

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Södermanlands län

Resultat från en enkätstudie år 2012
och jämförelser med 2008

Kristina Alexanderson
Rasmus Elrud
Elin Hinas
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, juli 2014

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

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

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7549-352-7

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Södermanlands län om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med de från en motsvarande enkät år 2008 [1]. Enkäterna skickades även till läkarna i övriga Sverige [2] och i denna rapport är fokus på läkarna i Södermanland. Många interventioner i hela riket och specifikt i Södermanland 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 Södermanland.

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

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

Till projektet har en referensgrupp varit knuten med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått: Siwert Gårdestig, Försäkringskassan; Ove Andersson, Svenska Läkarförbundet; Renée Vickhoff, Svenska Läkaresällskapet; Cecilia Unge, Sveriges kommuner och landsting (SKL); Måns Rosén, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); Jenny Kärrholm, Inspektionen för socialförsäkringen, 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	2
Sammanfattning	4
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	7
Sjukförsäkringar	7
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården	9
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	9
Läkares olika professionella roller.....	10
Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid.....	11
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	11
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	12
Syfte	14
Material och metod	15
2004 års enkätstudie	15
2008 års enkätstudie	15
2012 års enkätstudie	16
Studiepopulation	16
Frågeformulär 2012	16
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 Södermanland.....	27
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden	28
2. Svar från sjukskrivande läkare i Södermanland; 2012	30
Bakgrundsfaktorer	30
Antal år på arbetsplatsen.....	32
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	33
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	35
Allvarlighetsgrad av specifika problem	37
Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning	38
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	41
Oro och hot	42
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	43
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	45
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	47
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?	47
Problem med att använda beslutsstödet	48
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	48
Behov av fördjupad kompetens	50
Samverkan och kontakter	52

Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	56
Värdet av att få underlag av andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	57
Kontakter med Försäkringskassan	59
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	63
Elektronisk överföring av läkarintyg	65
Försäkringsmedicinsk kompetens	70
Kompetensutveckling via formell utbildning	71
Kompetensutveckling via vidareutbildning	72
Behov av fördjupad kompetens	73
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	76
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	77
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	80
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	81
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012	86
Bakgrundsfaktorer	87
Frekvens av sjukskrivningsärenden	88
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning	89
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning	90
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	93
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	95
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	96
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	98
Samverkan och kontakter	101
Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	102
Kontakter med Försäkringskassan	103
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	105
Försäkringsmedicinsk kompetens	107
Kompetensutveckling	107
Behov av fördjupad kompetens	109
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	111
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning	112
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	113
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	114
Tid till arbete med sjukskrivning	115
Slutkommentar	117
Tabellförteckning	119
Figurförteckning	122
Referenser	127

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat från en enkät år 2012 om läkares arbete med sjukskrivningsärenden i Södermanlands län. Jämförelser görs även med resultaten från en motsvarande enkät, utskickad år 2008 [1]. Resultaten redovisas för samtliga läkare som arbetade i Södermanland när de besvarade enkäten, samt uppdelat på vårdcentralsläkare och läkare vid övriga verksamheter.

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

Resultaten visar att en något mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2012; 33 procent jämfört med 38 procent 2008. Minskningen var lika stor för läkare vid vårdcentraler, där var andelarna 37 respektive 32 procent, som för läkare i andra verksamheter, där andelarna var 39 procent år 2012 och 34 procent 2008

En dryg femtedel (39 %) av läkarna i 2012 års enkät *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan, en lika stor andel som år 2008 (38 %). En större andel av läkarna vid vårdcentraler än de i övriga verksamheter upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt år 2012, både beträffande frekvens och allvarlighetsgrad av problem. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga, att göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan, att hantera längre sjukskrivningar, att skriva intyg och utlåtanden till Försäkringskassan, att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg samt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden

En tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller ganska stor utsträckning, och 17 procent upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som svarade att de upplevde detta var större vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.

Andelen som uppgav att de *sjukskriver patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* skiljde sig inte väsentligt mellan åren. När det gäller andel som angav att de sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per månad gällde de största skillnaderna orsakerna väntetid till utredning hos Försäkringskassan, där 22 procentenheter svarade detta år 2012 jämfört med 26 procentenheter 2008.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som infördes 2007, användes år 2012 av hälften (51 %) av läkarna minst någon gång per månad. Två femtedelar av samtliga läkare, en större andel bland dem vid vårdcentraler än i övriga verksamheter, upplevde beslutsstödet som mycket eller ganska problematiskt att använda. En tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. År 2012 svarade 53 procent att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och 43 procent att det underlättar kontakten med Försäkringskassan, jämfört med 69 respektive 49 procent år 2008.

Två tredjedelar (78 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 80 % av alla) var mycket eller ganska nöjda med kontakten år 2012, en något större andel än år 2008 (74 %). En tredjedel (32 %) upplevde *inte* några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 möjliga svårigheter som var listade i enkäten upplevde en stor andel läkare olika logistiska problem båda åren, som att det är svårt att komma fram per telefon, att det är svårt att få reda på vem man ska prata med, att kontakterna tar för mycket tid i anspråk samt att patientens handläggare ofta byts ut. Två av fem (37 %) angav år 2012 att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och en femtedel (20 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. En större andel svarade år 2012 att de upplevde sig/sina

bedömningar ifrågasatta av handläggare, att man har olika tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, att man 'talar olika språk', samt att det är svårt att komma fram per telefon och att kontakterna tar för mycket tid i anspråk, jämfört med 2008.

En majoritet (90 %) av läkarna använde sig år 2012 av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan – av dem svarade 42 procent att systemet underlättar deras arbete och 27 procent att det försvårar.

En absolut majoritet av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende, 94 procent år 2012 jämfört med 95 procent år 2008. Framför allt ville man 2012 ha ökad kunskap om olika ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet, om sjukförsäkringar och om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden. Ett stort behov av fördjupad kompetens fanns även för bedömning av arbets- och funktionsförmåga och kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken. En större andel värderade år 2012 handledning (44 jämfört med 35 %) och försäkringsmedicinska kurser (47 jämfört med 37 %) högt. Båda åren uppgav knappt hälften av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Den faktor som störst andel läkare 2012 ansåg skulle ha stort värde för god kvalitet i arbetet med sjukskrivning var *ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning*. Andelen som ansåg detta var något större 2012 än 2008 (53 jämfört med 47 %)

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 drygt hälften (51 %) av läkarna på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta var betydligt vanligare för läkarna vid vårdcentraler än för övriga läkare (72 jämfört med 38 %). En fjärdedel (27 %) av läkarna hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor. Svarsfördelningen för en gemensam policy och stöd från ledningen var i stort sett densamma i 2008 års enkät. Två av fem läkare svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. En majoritet av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

Slutsatser: Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var något mindre 2012 än 2008. Andelen som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska så ofta som minst en gång i veckan, samt andelen som upplever dem som mycket eller ganska problematiska, var emellertid lika stora år 2012 än 2008.

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 bland annat vad gäller upplevelse av att ens bedömningar ifrågasatts av handläggare samt att man 'talar olika språk'. Behovet av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling respektive instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort och en större andel värderar handledning och försäkringsmedicinska kurser högt. Slående är att i ett stort antal av de områden enkäterna täcker var svarsmönstret likartat mellan åren.

Det finns fortfarande 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
Södermanland	Ibland används ordet Södermanland för att beteckna Södermanlands län eller Landstinget i Södermanland
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 Södermanlands län om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Svaren jämförs ibland med svar från läkare i hela Sverige. Enkäterna skickades ut år 2008 respektive år 2012.

Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport där motsvarande enkätsvar från läkare från hela landet redovisas [2].

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

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

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

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

Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada [10]. Sätten att handha detta har varierat såväl över årtusenden som mellan länder och politiska system. I industrisamhällen har olika typer av försäkringar blivit ett vanligt sätt att hantera ekonomisk risk vid sjukdom eller skada såväl som vid andra risker, såsom brand [7, 11-16]. Möjligheten att ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är en central del i välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet [3, 14, 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, 24-30].

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 [31]. 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 [31]. 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, 32]. 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 [33, 34] samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [35, 36]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [37].

Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [1, 38, 39]. Socialstyrelsen har konstaterat [36, 40-44] 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, 44-46].

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [3, 4, 26, 34, 47, 48]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden¹ [49].
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 [11, 32, 50]. 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 [51, 52]. 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.

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

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, 53-57]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [56-61], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggssmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin [62-64]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [8, 9, 11, 36, 65, 66, 67]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [68]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [69]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinlärning, 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, 32, 48, 70].

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 [71-73].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [47, 74, 75].
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [37].
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet [48, 76-78].

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 [2].

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 [2, sid 10-14] inklusive införandet av den så kallade sjukskrivningsmiljarden, rehabiliteringskedjan, rehabiliteringsgarantin med mera. Sjukskrivningsmiljarden har inneburit ekonomiska medel för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning.

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

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

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [45, 46, 79-89]. 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 [90]. 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 [91, 92]; 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 [32, 93-96].

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 %) [38, 70, 97-104] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [1, 39, 48, 105]. 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, 32, 106].

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 [107], 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 Södermanlands 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 Södermanlands län år 2012. För att få en bild av förändringar över tid jämförs även resultat från studien 2012 med motsvarande resultat från en tidigare enkät år 2008 [1]. Frågeformulären skickades till nästan samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige. Resultaten i denna rapport är baserade på svar från de läkare som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Södermanlands län.

Enkäten 2012 riktades till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige [1]. År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting [38]. I Tabell 1 ges en övergripande bild av de tre enkäterna [2]. Resultat för de tre enkäterna har presenterats i tre tidigare rapporter [108, 109].

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, 110, 111]. 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 [38].

Svarsfrekvensen var 71 procent för 2004 års enkätstudie.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [38, 48, 70, 97-104, 112-118].

2008 års enkätstudie

Enkäten 2008 var en totalundersökning av alla drygt 37 000 yrkesverksamma läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen arbetade i Sverige. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) som förvaltas av Cegedim AB (nuvarande namn Cegedim Sweden AB) och innehåller information om alla

läkare i Sverige, inklusive år för läkarexamen och legitimation, typ av specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 [38]. Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att specificera [1]. Antalet frågor utökades från 96 till 163. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, utifrån de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

Synpunkter på enkäten gavs också av praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården, av forskare från Sverige och andra länder samt av projektets referensgrupp, som bestod av representanter från olika myndigheter och organisationer. Frågorna prövades i flera omgångar, och slutligen även i en pilotstudie i augusti 2008. Pilotstudiens enkät skickades till ett slumpmässigt urval av 100 personer ur HSAR. 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 [39, 48, 68, 70, 104, 105, 113, 117-127].

2012 års enkätstudie

Studiepopulation

Enkäten skickades i oktober 2012 ut till 33 465 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Det framkom att 321 av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit. Antalet läkare i studiepopulationen var således 33 144 personer, varav 648 bodde i Södermanlands län. Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). Två något olika urval användes:

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

- För övriga landet, inklusive Södermanland, 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; laborativ verksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

Frågeformulär 2012

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Utgångspunkten i dessa modifieringar var dels analyser av resultaten från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [4]. Dessutom lades några frågor till för att få kunskap om betydelsen av förändringar som skett efter 2008, till exempel införandet av möjligheten att elektroniskt överföra läkarintyg till Försäkringskassan, och via detta system

kunna kommunicera med handläggare på Försäkringskassan, via en så kallad 'Fråga-svar funktion'. För att inte öka antalet frågor i enkäten togs i stället några frågor från 2008 års enkät bort. Det totala antalet frågor blev 163.

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

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

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

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

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

Samtliga tre studier har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys, uppdelat på län. Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent för hela landet och varierade från 54 till 66 procent mellan länen och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. För Södermanlands län var svarsfrekvensen 54 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 [1, 38].

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

Totalt använde 19 procent (n=68) av läkarna som uppgav att de arbetar i Södermanland 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 Södermanlands län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	648	349	53,9
Kvinnor	280	157	56,1
Män	368	192	52,2
20-39 år	186	101	54,3
40-54 år	240	114	47,5
55-67 år	222	134	60,4

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 5,4 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 [102, 114, 116, 117], och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

Dataanalys

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

2012 års datamaterial

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

I det blå avsnittet (sidan 30) redovisas svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen arbetar i Södermanlands län, samt har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Frågorna i detta avsnitt redovisas dels för samtliga läkare och dels uppdelat på läkare på vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter.

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

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit, och dessa har klassificerats enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för 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 [1].

Jämförelser över tid

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

Eftersom urvalet för 2012 års enkät var mer avgränsat än för 2008 års enkät, vad gäller ålder och typ av klinisk verksamhet, har motsvarande avgränsning gjorts vad gäller läkarna vars svar redovisas från 2008 års enkät. I denna jämförelse ingår därmed svar från läkare som vid respektive 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 Södermanland. 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.

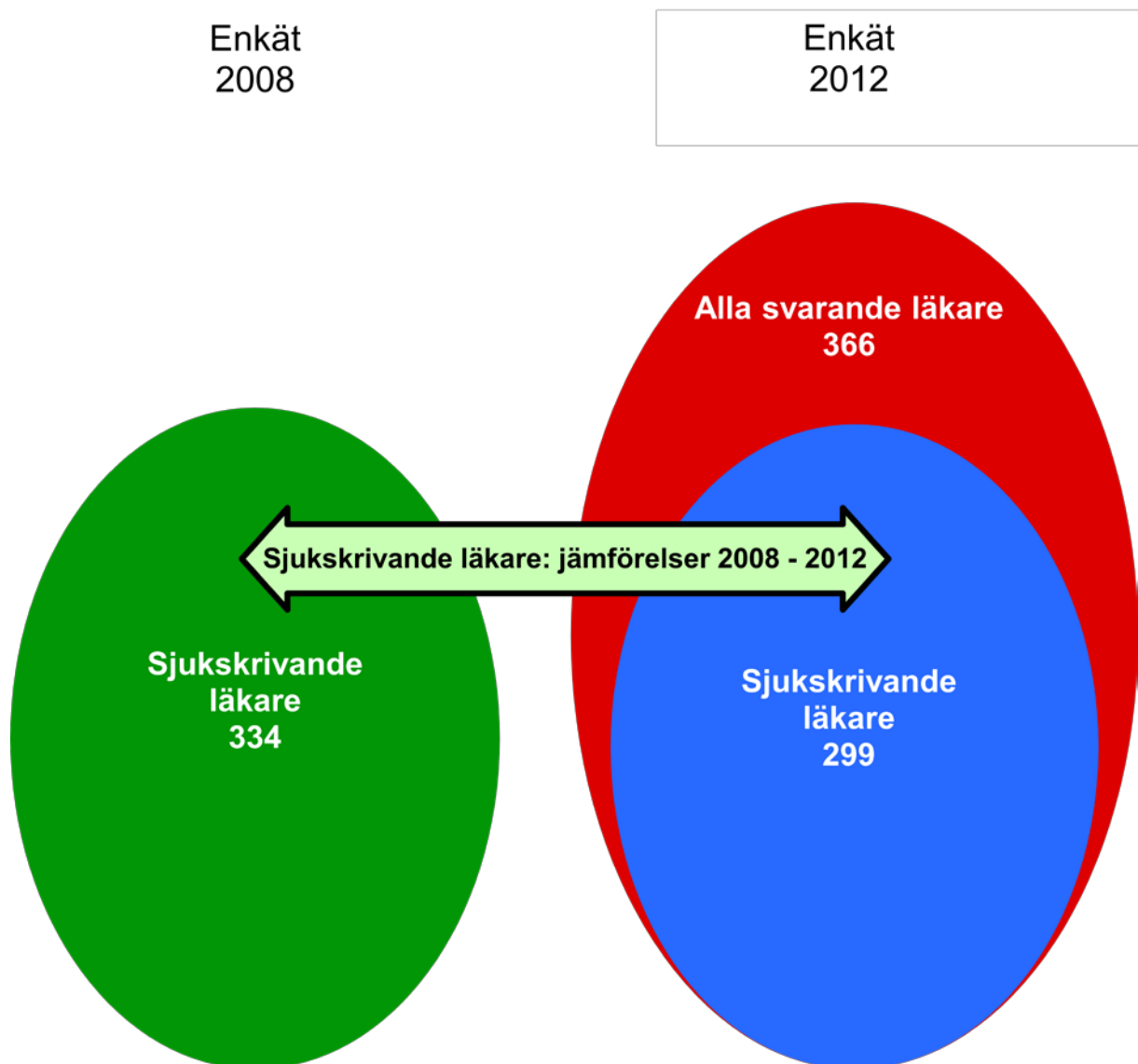
Jämförelser är alltså gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

- 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?

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

Resultat

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



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

Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt

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

1: Samtliga svarande läkare 2012

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

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

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

Blå tabeller och figurer

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

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

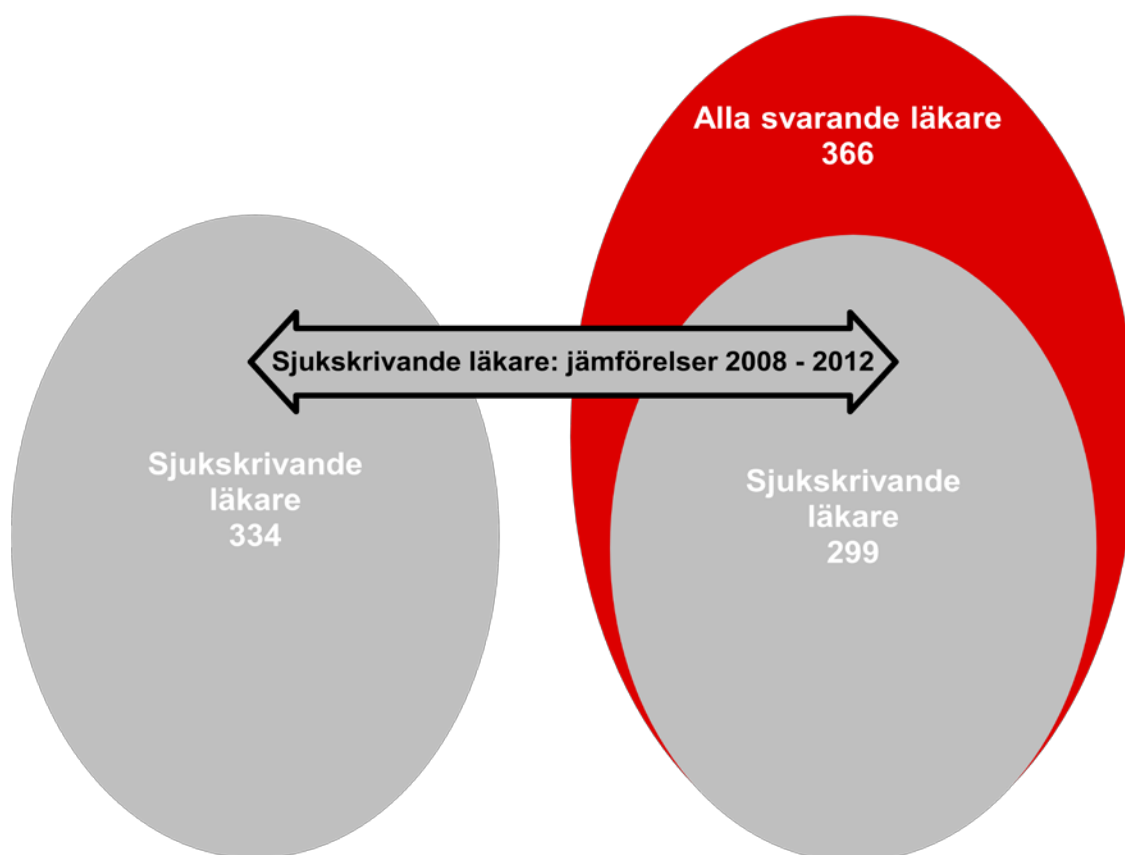
Gröna tabeller och figurer

I.

Samtliga svarande läkare i Södermanland 2012

Enkät
2008

Enkät
2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de hade sin huvudsakliga arbetsplats i Södermanlands län var 366. Av dessa hade 31 procent (n=115) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning

Bakgrundsfaktorer

Som visas i Tabell 3 var 46 procent av de svarande läkarna kvinnor. Könsfördelningen bland läkare vid vårdcentraler skiljde sig inte nämnvärt från könsfördelningen bland läkare inom övriga verksamheter, i båda fallen var det en något större andel män än kvinnor. Medelåldern var densamma, 48 år, både för läkarna vid vårdcentraler och för de i övriga verksamheter. Däremot var andelen i åldern 40-54 år och andelen specialistutbildade större bland läkarna i övriga verksamheter, jämfört med läkarna vid vårdcentraler.

Köns- och åldersfördelningen samt andelen specialistutbildade läkare i Södermanlands län liknade den för landet i helhet.

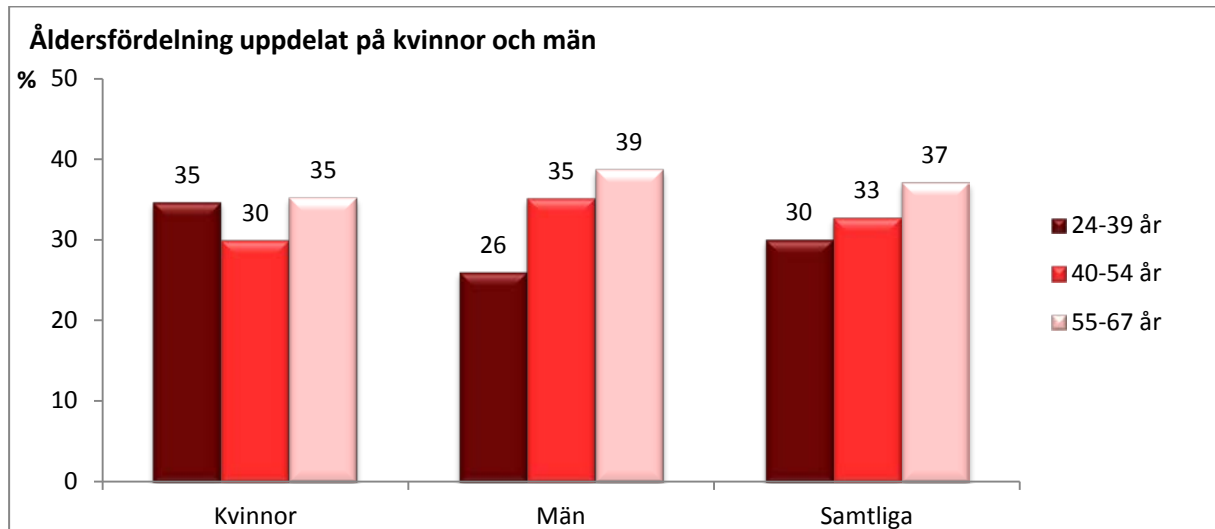
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andelar för högsta utbildningsnivå, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Samtliga n=366	Vårdcentral n=115	Övriga läkare n=251
Kön	Kvinnor (%)	46	46	47
	Män (%)	54	54	53
Ålder	24-39 år (%)	30	32	29
	40-54 år (%)	33	26	36
	55-67 år (%)	37	42	35
	Medelålder (år)	48	48	48
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	8	10	7
	Leg. läkare (%)	4	5	3
	Pågående ST-utbildning (%)	19	21	18
	Specialistutbildade (%)	70	64	72

Yrkesverksamma läkare i Södermanland

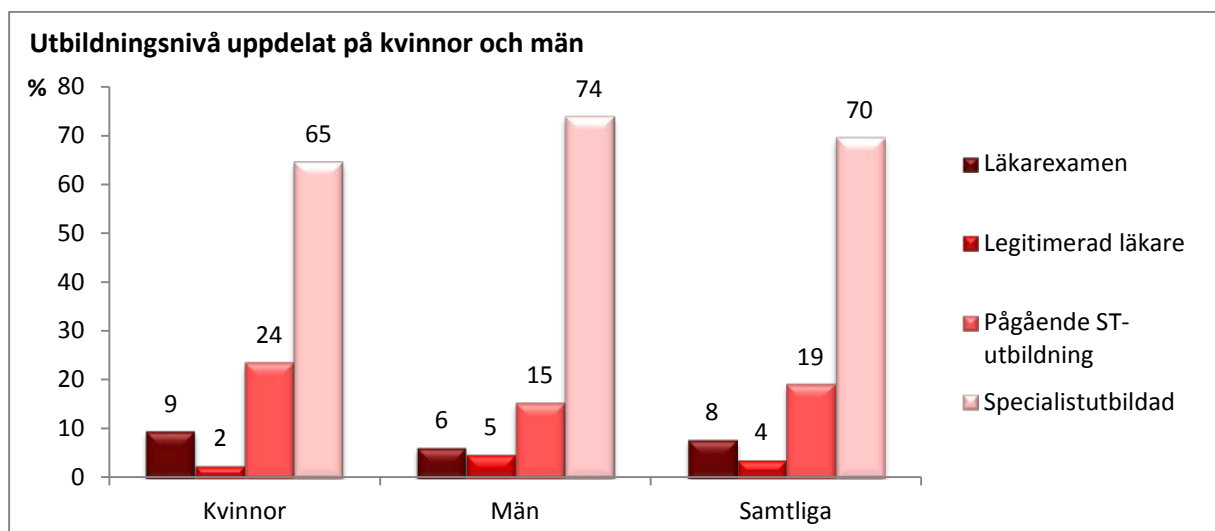
Inga läkare uppgav på frågan om vid vilken typ av klinik/verksamhet de har sitt huvudsakliga arbete att de inte varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna. Två personer (n=0,5 %) svarade emellertid inte på frågan och har kategoriserats i gruppen 'Övriga läkare'.

Det fanns en könsspecifik skillnad i åldersfördelning bland de yrkesverksamma läkarna i Södermanland (Figur 2). Bland kvinnorna var den yngsta och den äldsta åldersgruppen lika stora, 35 procent, medan den äldsta åldersgruppen bland männen var störst och den yngsta klart minst (39 respektive 26 %).



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

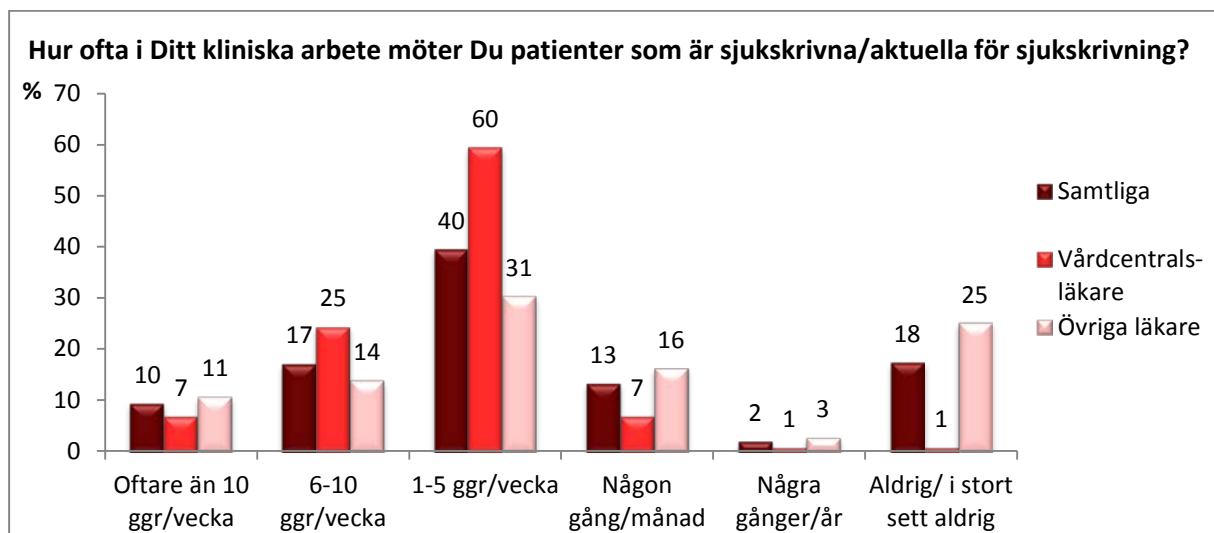
Det fanns även en könsskillnad vad gäller högsta utbildningsnivå. En större andel bland männen hade en avslutad specialistutbildning, medan en pågående specialistutbildning var vanligare bland kvinnorna (Figur 3). Bland En större andel av de specialistutbildade männen hade mer än en specialistutbildning, jämfört med bland kvinnorna, 26 respektive 17 procent (ej i figur).



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

Andel läkare som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebar att patienten sjukskrevs, 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 18 procent i stort sett aldrig hade det (Figur 4). Det fanns emellertid stora skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter. Medan en överväldigande majoritet av dem vid vårdcentraler (91 %) angav att de har sådana konsultationer minst en gång per vecka var motsvarande andel för dem i övriga verksamheter drygt hälften (55 %). En fjärdedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att de i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=3, 0,8 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



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

Andel läkare som har sjukskrivningsärenden i Södermanland i jämförelse med övriga landsting

Andelen yrkesverksamma läkare som i någon omfattning arbetade med sjukskrivningar var i Södermanland större än motsvarande andel för hela landet (82 jämfört med 73 %). Minst var denna andel i Stockholm (65 %) och störst i Blekinge (83 %). Bland alla landets landsting varierade andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka mellan sex procent (Norrbotten) och 14 procent (Västmanland). Motsvarande siffra för Södermanland var tio procent. Störst andel läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning var aktuellt fanns i Stockholm (35 %). Denna andel var mindre för Södermanland än för landet i helhet (18 jämfört med 27 %) procent.

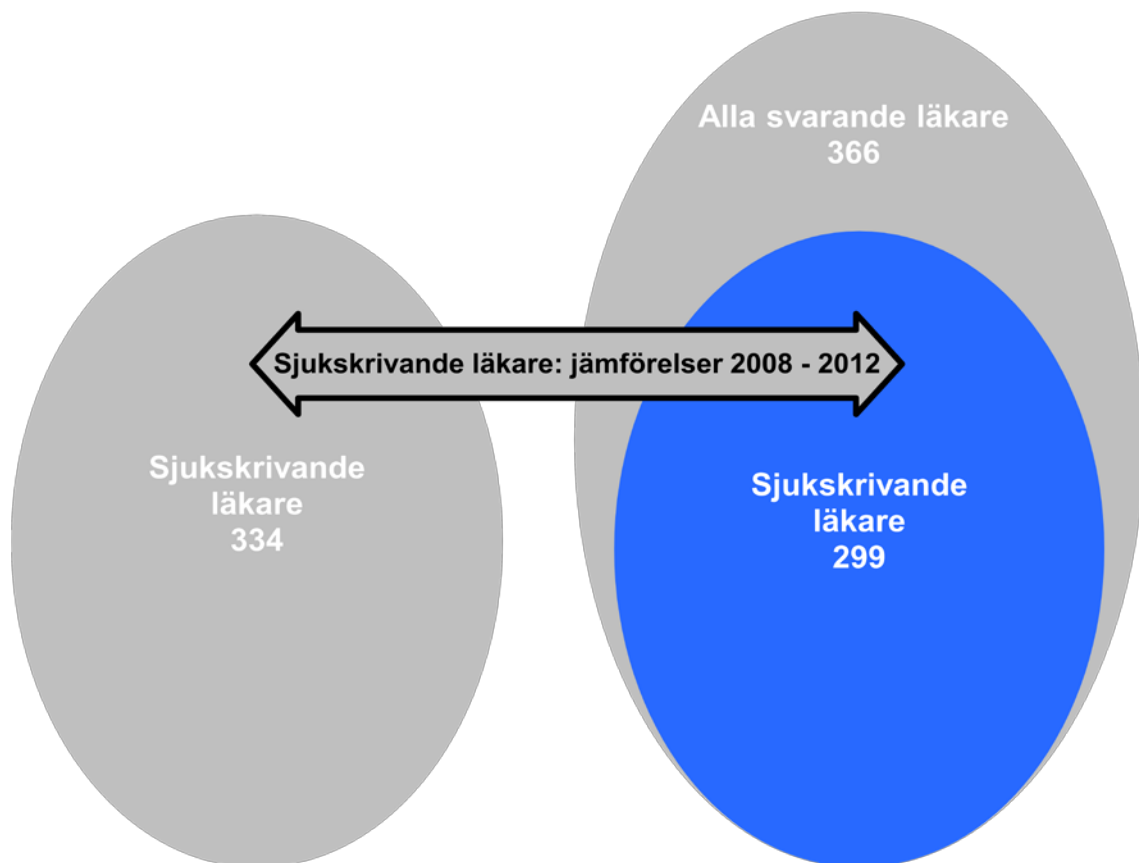
I Södermanland svarade 67 procent av läkarna att de minst en gång per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning jämfört med 60 procent för läkare i hela landet (ej i tabell).

