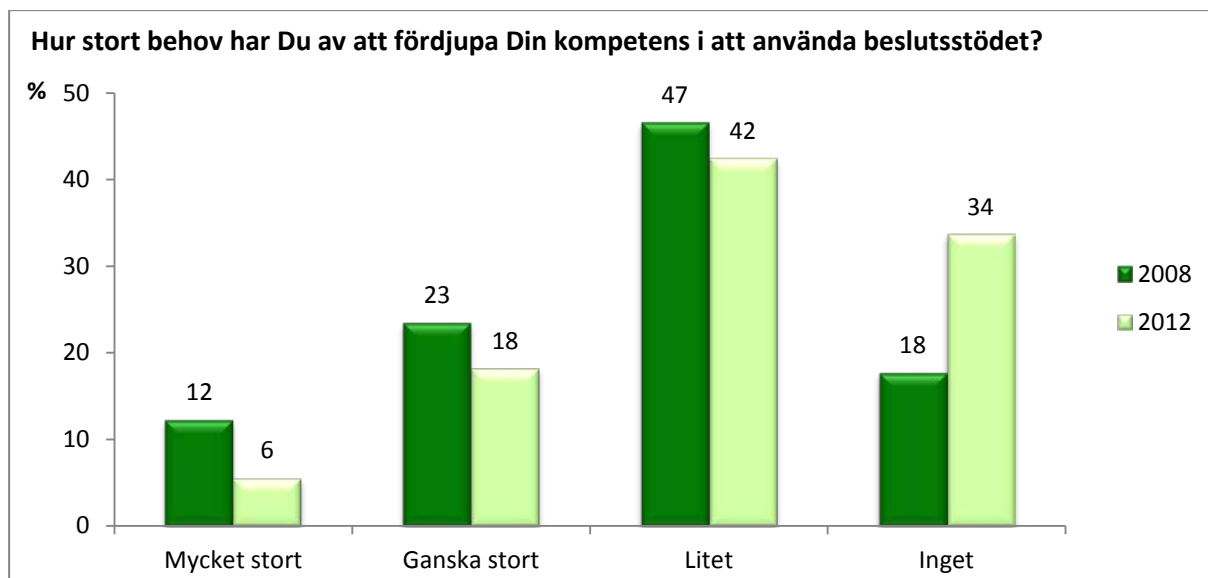
² Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

En något mindre andel ansåg 2012 att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, jämfört med 2008 (Figur 63). Mer än hälften menade dock fortfarande 2012 att stödet underlättar kontakten med patienter. Det var inte några stora skillnader mellan åren i andelarna som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats eller Arbetsförmedling. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelat i två (se metod sidan 20). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes här med dem som svarade "Ja" år 2008.



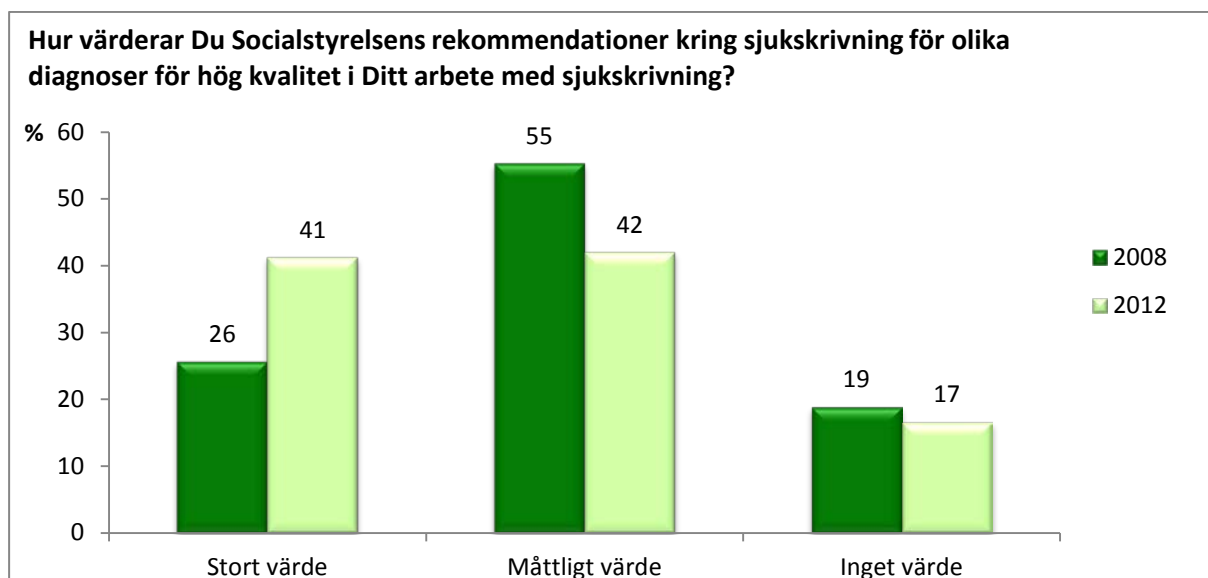
Figur 63. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedling, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutstödet var andelen som angav stort eller ganska stort behov av detta mindre 2012, jämfört med 2008 (Figur 64). Nästan var fjärde läkare (24 %) upplevde mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att använda beslutsstödet år 2012.



Figur 64. 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.

Fyrtioen procent av läkarna uppgav år 2012 att de satte stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, jämfört med en dryg fjärdedel (26 %) år 2008 (Figur 65).



Figur 65. 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

I Tabell 34 visas andelarna under de två åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt. De största skillnaderna ligger i hur ofta läkarna samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden, där andelen som gjorde det minst en gång per månad var 24 procent 2012, jämfört med 38 procent 2008. Båda åren var det störst andel som hade internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården. En mindre andel uppgav år 2012 att de minst en gång i månaden saknar en så kallad coach eller lots (22 %) i jämförelse med år 2008 (32 %). En större andel uppgav år 2012 att de minst en gång i månaden samarbetar med kurator eller psykolog (41 %), jämfört med år 2008 (31 %).

Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	4	20	36	40
	2012	1	18	46	35
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	12	19	29	39
	2012	15	26	24	35
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	23	29	20	28
	2012	23	23	24	29
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	6	32	39	23
	2012	5	19	37	39
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	8	22	22	48
	2012	8	25	29	38
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	8	6	18	69
	2012	6	8	18	68
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	<0,5	5	24	71
	2012	2	3	22	74
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	<0,5	9	37	53
	2012	2	13	41	44
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	11	21	27	42
	2012	8	14	27	50

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

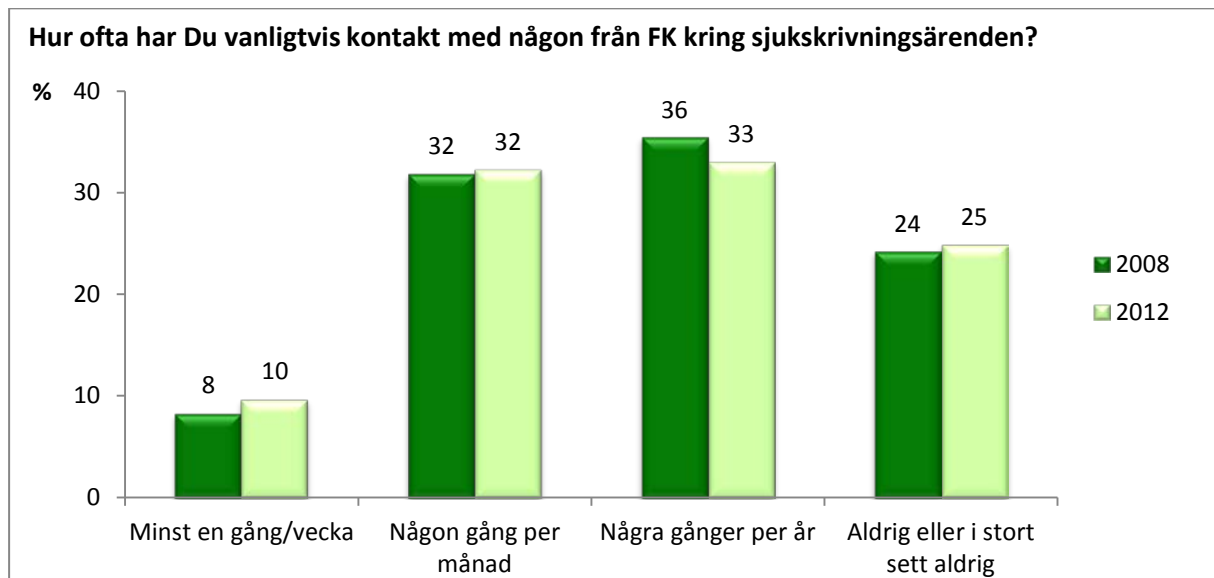
När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som ansåg att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade stort värde för detta mindre år 2012 jämfört med 2008. En större andel uppgav år 2012 att kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan var av stort värde (32 %), jämfört med år 2008 (22 %). En större andel menade 2012 att samverkansmöten och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens var av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, jämfört med 2008. Andelen som angav att så kallad 'second opinion' hade stort värde var mindre 2012, jämfört med 2008 (Tabell 35).

Tabell 35. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	33	50	16
	2012	43	45	12
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	56	38	6
	2012	45	41	14
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	37	49	13
	2012	34	51	15
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	22	52	26
	2012	32	50	18
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	38	43	18
	2012	43	36	21
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	27	54	20
	2012	28	41	31
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	31	48	21
	2012	23	49	28

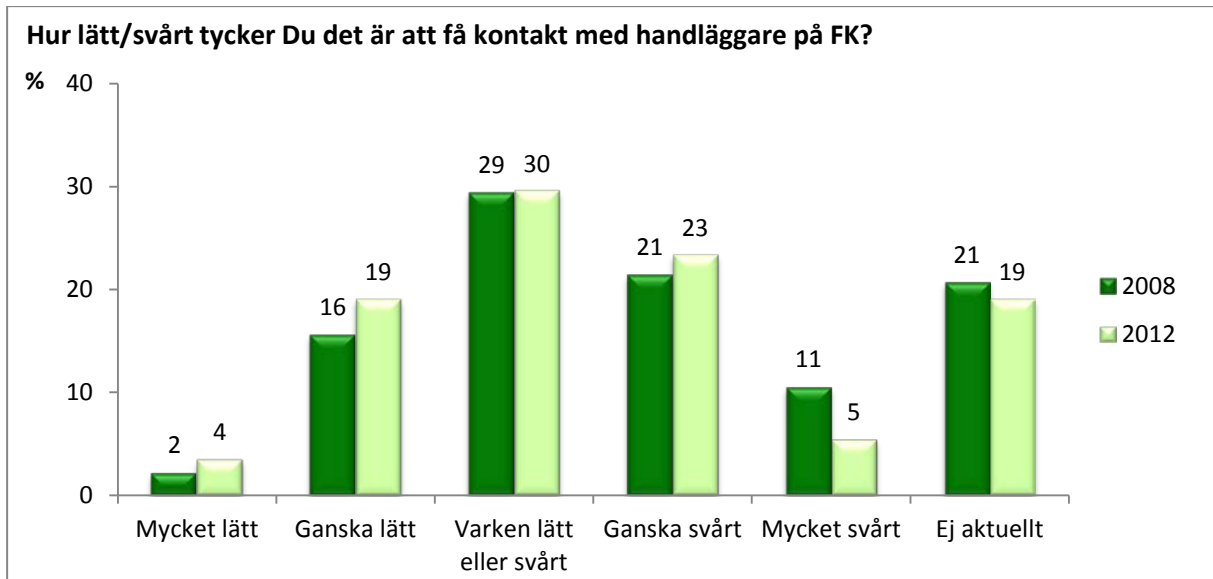
Kontakter med Försäkringskassan

Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkätens frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 96), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) respektive Samverkan och kontakter (sidan 101). Figur 66 visar att skillnaderna var små mellan år 2008 och 2012 gällande hur ofta läkarna har kontakt med någon från Försäkringskassan. En något större andel uppgav år 2012 att de hade kontakt med Försäkringskassan minst en gång per vecka (10 %), jämfört med år 2008 (8 %).



