

# Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Gävleborgs län

Resultat från en enkätstudie år 2012  
och jämförelser med 2008

Kristina Alexanderson  
Rasmus Elrud  
Elin Hinas  
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska  
Institutet**

Rapport, juni 2014.

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

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

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-981256-7-2

# Förord

---

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Gävleborgs län om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med de från en motsvarande enkät år 2008. Enkäten skickades även till läkarna i övriga Sverige [1]. Många interventioner i hela riket och specifikt i Gävleborg har vidtagits under de senare åren 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 Gävleborg.

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

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

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

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

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

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
Förkortningar och begrepp .....	6
<b>Bakgrund</b> .....	<b>7</b>
Sjukförsäkringar .....	7
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården .....	8
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning .....	9
Läkares olika professionella roller.....	10
Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid.....	10
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning .....	11
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	12
<b>Syfte</b> .....	<b>14</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>15</b>
<b>2004 års enkätstudie</b> .....	<b>15</b>
<b>2008 års enkätstudie</b> .....	<b>15</b>
<b>2012 års enkätstudie</b> .....	<b>16</b>
Studiepopulation .....	16
Frågeformulär 2012 .....	16
Datainsamling .....	17
<b>Svarsfrekvens</b> .....	<b>18</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>19</b>
2012 års datamaterial.....	19
Jämförelser över tid .....	20
<b>Resultat</b> .....	<b>22</b>
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt.....	23
<b>1. Samtliga svarande läkare 2012</b> .....	<b>26</b>
Bakgrundsfaktorer .....	26
Yrkesverksamma läkare i Gävleborg .....	27
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden .....	28
<b>2. Svar från sjukskrivande läkare i Gävleborg; 2012</b> .....	<b>30</b>
Bakgrundsfaktorer .....	30
Antal år på arbetsplatsen.....	32
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	33
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	35
Problem med sjukskrivningsärenden i Gävleborg och i hela Sverige.....	36
Allvarlighetsgrad av specifika problem .....	36
Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning .....	38
Kraven på dokumentation i arbetet med sjukskrivning.....	38
Handläggning av sjukskrivningar med varierande varaktighet.....	40
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
{Karlsson Vargas, 2013 #33703}Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	47
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet? .....	47
Problem med att använda beslutsstödet .....	48

Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	49
Behov av fördjupad kompetens .....	50
Arbetet med beslutsstödet i Gävleborg jämfört med i hela Sverige.....	51
Samverkan och kontakter .....	53
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.....	58
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	61
Elektronisk överföring av läkarintyg .....	63
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	68
Kompetensutveckling via formell utbildning .....	69
Kompetensutveckling via vidareutbildning .....	71
Behov av fördjupad kompetens .....	72
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	74
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar .....	76
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	76
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	77
Tid i arbetet med sjukskrivning .....	78
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning .....	80
<b>3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012 .....</b>	<b>84</b>
Bakgrundsfaktorer .....	85
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	86
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	87
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning .....	88
Frekvens av potentiellt problematiska situationer .....	91
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem .....	92
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt .....	93
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	94
Samverkan och kontakter .....	97
Värdet av kontakter med andra för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	97
Kontakter med Försäkringskassan.....	98
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	101
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	103
Kompetensutveckling .....	103
Behov av fördjupad kompetens .....	104
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning .....	106
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	107
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	107
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning .....	108
Tid till arbete med sjukskrivning .....	110
<b>Slutkommentar .....</b>	<b>112</b>
<b>Tabellförteckning .....</b>	<b>114</b>
<b>Figurförteckning.....</b>	<b>116</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>121</b>

# Sammanfattning

---

I denna rapport presenteras resultat från en enkät år 2012 om läkares arbete med sjukskrivningsärenden i Gävleborgs län. Jämförelser görs även med resultaten från en motsvarande enkät utskickad år 2008 [2, 3]. Resultaten redovisas för de läkare som arbetade i Gävleborg när de besvarade enkäten, samt uppdelat på vårdcentralsläkare och läkare vid övriga verksamheter.

Majoriteten (79 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 80 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden minst varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att andelen läkare vid vårdcentraler som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var oförändrad mellan de två åren (46 %). Bland läkarna i övriga verksamheter var det en mindre andel som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2012 (27 %), jämfört med år 2008 (36 %).

En dryg tredjedel (35 %) av läkarna i 2012 års enkät *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan, jämfört med 40 procent år 2008. Drygt två femtedelar ansåg båda åren att sjukskrivningar var mycket eller ganska problematiska att handlägga. En större andel av vårdcentralsläkarna upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt, både beträffande frekvens och allvarlighetsgrad av problem. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga, att göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan, att hantera längre sjukskrivningar samt att handlägga förlängning av sjukskrivningar där andra läkare skrivit tidigare intyg. Dessa situationer beskrevs som problematiska av en något större andel läkare år 2008 än 2012, och av en större andel vårdcentralsläkare än bland övriga läkare.

En dryg 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 upplevde detta var större vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.

Andelen som uppgav att de *sjukskrev patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt* minst någon gång per månad var mindre år 2012 jämfört med år 2008, skillnaden var störst vad gäller väntetider till behandling.

*Det försäkringsmedicinska beslutsstödet*, som infördes 2007, användes år 2012 av drygt hälften av läkarna minst någon gång per månad. Två av fem läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att använda, andelen var betydligt större bland läkarna vid vårdcentraler än bland dem i övriga verksamheter. En tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. År 2012 ansåg 51 procent att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och 38 procent att det underlättar kontakten med Försäkringskassan, jämfört med 61 respektive 34 procent år 2008.

Knappt två tredjedelar (64 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 83 % av alla) var mycket eller ganska nöjda med kontakten. Denna andel var lika stor de båda åren. En knapp tredjedel såväl 2008 som 2012 (31 respektive 30 %) upplevde *inte* några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 möjliga svårigheter som var listade i både 2008 och 2012 års enkäter upplevdes följande tre av en stor andel, ungefär en tredjedel, båda åren: att det är svårt att komma fram per telefon, att det är svårt att få reda på vem man ska prata med samt att kontakterna tar för mycket tid i anspråk. År 2012 svarade drygt två av fem (44 %) att de upplevde svårigheter på grund av att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, denna fråga förekom inte i enkäten 2008.

En majoritet (87 %) av läkarna använde år 2012 det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan – av dem svarade 61 procent att systemet underlättar deras arbete och nio procent att det försvårar.

En absolut majoritet (94 %) av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende. Den andelen var något mindre år 2012 jämfört med 2008. Framför allt ville man år 2012 ha ökad kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden och om sjukförsäkringsregler. Ett stort behov av fördjupad kompetens fanns även för bedömning av arbets- och funktionsförmåga, kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken samt bedömning av optimal sjukskrivningslängd och -grad. En något större andel värderade år 2012 handledning (37 jämfört med 32 %) och försäkringsmedicinska kurser (43 jämfört med 38 %) högt. År 2012 uppgav närmare hälften av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Denna andel var år 2008 två femtedelar.

Närmare hälften svarade att de skulle sätta ett stort värde på *ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning*. Andelen som ansåg detta var större 2012 än 2008. Den faktor som störst andel läkare (52 %) både 2008 och 2012 ansåg skulle ha stort värde för arbetet med sjukskrivning var bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

När det gäller *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning* redovisas svar för policy, stöd, tid och kvalitetssäkring av arbetet med patienters sjukskrivning. År 2012 arbetade en tredjedel av läkarna på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta var något vanligare för läkarna vid vårdcentraler (36 %) än för övriga läkare (31 %), år 2008 var skillnaderna mellan dessa grupper större (40 respektive 28 %). Omkring 15 procent av både läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare uppgav år 2008 såväl som 2012 att de upplevde ett stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor. Båda åren svarade var tredje att de saknade sådant stöd. Andelen var år 2008 lika stor bland läkarna vid vårdcentral som läkarna i övriga verksamheter, medan den år 2012 var större bland läkarna i övriga verksamheter (37 jämfört med 28 %). En fjärdedel svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Omkring 70 procent upplevde såväl år 2008 som 2012 någon form av tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

**Slutsatser:** Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var oförändrad år 2012 jämfört med 2008. Andelen som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska var något mindre avseende frekvens men lika stor avseende allvarlighetsgrad, år 2012 jämfört med 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 framförallt när det gäller tillgänglighet. Behovet av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling respektive instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort och en större andel önskar handledning och kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens. Slående är att i ett stort antal av de områden enkäterna täcker var 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
Gävleborg	Ibland används ordet Gävleborg för att beteckna Gävleborgs län eller Landstinget i Gävleborg
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
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 <i>'sjukskrivande läkare'</i> 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 Gävleborgs län om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Enkäterna skickades ut år 2008 respektive år 2012. Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport där motsvarande enkätsvar från läkare från hela landet redovisas [1].

Läkare har en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad [4-6].

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

*”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” [7].*

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen [8-10]. 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 [11]. 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 [8, 12-17]. Möjligheten att ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är en central del i välfärdssamhällen och för individens ekonomiska trygghet [4, 15, 18-21].

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 [4, 18, 19, 22]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem [23, 24], samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en ’lagom’ nivå. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [4]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [4, 5, 22, 25-31].

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 [32]. 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 [32]. 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 [4, 5, 33]. 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 [4]. 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 [34, 35] samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [36, 37]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [38].

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

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [2, 39, 40]. Socialstyrelsen har konstaterat [37, 41-45] 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 [27, 45-47].

### ***Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning***

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [4, 5, 27, 35, 48, 49]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden<sup>1</sup> [50].
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 [12, 33, 51]. 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 [52, 53]. De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir det ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden, när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär [4, 54-58]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [57-62], 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

---

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

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 [63-65]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [9, 10, 12, 37, 66, 67, 68]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [69]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [70]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kolleger gör eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning [5, 33, 49, 71].

## Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [5]:

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 [72-74].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [48, 75, 76].
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 [38].
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 [49, 77-79].

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

## Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid

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

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

rehabiliteringsgarantin med mera. Sjukskrivningsmiljarden har inneburit ekonomiska medel för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning.

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

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

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [46, 47, 80-90]. 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 [5]. 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 [91]. 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 [92, 93]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten [5] fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för sjukskrivningspraxis (faktorer som tidigare diskuterats

i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturoversikt 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 litteraturoversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum är också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittstudier och hade relativt få deltagare, och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av studierna. På en övergripande nivå kunde man dock finna stora likheter i resultaten mellan olika länder [6]. 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 [33, 94-97].

Utifrån den ovan beskrivna litteraturoversikten [5], liksom i andra översikter [4, 6], 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 %) [39, 71, 98-105] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [2, 40, 49, 106]. 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 [5] (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturoversikten [5].

Av den ovan beskrivna översikten liksom av andra litteraturoversikter 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 [4, 5]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [4, 5] men även några interventionsstudier har publicerats [4, 5, 33, 107].

*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 [108], 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) [4, 5].

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 Gävleborgs 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 Gävleborgs 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 [2, 3]. 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 Gävleborgs län. I vissa fall görs även jämförelser med hela landet.

Enkäten 2012 riktades till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige [2]. År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting [39]. I Tabell 1 ges en övergripande bild av de tre enkäterna, studiepopulationerna och svarsfrekvenserna [1].

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

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

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

## 2004 års enkätstudie

Enkäten 2004 omfattade läkare i Stockholms och Östergötlands län. De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området [4, 109, 110]. 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 [39]. Svarsfrekvensen var 71 procent för 2004 års enkätstudie.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [39, 49, 71, 98-105, 111-117].

## 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 [39]. Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar

sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att specificera [2]. Antalet frågor utökades från 96 till 163. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

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

Svarsfrekvensen var 61 %, liksom tidigare något högre för kvinnor (63 %) än för män (59 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år 58 %, 45-64 år 61 %, 65+ år 75 %). Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 096 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer [40, 49, 69, 71, 105, 106, 112, 116-126].

## 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 656 bodde i Gävleborgs 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 Gävleborg, ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de två tidigare enkäterna, sällan har sjukskrivningsärenden; laboratorieverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

### *Frågeformulär 2012*

Några smärre ändringar jämfört med 2008 års enkät gjordes, vad avser frågor och svarsalternativ. Utgångspunkten i dessa modifieringar var dels analyser av resultaten från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren, och dels resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [5]. 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 Gävleborgs län var svarsfrekvensen 63 procent (Tabell 2). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män. Detta gäller även de två tidigare enkäterna [2, 39]. Svarsfrekvensen i enkätstudier är även ofta högre bland äldre jämfört med yngre personer, för läkarna i Gävleborg var det dock lika stor svarsfrekvens för yngre (20-39 år) som för äldre (55-67 år)

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

Totalt använde 20 procent (n=70) av läkarna som uppgav att de arbetar i Gävleborg 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 Gävleborgs län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	656	413	63,0
Kvinnor	269	183	68,0
Män	387	230	59,4
20-39 år	215	139	64,7
40-54 år	239	143	59,8
55-67 år	202	131	64,9

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna. Det interna bortfallet är i medeltal 4,1 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 [103, 113, 115, 116], och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

## Dataanalys

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

### 2012 års datamaterial

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

I det blå avsnittet (sidan 30) redovisas svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som huvudsakligen arbetar i Gävleborgs 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 [2, 39].

## Jämförelser över tid

I det **gröna avsnittet (sidan 84)** jämförs svaren från 2012 med svaren från 2008 års enkät för de 130 frågor som fanns med i båda enkäterna. Nedan redogörs för hantering av analyser i dessa kapitel.

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

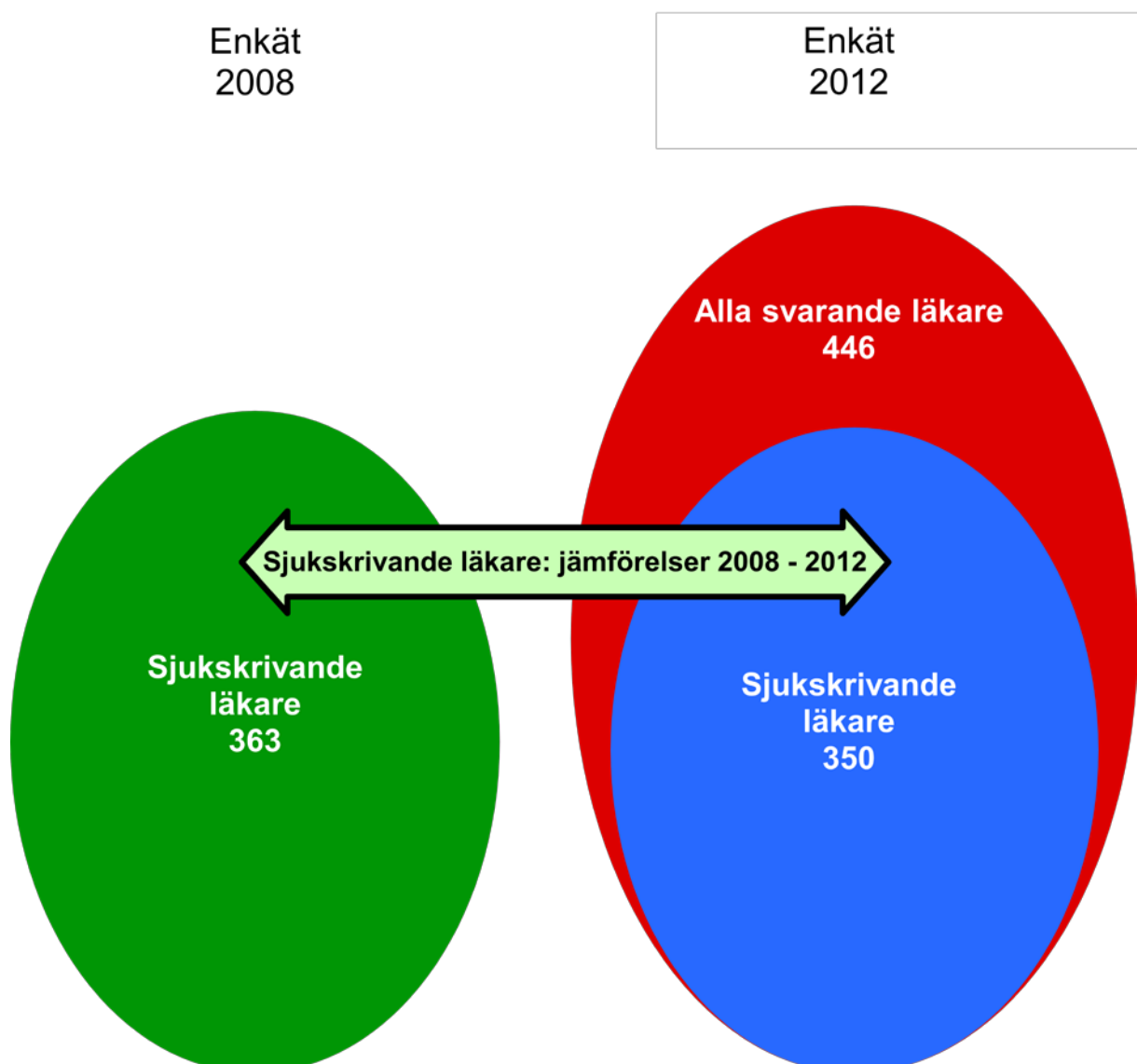
Jämförelser är alltså gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

- 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?
- Svarsalternativet "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" delades 2012 upp i två separata svarsalternativ 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 svarsalternativen 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 svarsalternativet '*Ej aktuellt*' med. Analys av 2012 års svar har därför gjorts både inklusive och exklusive svarsalternativet "*Ej aktuellt*".

# Resultat

I denna rapport presenteras resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten "Läkares arbete med sjukskrivning" från 2012 för läkare i Gävleborgs län. 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 Gävleborgs län, vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens, dels för samtliga och dels uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive övriga kliniker/verksamheter.

**Röda tabeller och figurer**

### 2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

Redovisning av svar på samtliga frågor i 2012 års enkät från läkare i Gävleborgs län som minst några gånger per år 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 avseende sjukskrivande läkare i Gävleborgs 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**

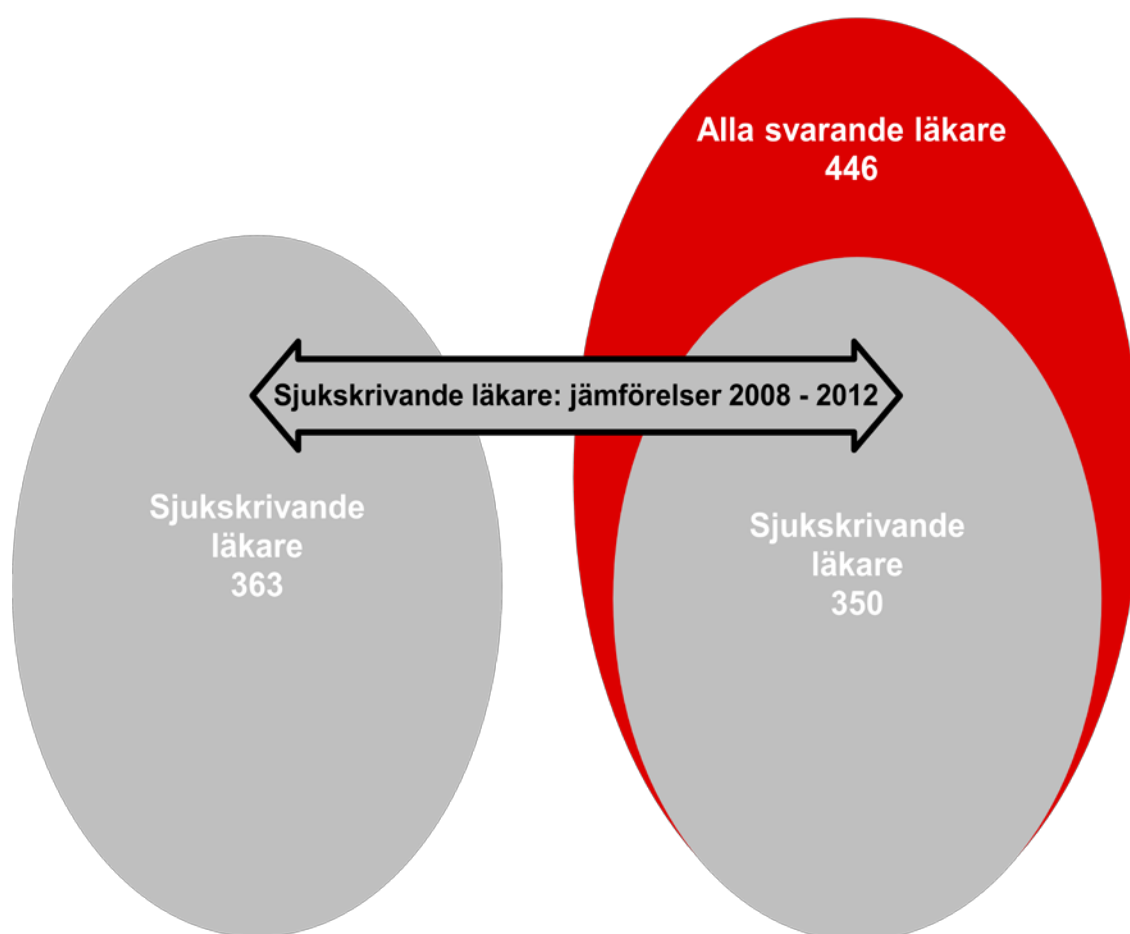


# I.

## Samtliga svarande läkare 2012

Enkät  
2008

Enkät  
2012



## 1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de har sin huvudsakliga arbetsplats i Gävleborgs län var 446. En av dessa svarade sig inte ha arbetat som läkare de senaste tolv månaderna och exkluderades därmed ur studien. Av de resterande 445 läkarna hade 31 procent (n=140) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning.

### Bakgrundsfaktorer

Av de svarande läkarna var 42 procent kvinnor. Könsfördelningen bland läkare vid vårdcentraler skiljde sig inte nämnvärt från könsfördelningen bland läkare inom övriga verksamheter, i båda fallen var andelen män större än andelen kvinnor. Såväl åldersfördelning som fördelning av högsta utbildningsnivå skiljde sig åt mellan läkare vid vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter. Bland läkare vid vårdcentraler var andelen äldre (55-67 år) 46 procent och andelen utan specialistutbildning 22 procent. Motsvarande andelar för övriga läkare var 25 respektive 33 procent (Tabell 3).

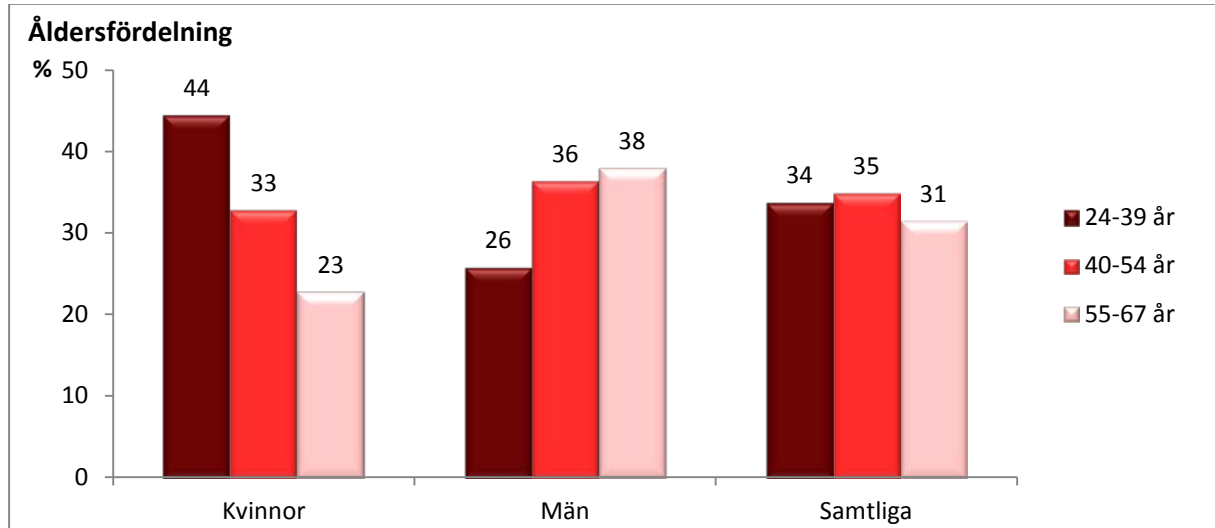
Andelen av specialistutbildade läkare i Gävleborgs län låg på samma nivå som för hela landet. Andelen kvinnor var något lägre, 42 % jämfört med 48 % för hela landet. Gävleborg hade även en något yngre åldersfördelning än landet i helhet. Andelen yngre (24-39 år) var 34 procent i Gävleborg och 30 procent i hela landet, andelen äldre (55-67 år) var 31 procent i Gävleborg och 37 procent i hela landet (ej i tabell).

Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ Vårdcentraler och Övriga läkare.

		Samtliga n=445	Vårdcentral n=140	Övriga läkare n=305
Kön	Kvinnor (%)	42	41	43
	Män (%)	58	59	57
Ålder	24-39 år (%)	34	24	38
	40-54 år (%)	35	30	37
	55-67 år (%)	31	46	25
	Medelålder (år)	46	50	45
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	6	9	5
	Leg. läkare (%)	1	1	1
	Pågående ST-utbildning (%)	22	12	27
	Specialistutbildade (%)	71	78	67

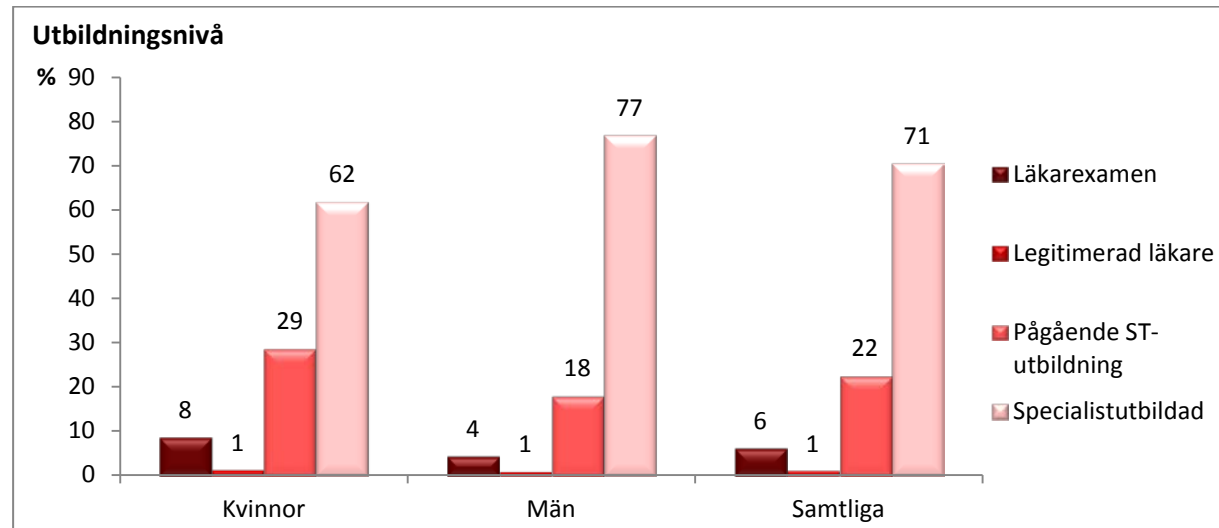
### Yrkesverksamma läkare i Gävleborg

Det fanns en könsspecifik skillnad i åldersfördelning bland de yrkesverksamma läkarna i Gävleborg (Figur 2). Bland kvinnorna tillhörde 44 procent den yngsta ålderskategorin (24-39 år), vilket gjorde den till den procentuellt sett största gruppen. Av männen tillhörde den största andelen, 38 procent, den äldsta ålderskategorin (55-67 år).



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

Det fanns även en könsskillnad vad gäller högsta utbildningsnivå. Att ha en avklarad specialistutbildning var något vanligare bland männen medan en större andel kvinnor än män hade en pågående ST-utbildning vid tidpunkten för enkäten (Figur 3).

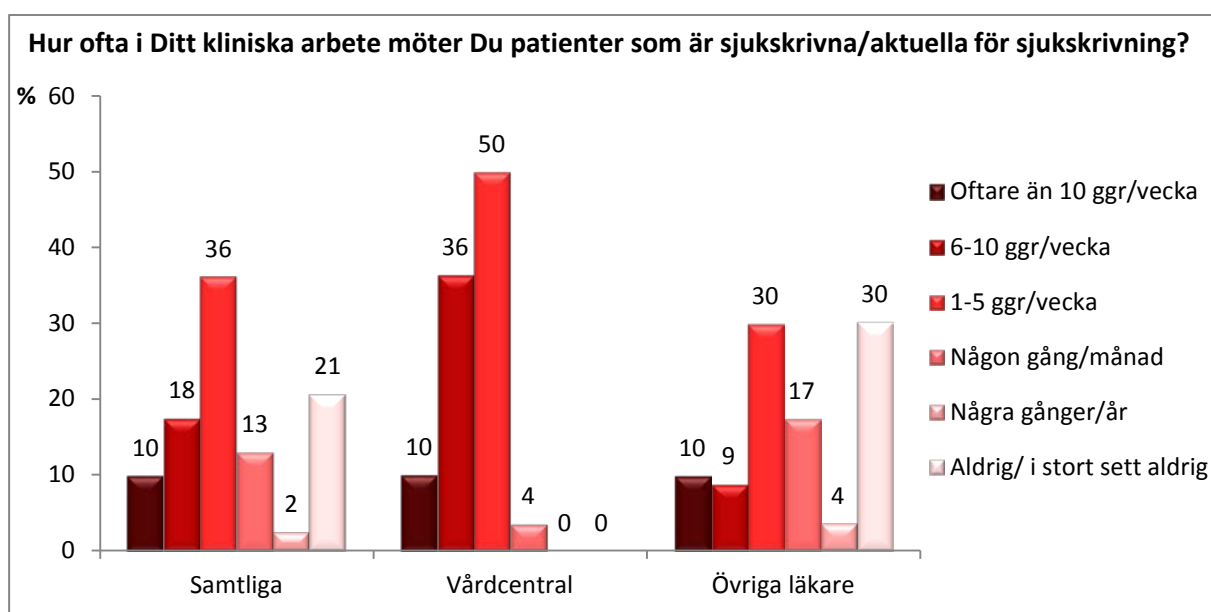


Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning, respektive avklarad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.

En fjärdedel av de specialistutbildade männen och 16 procent av de specialistutbildade kvinnorna hade mer än en specialistutbildning (ej i tabell).

## 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. Resultaten visar att det vanligaste svarsalternativet var en till fem gånger per vecka, vilket en dryg tredjedel av de sjukskrivande läkarna uppgav (Figur 4). Hälften av läkarna vid vårdcentraler och en knapp tredjedel av övriga läkare rapporterade denna frekvens av konsultationer. En knapp tredjedel av läkarna i övriga verksamheter uppgav att de i stort sett aldrig mötte denna typ av patienter. Bland läkarna vid vårdcentraler uppgav ingen av läkarna att de mötte dessa patienter endast några gånger per år eller mer sällan. En läkare (0,2 %) svarade inte på frågan och 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 Gävleborg i jämförelse med i hela Sverige.*

En något större andel yrkesverksamma läkare arbetade i någon omfattning med sjukskrivning i Gävleborg jämfört med hela landet (79 % jämfört med 73 %). Bland alla landets landsting varierade andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka mellan 6 procent (Norrbotten) och 14 procent (Västmanland). Motsvarande siffra för Gävleborg var 10 procent. Störst andel läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning var aktuellt fanns i Stockholm (35 %). Denna andel var för Gävleborg 21 procent.