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2012

Enkät
2008

Enkät
2012



2. Svar från sjukskrivande läkare i Södermanland; 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 299 läkare som svarat på enkäten och som:

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

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

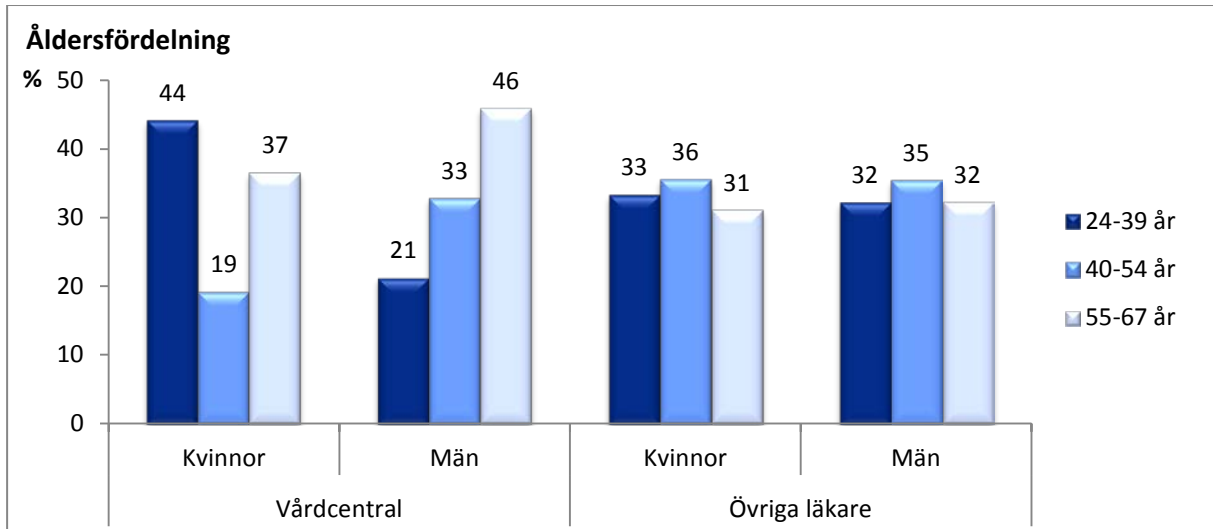
Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna var 47 procent kvinnor och 53 procent män (Tabell 4). Männerna var i svag majoritet både bland läkarna vid vårdcentraler och bland övriga läkare. Medelåldern var ungefär densamma vid vårdcentraler och i övriga verksamheter, även om en större andel läkare vid vårdcentraler tillhörde den äldre ålderskategorin, 55-67 år. Andelen specialistutbildade läkare var 67 procent för samtliga sjukskrivande läkare i Södermanland, något mindre bland läkare på vårdcentraler jämfört med övriga läkare.

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

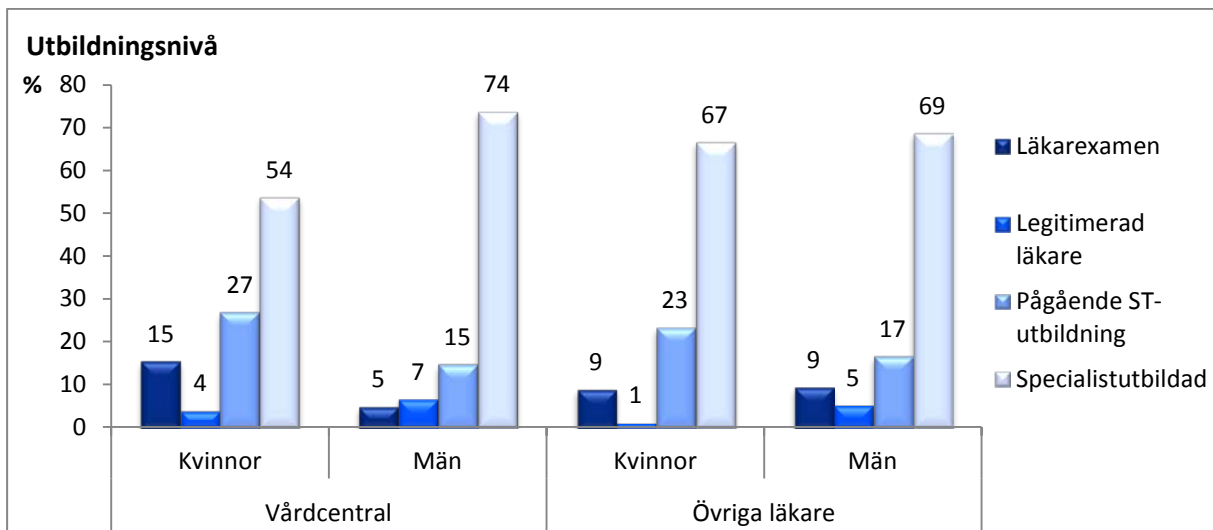
		Samtliga n=299	Vårdcentral n=113	Övriga läkare n=186
Kön	Kvinnor (%)	47	46	48
	Män (%)	53	54	52
Ålder	24-39 år (%)	32	32	33
	40-54 år (%)	32	27	35
	55-67 år (%)	35	42	32
	Medelålder (år)	48	48	47
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	9	10	9
	Leg. läkare (%)	4	5	3
	Pågående ST-utbildning (%)	20	20	20
	Specialistutbildade (%)	67	65	68

Som framgår av Figur 5 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor. Bland läkarna vid vårdcentraler var störst andel kvinnor mellan 24 och 39 år och störst andel män mellan 55 och 67 år. Nära hälften av kvinnorna respektive männen tillhörde dessa ålderskategorier. Bland läkarna i övriga verksamheter var åldersfördelningen jämnare, med ungefär lika stora andelar i de tre ålderskategorierna.



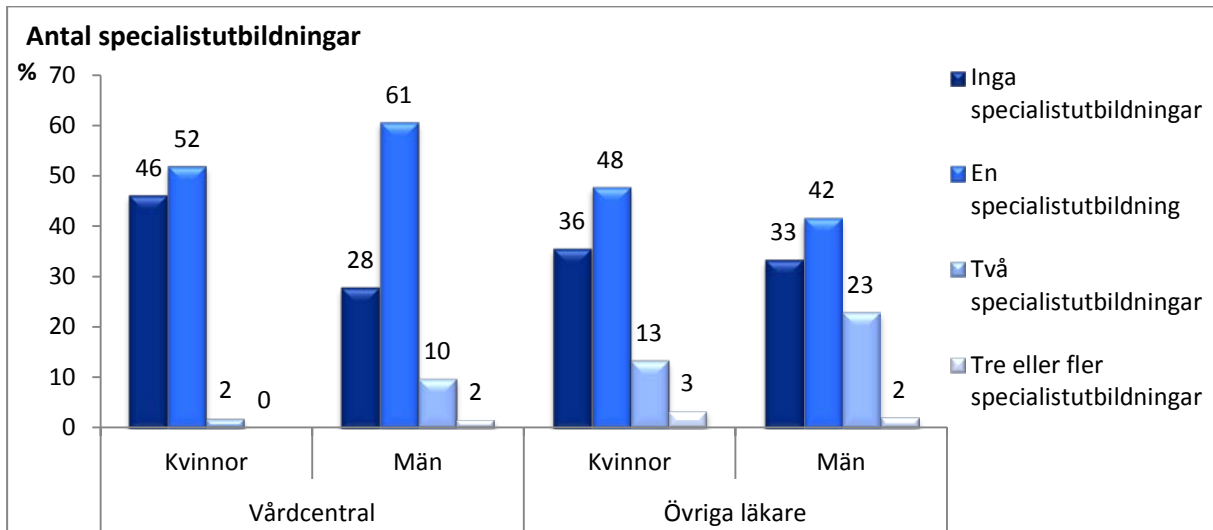
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler samt i övriga verksamheter.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen bland läkarna vid vårdcentraler kan relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. Tre fjärdedelar av männen hade här en specialistexamen, jämfört med drygt hälften av kvinnorna (Figur 6).



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

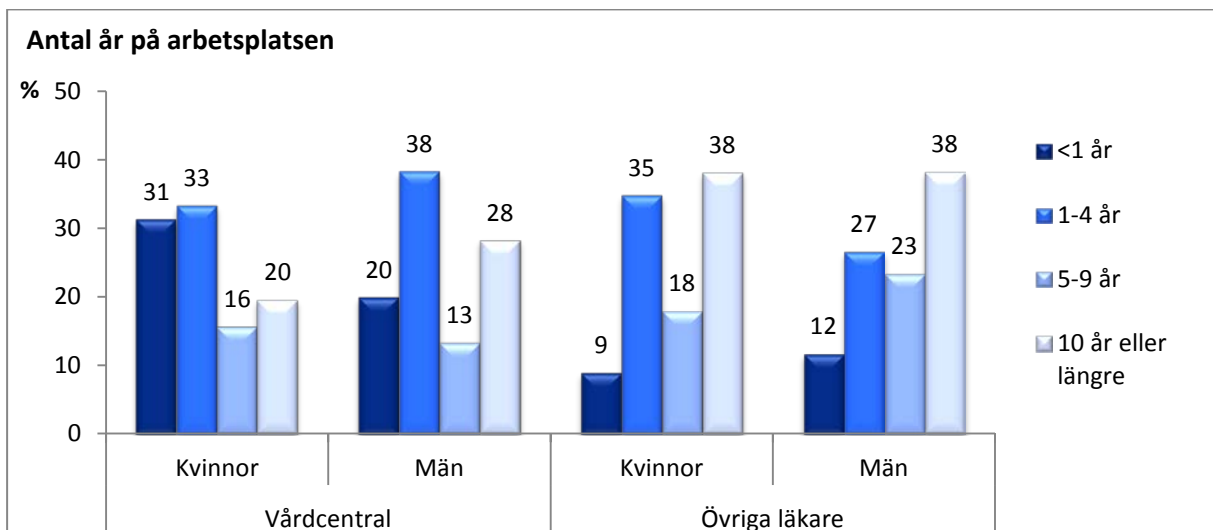
I Figur 7 framgår det tydligare att andelen icke-specialister var betydligt större bland kvinnorna än bland männen vid vårdcentraler. Samtidigt var andelen med fler än en specialistutbildning större bland männen, såväl vid vårdcentraler som i övriga verksamheter.



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

Antal år på arbetsplatsen

Nästan två tredjedelar (65 %) av kvinnorna och drygt hälften (58 %) av männen vid vårdcentraler hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 8). Bland läkarna i övriga verksamheter var motsvarande andelar 44 procent för kvinnorna och 38 procent för männen. Bland läkarna vid vårdcentraler hade en större andel män jämfört med kvinnor hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats. Bland läkarna i övriga verksamheter var dessa andelar lika stora.



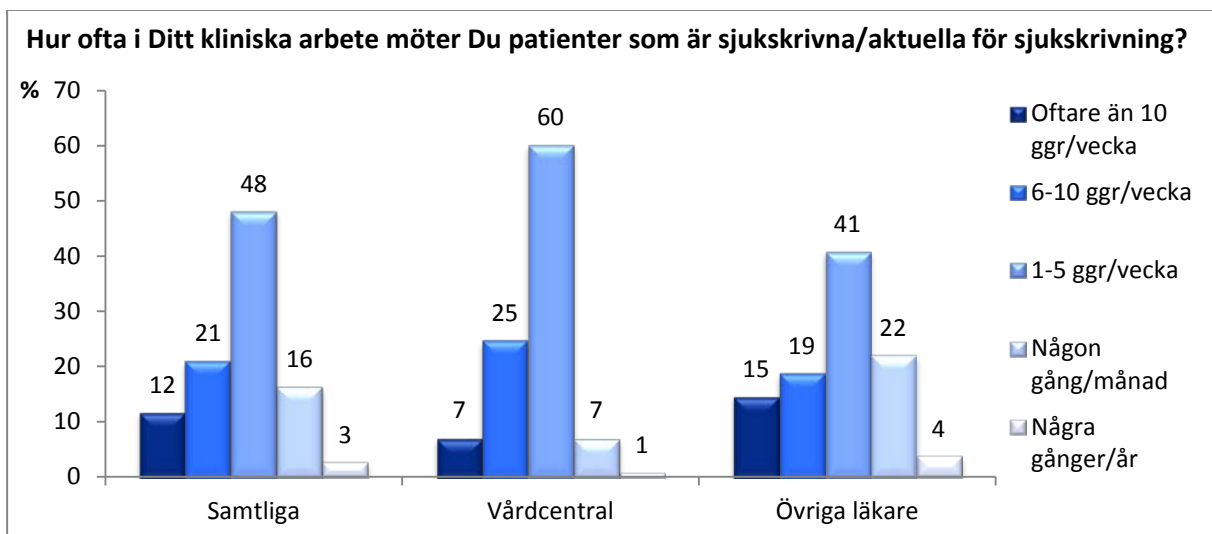
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

Ålders- och könsfördelning samt andel specialistutbildade i Södermanland i jämförelse med övriga landsting

Könsfördelningen varierade något, med störst andel kvinnor i Stockholm (54 %) och minst andel i Blekinge (39 %). Andelen i Södermanland liknade den för landet som helhet (47 respektive 49 %). Ålderssammansättningen varierade också. Störst andel yngre läkare fanns i Västernorrland (40 %), och störst andel äldre fanns i Blekinge (42 %). Södermanland hade liksom landet i helhet en jämn åldersfördelning bland de sjukskrivande läkarna, med ungefär en tredjedel i var och en av de tre ålderskategorierna. Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Blekinge (80 %) och minst i Dalarna och Södermanland (66 respektive 67 %).

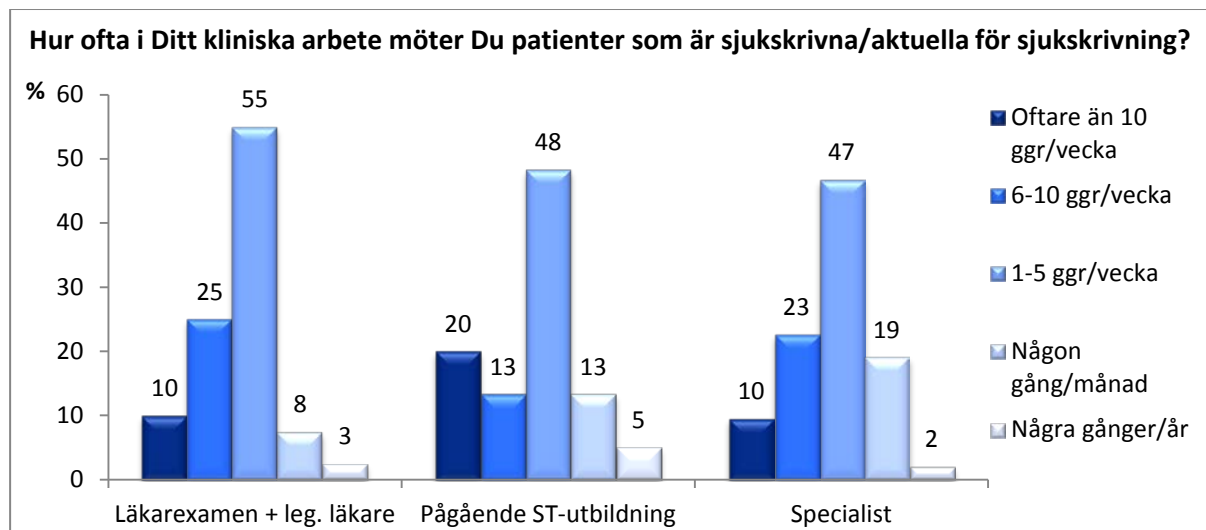
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Drygt 80 procent av läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Detta var dock vanligare bland läkarna vid vårdcentraler där 92 procent hade sjukskrivningsärenden lika ofta, jämfört med 74 procent bland läkarna i övriga verksamheter.



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

Det var en relativt jämn fördelning vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning. Dock hade en större andel av läkarna med en pågående specialistutbildning sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka (20 %) och en större andel specialistutbildade hade dessa endast någon gång per månad eller mer sällan (21 %) (Figur 10).



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

Frekvens av sjukskrivningsärenden i Södermanland i jämförelse med övriga landsting

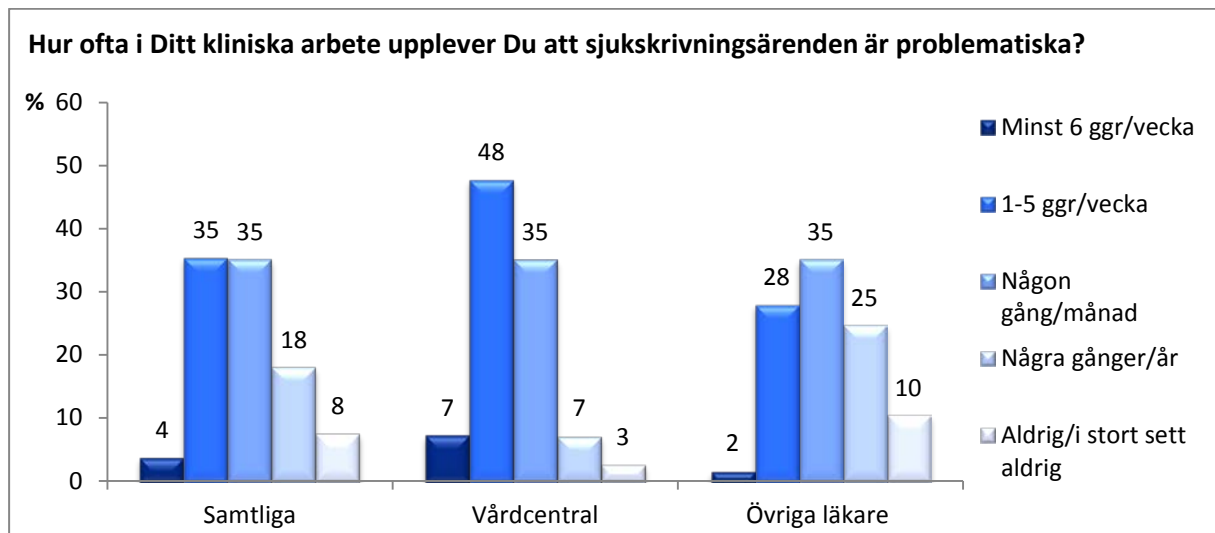
Andelen läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning oftare än tio gånger per vecka i Södermanland (12 %) liknade den för hela landet (14 %). I Västmanland och Värmland var denna andel störst, där svarade 17 procent av läkarna att de hade sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka. I Norrbotten var motsvarande siffra åtta procent, vilket var den minsta andelen i landet.

Sammanfattning av frekvens om sjukskrivningsärenden

Fyra av fem (81 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och var tredje (33 %) hade det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka var större vid vårdcentraler (92 %) än i övriga verksamheter (74 %). En större andel av läkarna med pågående specialutbildning än av de färdigutbildade specialisterna och läkarna utan specialistutbildning uppgav att de har sjukskrivningsärenden tio gånger per vecka eller oftare.

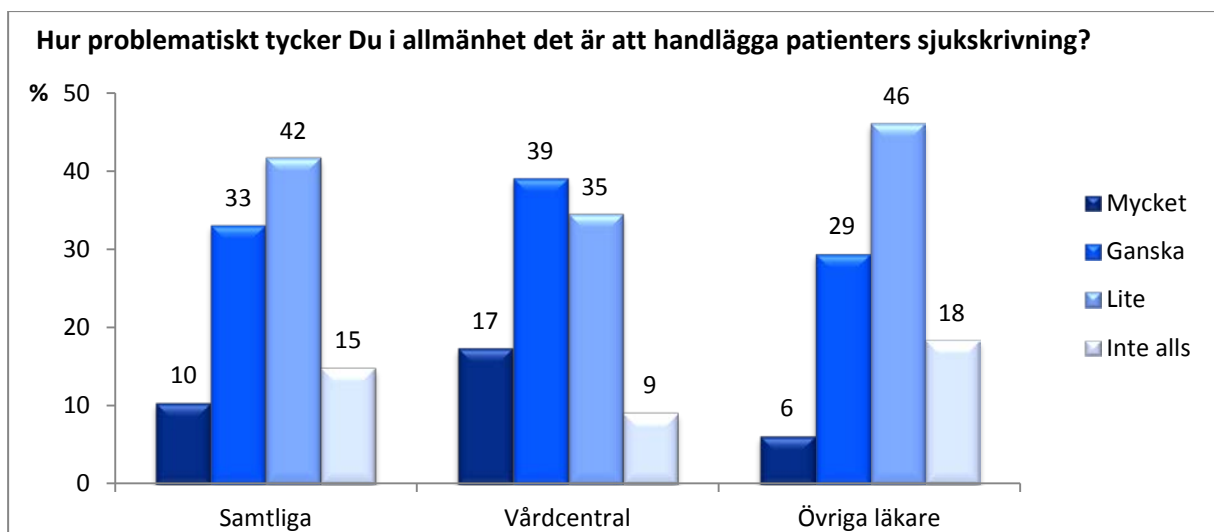
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Inledningsvis fanns en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 11). Två av fem läkare (39 %) rapporterade att de upplever att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt minst en gång i veckan. Denna andel var betydligt större bland läkarna vid vårdcentraler (55 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (30 %).



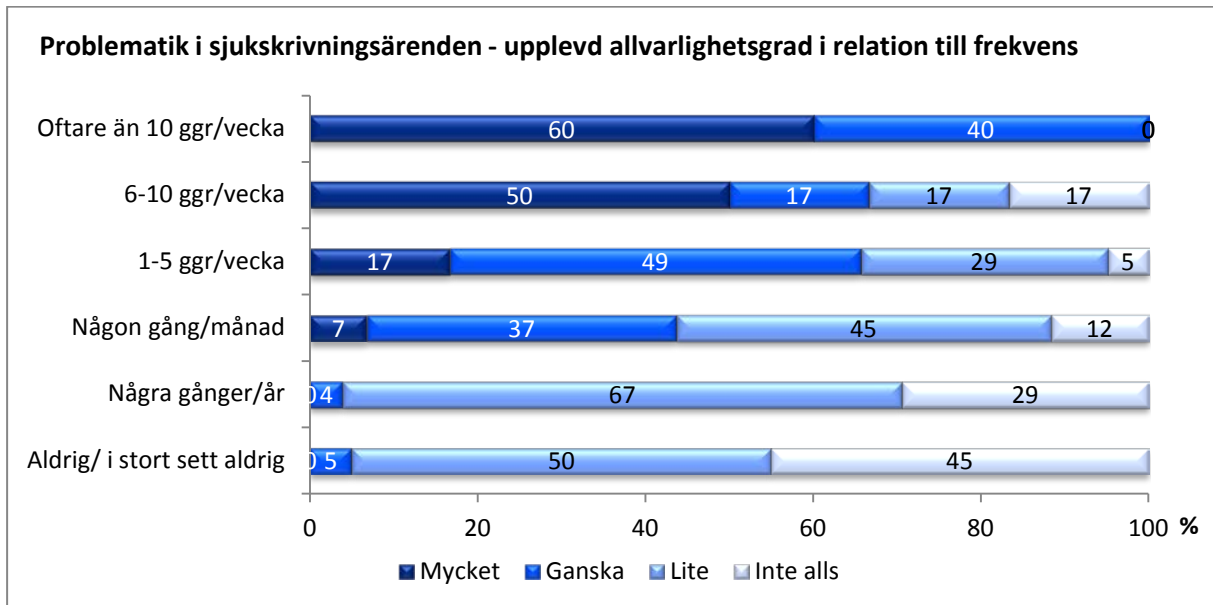
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* sjukskrivande läkare generellt tyckte att det är problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det är att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 12). Över hälften av läkarna (56 %) vid vårdcentraler tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt, jämfört med drygt var tredje (36 %) av läkarna i övriga verksamheter.



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

I Figur 13 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de upplevs. Av figuren framgår ett mönster som tyder på att bland dem som oftare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, upplever även en större andel sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska. På motsvarande sätt fann ingen 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.

Problem med sjukskrivningsärenden i Södermanland och övriga landsting

Hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varierade något mellan de olika landstingen. I Jämtland och Södermanland var denna andel störst, här uppgav två av fem (40 respektive 39 %) att de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Minst andel (26 %) som upplevde detsamma fanns i Östergötland.

Variationen mellan landstingen vad gällde andel som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde problem var mindre. I Jönköping, Kronoberg och Jämtland var den minst (5 %), i Stockholm och Östergötland störst (10 %). I Södermanland var denna andel åtta procent. Östergötland hade minst andel läkare (35 %) som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar medan Jämtland hade störst (46 %).

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 47) respektive Samverkan och kontakter (sidan 52) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 69 procent angav det som mycket eller ganska problematiskt (Tabell 5). Motsvarande andel vid bedömning av patienter som har ett arbete var 63 procent. En majoritet av läkarna uppgav också att det är mycket eller ganska problematiskt att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga, att hantera förlängningar av sjukskrivningar där andra läkare skrivit tidigare intyg och att bedöma optimal sjukskrivningstid och grad. Generellt svarade en större andel av läkarna vid vårdcentraler att de upplever de specifika problem som presenteras i Tabell 5, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	17	32	36	14
	Vårdcentral	34	32	27	6
	Övriga läkare	7	32	42	19
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	11	32	39	19
	Vårdcentral	24	37	32	7
	Övriga läkare	3	28	43	26
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	22	41	30	7
	Vårdcentral	40	37	19	5
	Övriga läkare	11	43	37	8
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	34	35	22	9
	Vårdcentral	47	29	15	8
	Övriga läkare	26	39	26	9
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	14	37	41	8
	Vårdcentral	26	43	28	3
	Övriga läkare	7	33	48	12
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	22	35	29	13
	Vårdcentral	35	39	18	8
	Övriga läkare	15	33	36	16
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	8	23	42	27
	Vårdcentral	9	32	39	20
	Övriga läkare	8	17	44	31
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	20	35	34	10
	Vårdcentral	28	35	29	8
	Övriga läkare	16	35	37	12

Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning

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

Drygt hälften (52 %) av läkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som dels patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan (Tabell 6). En lika stor andel (51 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när de och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning. En större andel av vårdcentralsläkarna upplevde dessa ärenden som mycket eller ganska problematiska, jämfört med övriga läkare.

På de tre frågor som handlar om att diskutera och överväga eventuell sjukskrivning med patienten var det mellan 34 och 39 procent som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	Samtliga	4	29	40	27
	Vårdcentral	7	39	38	16
	Övriga läkare	2	22	41	35
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	6	31	38	25
	Vårdcentral	11	38	33	18
	Övriga läkare	3	27	41	29
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	12	27	39	22
	Vårdcentral	19	28	37	15
	Övriga läkare	8	26	40	26
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	17	34	36	13
	Vårdcentral	25	36	30	8
	Övriga läkare	12	33	39	16
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	17	35	31	16
	Vårdcentral	29	41	18	11
	Övriga läkare	9	32	39	20

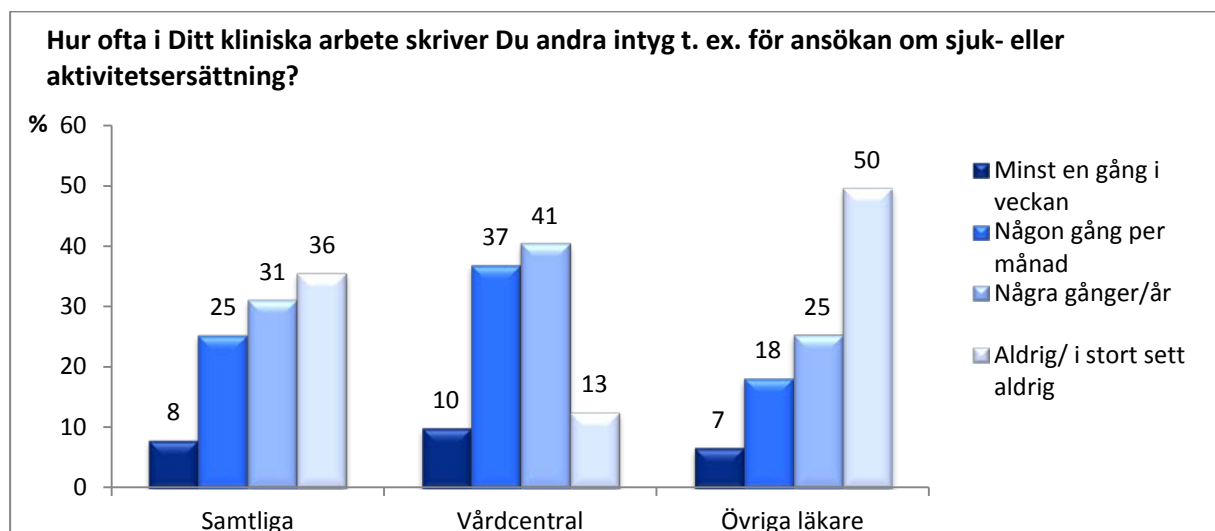
När det handlade om att skriva vanliga läkarintyg, och särskilt att skriva mer omfattande intyg till Försäkringskassan, upplevde en större andel av läkarna detta som problematiskt, till exempel jämfört med att hantera dokumentationskravet [36, 128], det vill säga att veta vad i ett sjukskrivningsärende som ska dokumenteras i journalen (Tabell 7). Mest problematiskt rapporterades det vara att skriva andra typer av medicinska intyg/utlåtanden än läkarintyget (FK 7263); 57 procent av de tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg fann detta som mycket eller ganska problematiskt.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	8	28	39	26
	Vårdcentral	12	35	31	21
	Övriga läkare	5	24	43	28
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga ¹	22	34	27	16
	Vårdcentral ²	29	39	19	13
	Övriga läkare ³	17	30	34	19
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	4	16	37	43
	Vårdcentral	5	18	39	38
	Övriga läkare	4	15	36	45

¹⁻³ De läkare som svarade att det inte är aktuellt att skriva denna typ av intyg är exkluderade i analyserna; ¹: 23 %, ²: 12 %, ³: 29 %.