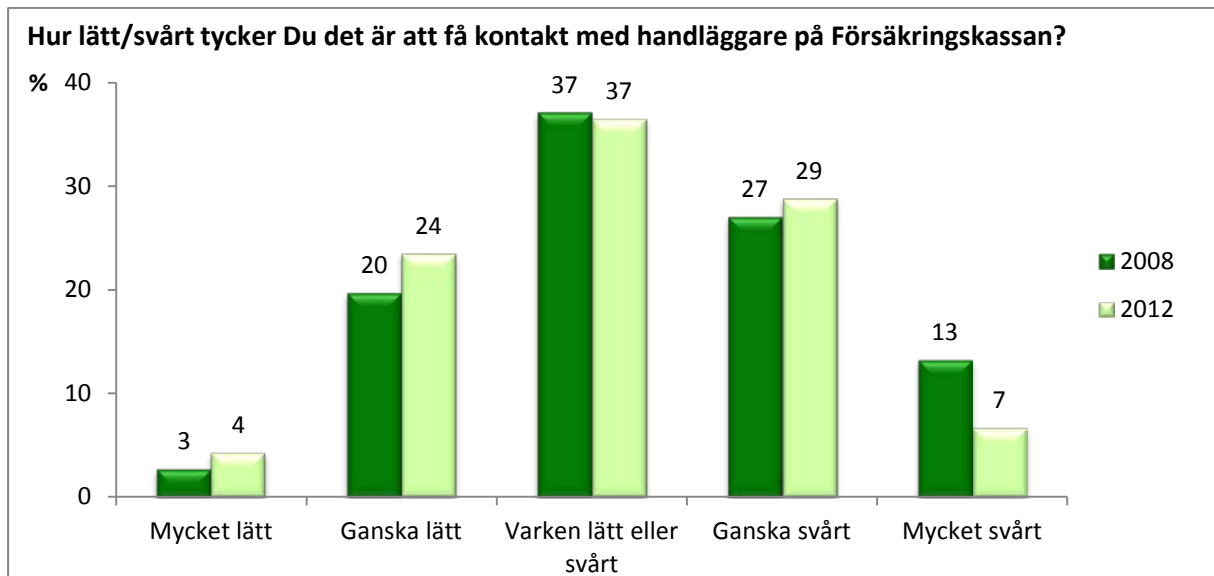
Figur 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte var aktuellt något större år 2008 (Figur 67). Andelen som ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt var större år 2012 (23 %) jämfört med år 2008 (18 %). En mindre andel uppgav år 2012 att det var mycket svårt att få kontakt (5 %), jämfört med år 2008 (11 %).



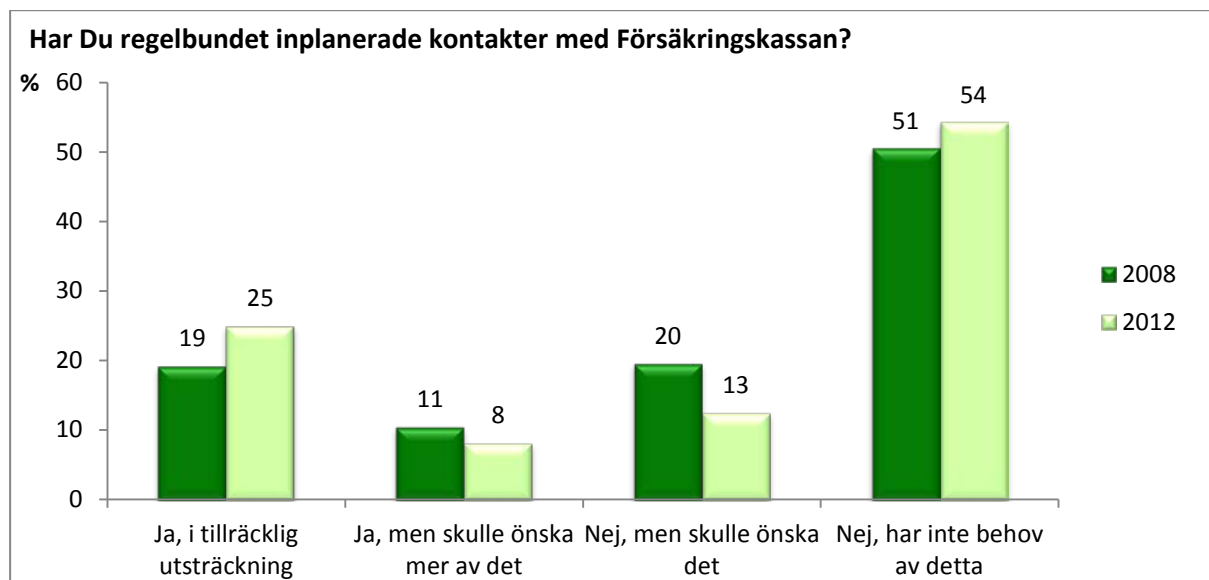
Figur 67. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 68 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 67, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarsmönstret är detsamma; andelen som upplevde det mycket svårt att få kontakt var mindre 2012 jämfört med 2008.



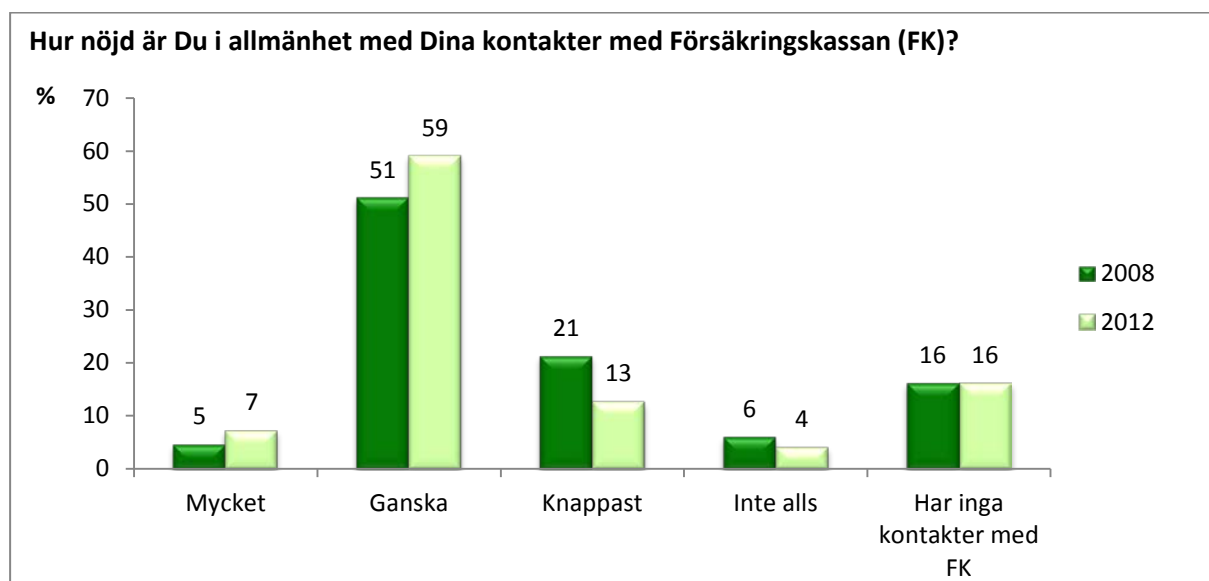
Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.)

