

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Västerbottens 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, april 2014.

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

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

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7549-351-0

Förord

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

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

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

Förord	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	4
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	7
Sjukförsäkringar	7
Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården.....	9
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning.....	9
Läkares olika professionella roller	10
Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid	11
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	11
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	12
Syfte	14
Material och metod	15
2004 års enkätstudie	15
2008 års enkätstudie	15
2012 års enkätstudie	16
Studiepopulation.....	16
Frågeformulär 2012.....	16
Datainsamling.....	17
Svarsfrekvens	18
Dataanalys	19
2012 års datamaterial	19
Jämförelser över tid.....	19
Resultat	23
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt	24
1. Samtliga svarande läkare 2012	26
Bakgrundsfaktorer	26
Yrkesverksamma läkare i Västerbotten.....	27
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden.....	28
2. Svar från sjukskrivande läkare i Västerbotten 2012	30
Bakgrundsfaktorer	30
Frekvens av sjukskrivningsärenden	33
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	35
Problem med sjukskrivningsärenden i Västerbotten och övriga landsting	36
Allvarlighetsgrad av specifika problem	38
Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning	39
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	42
Oro och hot.....	43
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	45
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	47

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	49
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?.....	49
Problem med att använda beslutsstödet	49
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	50
Behov av fördjupad kompetens	51
Arbetet med beslutsstödet i Västerbotten jämfört med övriga landsting	52
Samverkan och kontakter	54
Kontakter med Försäkringskassan	59
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	62
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	64
Försäkringsmedicinsk kompetens	70
Kompetensutveckling via formell utbildning.....	71
Kompetensutveckling via vidareutbildning	73
Behov av fördjupad kompetens.....	73
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	76
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	77
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	78
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	79
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning.....	79
Tid i arbetet med sjukskrivning.....	80
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	82
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012	86
Bakgrundsfaktorer	88
Frekvens av sjukskrivningsärenden	89
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	90
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning	91
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	94
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	95
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	97
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	99
Samverkan och kontakter	102
Kontakter med Försäkringskassan	104
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	108
Försäkringsmedicinsk kompetens	110
Kompetensutveckling.....	110
Behov av fördjupad kompetens.....	112
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	114
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	115
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	115
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning.....	117
Tid till arbete med sjukskrivning	118
Slutkommentar	120
Tabellförteckning	122
Figurförteckning.....	124
Referenser	129

Sammanfattning

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

Majoriteten (72 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 82 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att en något mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2012; 30 procent jämfört med 37 procent 2008. Minskningen var störst för läkare i annan verksamhet än vid vårdcentral, där var andelen 31 procent år 2012 och 40 procent 2008. Motsvarande andelar för läkare vid vårdcentraler var 25 respektive 31 procent.

En dryg fjärdedel (28 %) av läkarna i 2012 års enkät *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan, jämfört med en tredjedel (35 %) år 2008. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än de i övriga verksamheter upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt år 2012, både beträffande frekvens och allvarlighetsgrad av problem. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga, att göra en långsiktig prognos av arbetsförmågan, att hantera längre sjukskrivningar samt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden. En större andel av vårdcentralsläkarna svarade att de fann handläggning av längre sjukskrivningar problematiskt.

En tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller ganska stor utsträckning, och 15 procent upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som svarade att de upplevde detta var större vid vårdcentraler än i övriga verksamheter.

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

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som infördes 2007, användes av knappt hälften av läkarna minst någon gång per månad. En tredjedel av samtliga läkare, en större andel bland dem vid vårdcentraler än i övriga verksamheter, upplevde beslutsstödet som mycket eller ganska problematiskt att använda. En nästan lika stor andel menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. År 2012 svarade 49 procent att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och 35 procent att det underlättar kontakten med Försäkringskassan.

Två tredjedelar (65 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 81 % av alla) var mycket eller ganska nöjda med kontakten år 2012, en något lägre andel än år 2008 (69 %). En fjärdedel (26 %) upplevde *inte* några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Av de 20 möjliga svårigheter som var listade i enkäten upplevde en stor andel läkare olika logistiska problem båda åren, som att det är svårt att komma fram per telefon, att det är svårt att få reda på vem man ska prata med samt att kontakterna tar för mycket tid i anspråk. Andelen som upplevde sådana problem var större 2012 än 2008. Två av fem (39 %) angav år 2012 att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och en tredjedel (32 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. En större andel svarade år 2012 att de upplevde sig/sina bedömningar ifrågasatta av handläggare, svårigheter att

förmedla information via Försäkringskassans blanketter samt att man 'talar olika språk', jämfört med 2008.

En majoritet (94 %) av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan – av dem svarade 45 procent att systemet underlättar deras arbete och 31 procent att det försvårar.

En absolut majoritet av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende, 92 procent år 2012 jämfört med 89 procent år 2008. Framför allt ville man 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 högre andel värderade år 2012 handledning (38 jämfört med 34 %) och försäkringsmedicinska kurser (24 jämfört med 23 %) högt. Båda åren uppgav två femtedelar av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

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 (49 %) 2012 ansåg skulle ha stort värde för god kvalitet i 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 två av fem (38 %) läkare på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta var betydligt vanligare för läkarna vid vårdcentraler än för övriga läkare (64 jämfört med 29 %). En fjärdedel (23 %) av läkarna hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor. Svartsfördelningen för en gemensam policy och stöd från ledningen var i stort sett densamma i 2008 års enkät. En dryg tredjedel svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. En majoritet av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden varje vecka; många gjorde det dagligen.

Slutsatser: Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var mindre 2012 än 2008. Andelen som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska så ofta som minst en gång i veckan var mindre år 2012 än 2008, medan andelen som upplever dem som mycket eller ganska problematiska inte förändrats nämnvärt.

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

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

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

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

Bakgrund

I denna rapport redovisas resultat från två enkäter till läkare i Västerbottens 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 (3-5).

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

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

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

Sjukförsäkringar

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

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

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

- *Vilka som omfattas*; om det finns begränsningar i vilka som omfattas av försäkringen vad avser ålder, inkomst, tid i arbete, tidigare sjuklighet eller funktion
- *Vad som omfattas*; om alla typer av skador och sjukdomar omfattas, eller om vissa är undantagna
- *Självrisk*; karensdagar, ersättningsnivå, till exempel i förhållande till det inkomstbortfall sjukfrånvaron leder till, samt antal dagar som försäkringen täcker
- *Skadekontroll*; i vilken omfattning det sker kontroll av i vilken utsträckning en person som söker ersättning uppfyller kraven för att få sådan.

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

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

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

Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige (2, 41, 42). Socialstyrelsen har konstaterat (38, 43-47) att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet (26, 47-49).

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

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

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden¹ (52).
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

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

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir det ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden, när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär (3, 57-61). Detta är besvär där den vetenskapliga

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom (60-65), och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggsmärta.

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

Läkares olika professionella roller

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

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa (75-77).
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (50, 78, 79).
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk (40).
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

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

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

Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid

Sjukfrånvaronivåerna har varierat kraftigt i Sverige under de senaste 20 åren (1).

I huvudrapporten för enkäten presenteras en genomgång av situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro för tio år sedan och interventioner och förändringar sedan dess (1, sid 10-14) inklusive införandet av den så kallade sjukskrivningsmiljarden, rehabiliteringskedjan, rehabiliteringsgarantin med mera. Sjukskrivningsmiljarden har inneburit ekonomiska medel för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning.