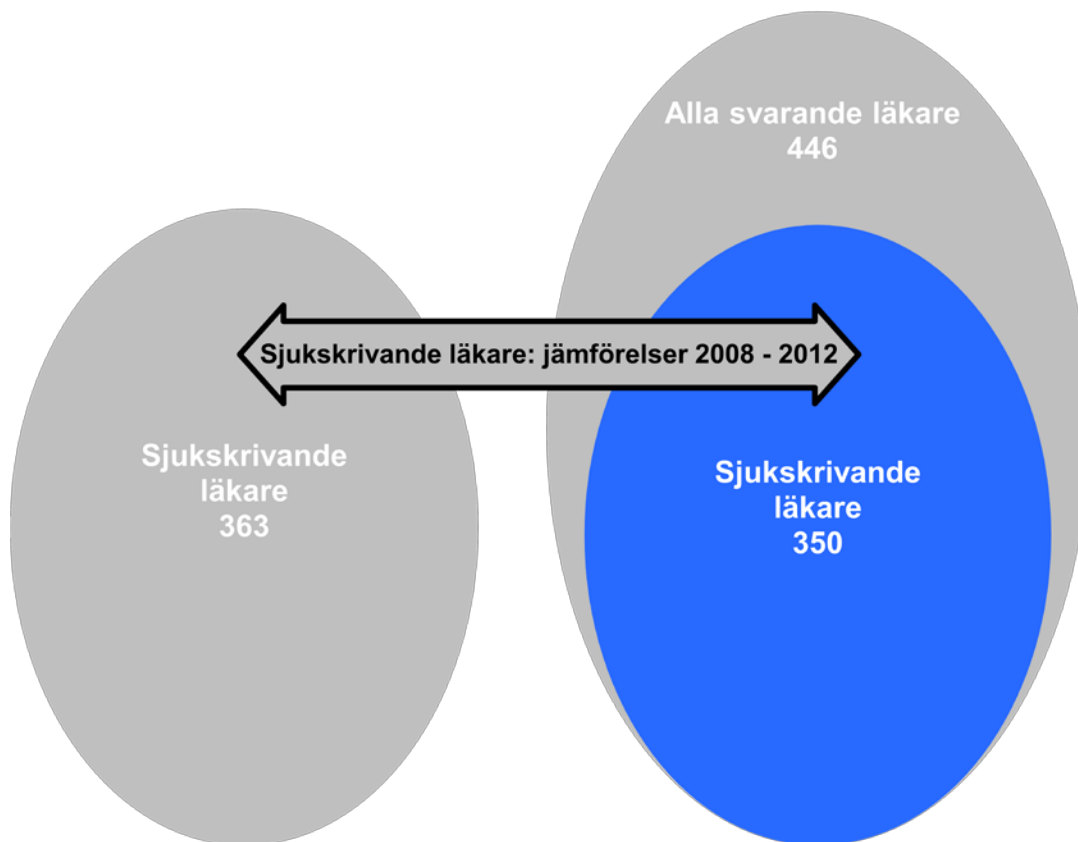
I Gävleborg svarade 64 procent av läkarna att de minst en gång per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning jämfört med 60 procent för läkare i hela landet.

## 2.

# Svar från sjukskrivande läkare i Gävleborg 2012

Enkät  
2008

Enkät  
2012



## 2. Svar från sjukskrivande läkare i Gävleborg; 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 352 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Gävleborg
- 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

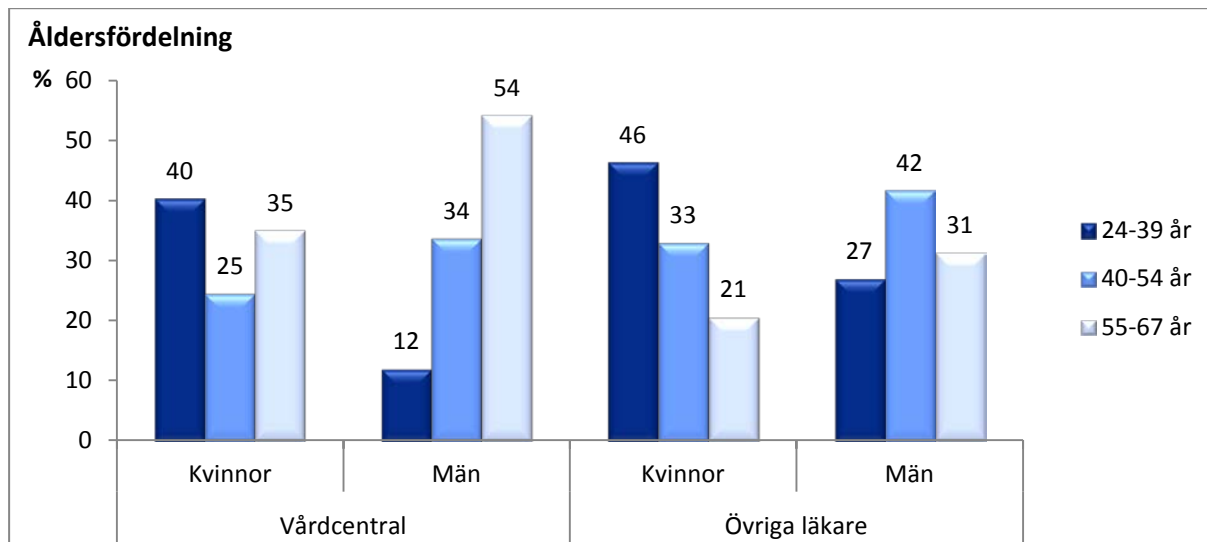
Av de sjukskrivande läkarna var 44 procent kvinnor och 56 procent män. Medelåldern var fem år högre bland läkarna vid vårdcentraler än bland dem i övriga verksamheter. Läkarna vid vårdcentraler hade också i högre utsträckning en avklarad specialistutbildning än övriga läkare (Tabell 4). Vårdcentral var den vanligaste typen av klinik eller mottagning att ha sin huvudsakliga arbetsplats vid, 40 procent av läkarna angav detta svarsalternativ. Näst vanligast var invärtesmedicin med 15 procent, resterande klinikalternativ angavs som huvudsaklig arbetsplats av mindre än tio procent vardera (ej i tabell).

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

		Samtliga n=352	Vårdcentral n=140	Övriga läkare n=212
Kön	Kvinnor (%)	44	41	46
	Män (%)	56	59	54
Ålder	24-39 år (%)	31	24	36
	40-54 år (%)	35	30	38
	55-67 år (%)	34	46	26
	<i>Medelålder (år)</i>	47	50	45
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	8	9	7
	Leg. läkare (%)	1	1	1
	Pågående ST-utbildning (%)	19	12	23
	Specialistutbildade (%)	72	78	69

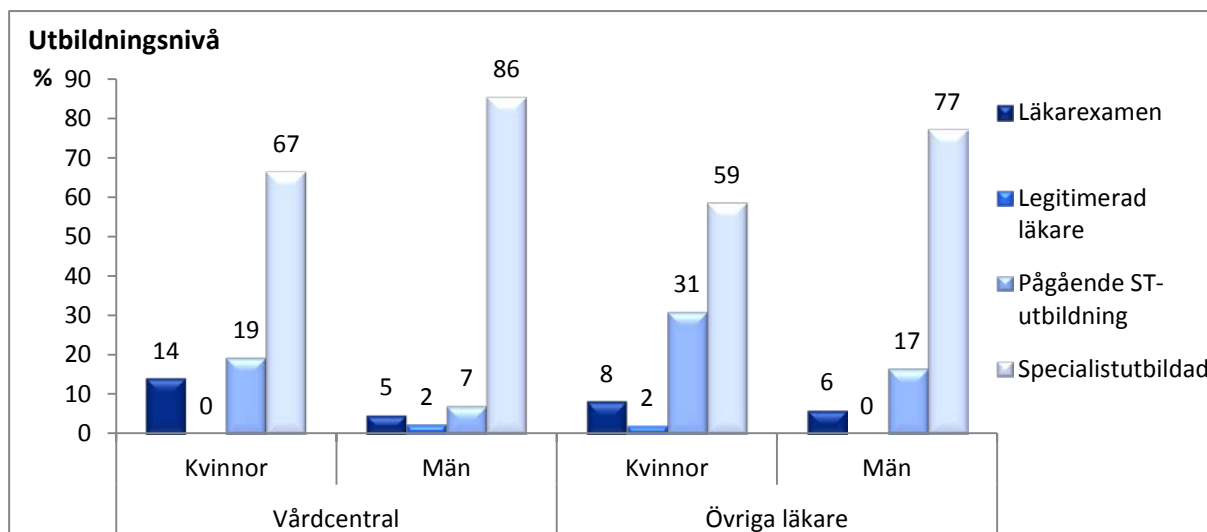


Som framgår av Figur 5 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor. Bland kvinnorna tillhörde störst andel den yngsta ålderskategorin (24-39 år), både vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. Bland männen vid vårdcentraler tillhörde störst andel den äldre kategorin (55-67 år) och i övriga verksamheter var störst andel mellan 40 och 54 år.



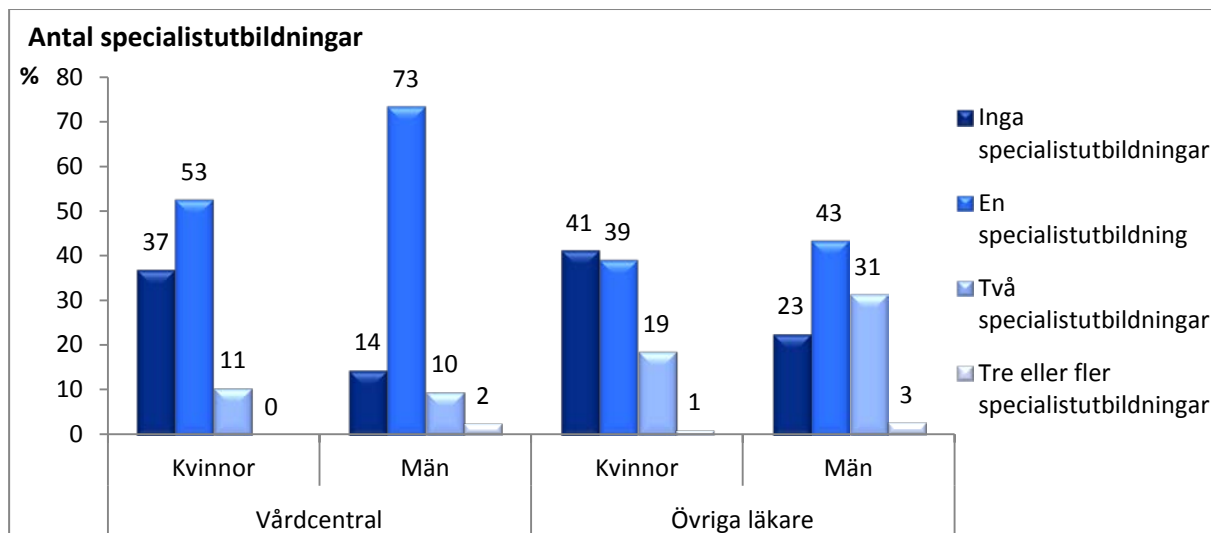
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

En större andel av männen både vid vårdcentraler och i övriga verksamheter hade en avklarad specialistutbildning jämfört med kvinnorna. Däremot hade en större andel av kvinnorna vid såväl vårdcentraler som i övriga verksamheter en pågående specialistutbildning (Figur 6).



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

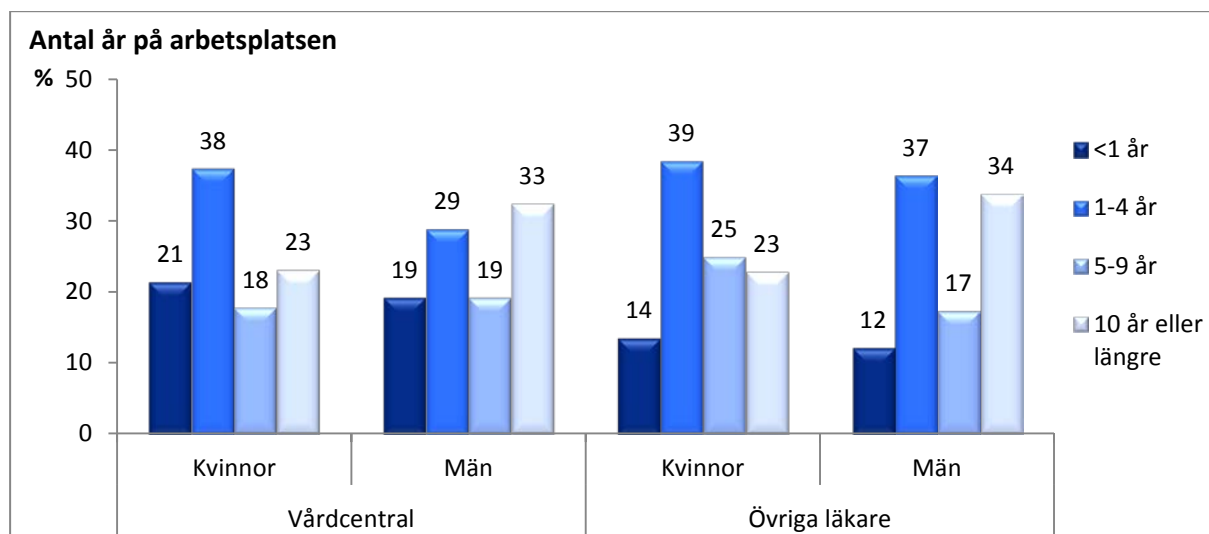
Vid vårdcentraler var det vanligast att ha en (1) avklarad specialistexamen, detta gällde för både kvinnorna och männen (Figur 7). Andelen vid vårdcentraler med fler än en specialistexamen var lika stor bland kvinnorna som bland männen (11 respektive 12 %). I övriga verksamheter var det vanligare med fler än en specialistutbildning. Det var även en större andel av männen än kvinnorna (34 jämfört med 20 %) som hade detta.



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

### Antal år på arbetsplatsen

Nära hälften av de sjukskrivande läkarna vid vårdcentraler (kvinnor 59 %, män 48 %) och i övriga verksamheter (kvinnor 52 %, män 49 %) uppgav att de arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 8). Vid såväl vårdcentraler som i övriga verksamheter svarade var tredje man och var fjärde kvinna att de varit på sin nuvarande arbetsplats i minst tio år.



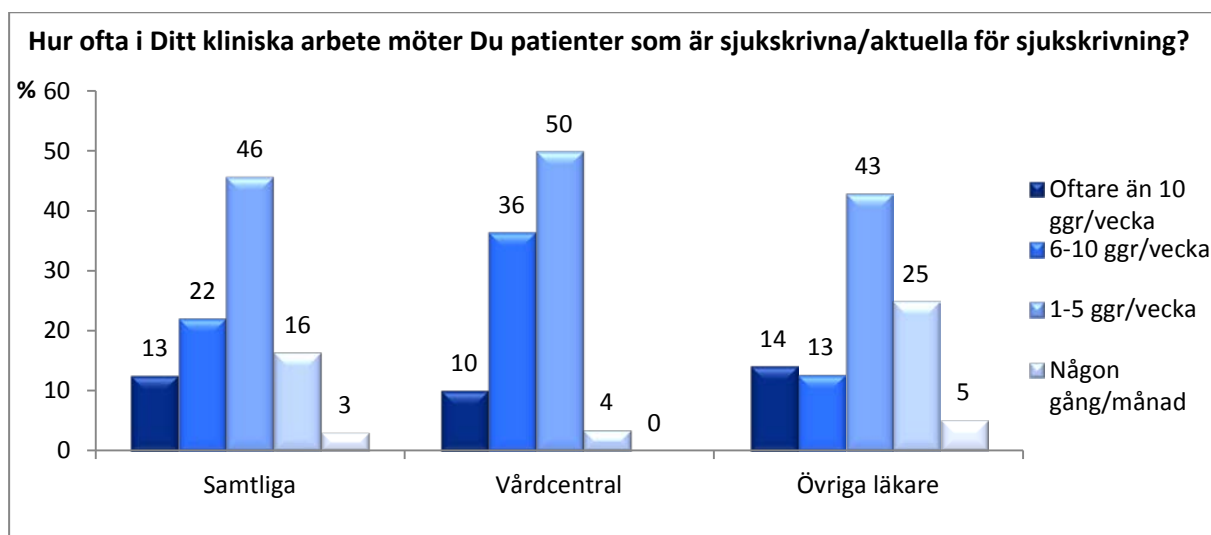
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

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

Ålderssammansättningen bland sjukskrivande läkare varierade något mellan landstingen. Störst andel yngre läkare fanns i Västernorrland (40 %) och störst andel äldre fanns i Blekinge (42 %). Åldersfördelningen i Gävleborg låg mycket nära den för hela landet. Även andelen specialistutbildade i Gävleborg (72 %) motsvarade andelen för hela landet (71 %). Största andelen specialistutbildade fanns i Blekinge (80 %) och minst i Södermanland och Dalarna (66 %). När det gäller könsfördelningen hade Gävleborg en något mindre andel kvinnor (44 %) än män. Motsvarande siffra för hela landet var 49 procent. Störst andel kvinnor fanns i Stockholm (54 %) och minst i Blekinge (39 %).

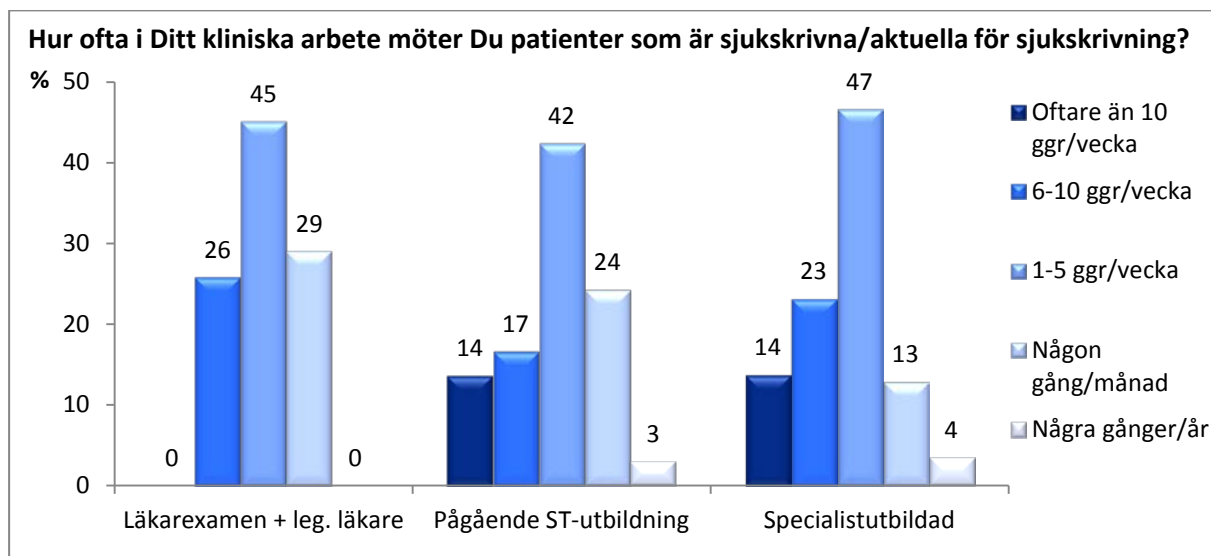
### Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Det framgår att 80 procent av läkarna angav att de hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Detta var dock vanligare bland läkare vid vårdcentraler (96 %) än i övriga verksamheter (70 %).



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.

Uppdelat på läkares högsta utbildningsnivå visar det sig att en större andel av de specialistutbildade minst någon gång per vecka mötte patienter som är sjukskrivna eller är aktuella för sjukskrivning jämfört med de med lägre utbildning (Figur 10).



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

#### *Frekvens av sjukskrivningsärenden i Gävleborg och i hela Sverige*

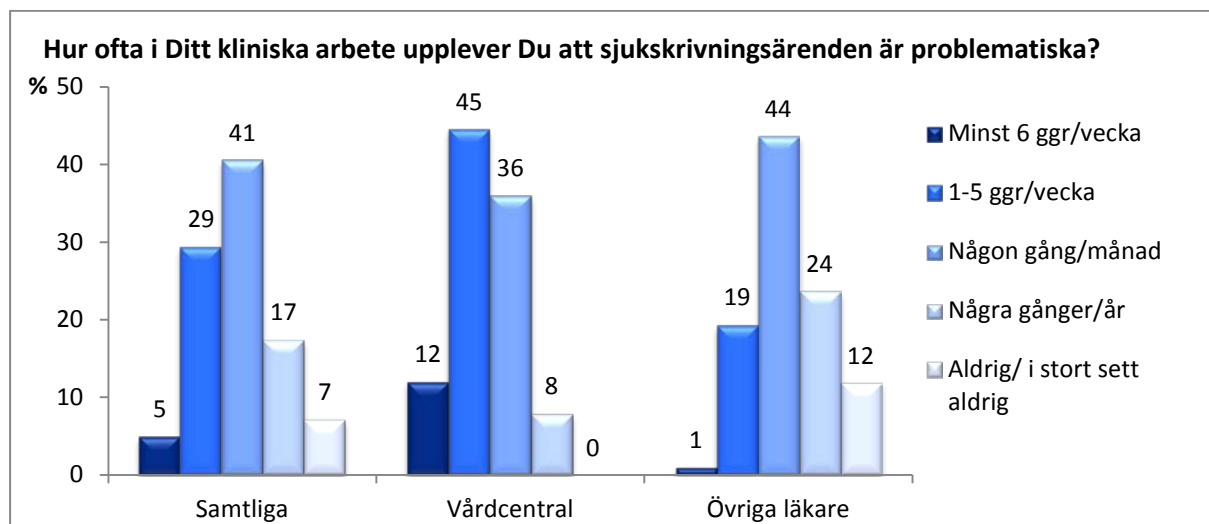
Det fanns en viss variation i hur ofta läkare i olika landsting möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Störst andel som möter dessa patienter minst en gång per vecka fanns på Gotland (91 %) och minst andel fanns i Västernorrlands län (78 %). I Västmanland och Värmland svarade 17 procent av läkarna att de hade denna typ av konsultationer oftare än tio gånger per vecka, i Norrbotten var motsvarande siffra åtta och i Gävleborg tolv procent.

#### *Sammanfattning av frekvens om sjukskrivningsärenden*

En majoritet (80 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och 35 procent hade det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var större vid vårdcentraler (46 %) än i övriga verksamheter (27 %). Bland läkarna med pågående eller avslutad specialistutbildning hade 14 procent sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka, medan inga läkare utan specialistutbildning uppgav att de hade sådana ärenden lika ofta.

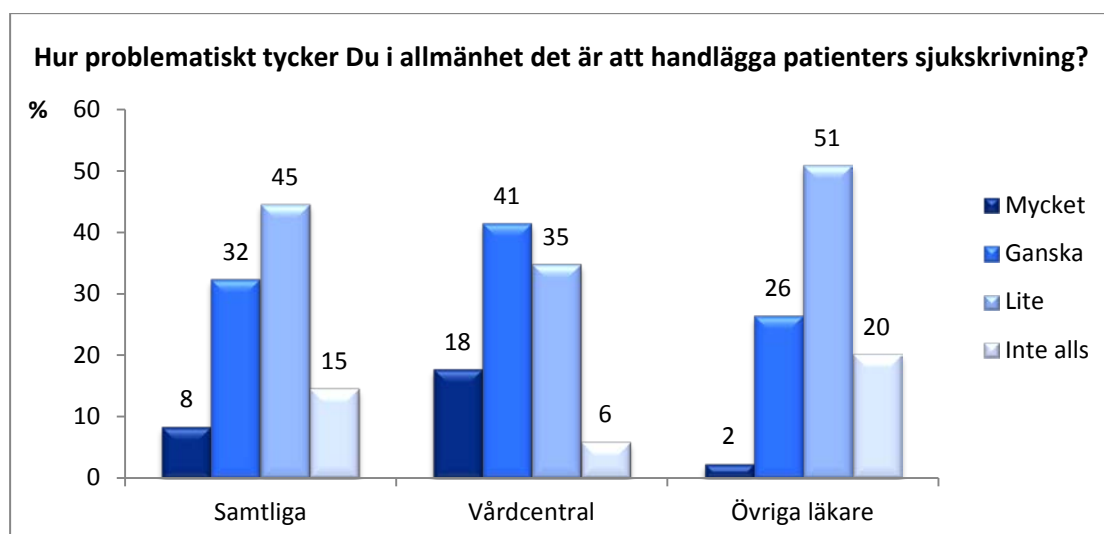
## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Inledningsvis fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 11). En tredjedel (34 %) av samtliga läkare svarade att de upplever dessa ärenden som problematiska minst en gång i veckan. Det var en betydligt större andel bland läkarna vid vårdcentraler (57 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (20 %) som svarade detta.



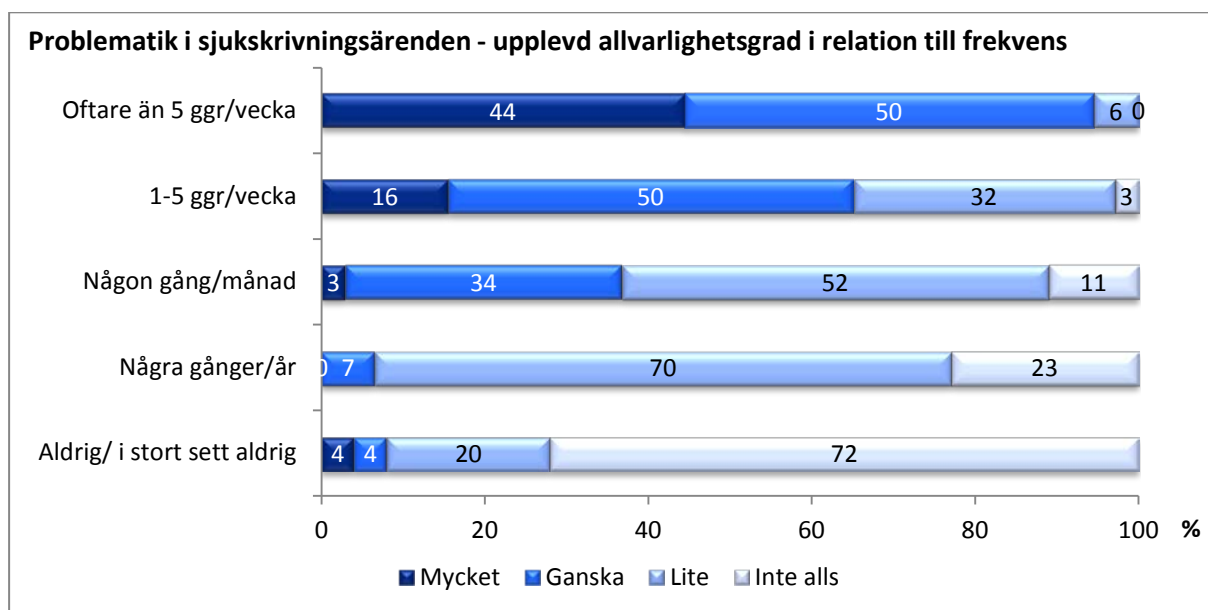
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Ovanstående resultat redovisade *hur ofta* läkare enligt svaren ansåg att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning, åtta procent svarade att de upplevde det som mycket problematiskt och 15 procent som inte alls problematiskt (Figur 12). Över hälften (59 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt, jämfört med drygt en fjärdedel (29 %) av läkarna i övriga verksamheter.



Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, 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 av att bland dem som oftare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, upplever även en större andel dem som mycket eller ganska problematiska. En knapp tiondel (8 %) av dem som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsärenden som problematiska uppgav att sådana ärenden är mycket eller ganska problematiska.



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

### ***Problem med sjukskrivningsärenden i Gävleborg och i hela Sverige***

Hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varierade något mellan de olika landstingen. I Gävleborg uppgav var tredje (34 %) att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Lägst andel (26 %) som angav att de upplever detsamma fanns i Östergötland, medan störst andel (40 %) fanns i Jämtland. Variationen mellan landstingen vad gällde andel som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever problem var mindre. I Jönköping, Kronoberg och Jämtland var den minst (5 %), i Stockholm och Östergötland störst (10 %). Sambandet mellan frekvens och allvarlighetsgrad förelåg även i andra landsting, Östergötland hade lägst andel läkare (35 %) som svarade att de upplever det mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar, medan Jämtland hade högst (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 53) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare enligt svaren upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 69 procent angav det som mycket eller ganska problematiskt (Tabell 5). Motsvarande siffra vid bedömning av patienter som har ett arbete var 64 procent. En majoritet av läkarna svarade att de upplever att det är mycket eller ganska problematiskt att göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga, det var stora skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter (75 respektive 47 %).

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	15	34	40	12
	Vårdcentral	27	36	30	6
	Övriga läkare	7	32	46	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	10	30	43	17
	Vårdcentral	17	38	37	8
	Övriga läkare	5	25	48	23
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	24	40	28	8
	Vårdcentral	35	40	21	4
	Övriga läkare	17	40	34	10
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	34	35	22	8
	Vårdcentral	44	35	17	4
	Övriga läkare	28	35	26	11
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	14	37	39	10
	Vårdcentral	21	43	29	7
	Övriga läkare	9	33	45	13
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	20	37	29	14
	Vårdcentral	30	45	21	4
	Övriga läkare	14	32	34	20
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	6	28	40	25
	Vårdcentral	7	32	44	16
	Övriga läkare	5	26	38	31
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	19	37	32	13
	Vårdcentral	30	39	26	4
	Övriga läkare	11	35	35	19

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

I sitt arbete med sjukskrivningsärenden har läkaren olika roller i förhållande till patienten, framförallt de två rollerna som behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till Försäkringskassan och andra myndigheter [5, 27].

Hälften av läkarna angav att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som dels patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter (Tabell 6). Bland läkarna vid vårdcentraler var andelen större än bland läkarna i övriga verksamheter (64 % jämfört med 41 %) Sjuttiofyra procent av läkarna svarade att de upplever det som endast lite eller inte alls problematiskt att överväga för- och nackdelar med sjukskrivning tillsammans med patienten.

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	6	22	47	25
	Vårdcentral	9	28	49	15
	Övriga läkare	5	17	46	32
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	7	29	42	22
	Vårdcentral	9	37	40	14
	Övriga läkare	6	23	43	28
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	10	33	35	22
	Vårdcentral	10	38	34	19
	Övriga läkare	11	30	35	25
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	11	31	42	16
	Vårdcentral	16	36	39	10
	Övriga läkare	8	29	44	20
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	17	34	28	21
	Vårdcentral	23	41	26	10
	Övriga läkare	13	29	30	29

***Kraven på dokumentation i arbetet med sjukskrivning***

I Tabell 7 visas att var fjärde läkare svarade att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att vid journalföring veta vad som ska dokumenteras. Andel skiljde sig inte mellan läkarna vid vårdcentraler och de i övriga verksamheter. Däremot angav en större andel av läkarna vid vårdcentraler att de upplever det mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg (50 % jämfört med 26 %). Mest problematiskt rapporterades det dock vara att skriva andra typer av medicinska intyg/utlåtanden än läkarintyget (FK 7263); 61 procent av de tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg fann detta som mycket eller ganska problematiskt. Andelen var större bland läkarna vid vårdcentraler än läkarna i övriga verksamheter (71 jämfört med 52 %).