År 2008 önskade var tredje läkare (31 %) ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de hade. Motsvarande andel år 2012 var 13 procent. (Figur 69). En något större andel uppgav år 2012 att de inte hade något behov av regelbundna kontakter med Försäkringskassan, jämfört med 2008.



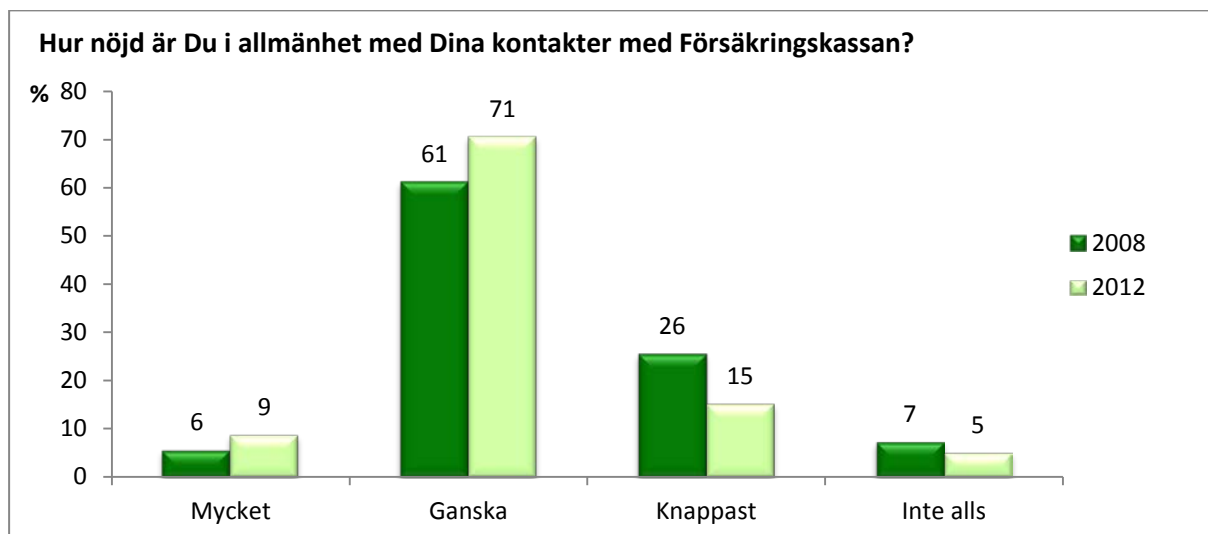
Figur 69. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Fem respektive sju procent av läkarna var mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan år 2008 och 2012 (Figur 70). Majoriteten uppgav att de var ganska nöjda såväl 2008 som 2012. En större andel uppgav att de knappast eller inte alls var nöjda med kontakten med Försäkringskassan år 2008 (27 %), jämfört med 2012 (17 %).



Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 71 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 70 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarsmönstret är detsamma, där en större andel uppgav att de var mycket eller ganska nöjda år 2012, jämfört med år 2008.



Figur 71. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

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

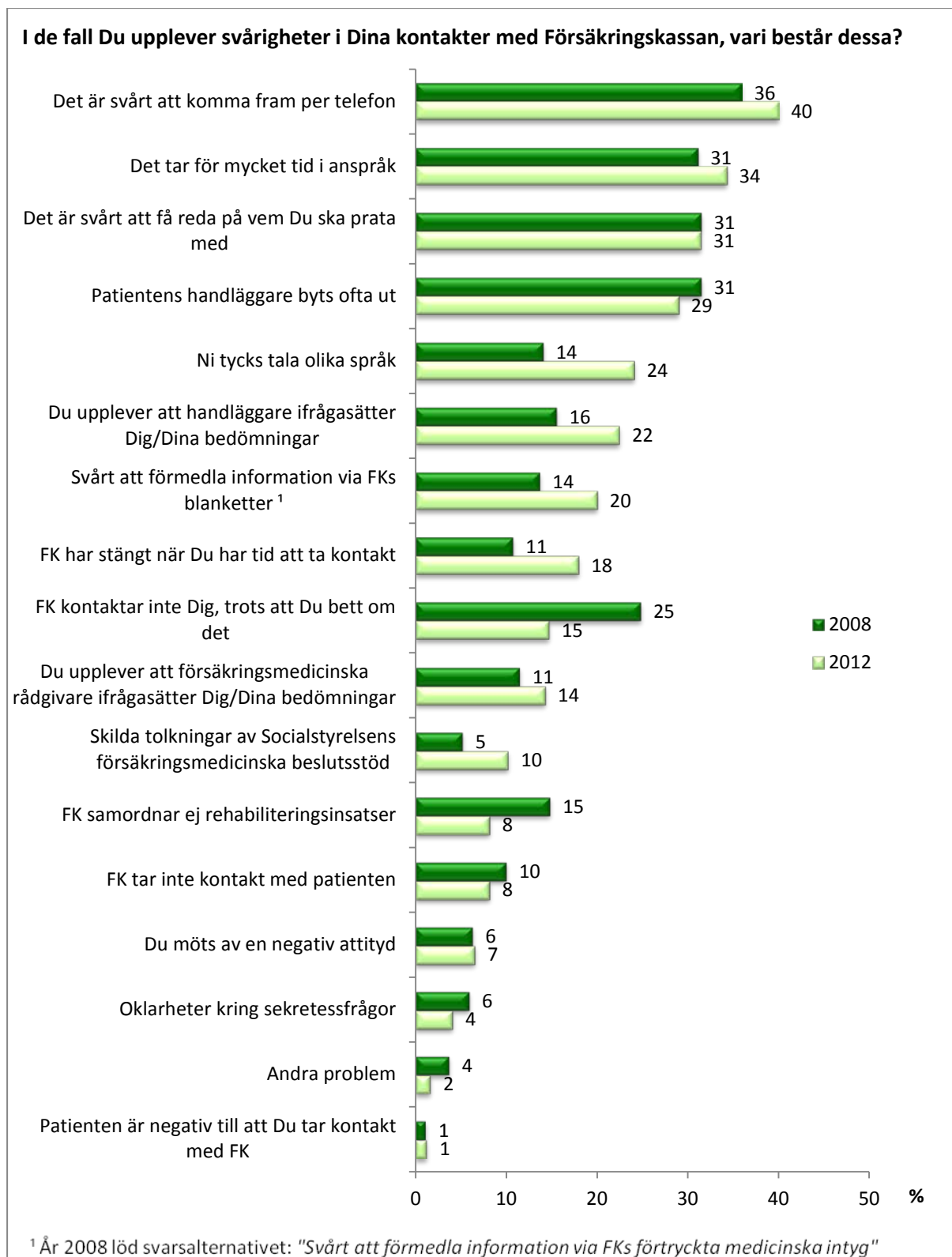
I Figur 72 redovisas olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andel läkare som upplevde sådana svårigheter respektive år.