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

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

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

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

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

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

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

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och

sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt (94, 95); resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

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

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

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten (4), liksom i andra översikter (3, 5), är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detta projekt, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap. Vi har tidigare bland annat genomfört två omfattande enkätstudier för att erhålla sådan kunskap; en år 2004 till läkarna i två län (n=7 800, svarsfrekvens 71 %) (41, 74, 100-107) och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) (2, 42, 51, 108). Dessa är de hittills största enkätstudierna, inte bara i Sverige, utan i hela världen, om läkares arbete med sjukskrivning, både vad gäller antal deltagare och antal frågor om sjukskrivning (183 frågor år 2008 och 163 frågor 2012). Tre av delarbetena från 2004 års enkätstudie inkluderades i den ovan nämnda översikten (4) (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturöversikten (4).

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

Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

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

Data om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika typer av material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer),

enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder), så kallade audits (110), inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden eller från Försäkringskassans akter, och data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) (3, 4).

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

Syfte

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

Enkäten 2012 riktades till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige (2). År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting (41). I Tabell 1 ges en övergripande bild av de tre enkäterna, studiepopulationerna och svarsfrekvenserna (1).

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

Enkätår	Studiepopulation	Svars- frekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	7 665 (läkare i Stockholm och Östergötland <65 år)	71 %	96
2008	37 047 (samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige)	61 %	183
2012	33 144 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige <65 år)	58 %	163

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

2004 års enkätstudie

Enkäten 2004 omfattade läkare i Stockholms och Östergötlands län. De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området (3, 111, 112). Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området samt i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (41). Svarsfrekvensen var 72 procent.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar (41, 51, 74, 100-107, 113-119).

2008 års enkätstudie

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

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 (41). Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att

specificera (2). Antalet frågor utökades från 96 till 183. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

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

Svarsfrekvensen var 61 %, liksom tidigare något högre för kvinnor (63 %) än för män (59 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år 58 %, 45-64 år 61 %, 65+ år 75 %). Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 096 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer (42, 51, 72, 74, 107, 108, 114, 118-128).

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 1075 bodde i Västerbottens 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 Västerbotten, ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de två tidigare enkäterna, sällan har sjukskrivningsärenden; laborativ verksamhet, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

Frågeformulär 2012

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

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, tid på nuvarande arbetsplats, klinik, landsting

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

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

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

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

Samtliga tre studier har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys, uppdelat på län. Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent för hela landet och varierade från 54 till 66 procent mellan länen och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. För Västerbottens län var svarsfrekvensen 55 procent (Tabell 2). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer (Tabell 2). Detta gäller även de två tidigare enkäterna (2, 41).

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

Totalt använde 24 procent (n=100) av läkarna som uppgav att de arbetar i Västerbotten 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 Västerbottens län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	1 075	590	54,9
Kvinnor	458	268	58,5
Män	617	322	52,2
20-39 år	326	164	50,3
40-54 år	402	198	49,3
55-67 år	347	228	65,7

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, redovisas inte för var och en av frågorna. Det interna bortfallet är i medeltal 5,1 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 (105, 115, 117, 118), och pågår i ytterligare några studier. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

Dataanalys

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

2012 års datamaterial

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

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

Jämförelser över tid

I det så kallade gröna avsnittet (sidan 86) jämförs svaren från 2012 med svaren från 2008 års enkät för de 130 frågor som fanns med i båda enkäterna. 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 Västerbotten. Specialistutbildade läkare som arbetade inom geriatrisk verksamhet, barn- och ungdomskliniker, ögonkliniker eller öron-, näs- och halsmottagningar exkluderades då dessa inte inkluderats i enkätstudien år 2012.

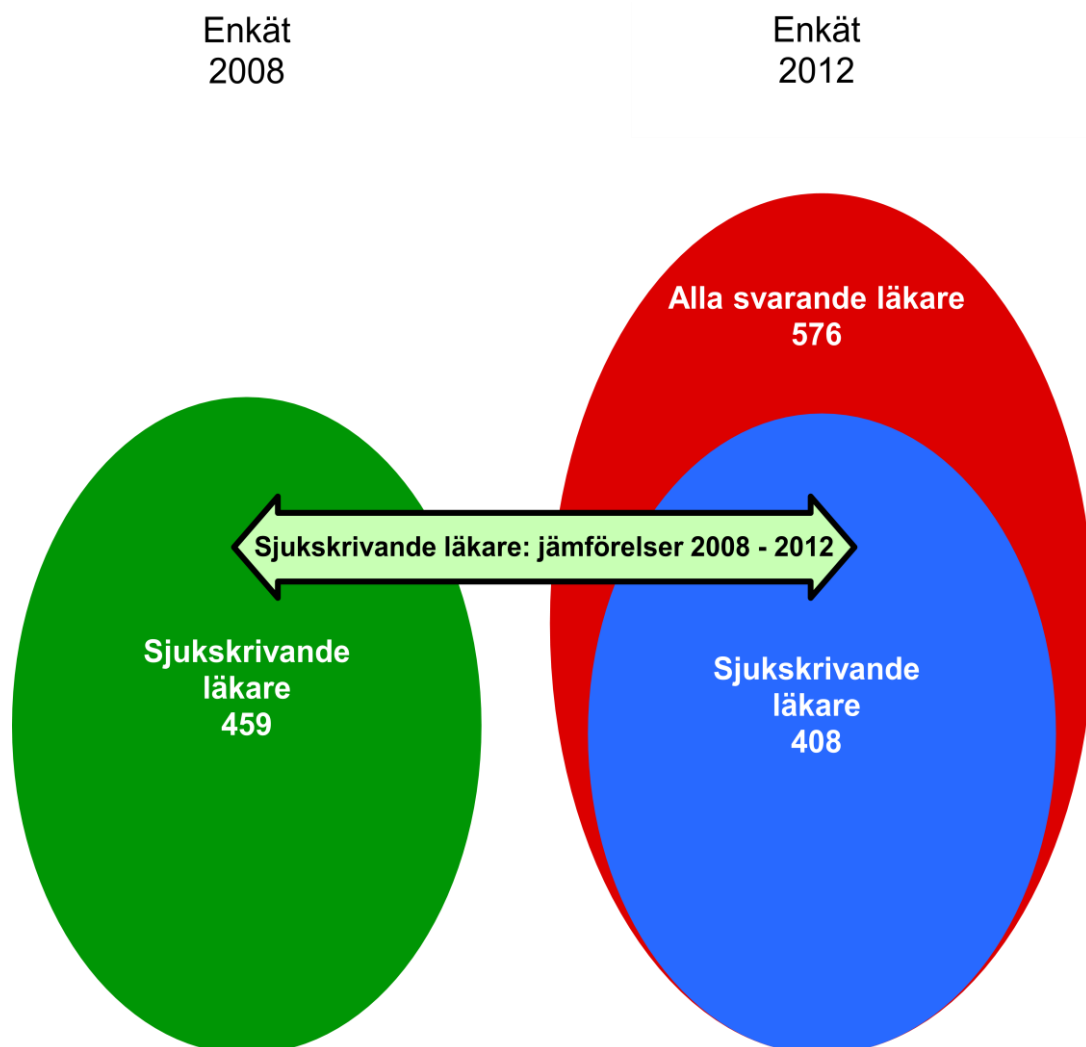
Jämförelser är alltså gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

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

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

Resultat

I denna rapport presenteras resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från 2012 för läkare i Västerbottens 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

Redovisning av svar från *samtliga* läkare som besvarade 2012 års enkät och angav att de arbetar i Västerbotten, vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens, generellt samt uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive vid övriga kliniker/verksamheter.