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget svarade 36 procent att de aldrig gör detta (Figur 14). Andelen som aldrig gjorde detta var betydligt mindre vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (13 % jämfört med 50 %).



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

Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna svarade att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem (Tabell 8). Majoriteten av läkarna svarade att de inte alls upplever det som problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varar mer än två veckor. För frågorna om sjukskrivning längre än 14 dagar fanns svarsalternativet 'Ej aktuellt'. En större andel av läkarna i övriga verksamheter jämfört med läkarna vid vårdcentraler uppgav att dessa frågor inte är aktuella i deras yrkesutövande, framförallt när det gällde sjukskrivningar mellan tre och sex månader (19 jämfört med 1 %) och sjukskrivningar längre än sex månader (30 jämfört med 6 %). När de som svarat 'Ej aktuellt' exkluderas framgår att en majoritet av läkarna, för vilka det var aktuellt med handläggning av sjukskrivningar längre än tre månader, angav dessa ärenden som mycket eller ganska problematiska. Denna andel var större bland läkarna vid vårdcentraler än bland de i övriga verksamheter, för såväl sjukskrivningar med en varaktighet mellan tre och sex månader (75 jämfört med 61 %) som för sjukskrivningar längre än sex månader (77 jämfört med 67 %).

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	1	6	30	63
	Vårdcentral	2	6	35	57
	Övriga läkare	1	6	26	66
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga ¹	14	28	38	20
	Vårdcentral ²	26	32	34	7
	Övriga läkare ³	7	25	41	27
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga ⁴	31	36	20	13
	Vårdcentral ⁵	40	35	19	6
	Övriga läkare ⁶	24	37	22	17
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga ⁷	41	30	17	11
	Vårdcentral ⁸	50	27	16	7
	Övriga läkare ⁹	34	33	18	15

¹⁻⁹ De läkare som svarade att det inte är aktuellt att handlägga längre sjukskrivningar är exkluderade i analyserna; ¹: 2 %, ²: 0 %, ³: 4 %, ⁴: 12 %, ⁵: 1 %, ⁶: 19 %, ⁷: 21 %, ⁸: 6 %, ⁹: 30 %.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

En knapp fjärdedel av läkarna vid vårdcentraler jämfört med en åttondel av läkarna i övriga verksamheter uppgav att de minst en gång per vecka träffar en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (Tabell 9). Tolv respektive sex procent sade lika ofta nej till en patients önskan om sjukskrivning. Å andra sidan uppgav sju respektive tre procent av läkarna att de varje vecka är med om att en patient säger nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång per vecka angavs av tretton procent av läkarna vid vårdcentraler och fyra procent av övriga läkare, medan 15 respektive 41 procent aldrig eller nästan aldrig hade sådana konflikter.

Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; tolv procent av läkarna vid vårdcentraler och 15 procent av läkarna i övriga verksamheter 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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	Samtliga	8	26	36	31
	Vårdcentral	13	36	35	15
	Övriga läkare	4	19	36	41
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	17	36	27	20
	Vårdcentral	23	46	23	8
	Övriga läkare	13	30	30	27
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	5	19	38	38
	Vårdcentral	7	23	44	26
	Övriga läkare	3	17	34	46
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	8	33	45	14
	Vårdcentral	12	43	40	5
	Övriga läkare	6	27	48	19
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	14	33	29	24
	Vårdcentral	12	39	27	22
	Övriga läkare	15	29	31	25

Oro och hot

En majoritet av läkarna uppgav sig i stort sett aldrig uppleva hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden. Att uppleva oro och hot i förekom dock oftare bland läkarna vid vårdcentraler än bland de i övriga verksamheter (Tabell 10). Vanligast av dessa situationer var att uppleva oro för att bli anmäld av en patient med anledning av ett sjukskrivningsärende. En tiondel (11 %) av läkarna vid vårdcentraler angav att de minst någon gång per månad upplever detta. Motsvarande andel bland övriga läkare var tre procent.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	2	4	11	83
	Vårdcentral	5	6	12	77
	Övriga läkare	1	2	11	86
känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	2	12	85
	Vårdcentral	3	5	20	73
	Övriga läkare	1	1	7	92
känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	2	2	6	89
	Vårdcentral	5	2	14	80
	Övriga läkare	1	3	2	95
säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	2	2	15	82
	Vårdcentral	5	3	24	68
	Övriga läkare	0	1	9	90

Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar

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

Två av fem (39 %) läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. Detta var vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (55 jämfört med 30 %). Över hälften (56 %) av läkarna vid vårdcentraler tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, jämfört med drygt en tredjedel (36 %) av övriga läkare. Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att uppleva arbetet med sjukskrivning som mycket problematiskt.

När det gäller 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 långsiktig prognos av arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar samt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden (sidan 80).

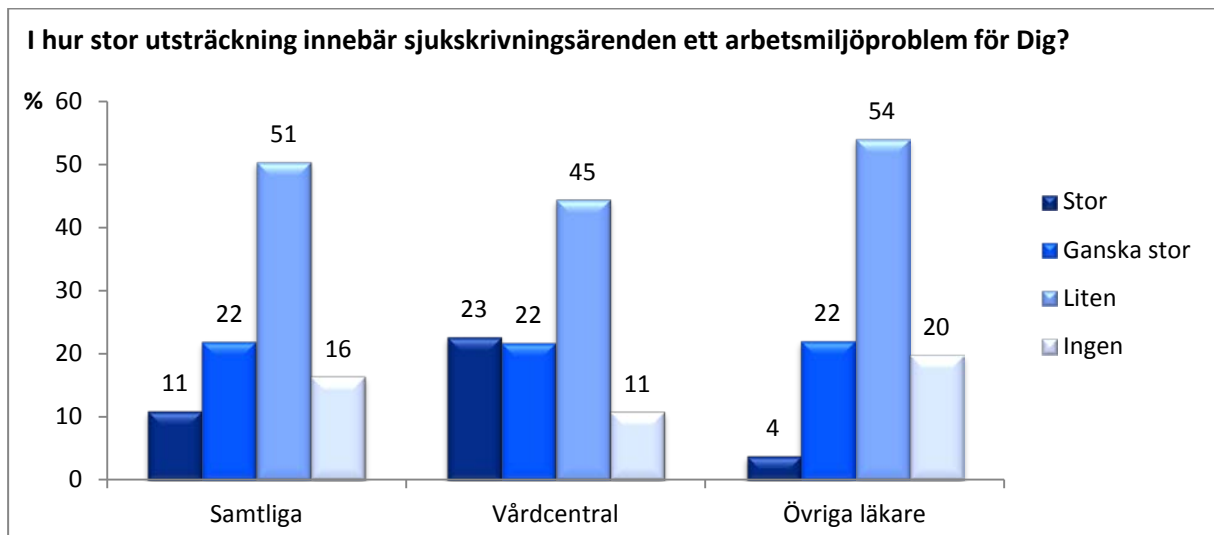
För läkare vid vårdcentraler upplevdes utöver tidigare nämnda även att hantera de två rollerna som dels behandlande läkare och dels medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter som speciellt problematiska. Läkare i övriga verksamheter upplevde ofta situationer såsom att handlägga förlängning av andra läkares sjukskrivningar som problematiska.

I procent räknat uppgav en liten andel att de upplever 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

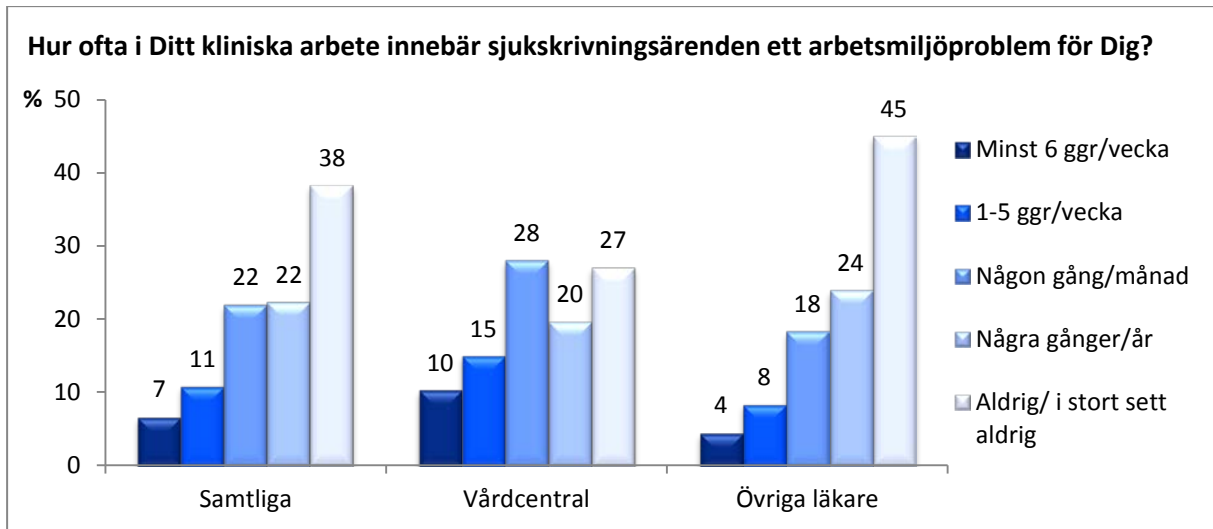
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [32, 61, 111, 129, 130]. Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem.

En tredjedel (33 %) av läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning, andelen var betydligt större bland läkarna vid vårdcentraler än bland de i övriga verksamheter (Figur 15). Ungefär en sjättedel (16 %) svarade att sjukskrivningsärenden inte innebär ett arbetsmiljöproblem.



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

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade 38 procent att de i stort sett aldrig gör det, medan 17 procent svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 16). Även här fanns skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. En betydligt större andel (45 %) av läkarna i övriga verksamheter upplevde i stort sett aldrig sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, jämfört med läkarna vid vårdcentraler (27 %).



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

Arbetet med sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem i Södermanland, jämfört med övriga landsting

Det fanns vissa skillnader mellan landstingen vad gäller i vilken utsträckning läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem. I Södermanland uppgav en tredjedel (33 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden utgjorde ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning, vilket låg nära motsvarande andel för hela landet (32 %). Störst var denna andel i Jämtland (42 %). Den minsta andelen (29 %) fanns i Stockholm, Uppsala, Östergötland, Gotland och Norrbotten.

När det gällde hur ofta läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar innebar ett arbetsmiljöproblem tyckte 16 procent av alla läkare i landet att så var fallet minst en gång per vecka. Södermanland låg nära landet som helhet, med 17 procent. Även här hade Jämtland störst andel (29 %) av landets landsting. Minst var andelen i Stockholm (14 %).

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av en tredjedel, 33 procent av de sjukskrivande läkarna i Södermanland. Störst andel fanns bland läkarna vid vårdcentraler där knappt hälften, 45 procent, ansåg detta. Bland läkarna i övriga verksamheter ansåg 26 procent detta. Sjutton procent av läkarna svarade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. En större andel av läkarna i övriga verksamheter än läkarna vid vårdcentraler svarade att de i stort sett aldrig upplever sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Några möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Tabell 11 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt som angavs av läkarna var väntetider till behandlingar och utredningar inom sjukvården. Tre femtedelar av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av sådana väntetider. Av läkarna i övriga verksamheter uppgav en fjärdedel väntetider till utredning inom vården och en knapp tredjedel väntetider till behandling som anledning till att de sjukskrev längre än nödvändigt minst någon gång per månad.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	Samtliga	10	28	36	25
	Vårdcentral	19	42	31	7
	Övriga läkare	5	20	39	36
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	4	17	26	52
	Vårdcentral	7	31	33	28
	Övriga läkare	2	9	22	67
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	2	15	24	59
	Vårdcentral	4	29	27	41
	Övriga läkare	1	6	23	70
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	3	13	29	55
	Vårdcentral	4	28	37	32
	Övriga läkare	2	4	25	69
... väntetider till behandling?	Samtliga	11	29	40	20
	Vårdcentral	20	38	36	6
	Övriga läkare	6	24	43	28

I enkäten ställdes även frågor om andra anledningar att sjukskriva längre än nödvändigt (Tabell 12). Den anledning som angavs av störst andel läkare var brist på återbesökstider. Bland samtliga läkare uppgav en fjärdedel (24 %) att de sjukskriver längre än nödvändigt av denna anledning minst någon gång per månad och andelen var betydligt större bland vårdcentralsläkarna (34 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (18 %). En nästan lika stor andel (33 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav även att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av saknad tillgång till annan adekvat behandling än kognitiv beteendeterapi.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	Samtliga	7	17	21	55
	Vårdcentral	8	26	20	45
	Övriga läkare	7	11	22	61
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	6	13	21	60
	Vårdcentral	13	23	27	36
	Övriga läkare	2	6	17	74
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	6	13	23	58
	Vårdcentral	11	22	25	42
	Övriga läkare	2	8	22	68
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	3	16	35	46
	Vårdcentral	6	23	43	28
	Övriga läkare	2	11	30	57
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	3	10	26	61
	Vårdcentral	5	16	34	46
	Övriga läkare	2	7	21	71
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	4	8	17	71
	Vårdcentral	7	12	20	61
	Övriga läkare	2	5	15	78
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	1	8	26	64
	Vårdcentral	1	17	29	53
	Övriga läkare	2	3	25	70
... annan anledning?	Samtliga	1	5	4	90
	Vårdcentral	4	8	7	81
	Övriga läkare	0	3	2	96

Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården. Två av fem läkare vid vårdcentraler och var fjärde respektive var tredje läkare i övriga verksamheter angav att de gjorde detta minst någon gång per månad. Brist på återbesökstider var en annan vanlig orsak till att läkarna sjukskrev längre än nödvändigt; en tredjedel av läkarna vid vårdcentraler och en femtedel av övriga läkare uppgav att de gör detta minst någon gång per månad.

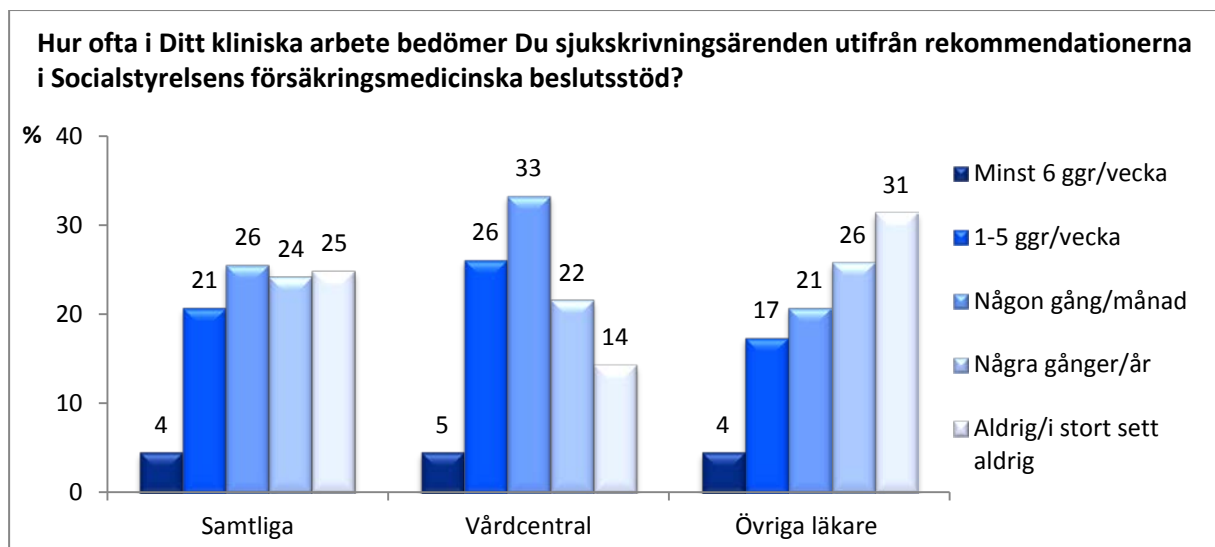
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Under år 2007 och 2008 infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [33, 131]. Den övergripande vägledningen reviderades 2012 [34] och det diagnosspecifika beslutsstödet uppdateras fortlöpande [132].

Totalt fanns det tio frågor i enkäten 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?

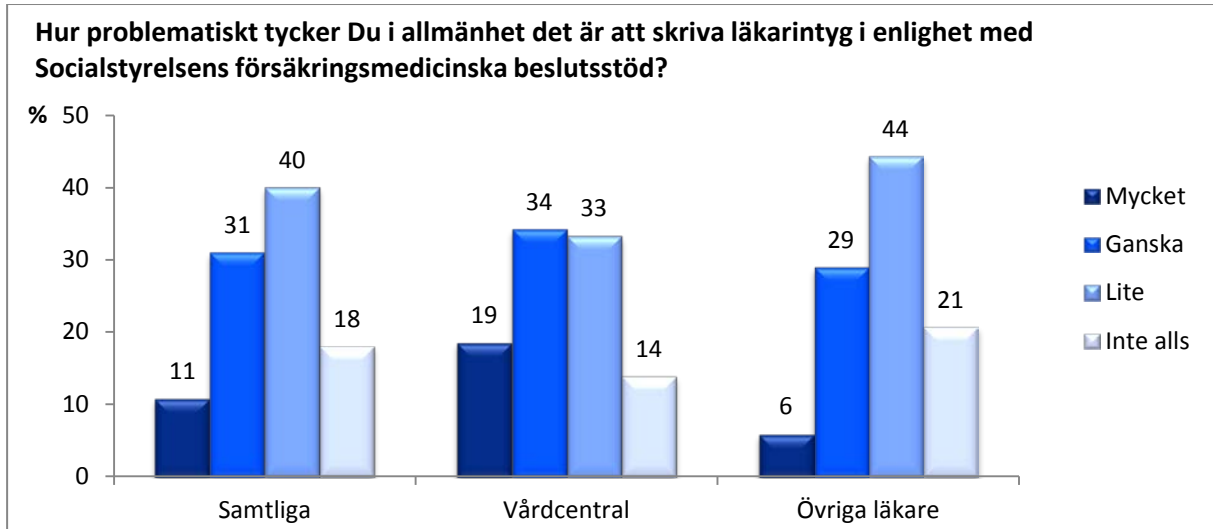
Drygt hälften av läkarna, 51 procent, uppgav att de använder beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 17). Användandet skiljde sig åt mellan läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare. Två tredjedelar (64 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de använder beslutsstödet minst någon gång per månad, medan motsvarande siffra för läkarna i övriga verksamheter var två av fem (43 %). En fjärdedel av samtliga läkare uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet.



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

Problem med att använda beslutsstödet

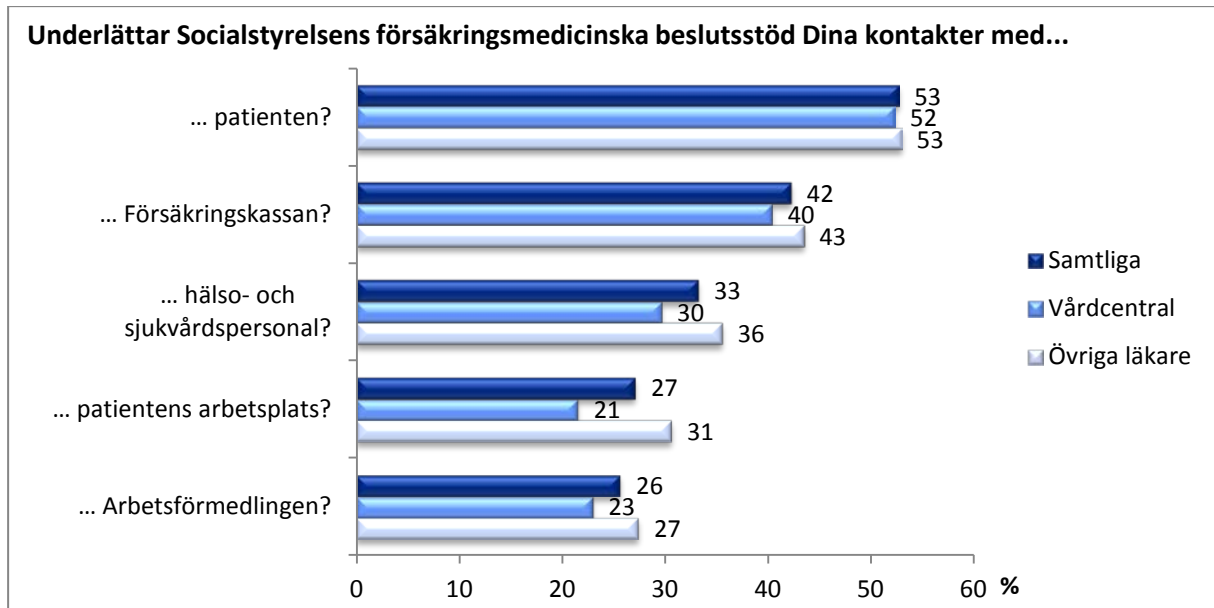
Fyrtiofem procent av samtliga läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 18). Denna andel var större bland läkarna vid vårdcentraler (53 %) än bland de i övriga verksamheter (35 %).



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

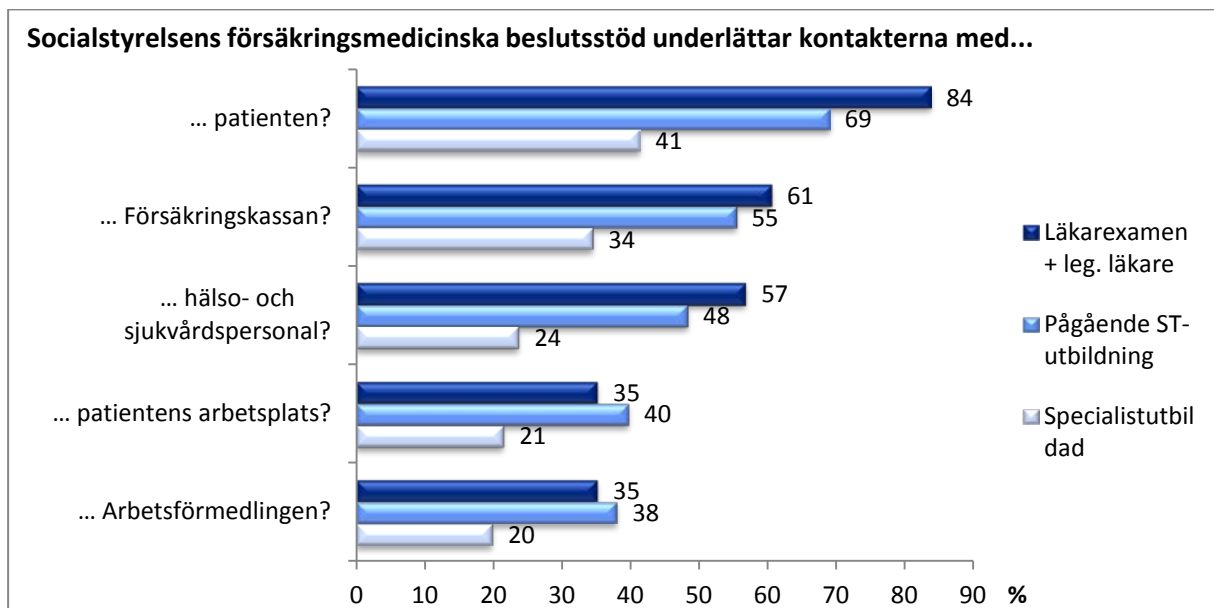
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient samt med andra samverkanspartners. I Figur 19 visas hur hälften av de sjukskrivande läkarna ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. Två av fem menade att det underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Skillnaderna var små mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter. En fjärdedel av läkarna svarade att beslutsstödet även underlättar kontakterna med andra aktörer. Denna andel var något större bland läkarna i övriga verksamheter. 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.



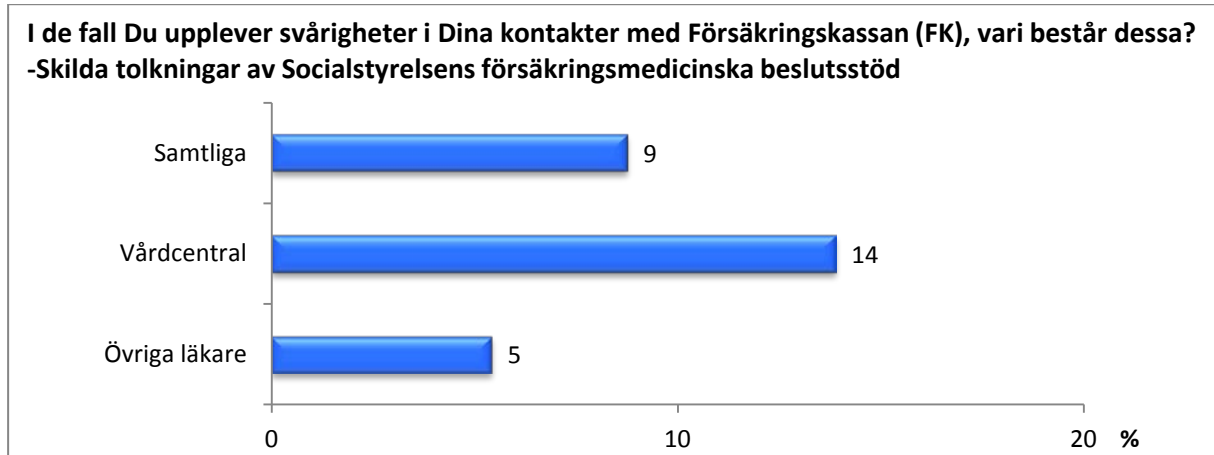
Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 20 har svaren på frågan om beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. Det framkommer att läkare med lägre utbildningsnivå i större utsträckning svarade att beslutsstödet underlättar kontakterna med olika aktörer. En något större andel av läkarna med en pågående specialistutbildning än de med läkarexamen samt legitimerade läkare angav att beslutsstödet underlättar kontakten med patientens arbetsplats samt med Arbetsförmedlingen. Dessa skillnader var dock små. Specialisterna uppgav i minst utsträckning att beslutsstödet underlättar kontakterna.



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

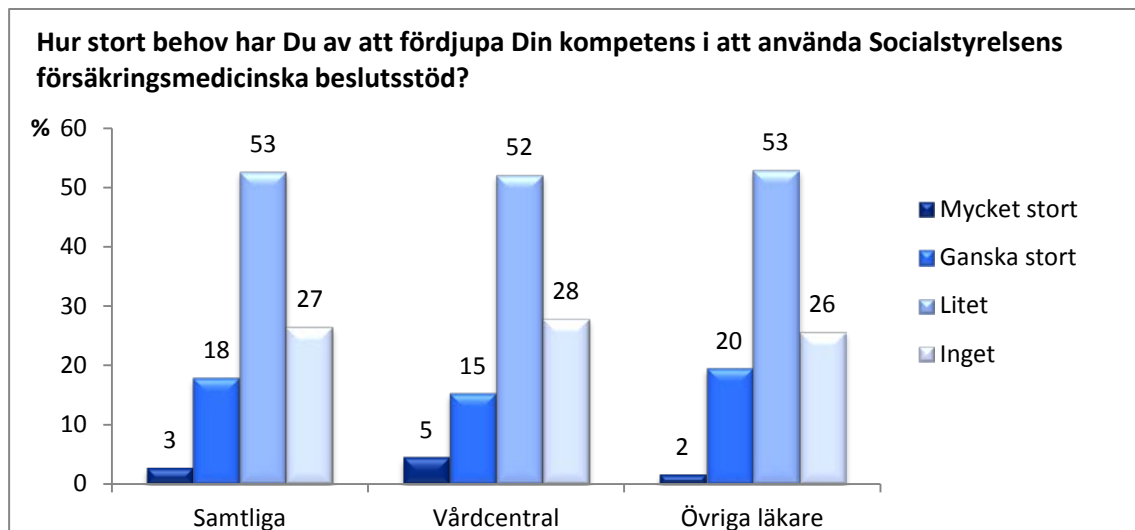
Som framgår av Figur 21 angav en tiondel av de sjukskrivande läkarna att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att de och Försäkringskassan har skilda tolkningar av beslutsstödet. Detta angavs av en större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.



Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

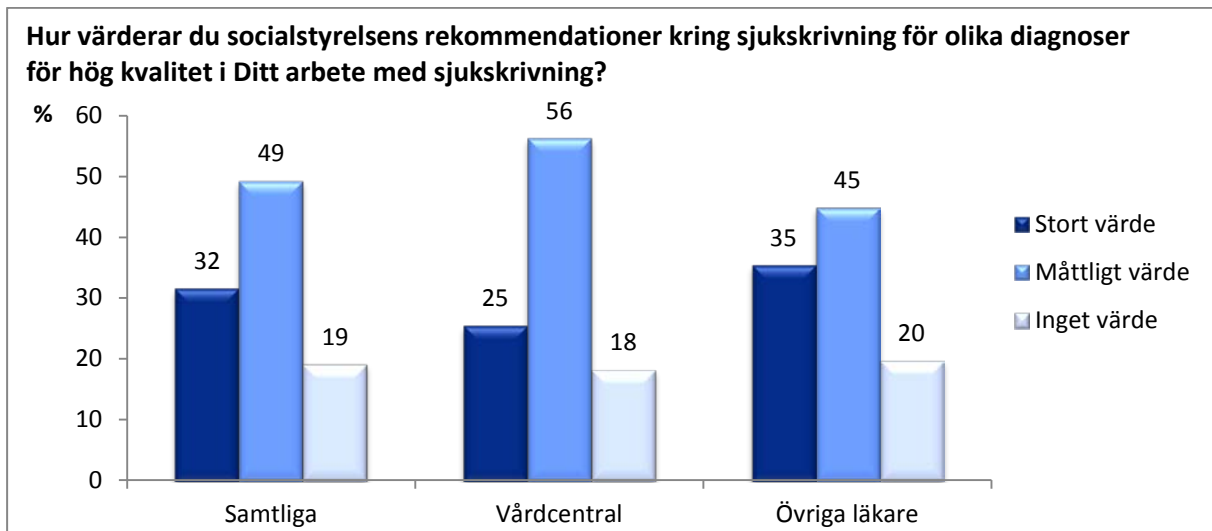
Behov av fördjupad kompetens

På frågan om behovet av ökad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en femtedel att de har ett mycket eller ganska stort behov av detta (Figur 22).



Figur 22. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. Mindre än en femtedel ansåg att beslutsstödet inte har något värde, 49 procent att det har måttligt värde och knappt en tredjedel, 32 procent, att det har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 23). En större andel av läkarna i övriga verksamheter än av läkarna vid vårdcentraler, en tredjedel jämfört med en fjärdedel, uppgav att beslutsstödet har stort värde.



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

Arbetet med beslutsstödet i Södermanland jämfört med övriga landsting

Nästan hälften (47 %) av alla sjukskrivande läkare i hela landet svarade att de använde beslutsstödet minst någon gång per månad. Minst var denna andel i Jämtland och Stockholm (42 % respektive 43 %) och störst i Kalmar (57 %). Andelen i Södermanland var liksom för hela landet hälften av läkarna. Av läkarna i hela landet upplevde 38 procent det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet. Mellan landstingen varierade andelen från 33 procent i Västernorrland, Västerbotten och Örebro till 50 procent i Jämtland.