De tre överst listade typerna av svårigheter, som bland annat handlar om tillgänglighet, var de som angavs av störst andel under båda åren. Fyrtio procent uppgav att det var svårt att komma fram per telefon år 2012, medan motsvarande siffra år 2008 var 36 procent. En större andel uppgav även år 2012 att det tar för mycket tid i anspråk (34 %) jämfört med år 2008 (31 %). Andelen läkare som uppgav att det är svårt att veta vem läkaren bör prata med på FK var lika stor båda åren (31 %). En något mindre andel av uppgav år 2012 att det uppstår svårigheter när patienters handläggare byts ut, jämfört med år 2008 (29 respektive 31 %).

För nio av de 17 möjliga svårigheterna var det en större andel som upplevde sådana år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som upplevde att Försäkringskassans personal och läkaren tycktes tala olika språk (10 procentenheter), att FK har stängt när läkaren har tid att ta kontakt (7 procentenheter), att läkarens bedömningar blir ifrågasatta av handläggare (6 procentenheter), att det var svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (6 procentenheter) samt att det finns skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (5 procentenheter).

Å andra sidan fanns det svårigheter som en mindre andel upplevde 2012 jämfört med 2008. Dessa svårigheter var att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren (10 procentenheter) samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser (7 procentenheter).

Sammantaget var andelen som upplevde svårigheter mindre år 2012 vad gäller 6 av de listade svårigheterna, jämfört med 2008. Gällande nio av nedan listade svårigheter var andelen som upplevde dessa större 2012, jämfört med 2008, och inom resterande två var andelen lika stor 2008 som 2012.



Figur 72. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2008 respektive 2012.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hantering av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna; vad tidigare utbildningar betytt för sådan kompetens, inom vilka områden man hade behov av fördjupad kompetens, samt olika former för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa sådan kompetens. Några delfrågor har redovisats under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) respektive Kontakter och samverkan (sidan 102).

Kompetensutveckling

Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i hantering av sjukskrivningsärenden betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008. I Tabell 36 visas betydelsen som olika utbildningar haft för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Det är inga stora förändringar mellan åren. År 2012 ansåg en lägre andel att respektive utbildningstyp inte alls lett till kompetensutveckling. Andelen som menade att vidareutbildning i landstingets regi inte alls hade bidragit var 23 procent år 2008 och 18 procent år 2012. En mindre andel uppgav år 2012 att utbildning i Försäkringskassans regi inte alls hade någon betydelse (10 %), jämfört med år 2008 (20 %) – större andel angav också att sådan utbildning inte varit aktuell.

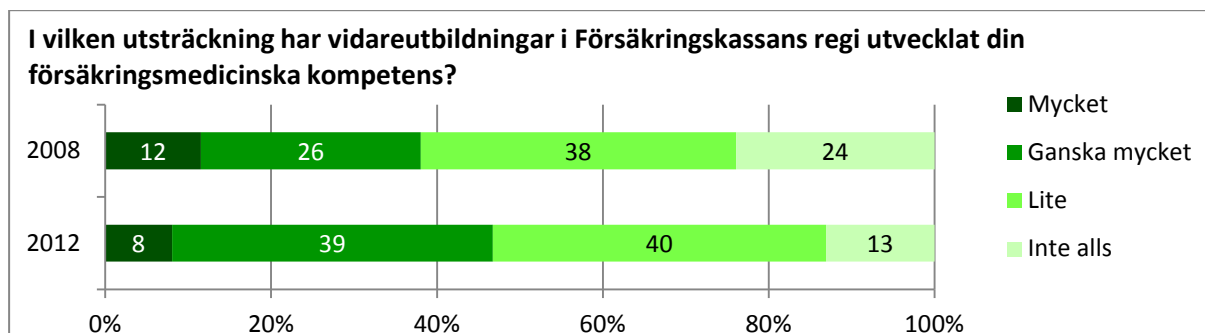
Tabell 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

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	6	14	37	43	- ¹
	2012 ²	7 (7)	12 (13)	35 (39)	36 (40)	11
AT-utbildning	2008	9	24	38	22	7
	2012	5	25	36	21	14
ST-utbildning	2008	8	32	32	14	15
	2012	6	27	30	20	18
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	10	22	32	20	15
	2012	6	31	32	10	21
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	19	32	23	20
	2012	2	25	25	18	29

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

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

I Figur 73 visas fördelningen av svaren på samma fråga när de som svarat 'Ej aktuellt' har exkluderats. Andelen som angav att vidareutbildning i Försäkringskassans regi har bidragit ganska mycket till deras kompetensutveckling inom försäkringsmedicin var tydligt större 2012, jämfört med 2008, och andelen som angav att sådan utbildning inte alls hade bidragit var klart mindre.