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

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

Blå tabeller och figurer

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

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

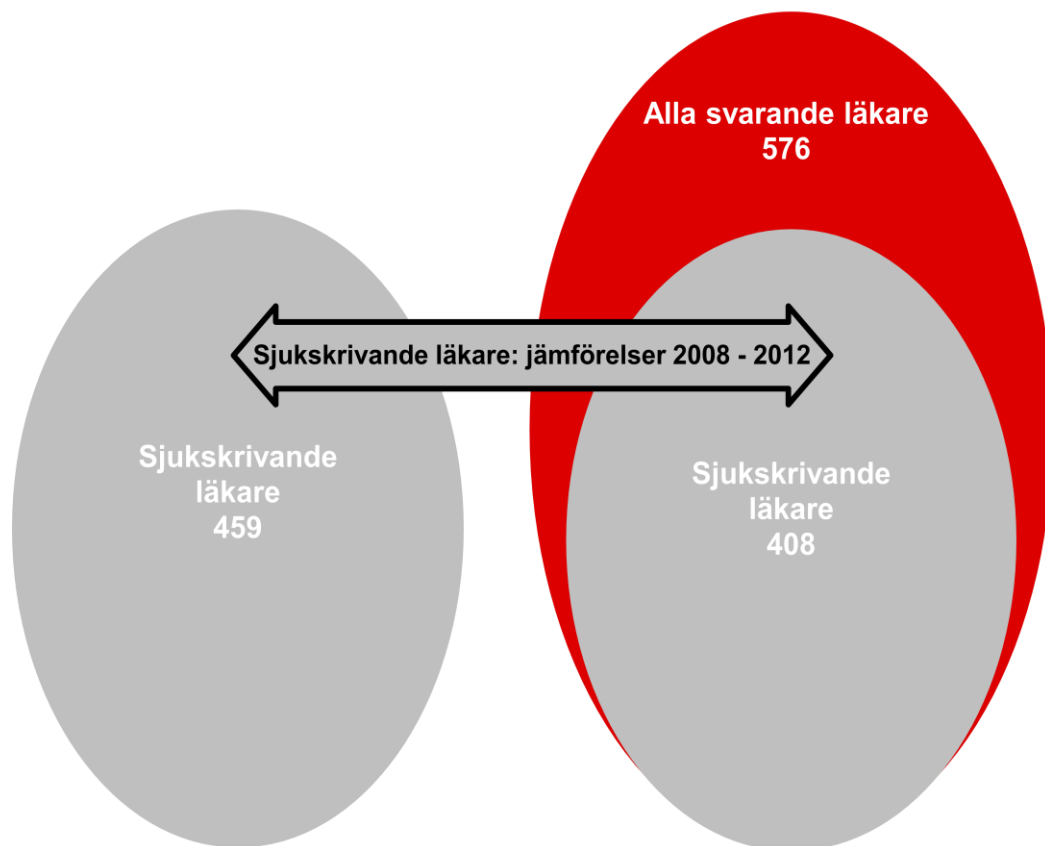
Gröna tabeller och figurer

I.

Samtliga svarande läkare i Västerbotten 2012

Enkät
2008

Enkät
2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som svarade att de har sin huvudsakliga arbetsplats i Västerbottens län var 576. En knapp procent av dem svarade att de inte arbetat som läkare de senaste tolv månaderna och de exkluderades därmed ur studien. Av de resterande 572 läkarna hade 20 procent (n=114) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning

Bakgrundsfaktorer

Som visas i Tabell 3, var 46 procent av de svarande läkarna kvinnor. Könsfördelningen i de två typerna av verksamheter skiljde sig på så sätt att vid vårdcentraler var det en något större andel kvinnor och bland övriga läkare var det istället en något större andel män.

Åldersfördelningen och utbildningsnivån bland läkarna vid vårdcentraler liknade dem för övriga läkare. Andelen i den yngre ålderskategorin (24-39 år) var dock något högre vid vårdcentraler, samtidigt som en något större andel här saknade specialistutbildning (31 % jämfört med 25 %).

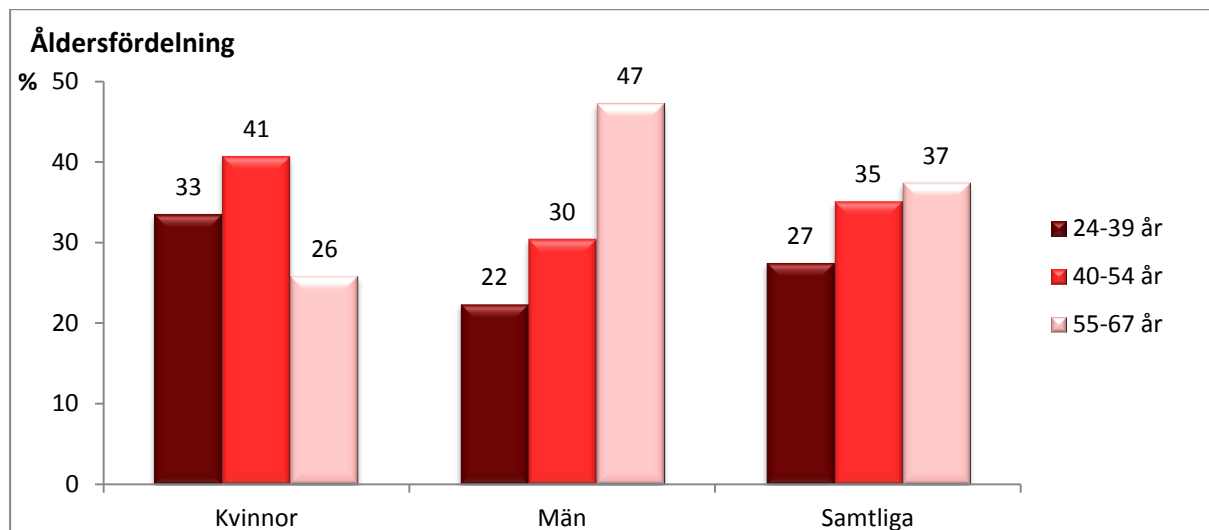
Omfattningen av specialistutbildade läkare i Västerbottens län låg på en liknande nivå som den för hela landet. Detsamma gällde andelen kvinnor och åldersfördelningen hos läkarna (ej i tabell).

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

		Samtliga n=572	Vårdcentral n=114	Övriga läkare n=458
Kön	Kvinnor (%)	46	55	44
	Män (%)	54	45	56
Ålder	24-39 år (%)	27	32	26
	40-54 år (%)	35	30	36
	55-67 år (%)	37	38	37
	<i>Medelålder (år)</i>	<i>48</i>	<i>48</i>	<i>49</i>
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	5	6	5
	Leg. läkare (%)	2	2	2
	Pågående ST-utbildning (%)	19	23	18
	Specialistutbildade (%)	74	69	75

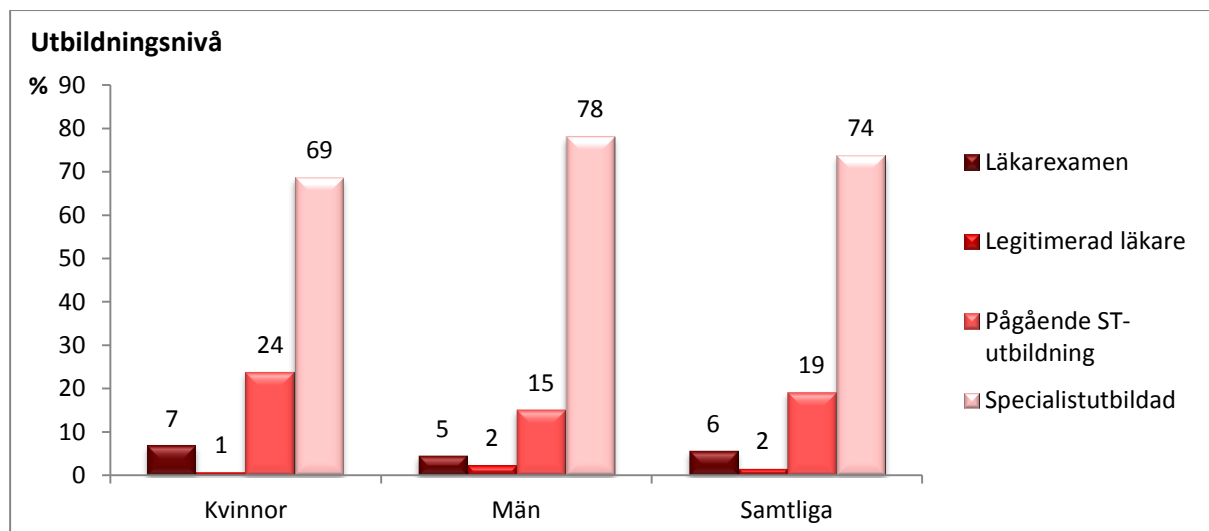
Yrkesverksamma läkare i Västerbotten

Det fanns en könsspecifik skillnad i åldersfördelningen bland de yrkesverksamma läkarna i Västerbotten (Figur 2). Av kvinnorna tillhörde en fjärdedel, 26 procent, den äldsta åldersgruppen, medan närmare hälften, 47 procent, av männen tillhörde samma åldersgrupp.