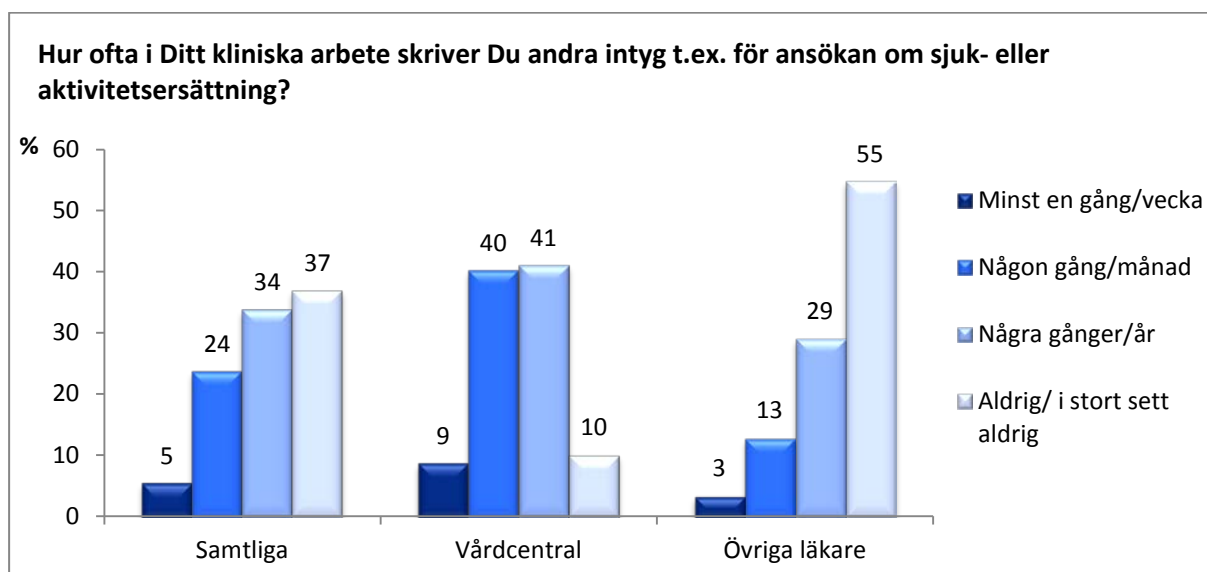


Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	11	25	41	23
	Vårdcentral	20	30	38	12
	Övriga läkare	5	21	43	31
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga <sup>1</sup>	24	38	29	9
	Vårdcentral <sup>2</sup>	33	38	24	5
	Övriga läkare <sup>3</sup>	15	37	34	14
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	6	18	36	40
	Vårdcentral	7	17	41	36
	Övriga läkare	6	19	32	43

<sup>1-3</sup> De läkare som svarade att det inte är aktuellt att skriva denna typ av intyg är exkluderade i analyserna; <sup>1</sup>: 26 %, <sup>2</sup>: 8 %, <sup>3</sup>: 38 %.

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK7236 svarade nästan två av fem att de aldrig gör detta. Andelen var betydligt mindre vid vårdcentraler, där endast var tionde uppgav att de aldrig skriver andra intyg, jämfört med i övriga verksamheter där över hälften svarade detsamma (Figur 14).



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.

**Handläggning av sjukskrivningar med varierande varaktighet.**

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 var mycket problematiskt att handlägga dem (Tabell 8). En majoritet av samtliga läkare och ungefär lika stora andelar läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter svarade att de inte alls upplever det som problematiskt att handlägga sjukskrivningar med en längd av upp till och med 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 (22 jämfört med 1 %) och sjukskrivningar längre än sex månader (35 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 (80 jämfört med 53 %) som för sjukskrivningar längre än sex månader (79 jämfört med 60 %).

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	0	5	31	64
	Vårdcentral	1	2	36	62
	Övriga läkare	0	8	28	65
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga <sup>1</sup>	9	31	41	19
	Vårdcentral	15	40	32	13
	Övriga läkare <sup>2</sup>	5	25	47	24
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga <sup>3</sup>	29	36	22	13
	Vårdcentral <sup>4</sup>	44	36	13	8
	Övriga läkare <sup>5</sup>	17	36	29	18
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga <sup>6</sup>	43	27	19	11
	Vårdcentral <sup>7</sup>	54	25	13	7
	Övriga läkare <sup>8</sup>	32	28	24	16

<sup>1-9</sup> De läkare som svarade att det inte är aktuellt att handlägga längre sjukskrivningar är exkluderade i analyserna; <sup>1</sup>: 4 %, <sup>2</sup>: 6 %, <sup>3</sup>: 14 %, <sup>4</sup>: 1 %, <sup>5</sup>: 22 %, <sup>6</sup>: 23 %, <sup>7</sup>: 6 %, <sup>8</sup>: 35 %.

**Frekvens av potentiellt problematiska situationer**

Tolv procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffar patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada, detta var tre gånger vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (Tabell 9). Sju procent av samtliga läkare uppgav att de minst en gång per vecka säger nej till en patients önskan om sjukskrivning. Även denna andel var större bland läkarna vid vårdcentraler än bland dem i övriga verksamheter. Att patienten själv sa nej till den sjukskrivning läkaren föreslog svarade två procent av samtliga läkare hände minst en gång i veckan. Sex procent av samtliga läkare uppgav att de har konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång i veckan, medan 35 procent svarade att de aldrig eller nästan aldrig har det.

Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; tretton procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom. Detta var vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.

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	5	20	39	35
	Vårdcentral	9	28	39	24
	Övriga läkare	3	15	40	42
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	12	32	36	20
	Vårdcentral	21	42	29	8
	Övriga läkare	7	25	41	28
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	2	19	38	41
	Vårdcentral	4	32	37	27
	Övriga läkare	1	10	39	50
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	7	29	46	17
	Vårdcentral	12	41	42	6
	Övriga läkare	5	22	49	25
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	13	28	35	23
	Vårdcentral	17	31	26	25
	Övriga läkare	11	26	41	22

**Oro och hot**

En liten andel läkare svarade att de upplever situationer av oro eller hot oftare än några gånger per år (Tabell 10). Arton procent av läkarna vid vårdcentraler kände sig minst några gånger per år hotade av patienter i samband med ett sjukskrivningsärende. För övriga läkare var den andelen tolv procent. Det var också vanligare bland läkarna vid vårdcentraler än bland övriga läkare att patienter uppgav att de tänkte byta läkare om de inte blev sjukskrivna, 18 respektive 7 procent svarade att de upplever detta minst några gånger per år.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	1	8	91
	Vårdcentral	1	1	8	90
	Övriga läkare	0	0	8	91
känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	1	13	85
	Vårdcentral	2	1	15	82
	Övriga läkare	0	1	11	88
känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	1	4	95
	Vårdcentral	1	1	4	94
	Övriga läkare	0	1	3	96
säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	1	10	89
	Vårdcentral	1	2	15	82
	Övriga läkare	0	0	7	93

*Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar*

En stor andel läkare upplevde olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. En tredjedel av läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. Detta var vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (57 jämfört med 20 %). Två femtedelar av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Även detta upplevde en större andel vårdcentralsläkare än övriga läkare (59 jämfört med 29 %).

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

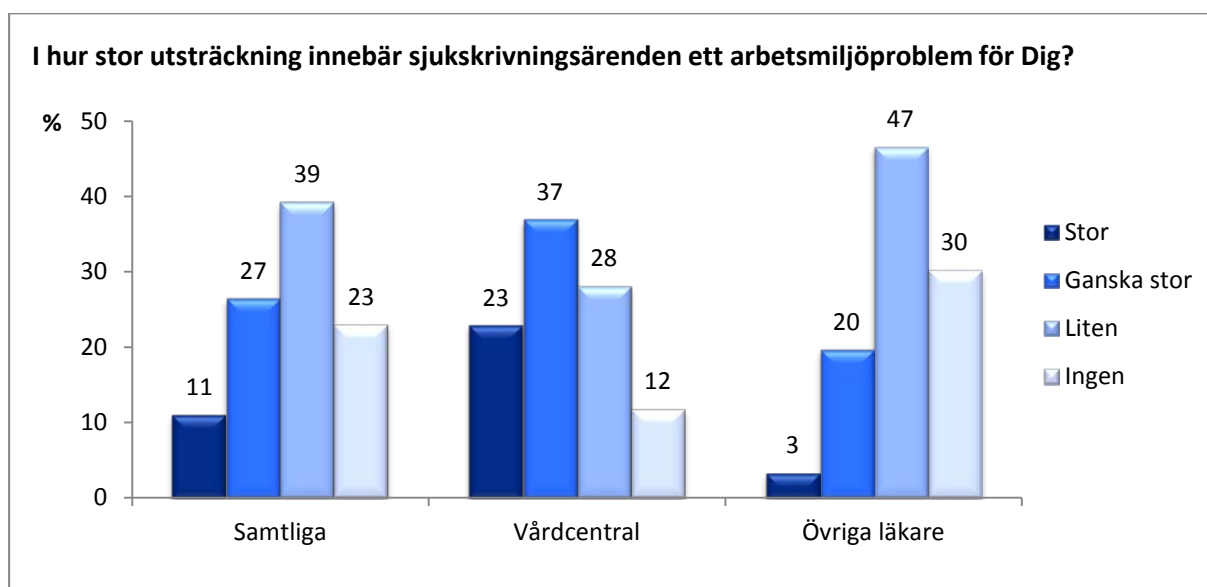
När det gäller allvarlighetsgrad av de olika specifika problematiska situationer som nämns i enkäten, angavs följande som problematiska av störst andel läkare: att bedöma patienters nuvarande och framtida arbetsförmåga, att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, att hantera längre sjukskrivningar samt att handlägga förlängning av sjukskrivningar där en annan läkare tidigare skrivit intyg. Även här fanns det skillnader mellan läkare på vårdcentraler och läkare vid andra verksamheter.

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

## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

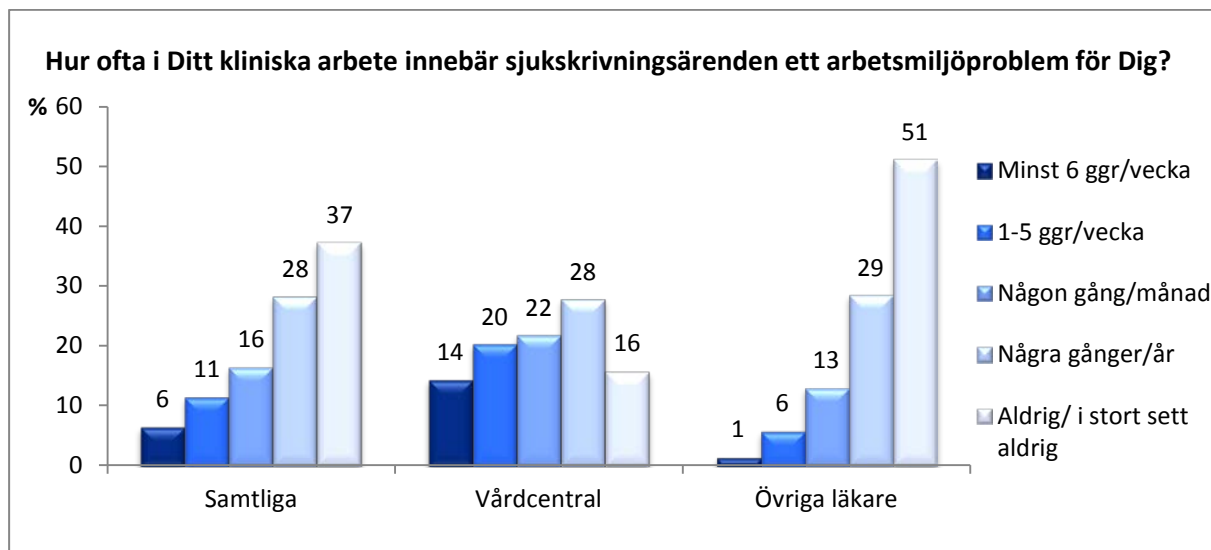
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [33, 62, 110, 127, 128]. Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem.

Två av fem läkare (38 %) uppgav att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor eller ganska stor utsträckning (Figur 15). Av läkarna vid vårdcentraler upplevde tre av fem (60 %) att så var fallet. Bland läkarna i övriga verksamheter upplevde emellertid drygt tre av fyra (77 %) sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem i liten eller ingen utsträckning.



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

På frågan *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade 37 procent av samtliga läkare aldrig eller i stort sett aldrig, medan 18 procent svarade minst en gång per vecka (Figur 16). Även här fanns skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. Medan 35 procent av läkarna vid vårdcentraler svarade att de upplever denna typ av arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka så var andelen betydligt lägre, 7 procent, för läkarna i övriga verksamheter.



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 Gävleborg, jämfört med övriga landsting*

Det fanns vissa skillnader mellan landstingen vad gäller i vilken utsträckning läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem. Medan 38 procent av läkarna i Gävleborg uppgav att sjukskrivningsärenden utgör ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning så var denna andel för hela landet 32 procent. Störst var andelen i Jämtland (42 %). Den lägsta andelen (29 %) fanns i Stockholm, Uppsala, Östergötland, Gotland och Norrbotten.

När det gällde hur ofta läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem uppgav 16 procent av alla läkare i landet att så var fallet minst en gång per vecka. Även här hade Jämtland högst andel (29 %) av landets landsting. I Gävleborg angav en något större andel (18 %) än i landet som helhet att de upplever detta arbetsmiljöproblem. Lägst var andelen i Stockholm (14 %).

#### *Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem*

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 38 procent av de svarande läkarna i Gävleborg. Störst andel fanns bland läkarna vid vårdcentraler, där över hälften, 60 procent, ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Arton procent av läkarna angav att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. Även detta var vanligast bland läkarna vid vårdcentraler där 35 procent svarade att de upplever detta minst en gång i veckan, jämfört med sju procentenheter bland läkarna i övriga verksamheter.

## 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 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar inom vården (Tabell 11). Över hälften (59 %) av läkarna vid vårdcentraler och var femte (22 %) av läkarna i övriga verksamheter svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som var nödvändigt på grund av väntetider till behandling. En tredjedel av läkarna vid vårdcentraler svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan, bland övriga läkare var denna andel endast sex procent.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriv 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	3	11	28	58
	Vårdcentral	5	21	36	38
	Övriga läkare	1	5	23	70
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	3	14	25	58
	Vårdcentral	7	27	30	35
	Övriga läkare	1	5	22	72
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	3	9	23	65
	Vårdcentral	5	20	30	45
	Övriga läkare	1	2	18	78
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	3	11	28	58
	Vårdcentral	5	21	36	38
	Övriga läkare	1	5	23	70
... väntetider till behandling?	Samtliga	8	28	40	24
	Vårdcentral	15	44	33	9
	Övriga läkare	4	17	45	33

I enkäten ställdes även frågor om andra anledningar att sjukskriva längre än nödvändigt. Den anledning som angavs av störst andel läkare var brist på återbesökstider, bland samtliga läkare uppgav 19 procent att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av detta (Tabell 12). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel (32 %) större än bland dem i övriga verksamheter (32 respektive 11 %). Majoriteten av samtliga läkare, uppgav dock att de i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt av denna anledning. Var fjärde (24 %) läkare vid vårdcentraler svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknades. Nästan

lika många (22 %) uppgav detsamma vad gäller att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering.

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	3	16	22	59
	Vårdcentral	7	25	21	47
	Övriga läkare	1	10	22	67
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	4	9	18	69
	Vårdcentral	7	17	31	45
	Övriga läkare	1	4	10	85
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	2	7	24	67
	Vårdcentral	6	12	30	52
	Övriga läkare	0	4	19	76
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	2	10	38	50
	Vårdcentral	4	18	49	30
	Övriga läkare	1	4	32	62
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	1	6	26	67
	Vårdcentral	3	10	28	60
	Övriga läkare	0	3	25	71
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	1	4	17	78
	Vårdcentral	4	6	23	68
	Övriga läkare	0	2	13	85
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	1	3	23	73
	Vårdcentral	2	4	31	63
	Övriga läkare	0	2	18	79
... annan anledning?	Samtliga	1	1	8	90
	Vårdcentral	2	3	12	84
	Övriga läkare	0	0	6	94

### Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till behandling inom sjukvården samt brist på återbesökstider. En betydligt större andel av läkarna vid vårdcentraler angav att de sjukskriver patienter längre än nödvändigt av dessa anledningar, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.



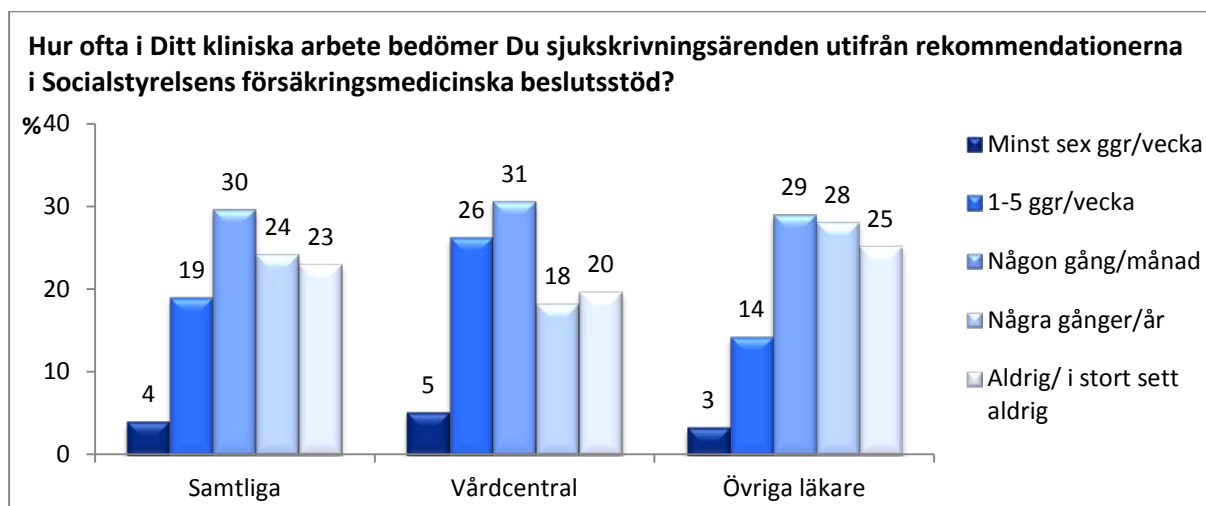
## {Karlsson Vargas, 2013 #33703} Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Under år 2007 infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Den övergripande vägledningen till beslutsstödet reviderades 2012 [35] och det diagnosspecifika beslutsstödet uppdateras fortlöpande [129].

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

### *Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?*

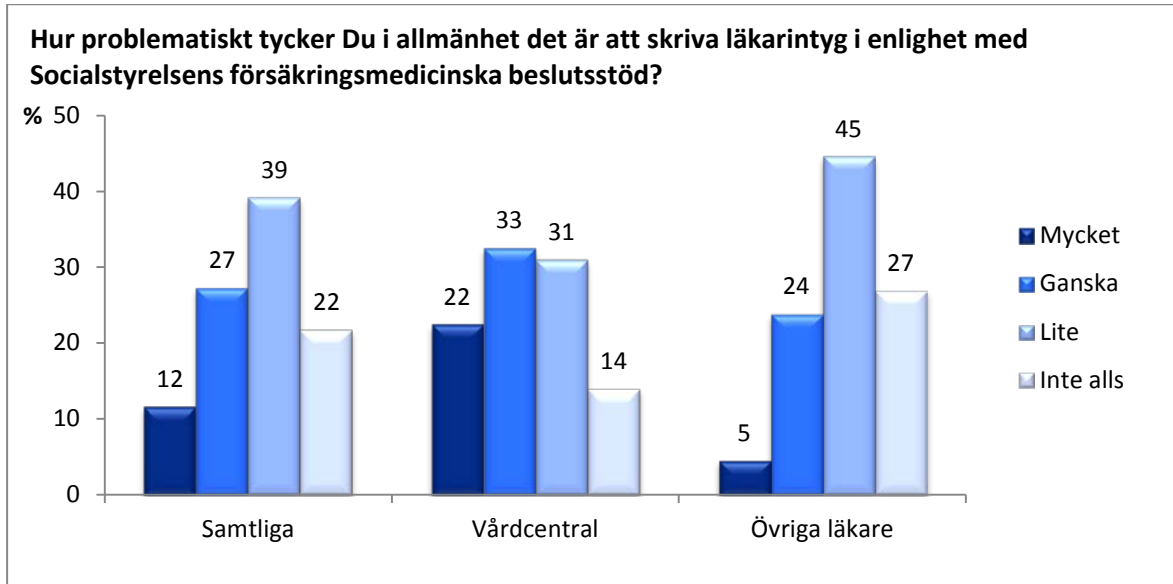
Drygt hälften av de sjukskrivande läkarna, 53 procent, uppgav att de använder beslutsstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad. Användandet skiljde sig åt mellan läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare. Av de vid vårdcentraler svarade 31 procent att de använder beslutsstödet minst en gång i veckan, medan motsvarande siffra för läkarna i övriga verksamheter var 18 procent (Figur 17).



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**

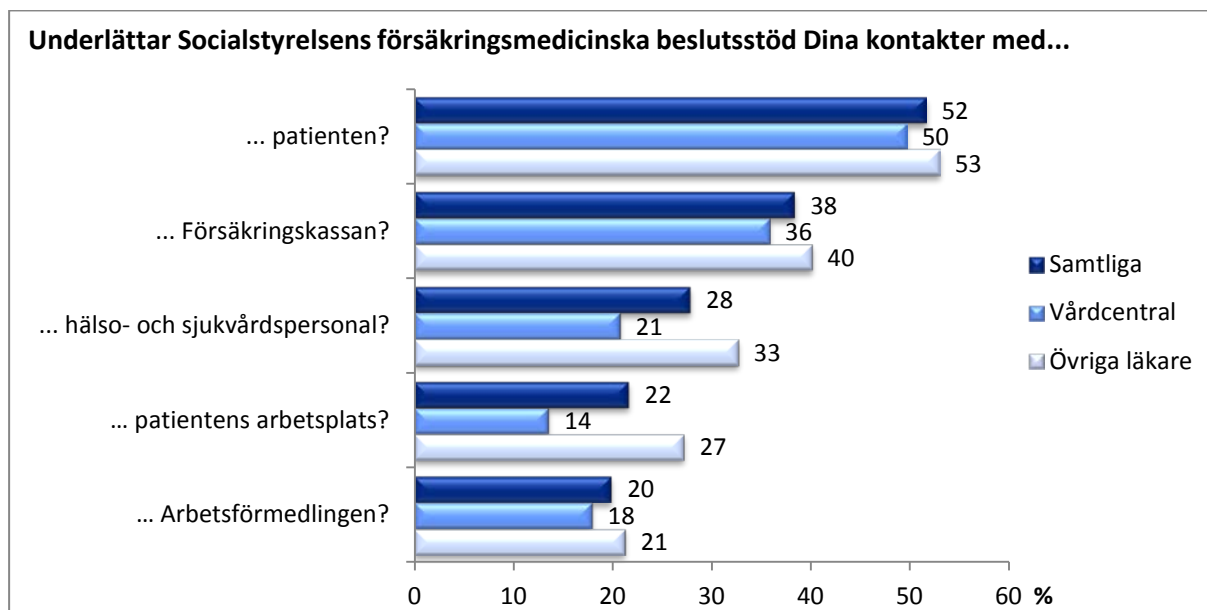
Trettionio procent av samtliga läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 18). Andelen var högre bland läkarna vid vårdcentraler (55 %) än bland dem i övriga verksamheter (28 %).



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.

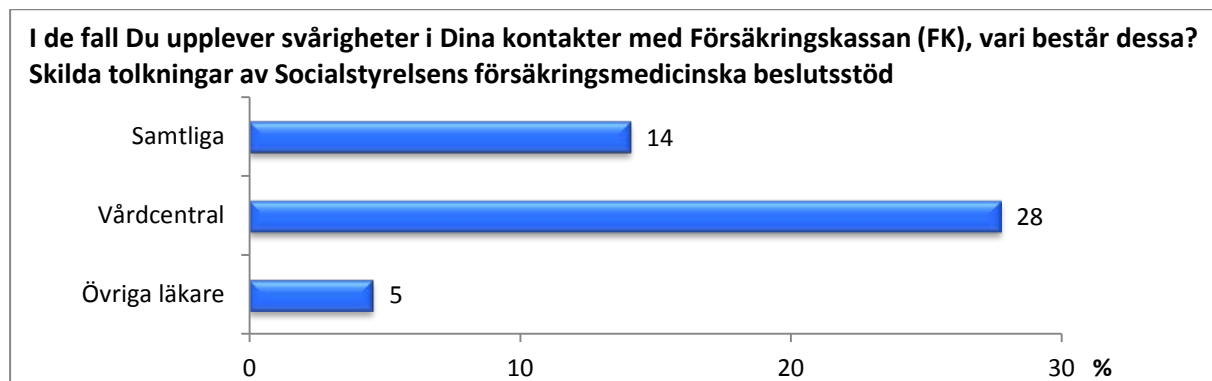
### Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

I Figur 19 visas att hälften av läkarna svarade att de anser att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel menade att beslutsstödet underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Andelen som ansåg att även kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet var mindre. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som svarat att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



Figur 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.

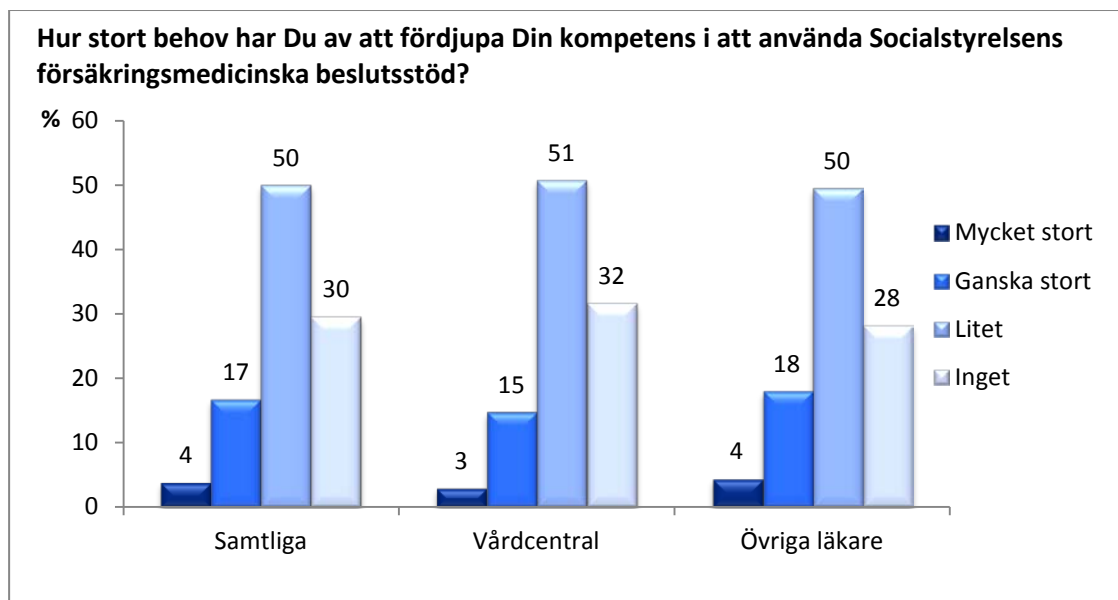
En relativt liten andel läkare uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan har skilda tolkningar av beslutsstödet (Figur 20). Skillnaden var dock stor mellan läkarna vid vårdcentraler där drygt en fjärdedel angav detta svarsalternativ och läkarna i övriga verksamheter där detta uppgavs av var tjugonde läkare.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplever 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**

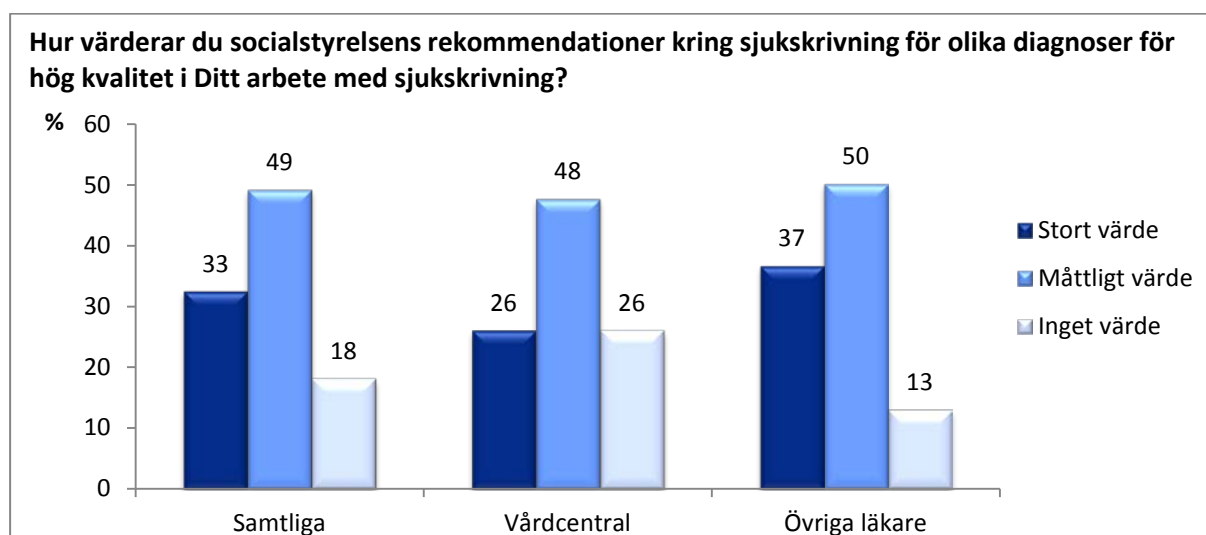
På frågan om behovet av fördjupad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade en femtedel (20 %) av läkarna att de har ett mycket eller ganska stort behov av detta (Figur 21). Denna andel var ungefär lika stor för läkarna vid vårdcentraler som för läkarna i övriga verksamheter.



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

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En knapp femtedel av samtliga läkare ansåg att beslutsstödet inte har något värde (Figur 22). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel var fjärde och bland läkarna i övriga verksamheter var åttonde.

En tredjedel av samtliga läkare ansåg att beslutsstödet har stort värde. Andelen bland läkarna vid vårdcentraler som delade denna uppfattning var mindre än den för övriga läkare, var fjärde jämfört med knappt två av fem.



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

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

Nästan hälften (47 %) av alla svarande läkare i hela landet svarade att de använder beslutsstödet minst någon gång per månad. Lägst var denna andel i Jämtland och Stockholm (42 % respektive 43 %) och högst i Kalmar (57 %). Gävleborg hade med 53 procent en något högre andel än landet i helhet.

Av de svarande läkarna i hela landet upplevde 38 procent att de upplever det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet. Denna andel var densamma för Gävleborg (39 %). 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 underlättar 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. Lägst andel som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten fanns i Kronoberg (41 %). Högst var andelen i Dalarna (58 %). I Gävleborg svarade 52 procent av samtliga läkare att patientkontakten underlättas. När det gäller kontakt med Försäkringskassan ansåg 36 procent av läkarna i hela landet att beslutsstödet underlättar kontakten. Variationen mellan landsting var från 24 procent i Jämtland till 42 procent i Södermanland. I Gävleborg var andelen 38 procent.

En liten andel (9 %) av läkarna i hela landet uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att läkaren och Försäkringskassan hade skilda tolkningar

av beslutsstödet. Andelen läkare som angav att de upplever samma svårigheter i Gävleborg var något högre (14 %).

En fjärdedel (25 %) av läkarna i landet svarade att de upplever ett mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens gällande att använda beslutsstödet. I Gävleborg var andelen var femte (20 %) läkare.

Vad gäller beslutsstödet värde för hög kvalitet i läkares arbete med sjukskrivningar skiljde sig inte Gävleborg nämnvärt från landet som helhet. Ungefär var femte svarade att det inte är av något värde och var tredje upplevde att det är 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. Var fjärde läkare använder det minst en gång i veckan. Dock angav drygt var tredje det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel över hälften. Var femte läkare uppgav ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom att använda det.