Sett till hela landet varierade andelen läkare som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med minst en av de andra aktörerna; från 51 procent i Blekinge och Värmland till 64 procent i Dalarna. Av svaren framgick att detta gällde främst kontakten med patienten. Vissa skillnader fanns mellan landstingen. Minst andel som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med patienten fanns i Kronoberg (41 %). Störst var denna andel i Dalarna (58 %), i Södermanland var den 53 procent. När det gäller kontakt med Försäkringskassan ansåg 36 procent av läkarna i hela landet att beslutsstödet underlättade kontakten. Variationen mellan landsting var från 24 procent i Jämtland till 42 procent i Södermanland.

En lika stor andel i Södermanland som i landet som helhet (9 %) uppgav att de upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar av beslutsstödet.

En fjärdedel (25 %) av läkarna i landet att de upplevde ett mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens gällande att använda beslutsstödet. Detta behov upplevdes av var femte läkare i Södermanland.

Vad gäller beslutsstödet värde för hög kvalitet i läkares arbete med sjukskrivningar skiljde sig inte Södermanland nämnvärt från landet som helhet. Ungefär var femte tyckte att det inte var av något värde och var tredje upplevde att det var av stort värde.

Sammanfattning om beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd för läkare i arbetet med sjukskrivningar. Hälften av läkarna använder det varje månad. Två av fem upplever det dock som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, denna andel är större bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare. Var fjärde läkare uppger ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom att använda det.

Beslutsstödet angavs underlätta kontakten med patienten för hälften av läkarna och kontakten med Försäkringskassan för två av fem. Även kontakter med andra aktörer såsom hälso- och sjukvårdspersonal, arbetsförmedling och patientens arbetsplats upplevdes underlättas av en betydande andel läkare. Läkare med lägre utbildningsnivå upplevde i större utsträckning än specialistutbildade läkare att kontakterna med patienter och andra aktörer underlättas.

En tredjedel av läkarna uppgav att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Denna uppfattning delades av en större andel läkare i övriga verksamheter än vid vårdcentraler.

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

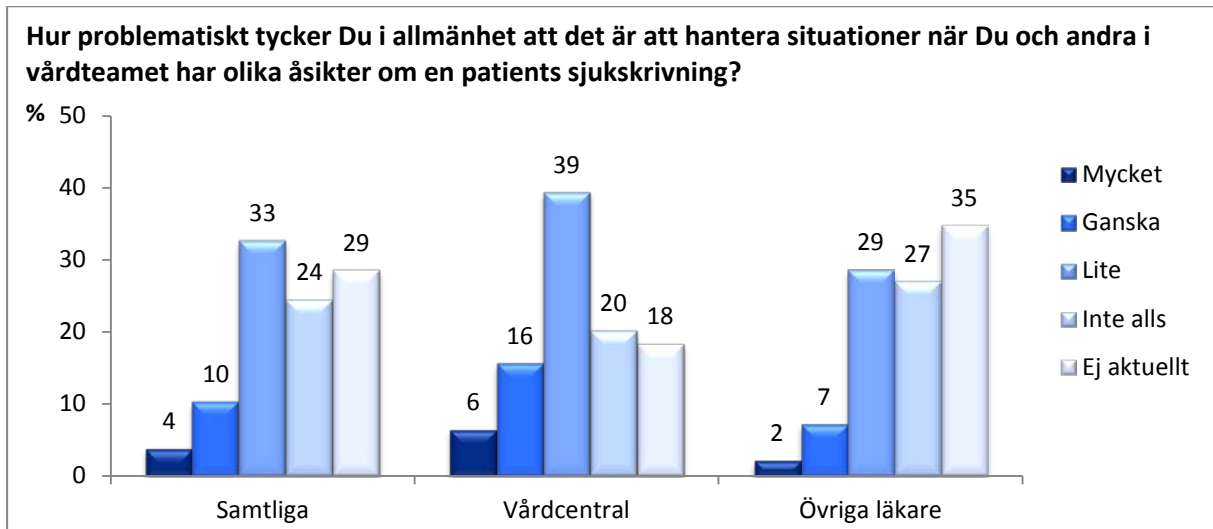
Samverkan och kontakter

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 förekom det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket en tredjedel svarade att de gör minst en gång per vecka. Hälften av läkarna vid vårdcentraler jämfört med en av fem bland övriga läkare gjorde detta. När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med företagshälsovård och socialtjänsten. Hela 47 procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar eller hänvisar till företagshälsovården. Andelen som minst en gång i veckan hade kontakt med Arbetsförmedlingen, arbetsgivare eller deltog i avstämningsmöten var även den liten. Tjugosex procent uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator), som samordnar åtgärderna för patienten.

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

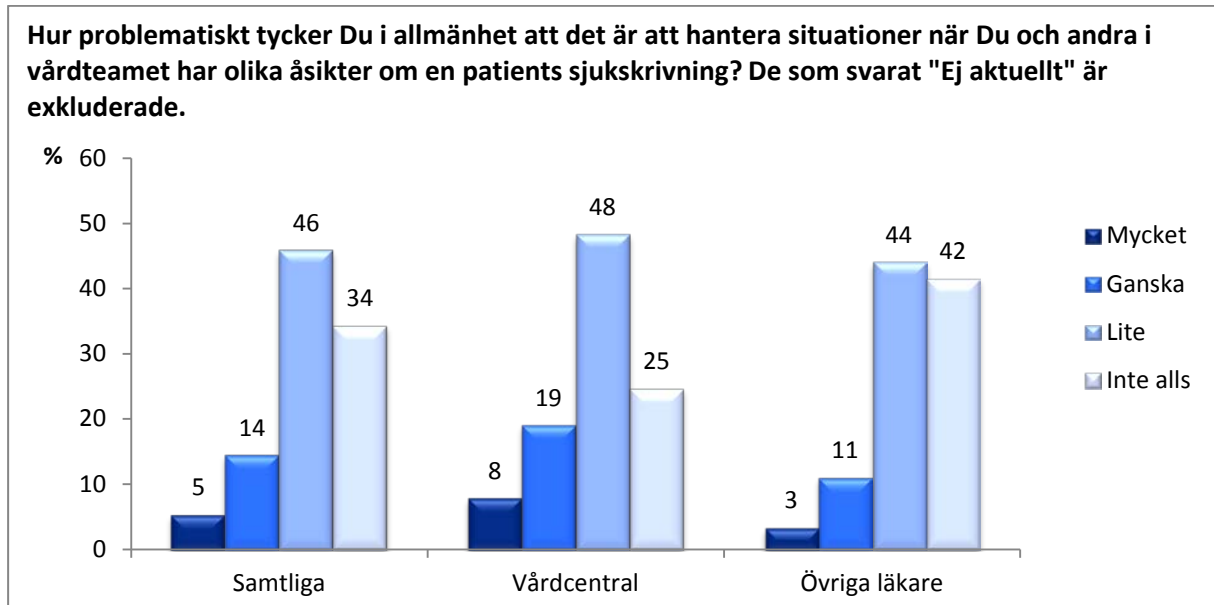
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	1	14	38	47
	Vårdcentral	2	27	49	22
	Övriga läkare	1	6	32	61
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	21	25	23	32
	Vårdcentral	40	46	11	4
	Övriga läkare	9	12	30	49
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	31	25	19	25
	Vårdcentral	50	39	7	4
	Övriga läkare	20	16	26	38
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	7	24	39	29
	Vårdcentral	10	40	34	16
	Övriga läkare	6	14	43	38
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	8	30	22	40
	Vårdcentral	14	56	23	6
	Övriga läkare	4	14	21	60
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	5	10	24	61
	Vårdcentral	6	17	39	37
	Övriga läkare	4	5	15	76
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	3	17	19	61
	Vårdcentral	5	32	32	32
	Övriga läkare	2	8	12	78
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	5	24	32	39
	Vårdcentral	12	48	29	12
	Övriga läkare	1	9	33	56
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	8	17	29	45
	Vårdcentral	12	20	17	51
	Övriga läkare	6	16	37	42

Att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt (Figur 24). Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt det är att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter om en patients sjukskrivning som andra i vårdteamet, framgår att 29 procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. En större andel av läkarna i övriga verksamheter än läkarna vid vårdcentraler, en dryg tredjedel jämfört med knappt var femte, svarade att det inte var aktuellt. Detta kan tyda på att läkare vid vårdcentraler i större utsträckning har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete jämfört med övriga läkare eller att skilda åsikter inte förekom.



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

I Figur 25 visas svaren för samma frågeställning, här har dock de som svarat ”Ej aktuellt” exkluderats i analysen. En femtedel (20 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte hade samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning. En dryg fjärdedel av läkarna vid vårdcentraler svarade att de upplever sådana situationer som mycket eller ganska problematiska medan endast var sjunde läkare i övriga verksamheter angav detsamma.



Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade ”Ej aktuellt” är exkluderade.

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

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

Kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens upplevdes av en stor andel läkare att vara av stort (46 %) eller måttligt (42 %) värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, liksom kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (43 respektive 45 %) (Tabell 14). Två av fem läkare uppgav att samverkansmöten/avstämningsmöten är av stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Ungefär var tredje menade också att kontakter med Försäkringskassans handläggare och utredare, och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare² på Försäkringskassan är av stort värde. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än av övriga läkare uppgav att kontakterna med andra har stort värde. Vad gäller kontakten med andra läkarkollegor och annan vårdpersonal samt samverkansmöten så uppgav över hälften av läkarna vid vårdcentraler att dessa har stort värde.

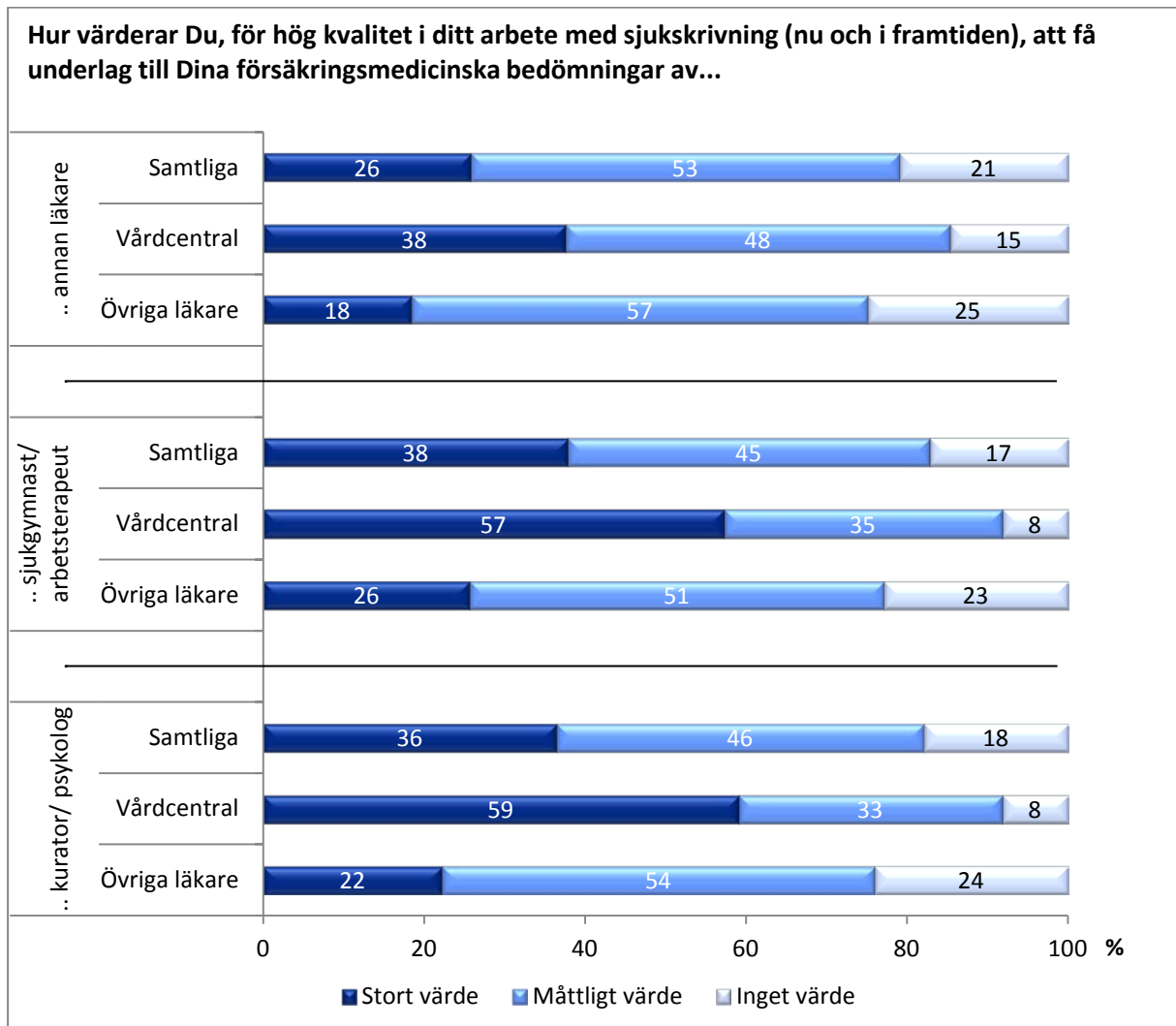
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Samtliga	46	42	11
	Vårdcentral	48	44	8
	Övriga läkare	45	41	13
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	43	45	11
	Vårdcentral	57	39	5
	Övriga läkare	35	49	16
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	35	50	14
	Vårdcentral	46	45	9
	Övriga läkare	29	54	17
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Samtliga	31	50	18
	Vårdcentral	35	50	16
	Övriga läkare	29	51	20
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	41	39	20
	Vårdcentral	63	31	6
	Övriga läkare	27	44	29
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	21	46	33
	Vårdcentral	28	51	21
	Övriga läkare	16	43	40
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	24	53	23
	Vårdcentral	31	54	15
	Övriga läkare	19	53	28

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

Drygt en av tre läkare menade att det är av stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från kurator/psykolog och knappt två av fem uppgav att underlag från sjukgymnast/arbetsterapeut har lika stort värde (Figur 26). Ungefär en femtedel svarade att underlag från dessa yrkesgrupper, såväl som från andra läkare, saknar värde. Läkarna vid vårdcentraler svarade i betydligt större utsträckning än läkarna i övriga verksamheter att underlag från samtliga av dessa yrkeskategorier har stort värde.



Figur 26. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

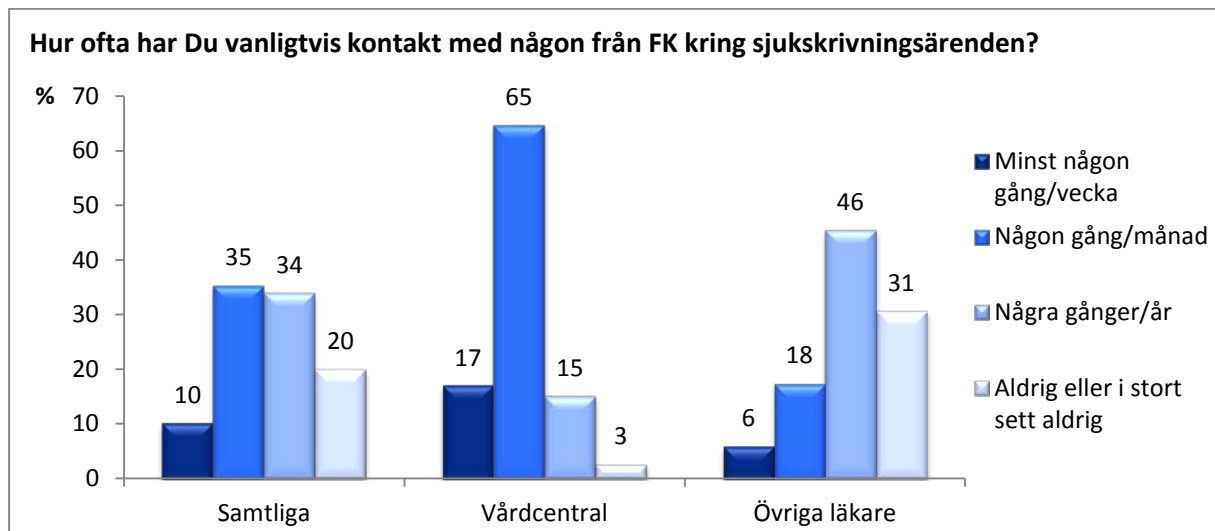
Sammanfattning samverkan och kontakter

Samarbete och kontakter i sjukskrivningsärenden förekom mest internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Läkarna vid vårdcentraler angav i betydligt större utsträckning samarbete och kontakter än övriga läkare. Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel av läkarna angav att de samarbetar med eller remitterar till. Hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovården. Var fjärde läkare uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person som samordnar åtgärderna för patienten, en så kallad koordinator eller coach. Två av fem läkare uppgav att möjligheten till kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens samt kontakter med andra läkare och/eller vårdpersonal är av stort värde för att hålla hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden. Samtidigt svarade var femte läkare att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där åsikterna om en patients sjukskrivning skiljer sig åt mellan läkaren och andra medlemmar i teamet. Hälften av läkarna vid vårdcentraler och en fjärdedel av de i övriga verksamheter angav att det är av stort värde att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut eller kurator/psykolog.

Kontakter med Försäkringskassan

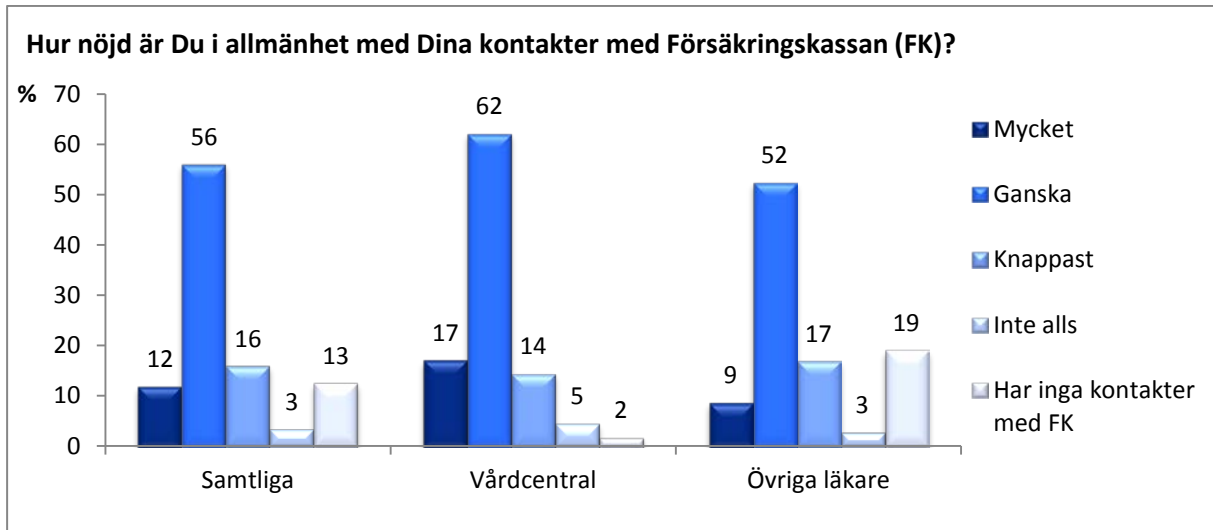
Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 70) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 52) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 47).

En femtedel av samtliga läkare uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan en av tio svarade att de har kontakt minst en gång per vecka (Figur 27). Kontakt med Försäkringskassan var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare. En betydligt större andel av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de har kontakt minst någon gång per månad (82 jämfört med 24 %). Samtidigt uppgav en större andel av läkarna i övriga verksamheter att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan (31 jämfört med 3 %).



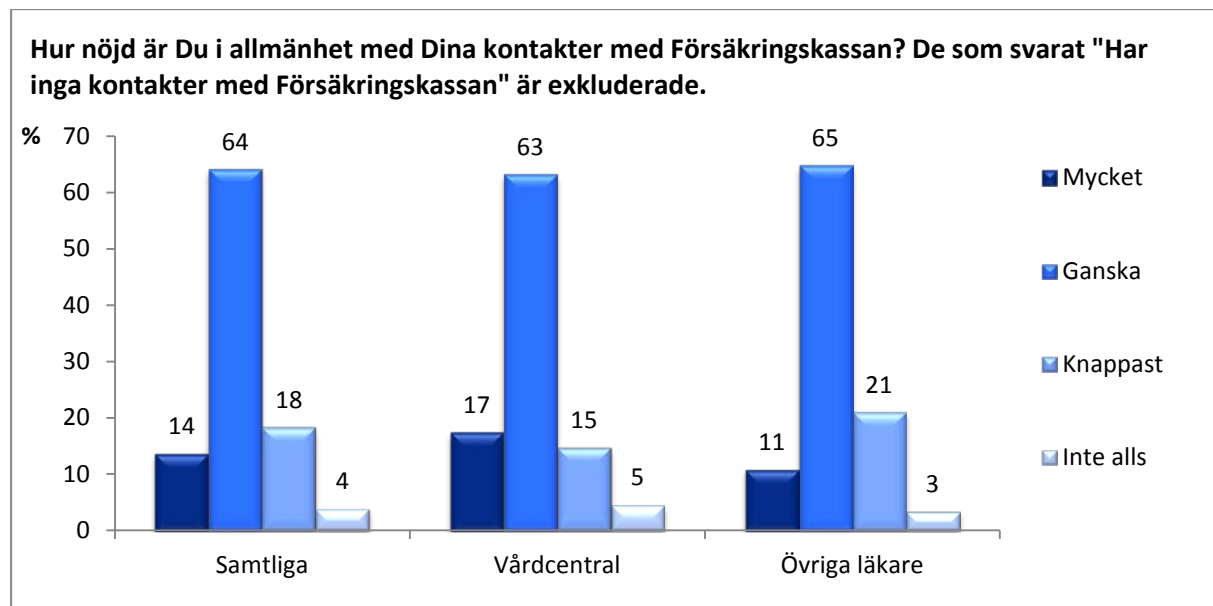
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 13 procent av de sjukskrivande läkarna att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan (Figur 28). Denna andel var större bland läkarna i övriga verksamheter än bland läkarna vid vårdcentraler (19 jämfört med 2 %).



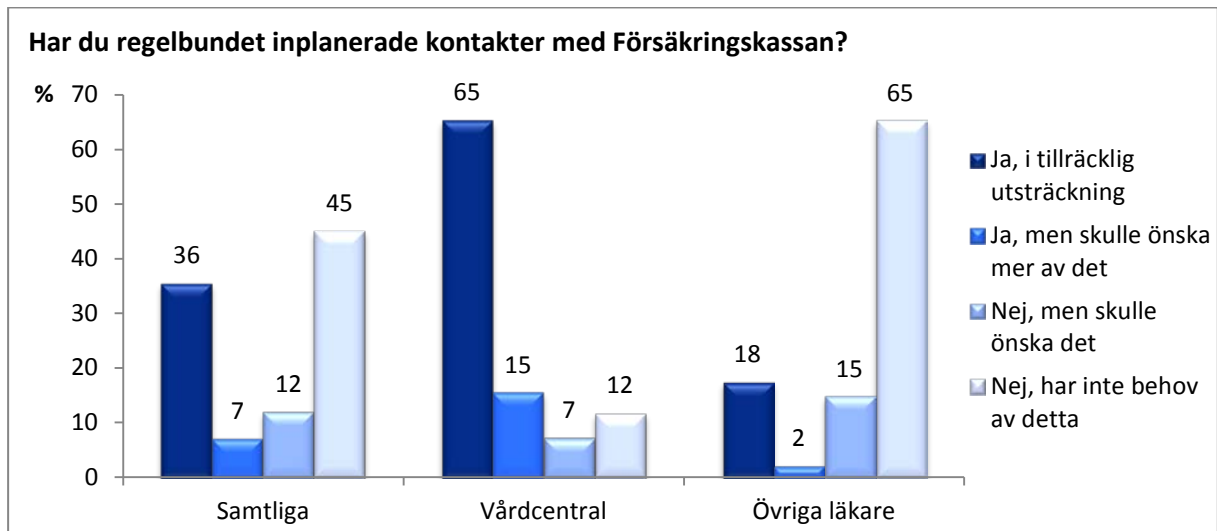
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 29 har de 13 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderades i analysen. Av de läkare som svarade att de har kontakter med Försäkringskassan var 78 procent mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter. Denna andel var ungefär lika stor bland läkarna vid vårdcentraler som bland övriga läkare (81 respektive 76 %).



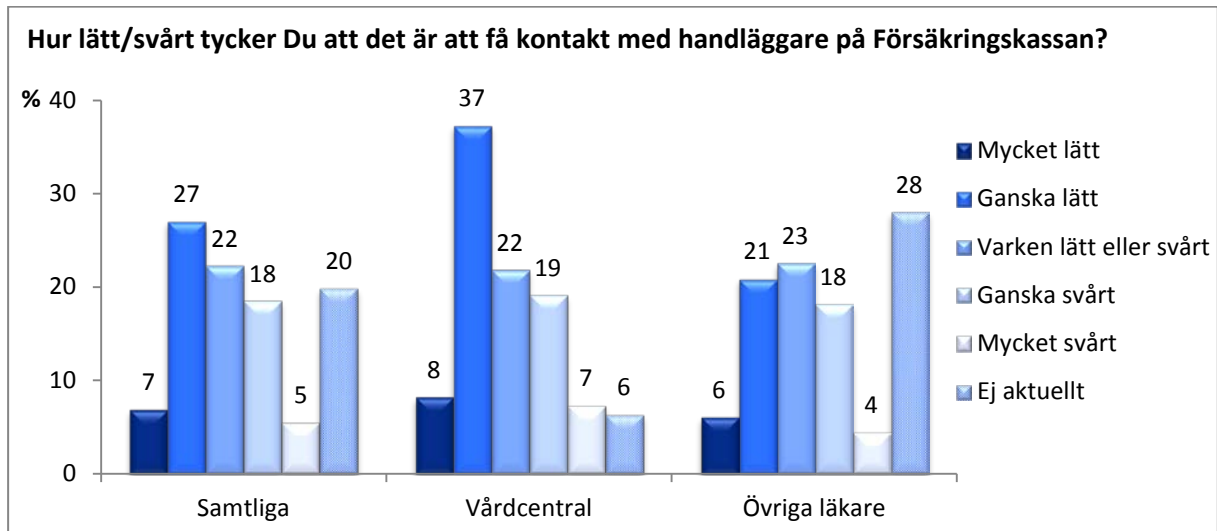
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.

På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade 43 procent att de har sådana kontakter, och 19 procent önskade mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de har nu (Figur 30). Den största andelen (45 %) menade dock att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan. Majoriteten (65 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de har denna typ av kontakter i tillräcklig utsträckning medan majoriteten (65 %) av övriga läkare menade att de inte har sådana kontakter, men inte heller har behov av det.



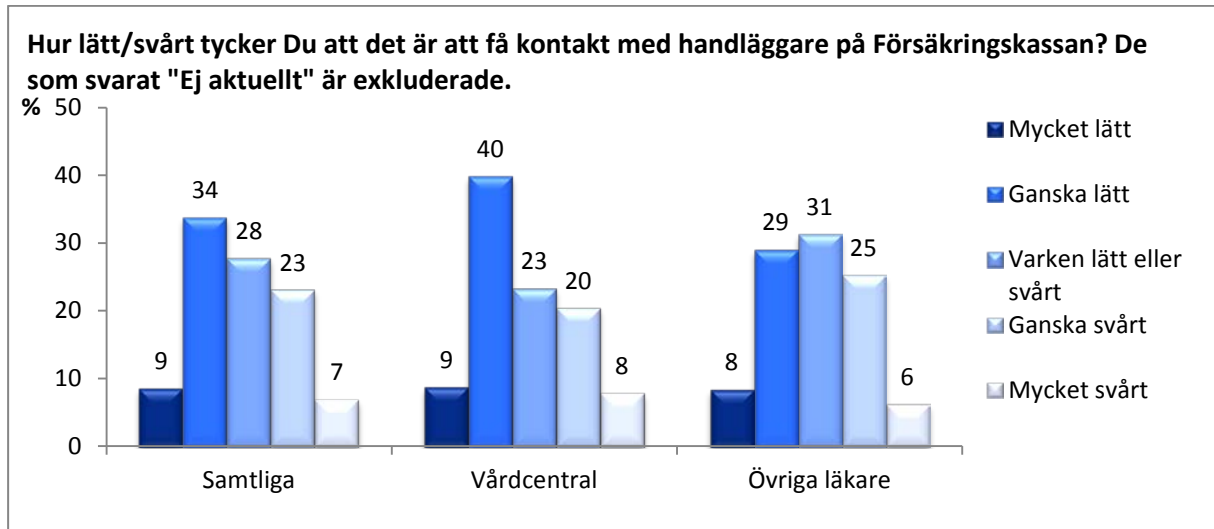
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

En femtedel av läkarna uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan att det inte är aktuellt för dem att ha sådana kontakter (Figur 31). Bland läkarna vid vårdcentraler svarade endast var tjugonde läkare att det inte är aktuellt, medan drygt var fjärde av läkarna i övriga verksamheter svarade detsamma. Knappt hälften (45 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med handläggare medan en fjärdedel (26 %) uppgav att det är mycket eller ganska svårt. Motsvarande siffror för läkarna i övriga verksamheter var 27 respektive 23 procent.



Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Figur 32 visar svarsmönstret på samma fråga, men här har de 20 procent som svarade "Ej aktuellt" exkluderats ur analysen. Ett liknande svarsmönster kan ses, skillnaden i storlek vad gäller andelen som uppgav att det är lätt respektive svårt att få kontakt har ökat ett par procentenheter som mest. Detta gäller för såväl läkarna vid vårdcentraler, där 49 procent svarade att det är mycket eller ganska lätt och 28 procent svarade att det är mycket eller ganska svårt, som för övriga läkare där motsvarande siffror var 37 respektive 31 procent.