Figur 73. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

(De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.)

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 37). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Ett undantag från detta var behovet att fördjupa sin kompetens i att skriva läkarintyg, där andelen var tre procentenheter större år 2012 än 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som hade behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning samt om vilka krav som ställs i olika yrken; dessa var 14 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller bedömning av patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning var andelen som ansåg sig ha mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre (tio procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Att skriva läkarintyg var båda åren det område där lägst andel ville ha mer kompetens. Andelen läkare som inte upplever något behov av fördjupad kompetens är inom samtliga nedanstående områden större år 2012 än 2008.

Tabell 37. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden:		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	15	38	37	9
	2012	10	29	41	20
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	18	39	32	10
	2012	11	37	35	18
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	20	41	29	9
	2012	10	37	33	21
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	14	33	40	12
	2012	11	31	37	21
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	10	17	53	20
	2012	9	16	41	34
Utforma optimala handlingsplaner	2008	6	36	40	18
	2012	5	32	40	23
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	1	19	52	27
	2012	3	16	44	37
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	2	13	51	33
	2012	2	16	49	33

År 2012 angav en mindre andel stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen (5 procentenheter mindre) och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen (6 procentenheter) jämfört med 2008. År 2012 svarade mer än hälften av läkarna att de hade behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen. Även andelen läkare som inte upplevde behov av fördjupad kompetens inom sjukförsäkring, privata försäkringar och andra ersättningsformer var större år 2012 än 2008 (Tabell 38).

Tabell 38. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden..		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	7	36	40	17
	2012	6	32	40	22
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	2008	13	44	32	10
	2012	16	35	30	18
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	10	30	40	20
	2012	13	25	32	30

Mönstret att en mindre andel läkare hade ett stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 visar sig även vad gäller kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 39).

Tabell 39. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden..		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	9	31	48	12
	2012	8	28	41	23
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	10	38	40	12
	2012	9	35	37	20
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	40	37	11
	2012	10	38	35	17
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	38	38	12
	2012	10	35	39	16
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	12	36	34	18
	2012	15	27	38	20

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

I Tabell 40 visas andelen läkare som angav att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor hade stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Den största skillnaden mellan åren var att en större andel år 2012 angav att de satte stort värde på kurser i försäkringsmedicin (40 % 2012 jämfört med 28 % 2008). Även konferenser och seminarier angavs av en betydligt större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (25 respektive 14 %). Tjugosju procent uppgav år 2012 att information via Internet var av stort värde medan motsvarande andel år 2008 var 16 procent. Samtidigt uppgav en större andel att skriftlig information inte hade något värde år 2012 (21 %) jämfört med 2008 (27 %).

Tabell 40. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	46	21
	2012	38	42	20
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	14	59	27
	2012	17	61	21
Information via Internet	2008	16	61	22
	2012	27	54	19
Kurser i försäkringsmedicin	2008	28	50	22
	2012	40	47	13
Kurser i konflikthantering	2008	14	39	47
	2012	17	39	44
Konferenser, seminarier	2008	14	52	34
	2012	25	48	27
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	21	44	35
	2012	25	41	34

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att ha en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 41. Hälften av läkarna (52 %) svarade år 2012 att ”*ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning*” var av stort värde, jämfört med 40 procent år 2008. Båda åren värderade hälften av läkarna ”*bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten*” högt för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning.

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?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	26	43	32
	2012	27	44	29
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	23	43	34
	2012	26	45	29
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	51	37	13
	2012	51	33	16
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	40	42	18
	2012	52	34	14
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	25	31	44
	2012	27	29	45

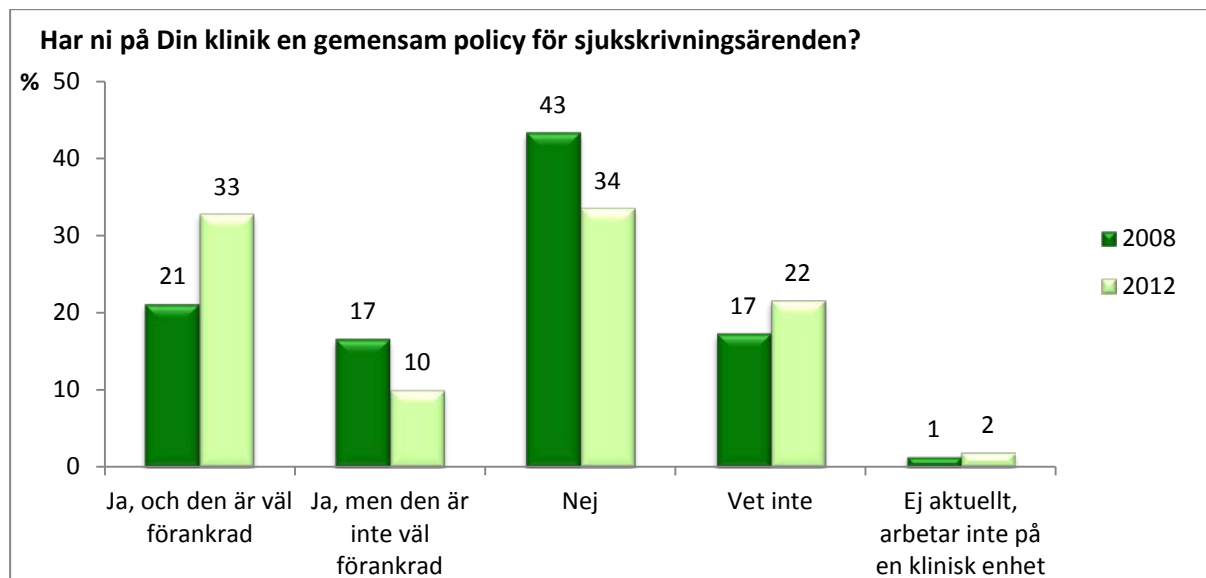
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) och Samverkan och kontakter (sidan 102).