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

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

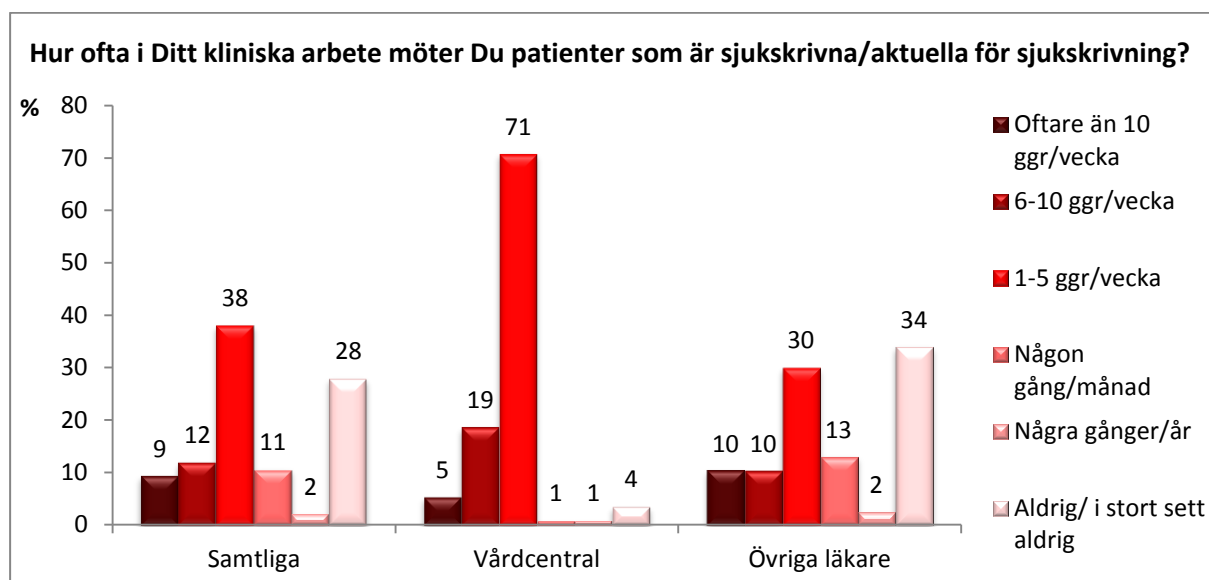


Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning, respektive avslutad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.

En femtedel av de specialistutbildade kvinnorna och en tredjedel av de specialistutbildade männen hade fler 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. Resultatet visar att de flesta, 59 procent, hade sådana konsultationer minst en gång i veckan, men att 28 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade det. Det fanns emellertid stora skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter. Medan en överväldigande majoritet av dem vid vårdcentraler (95 %) angav att de har sådana konsultationer minst en gång per vecka var motsvarande andel för dem i övriga verksamheter hälften (51 %). En tredjedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att de i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning (Figur 4). En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=7, 1,2 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



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

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

Andelen yrkesverksamma läkare som angav att de i någon omfattning arbetar med sjukskrivningar var i Västerbotten jämförbar med motsvarande andel för hela landet (72 respektive 73 %). Bland alla landets landsting varierade andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka mellan sex procent (Norrbotten) och 14 procent (Västmanland). Motsvarande siffra för Västerbotten var nio procent. Störst andel läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning var aktuellt fanns i Stockholm (35 %). Denna andel var för Västerbotten 28 procent.

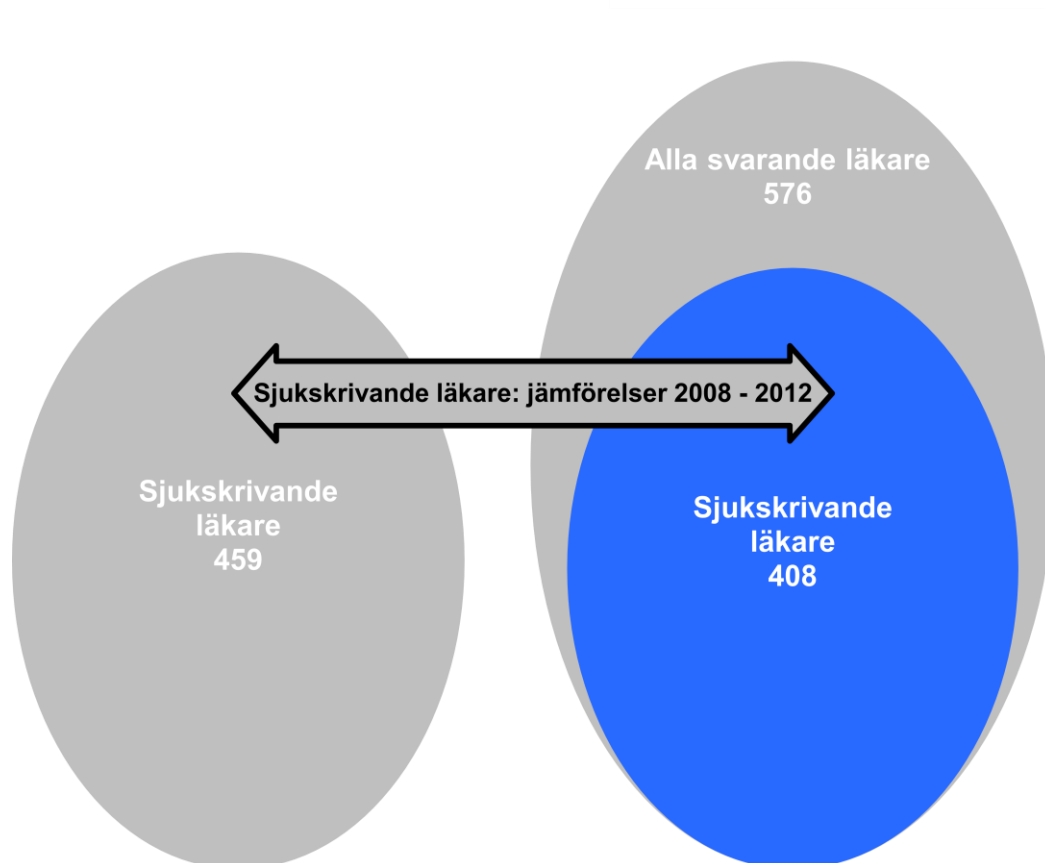
Det var ingen skillnad mellan Västerbotten och hela landet vad gäller andel läkare som minst en gång per vecka möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning (59 respektive 60 %).

2.

Svar från sjukskrivande läkare i Västerbotten 2012

Enkät
2008

Enkät
2012



2. Svar från sjukskrivande läkare i Västerbotten 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 410 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Västerbotten.
- 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'.

Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp (elva personer). För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på kliniknivå, ingår de därför i gruppen "Annan klinik/mottagning". I den gruppen redovisas även svar från läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar på ögonkliniker och öron-, näs- och halsmottagningar, samt från de läkare som inte var specialister och som arbetade på barn- och ungdomskliniker eller inom geriatrisk medicin, med anledning av att dessa inte ingick i urvalet för enkätutskicket.