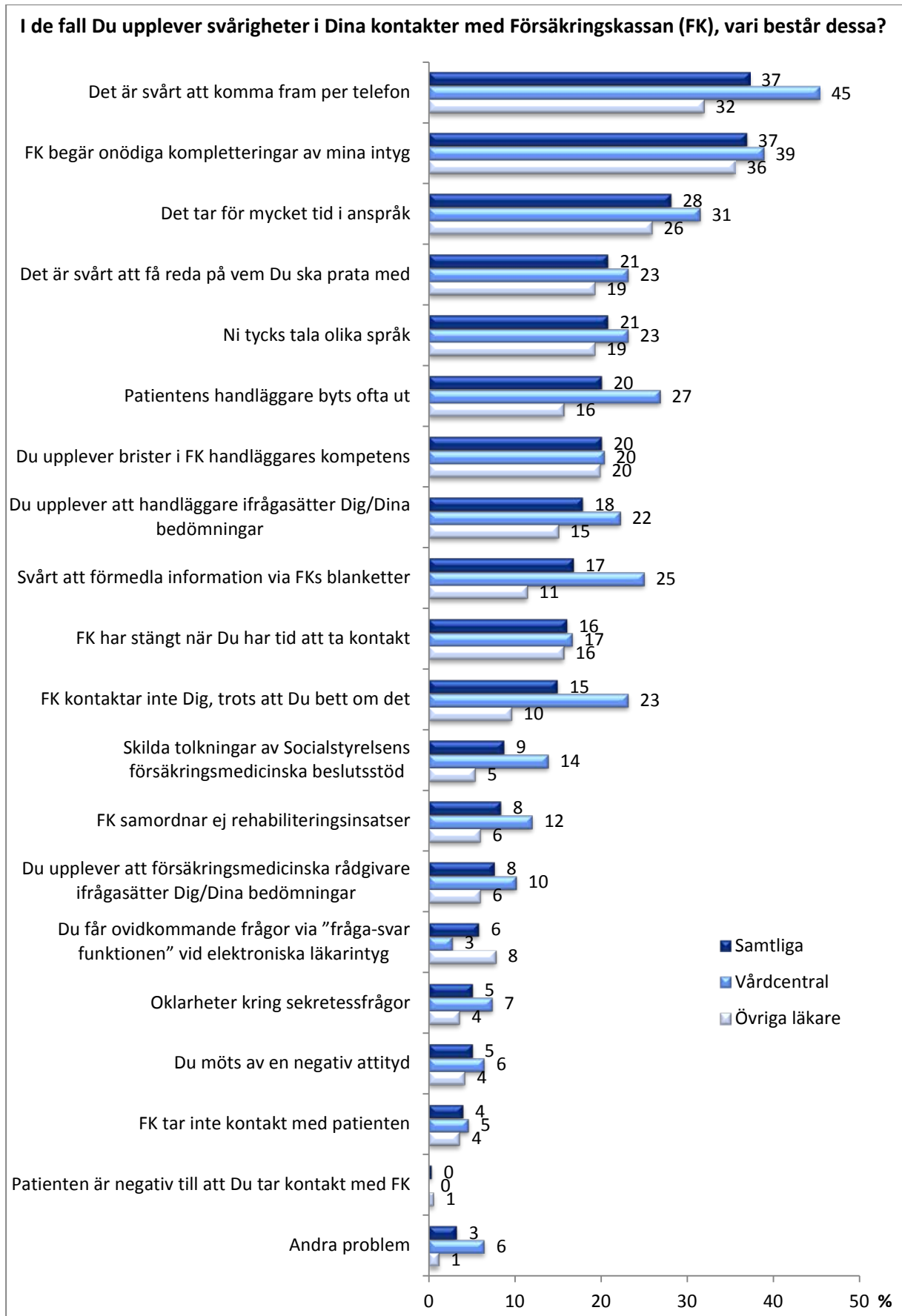


Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade 8,4 procent av läkarna (n=25) inte alls på frågan. Dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 32 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna (ej i tabell). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel 24 procent och bland övriga läkare var den 37 procent. Av dem som inte upplevde några svårigheter hade 27 % tidigare uppgett att de inte har några kontakter. Av dem som angett att de inte har några kontakter var det 15 % som upplevde minst en av de listade svårigheterna (ej i tabell). Detta kan bero på att man åsyftar tidigare kontakter.

I Figur 33 listas olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel som uppgav att de upplever dessa. Störst andel (37 %) uppgav att de upplever svårigheter att komma fram per telefon samt att det är ett problem att Försäkringskassans handläggare "begär onödiga kompletteringar av intyg". Mer än var fjärde läkare uppgav också att kontakterna tar för mycket tid (28 %). Bland läkarna vid vårdcentraler svarade drygt var fjärde även att de upplever svårigheter bestående i att patientens handläggare ofta byts ut samt att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter.



Figur 33. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Elektronisk överföring av läkarintyg

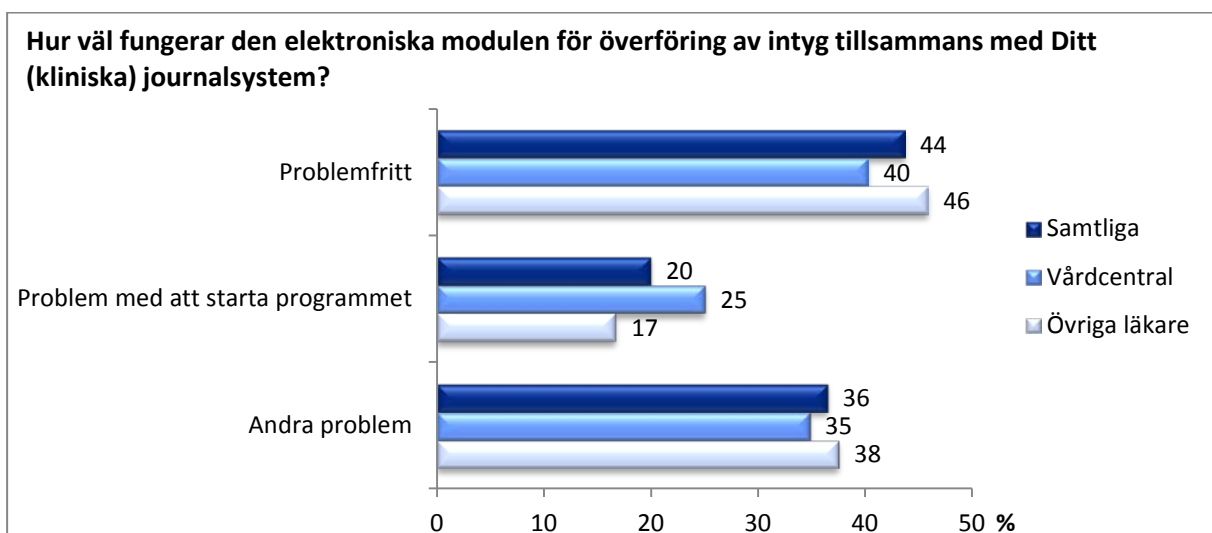
Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före det att enkäten skickades ut. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan för att ansöka om sjukpenning, 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 (90 %) av läkarna uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 34). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 90 procent, det vill säga, de 266 läkare, som svarat "Ja" på frågan om de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.



Figur 34. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

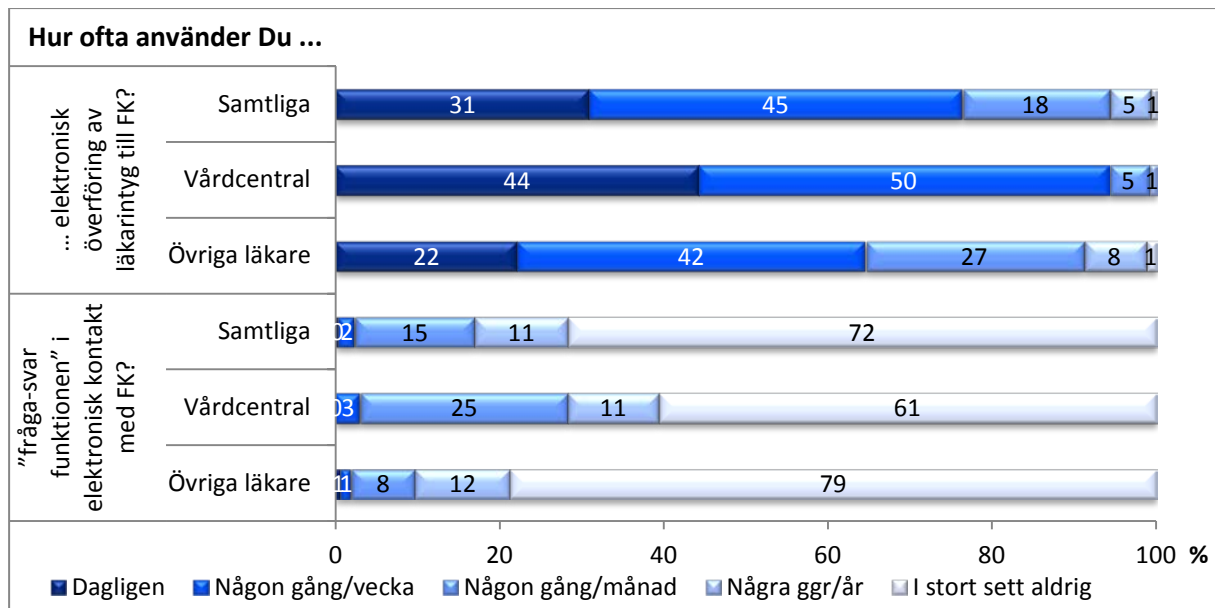
Majoriteten (75 %) av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg hade detta system integrerat med sitt journalsystem (ej i tabell). Drygt två av fem läkare svarade att de upplever användandet som problemfritt, medan var femte angav att de upplever problem med att starta programmet och drygt en tredjedel uppgav andra problem (Figur 35). På denna fråga kunde flera svarsalternativ anges, vilket sju procent av de som svarat på frågan gjorde.



Figur 35. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

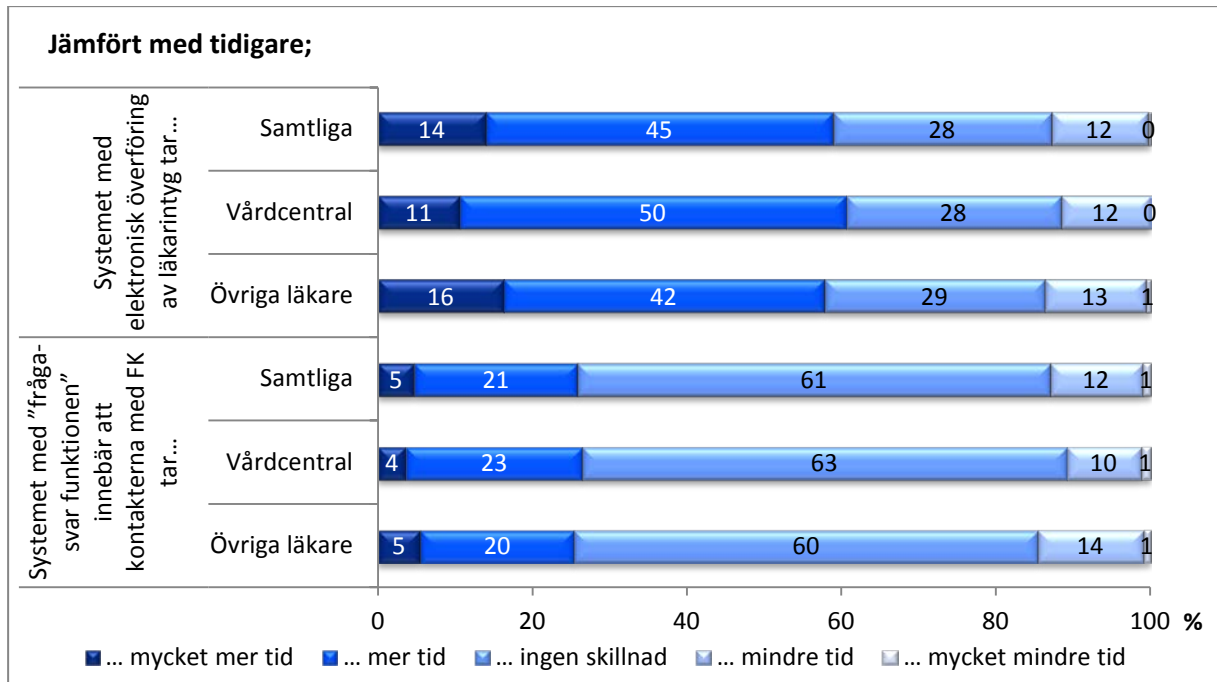
Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg svarade majoriteten att de använder det ofta; 76 procent angav att de använder det minst någon gång per vecka (Figur 36). Bland läkarna vid vårdcentraler angav hela 94 procent att de använder sig av elektronisk överföring, bland övriga läkare var denna andel 65 procent.

Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan. En majoritet, 61 procent av läkarna vid vårdcentraler och 79 procent av övriga läkare, svarade att de i stort sett aldrig använder denna funktion. Drygt var fjärde (28 %) vårdcentralsläkare svarade att de använder funktionen minst någon gång per månad medan var tionde (10 %) av de övriga läkarna svarade detsamma.



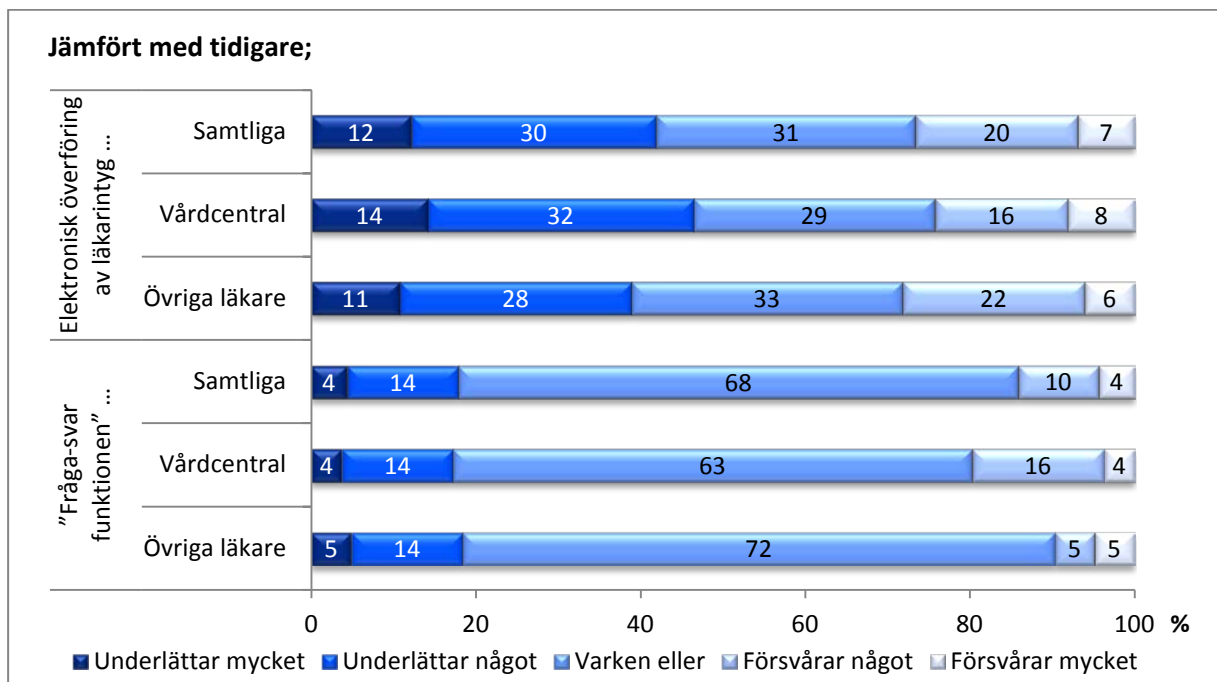
Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen", för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Femtio procent av läkarna tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg innebär att det tar mer tid än tidigare att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 37). Tretton procent uppgav istället att det tar mindre tid. Drygt hälften av läkarna ansåg att det inte innebär någon skillnad i tidsåtgång vad gäller kontakterna med Försäkringskassan att använda systemet med "fråga-svar-funktionen" jämfört med före införandet.



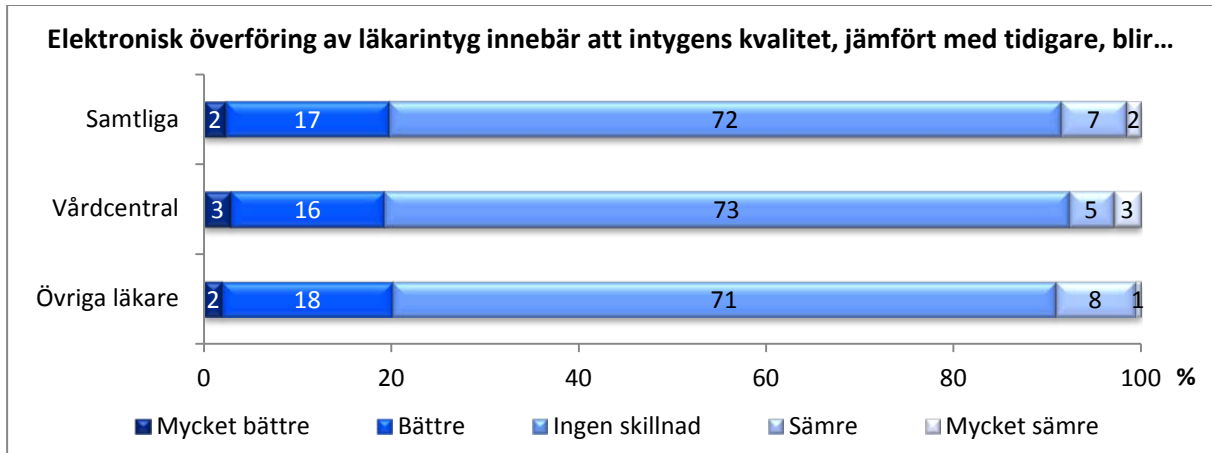
Figur 37. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Två av fem läkare (42 %) ansåg att systemet med elektronisk överföring av läkarintyg underlättar deras arbete i någon grad, medan var fjärde (27 %) uppgav att det i någon grad försvårar (Figur 38). När det gäller "fråga-svarfunktionen" ansåg två av tre (68 %) att det varken underlättar eller försvårar.



Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

En majoritet av läkarna (72 %) ansåg att systemet med elektronisk överföring inte innebär någon skillnad på kvaliteten på läkarintygen (Figur 39). En femtedel (20 %) av läkarna ansåg att kvaliteten på läkarintygen förbättras med systemet, medan en tiondel (9 %) ansåg att den försämrades.



Figur 39. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygens kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Kontakter med Försäkringskassan i Södermanland och övriga landsting

Svaren från de olika landstingen vad avser hur ofta läkare hade kontakt med Försäkringskassan varierade. Andelen som hade kontakt minst någon gång per vecka varierade mellan tre procent i Uppsala och Östergötland och tolv procent i Blekinge. Andelen för landet i helhet var sju procent, i Södermanland var den tio procent. Andelen som svarade att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan varierade mellan 18 procent i Jönköping och 35 procent i Östergötland. I Södermanland svarade var femte läkare (20 %) att de i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan, motsvarande andel för hela landet var 28 procent.

Även uppfattningen bland läkarna om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med Försäkringskassan varierade mellan landstingen. Av de läkare som ansåg att det är aktuellt för dem att ha kontakt med Försäkringskassan svarade 44 procent i Uppsala och 43 procent på Gotland att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, medan 25 procent tyckte detsamma i Halland. I Södermanland var denna andel 30 procent och i landet som helhet 36 procent. Störst andel som ansåg att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt fanns i Halland, 44 procent, och i Södermanland, 42 procent. Här var andelen för hela landet 30 procent.

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg upplevde nästan hälften (47 %) av läkarna i Skåne och Jämtland, medan detta angavs av minst andel i Halland (30 %), Västra Götaland (31 %), Dalarna (32 %) och Östergötland (32 %). I Södermanland var andelen 37 procent och i hela landet 38 procent.

Att det är svårt att komma fram per telefon upplevde störst andel läkare i Kronoberg (41 %) och Jämtland (41 %) medan detta angavs av minst andel på Gotland (29 %). I Södermanland svarade 37 procent att de upplever detta och i landet i stort 36 procent.

Att kontakten med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk svarade störst andel läkare i Jämtland (41 %) och minst i Dalarna (25 %) och Västernorrland (26 %). I Södermanland angav 28 procent och i hela landet 30 procent detta som en svårighet.

På frågan om upplevd brist i kompetens hos handläggare på Försäkringskassan var ett problem angav störst andel det i Skåne (31 %) och Örebro (31 %) och minst i Södermanland (20 %). Andelen för hela landet var 27 procent.

Användandet av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg var i de flesta landsting, däribland Södermanland (90 %), mycket högt. Allra högst var det i Jämtland där 95 procent uppgav att de använder systemet. I några få landsting var dock användandet mycket lågt, på Gotland och i Dalarna var det fyra respektive fem procent som uppgav att de använder systemet. De allra flesta läkare i landet (92 %) uppgav att elektronisk överföring är integrerat med deras journalsystem.

Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

Nära hälften av läkarna svarade att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad. Detta var betydligt vanligare bland läkarna vid vårdcentraler där fyra av fem läkare uppgav detta, jämfört med övriga verksamheter där endast var fjärde svarade detsamma.

Fyra av fem läkare vid vårdcentraler hade i någon mån regelbundet inplanerade kontakter, t.ex. avstämnings- eller rehabiliteringsmöten och en av fem önskade att de hade detta i större utsträckning. Bland övriga läkare menade nästan två av tre att de inte har behov av sådana kontakter och endast var femte angav att de har denna typ av kontakter.

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

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

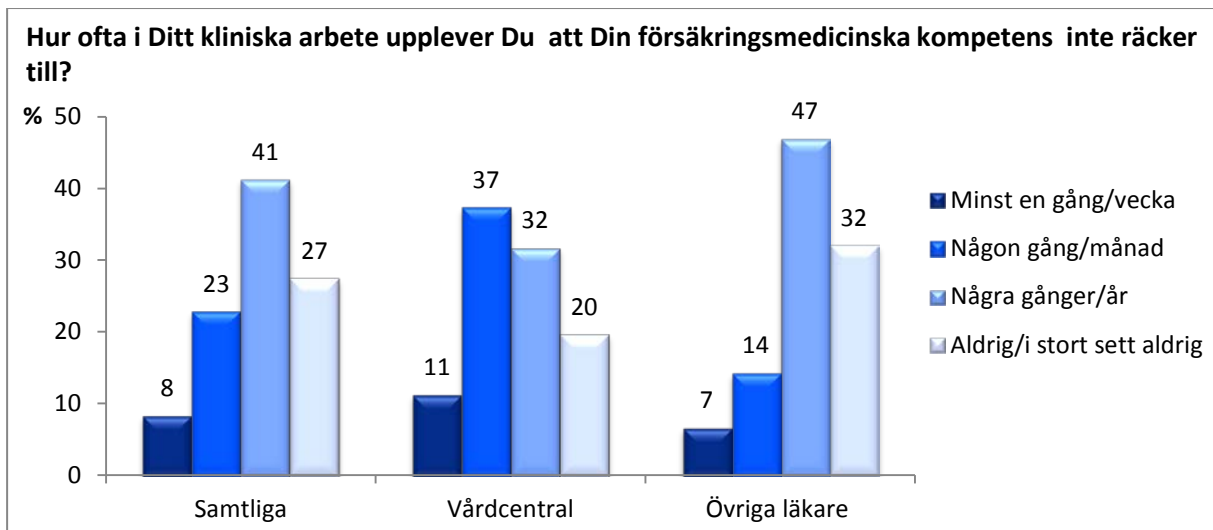
Nio av tio läkare svarade att de använder sig av det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Tre av fyra angav att de använder det så ofta som varje vecka. Två av fem av läkarna som använde systemet uppgav att det underlättar deras arbete jämfört med tidigare. Tre av fyra svarade att elektronisk överföring inte innebär någon skillnad på kvaliteten på intygen jämfört med tidigare.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, i vilken utsträckning läkare har tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskar fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i de ovanstående avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 47) och Samverkan och kontakter (sidan 52).

Vid en sammanställning av andel läkare som angav önskan om åtminstone en typ av kompetensökning, var den över 95 procent. Det innebär att den absoluta majoriteten av läkarna önskar någon typ av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Nästan en av tre läkare (31 %) uppgav att de minst någon gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens är otillräcklig (Figur 40). Drygt var fjärde (27 %) svarade att de i stort sett aldrig upplever detta. En större andel av läkarna vid vårdcentraler svarade att deras kompetens inom försäkringsmedicin inte räcker till, knappt hälften (49 %) angav att de upplever detta minst någon gång per månad, jämfört med drygt var femte (21 %) av övriga läkare.



Figur 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

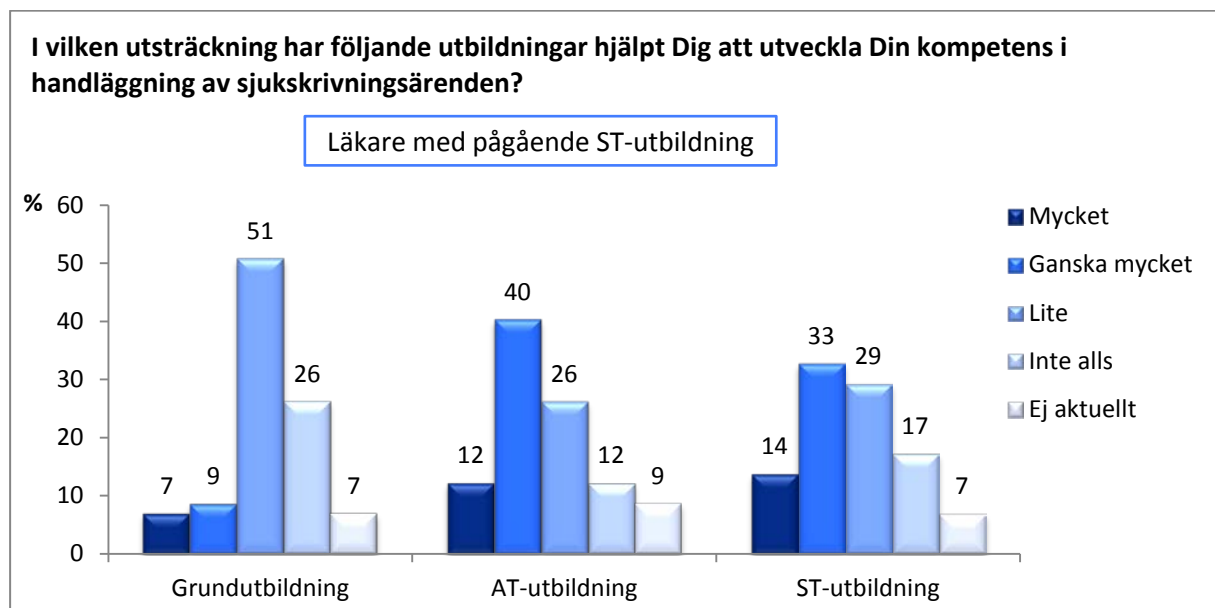
Kompetensutveckling via formell utbildning

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

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 samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

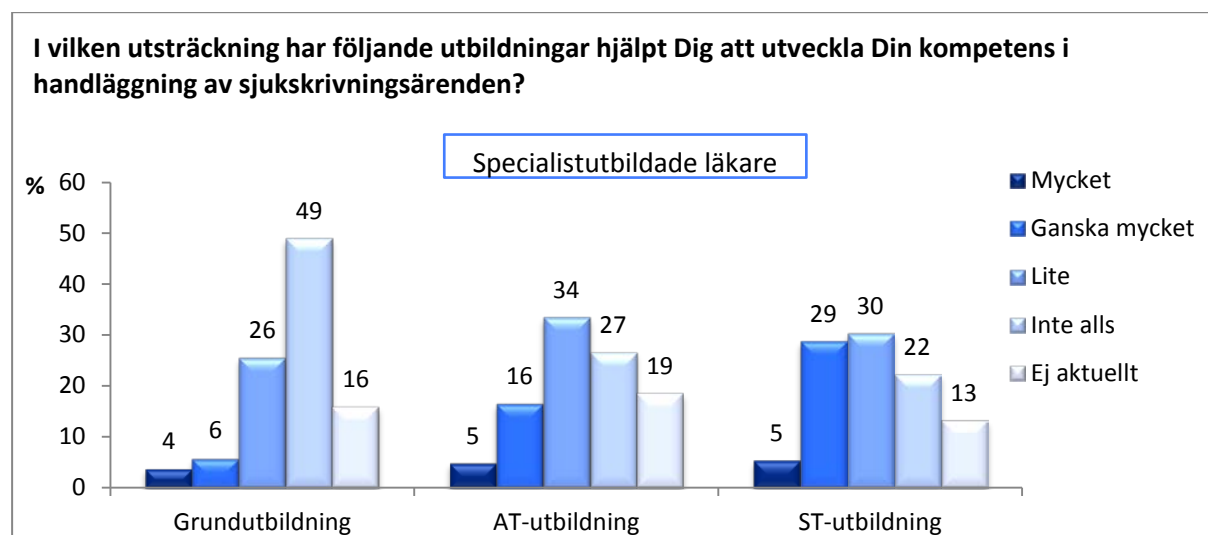
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	7	8	32	40	13
	Vårdcentral	2	3	34	56	6
	Övriga läkare	10	11	32	31	17
AT-utbildning	Samtliga	8	25	32	21	15
	Vårdcentral	4	19	43	25	9
	Övriga läkare	10	28	25	19	18
ST-utbildning	Samtliga	6	26	27	19	22
	Vårdcentral	4	32	30	18	16
	Övriga läkare	8	23	25	19	25

Bland läkare med pågående specialistutbildning (ST-läkare) uppgav drygt hälften (53 %) att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling, medan motsvarande andel för ST-utbildningen var 47 procent (Figur 41).



Figur 41. Andel (%) läkare med pågående ST-utbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=57).

Bland dem som var färdiga specialister ansåg var tionde (10 %) att grundutbildningen och var femte (21 %) att AT bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 42). En tredjedel (34 %) av läkarna med specialistkompetens ansåg att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla försäkringsmedicinsk kompetens.



Figur 42. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=188).

Kompetensutveckling via vidareutbildning

Drygt var fjärde läkare (29 %) uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (Tabell 16). Sexton procent svarade att de har tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi, och tio procent av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än av läkarna i övriga verksamheter svarade att dessa utbildningar hjälpt dem att utveckla deras försäkringsmedicinska kompetens.

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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Utbildning i FK:s regi	Samtliga	6	23	35	9	27
	Vårdcentral	7	30	37	12	15
	Övriga läkare	6	19	34	8	33
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	3	13	22	21	41
	Vårdcentral	4	17	34	17	28
	Övriga läkare	2	11	16	23	49
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	6	4	4	15	71
	Vårdcentral	9	5	6	14	66
	Övriga läkare	5	3	3	15	74

Behov av fördjupad kompetens

Drygt hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (52 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (52 %) samt att bedöma funktionsförmåga (46 %) (Tabell 17). Fyrtioen procent angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning, utforma handlingsplaner, medan endast 20 procent av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg. Läkarna vid vårdcentraler uppgav generellt ett större behov att fördjupa sin kompetens inom de olika områdena än övriga läkare.

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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	Samtliga	15	30	41	14
	Vårdcentral	29	34	30	7
	Övriga läkare	7	28	47	18
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	16	35	35	13
	Vårdcentral	31	38	23	8
	Övriga läkare	8	34	42	16
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	15	36	33	15
	Vårdcentral	28	41	18	13
	Övriga läkare	8	34	42	17
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	12	29	47	12
	Vårdcentral	23	35	32	10
	Övriga läkare	6	25	55	14
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	8	16	49	27
	Vårdcentral	14	15	50	20
	Övriga läkare	4	16	48	32
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	4	15	49	31
	Vårdcentral	8	20	45	27
	Övriga läkare	2	12	52	34
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	8	27	42	23
	Vårdcentral	13	34	37	16
	Övriga läkare	5	22	45	28
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	4	14	49	34
	Vårdcentral	7	12	51	30
	Övriga läkare	2	15	47	36

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Tabell 18 framgår att 41 procent svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 54 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 45 procent uppgav ett behov av mer kunskap kring privata försäkringar. En något större andel av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare uppgav att de har ett behov att fördjupa sin kompetens rörande dessa regelsystem.