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

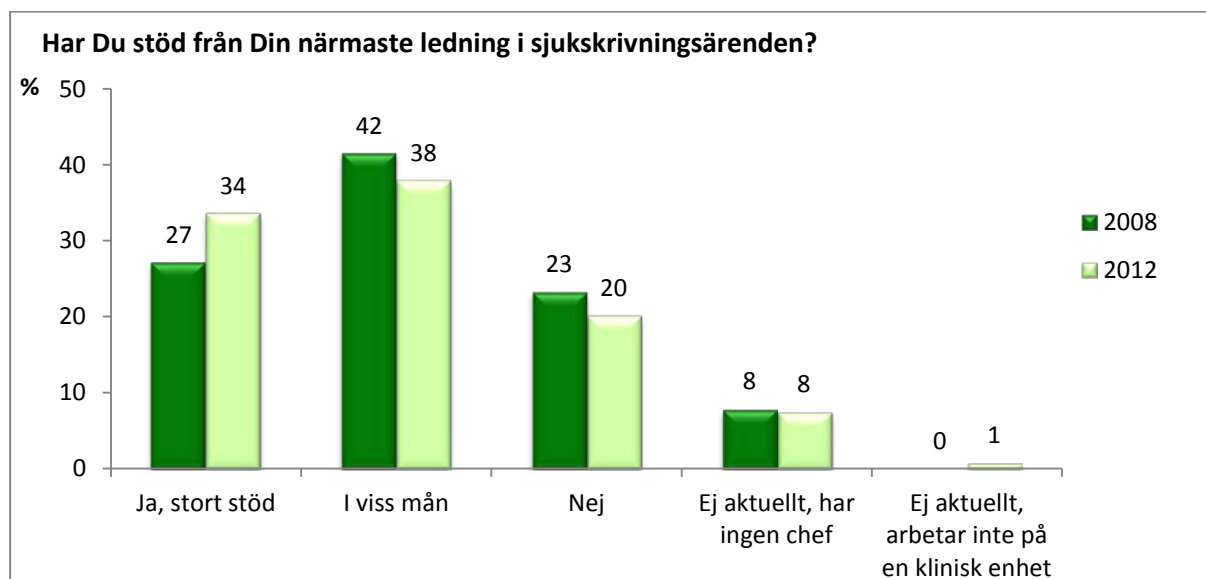
En tredjedel av läkarna år 2012 och en femtedel av läkarna år 2008, uppgav att det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden som var väl förankrad på den egna kliniken (Figur 74). Även andelen läkare som inte visste om det fanns en sådan policy var större 2012, där andelen var fem procentenheter högre jämfört med år 2008.



Figur 74. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Andelen som upplevde stort stöd eller visst stöd från den närmsta ledningen i handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor år 2008 (69 %) som år 2012 (72 %). En något större andel uppgav att de inte hade något stöd år 2008, jämfört med 2012.(Figur 75).



Figur 75. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

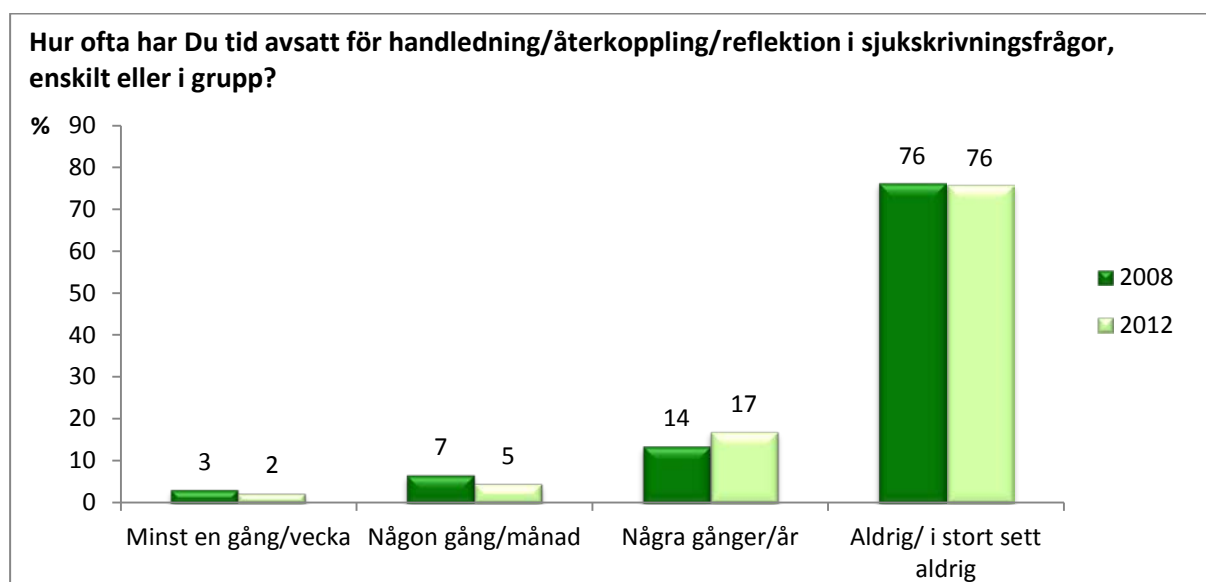
Tid till arbete med sjukskrivning

Nästan 30 procent av läkarna uppgav år 2012 daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid och kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden, även om andelen var något mindre jämfört med 2008 (Tabell 42). Även tidsbrist med patienten var mindre år 2012, där en femtedel (20 %) uppgav daglig tidsbrist, jämfört med 2008 motsvarande andel var en fjärdedel (26 %). Dock var andelen läkare som uppgav tidsbrist någon gång per vecka större år 2012 jämfört med 2008 inom samtliga tre områden.

Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	26	30	16	10	18
	2012	20	39	17	8	16
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	34	30	18	9	10
	2012	29	32	17	13	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	35	21	17	13	14
	2012	29	25	18	14	15

Drygt 75 procent, det vill säga tre av fyra läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 76).