Beslutsstödet rapporterades underlätta kontakten med patienten av drygt hälften av läkarna och med Försäkringskassan av en dryg tredjedel. Även kontakter med andra aktörer såsom hälso- och sjukvårdspersonal, arbetsförmedling och patientens arbetsplats upplevdes enligt svaren underlättas av en betydande andel läkare. En tredjedel av läkarna uppgav att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

## Samverkan och kontakter

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetar med eller remitterar patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 13 och Tabell 14 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket var femte uppgav att de gör minst en gång per vecka. Detta var betydligt vanligare bland läkarna vid vårdcentraler, där två av fem angav detta svarsalternativ, än bland övriga läkare där motsvarande andel var knappt var tionde. Hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar eller hänvisar till företagshälsovård.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	2	7	41	50
	Vårdcentral	4	14	55	28
	Övriga läkare	0	3	32	65
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	16	20	29	36
	Vårdcentral	31	37	22	9
	Övriga läkare	6	8	33	53
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	20	25	26	29
	Vårdcentral	40	37	17	6
	Övriga läkare	8	17	32	44
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	5	19	44	32
	Vårdcentral	6	27	47	20
	Övriga läkare	4	14	42	40

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

Det var mest förekommande att läkare vid vårdcentraler deltog i avstämningsmöten; 32 procent gjorde detta minst en gång per månad, medan åtta procent av övriga läkare gjorde detta. Det var också vanligare bland läkare vid vårdcentraler att ha kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden, vilket 30 procent hade minst någon gång i månaden, jämfört med fem procent av läkarna i övriga verksamheter.

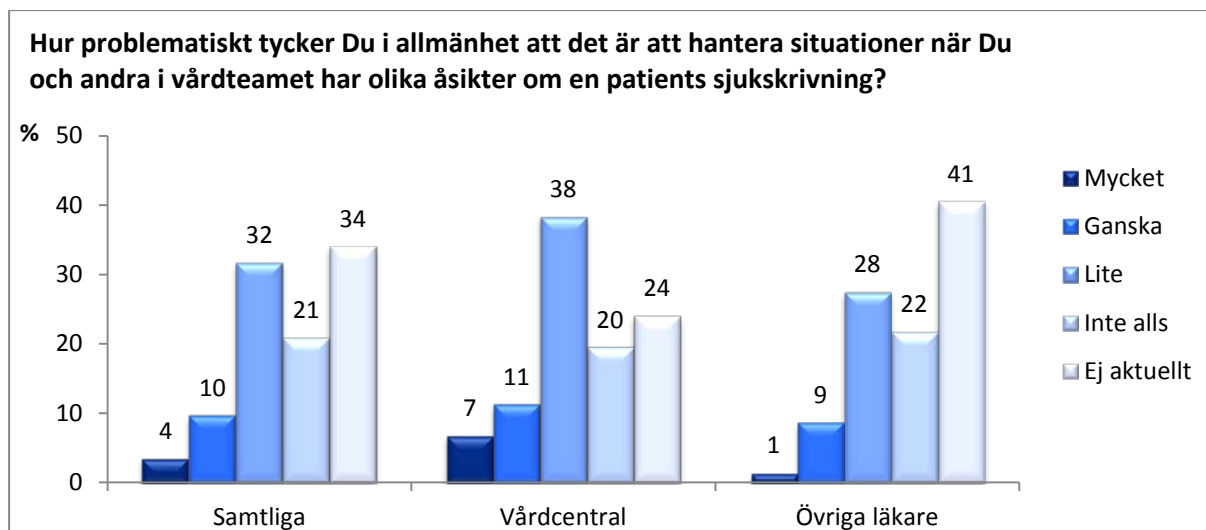
Tjugofyra procent av samtliga läkare uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator), som samordnar åtgärderna för patienten.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med externa 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
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	3	14	28	55
	Vårdcentral	4	28	52	16
	Övriga läkare	3	5	12	80
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	3	4	16	77
	Vårdcentral	2	6	26	66
	Övriga läkare	3	3	10	85
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	0	5	22	72
	Vårdcentral	1	9	33	58
	Övriga läkare	0	3	15	82
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	14	31	55
	Vårdcentral	2	28	45	25
	Övriga läkare	0	5	21	74
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	10	14	30	46
	Vårdcentral	13	17	21	49
	Övriga läkare	9	12	36	44

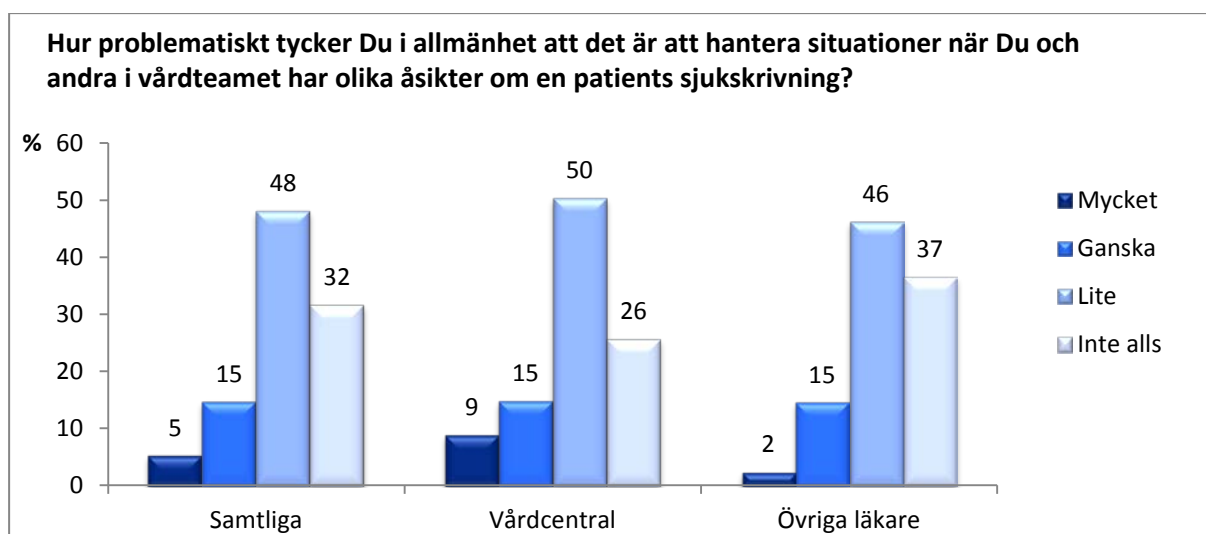
Av svarsfördelningen på frågan om hur problematiskt det är att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter om en patients sjukskrivning som andra i vårdteamet, framgår att 34 procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella (Figur 23). Det fanns en skillnad mellan läkarna vid vårdcentraler (24 %) och de i övriga verksamheter (41 %), vilket kan tyda på att läkare vid vårdcentraler i högre utsträckning har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete jämfört med övriga läkare, eller att skilda åsikter inte förekom.





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

I Figur 24 visas svarsfördelningen där de som svarat ”Ej aktuellt” exkluderats i analysen. En femtedel av läkarna, för vilka detta var aktuellt upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när en själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. Var tionde läkare vid vårdcentraler svarade att de upplever sådana situationer som mycket problematiska, medan endast ett par procent av läkarna i övriga verksamheter angav detsamma.



Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, 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 68.

De kontakter med andra aktörer som störst andel läkare svarade att de anser vara av stort värde var kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens och med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (Tabell 15). Ungefär hälften av läkarna tyckte att dessa kontakter är av stort värde. Skillnaden mellan läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter var här inte större än cirka tio procentenheter. En större skillnad kunde ses när det gällde samverkans-/avstämningmöten där hälften av läkarna vid vårdcentraler svarade att dessa är av stort värde medan var femte av läkarna i övriga verksamheter angav detsamma. En liknande skillnad, om än mindre, kunde ses när det gäller kontakt med handläggare, utredare och med försäkringsmedicinsk rådgivare<sup>2</sup> på Försäkringskassan.

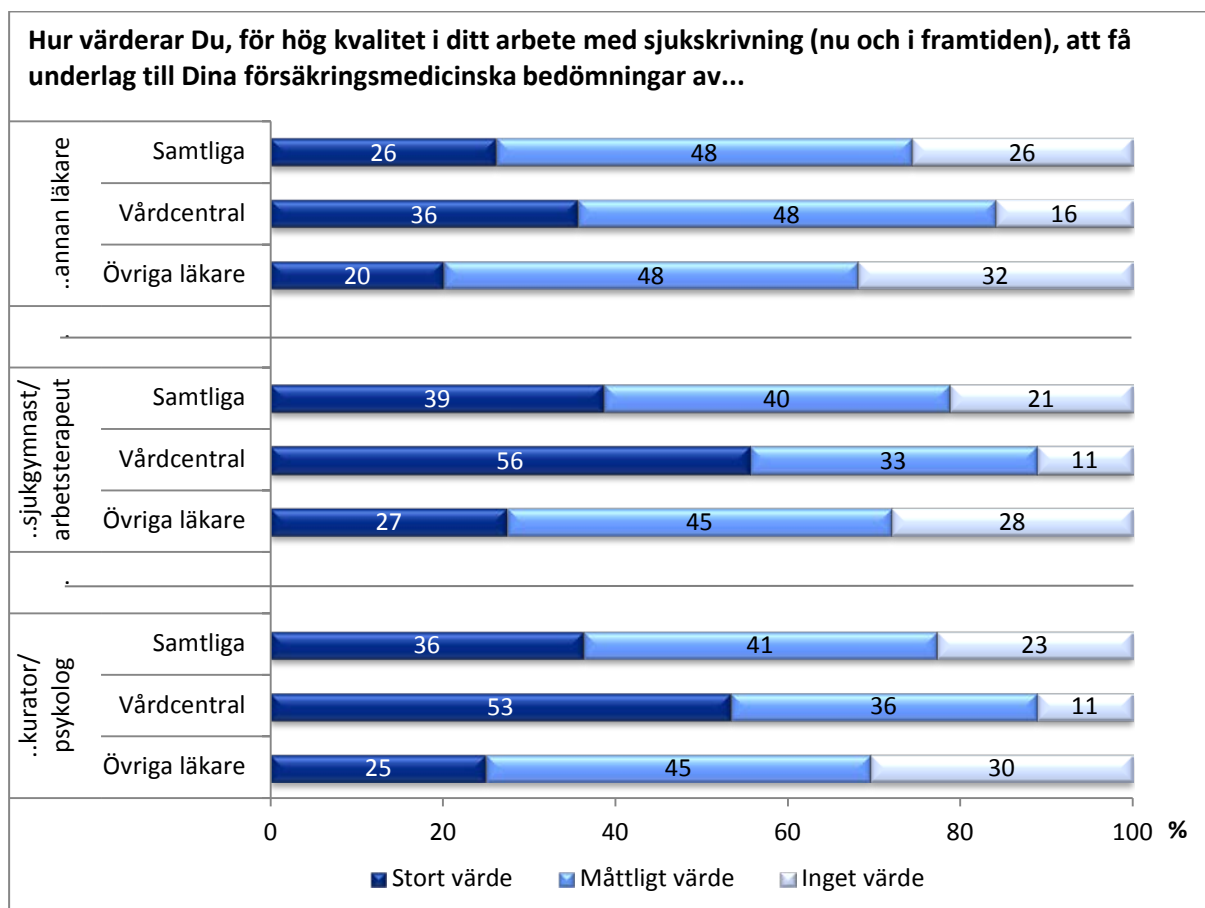
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakten med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Samtliga	47	43	10
	Vårdcentral	51	40	9
	Övriga läkare	44	45	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	47	41	12
	Vårdcentral	54	39	7
	Övriga läkare	43	42	15
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	34	49	17
	Vårdcentral	46	43	11
	Övriga läkare	27	53	20
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Samtliga	32	47	20
	Vårdcentral	43	38	18
	Övriga läkare	25	53	22
Samverkansmöten/avstämningmöten	Samtliga	31	43	26
	Vårdcentral	50	40	10
	Övriga läkare	19	45	36
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	17	47	36
	Vårdcentral	27	49	25
	Övriga läkare	11	46	43
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	21	51	28
	Vårdcentral	27	55	18
	Övriga läkare	16	48	35

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

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

Två av fem läkare svarade att det är av stort värde att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut och drygt var tredje att det är av stort värde att få underlag från kurator/psykolog. Drygt hälften av läkarna vid vårdcentraler uppgav att underlag från sjukgymnast/arbetsterapeut eller kurator/psykolog är av stort värde, jämfört med ungefär en fjärdedel av läkarna i övriga verksamheter. Var fjärde menade att det är av stort värde att få underlag från annan läkare, samtidigt som en lika stor andel svarade att detta saknar värde (Figur 25).



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

### Sammanfattning samverkan och kontakter

Samarbete och kontakter i sjukskrivningsärenden förekom mest internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. En större andel av läkarna vid vårdcentraler angav att de ofta hade interna kontakter, jämfört med de i övriga verksamheter. Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel av läkarna angav att de samarbetar med eller remitterar till, vilket 40 procent av läkarna vid vårdcentraler och åtta procent av de i övriga verksamheter svarade att de gör minst en gång i veckan. Nära hälften av läkarna uppgav att kontakter med andra läkare och/eller vårdpersonal är av stort värde för att hålla hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden. Detsamma gällde möjligheten till kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens. Hälften av läkarna vid vårdcentraler och en

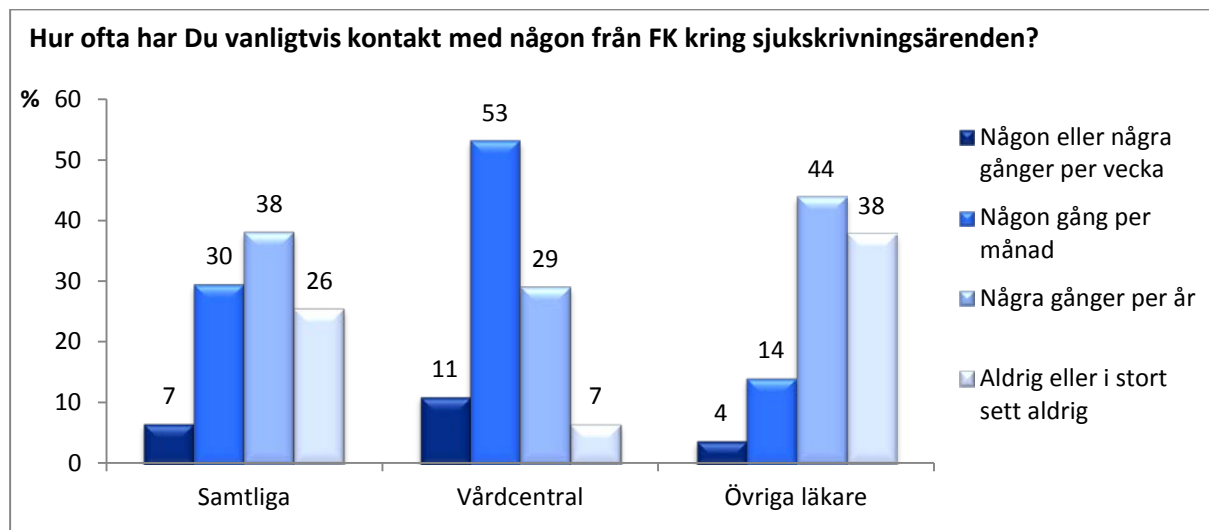
fjärdedel av de i övriga verksamheter ansåg också att underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut eller kurator/psykolog är av stort värde.

Minst vanligt var externa kontakter såsom andra kontakter än avstämningsmöten med arbetsgivare och kontakter med socialtjänst, vilket två av tre läkare vid vårdcentraler och fyra av fem läkare i övriga verksamheter uppgav att de i stort sett aldrig har. Hälften av läkarna vid vårdcentraler och var femte av de i övriga verksamheter uppgav att avstämningsmöten är av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningsärenden. Var fjärde läkare uppgav att de, minst någon gång i månaden, saknar en person som samordnar åtgärder för patienten, en så kallad koordinator eller coach.

## Kontakter med Försäkringskassan

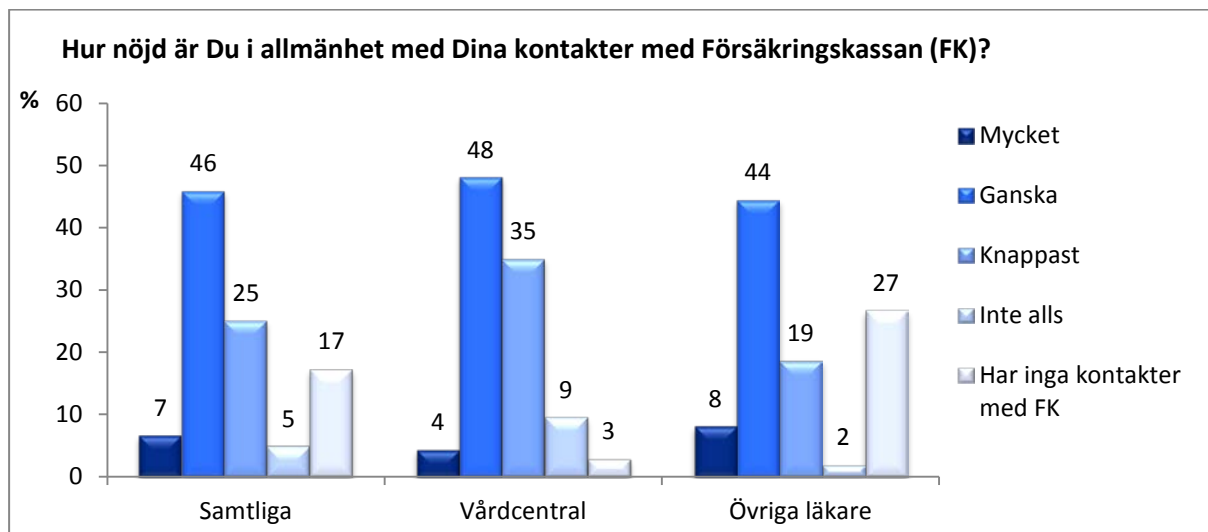
Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 68) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 53) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 47). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

Trettiosex procent av läkarna svarade att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad (Figur 26). Var fjärde (26 %) svarade att de i stort sett aldrig har denna typ av kontakt. Det förelåg betydande skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter, medan 64 procent av läkarna vid vårdcentraler svarade att de har kontakt minst någon gång per månad så var motsvarande andel för de övriga läkarna 18 procent. Andelen som uppgav att de i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan var också betydligt större bland läkarna i övriga verksamheter (38 %), jämfört med de vid vårdcentraler (7 %)



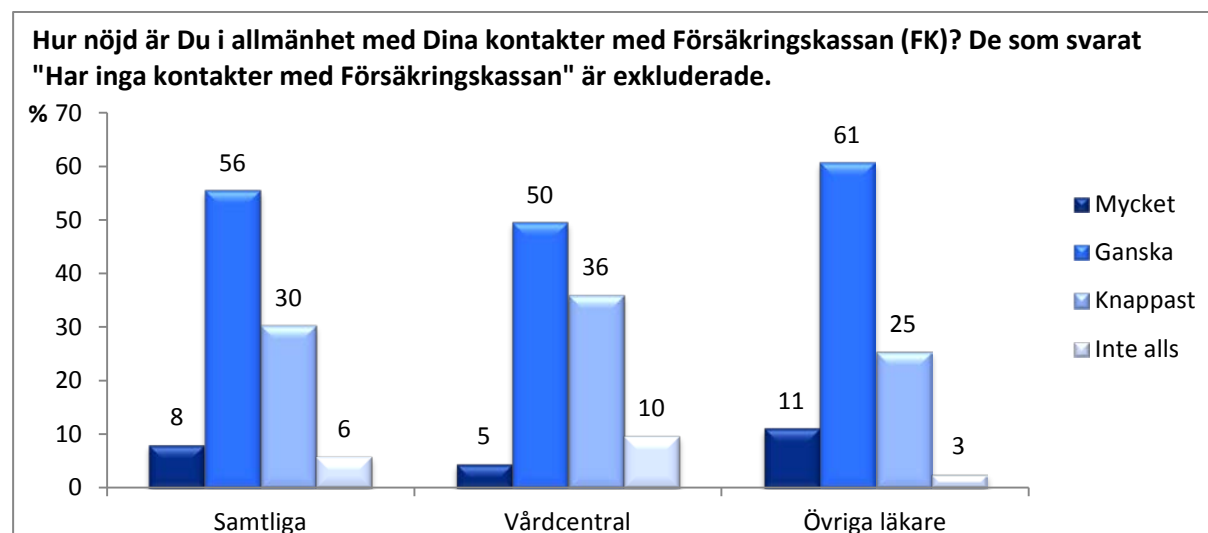
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Var sjätte läkare (17 %) uppgav att de inte har kontakter med Försäkringskassan. Detta var betydligt vanligare bland läkare i övriga verksamheter (27 %) än bland läkare vid vårdcentraler (3 %) (Figur 27).



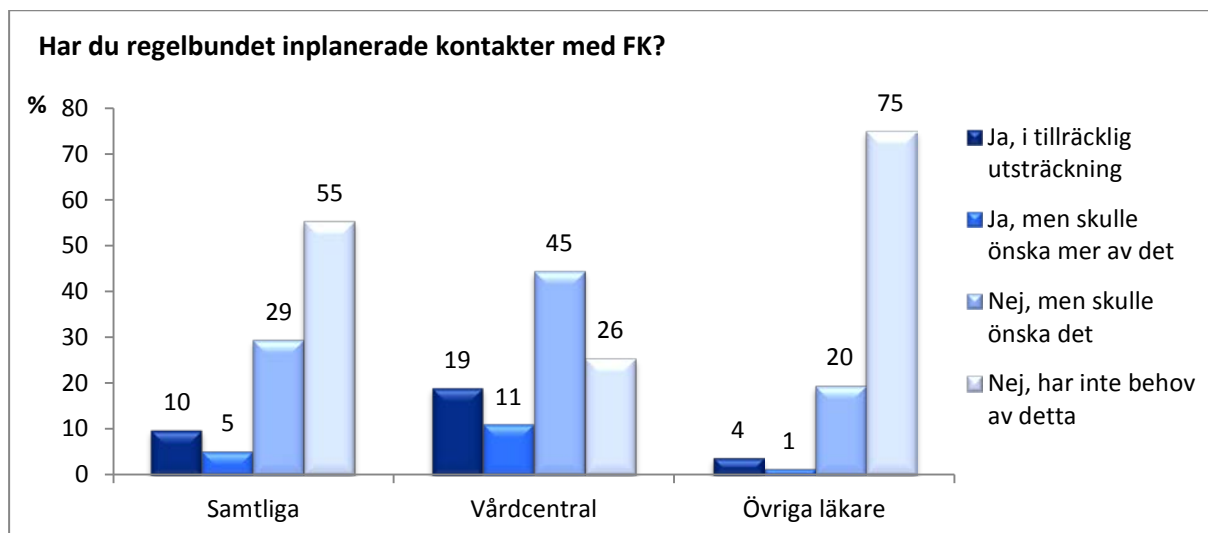
Figur 27. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Av de 83 procent som uppgav att de har kontakter med Försäkringskassan var en majoritet (64 %) mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter. Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel drygt hälften (54 %) och bland de i övriga verksamheter rapporterade ungefär tre av fyra (72 %) detsamma (Figur 28).



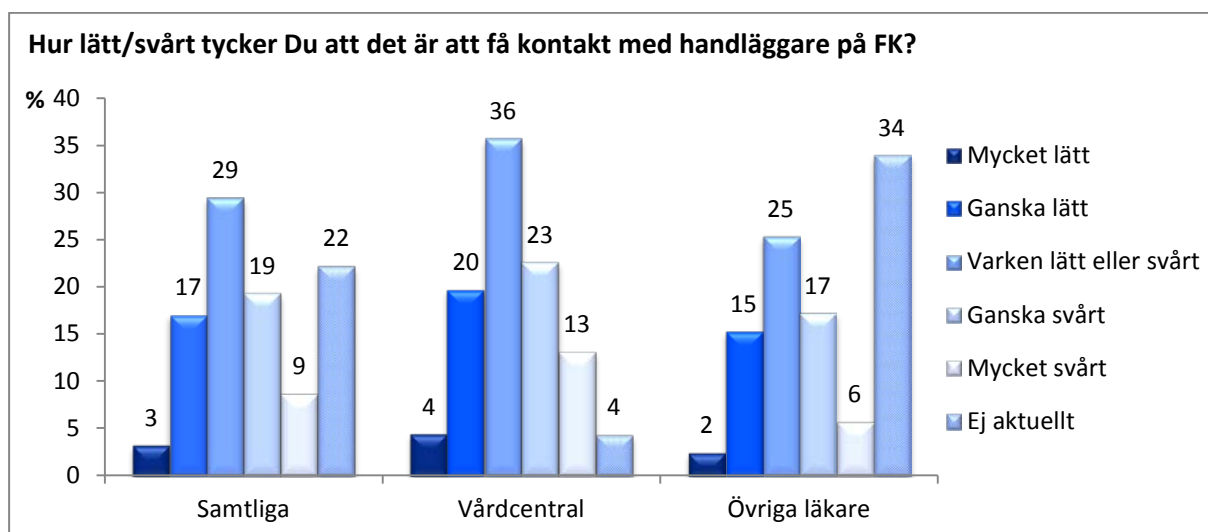
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.

På frågan om förekomst av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t. ex avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade 15 procent att de har sådana (Figur 29). Ungefär var tredje uppgav att de inte har denna typ av kontakter men önskade det medan drygt hälften svarade att de inte har det och inte heller anser sig ha behov av det. Andelen som angav behov av denna typ av kontakter med Försäkringskassan var större bland vårdcentralsläkarna. Var femte av dem hade sådana kontakter i tillräcklig utsträckning, medan 56 procent önskade mer kontakter än de hade. Bland övriga läkare önskade 21 procent mer kontakter med Försäkringskassan än de hade.



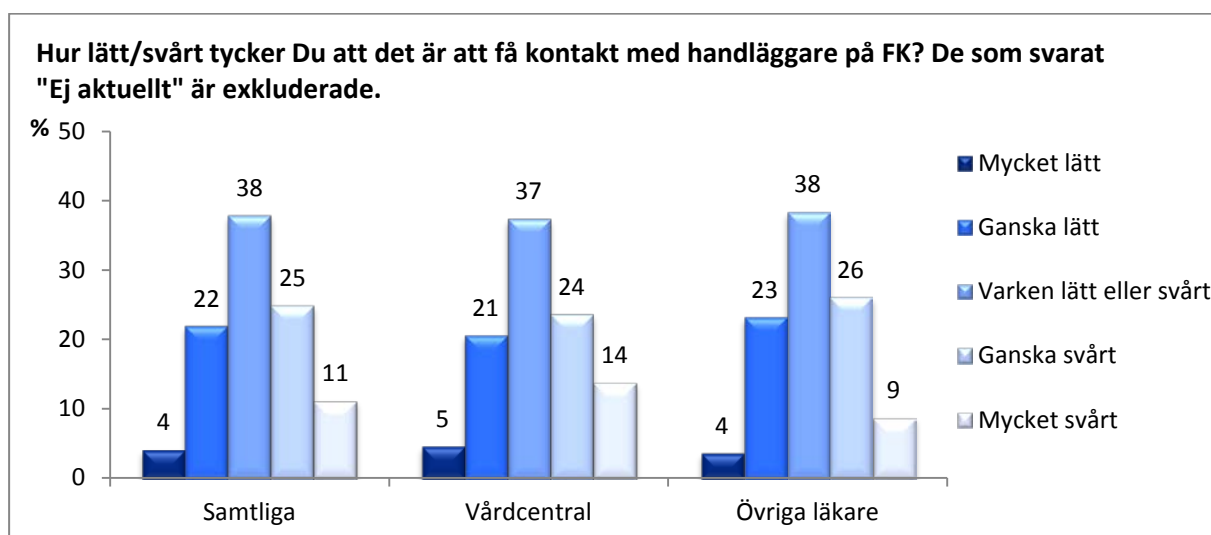
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Drygt var femte (22 %) läkare uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes att få kontakt med Försäkringskassans handläggare att sådana kontakter inte är aktuella för dem. Andelen var betydligt större bland övriga läkare (34 %) än för läkare vid vårdcentraler (4 %) (Figur 30).



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

Figur 31 visar svarsmönstret för samma fråga när de läkare som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats ur analysen. Ett liknande svarsmönster kan ses. En fjärdedel (26 %) svarade att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med handläggare medan en dryg tredjedel (36 %) angav att det var mycket eller ganska svårt. Skillnaderna mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter var små. En något större andel av läkarna vid vårdcentraler än av övriga läkare uppgav att det är mycket svårt att få kontakt med handläggare.

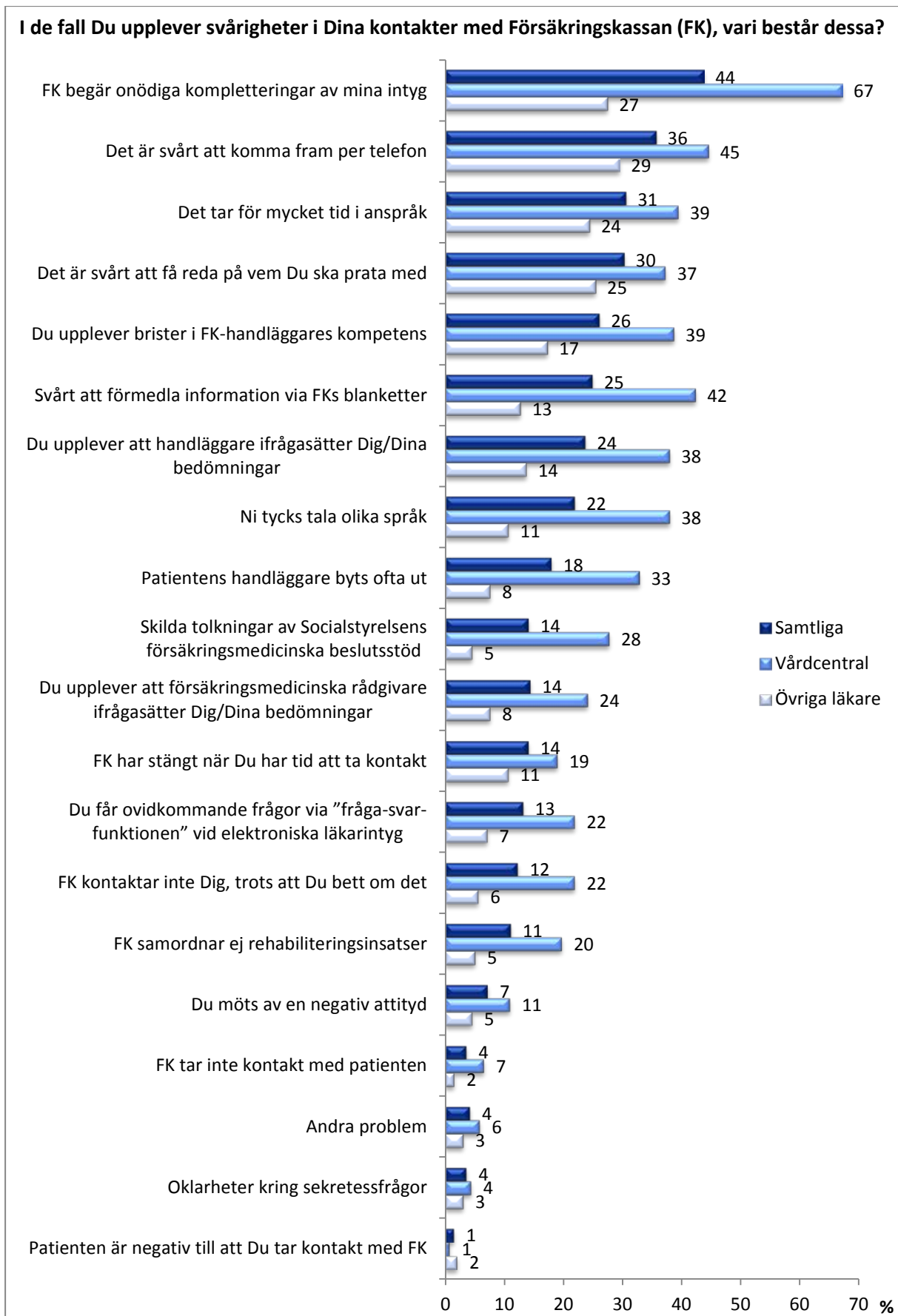


Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats

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

En tredjedel (31 %) av samtliga läkare svarade att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med försäkringskassan (ej i tabell). Andelen var större bland läkarna i övriga verksamheter (44 %) än bland läkarna vid vårdcentraler (12 %). Av de läkare som svarade att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan var det 32 % som tidigare uppgett att de inte har några sådana kontakter. Omvänt var det 39 % av dem som angett att de inte har några kontakter som uppgav att de upplever problem. Detta kan bero på att man åsyftar tidigare kontakter.