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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	9	32	43	16
	Vårdcentral	15	28	42	15
	Övriga läkare	5	35	44	17
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet ¹	Samtliga	15	39	33	12
	Vårdcentral	22	38	32	8
	Övriga läkare	11	40	33	15
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	16	29	34	21
	Vårdcentral	23	23	35	19
	Övriga läkare	13	32	33	23

¹ t.ex. 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 uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens (47 %), arbetsgivares (46 %) och Försäkringskassans (46 %) möjligheter och skyldigheter. Även på dessa frågor uppgav en större andel av läkarna vid vårdcentraler ett behov av ökad kompetens, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	Samtliga	9	26	47	17
	Vårdcentral	17	23	44	15
	Övriga läkare	4	28	49	18
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	36	38	16
	Vårdcentral	16	34	37	13
	Övriga läkare	6	38	39	18
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	38	37	17
	Vårdcentral	15	32	40	14
	Övriga läkare	4	42	35	19
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	37	38	15
	Vårdcentral	18	32	38	12
	Övriga läkare	5	39	38	18
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	13	29	43	15
	Vårdcentral	21	31	37	12
	Övriga läkare	8	28	46	18

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

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

De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var kurser i försäkringsmedicin och handledning; 47 respektive 44 procent svarade att de sätter stort värde på dessa (Tabell 20). Knappt var tredje läkare angav att de sätter stort värde på konferenser/seminarier och på ett forum för att reflektera kring sitt sjukskrivningsarbete, medan var fjärde svarade att de sätter stort värde på information via Internet och var femte på kurser i konflikthantering.

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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	44	40	16
	Vårdcentral	54	35	11
	Övriga läkare	38	43	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	13	66	21
	Vårdcentral	12	68	20
	Övriga läkare	14	65	21
Information via Internet	Samtliga	26	56	19
	Vårdcentral	24	51	25
	Övriga läkare	27	58	15
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	47	40	13
	Vårdcentral	53	38	9
	Övriga läkare	43	41	16
Kurser i konflikthantering	Samtliga	20	42	38
	Vårdcentral	25	47	28
	Övriga läkare	18	39	44
Konferenser, seminarier	Samtliga	30	45	25
	Vårdcentral	37	45	18
	Övriga läkare	25	46	29
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	30	39	32
	Vårdcentral	40	44	16
	Övriga läkare	23	35	42

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Drygt hälften (52 %) av läkarna ansåg att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, och en nästan lika stor andel (49 %) ansåg detsamma om bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (Tabell 21). Nästan var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen (23 %) och på enhetens (22 %) sjukskrivning. Tjugonio procent ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten.

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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	Samtliga	23	39	38
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	Vårdcentral	28	47	25
	Övriga läkare	20	34	46
	Samtliga	22	37	41
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Vårdcentral	26	46	28
	Övriga läkare	20	31	49
	Samtliga	49	36	16
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Vårdcentral	60	30	10
	Övriga läkare	42	39	19
	Samtliga	52	36	11
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Vårdcentral	61	31	7
	Övriga läkare	47	40	14
	Samtliga	29	28	43
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Vårdcentral	31	31	38
	Övriga läkare	28	26	46

Försäkringsmedicinsk kompetens i Södermanland jämfört med i övriga landsting

Det fanns en viss variation mellan landstingen vad gäller hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. I Södermanland uppgav 31 procent att de upplever detta minst någon gång i månaden, denna andel var ungefär lika stor som den för hela landet (30 %). Störst var andelen i Västmanland där var tredje (34 %) upplevde detta lika ofta. Minst var den i Norrbotten där drygt var fjärde (26 %) svarade detsamma.

I Norrbotten svarade också störst andel (34 %) att de i stort sett aldrig upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Minst var andelen i Dalarna (21 %). I Södermanland svarade 27 procent och i landet som helhet 29 procent att de i stort sett aldrig upplever att den egna försäkringsmedicinska kompetensen inte räcker till.

Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens

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

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

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

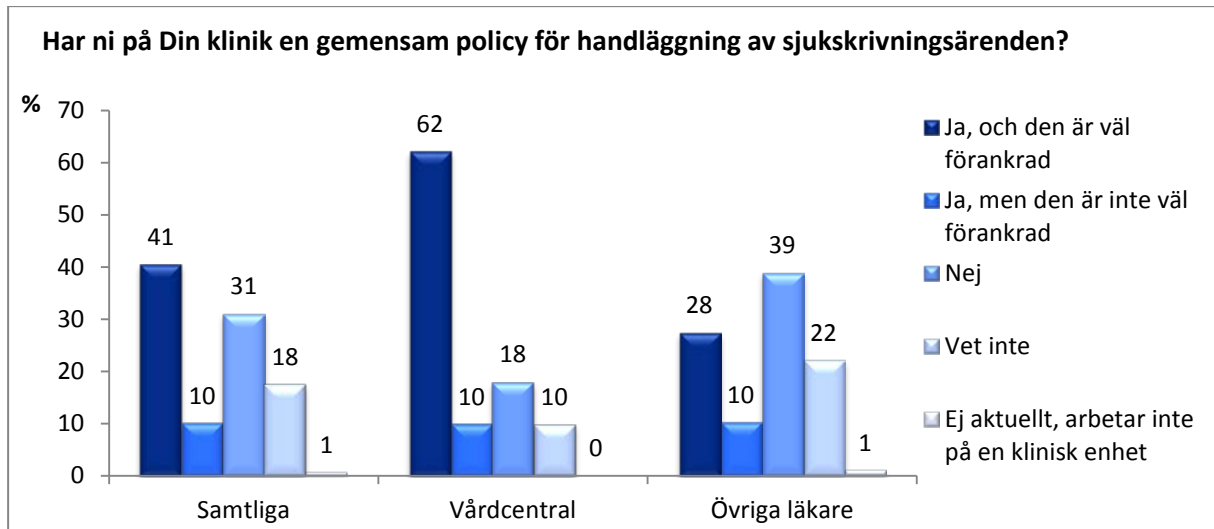
Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Tre femtedelar av läkarna vid vårdcentraler värderade samverkansmöten och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. Knappt hälften satte stort värde på möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med Försäkringskassans handläggare.

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 [44, 45, 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 finns, huruvida denna upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 51 procent att en sådan finns, och 41 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 43). En betydligt större andel (62 %) av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare (28 %) uppgav att det finns en välförankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Knappt var femte läkare (18 %) angav att de inte vet huruvida det finns någon sådan policy på deras arbetsplats.

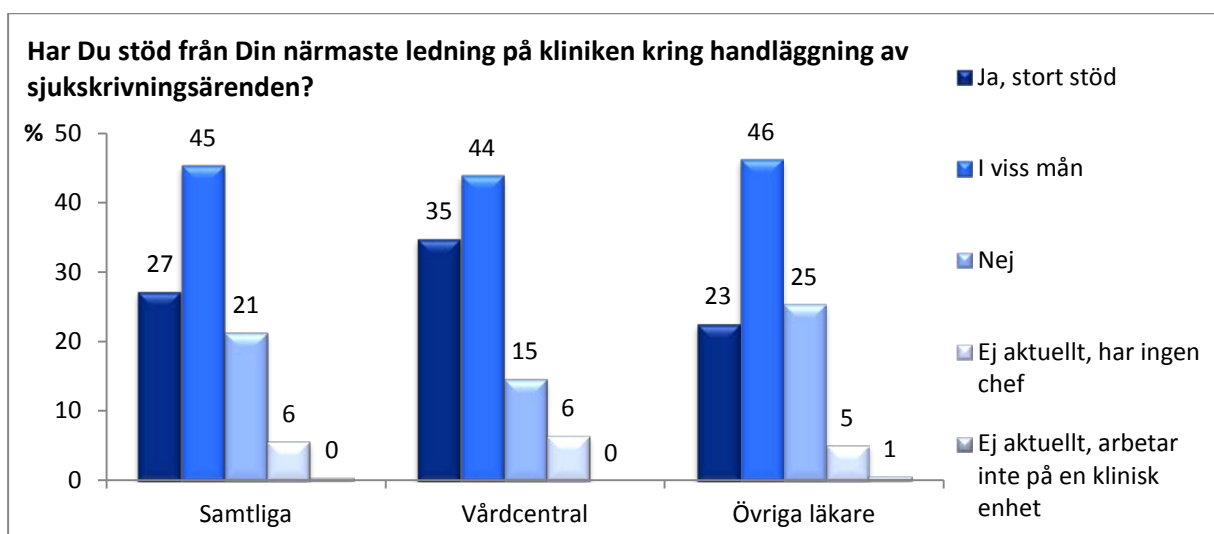


Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På följdfrågan till dem som svarat att de har en gemensam policy på kliniken, om huruvida de har nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en stor majoritet, 89 procent, att de har det (ej visat i figur).

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren har stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 44 visas att 27 procent kände stort stöd, och 45 procent uppgav att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En femtedel (21 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än de i övriga verksamheter upplevde att de har stort stöd eller i viss mån har stöd, från den närmaste ledningen (79 jämfört med 69 %).



Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Tid i arbetet med sjukskrivning

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

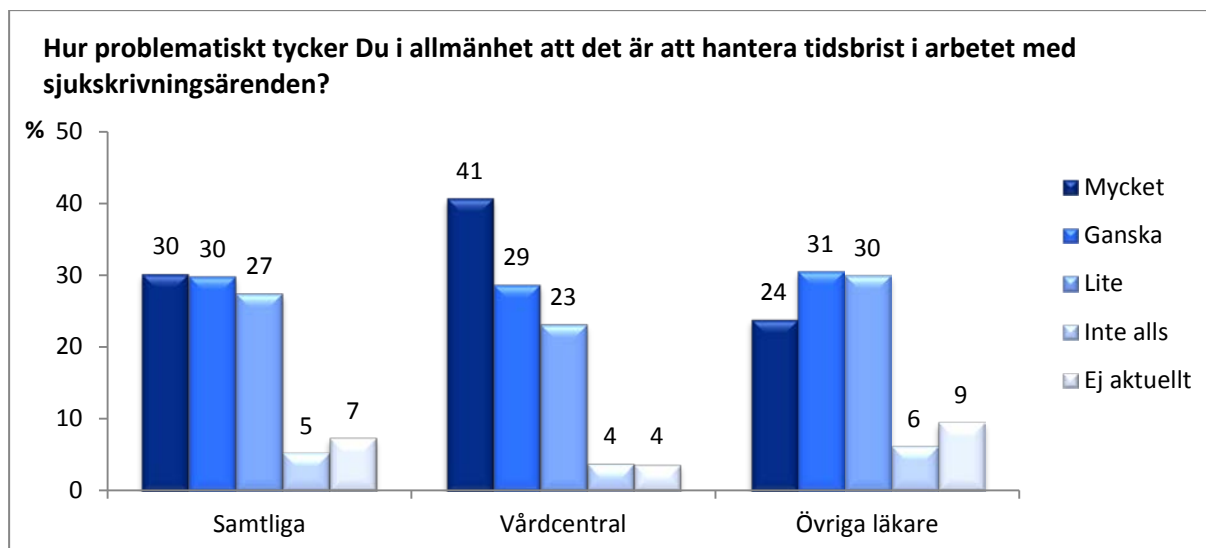
I Tabell 22 visas att störst andel läkare svarade att de upplever daglig tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid (32 %) och kompetensutveckling (29 %). För det direkta patientarbetet uppgav 24 procent av läkarna att de har tidsbrist dagligen. Bland läkarna vid vårdcentraler svarade en större andel att de upplever daglig tidsbrist inom alla dessa områden, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång /vecka	Någon gång /månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Samtliga	24	33	22	9	12
	Vårdcentral	32	37	20	5	5
	Övriga läkare	19	31	24	11	15
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	32	31	18	12	7
	Vårdcentral	38	37	18	3	5
	Övriga läkare	29	27	18	18	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	29	20	19	16	15
	Vårdcentral	38	22	19	10	11
	Övriga läkare	24	19	18	20	18

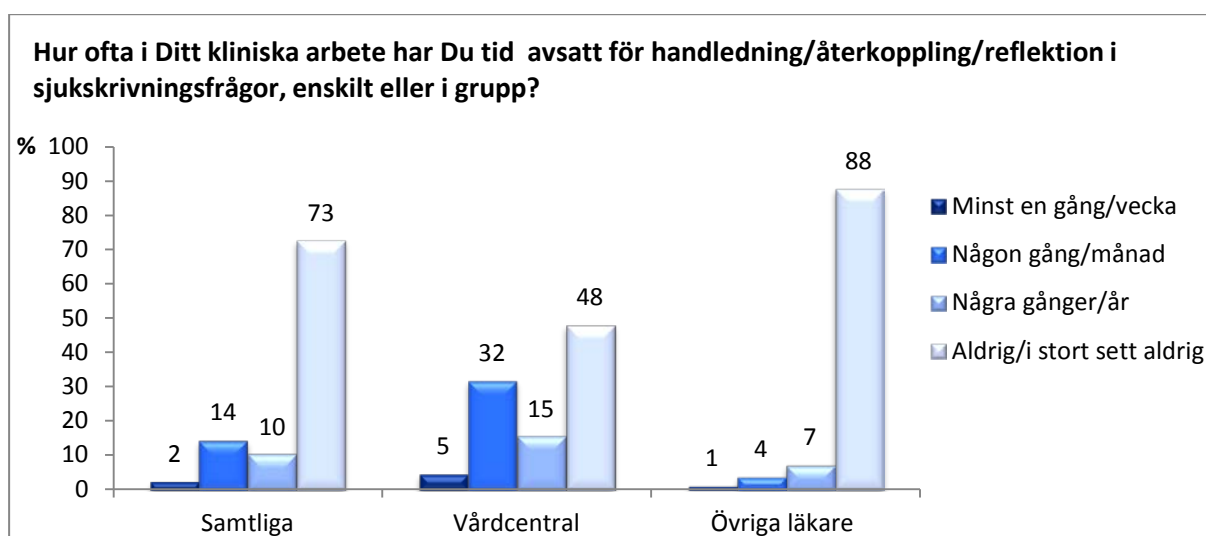
¹ T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

En större andel av läkarna vid vårdcentraler upplevde det också som problematiskt att hantera tidsbrist i sitt arbete med sjukskrivningar. Två av fem av dessa uppgav att det är mycket problematiskt, jämfört med en av fyra av läkarna i övriga verksamheter. (Figur 45)



Figur 45. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Tre av fyra av läkarna svarade att de i stort sett aldrig har tid avsatt för sådana aktiviteter som handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor (Figur 46). Av läkarna vid vårdcentraler angav drygt var tredje (36 %) att de har tid avsatt för detta minst någon gång per månad. Motsvarande andel för övriga läkare var fem procent

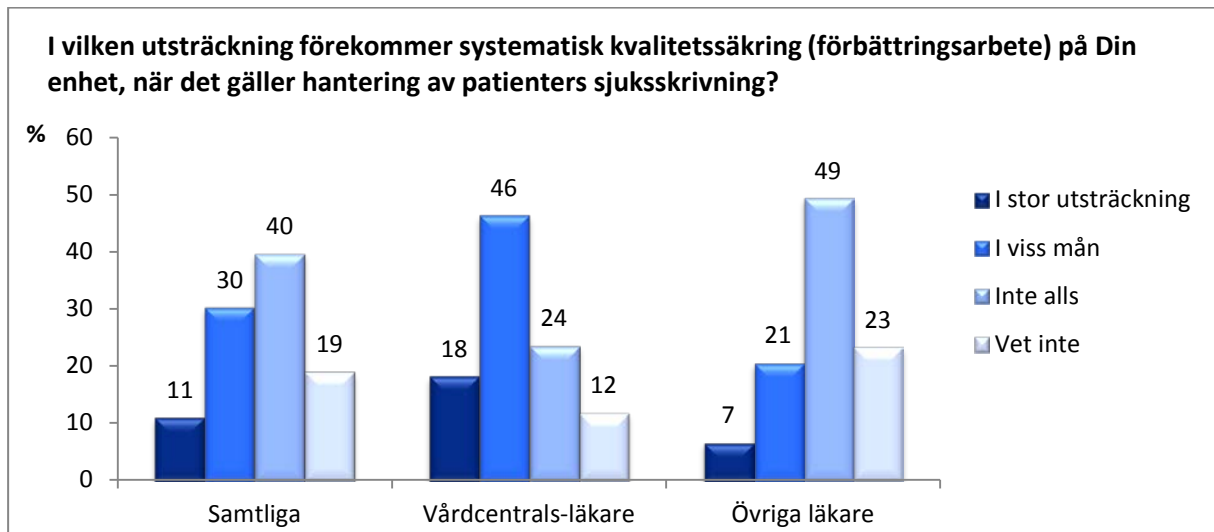


Figur 46 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

En liten del, var tionde, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning på deras enhet (Figur 47), medan knappt var tredje läkare svarade att det förekommer i viss mån. Två av fem svarade att det inte alls förekommer något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och en av fem visste inte om det förekommer eller inte.

Av läkarna vid vårdcentraler uppgav två av tre (65 %) att det förekommer i stor utsträckning eller i viss mån, jämfört med drygt var fjärde (27 %) av läkarna i övriga verksamheter.



Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Organisatoriska förutsättningar i Södermanland jämfört med övriga landsting

En för kliniken/mottagningen gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden fanns enligt läkarnas svar i större utsträckning i vissa landsting än i andra. I Södermanland uppgav störst andel, drygt hälften (51 %), av läkarna att en gemensam policy finns på deras klinik. I Uppsala, där andelen var minst, uppgav endast var fjärde (25 %) detsamma. Av de läkare som svarade att det finns en sådan välförankrad policy fanns störst andel i Södermanland (41 %) och minst andel fanns på Gotland (14 %). I samtliga landsting svarade en majoritet av läkarna som hade en gemensam policy på arbetsplatsen även att de hade nytta av den i sitt kliniska arbete. Störst andel som svarade detta fanns i Södermanland och Östergötland (båda 89 %). Minst var denna andel för Gotland (62 %). Gävleborg hade den minsta andelen läkare (14 %) som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring sjukskrivningsärenden. Störst var denna andel i Kalmar, där var tredje (33 %) angav sådant stöd. Genomsnittet för hela landet var 22 procent och för Södermanland var andelen 27 procent. Förekomsten av systematisk kvalitetssäkring på arbetsplatsen varierade mellan landstingen. I Kronoberg och Jönköping uppgav störst andel läkare (43 %) att denna typ av förbättringsarbete förekommer i stor utsträckning eller i viss mån. Uppsala och Gotland var de landsting där minst andel (21 %) uppgav detsamma. I Södermanland var andelen 41 procent och genomsnittet i hela landet var 30 procent. Endast fem procent av läkarna i hela landet uppgav att systematiskt förbättringsarbete förekom i hög utsträckning.

Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

Hälften av läkarna uppgav att det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning. Bland de som hade en sådan svarade nio av tio att de har nytta av denna i sitt kliniska arbete. Betydligt fler av läkarna vid vårdcentraler jämfört med läkarna i övriga verksamheter arbetade på en enhet där det fanns en gemensam policy.

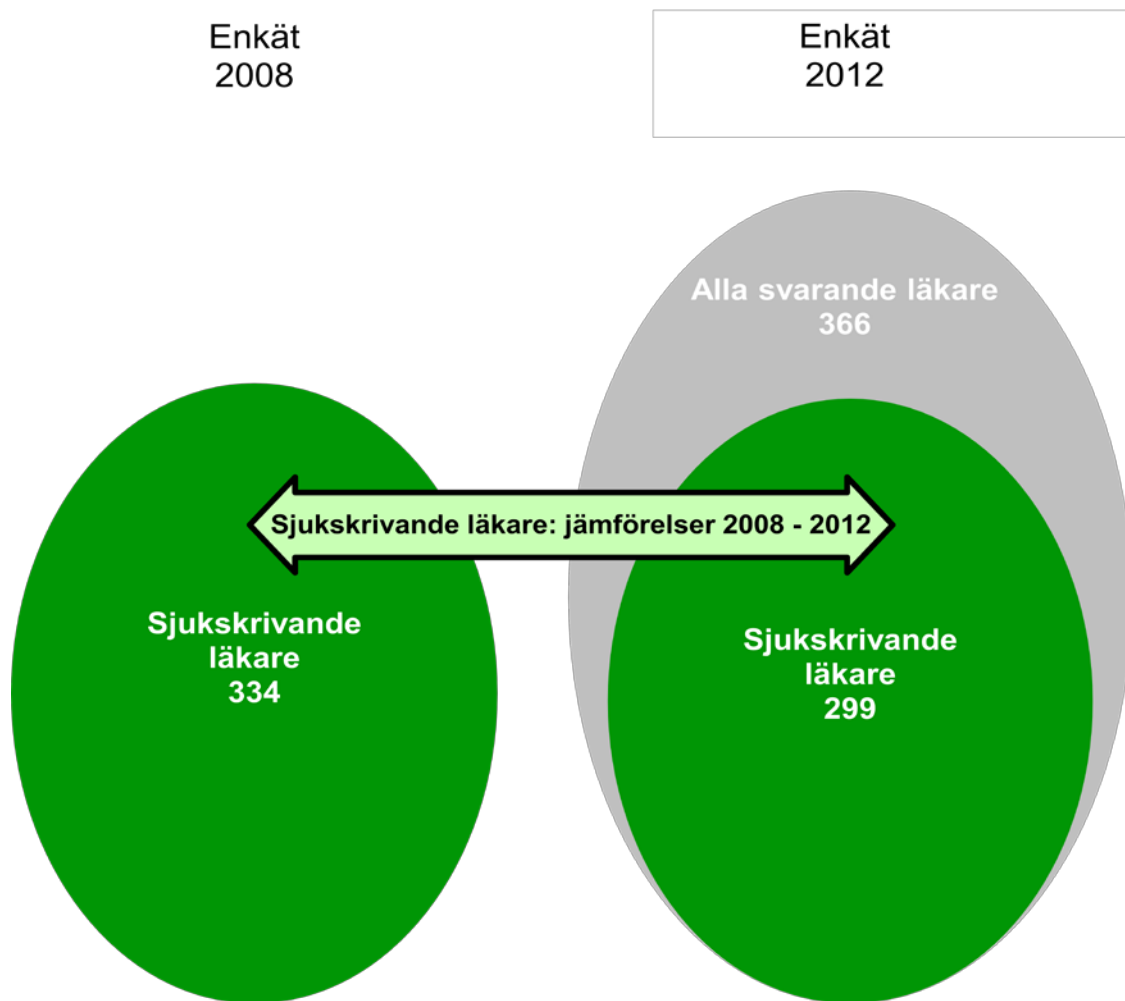
Åtta av tio läkare vid vårdcentraler uppgav att de har stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden, jämfört med sju av tio i övriga verksamheter. Var tredje respektive var fjärde uppgav att stödet var stort.

När det gällde tid för arbetet med sjukskrivningsärenden svarade ungefär var tredje att de upplever daglig tidsbrist avseende patientrelaterad tid respektive kompetensutveckling. Drygt två av tre vid vårdcentraler och hälften i övriga verksamheter menade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Av läkarna vid vårdcentraler uppgav två av tre att det på deras enhet i någon mån förekom systematisk kvalitetssäkring avseende hantering av patienters sjukskrivning, jämfört med drygt var fjärde av läkarna i övriga verksamheter.

3.

Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012



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

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

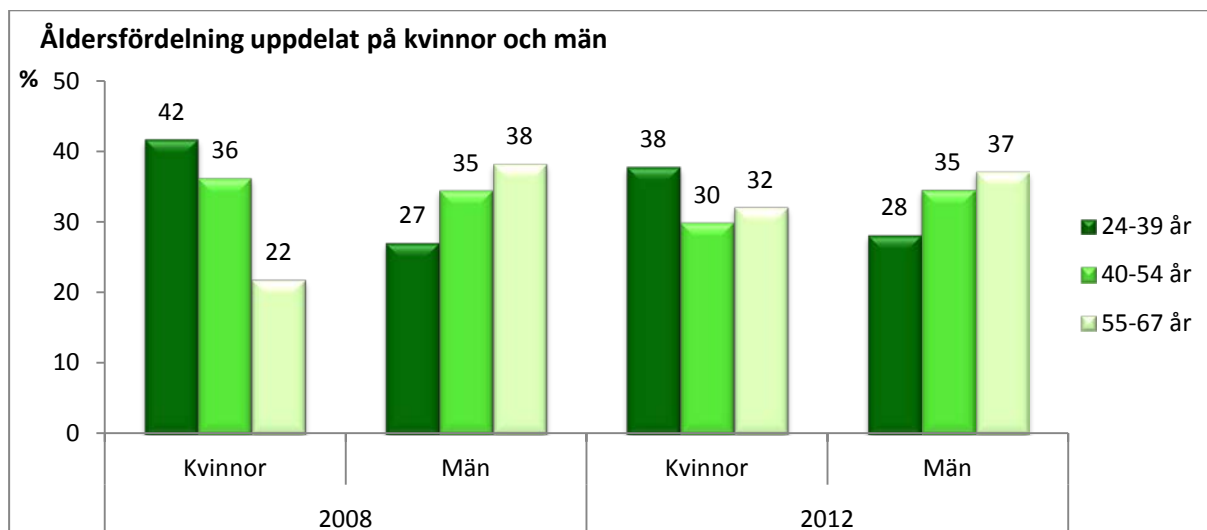
I Tabell 23 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor något större jämfört med 2008. Andelen specialistutbildade läkare var vid vårdcentraler något mindre och i övriga verksamheter något större år 2012 än 2008. Vad gäller åldersfördelningen var det bland läkarna vid vårdcentraler något större andelar som tillhörde den yngsta samt den äldsta ålderskategorin, medan det bland läkarna i övriga verksamheter var en något större andel som tillhörde den äldsta ålderskategorin år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 23. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist- utbildade %
Samtliga läkare	2008	334	44	34	35	31	65
	2012	296	47	33	32	35	66
Vårdcentral	2008	110	42	30	33	37	68
	2012	113	46	32	27	42	65
Övriga läkare	2008	224	45	35	37	28	64
	2012	183	48	33	36	31	67

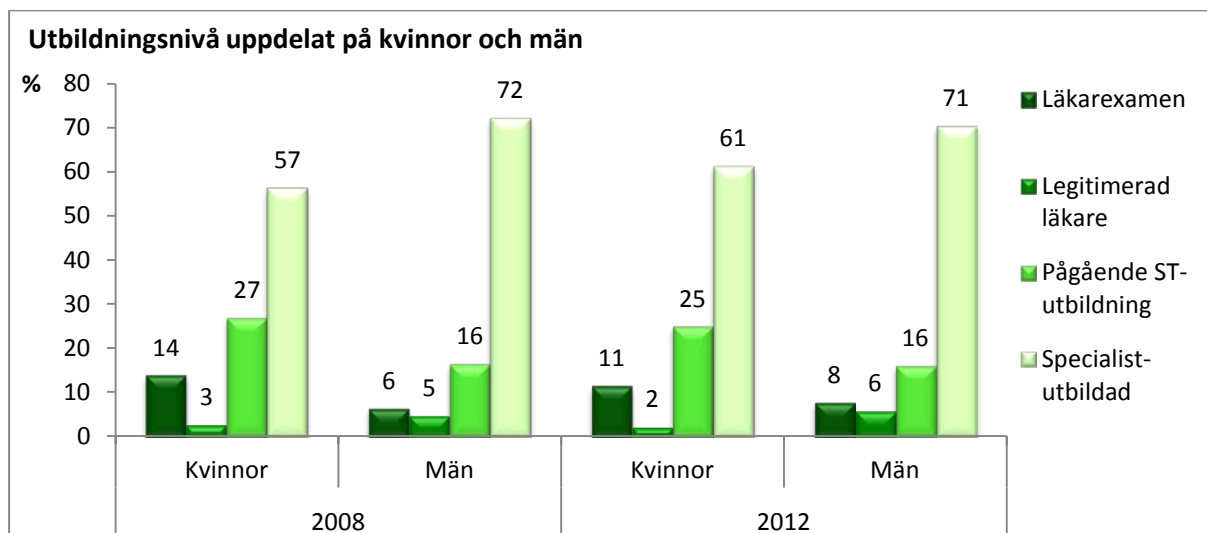
Bakgrundsfaktorer

Bland kvinnorna var andelen i den äldsta åldersgruppen större år 2012 jämfört med 2008 medan det bland männen inte var några större skillnader i ålderssammansättningen bland de svarande mellan 2008 och 2012 (Figur 48). Bland kvinnorna var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan störst andel bland männen fanns i den äldsta gruppen.



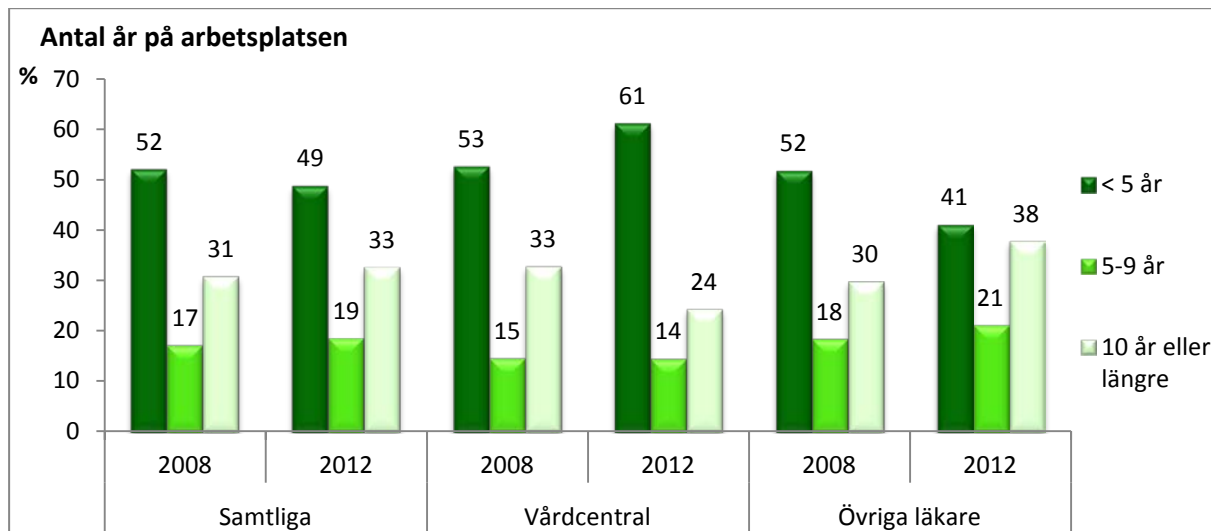
Figur 48. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Fördelningen i utbildningsnivå var i stort sett likartad båda åren, för såväl kvinnorna som männen (Figur 50).