Bakgrundsfaktorer

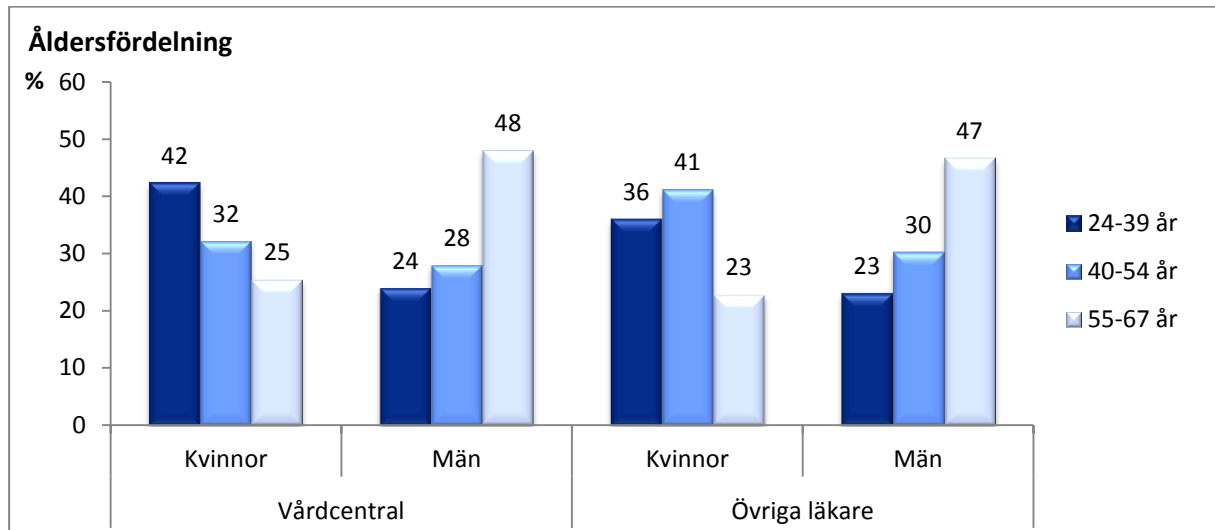
Av de sjukskrivande läkarna var 48 procent kvinnor och 52 procent män. Bland läkare vid vårdcentraler var kvinnorna i knapp majoritet i jämförelse med männen medan ett omvänt förhållande gällde bland läkare i övriga verksamheter (Tabell 4)

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

		Samtliga n=410	Vårdcentral n=109	Övriga läkare n=301
Kön	Kvinnor (%)	48	54	45
	Män (%)	52	46	55
Ålder	24-39 år (%)	30	34	29
	40-54 år (%)	34	30	35
	55-67 år (%)	36	36	36
	Medelålder (år)	48	47	48
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	7	6	7
	Leg. Läkare (%)	2	2	2
	Pågående ST-utbildning (%)	21	24	20
	Specialistutbildade (%)	71	68	71

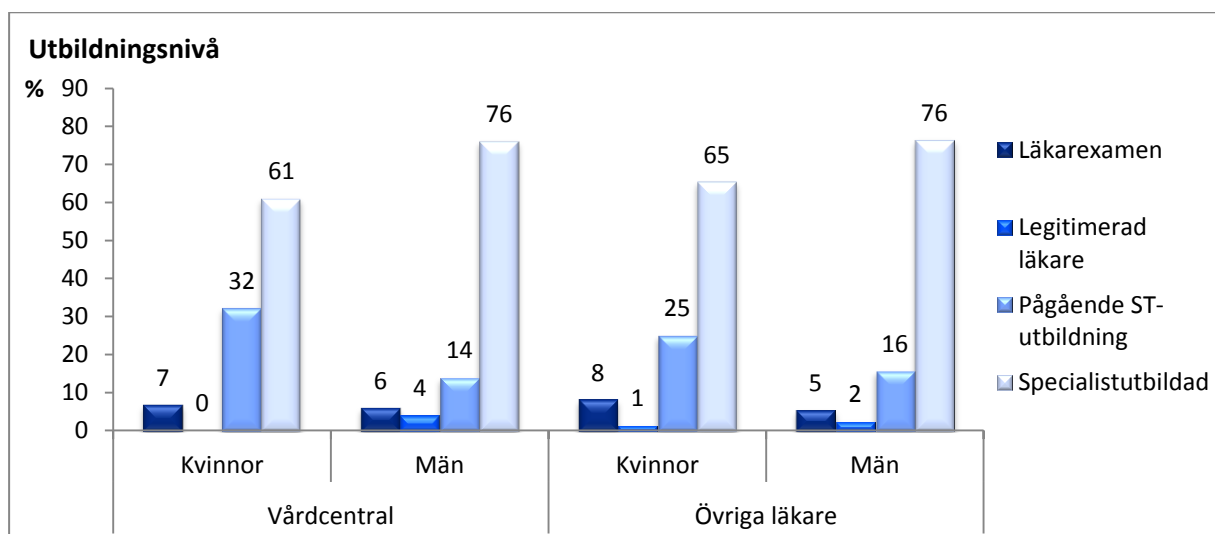
Som framgår av Figur 5 fanns det skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor. Andelen läkare i den äldsta ålderskategorin (55-67 år) var med en fjärdedel bland kvinnorna den minsta, medan den istället var den största bland männen där nära hälften var i denna ålder. Skillnaden i åldersfördelning gäller både läkarna vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

Jämfört med samtliga svarande läkare (Tabell 3) så är andelen yngre (24-39 år) läkare större och andelen specialistutbildade mindre bland de sjukskrivande läkarna.



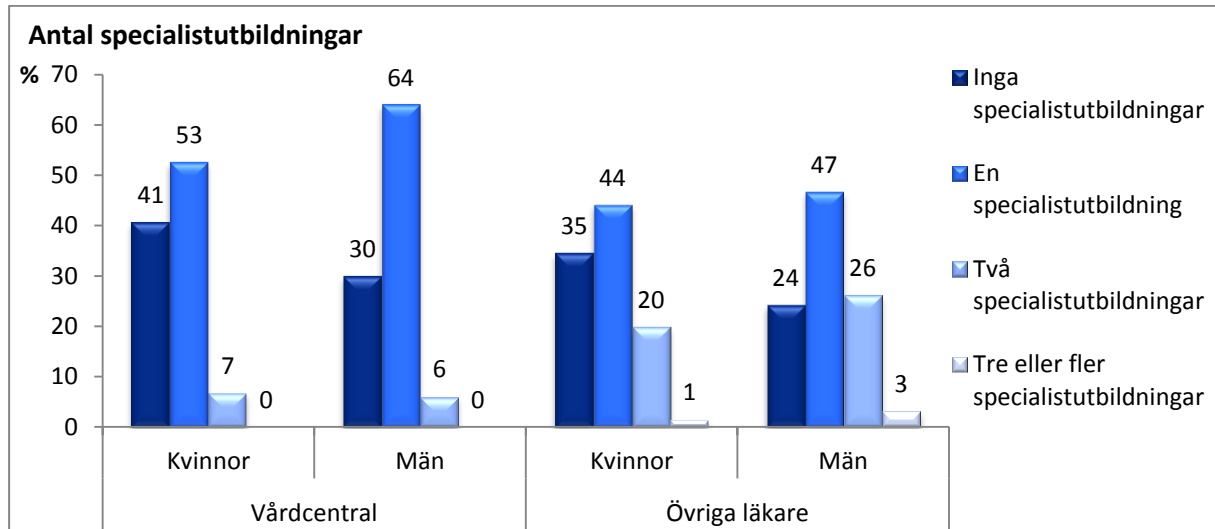
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.