I Figur 32 listas olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan och andelen som angav att de upplever dessa. Knappt hälften av läkarna svarade att de upplever att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg. Ungefär en tredjedel vardera uppgav att det är svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon, att kontakterna med denna tar för mycket tid och att det är svårt att få reda på vem man ska prata med. Generellt så upplevdes enligt svaren svårigheter i kontakter med Försäkringskassan av en större andel bland läkarna vid vårdcentraler än bland läkarna i övriga verksamheter. Så många som två tredjedelar av läkarna vid vårdcentraler uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, jämfört med en fjärdedel av övriga läkare. Att komma fram till Försäkringskassan per telefon uppgav knappt hälften av läkarna vid vårdcentraler vara svårt, bland läkarna i övriga verksamheter angav knappt var tredje detsamma.



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



### Elektronisk överföring av läkarintyg

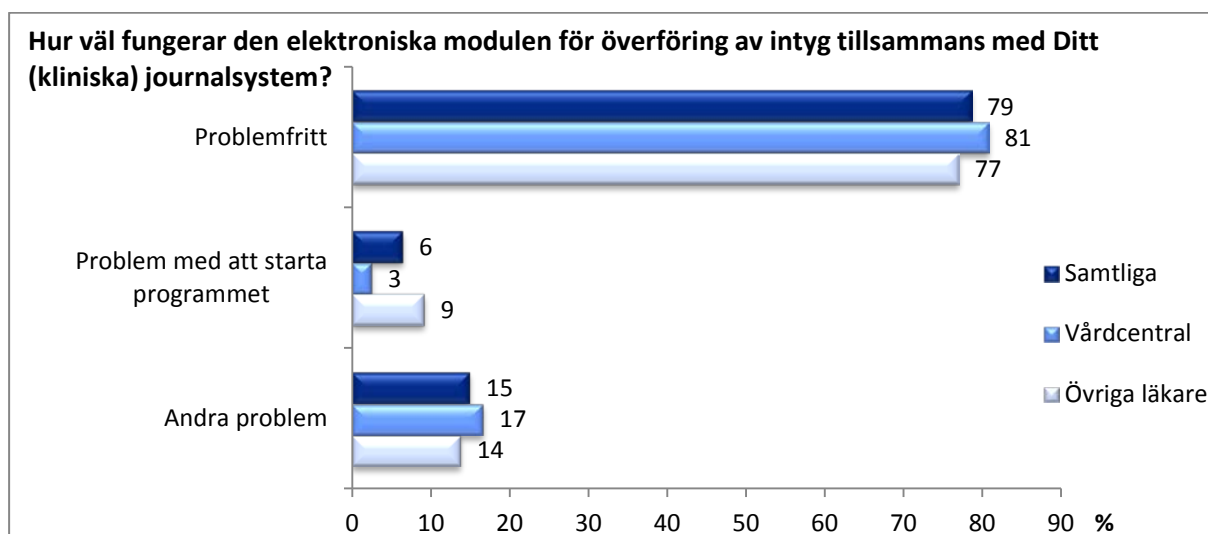
Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före det att enkäten skickades ut. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan 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 (87 %) av läkarna i Gävleborg uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 33). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 87 procent, det vill säga de 303 läkare, som svarat "Ja" på frågan om huruvida de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.



Figur 33. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare

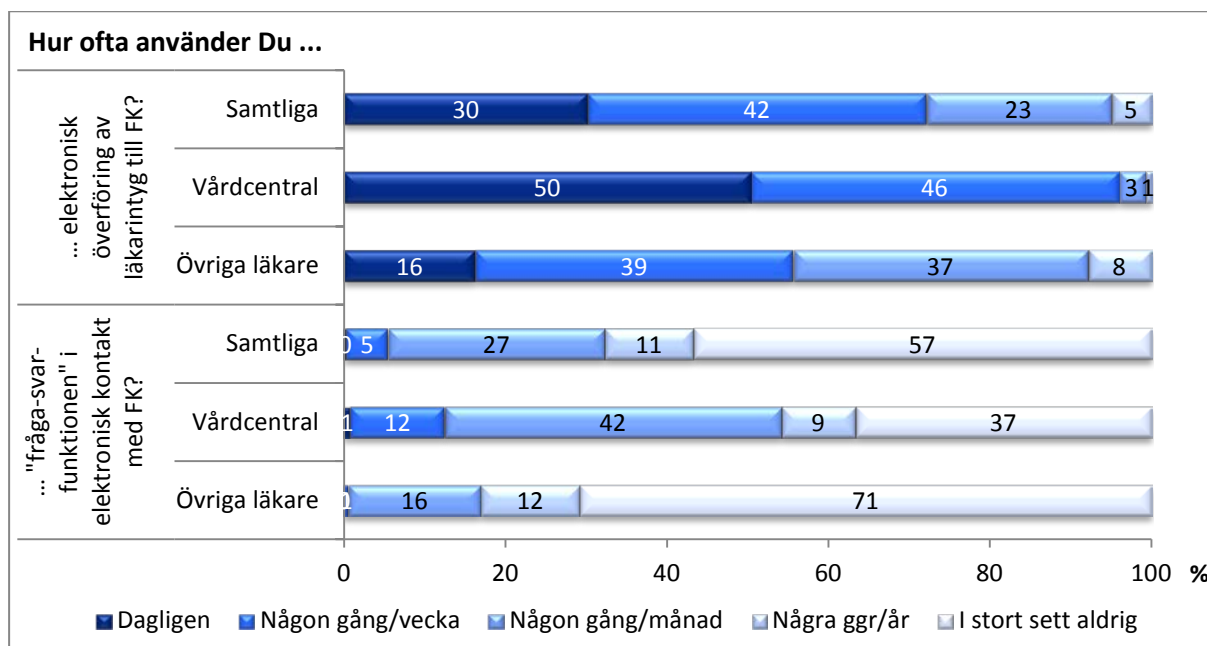
De allra flesta (96 %) läkare svarade att de har elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med det journalsystem de använde (ej i tabell). Fyra av fem läkare uppgav att systemet med elektronisk överföring fungerar problemfritt tillsammans med journalsystemet (Figur 34). Sex procent hade problem med att starta programmet och 15 procent upplevde andra problem.



Figur 34. 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.

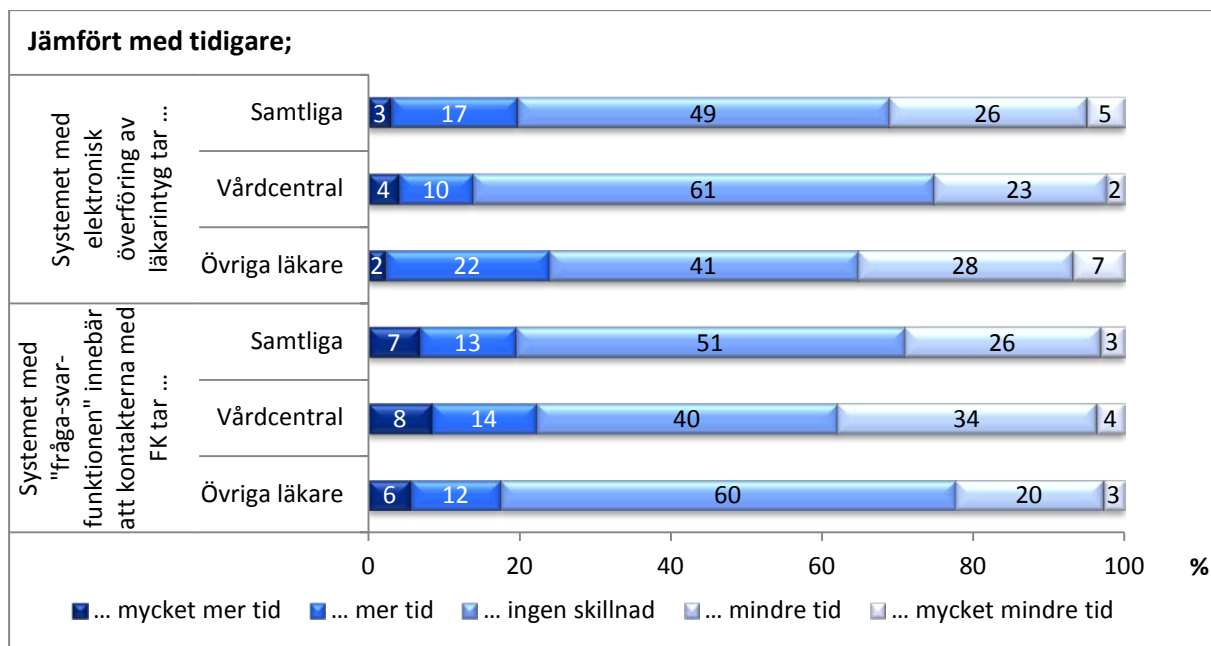
Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg svarade majoriteten att de använder det ofta; 72 procent angav att de använder det minst någon gång per vecka (Figur 35). Bland läkarna vid vårdcentraler angav de allra flesta (96 %) att de använder systemet varje vecka, jämfört med drygt hälften (56 %) av läkarna i övriga verksamheter.

Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan, men en majoritet (57 %) svarade att de i stort sett aldrig använder denna funktion. Drygt hälften (54 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de använder funktionen minst någon gång per månad medan knappt var femte (17 %) av läkarna i övriga verksamheter svarade detsamma.



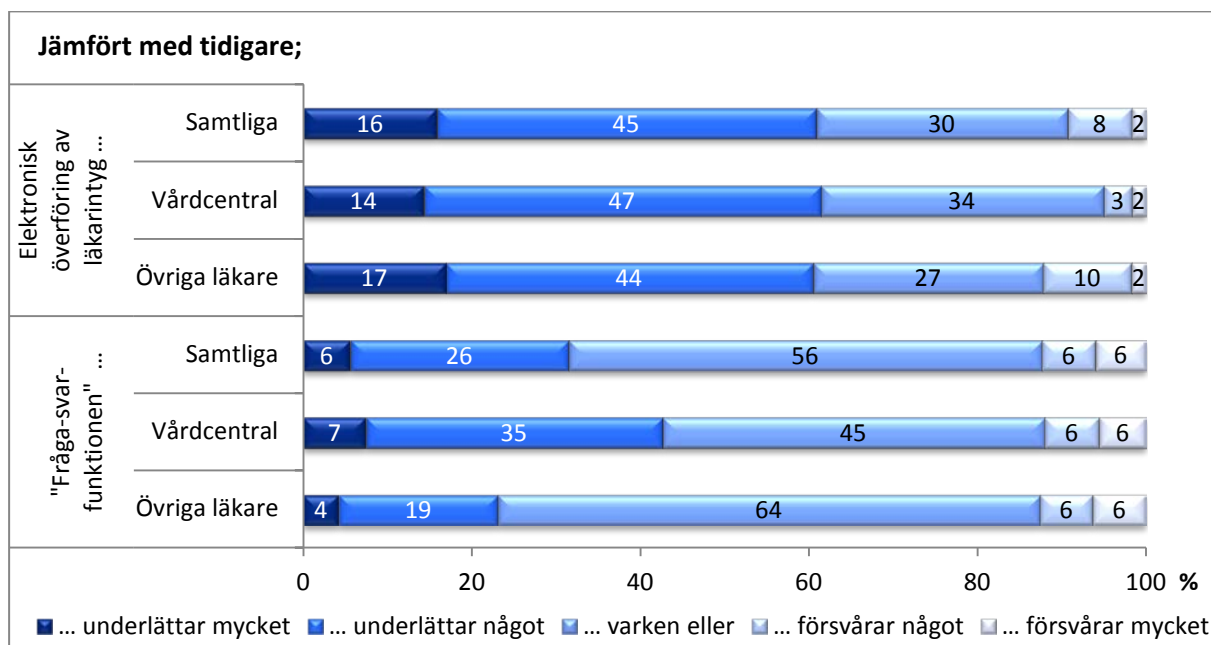
Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen", för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hälften av läkarna svarade att systemet med elektroniska läkarintyg inte påverkar tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 36). Var femte (20 %) uppgav att det innebär att det tar mer tid än tidigare och var tredje (31 %) att det tar mindre tid. Bland läkarna vid vårdcentraler svarade majoriteten (61 %) att systemet inte gör någon skillnad vad gäller tidsåtgång. Bland läkarna i övriga verksamheter angav var fjärde (24 %) att det tar längre tid och var tredje (35 %) att det tar mindre tid än tidigare. Även på frågan om "fråga-svar funktionen" påverkade tidsåtgången i kontakterna till Försäkringskassan svarade hälften att det inte var någon skillnad jämfört med tidigare. Bland läkare på vårdcentraler svarade 22 procent att kontakterna tar mer tid, och bland övriga läkare var denna andel 17 procent.



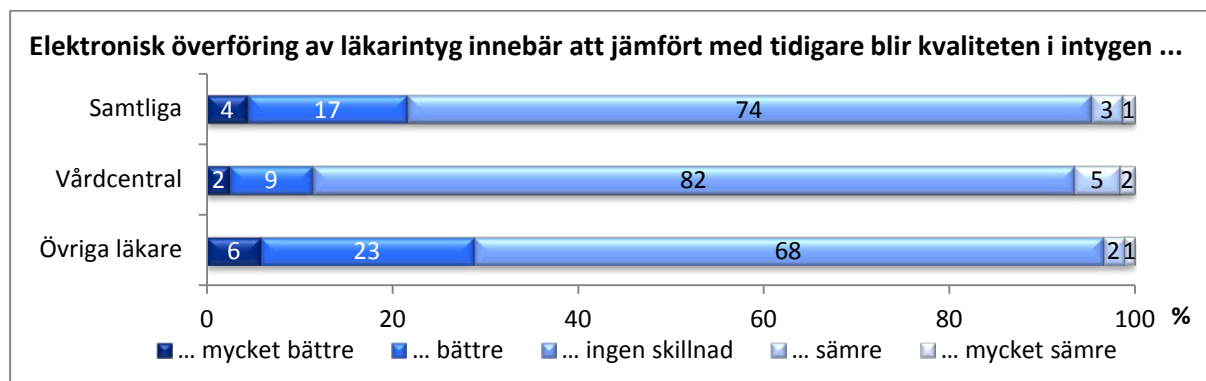
Figur 36. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

En stor del av läkarna ansåg att systemet underlättar deras arbete, 61 procent uppgav detta i någon grad, medan endast nio procent uppgav att det i någon grad försvårar (Figur 37). Andelen som ansåg att deras arbete försvåras var något högre bland läkarna i övriga verksamheter (12 %) än bland läkarna vid vårdcentraler (5 %).



Figur 37. Andel (%) läkare som upplevde 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 (74 %) ansåg att systemet med elektronisk överföring inte innebär någon skillnad på kvaliteten på läkarintygen (Figur 38). Andelen som ansåg att det förbättrar intygens kvalitet var större jämfört med andelen som ansåg att det försämrar. Bland vårdcentralsläkarna ansåg elva procent att kvaliteten förbättrades och sju procent att den försämrades, motsvarande andelar för övriga läkare var 29 respektive tre procent.



Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde 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 Gävleborg och i hela Sverige*

Svaren från de olika landstingen vad avser hur ofta läkare hade kontakt med Försäkringskassan varierade något. Andelen som hade kontakt minst någon gång per vecka varierade mellan tre procent i Uppsala och Östergötland och tolv procent i Blekinge. Gävleborg låg däremellan med sju procent vilket också var andelen för hela landet. Andelen som svarade att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan varierade mellan 18 procent i Jönköping och 35 procent i Östergötland. I Gävleborg svarade var fjärde läkare (26 %) 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 svarade 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 Gävleborg var denna andel 36 procent vilket även motsvarade andelen för hela landet. Störst andel som ansåg att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt fanns i Halland, 44 procent, och i Södermanland, 43 procent. Här var andelen för Gävleborg 26 procent och för hela landet 30 procent.

De fyra vanligast upplevda svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan för hela landet var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, att det är svårt att komma fram per telefon, att kontakterna tar för mycket tid i anspråk och upplevda brister i Försäkringskassans handläggares kompetens.

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg upplevde nästan hälften (47 %) av läkarna i Skåne och Jämtland, medan detta förekom minst i Halland (30 %), Västra Götaland (31 %), Dalarna (32 %) och Östergötland (32 %). I Gävleborg var denna andel 44 procent och i hela landet 38 procent.

Att det är svårt att komma fram per telefon svarade störst andel läkare i Kronoberg (41 %) och Jämtland (41 %) medan detta angavs av minst andel på Gotland (29 %). I Gävleborg svarade 35 procent att de upplever detta och i landet i stort 36 procent.

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

På frågan om läkare upplever brister i kompetens hos handläggare på Försäkringskassan var andelen som svarade de gör det störst i Skåne (31 %) och Örebro (31 %) medan den var minst i Södermanland (20 %). I Gävleborg var andelen 26 procent, jämfört med 27 procent för läkare i hela landet.

Användandet av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg var i de flesta landsting, däribland Gävleborg (87 %), mycket högt. Allra högst var det i Jämtland där 95 procent uppgav att de använder det. 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 (92 %) av landets läkare som svarat att de använder elektronisk överföring av intyg, hade systemet integrerat med sitt journalsystem (ej i tabell).

#### *Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan*

Trettiosju procent av läkarna svarade att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad. Detta var betydligt vanligare bland läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (64 % jämfört med 18 %).

Nästan var tredje läkare vid vårdcentraler angav att de har i någon mån regelbundet inplanerade kontakter, t.ex. avstämnings- eller rehabiliteringsmöten och 55 procent önskade att de hade detta i större utsträckning. Bland övriga läkare menade tre av fyra att de inte har behov av sådana kontakter och endast var tjugonde att de har denna typ av kontakter.

Av de läkare som hade kontakter med Försäkringskassan svarade knappt två av tre att de är mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter.

En tredjedel uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna. Den svårighet 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.

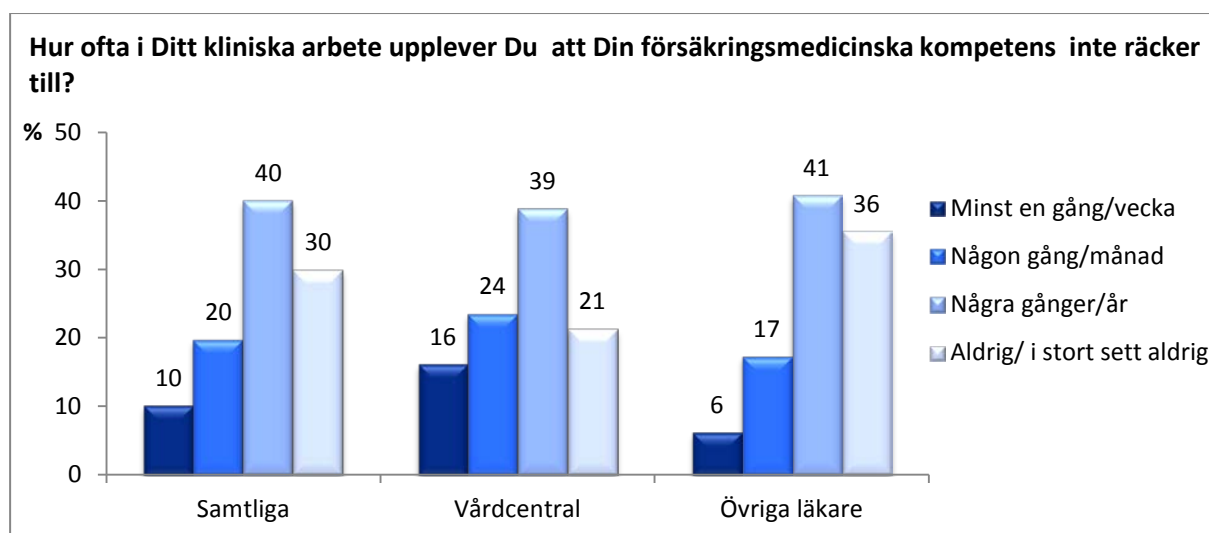
Närmare nio av tio läkare uppgav att de använder sig av det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Över hälften svarade att det underlättar deras arbete. Tre av fyra uppgav att elektronisk överföring inte innebär någon skillnad på kvaliteten på intygen.

## Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, i vilken utsträckning läkare hade tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskade fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 47) och Samverkan och kontakter (sidan 53).

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

Nästan var tredje läkare (30 %) uppgav att de minst någon gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens är otillräcklig (Figur 39). En lika stor andel svarade tvärtom att de i stort sett aldrig upplever detta. Läkare vid vårdcentraler svarade i högre utsträckning att deras kompetens inom försäkringsmedicin inte räcker till, två av fem (40 %) angav att de upplever detta minst någon gång per månad jämfört med var fjärde (24 %) bland övriga läkare.



Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

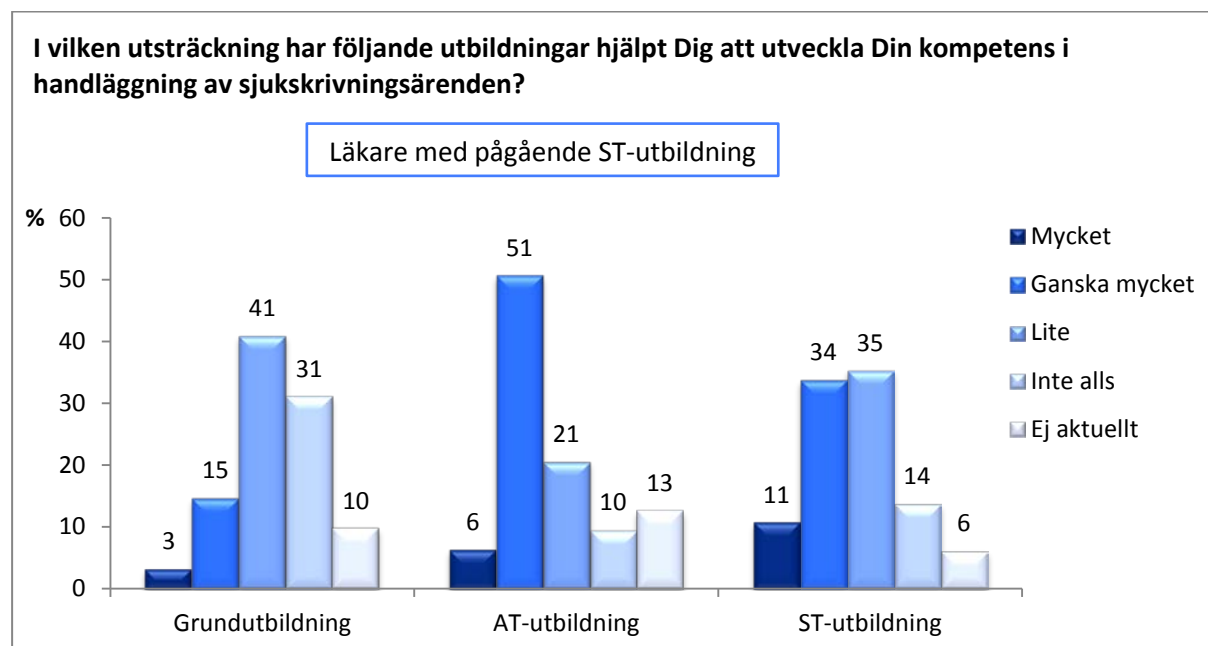
**Kompetensutveckling via formell utbildning**

Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var tolv procent (Tabell 16). Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 26 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 29 procent.

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

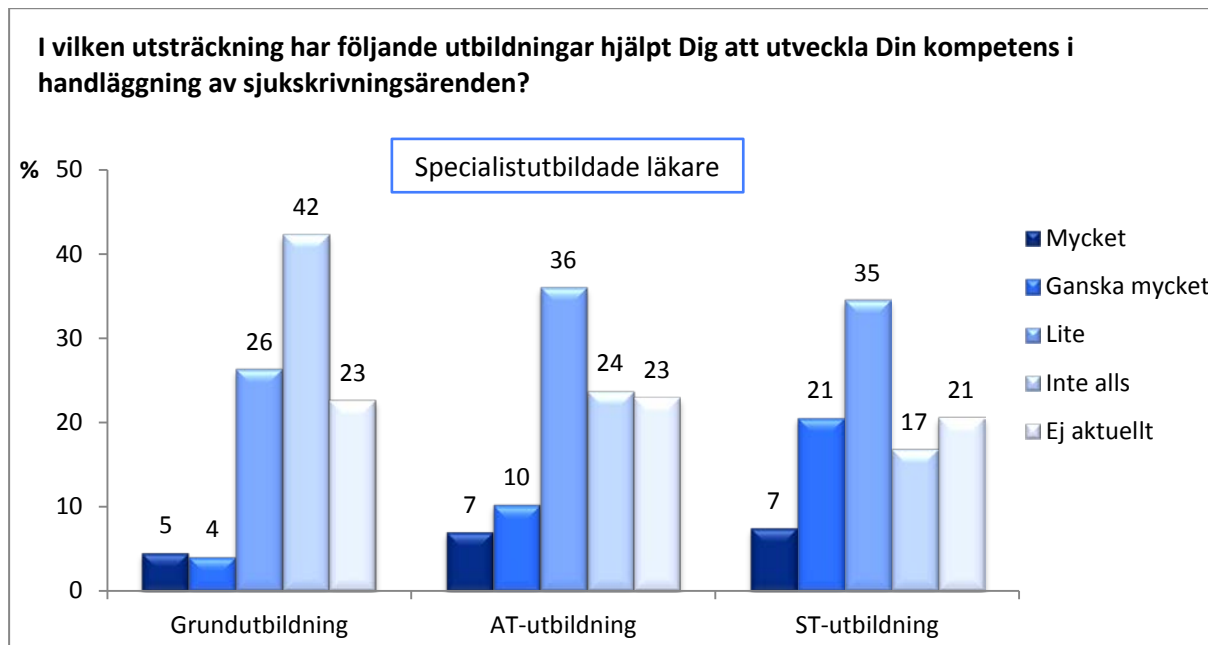
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	5	7	32	38	18
	Vårdcentral	5	4	26	49	16
	Övriga läkare	4	9	36	31	20
AT-utbildning	Samtliga	7	19	34	19	20
	Vårdcentral	6	10	36	29	19
	Övriga läkare	8	25	33	13	21
ST-utbildning	Samtliga	7	22	33	15	23
	Vårdcentral	9	23	33	17	18
	Övriga läkare	6	21	32	14	27

Bland läkarna med pågående specialistutbildning (ST-läkare) var det drygt hälften (57 %) som uppgav att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling. Motsvarande andel för ST-utbildningen var 45 procent (Figur 40).



Figur 40. 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=66).

Bland dem som var färdiga specialister ansåg mindre andelar att grundutbildningen (9 %) och AT (17 %) bidragit mycket eller ganska mycket till utvecklad försäkringsmedicinsk kompetens. Drygt var fjärde (28 %) ansåg att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla denna kompetens (Figur 41).



Figur 41. 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=255).



**Kompetensutveckling via vidareutbildning**

Drygt var fjärde läkare (27 %) uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket, sjutton procent ansåg detsamma om vidareutbildning i landstingets regi (Tabell 17). Nio procent svarade att de har tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan, majoriteten av läkarna svarade emellertid "Ej aktuellt" på dessa typer av andra utbildningar, vilket indikerar att de flesta inte genomgått sådan utbildning. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter uppgav att de haft hjälp av de olika formerna av vidareutbildning.

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

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Utbildning i FK:s regi	Samtliga	8	19	34	9	30
	Vårdcentral	10	24	42	7	17
	Övriga läkare	7	15	29	10	39
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	3	14	25	17	41
	Vårdcentral	5	15	36	19	25
	Övriga läkare	2	13	18	15	52
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	5	4	5	9	76
	Vårdcentral	8	7	8	8	70
	Övriga läkare	4	3	3	9	80

**Behov av fördjupad kompetens**

Närmare hälften av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (50 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (49 %), att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (44 %) och att bedöma funktionsförmåga (41 %) (Tabell 18). Endast var femte (20 %) uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg. Läkarna vid vårdcentraler uppgav generellt ett större behov av att fördjupa sin kompetens inom de olika områdena än övriga läkare.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	Samtliga	11	30	41	18
	Vårdcentral	16	32	38	15
	Övriga läkare	8	29	43	20
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	12	38	34	16
	Vårdcentral	16	41	30	13
	Övriga läkare	9	37	37	18
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	14	35	36	15
	Vårdcentral	17	39	33	11
	Övriga läkare	13	33	37	18
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	9	35	42	14
	Vårdcentral	13	40	34	13
	Övriga läkare	7	31	47	15
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	4	18	43	35
	Vårdcentral	6	16	41	37
	Övriga läkare	3	19	44	34
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	3	17	49	31
	Vårdcentral	5	18	54	22
	Övriga läkare	2	15	46	37
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	5	33	40	22
	Vårdcentral	7	38	40	15
	Övriga läkare	4	29	40	27
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	3	20	42	34
	Vårdcentral	3	18	46	33
	Övriga läkare	3	22	40	35

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Tabell 19 framgår att 41 procent svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 57 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 45 procent uppgav ett behov av fördjupad kunskap kring privata försäkringar.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	8	33	42	17
	Vårdcentral	8	31	48	13
	Övriga läkare	8	35	38	19
Andra ersättningsformer inom socialförsäkrings-systemet (1)	Samtliga	16	41	27	16
	Vårdcentral	16	46	29	9
	Övriga läkare	15	37	27	21
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	15	30	30	25
	Vårdcentral	14	32	32	23
	Övriga läkare	16	29	29	27

<sup>†</sup> t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning

En stor andel av läkarna upplevde ett behov av fördjupad kompetens inom vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har. Närmare hälften uppgav att de har ett mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om arbetsförmedlingens (49 %), Försäkringskassans (48 %) och arbetsgivares (48 %) skyldigheter och möjligheter (Tabell 20). Behovet av fördjupad kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter följde ett liknande mönster för läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare.