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

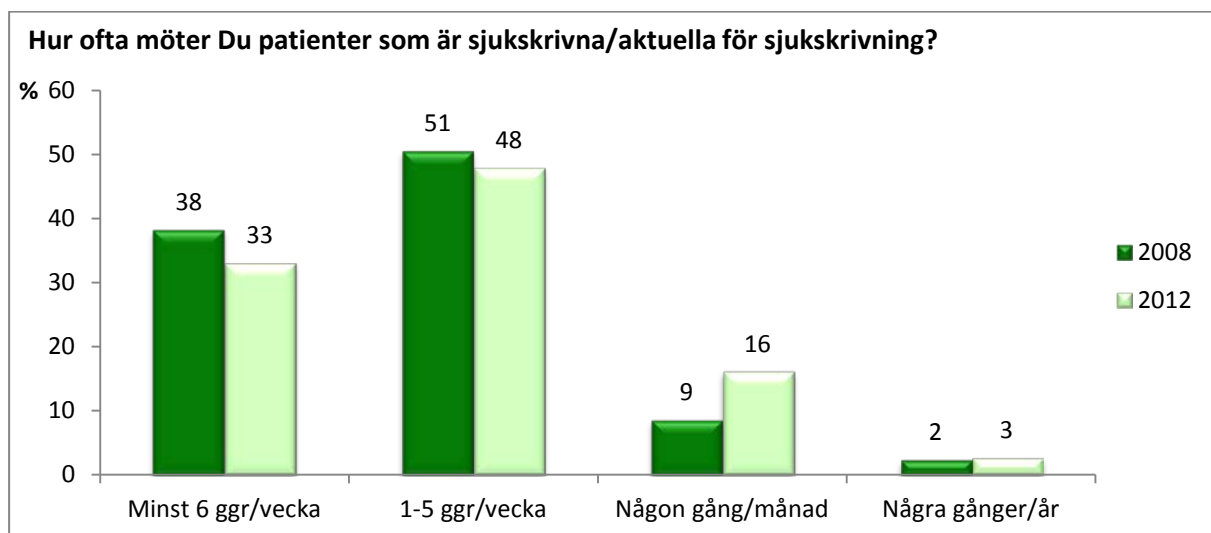
Såväl 2008 som 2012 svarade en majoritet av läkarna vid vårdcentraler att de varit på sin nuvarande arbetsplats mindre än fem år (Figur 50). Bland läkarna i övriga verksamheter svarade hälften att de varit mindre än fem år på sin arbetsplats 2008 medan andelen 2012 var två av fem.



Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som uppgav att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var fem procentenheter mindre 2012 jämfört med 2008, samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden en till fem gånger per vecka eller någon gång per månad var fem procentenheter större år 2012 (Figur 51).



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

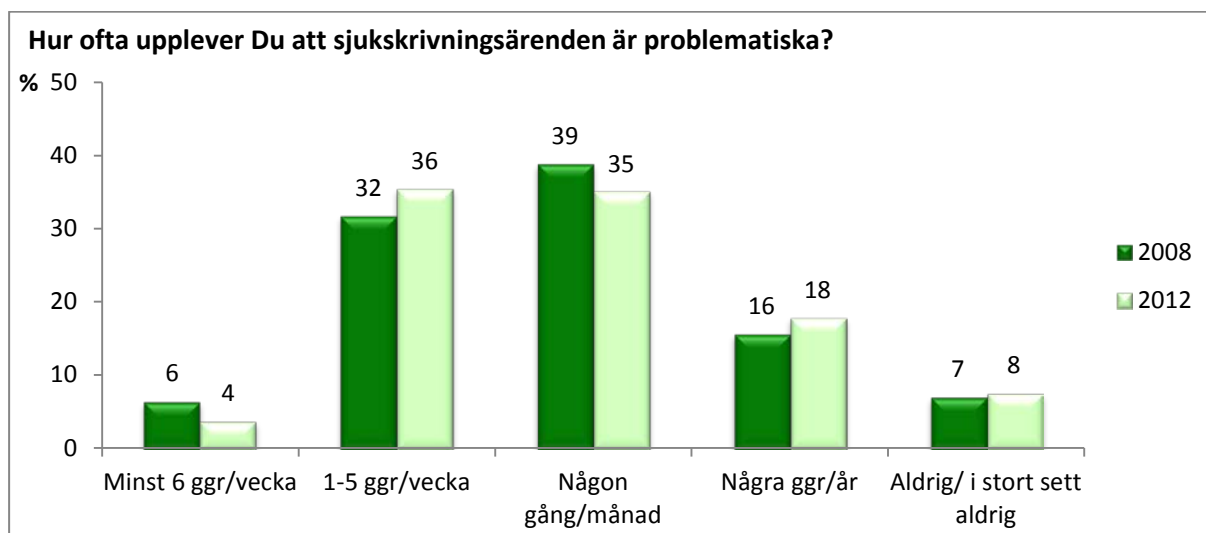
Andelen som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre år 2012 jämfört med 2008, såväl bland läkarna vid vårdcentraler som i övriga verksamheter (Tabell 24). Andelen som angav att de har sådana ärenden mellan en till fem gånger per vecka var år 2012 större för läkarna vid vårdcentraler men mindre för läkarna i övriga verksamheter, jämfört med 2008.

Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade 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 gång/år %
Vårdcentral	2008	37	57	5	0
	2012	32	60	7	1
Övriga läkare	2008	39	47	10	4
	2012	34	40	22	4

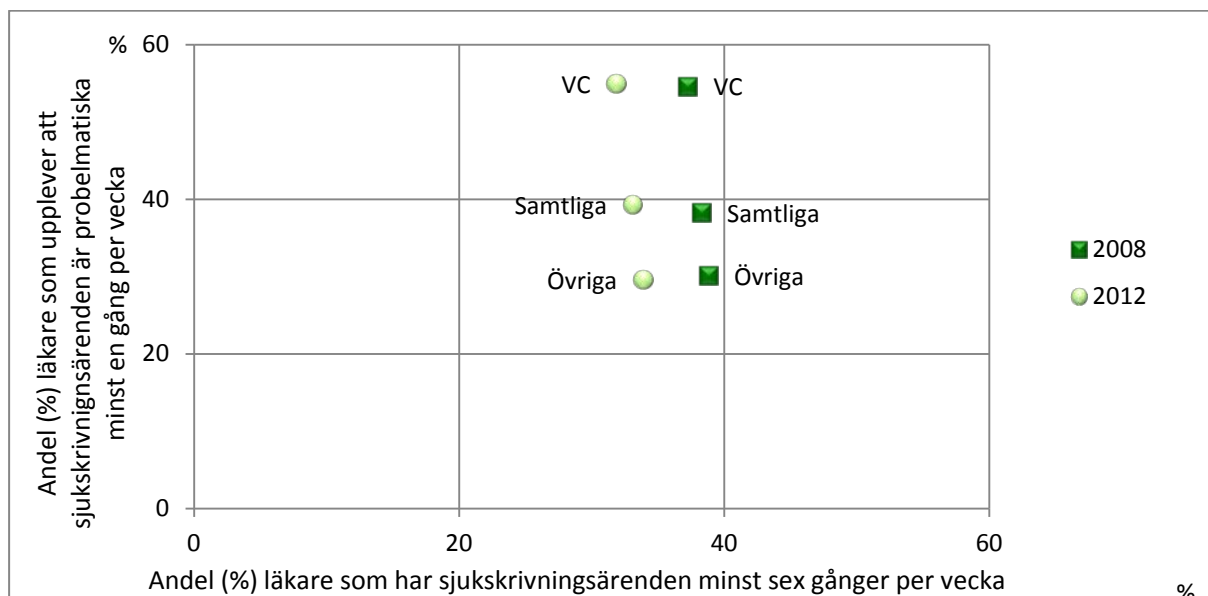
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som angav att de minst någon gång per vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 52). Andelen läkare som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever att deras sjukskrivningsärenden är problematiska var dock i stort sett oförändrad. Skillnaderna mellan åren bör jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 51).



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

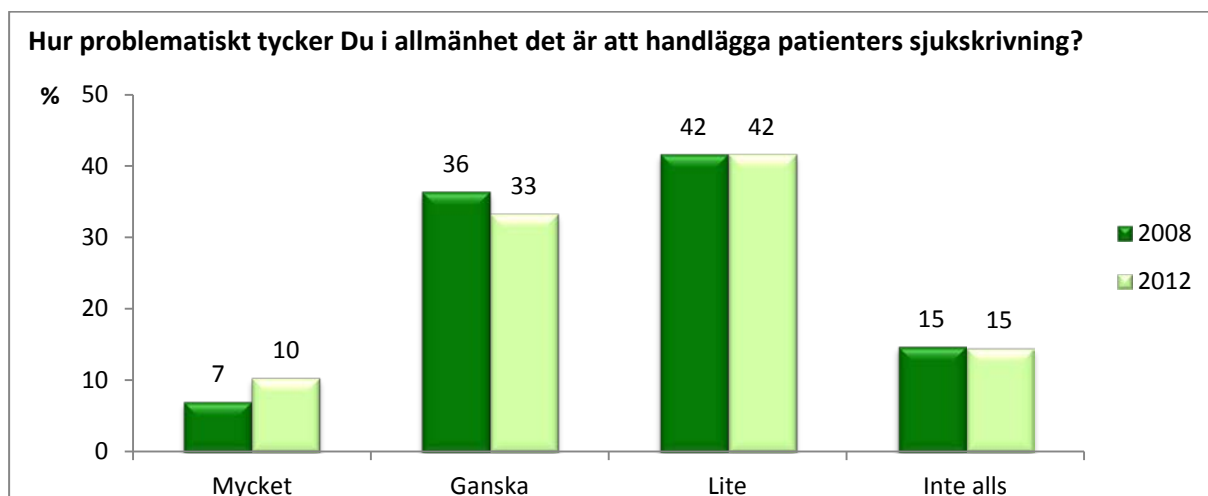
När andelen vårdcentralsläkare respektive övriga läkare, som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen som upplevde att sådana ärenden är problematiska minst en gång per vecka, framkommer vissa skillnader mellan de två åren (Figur 53). För båda grupperna av läkare var andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka mindre år 2012 än 2008. Däremot var andelarna som upplevde dessa som problematiska minst en gång per vecka i det närmaste oförändrade.



Figur 53. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andelen som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare (VC) och läkare i övriga verksamheter, år 2008 respektive 2012.

Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 54). Fyrtiofyra procent angav att de upplever detta vara mycket eller ganska problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevs som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Sammantaget var andelen läkare som angav att de upplever att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska ungefär lika stor år 2012 som 2008 (Tabell 25). Den största skillnaden gällde frågan om hur problematiskt det upplevdes att göra en handlingsplan eller åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen, där en sju procentenheter mindre andel svarade att det är mycket eller ganska problematiskt år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 25. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	17	35	34	13
	2012	18	32	36	14
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	12	30	41	17
	2012	11	32	39	18
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	23	37	33	7
	2012	22	41	30	7
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	18	38	37	7
	2012	14	37	41	8
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	29	35	27
	2012	8	23	42	27
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	23	37	31	8
	2012	23	35	29	13
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	17	37	35	11
	2012	21	35	34	10

Även andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var ungefär lika stor 2012 som 2008 (Tabell 26). Största skillnaderna förelåg här vad gäller hur problematiskt det upplevs att hantera de två rollerna som dels behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, där en 5 procentenheter större andel uppgav att detta var mycket eller ganska problematiskt.

Tabell 26. 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	5	24	47	25
	2012	4	29	40	27
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	7	31	44	19
	2012	6	31	38	25
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	11	29	40	19
	2012	12	27	39	22
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	16	33	36	15
	2012	17	34	36	13
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	17	31	32	20
	2012	17	36	31	16

Det var en relativt liten andel läkare som svarade att det är problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen (Tabell 27), denna andel var lika stor båda åren. Andelen som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan var mindre år 2012 än 2008. 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 23 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen större år 2012 jämfört med 2008 (56 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 liten andel läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när de och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, dock svarade en betydande andel att detta inte är aktuellt för dem (36 % år 2008 och 28 % år 2012). Orsaken till att det inte är aktuellt kan vara antingen att man inte har tillgång till ett team eller att man inte har olika åsikter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	3	15	40	42	
	2012	4	16	38	42	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	11	32	37	20	
	2012	8	28	39	26	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ¹	2008	16	33	35	16	
	2012	17 (22)	27 (34)	21 (27)	13 (16)	23
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	2	10	32	21	36
	2012	4	10	33	25	28

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

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare som angav att de upplever de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 28 minst någon gång i månaden var i de flesta fall lika stora eller något mindre år 2012 jämfört med år 2008. Undantagen var konflikter med patienter kring sjukskrivning, vilket en något större andel angav att de har minst en gång per månad år 2012, jämfört med 2008. Andelen läkare som svarade att de aldrig upplever konflikter med patienter om sjukskrivning var 24 procent 2008 och 31 procent 2012.

Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	17	35	31	16
	2012	17	37	27	20
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	5	23	42	29
	2012	5	19	38	38
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	11	38	40	11
	2012	8	33	45	14
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	10	19	48	24
	2012	8	26	36	31
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	16	31	28	25
	2012	14	33	29	24

Andelen som angav att de aldrig upplever olika former av hot eller oro i samband med sjukskrivningar var ungefär densamma år 2012 och 2008 (Tabell 29). Andelen som svarade att de aldrig upplever att de känner sig hotade av patienter kring sjukskrivningar var fem procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Det var fortfarande 2012 en liten andel som angav att de minst någon gång i månaden känner sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

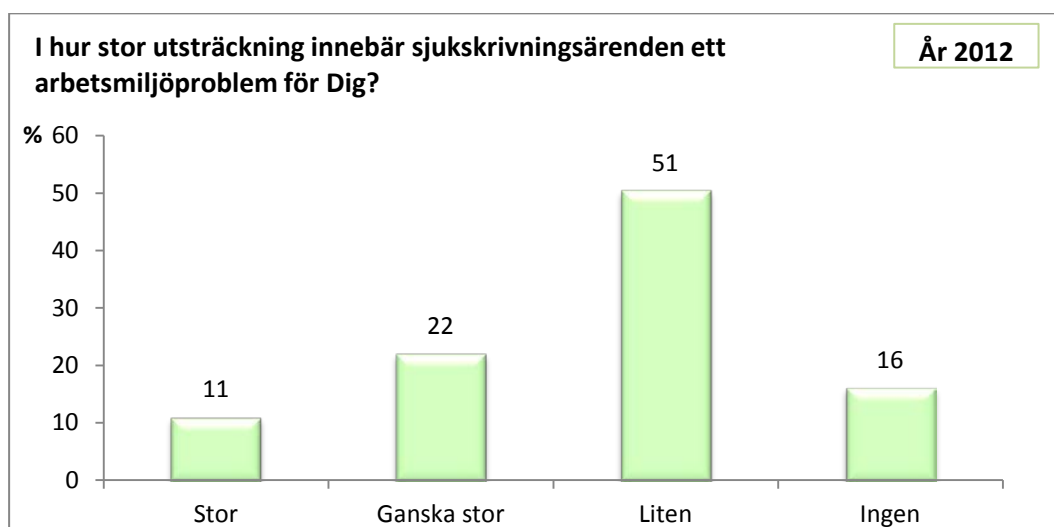
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

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	2	4	13	81
	2012	2	4	11	83
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	18	79
	2012	1	2	12	84
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	7	90
	2012	2	2	7	89
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	1	15	84
	2012	2	2	15	82

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

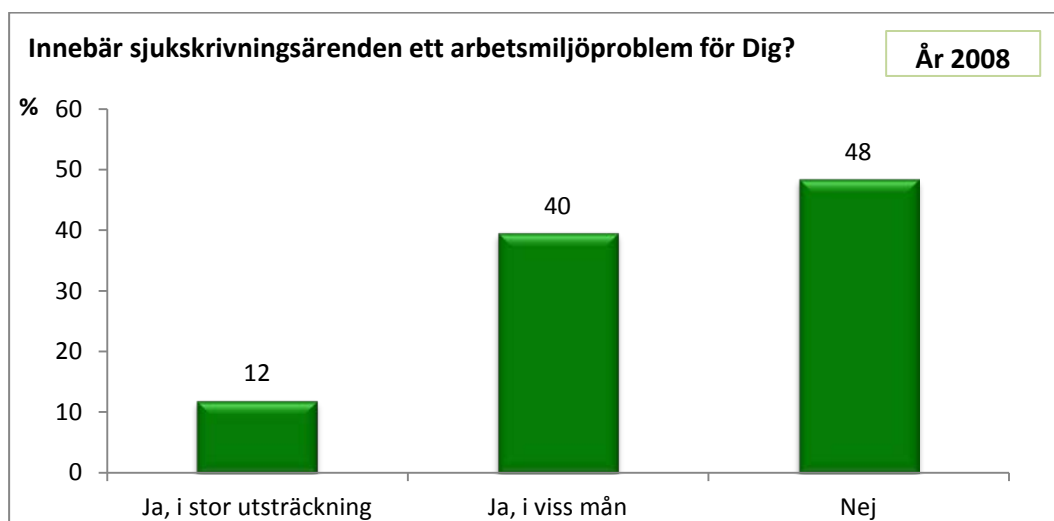
År 2008 inkluderades en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem i enkäten, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gör detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års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

År 2012 uppgav en tredjedel (33 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 55). Sexton procent av läkarna svarade att de inte upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 55. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, upplevde drygt hälften (52 %) av läkarna arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 56).



Figur 56. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2012 var andelen läkare som uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder ungefär lika stor som 2008 (Tabell 30). Störst skillnad, fem procentenheter mindre 2012, sågs för andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan.

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	2	11	27	35	24
	2012	1	9	29	36	25
... väntetider till utredning hos FK?	2008	2	8	17	29	45
	2012	1	4	18	26	52
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	14	26	57
	2012	0	1	15	24	59
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	0	4	12	29	55
	2012	0	2	13	29	55
... väntetider till behandling?	2008	2	10	28	39	22
	2012	1	10	29	40	19

Majoriteten av läkarna svarade att de aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 31. Ett undantag gällde orsaken ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering” där 46 procentenheter år 2012 uppgav att de aldrig sjukskrev längre än nödvändigt. Tendensen var att andelen som angav att de aldrig sjukskriver längre än nödvändigt var mindre 2012 jämfört med 2008. Ett undantag från detta gällde anledningen ”brist på återbesökstider”, där en något större andel angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt 2012.

Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	6	16	24	53
	2012	1	6	17	21	55
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	4	13	18	65
	2012	1	5	13	21	60
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	10	23	63
	2012	<0,5	5	13	23	58
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	3	12	31	54
	2012	0	3	16	35	46
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	3	6	26	65
	2012	1	2	10	26	61
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	1	2	6	15	77
	2012	1	3	8	17	71
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	1	7	26	66
	2012	<0,5	1	8	27	64

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som svarade att de aldrig använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre 2012, jämfört med 2008 (24 respektive 31 %) (Tabell 32).

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008	2	17	27	23	31
	2012	5	21	26	24	24

På frågan om hur problematiskt det upplevs att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att det förmodades att många läkare inte hade börjat använda det ännu. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var sju procent, vilket är närmare 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).

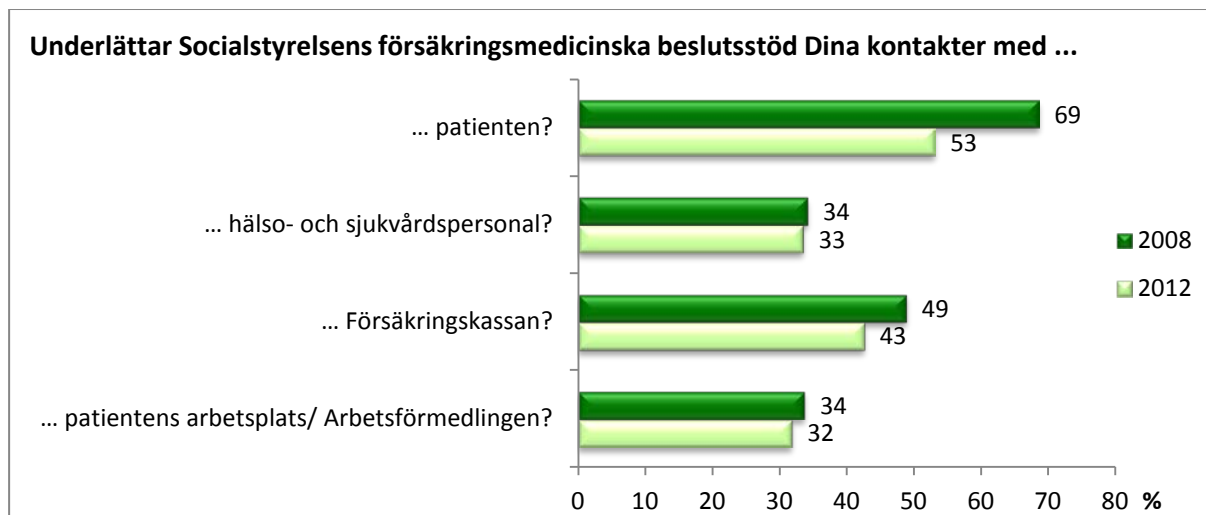
Tabell 33. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 ¹	6 (10)	18 (30)	26 (43)	11 (18)	40
	2012	11	31	40	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.

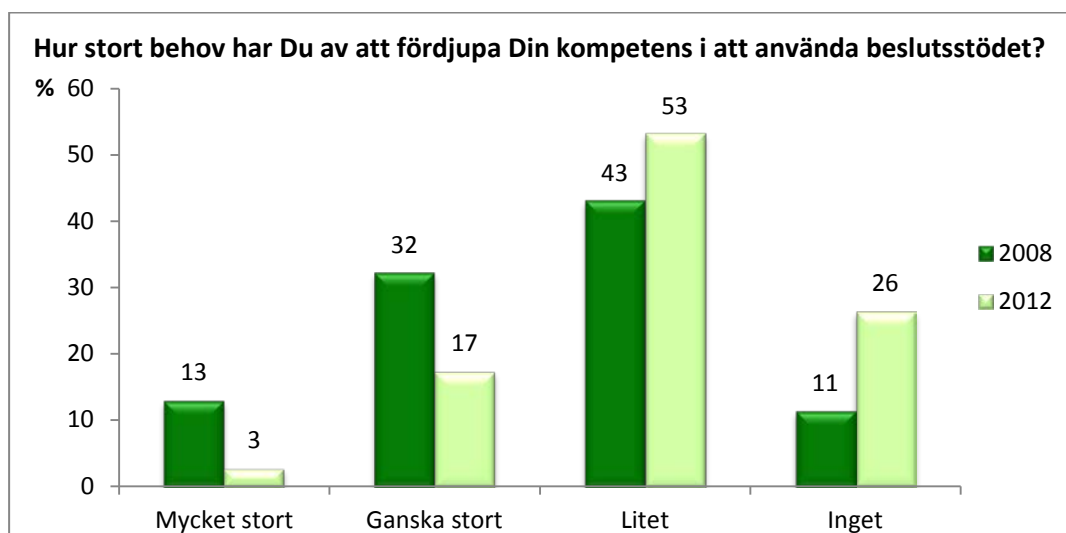
² Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

En mindre andel ansåg 2012 att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten eller med andra aktörer, jämfört med 2008 (Figur 57). Drygt hälften ansåg dock fortfarande 2012 att stödet underlättar kontakten med patienter. I 2012 års enkät var delfrågan ”Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen” uppdelad i två (se metod sidan 20). De läkare som svarade ”Ja” på minst ett av alternativen år 2012 jämfördes med dem som svarade ”Ja” år 2008.



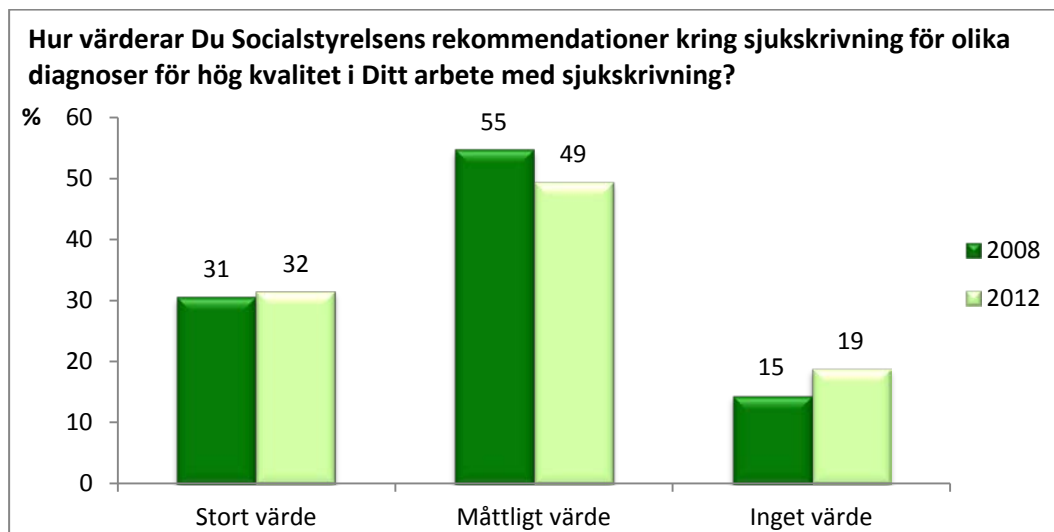
Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutstödet var andelen som angav ett mycket eller ganska stort behov av detta klart mindre 2012 (20 %), jämfört med 2008 (45 %) (Figur 58).



Figur 58. 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.

En ungefär lika stor andel (31 respektive 32 %) av läkarna uppgav båda åren att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning (Figur 59).



Figur 59. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Samverkan och kontakter

Det var relativt små skillnaderna mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt (Tabell 34). De största skillnaderna ligger i hur ofta läkarna hade kontakt med socialtjänst, där andelen hade detta minst en gång per månad var 20 procent 2012 jämfört med fem procent 2008, samt hur ofta de hade kontakt med Arbetsförmedlingen, där motsvarande andelar var 29 och 15 procent. Båda åren var det internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården, som angavs av störst andel.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	1	20	39	40
	2012	1	14	39	46
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	22	18	22	38
	2012	21	24	23	32
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	30	24	23	23
	2012	31	24	19	25
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	11	30	34	25
	2012	7	24	39	29
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	15	22	18	46
	2012	8	30	22	40
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	8	8	19	65
	2012	5	10	24	61
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	4	24	71
	2012	3	17	19	60
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	2	14	36	49
	2012	5	24	31	39
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	10	17	25	47
	2012	8	18	29	45

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

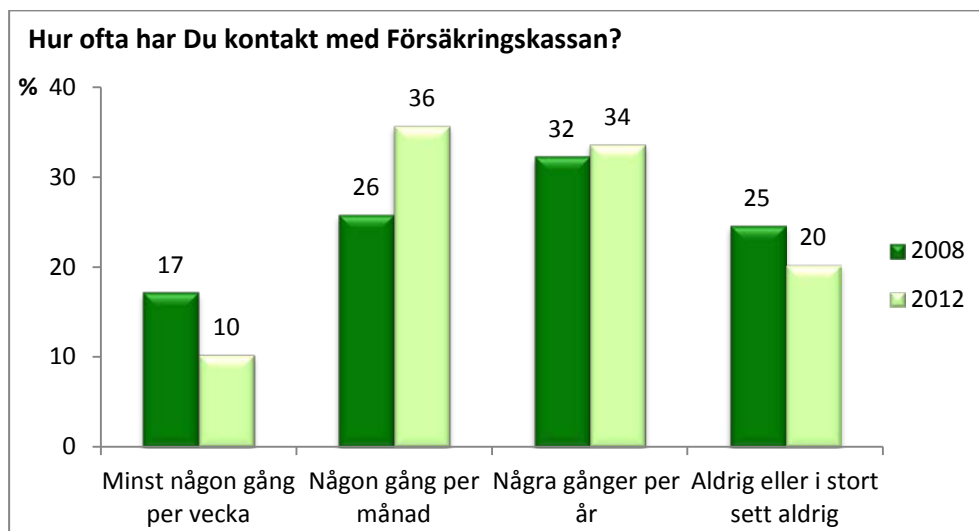
När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som angav att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal har stort värde betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 35). Även andelen som angav att kontakter med handläggare på Försäkringskassan, samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare samt så kallad 'second opinion' har stort värde var mindre 2012, jämfört med 2008. Ungefär lika stora andelar de båda åren svarade att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens samt med försäkringsmedicinsk rådgivare har stort värde.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	44	47	10
	2012	46	42	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	62	35	3
	2012	43	45	11
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	46	43	10
	2012	35	50	14
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	30	48	22
	2012	31	50	19
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	51	34	15
	2012	41	39	20
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	29	49	22
	2012	21	46	33
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	31	55	13
	2012	24	53	23

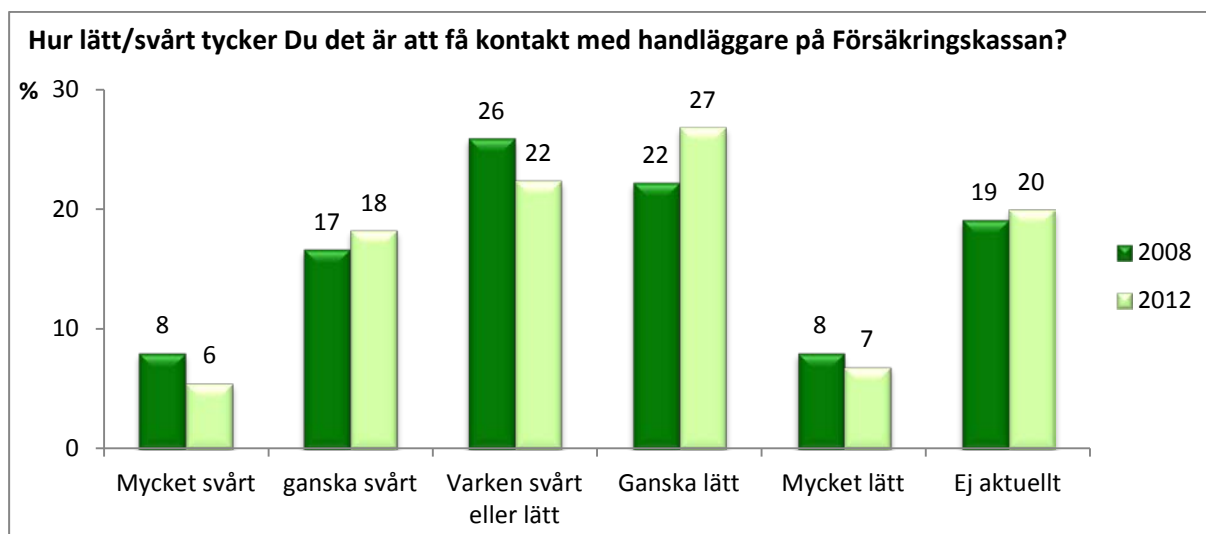
Kontakter med Försäkringskassan

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). Både andelen läkare som uppgav att de ofta har kontakt med Försäkringskassan och andelen som svarade att de aldrig har det var mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 60).