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



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

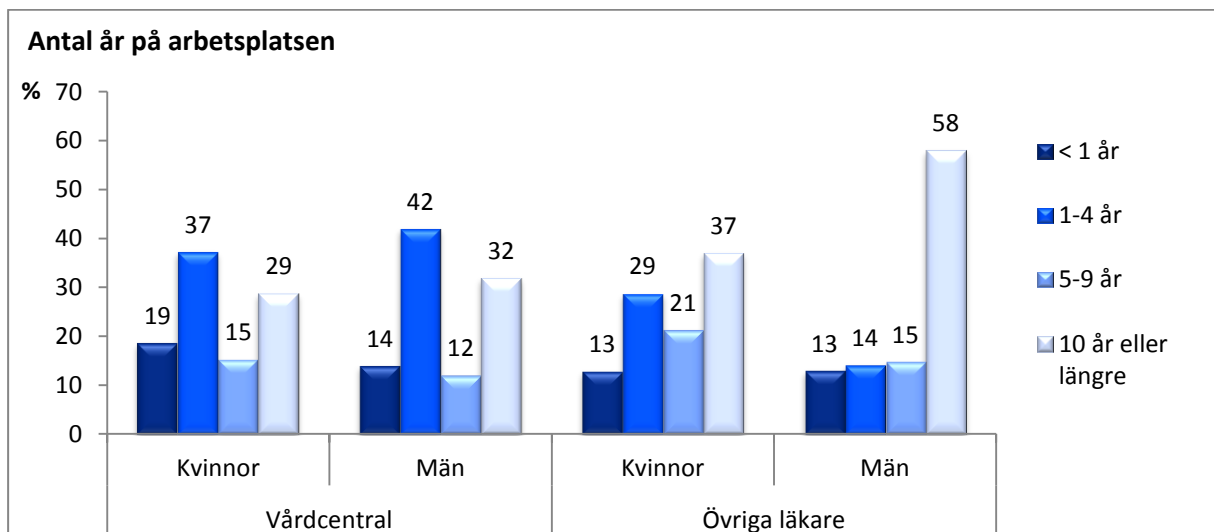
Den vanligaste utbildningsnivån var att ha en (1) specialistexamen, det hade 49 procent av samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell). En (1) specialistexamen var vanligast både vid vårdcentraler och i övriga verksamheter, bland såväl kvinnorna som männen (Figur 7). Andelen med fler än en specialistutbildning var ungefär lika stor bland kvinnorna som bland männen vid vårdcentraler (7 respektive 6 %). I övriga verksamheter var det en större andel av männen (29 jämfört med 21 %) som hade flera specialistutbildningar.



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

Antal år på arbetsplatsen

Drygt hälften (56 %) av läkarna vid vårdcentraler hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats. Detta gällde både kvinnorna och männen. Bland läkarna i övriga verksamheter var motsvarande siffra 42 procent för kvinnorna och 27 procent för männen. En större andel män jämfört med kvinnor hade arbetat minst tio år på sin nuvarande arbetsplats, detta var särskilt tydligt bland läkarna i övriga verksamheter (Figur 8).



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

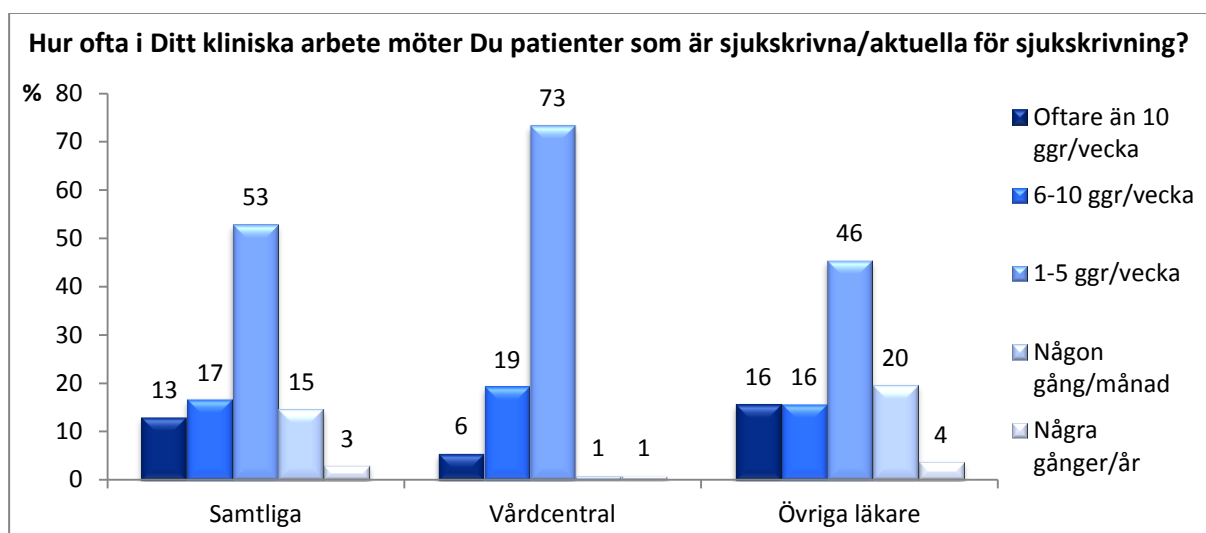
Ålders- och könsfördelning samt andel specialistutbildade i Västerbotten i jämförelse med övriga landsting

Ålderssammansättningen varierade något mellan sjukskrivande läkare i respektive landsting. I Västerbotten var andelen äldre läkare 36 procent, motsvarande siffra för hela landet var 34 procent. Högst var denna andel för Kronoberg med 42 procent.

När det gäller könsfördelningen bland de sjukskrivande läkarna så hade Västerbotten en lika stor andel kvinnor som landet i helhet (48 respektive 49 %). Högst andel hade Stockholm (54 %) och lägst hade Blekinge (39 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Blekinge (80 %) och minst i Södermanland och Dalarna (66 %). Andelen specialistutbildade i Västerbotten var 70 procent jämfört med 71 procent för läkare i hela landet.

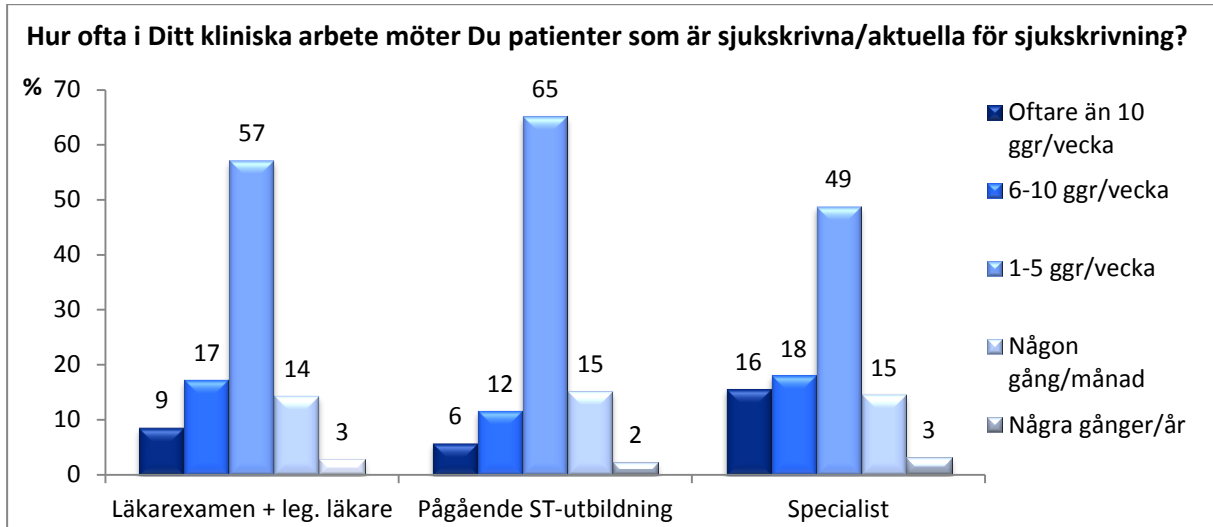
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Drygt 80 procent av läkarna angav att de har sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Detta var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler, där 98 procent hade sjukskrivningsärenden så ofta, jämfört med 77 procent bland läkarna i övriga verksamheter.