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på 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	31	41	19
	Vårdcentral	7	33	43	17
	Övriga läkare	10	30	40	21
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	9	39	35	17
	Vårdcentral	8	42	37	13
	Övriga läkare	10	37	34	19
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	40	35	17
	Vårdcentral	9	41	37	13
	Övriga läkare	8	40	33	19
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	39	33	17
	Vårdcentral	9	43	36	12
	Övriga läkare	11	36	32	21
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	11	30	35	24
	Vårdcentral	12	27	40	21
	Övriga läkare	11	32	32	26

**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 53), respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 47). 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 (44 %) och handledning (37 %) (Tabell 21). Dessa två aktiviteter ansåg störst andel av såväl läkarna vid vårdcentraler som övriga läkare var av stort värde. Kurser i konflikthantering samt skriftlig information, i form av böcker, broschyrer, artiklar och dylikt tyckte en mindre andel var av stort värde (14 % respektive 16 %). Bland läkarna i övriga verksamheter var det endast 15 procent som ansåg att ett forum där de kunde reflektera över sitt arbete med sjukskrivningsärenden var av stort värde. Motsvarande siffra för läkarna vid vårdcentraler var 30 procent.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	37	47	16
	Vårdcentral	41	45	14
	Övriga läkare	35	48	18
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	16	61	23
	Vårdcentral	14	63	23
	Övriga läkare	17	60	22
Information via Internet	Samtliga	30	53	17
	Vårdcentral	25	53	22
	Övriga läkare	33	53	14
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	44	45	11
	Vårdcentral	45	46	9
	Övriga läkare	43	44	13
Kurser i konflikthantering	Samtliga	14	41	45
	Vårdcentral	10	41	49
	Övriga läkare	16	41	43
Konferenser, seminarier	Samtliga	25	47	29
	Vårdcentral	28	51	22
	Övriga läkare	23	44	33
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	20	43	37
	Vårdcentral	29	43	28
	Övriga läkare	15	43	43

Drygt hälften av läkarna (52 %) ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 22). En nästan lika stor andel (49 %) ansåg detsamma om ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning. Ungefär var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få bättre ersättning för att skriva intyg (25 %), få uppföljande statistik på sin egen (24 %) och på enhetens (23 %) sjukskrivning. För samtliga av dessa aspekter var det en större andel bland läkare på vårdcentraler, jämfört med övriga läkare som uppgav att de har ett stort värde för deras arbete med sjukskrivning.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	Samtliga	24	40	36
	Vårdcentral	30	42	28
	Övriga läkare	20	39	41
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	23	39	37
	Vårdcentral	27	41	31
	Övriga läkare	20	38	41
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	52	36	12
	Vårdcentral	59	29	13
	Övriga läkare	48	41	11
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	49	36	15
	Vårdcentral	54	34	13
	Övriga läkare	45	37	17
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	25	29	46
	Vårdcentral	26	31	43
	Övriga läkare	24	28	48

### *Försäkringsmedicinsk kompetens i Gävleborg jämfört med i hela Sverige*

Det fanns en viss variation mellan landstingen vad gäller hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till. I Gävleborg liksom i landet som helhet uppgav 30 procent att de upplever detta minst någon gång i månaden. Högst var denna andel i Västmanland där var tredje (34 %) svarade att de upplever detta lika ofta. Lägst 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 räckte till, lägst var andelen i Dalarna (21 %). Även för detta svarsalternativ låg Gävleborg nära motsvarande andel för hela landet (29 %).

### *Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens*

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

Hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gäller att bedöma patienters arbetsförmåga och att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken. Fler än hälften av läkarna uppgav också ett behov av att öka sina kunskaper om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning. Stort behov av mer kunskap om de möjligheter och skyldigheter olika aktörer, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare, har i samband med sjukskrivningsärenden angavs också av hälften av de sjukskrivande läkarna.

Endast var åttonde läkare ansåg att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor, var fjärde att AT-utbildningen (allmäntjänstgöring) och knappt var tredje att ST-utbildningen (specialtjänstgöring) hjälpt dem på samma sätt. Att vidareutbildning i Försäkringskassans regi har bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket svarade 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. Ungefär hälften av läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. Andelen var något större bland läkare vid vårdcentraler än övriga läkare (sidan 56) De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg var av stort värde för deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin. Var fjärde läkare menade att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen och på enhetens sjukskrivning. En tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 51).

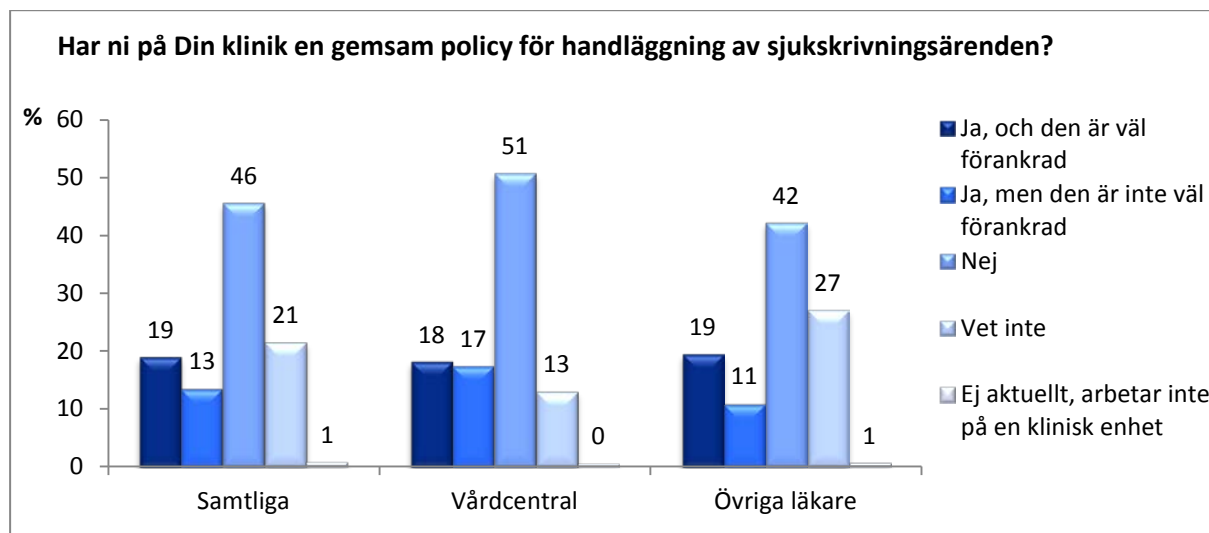
## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

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 [45, 46, 130]. 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 32 procent att en sådan finns, och en femtedel menade att den även är väl förankrad (Figur 42). En något större andel (36 %) av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare (30 %) uppgav att det finns en policy för handläggning av

sjukskrivningsärenden, dock uppgav en större andel vid vårdcentraler att den saknar förankring (17 % jämfört med 11 %). En dryg fjärdedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att de inte visste huruvida det finns en gemensam policy finns på deras klinik/mottagning, jämfört med 13 procent bland läkare på vårdcentraler.

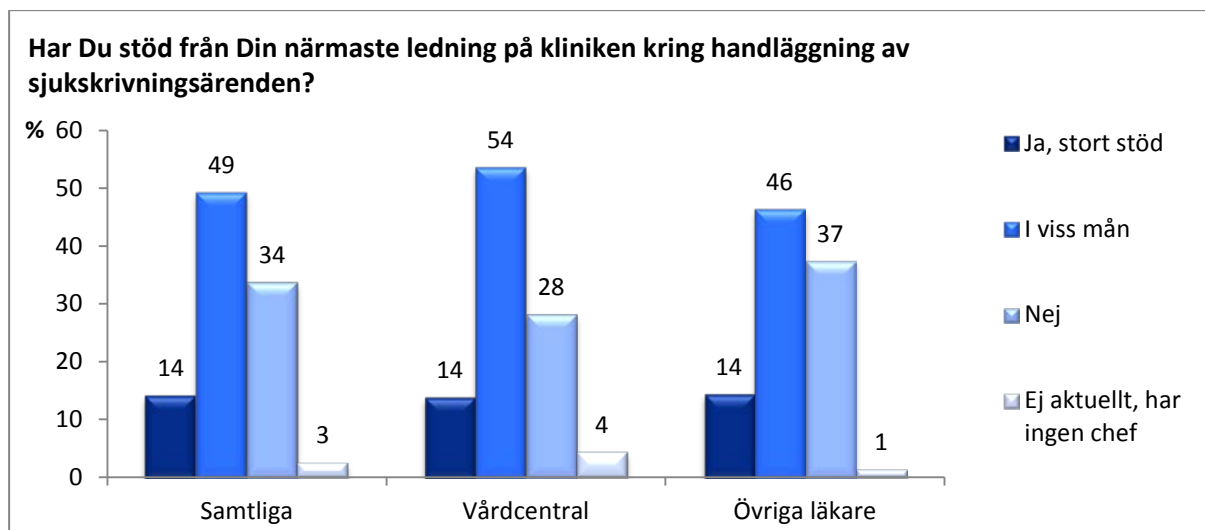


Figur 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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, 76 procent (vårdcentral 71 %, övriga läkare 80 %), att de har det (ej visat i figur).

### ***Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning***

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 43 visas att 14 procent av läkarna vid vårdcentraler såväl som av övriga läkare svarade att de har ett stort stöd. En större andel av läkarna i övriga verksamheter (37 %) än av läkarna vid vårdcentraler (28 %) uppgav att de saknar stöd i sitt arbete med sjukskrivningar



Figur 43. 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.

I

Tabell 23 visas att störst andel läkare, en tredjedel, svarade att de upplever daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid. Ungefär en fjärdedel uppgav tidsbrist när det gäller kompetensutveckling och i det direkta patientarbetet. Större andel av vårdcentralsläkarna upplevde tidsbrist minst någon gång per vecka inom alla tre av dessa områden, jämfört med övriga läkare. Det skiljer ca 30 procentenheter för varje fråga.

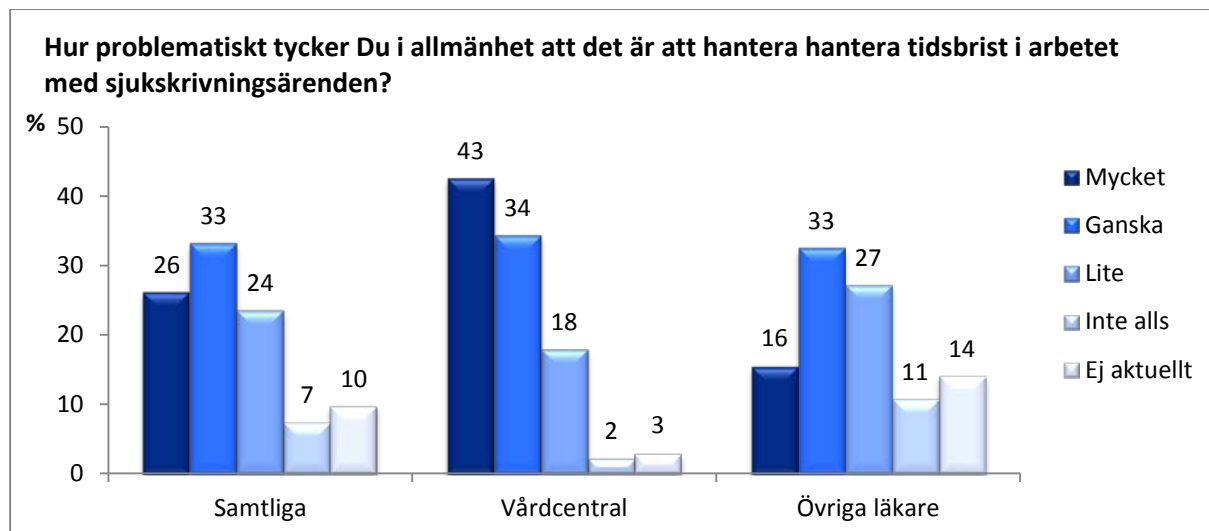
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Hur ofta				
		Dagligen	Någon gång /vecka	Någon gång /månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	Samtliga	23	34	20	10	13
	Vårdcentral	33	42	14	5	5
	Övriga läkare	17	28	24	13	18
... patientrelaterad tid? <sup>1</sup>	Samtliga	32	32	18	11	9
	Vårdcentral	43	37	12	4	3
	Övriga läkare	24	28	21	15	12
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	26	33	24	7	10
	Vårdcentral	43	34	18	2	3
	Övriga läkare	16	33	27	11	14



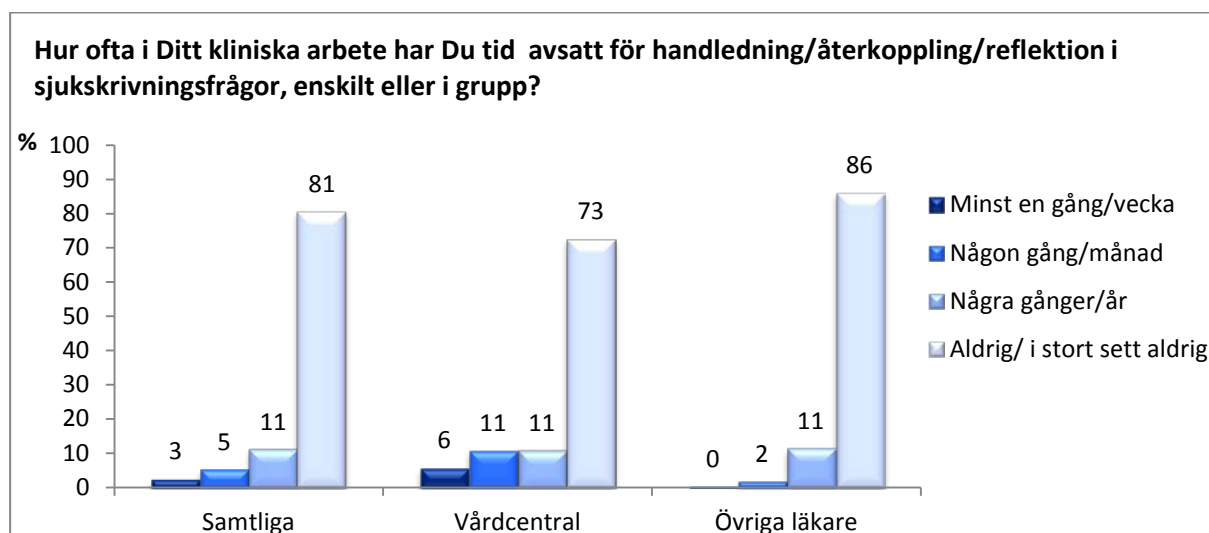
<sup>1</sup> T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

En större andel av läkarna vid vårdcentraler upplevde det också problematiskt att hantera tidsbrist i deras arbete med sjukskrivningar (Figur 44). Drygt tre fjärdedelar uppgav att de fann det mycket eller ganska problematiskt, jämfört med knappt hälften av övriga läkare.



Figur 44. Andel som upplevde det 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.

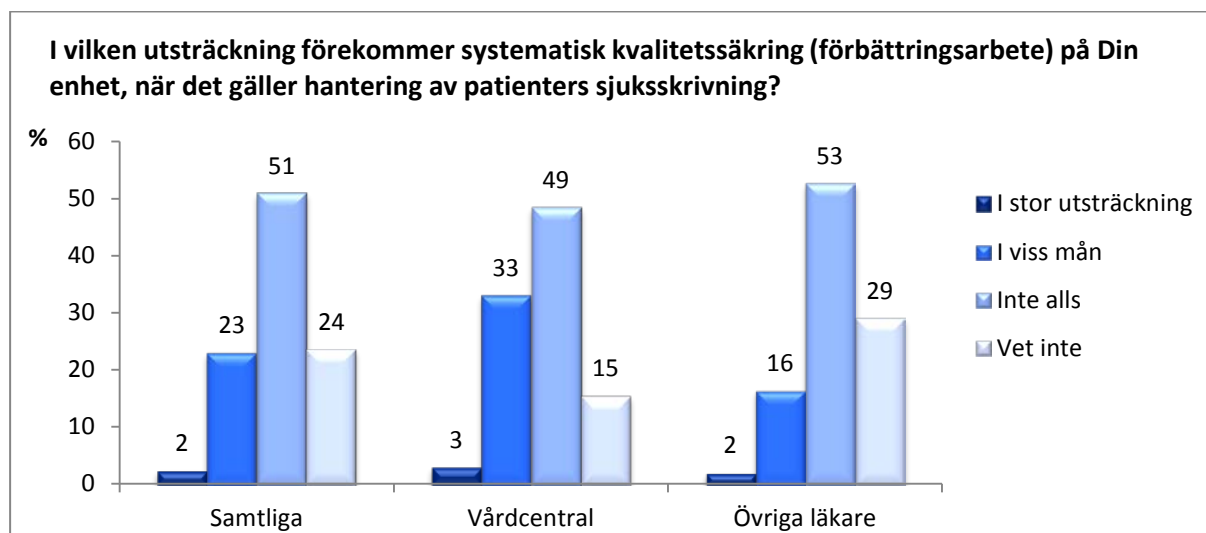
En stor majoritet (81 %) av läkarna svarade att de i stort sett aldrig har tid avsatt för sådana aktiviteter som handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor (Figur 45). Av läkarna vid vårdcentraler angav knappt var femte (17 %) att de har tid avsatt för detta minst någon gång per månad. Motsvarande andel för övriga läkare var två procent.



Figur 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

### Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

En liten del, två procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning på deras enhet, medan knappt var fjärde läkare svarade att det förekommer i viss mån (Figur 46). Drygt hälften svarade att det inte alls förekommer något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och var fjärde visste inte om det förekommer eller inte. Dubbelt så stor andel av läkarna vid vårdcentraler, jämfört med övriga läkare, uppgav att det förekommer systematiskt kvalitetsarbete i någon mån (36 respektive 18 %).



Figur 46. 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 Gävleborg jämfört med i hela Sverige

Andelen läkare som uppgav att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/mottagning varierade i storlek mellan landstingen. I Södermanland svarade störst andel, drygt hälften (51 %), av läkarna att detta finns på deras klinik, i Uppsala där andelen var lägst uppgav endast var fjärde (25 %) detsamma. I Gävleborg svarade var tredje (33 %) att de har en sådan gemensam policy på sin klinik. Störst andel läkare som svarade att det finns en sådan policy och att den dessutom är välförankrad på arbetsplatsen fanns i Södermanland (41 %) och lägst andel fanns på Gotland (14 %), medan 19 procent i Gävleborg uppgav detsamma. I samtliga landsting svarade en majoritet av läkarna som uppgivit att de har en gemensam policy på arbetsplatsen även att de har nytta av den i sitt kliniska arbete. Störst andel som svarade detta fanns i Södermanland och Östergötland (båda 89 %) och lägst på Gotland (62 %). I Gävleborg svarade tre av fyra (76 %) att de hade nytta av policyn i arbetet.

Gävleborg hade den lägsta andelen läkare (14 %) som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring sjukskrivningsärenden. Högst var andelen i Kalmar, där var tredje (33 %) angav sådant stöd. Genomsnittet för hela landet var 22 procent.

Förekomsten av systematisk kvalitetssäkring på arbetsplatsen varierade mellan landstingen. I Kronoberg och Jönköping uppgav störst andel läkare (43 %) att denna typ av förbättringsarbete förekommer i någon utsträckning. Uppsala och Gotland var de landsting där lägst andel (21 %) uppgav detsamma. I Gävleborg var andelen 25 procent, vilket var

något under motsvarande siffra för landet i helhet (30 %). Endast fem procent av läkarna i hela landet uppgav att systematiskt förbättringsarbete förekommer i hög utsträckning.

#### *Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar*

Var tredje läkare svarade att det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning. Bland de som hade en sådan svarade tre av fyra att de har nytta av denna i sitt kliniska arbete. Betydligt fler av läkarna i övriga verksamheter, var fjärde jämfört med knappt var åttonde för läkarna vid vårdcentraler, visste inte om de har en gemensam policy för sjukskrivning på arbetsplatsen.

Ungefär hälften av läkarna, något fler bland de vid vårdcentraler än i övriga verksamheter, svarade att de har stöd från sin ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden. En av sju uppgav att stödet var stort.

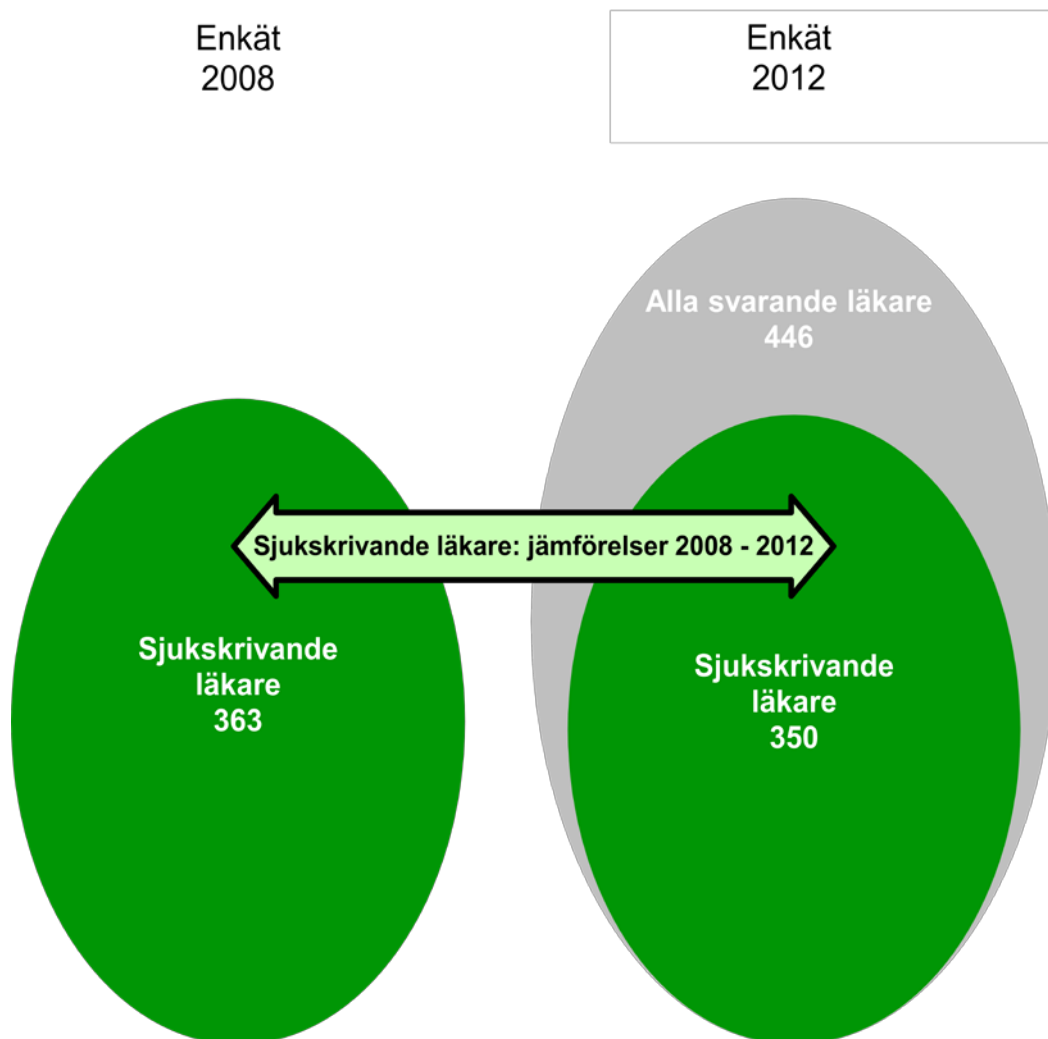
När det gällde tid för arbetet med sjukskrivningsärenden svarade två av fem läkare vid vårdcentraler att de upplever daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid respektive tid för kompetensutveckling. Bland övriga läkare var motsvarande andelar var fjärde respektive var sjätte. Tre av fyra läkare vid vårdcentraler och varannan i övriga verksamheter menade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Drygt var tredje av läkarna vid vårdcentraler och knappt var femte av läkarna i övriga verksamheter uppgav att det på deras enhet i någon mån förekommer systematisk kvalitetssäkring avseende hantering av patienters sjukskrivning. Endast en liten andel läkare, inte mer än ett par procent, uppgav att detta förekommer i stor utsträckning.



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

I Tabell 24 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, samt andel kvinnor, fördelning på åldersgrupper och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor vid vårdcentraler något större och i övriga verksamheter något mindre, jämfört med 2008. Även andelen äldre läkare och andelen specialister var något högre år 2012 än 2008.

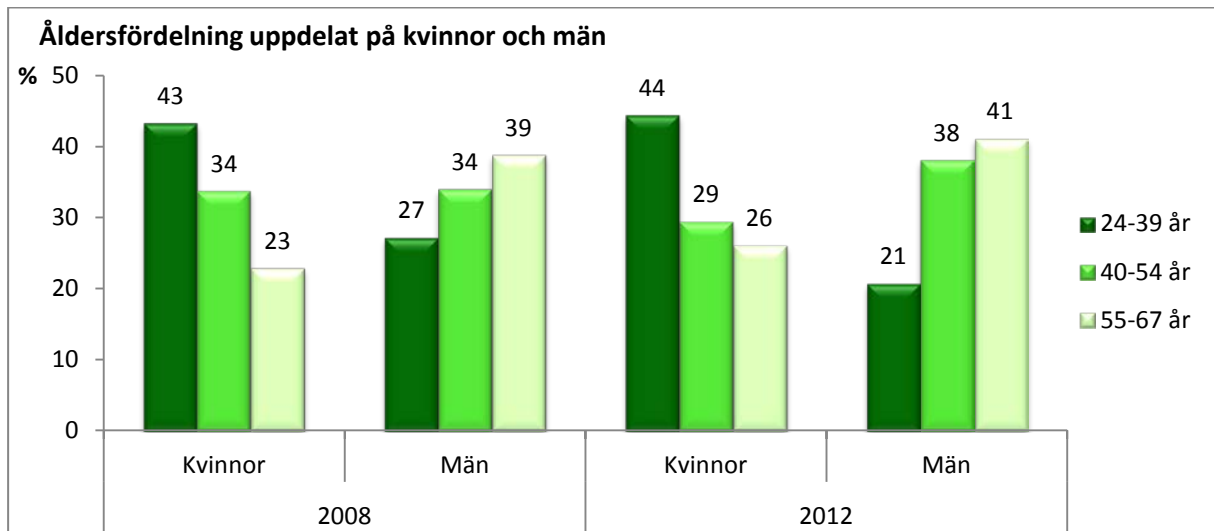
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialist- utbildade %
Samtliga läkare	2008	363	43	34	34	32	66
	2012	350	44	31	34	35	72
Vårdcentral	2008	149	43	24	35	41	77
	2012	140	46	24	30	46	78
Övriga läkare	2008	214	43	41	33	26	58
	2012	210	41	36	37	27	69

Fördelningen på kliniker var liknande år 2012 och år 2008, 40 respektive 41 procent arbetade vid en vårdcentral. Andra typer av kliniker där större andelar uppgav att de hade sitt huvudsakliga arbete var invärtesmedicin (15 respektive 13 %), kirurgi (10 respektive 9 %), gynekologi (9 respektive 6 %), ortopedi (6 % båda åren) och psykiatri (4 respektive 6 %) (ej i tabell).

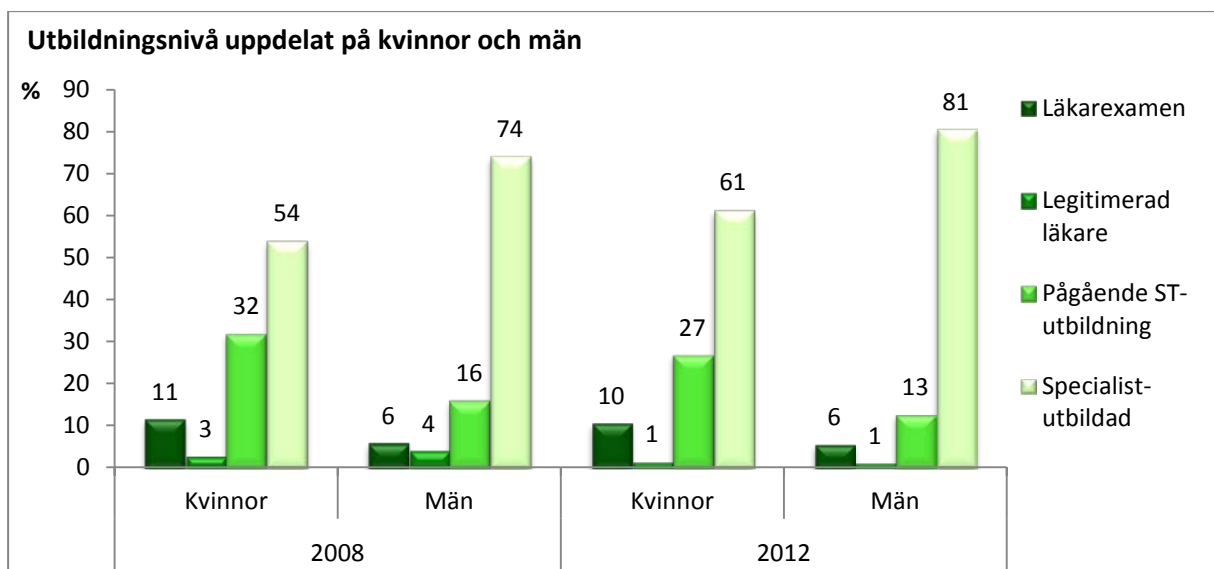
## Bakgrundsfaktorer

Det var inga större skillnader i ålderssammansättningen av de sjukskrivande läkarna mellan 2008 och 2012 (Figur 47). Bland kvinnor var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan andelen i den äldsta åldersgruppen var störst bland män.



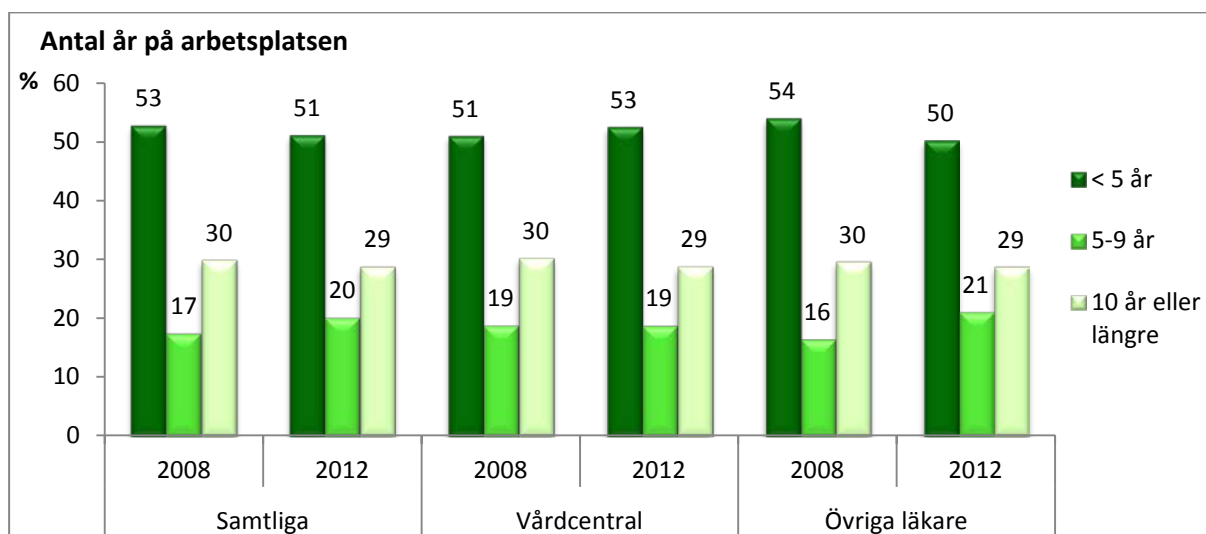
Figur 47. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det var en något större andel specialister bland både kvinnorna och männen år 2012 jämfört med 2008 (Figur 48). Fortfarande var dock andelen specialister bland män 20 procentenheter större än bland kvinnor och andelen ST-läkare var dubbelt så stor bland kvinnor än bland män.