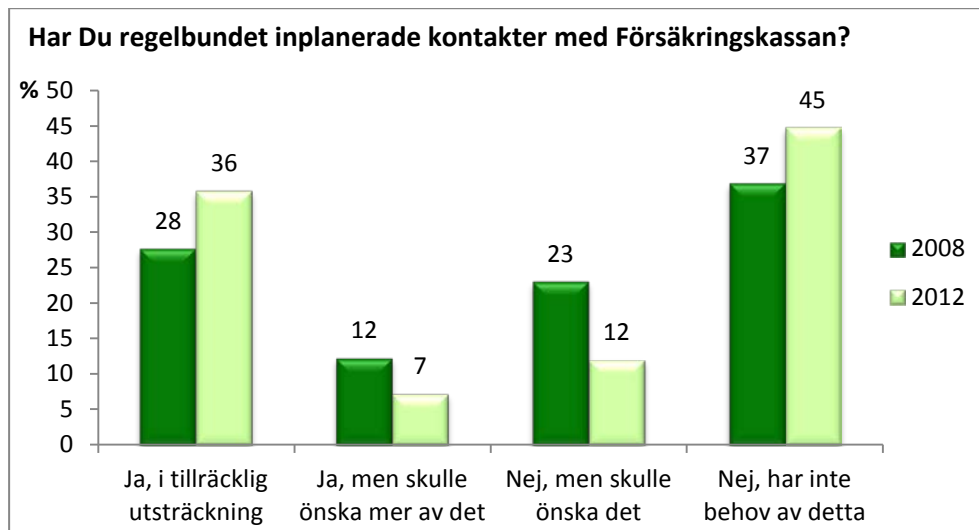
Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det är lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte är aktuellt för dem lika stor båda åren (Figur 61). Även andelen som svarade att det är mycket lätt och andelen som svarade att det är mycket svårt att få kontakt var ungefär lika stora år 2012 som 2008.



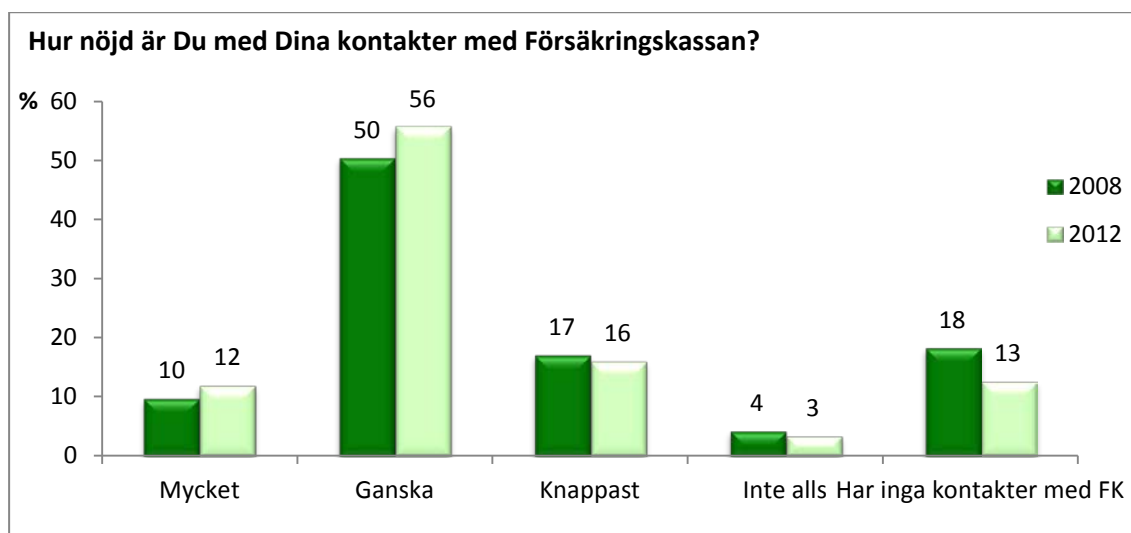
Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

År 2008 ville en tredjedel (35 %) av läkarna ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de hade. Motsvarande andel var år 2012 en femtedel (19 %) (Figur 62).



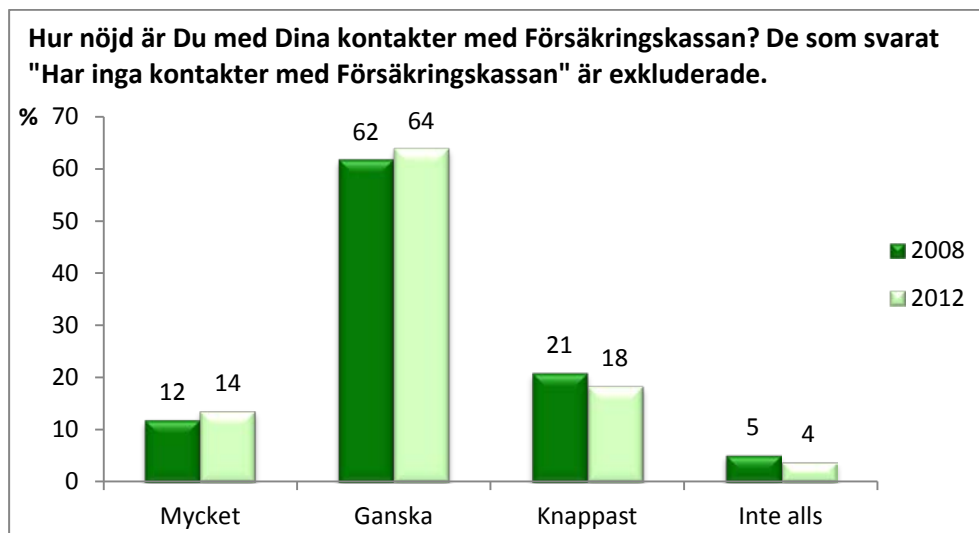
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Andelen som var mycket eller ganska nöjda var större år 2012 än 2008 (Figur 63). Samtidigt var andelen som svarade att de knappast eller inte alls är nöjda ungefär densamma båda åren.



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

I Figur 64 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 63 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarmönstret är likt det tidigare, men skillnaderna mellan åren är mindre avseende andel som angav att de är mycket eller ganska nöjda, vilket 78 procentenheter svarade år 2012 jämfört med 74 procentenheter 2008, samt större avseende andel som svarade att de knappast eller inte alls är nöjda, 26 respektive 22 procentenheter de två åren.



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

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

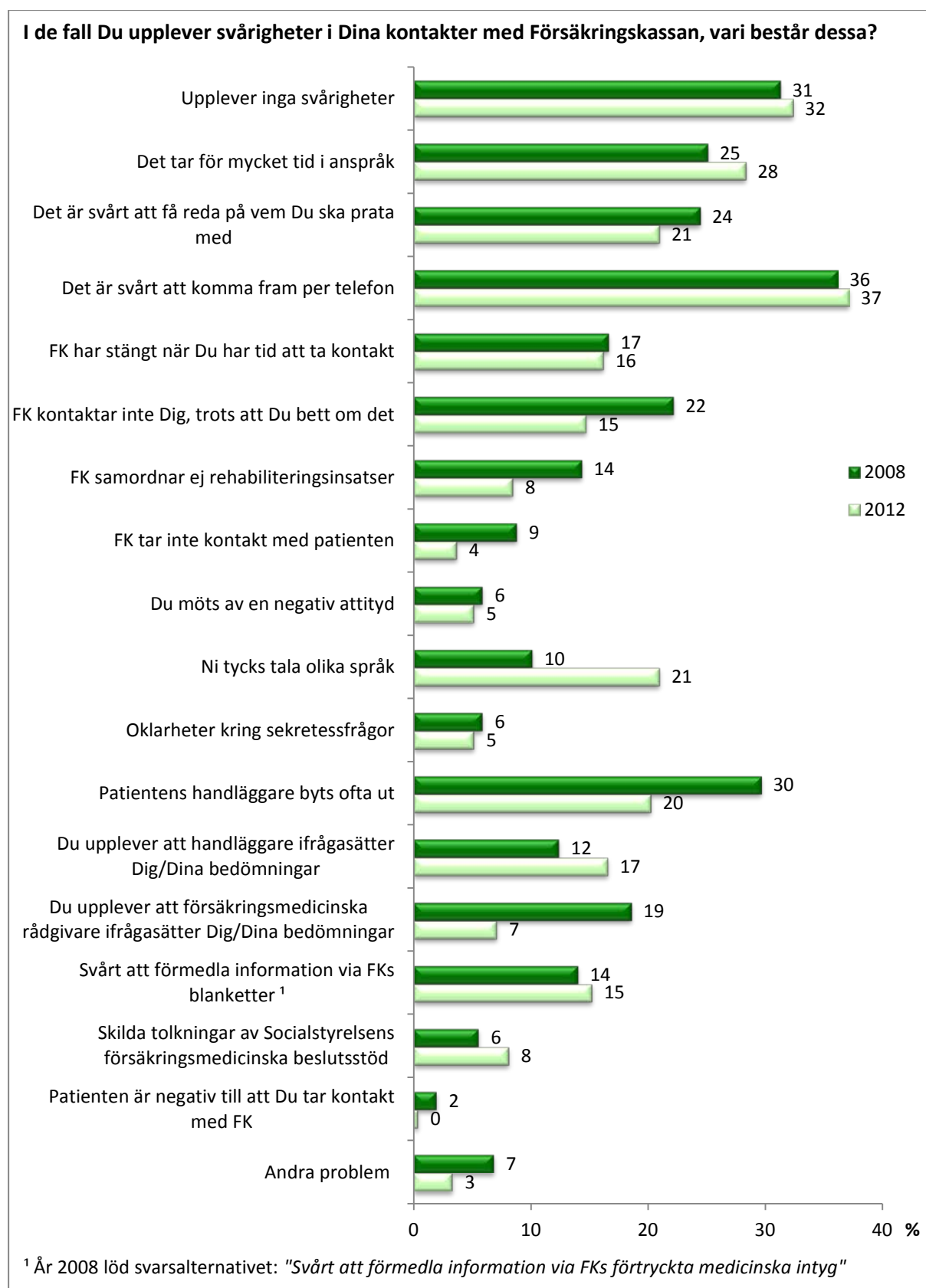
Andelen läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var lika stor 2012 som 2008; 32 respektive 31 procent.

I Figur 65 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andelen läkare som svarade att de upplever sådana svårigheter respektive år.

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

År 2008 angav en stor andel att de upplevde svårigheter på grund av att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren trots att denne bitt om det. År 2012 uppgav 21 procentenheter svårigheter med att läkaren och Försäkringskassans personal "tycks tala olika språk", vilket var elva procentenheter mer än 2008. Det fanns även svårigheter som en betydligt mindre andel angav att de upplever 2012 jämfört med 2008, framförallt gällde det att "Försäkringskassans handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar" och att patienters handläggare ofta byts ut.

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



Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012.

Försäkringsmedicinsk kompetens

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

Kompetensutveckling

Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden betonades av ungefär lika stora andelar båda åren (Tabell 36) En något mindre andel angav 2012, jämfört med 2008, att vidareutbildningar i landstingets regi bidragit mycket eller ganska mycket till deras försäkringsmedicinska kompetens. Andelen som menade att utbildningar i Försäkringskassans regi hade bidragit mycket eller lite var lika stor de båda åren, däremot var andelen som menade att dessa utbildningar inte alls bidragit mindre år 2012 än 2008, med nio respektive 19 procentenheter.

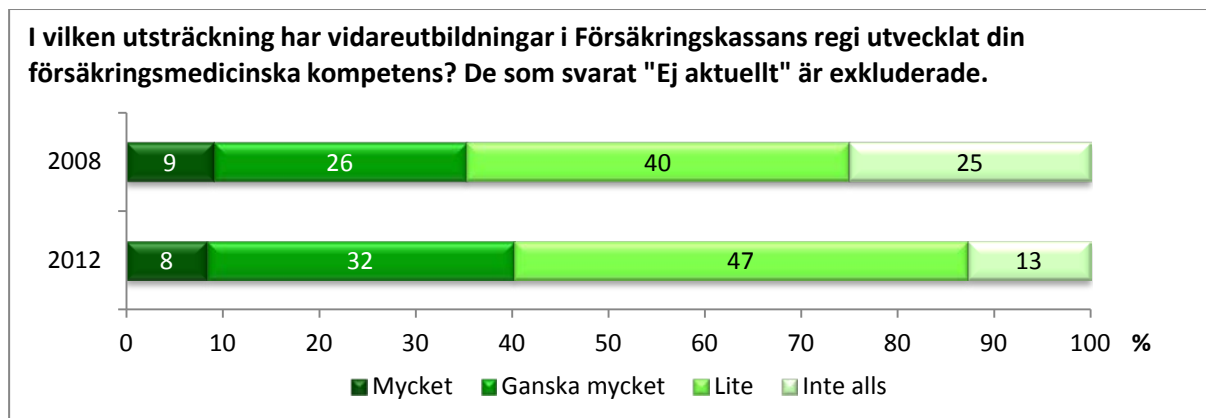
Tabell 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

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	4	13	37	46	- ¹
	2012 ²	7(8)	8(9)	33(37)	40(46)	13
AT-utbildning	2008	7	24	41	19	10
	2012	8	25	32	21	14
ST-utbildning	2008	7	28	31	16	18
	2012	7	26	26	19	22
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	7	20	30	19	24
	2012	6	23	35	9	26
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	4	16	29	22	28
	2012	3	13	23	21	41

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



Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. De som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 37). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som svarade att de har behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; andelen som svarade detta var 19 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller kunskap om hantering av konflikter med patienter kring sjukskrivning, vilka krav som ställs i olika yrken, utformning av optimala handlingsplaner och om bedömning av patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning var andelen som ansåg sig ha mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre (cirka tio procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger samt att skriva läkarintyg var båda åren områden där en relativt liten andel ville ha mer kompetens.

Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/ nedsättning	2008	18	38	37	8
	2012	16	31	40	13
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	22	41	29	8
	2012	17	36	35	13
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	18	45	31	6
	2012	16	37	33	15
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	19	42	34	5
	2012	12	29	46	12
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	12	23	43	21
	2012	8	16	49	27
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	5	19	54	21
	2012	4	15	49	31
Utforma optimala handlingsplaner	2008	6	39	41	14
	2012	8	27	43	23
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	4	20	53	23
	2012	4	14	49	33

År 2012 angav en mindre andel stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om regelsystemet kring sjukförsäkringen (7 procentenheter mindre) och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen, till exempel rehabiliteringspenning, (5 procentenheter mindre), medan en ungefär lika stor andel, jämfört med 2008, angav behov av ökad kunskap kring privata försäkringar (Tabell 38). Båda åren svarade mer än hälften av läkarna att de hade behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	10	38	44	8
	2012	9	32	44	16
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk-, eller aktivitetsersättning)	2008	17	42	34	7
	2012	15	39	33	12
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	11	34	38	18
	2012	17	29	34	21

En mindre andel läkare svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 vad gäller kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 39). Skillnaderna var på cirka tio procentenheter.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	10	37	44	9
	2012	9	26	48	17
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	42	37	8
	2012	10	36	38	16
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	14	44	34	8
	2012	10	36	38	15
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	15	41	36	8
	2012	8	38	37	17
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	10	40	37	13
	2012	13	29	43	15

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 har stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, det vill säga, olika typer av kompetensutveckling. De största skillnaderna mellan åren vad gäller andel som sätter stort värde på dessa faktorer var i storleksordningen av omkring tio procent. En större andel år 2012 angav att de sätter stort värde på konferenser och seminarier (30 % 2012 jämfört med 19 % 2008). Även kurser i försäkringsmedicin angavs av en större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (47 respektive 37 %), detsamma gällde handledning (44 respektive 35 %).

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?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	35	50	15
	2012	44	40	15
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	17	65	18
	2012	13	66	21
Information via Internet	2008	22	53	25
	2012	26	56	18
Kurser i försäkringsmedicin	2008	37	46	16
	2012	47	40	13
Kurser i konflikthantering	2008	17	43	40
	2012	21	42	38
Konferenser, seminarier	2008	19	55	26
	2012	30	46	25
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	27	45	28
	2012	29	39	32

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 41. Omkring hälften av läkarna båda åren (47 % 2008 och 53 % år 2012) svarade att ”ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning” var av stort värde. År 2012 värderade hälften, 49 procentenheter, av läkarna ”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten” högt för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning, jämfört med 44 procentenheter år 2008. En större andel angav år 2012 än 2008 att ”att få bättre ersättning för att skriva intyg” hade stort värde (29 jämfört med 20 %)

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	25	49	26
	2012	23	39	38
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	23	48	28
	2012	23	37	41
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	44	43	12
	2012	49	36	15
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	47	41	11
	2012	53	36	11
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	20	33	47
	2012	29	28	43

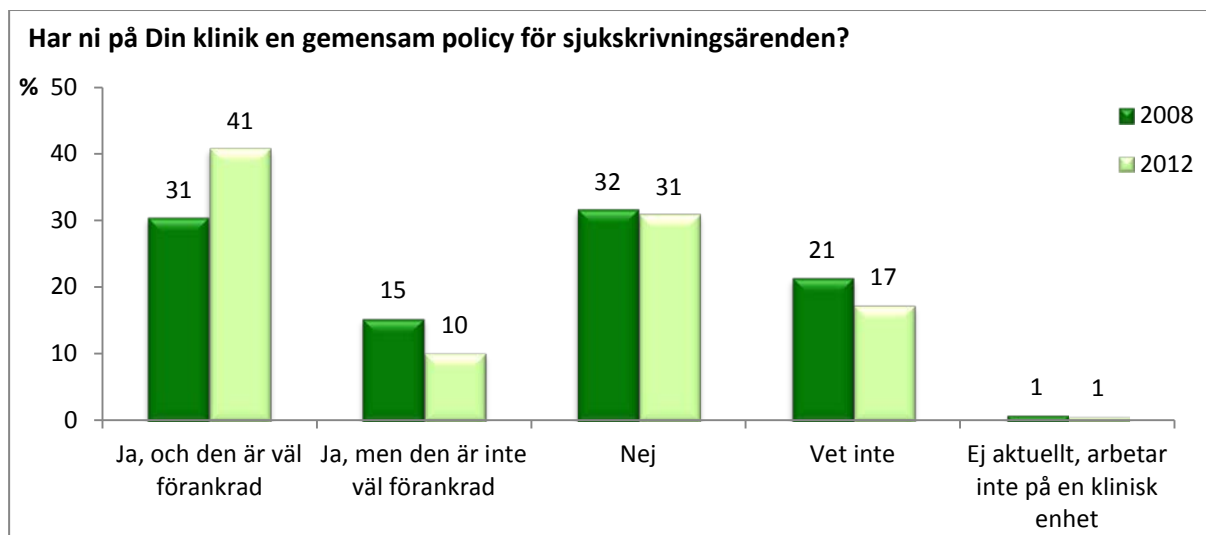
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 98) och Samverkan och kontakter (sidan 101).

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

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

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

En tio procentenheter större andel svarade år 2012 att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på den egna kliniken, jämfört med 2008 (Figur 67). Andelen som angav att en gemensam policy fanns, men inte var väl förankrad samt andelen som uppgav att de inte visste om en sådan policy fanns var mindre år 2012, jämfört med 2008.



Figur 67. 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.

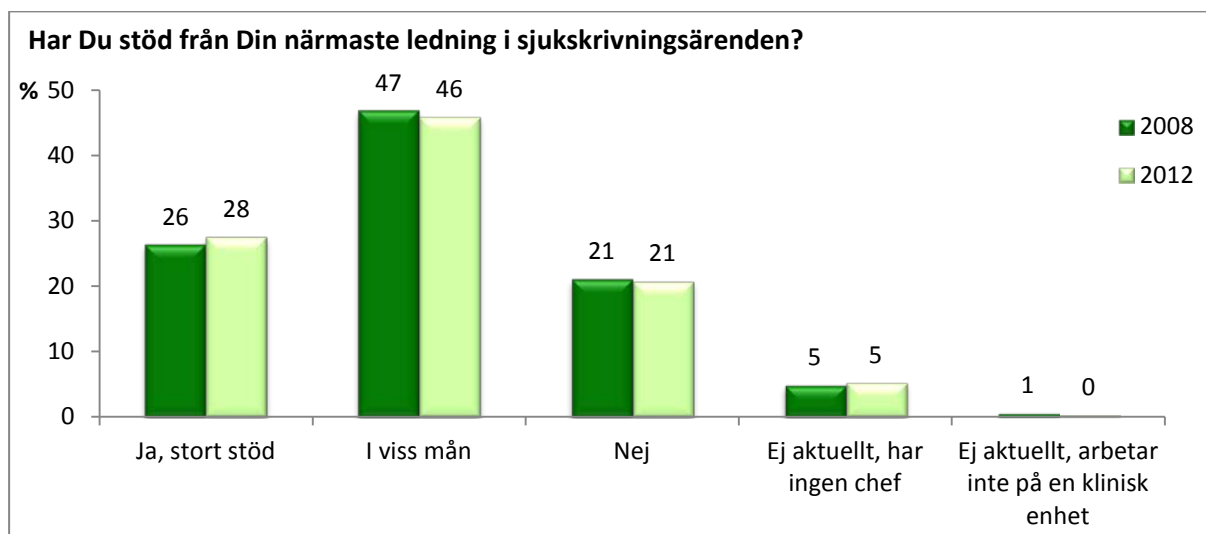
Ungefär hälften av läkarna uppgav att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/enhet, såväl år 2008 som 2012 (se Figur 67). För läkare vid vårdcentraler var denna andel ungefär tre fjärdedelar (75 % år 2008 och 72 % år 2012) (Tabell 42). Bland läkarna i övriga verksamheter svarade en något större andel (38 jämfört med 31 %) år 2012 jämfört med 2008 att det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken där de arbetade. För såväl läkarna vid vårdcentraler som för läkarna i övriga verksamheter var andelarna som svarade att de hade en väl förankrad policy på arbetsplatsen större år 2012, jämfört med 2008.

Tabell 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Ja, och den är mycket väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Vårdcentral	2008	55	21	13	12	0
	2012	62	10	18	10	0
Övriga läkare	2008	19	13	41	26	1
	2012	28	10	39	22	1

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Andelen som svarade att de upplever stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren (Figur 68).



Figur 68. Andel (%) läkare i relation till om de hade stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Andelen som kände ett stort stöd eller stöd i viss mån från sin närmaste ledning var år 2012 tre procentenheter större för läkarna vid vårdcentraler och två procentenheter mindre för läkarna i övriga verksamheter, jämfört med 2008 (Tabell 43).

Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken kring handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet
Vårdcentral	2008	31	44	20	5	1
	2012	28	51	19	1	0
Övriga läkare	2008	22	42	30	6	1
	2012	21	39	37	3	0

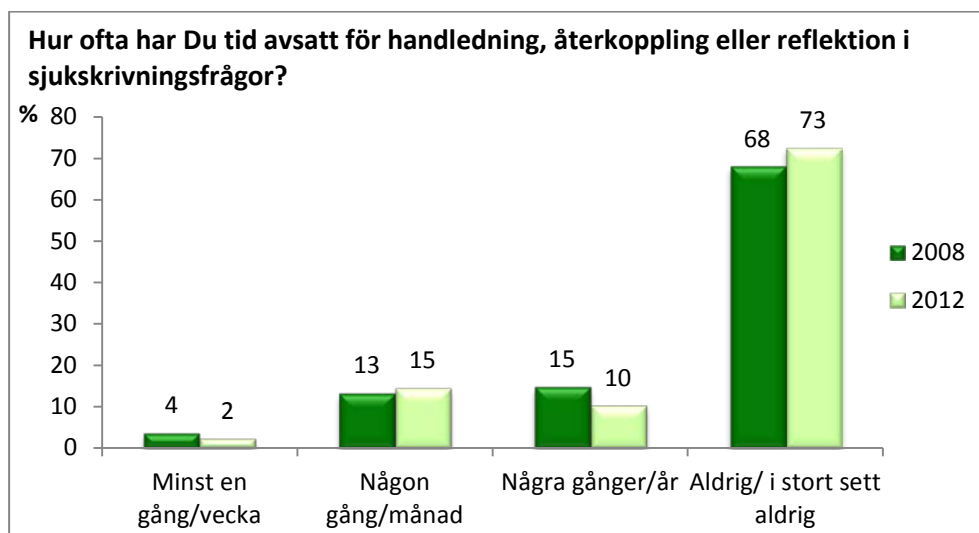
Tid till arbete med sjukskrivning

Andelen läkare som upplevde daglig tidsbrist i sjukskrivningsärenden rörande patientrelaterad tid och kompetensutveckling, handledning och tid för reflektion var ungefär lika stor de båda åren (Tabell 44). Daglig tidsbrist avseende tid med patienten angavs av en sju procentenheter större andel år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	17	37	19	10	17
	2012	24	34	22	9	11
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	29	32	19	10	11
	2012	32	31	18	12	7
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	29	24	21	10	16
	2012	29	20	19	16	16

Två tredjedelar av läkarna år 2008 och tre fjärdedelar år 2012 hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (Figur 69).



Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012

I stora drag var det samma problem som framkom både 2008 och 2012, Andelen som hade sjukskrivningsärenden ofta var något mindre år 2012 än 2008. Båda åren upplevde en klar majoritet av läkarna att det är problematiskt att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga.

Andelen som svarade att de *aldrig* använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var mindre 2012. Även andelen som angav ett behov av fördjupad kompetens i användandet av beslutsstödet var mindre. Andelen som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde i deras arbete med sjukskrivning var ungefär lika stor år 2012 som 2008.

Andelen som angav att de samråder med kollegor i sjukskrivningsärenden var mindre 2012 jämfört med 2008, 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 saknar värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Behovet av kompetensutveckling angavs av en mindre andel 2012 jämfört med 2008.

En större andel av läkarna angav 2012 att de sätter stort värde på såväl konferenser och seminarier som på handledning och kurser i försäkringsmedicin för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Även bättre ersättning för att skriva intyg angavs av en betydligt större andel vara av stort värde 2012 jämfört med 2008. Sammanfattningsvis angav fortfarande 2012 runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma funktions- och arbetsförmåga, kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet och privata försäkringar, samt kring Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.

Slutkommentar

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

De tre olika enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika typer av kliniska verksamheter eller olika landsting. Då data är avidentifierade 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 tre åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (det vill säga <65 år 2004, ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som översteg en viss ålder exkluderas. För 2008 års enkät fann vi dock att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [105]. Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med liten 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 7).

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 44 procent svarat att de sätter stort värde på handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

I de fall där skillnaderna mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden inte är nämnvärda eller där det skett en utveckling där förutsättningarna försämrats, skulle även detta 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 [108, 136]. I en studie av hur chefer inom hälso- och sjukvård leder och styr arbetet med patienters sjukskrivning, framkom att chefer i betydligt större utsträckning år 2013 jämfört med 2007 ansåg att de hade ansvar för att leda och styra arbetet, till exempel vad gäller att införa rutiner för kompetensutveckling av personal och för handläggning av ärenden [89]. Särskilt stor var denna förändring bland verksamhetscheferna, det vill säga, bland cheferna längst ut i organisationen. I jämförelse med resultaten från denna studie skulle en slutsats kunna vara att det tar ytterligare tid innan resultat av detta märks även bland medarbetarna.

Tabellförteckning

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012.	15
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Södermanlands län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.	19
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andelar för högsta utbildningsnivå, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	26
Tabell 4. Andel (%) kvinnor och män, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) specialister, för samtliga sjukskrivande läkare samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	30
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	37
Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	38
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	39
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	40
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	41
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	42
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	45
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	46
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	53
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	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 samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	71
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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	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 vårdcentralsläkare och 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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.	74
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	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 vårdcentralsläkare och 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 vårdcentralsläkare och övriga läkare.	77
Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	80
Tabell 23. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	86
Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	89
Tabell 25. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	91
Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	92
Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	93
Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	94
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	94
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.	96
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.	97
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	98
Tabell 33. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	98
Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, 2008 respektive 2012.	101
Tabell 35. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	102
Tabell 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.	107

Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	109
Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	110
Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	110
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.	111
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.	112
Tabell 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.	113
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.	114
Tabell 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	115

Figurförteckning

Figur 1. En översiktbild för illustrationen av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön.	23
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Södermanland, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.....	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler samt i övriga verksamheter.	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler samt i övriga verksamheter.	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män, vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	32
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	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.....	34
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	35
Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	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.	36
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263, t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	39
Figur 15. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	43
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	44
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare	47
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	48

Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	49
Figur 20. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	49
Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	50
Figur 22. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	50
Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	51
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	54
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.	55
Figur 26. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	57
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	59
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	60
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.	60
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	61
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	62
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats.	63
Figur 33. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	64

Figur 34. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	65
Figur 35. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	65
Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen", för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	66
Figur 37. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	67
Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	67
Figur 39. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	68
Figur 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	70
Figur 41. Andel (%) läkare med pågående ST-utbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=57).....	71
Figur 42. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (n=188).	72
Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	79
Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	79
Figur 45. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	81
Figur 46 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	81
Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	82
Figur 48. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.	87
Figur 49. 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 50. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare... ..	88

Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	88
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.	89
Figur 53. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare (VC) och läkare i övriga verksamheter, år 2008 respektive 2012.	90
Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.	90
Figur 55. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.	95
Figur 56. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.	95
Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.	99
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012. .	99
Figur 59. 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 60. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	103
Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	103
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	104
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	104
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.	105
Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012.	106
Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. De som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.	108
Figur 67. 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.	113
Figur 68. Andel (%) läkare i relation till om de hade stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	114
Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.	115

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet, 2009.
2. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, et al. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
3. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
4. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
5. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.
6. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
7. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
8. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: 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: SparbanksAkademien; 2010. p. 174-95.
11. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
12. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
13. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
14. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
15. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
16. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
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 socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU, 2000 SOU 2000:5.
26. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, 2005.
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. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
32. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
33. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen, 2007.
34. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
35. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
36. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005 Artikelnummer 2005-109-2.
37. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund, 2006.
38. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005.
39. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, et al. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health.* 2010;10(752).
40. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
41. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
42. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
43. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
44. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
45. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
46. 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.
47. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
 48. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
 49. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
 50. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):152-5.
 51. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
 52. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
 53. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
 54. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
 55. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
 56. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
 57. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
 58. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
 59. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
 60. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
 61. 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.
 62. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
 63. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
 64. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.
 65. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
 66. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
 67. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
 68. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
 69. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. In: Haglund BJA, editor. *Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring*. årgång 86. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 518-28.
 70. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.

71. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
72. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
73. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
74. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
75. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
76. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
77. 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.
78. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
79. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
80. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
81. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
82. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
83. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
84. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmåeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
85. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
86. 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.
87. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
88. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
89. 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.
90. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
91. 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.
92. 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.

93. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
106. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
107. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
108. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
109. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet, 2013.
110. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.

111. 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.
112. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson Kr, editor. Bilaga till rapporten "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Stockholm Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005. p. 95-109.
113. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
114. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
115. 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.
116. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
117. 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.
118. 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).
119. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skaner Y, Lindholm C, et al. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(4):227-33.
120. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, et al. 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.
121. 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.
122. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, et al. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational Medicine*. 2012;63:23-9.
123. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, et al. 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).
124. 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.
125. 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.
126. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.

127. Gustavsson C, Kjeldgård L, Bränström R, Lindholm C, Ljungquist T, Nilsson G, et al. Problems experienced by gynecologist/obstetricians in sickness certification consultations. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. 2013.
128. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen, 2008.
129. 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.
130. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.
131. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, diagnosspecifikt.
132. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
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 978-91-7549-352-7