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

Det var inga stora skillnader vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning. Dock hade en större andel av specialisterna sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka, jämfört med de med lägre utbildningsnivå (Figur 10).



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

Frekvens av sjukskrivningsärenden i Västerbotten i jämförelse med övriga landsting

Andelen läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning oftare än tio gånger per vecka var i Västerbotten (13 %) lika stor som andelen i hela landet (14 %).

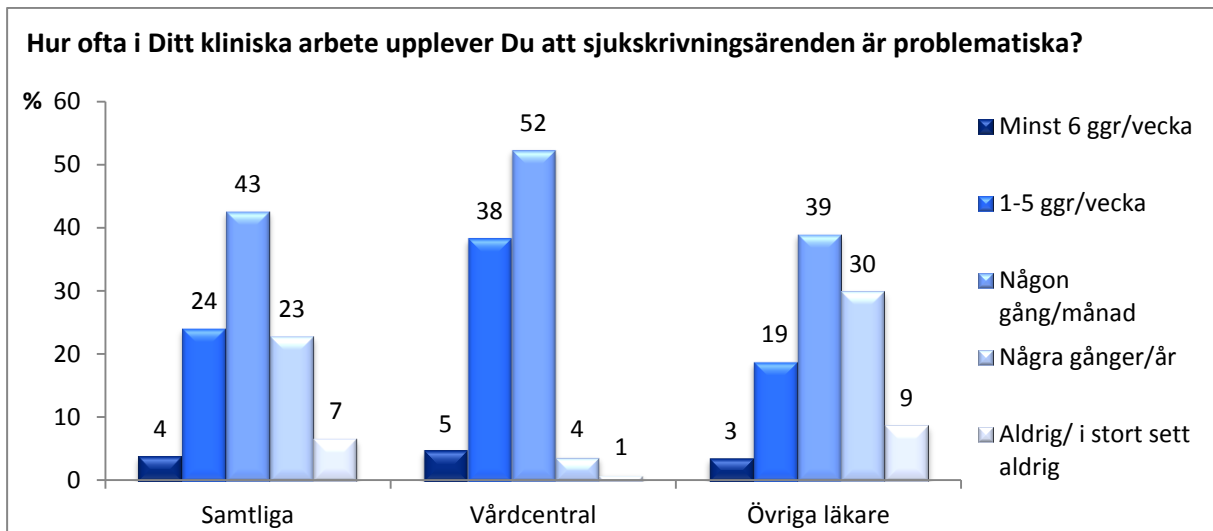
I Västmanland och Värmland svarade 17 procent av läkarna att de har sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka. I Norrbotten var motsvarande siffra åtta procent, vilket var den lägsta andelen i landet.

Sammanfattning av frekvens om sjukskrivningsärenden

Drygt fyra av fem (82 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och var tredje att de har det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka var större vid vårdcentraler (98 %) än i övriga verksamheter (77 %). Bland läkarna med specialistutbildning hade 16 procent sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka, en större andel jämfört med läkare utan specialistutbildning.

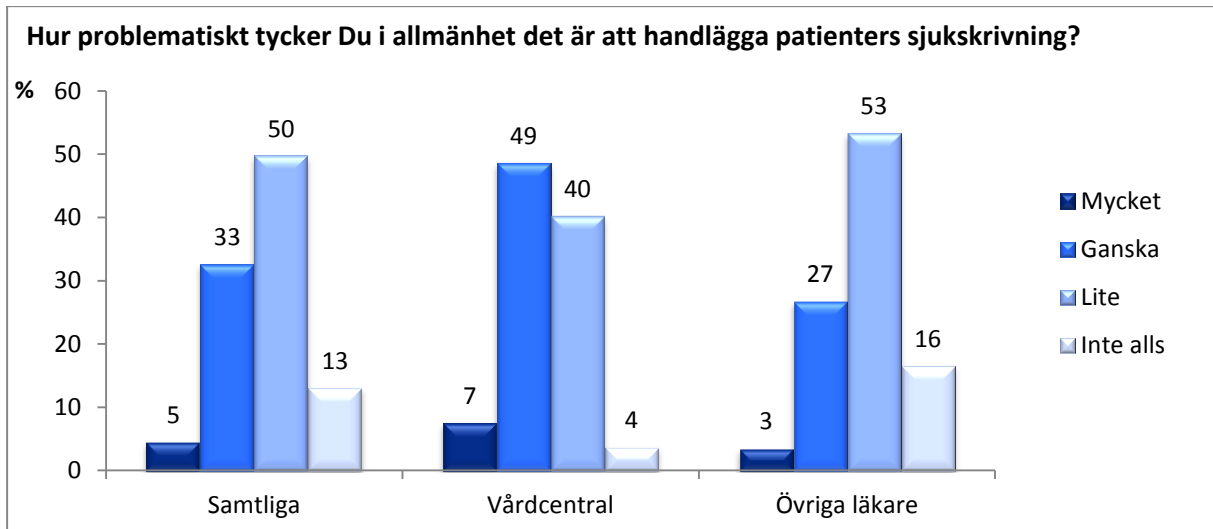
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Inledningsvis fanns en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska. En dryg fjärdedel (28 %) av läkarna rapporterade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång i veckan. Det var en betydligt högre andel bland läkarna vid vårdcentraler (43 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (22 %) som svarade detta (Figur 11).



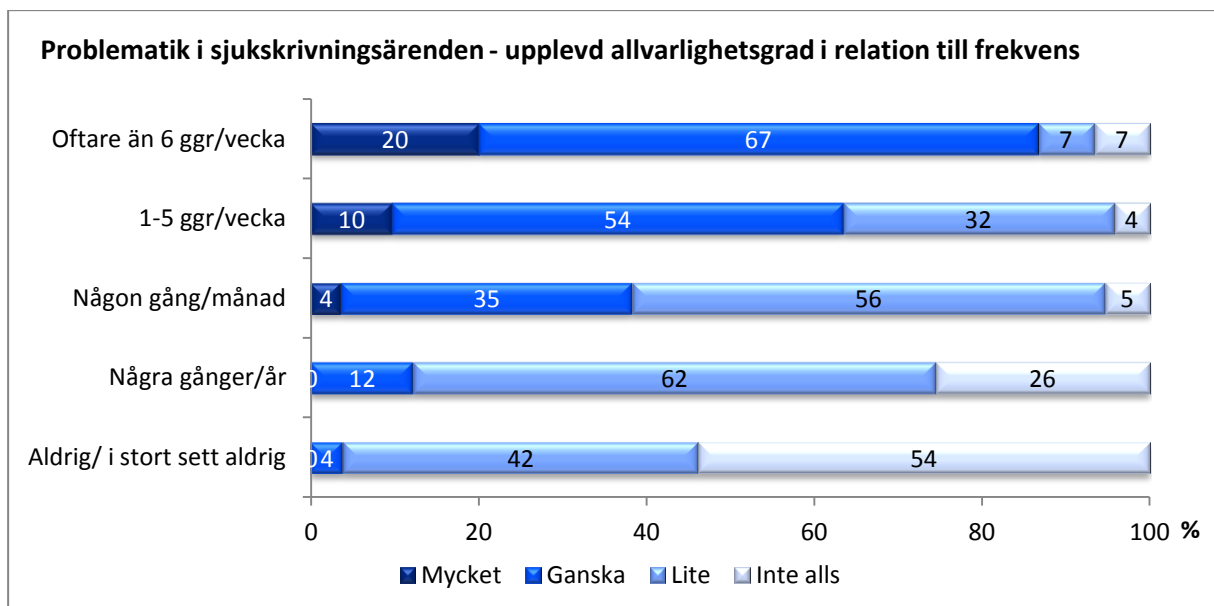
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* sjukskrivande läkare generellt tyckte att det är problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det är att handlägga patienters sjukskrivning. Över hälften (56 %) av läkarna vid vårdcentraler tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt, jämfört med nästan var tredje (30 %) av läkarna i övriga verksamheter. Samtidigt svarade en lägre andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter att det inte alls är problematiskt att handlägga sjukskrivningar (Figur 12).