Figur 48. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

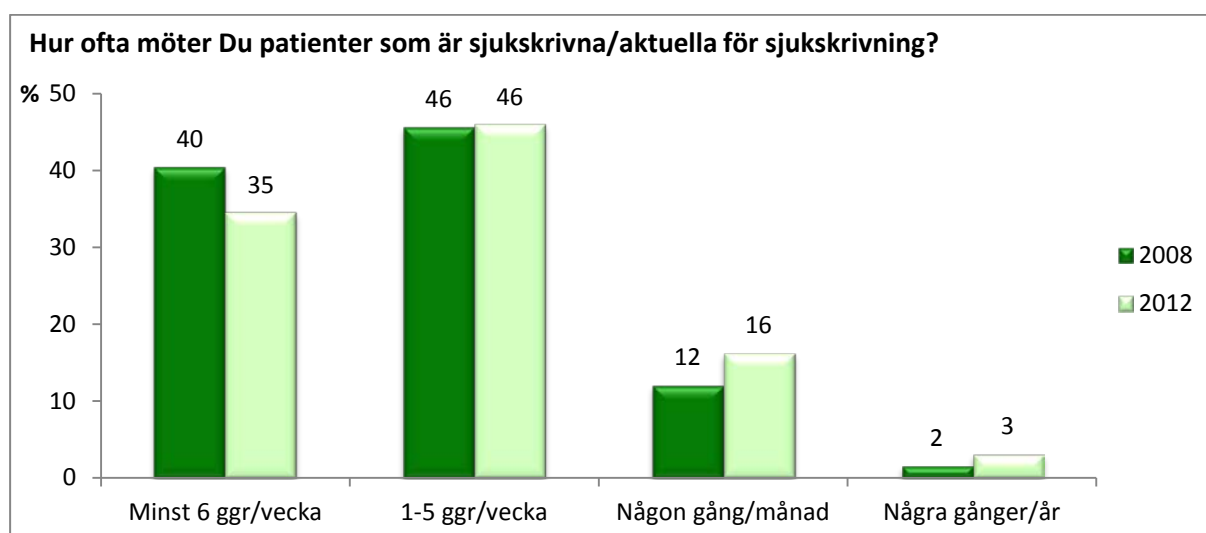
Såväl 2008 som 2012 svarade cirka hälften av läkarna både vid vårdcentraler och i övriga verksamheter att de varit på sin nuvarande arbetsplats mindre än fem år. En knapp tredjedel uppgav att de varit på sin arbetsplats tio år eller längre (Figur 49).



Figur 49. 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 år 2012 jämfört med 2008 samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden högst någon gång per månad var fem procentenheter större år 2012 (Figur 50).



Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.



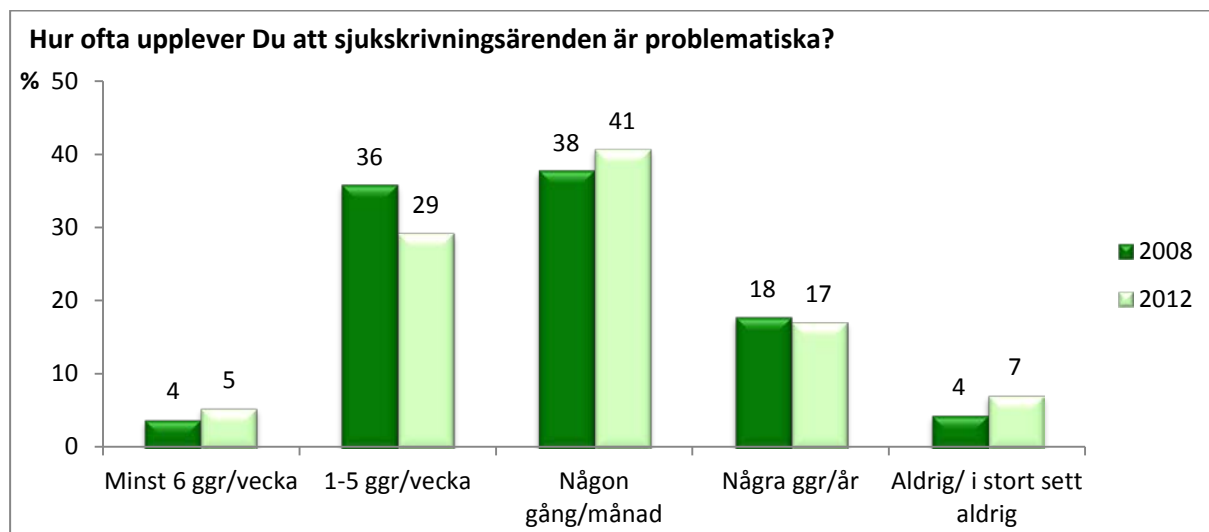
Bland läkare i övriga verksamheter var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka knappt tio procentenheter mindre 2012 (27 %) jämfört med 2008 (36 %) (Tabell 25). Bland läkare vid vårdcentraler var andelen oförändrad.

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

		Minst 6 ggr/vecka %	1-5 ggr/vecka %	Någon gång/månad %	Några gång/år %
Vårdcentral	2008	46	49	4	1
	2012	46	50	4	0
Övriga läkare	2008	36	43	18	2
	2012	27	43	25	5

## Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

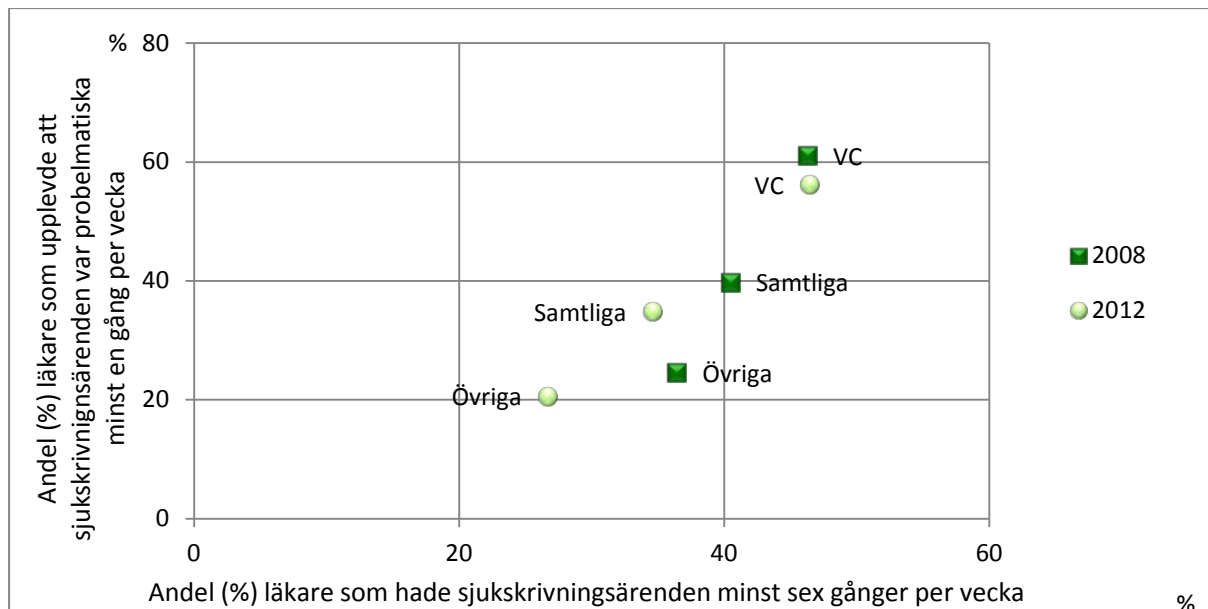
Andelen läkare som angav att de minst någon gång per vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var något mindre år 2012 jämfört med år 2008 (Figur 51). Skillnaderna mellan åren var dock små och bör även jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 50).



Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

När andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen som upplever att sådana ärenden är problematiska minst en gång per vecka, syns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 52). Samtidigt som en större andel av läkarna vid vårdcentraler jämfört med läkarna i övriga verksamheter svarade att de har sjukskrivningsärenden sex gånger per vecka eller oftare, svarade också en större andel vid vårdcentraler att de upplever dessa ärenden som problematiska minst en gång per vecka. För läkare i andra verksamheter än vid vårdcentraler var både andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och andelen som upplever problem med

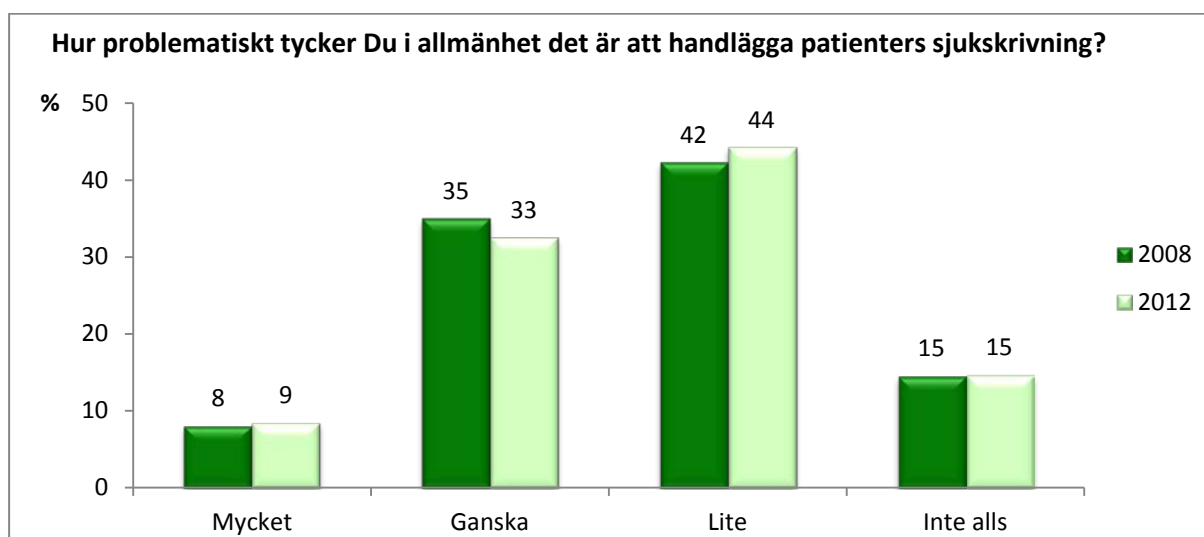
sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka mindre 2012 jämfört med 2008. För läkare vid vårdcentraler var andelen som upplevde en problematik något mindre år 2012 än 2008 medan andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var lika stor de båda åren.



Figur 52. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare (VC) och läkare i övriga verksamheter, år 2008 respektive 2012.

### Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var endast små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 53). Drygt 40 procent angav att de upplever detta vara mycket eller ganska problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 53. 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 upplevdes 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 något mindre år 2012, jämfört med 2008 (Tabell 26). Skillnaderna mellan åren var som störst sex procentenheter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	16	38	38	8
	2012	15	34	40	11
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	33	43	14
	2012	10	30	43	17
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	28	40	28	4
	2012	24	40	28	8
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	16	37	41	6
	2012	14	37	38	11
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	7	32	38	23
	2012	6	28	41	25
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	28	35	30	6
	2012	20	37	29	14
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	14	42	36	8
	2012	19	37	31	13

**I Fel! Hittar inte referenskölla.** visas att det var en relativt liten andel läkare som svarade att det är problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen, även om andelen var något större år 2012 jämfört med 2008. Däremot var andelen läkare som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan mindre år 2012.

När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet "Ej aktuellt" med, och 26 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att andelen som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg var större år 2012 jämfört med 2008 (61 respektive 53 %). 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 relativt 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 (39 % år 2008 och 34 % 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...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	4	13	41	42	
	2012	6	18	36	40	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	15	25	39	21	
	2012	11	24	41	23	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? <sup>1</sup>	2008	19	34	34	13	-
	2012	17 (23)	28 (38)	22 (29)	7 (10)	26
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	2	12	30	17	39
	2012	3	10	32	21	34

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

Andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var något mindre 2012, jämfört med 2008 (Tabell 28). Ett undantag var hur problematiskt det upplevdes att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, där en något större andel tyckte det var mycket eller ganska problematiskt år 2012.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	4	27	47	22
	2012	6	21	47	25
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	8	31	41	19
	2012	7	29	41	22
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	12	32	40	16
	2012	10	33	34	22
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	15	34	41	11
	2012	11	31	42	16
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	17	27	38	18
	2012	16	34	28	21

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

Andelen läkare som upplevde de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 29 minst någon gång i månaden var mindre år 2012 jämfört med år 2008. Andelen läkare som svarade att de aldrig upplevde konflikter med patienter om sjukskrivning var 23 procent 2008 och 35 procent 2012.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		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	15	36	32	16
	2012	12	32	36	20
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	4	20	37	39
	2012	2	19	39	41
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	6	34	45	14
	2012	8	29	46	17
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	6	24	47	23
	2012	5	20	40	35
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	17	27	32	24
	2012	14	28	35	23

Andelen som angav att de aldrig är oroliga för att bli anmälda av en patient var något större år 2012 än 2008 (Tabell 30). Det var fortfarande 2012 en liten andel som angav att de minst någon gång i månaden känner sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskrivning.

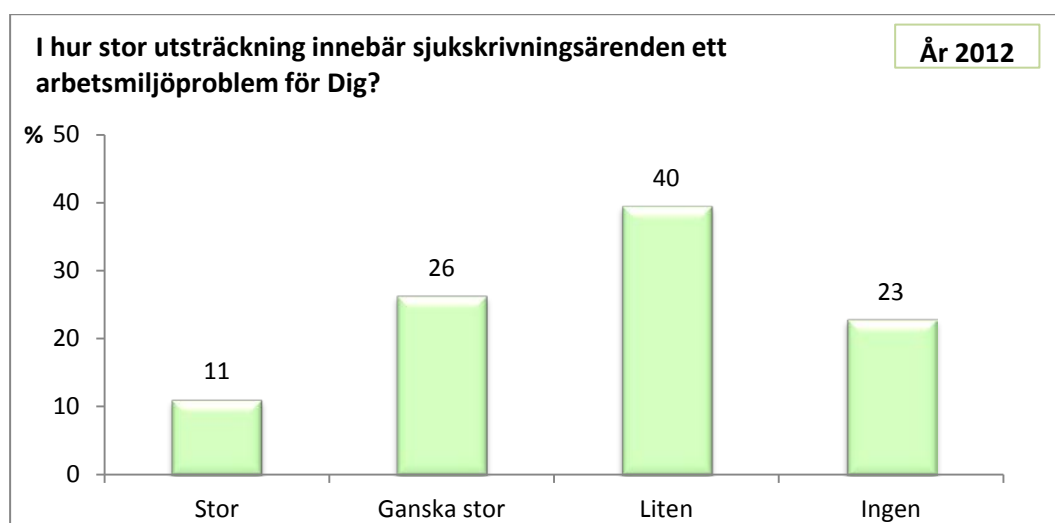
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	2	10	87
	2012	1	1	8	91
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	2	11	86
	2012	1	1	12	86
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	0	1	4	95
	2012	0	1	4	95
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	1	10	89
	2012	0	1	10	89

## Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

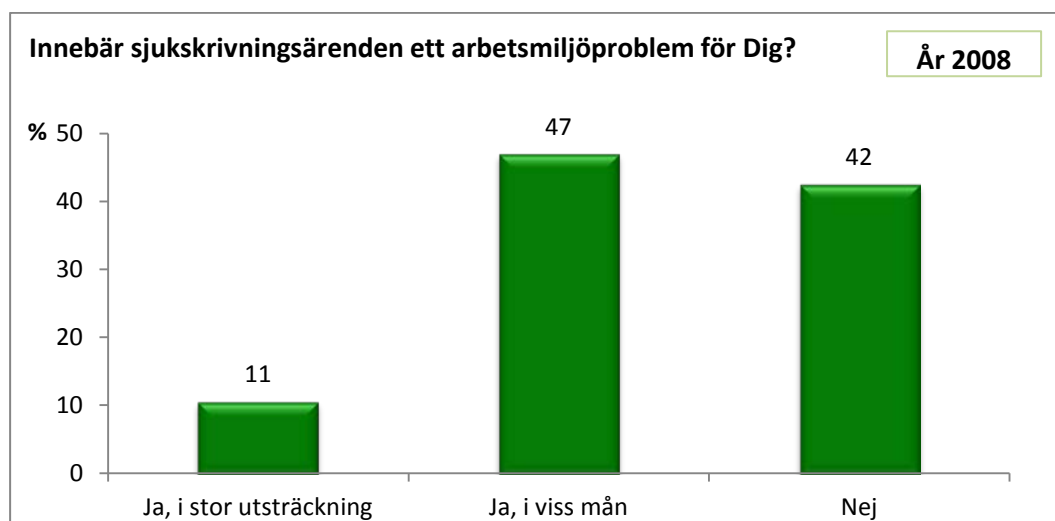
År 2008 inkluderades en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem i enkäten, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gör detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års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

År 2012 uppgav drygt en tredjedel (38 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 54). Ungefär var fjärde läkare svarade att de inte upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 54. 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 över hälften (58 %) av läkarna arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 55).



Figur 55. 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, något mindre, jämfört med 2008 (Tabell 31). Störst skillnad, 13 procentenheter, sågs för andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till behandling.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	1	18	28	36	17
	2012	0	9	28	36	26
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	6	20	28	44
	2012	0	3	14	25	57
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	2	12	20	66
	2012	1	2	9	23	65
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	0	4	11	32	53
	2012	1	2	11	28	57
... väntetider till behandling?	2008	2	13	34	35	15
	2012	0	8	28	40	24

Majoriteten av läkarna, både år 2012 och 2008, svarade att de aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 32, andelarna var större år 2012 än år 2008. Ett undantag var dock längre sjukskrivningar än nödvändigt på grund av ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”, där hälften av läkarna båda åren uppgav att de gör detta några gånger per år eller oftare.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	6	12	27	54
	2012	0	4	16	21	60
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	4	14	23	58
	2012	0	4	9	18	69
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	2	12	24	61
	2012	0	2	7	23	67
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	3	11	35	51
	2012	0	2	10	38	50
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	1	2	8	25	64
	2012	0	1	6	26	67
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	1	1	5	19	75
	2012	0	1	4	17	78
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	1	4	25	69
	2012	0	1	3	23	73

## Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som svarade att de aldrig bedömer sjukskrivningsärenden utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var mindre år 2012, jämfört med 2008 (23 respektive 38 %) (Tabell 33). En större andel svarade år 2012 att de använder sig av beslutsstödet minst någon gång per vecka.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		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	12	27	21	38
	2012	4	19	30	24	23



På frågan om hur problematiskt det upplevs att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 svarsalternativet ”Har ej använt dem” med, 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 ungefär 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 skillnaden mellan åren mindre. En större andel svarade år 2012 jämfört med 2008 att det inte alls var problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet (Tabell 34).

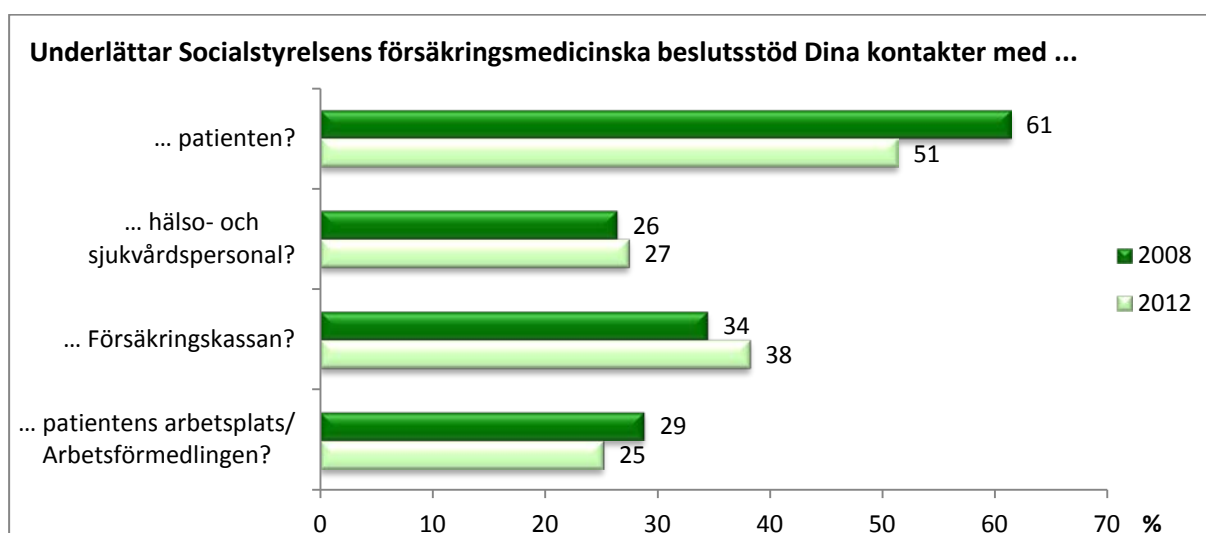
Tabell 34. Andel (%) läkare som upplevde det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 <sup>1</sup>	6(10)	18(32)	25(45)	7(13)	44
	2012	11	27	40	22	- <sup>2</sup>

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

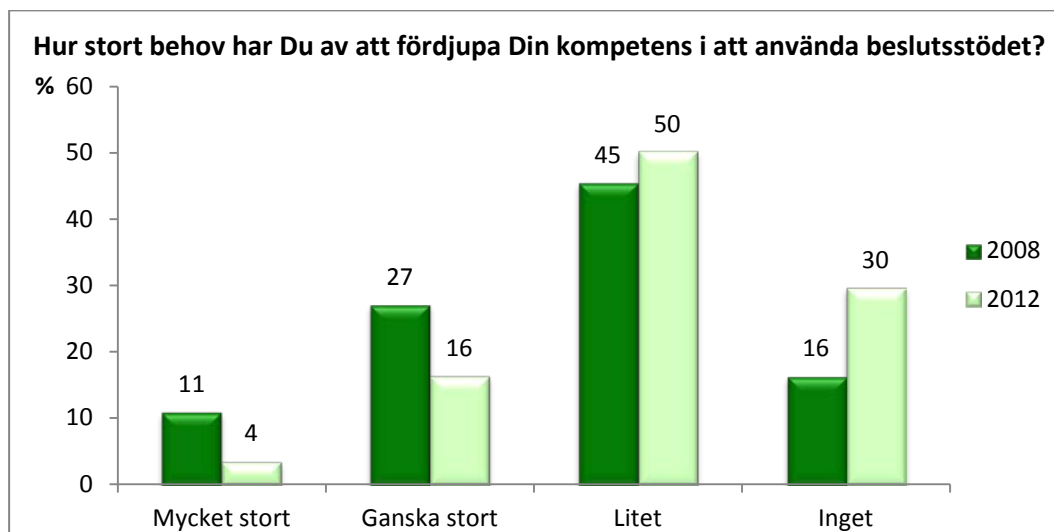
<sup>2</sup> Svarsalternativet ”Har ej använt dem” fanns inte med för denna fråga år 2012.

Majoriteten av läkarna (61 % 2008 och 51 % 2012) ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten (Figur 56). I 2012 års enkät var delfrågan ”Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen” uppdelad i två (se metod sidan 20). Den andel läkare som svarade ”Ja” på minst ett av dessa svarsalternativ år 2012 jämförs med andelen som svarade ”Ja” år 2008.



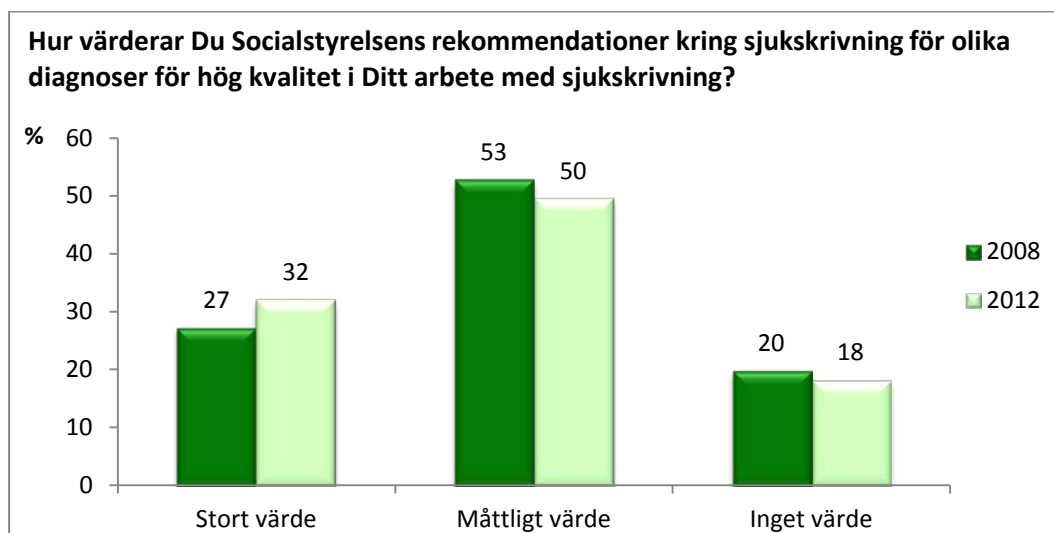
Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var det stora skillnader mellan åren, en mindre andel uppgav år 2012 (20 %) att de har ett mycket eller ganska stort behov av detta jämfört med år 2008 (38 %) (Figur 57).



Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav sig ha av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

År 2012 svarade en tredjedel att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, jämfört med en dryg fjärdedel år 2008 (Figur 58).



Figur 58. 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 har kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt. För samtliga frågor i Tabell 35 var det en mindre andel år 2012 som svarade att de har dessa kontakter minst någon gång per månad. De största skillnaderna ligger i hur ofta läkarna saknade en samordnande person (t.ex. en sjukskrivningskoordinator, coach eller lots), där andelen som svarade att de gör detta en gång per månad eller oftare var 24 procent 2012 jämfört med 37 procent 2008.

Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	1	15	40	45
	2012	2	7	41	50
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	16	23	26	35
	2012	16	20	29	36
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	20	27	25	27
	2012	20	25	26	29
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	7	25	44	24
	2012	5	19	43	32
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	5	21	28	46
	2012	3	14	28	55
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	5	17	74
	2012	3	4	16	78
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	5	18	77
	2012	0	5	22	72
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	12	35	52
	2012	1	14	30	55
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	15	22	27	36
	2012	10	14	30	46

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

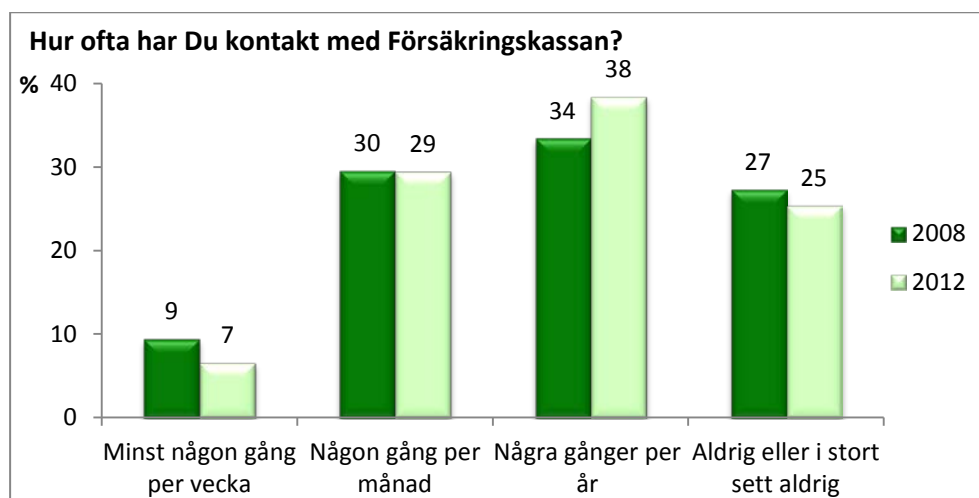
När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som angav att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal har stort värde för detta betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 36). Även en så kallad "second opinion" ansågs av en mindre andel vara av stort värde 2012 jämfört med 2008. En mindre andel menade 2012 även att samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare var av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, jämfört med 2008.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	41	47	13
	2012	47	43	10
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	64	33	4
	2012	47	41	12
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	41	45	15
	2012	34	49	17
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	26	54	20
	2012	32	47	21
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	40	42	18
	2012	31	43	26
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	26	55	19
	2012	17	47	36
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	37	49	14
	2012	20	51	28

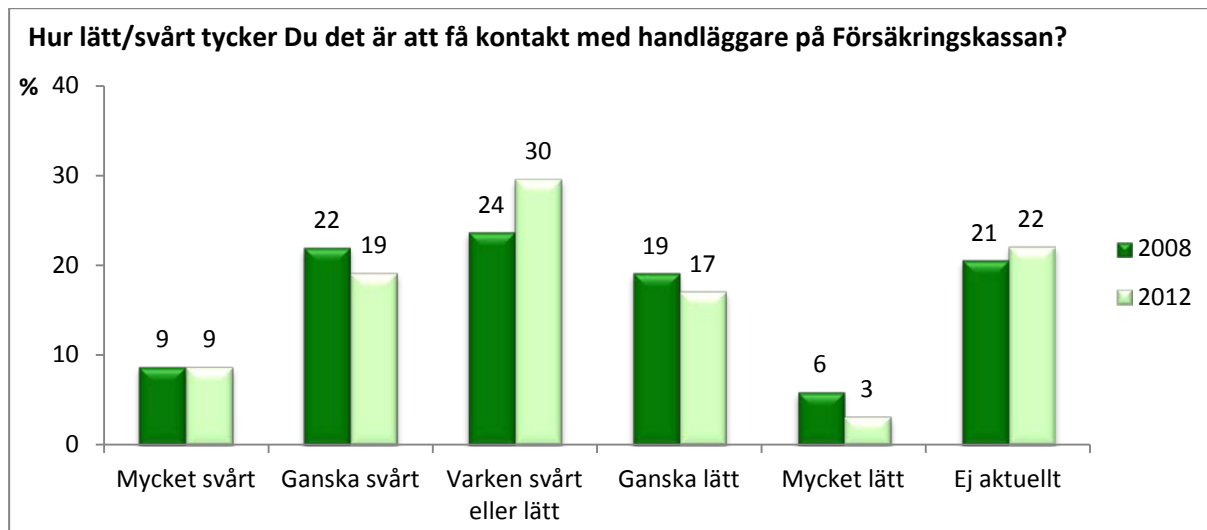
## Kontakter med Försäkringskassan

Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkäternas frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 93), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 94) respektive Samverkan och kontakter (sidan 97). Både andelen läkare som uppgav att de ofta har kontakt med Försäkringskassan och andelen som svarade att de aldrig har det var något mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 59).



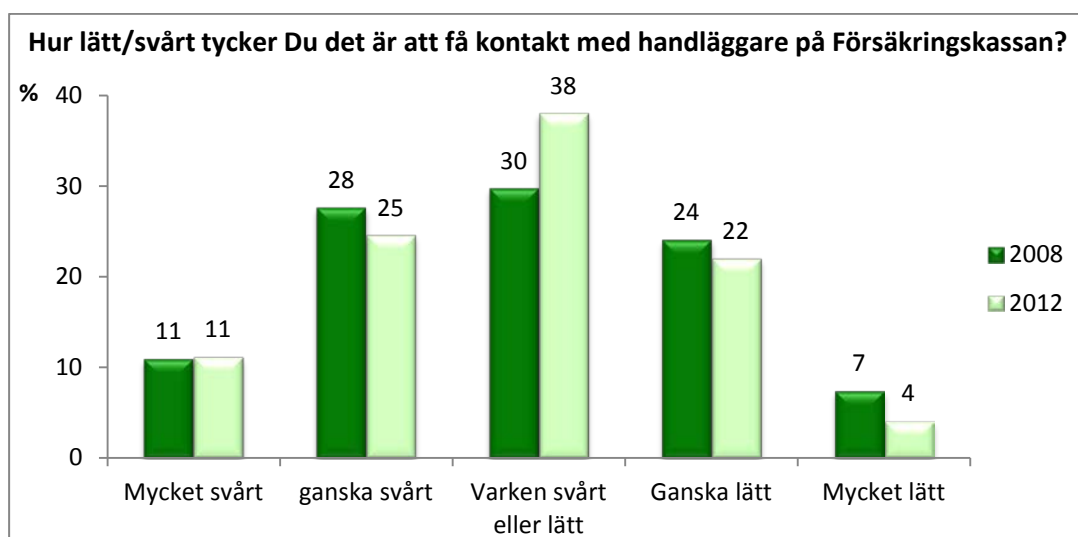
Figur 59 Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det är lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var såväl andelen som uppgav att det är mycket eller ganska lätt och andelen som svarade att det är mycket eller ganska svårt, något mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 60).