Figur 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012

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

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

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

En något större andel hade kontakter med Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, och var nöjda med dessa, år 2012 jämfört med 2008. Det framgick dock att en stor andel upplevde svårigheter att komma fram per telefon, att sådana kontakter tar för mycket tid och att det är svårt att veta vem man ska kontakta. År 2012 var det, jämfört med tidigare, en större andel som upplevde att handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar, svårigheter att förmedla information via blanketter, att Försäkringskassan har stängt när läkaren har tid att ta kontakt samt att handläggare och läkare tycks tala olika språk.

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

Relaterat till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning av patienter angav en större andel av läkarna år 2012 att de hade en väl förankrad policy för sjukskrivningsärenden på sin klinik. Det var även en större andel, jämfört med 2008, som upplevde stort stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivning. År 2012 var det en något mindre andel som svarade att de upplevde daglig tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, men fortfarande svarade tre av fyra läkare att de aldrig hade någon tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion.

Slutkommentar

Övergripande resultat och slutsatser återfinns i sammanfattningen på sidan 5. 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 2004 och 2008 (från 71 till 61 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [134]. 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 på 58 procent, vilket är något lägre jämfört med 2008 (61 %), får sålunda betecknas som förhållandevis god.

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

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

En ytterligare metodaspekt är skillnaderna i urval mellan de 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 att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [109]. 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 [135].

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 8).

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde olika typer av problem inte har minskat nämnvärt, trots något färre sjukskrivningsfall [135] och trots de stora satsningar som gjorts inom området. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som

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

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

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts. Samtidigt uttrycker den absoluta majoriteten läkare även år 2012 behov av ökad kompetens inom området. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 38 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 [136].

Tabellförteckning

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012.	16
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Kalmar län uppdelat på	19
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga.	26
Tabell 4. Antal sjukskrivande läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel i varje utbildningsnivå, samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive 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 läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	37
Tabell 6 Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare respektive övriga läkare	38
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	39
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	40
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	42
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 läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	43
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	46
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	47
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	54
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	56
Tabell 15. 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 och uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	70
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på samtliga, läkare på vårdcentraler respektive övriga.	72

Tabell 17. 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 läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	73
Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	74
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	75
Tabell 20. 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 läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	76
Tabell 21. 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 läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	77
Tabell 22. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	80
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	81
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	86
Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är 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.	93
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 angett att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.	96
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.	97
Tabell 33. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	98
Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.	101
Tabell 35. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	102

Tabell 36. 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 37. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	111
Tabell 38. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	111
Tabell 39. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	112
Tabell 40. 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 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.	114
Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	116

Figurförteckning

Figur 1. En översiktsbild för illustration av de tre olika avsnitten i rapporten: röd, blå respektive grön.	23
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Sverige, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	32
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, respektive samtliga.	33
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.	33
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på läkare på vårdcentraler, övriga läkare, samt samtliga.	34
Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, samt samtliga.	35

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.	35
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	39
Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket eller ganska problematisk, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare. De läkare som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	41
Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	44
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	45
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	48
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	49
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på utbildningsnivå.	49
Figur 21. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	50
Figur 22. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på utbildningsnivå.	51
Figur 23. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	52
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	53
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	55
Figur 26. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 33 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.).....	55
Figur 27. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	57

Figur 28 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	58
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	59
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. De 17 procent som svarade ”Har inga kontakter med FK” har här exkluderats.	59
Figur 31 Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	60
Figur 32 Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.....	60
Figur 33. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 19 % som svarade ”Ej aktuellt” har exkluderats i denna figur.)	61
Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.	62
Figur 35. Andel (%) läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.	63
Figur 36. Andel (%) läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	64
Figur 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.....	64
Figur 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan används, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	65
Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av "Fråga-svar-funktionen", uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	65
Figur 40. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg innebär ökad eller minskad åtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	66
Figur 41. Andel (%) läkare som upplevde att användning av ”Fråga-svar-funktionen” innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.....	66
Figur 42. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.....	67
Figur 43. Andel (%) läkare som upplevde att användning av ”Fråga-svar-funktionen” underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	68

Figur 44. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.	68
Figur 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare, samt för samtliga.	69
Figur 46. Andel (%) läkare med läkarexamen och legitimerade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=16).	70
Figur 47. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=52)	71
Figur 48. 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=195)	71
Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt för samtliga.	78
Figur 50. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.....	79
Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare, samt samtliga.....	82
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.....	82
Figur 53. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare samt för samtliga.....	83
Figur 54. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.	87
Figur 55. 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 56. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.....	88
Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	88
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.....	89
Figur 59. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.....	90
Figur 60. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.	95
Figur 61. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.	95

Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	98
Figur 63. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedling, år 2008 respektive 2012.	99
Figur 64. 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.	100
Figur 65. 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 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	103
Figur 67. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	104
Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.).....	104
Figur 69. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	105
Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	105
Figur 71. 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 72. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2008 respektive 2012.	108
Figur 73. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. (De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.).....	110
Figur 74. 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 75. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	115
Figur 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.	116

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. Lindholm C, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning; Resultat för Karlmar län. 2010.
3. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
4. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: 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: Läkarsällskapet, 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. Sygefravaer 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 socialförsäkrings 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. 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.
43. 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).
44. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
45. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

46. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
47. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
48. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
49. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
50. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
51. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
52. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
53. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
54. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
55. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):152-5.
56. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
57. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
58. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
59. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
60. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
61. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
62. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
63. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
64. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
65. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
66. 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.
67. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
68. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
69. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.

70. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
71. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
72. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
73. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
74. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidsskrift*. 2009;6:518-28.
75. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
76. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
77. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
78. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
79. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
80. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
81. Abbott A. *The system of professions*. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
82. 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.
83. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
84. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
85. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
86. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
87. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
88. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
89. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
90. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
91. 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.
92. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.

93. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
94. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
95. 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.
96. 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.
97. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
110. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.

111. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
112. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
113. 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.
114. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005. p. 95-109.
115. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
116. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
117. 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.
118. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
119. 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.
120. 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).
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. 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.
125. 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).
126. 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.

127. 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.
128. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.
129. 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.
130. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen, 2008.
131. 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.
132. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast 2011.
133. 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:
134. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
135. OECD. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. 2010.
136. 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

ISBN 978-91-981256-5-8