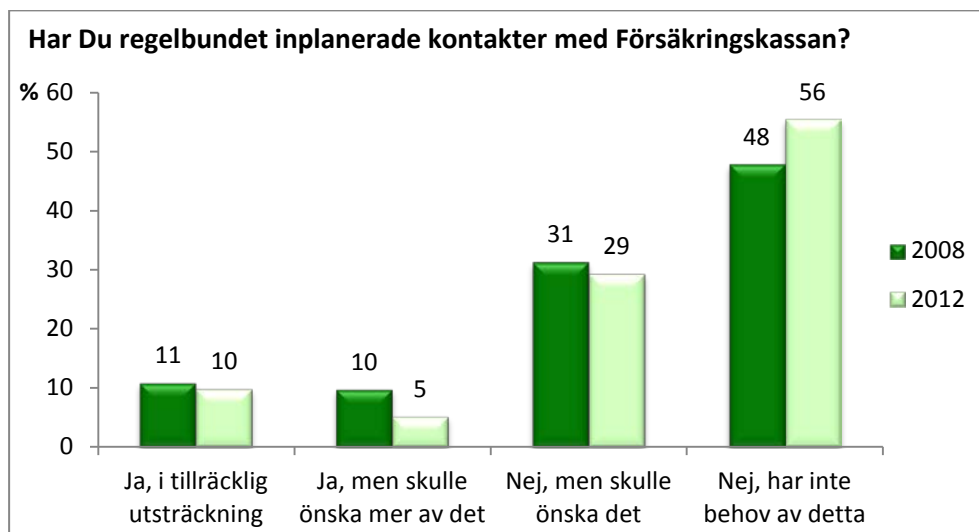
Figur 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 61 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 60, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma; både andelen som svarade att de upplever det mycket eller ganska svårt och andelen som upplevde det mycket eller ganska lätt var något mindre 2012 jämfört med 2008.



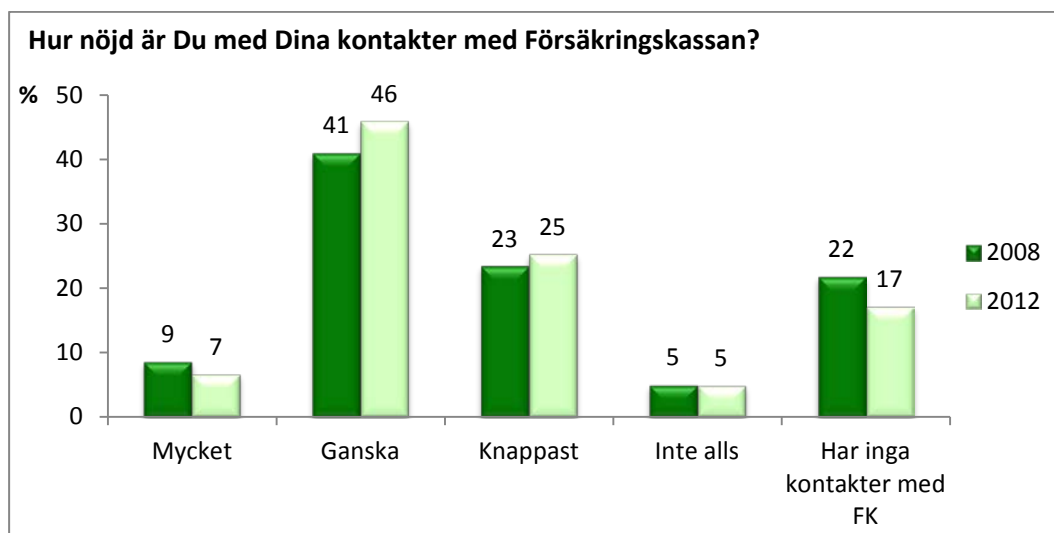
Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.)

År 2008 ville två av fem läkare (41 %) ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de hade. Motsvarande andel var år 2012 en tredjedel (35 %) (Figur 62). Samtidigt svarade en större andel år 2012 att de inte har något behov av detta.



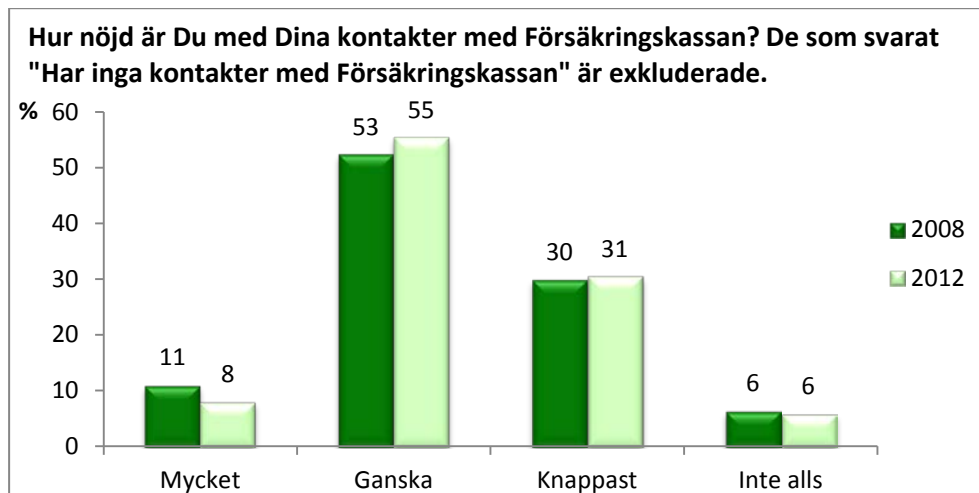
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Nio procent av läkarna var mycket nöjda och 41 procent ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan år 2012 jämfört med sju respektive 46 procent år 2008. Samtidigt uppgav 30 procent år 2012 att de i någon mån inte var nöjda med dessa kontakter jämfört med 28 procent år 2008 (Figur 63). Det var en något mindre andel som år 2012 svarade att de inte har några kontakter med Försäkringskassan, jämfört med 2008.



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

I Figur 64 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 63 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarsmönstret är detsamma, men skillnaderna mellan åren är mindre för andelen som uppgav att de är ganska nöjda respektive andelen som uppgav att de knappast var nöjda.



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***

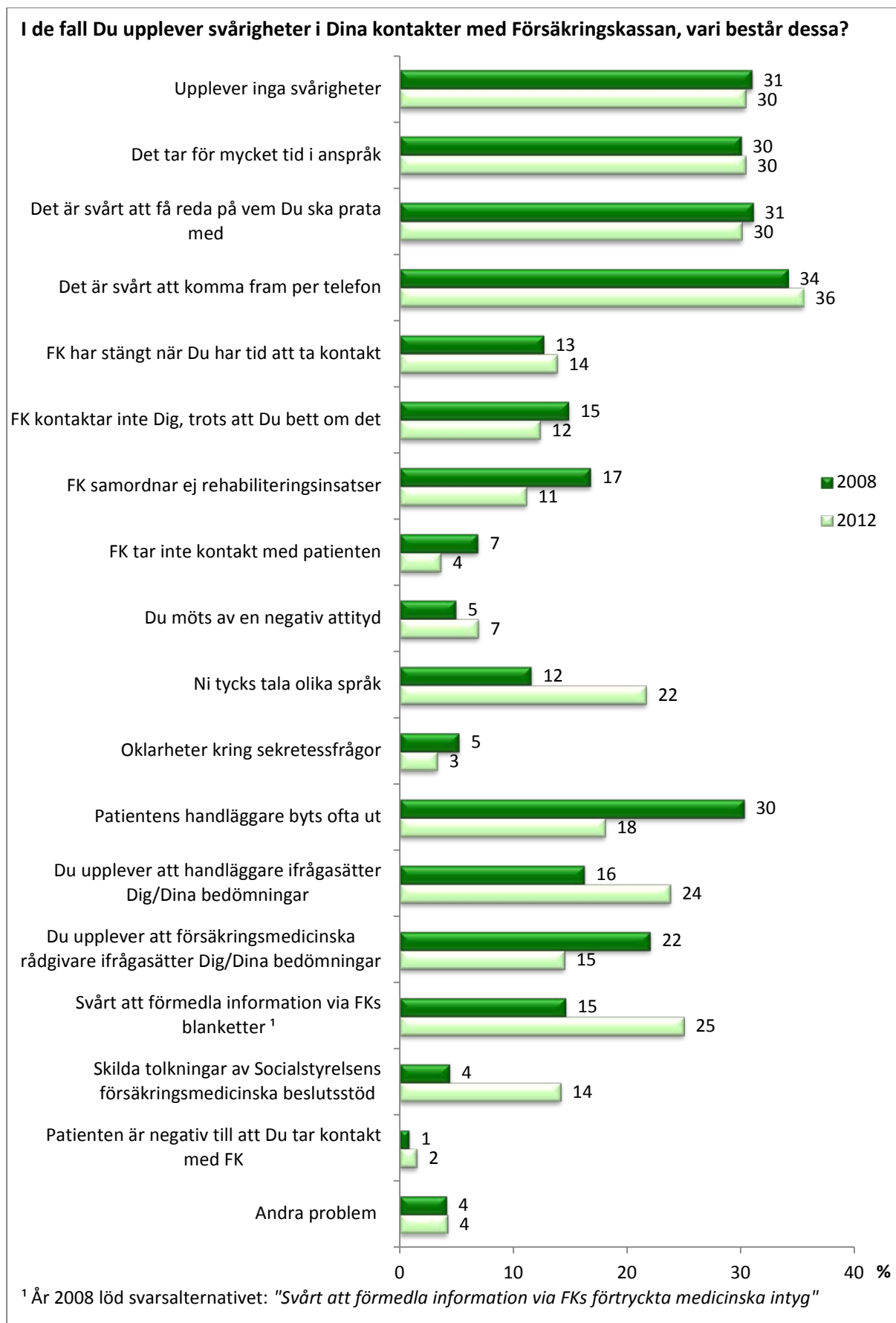
Andelen läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var lika stor 2012 som 2008; 30 respektive 31 procent.

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

De tre överst listade typerna av svårigheter, som bland annat handlar om tillgänglighet, var de som angavs av störst andel under båda åren och här fanns ingen märkbar skillnad; ungefär en tredjedel upplevde dessa svårigheter.

Att patientens handläggare byts ut var den svårighet där skillnaderna mellan åren var störst. År 2008 uppgav 30 procent detta som en svårighet medan andelen år 2012 var 18 procent, andelen var alltså mindre år 2012. Tvärt om var det för fyra svårigheter en större andel som instämde år 2012 jämfört med 2008; svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (25 respektive 15 %), skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (14 respektive 4 %) att Försäkringskassans personal och läkaren tycks tala olika språk (22 respektive 12 %) samt att läkaren upplever att handläggare ifrågasätter hans/hennes bedömningar. Dock var andelen som upplevde att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter bedömningar mindre år 2012 jämfört med 2008 (15 % respektive 22 %).

Andelen som upplevde varje svårighet var mindre år 2012 vad gäller sju av de listade svårigheterna, och för nio av de listade svårigheterna var andelen som angav dessa större år 2012, jämfört med 2008. Andelarna som svarade "Andra problem" var båda åren fyra procent.



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 94) respektive Samverkan och kontakter (sidan 97).

### Kompetensutveckling

Betydelsen av de formella utbildningarna för kompetensutveckling i handläggning av sjukskrivningsärenden betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008, samtidigt var det en större andel som på dessa frågor svarade "Ej aktuellt" (Tabell 37). Om de som svarade "Ej aktuellt" exkluderas ur analyserna blir skillnaderna mellan åren mindre.

Även när det gäller utbildningar i Försäkringskassans och landstingets regi var det en större andel som år 2012 svarade "Ej aktuellt". År 2012 var det både en mindre andel som svarade att dessa utbildningar hjälpt dem mycket och en mindre andel som svarat att de inte alls hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden. Denna skillnad kvarstår även om de som svarat "Ej aktuellt" exkluderas ur analyserna.

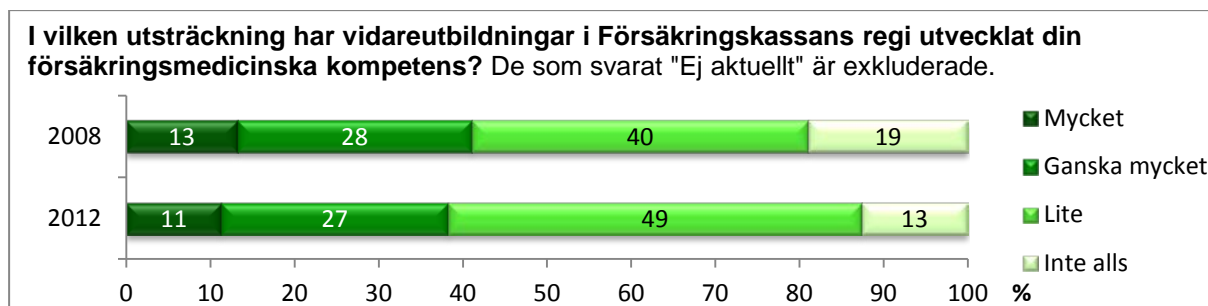
Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2008	6	9	38	47	- <sup>1</sup>
	2012 <sup>2</sup>	5 (6)	7 (9)	32 (39)	38 (47)	18
AT-utbildning	2008	12	22	36	22	9
	2012	7	19	35	19	20
ST-utbildning	2008	11	26	29	18	16
	2012	7	22	33	15	23
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	11	22	32	15	20
	2012	8	19	35	9	30
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	16	26	26	27
	2012	3	14	25	17	41

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

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

I Figur 66 visas fördelningen av svaren på frågan om vidareutbildning i Försäkringskassans regi när de som svarat "Ej aktuellt" har exkluderats. Andelen som angav att detta har bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling inom försäkringsmedicin, liksom andelen som angav att sådan utbildning inte alls hade bidragit, var något mindre 2012, jämfört med 2008.



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 rapporterade ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 38). De områden där störst andel läkare uppgav sig ha ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sina kunskaper var att bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning (59 % 2008, 50 % 2012), samt vilka krav som ställs i olika yrken (57 % 2008, 49 % 2012). Generellt var andelen som angav stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden för behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; andelen som svarade detta var 14 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller kunskap om att bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning var andelen som angav att de har ett stort behov av ökad sådan kompetens mindre (cirka tolv procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Att skriva läkarintyg var båda åren det område där minst andel svarade att de har ett stort behov av mer kompetens (20 % båda åren).

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	13	40	35	12
	2012	11	30	41	18
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	18	41	32	9
	2012	12	38	35	16
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	16	41	32	10
	2012	14	35	36	15
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	17	41	35	7
	2012	9	35	42	14
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	8	20	44	28
	2012	4	17	43	36
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	5	15	50	31
	2012	3	16	49	31
Utforma optimala handlingsplaner	2008	9	36	40	16
	2012	5	33	40	22
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	5	18	53	23
	2012	3	20	43	34

I Tabell 39 visas att andelarna som angav ett mycket eller ganska stort behov av ökad kunskap kring de olika försäkringssystemen involverade vid sjukskrivningar var i stort sett lika stora de båda åren. En majoritet av läkarna (57 %) uppgav både år 2008 och 2012 att de har ett mycket eller ganska stort behov att öka kunskaperna om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	9	32	47	12
	2012	8	33	42	17
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk-, eller aktivitetsersättning)	2008	14	42	32	11
	2012	16	41	27	16
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	12	34	36	18
	2012	15	30	30	25

Även vad gäller stort behov av kunskapsfördjupning ens egna och andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivningsärenden var andelarna stora de båda åren (Tabell 40). Tendensen var att en något mindre andel läkare år 2012 hade detta behov, jämfört med 2008. Den största andelen som uppgav ett mycket eller ganska stort behov av ökad kunskap gällde Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, denna andel var något mindre år 2012 än år 2008 (49 % respektive 55 %)

Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har 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	9	33	47	11
	2012 <sup>2</sup>	8	31	41	19
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	10	39	42	9
	2012	9	39	36	17
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	43	38	7
	2012	10	39	34	18
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	11	36	44	8
	2012	8	40	35	17
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	13	31	38	18
	2012	11	30	35	24

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

I Tabell 41 visas andelen läkare som angav att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor har stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, det vill säga, olika typer av kompetensutveckling. Den största skillnaden mellan åren var att en större andel år 2012 angav att de sätter stort värde på information via Internet (30 % 2012 jämfört med 20 % 2008). Även konferenser och seminarier, handledning och kurser i försäkringsmedicin angavs av en större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (25 % jämfört med 16 %).

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	32	51	18
	2012	37	47	16
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	16	58	27
	2012	16	61	23
Information via Internet	2008	20	57	24
	2012	30	53	17
Kurser i försäkringsmedicin	2008	38	45	17
	2012	43	45	12
Kurser i konflikthantering	2008	13	41	46
	2012	14	41	46
Konferenser, seminarier	2008	16	54	31
	2012	25	47	29
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	19	49	32
	2012	20	43	37

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 42. Hälften av läkarna svarade år 2012 att ”*ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning*” är av stort värde, jämfört med 38 procent år 2008. Båda åren värderade drygt hälften av läkarna ”*bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten*” högt för att hålla en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning.

Tabell 42. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	30	46	24
	2012	23	40	36
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	30	40	30
	2012	23	40	38
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	52	36	12
	2012	52	36	12
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	38	44	17
	2012	49	36	16
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	22	32	46
	2012	25	29	46

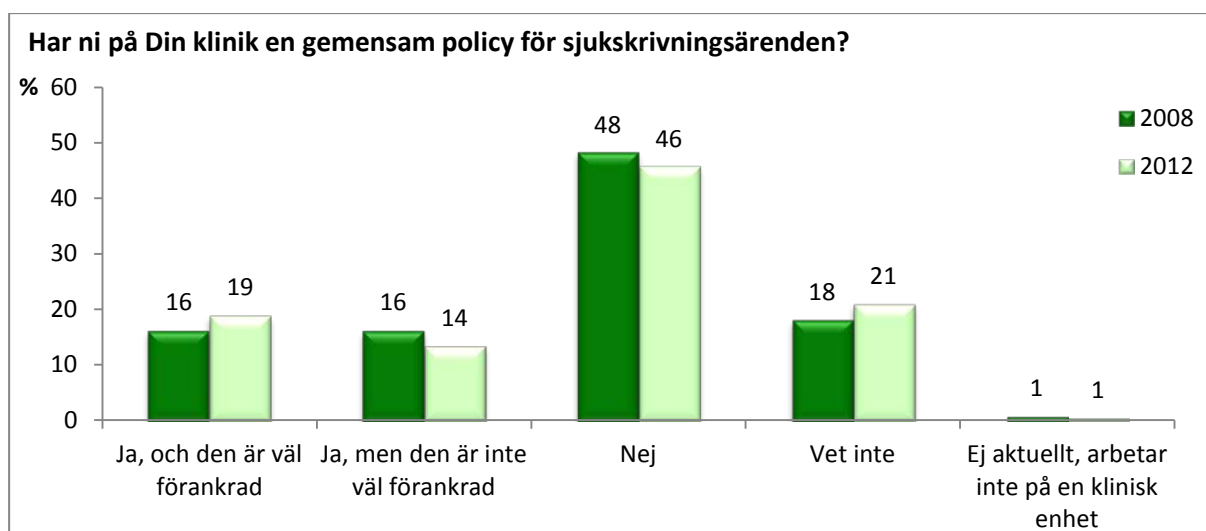
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 94) och Samverkan och kontakter (sidan 97).

## Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

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

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

Det var inga större skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren, en tredjedel av läkarna såväl 2008 som 2012 uppgav att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/enhet (Figur 67). År 2012 uppgav en något större andel att det finns en gemensam policy som var väl förankrad på den egna kliniken och en något mindre andel att det finns en policy som inte var väl förankrad, jämfört med 2008. Andelen läkare som svarade att de inte vet om det finns en policy var större 2012, skillnaden var tre procentenheter. Andelen som uppgav att en sådan policy inte finns var två procentenheter mindre 2012 än 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.

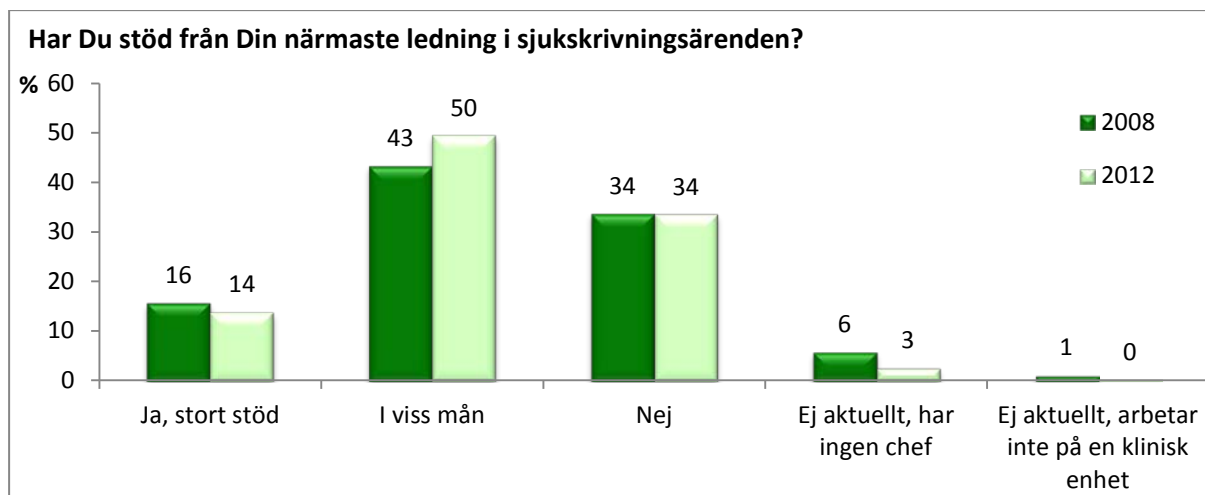
För läkare vid vårdcentraler var det år 2012 en mindre andel, jämfört med 2008, som svarade att de hade en policy som var väl förankrad (Tabell 43). Bland övriga läkare var det tvärt om en större andel som angav detta år 2012 jämfört med 2008. Både bland vårdcentralsläkare och övriga läkare var det en något större andel år 2012 som svarade att de inte vet om det finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras arbetsplats.

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

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?		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	22	17	50	10	0
	2012	18	17	51	13	1
Övriga läkare	2008	12	15	47	24	1
	2012	20	11	43	26	0

### 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. Sex procentenheter större andel svarade att de i viss mån har stöd från ledningen och en något mindre andel att de har stort stöd år 2012 jämfört med 2008 (**Fel! Hittar inte referenskälla.**).



Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Andelen läkare vid vårdcentraler som uppgav att de i någon mån känner stöd från ledningen var 2012 nio procentenheter större (67 %) jämfört med 2008 (58 %) (Tabell 44). För läkare i övriga verksamheter var det ingen skillnad mellan åren (2012: 61 %, 2008: 60 %).

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

Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken kring handläggning av sjukskrivningsärenden?		Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet
Vårdcentral	2008	16	42	34	7	1
	2012	14	54	28	4	0
Övriga läkare	2008	15	44	33	5	1
	2012	14	47	37	1	0

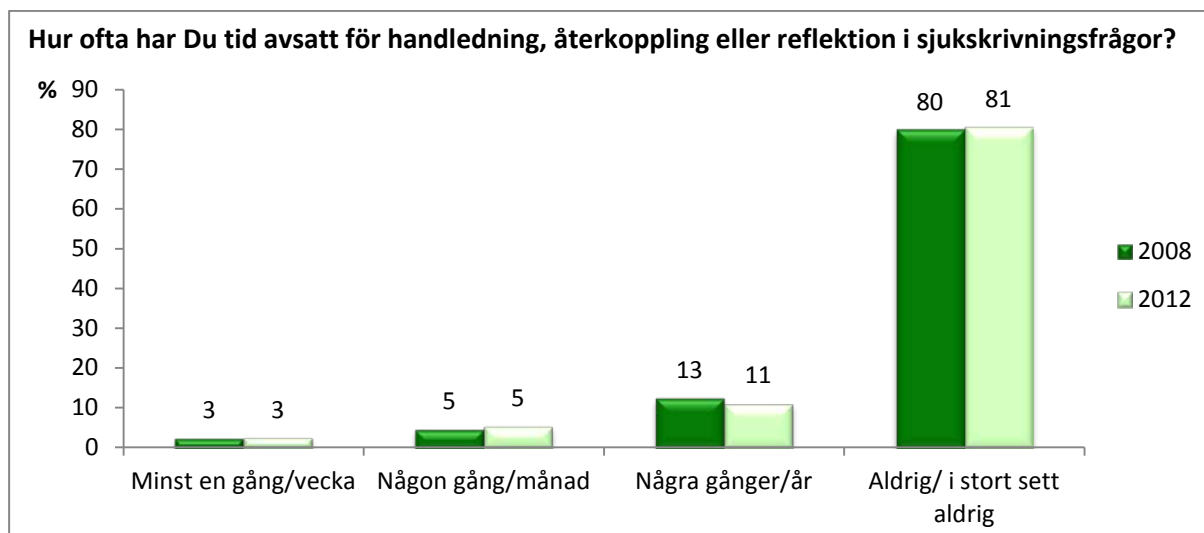
### Tid till arbete med sjukskrivning

Båda åren upplevde en majoritet av läkarna tidsbrist i alla tre situationer som nämns i Tabell 45, år 2012 var andelarna något mindre än år 2008. Ungefär var tredje läkare svarade år 2012 att de upplever daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid i samband med sjukskrivningsärenden, andelen var något mindre jämfört med 2008.

Tabell 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	25	34	21	9	12
	2012	23	34	20	10	13
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	38	27	19	9	7
	2012	32	32	18	10	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	36	22	17	13	12
	2012	30	22	21	12	16

Närmare 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken år 2008 eller 2012 (Figur 69).



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



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

I stora drag var det samma problem som framkom både 2008 och 2012. Att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga upplevdes fortsättningsvis vara mycket eller ganska problematiskt av en klar majoritet av läkarna.

Andelen som svarade att de använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var större 2012, och andelen som angav ett behov av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var mindre. Andelen som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde i deras arbete med sjukskrivning var något större 2012, jämfört med 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 saknade värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Behovet av kompetensutveckling var stort båda åren, men angavs av en mindre andel 2012 jämfört med 2008.

En större andel av läkarna angav 2012 att de sätter stort värde på såväl information via internet, konferenser och seminarier samt ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Samtidigt svarade en mindre andel av läkarna 2012 jämfört med 2008 att uppföljande statistik över hur de och enheten där de arbetar sjukskrivit under det senaste året är av stort värde.

Sammanfattningsvis angav fortfarande 2012 runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga och om vilka krav som ställs i olika yrken, att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning, kring andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet och kring privata försäkringar samt även 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 två olika enkäterna är tvärsnittsstudier, vilket innebär att resultaten är jämförbara över tid på gruppnivå. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkäterna.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 61 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [131]. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären år 2008 och 2012 var mycket omfattande, 183 respektive 163 frågor, vilket kan ha 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 [106]. Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med låg andel sjukskrivande läkare inte togs med 2012.

År 2012 hade färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukfrånvarofall, i Sverige sedan 2003 [132].

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 [132] 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 37 procent svarat att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

Den modesta skillnaden mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden skulle även den kunna bero på att olika interventioner kan ha 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 [133]. 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 [90]. 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 Gävleborgs län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.....	18
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ Vårdcentraler och Övriga läkare. ....	26
Tabell 4. Andel (%) kvinnor och män, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) med högsta utbildningsnivå, 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 problematiska, 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 samarbetade med/remitterade till andra interna aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	53
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med externa aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	54
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakten med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	56
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	69
Tabell 17. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	71

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta ovan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	72
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	73
Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	73
Tabell 21. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	74
Tabell 22. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	75
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	78
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	84
Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	87
Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	89
Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	90
Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	90
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	91
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	91
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till svar om 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. ....	93
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar utöver de nämnda i föregående tabell, 2008 respektive 2012. ....	94
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012. ....	94
Tabell 34. Andel (%) läkare som upplevde det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012. ....	95
Tabell 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, 2008 respektive 2012. ....	97
Tabell 36. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	98

Tabell 37. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	103
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. ....	104
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. ....	105
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012. ....	105
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. ....	106
Tabell 42. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	107
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012, uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. ....	108
Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012, uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter. ....	109
Tabell 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	110

## Figurförteckning

Figur 1. En översiktbild för illustrationen av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön. ....	22
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Gävleborg, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga. ....	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning, respektive avslutad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga. ....	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive avslutad specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar. Uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. ....	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de 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 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.....	49
Figur 21. Andel (%) läkare som hade 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 22. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	51
Figur 23. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	55
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.....	55
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	57
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	58

Figur 27. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	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. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade. ....	59
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	60
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	60
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats. ....	61
Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	62
Figur 33. Andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	63
Figur 34. 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. ....	63
Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263) respektive av "Fråga-svar-funktionen", för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	64
Figur 36. 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. ....	65
Figur 37. Andel (%) läkare som upplevde 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. ....	65
Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde 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. ....	66
Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	68
Figur 40. 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=66). ....	69
Figur 41. 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=255). ....	70
Figur 42. 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. ....	77



Figur 43. 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. ....	78
Figur 44. Andel som upplevde det 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. ....	79
Figur 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ....	79
Figur 46. 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. ....	80
Figur 47. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012. ....	85
Figur 48. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012. ....	85
Figur 49. 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. ...	86
Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012. ....	86
Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012. ....	87
Figur 52. 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. ....	88
Figur 53. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012. ....	88
Figur 54. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012. ....	92
Figur 55. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008. ....	92
Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012. ....	95
Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav sig ha av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012. ....	96
Figur 58. 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. ....	96
Figur 59. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	98
Figur 60. 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. ....	99

Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade ”Ej aktuellt” har här exkluderats.) .....	99
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. ....	100
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. ....	100
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. ....	101
Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012. ....	102
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. ....	104
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. ....	108
Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. ....	109
Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012. ....	110

# Referenser

---

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, et al. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
2. 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.
3. Lindholm C, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning; Resultat för Gävleborgs län. 2010.
4. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
5. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
6. 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.
7. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
8. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
9. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
10. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen, 2005.
11. 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.
12. Järvholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
13. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
14. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
15. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
16. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
17. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
18. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
19. 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.
20. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
21. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
22. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.

23. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
24. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
25. 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.
26. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU, 2000 SOU 2000:5.
27. 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.
28. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5, 2002 SOU 2002:5.
29. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66, 2008 SOU 2008:66.
30. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
31. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
32. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
33. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
34. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen, 2007.
35. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
36. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
37. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005 Artikelnummer 2005-109-2.
38. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund, 2006.
39. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005.
40. 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).
41. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
42. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
43. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
44. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
45. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.

46. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
47. 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.
48. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
49. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
50. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
51. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):152-5.
52. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
53. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
54. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
55. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
56. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
57. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
58. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
59. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
60. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
61. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
62. 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.
63. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
64. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
65. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.
66. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
67. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
68. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
69. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.

70. 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.
71. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
72. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
73. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
74. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
75. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
76. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
77. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
78. 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.
79. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
80. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
81. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
82. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
83. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
84. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
85. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
86. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
87. 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.
88. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
89. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
90. 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.
91. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.

92. 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.
93. 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.
94. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. Löfgren A. *Läkarens arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
99. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. *AT och ST-läkarens problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
100. 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.
101. 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.
102. Swartling M. *Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]*. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. *Äldre läkarens arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
107. Barroso J. *Kan läkarens sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.*: Karolinska Institutet; 2013.
108. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
109. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.

110. 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.
111. 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.
112. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
113. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
114. 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.
115. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
116. 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.
117. 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).
118. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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).
123. 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.
124. 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.
125. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.



126. 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.
127. 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.
128. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast 2011.
129. Socialstyrelsen. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
130. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013 [cited 2013 27 June]. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning\\_och\\_styrning\\_1:](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:)
131. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
132. OECD. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. 2010.
133. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning*. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, 2007.



**Karolinska  
Institutet**

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

ISBN 978-91-981256-7-2