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

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



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

Problem med sjukskrivningsärenden i Västerbotten och övriga landsting

Hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varierade något mellan de olika landstingen. I Västerbotten uppgav drygt var fjärde (28 %) att de upplevde

sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Lägst andel (26 %) som upplevde detsamma fanns i Östergötland, medan störst andel (40 %) fanns i Jämtland. Variationen mellan landstingen vad gällde andelen som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde problem var mindre. I Jönköping, Kronoberg och Jämtland var den minst (5 %), i Stockholm och Östergötland störst (10 %). Sambandet mellan frekvens och allvarlighetsgrad förelåg även i andra landsting, Östergötland hade lägst andel läkare (35 %) som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar medan Jämtland hade högst andel (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 49) respektive Samverkan och kontakter (sidan 54) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 65 procent angav det som mycket eller ganska problematiskt. Motsvarande siffra för bedömning av patienter som har ett arbete var 59 procent. Drygt hälften av läkarna ansåg också att det var mycket eller ganska problematiskt att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga. Generellt svarade en högre andel av läkarna vid vårdcentraler att de upplever de specifika problem som presenteras i Tabell 5 som problematiska, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	10	34	41	15
	Vårdcentral	20	48	27	6
	Övriga läkare	7	29	46	18
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	7	26	45	22
	Vårdcentral	14	43	36	7
	Övriga läkare	4	20	48	28
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	22	36	33	9
	Vårdcentral	35	50	15	1
	Övriga läkare	18	31	39	12
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	31	34	25	10
	Vårdcentral	48	36	13	3
	Övriga läkare	24	33	29	13
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	11	36	44	10
	Vårdcentral	18	49	31	3
	Övriga läkare	9	31	48	12
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	20	32	34	14
	Vårdcentral	30	48	19	4
	Övriga läkare	17	26	39	18
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	5	18	46	31
	Vårdcentral	7	24	51	18
	Övriga läkare	5	16	44	36
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	Samtliga	13	35	37	14
	Vårdcentral	19	49	26	6
	Övriga läkare	11	30	41	17

Olika typer av situationer i arbetet med sjukskrivning

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

Två av fem läkare (40 %) upplevde 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. En nästan lika stor andel (37 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att i sjukskrivningsärenden diskutera psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådana problem. En större andel av vårdcentralsläkarna upplevde dessa ärenden som mycket eller ganska problematiska, jämfört med övriga läkare (Tabell 6).

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	3	18	49	30
	Vårdcentral	5	27	50	19
	Övriga läkare	2	14	49	34
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	6	22	45	27
	Vårdcentral	6	33	49	12
	Övriga läkare	6	18	44	32
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	8	29	39	24
	Vårdcentral	10	40	38	12
	Övriga läkare	7	25	39	29
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	10	19	48	23
	Vårdcentral	20	29	36	15
	Övriga läkare	7	16	52	25
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	14	26	37	23
	Vårdcentral	25	37	30	8
	Övriga läkare	10	21	40	29

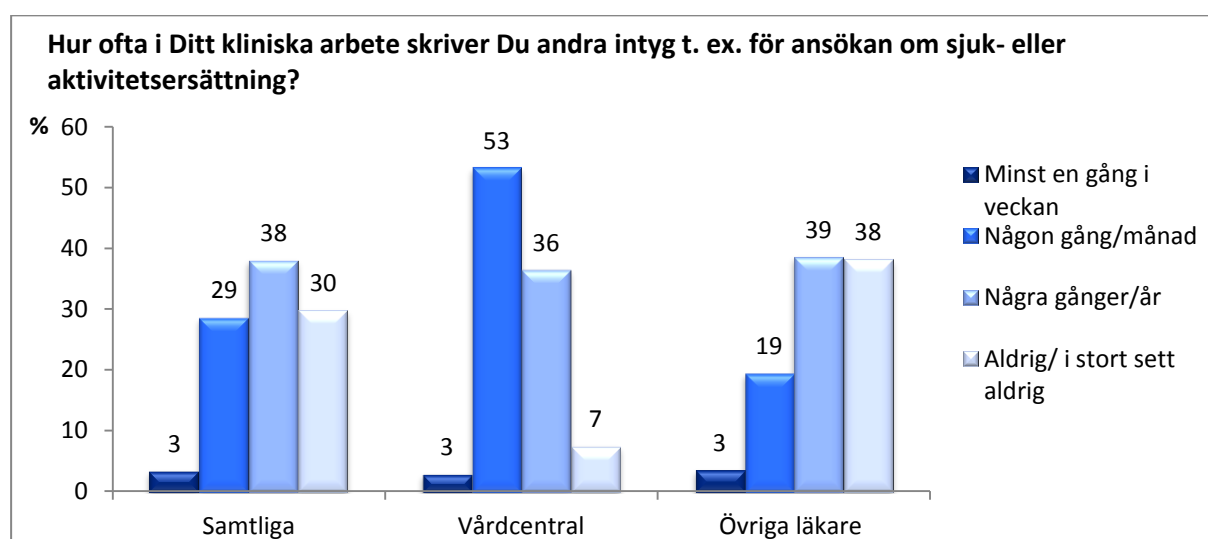
När det handlade om att skriva läkarintyg, och särskilt att skriva mer omfattande intyg, till Försäkringskassan upplevde en större andel av läkarna detta som problematiskt, till exempel jämfört med att hantera dokumentationskravet (38, 129), det vill säga att veta vad i ett sjukskrivningsärende som ska dokumenteras i journalen (Tabell 7). Mest problematiskt rapporterades det vara att skriva andra typer av medicinska intyg/utlåtanden än läkarintyget (FK 7263); 56 procent av de tre fjärdedelar för vilka det var aktuellt att skriva sådana intyg fann detta som mycket eller ganska problematiskt.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	10	27	40	22
	Vårdcentral	11	33	42	14
	Övriga läkare	9	25	40	26
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga ¹	19	36	33	11
	Vårdcentral ²	25	40	26	8
	Övriga läkare ³	16	34	36	13
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	4	12	35	49
	Vårdcentral	2	14	41	43
	Övriga läkare	5	12	32	51

¹⁻³ De läkare som svarade att det inte är aktuellt att skriva denna typ av intyg är exkluderade i analyserna; ¹: 25 %, ²: 7 %, ³: 32 %.

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7236 svarade 30 procent att de aldrig gör detta. Andelen som aldrig gjorde detta var betydligt mindre vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (7 % jämfört med 38 %) (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.

Det fanns 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). Majoriteten av läkarna svarade att de inte alls upplever det som problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varade mer än två veckor. För frågorna om sjukskrivning längre än 14 dagar fanns svarsalternativet 'Ej aktuellt'. En större andel av läkarna i övriga verksamheter jämfört med läkarna vid vårdcentraler uppgav att dessa frågor inte är aktuella i deras yrkesutövande, framförallt när det gällde sjukskrivningar mellan tre och sex månader (19 jämfört med 1 %) och sjukskrivningar längre än sex månader (28 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 (78 jämfört med 52 %) som för sjukskrivningar längre än sex månader (86 jämfört med 59 %).

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga ...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	1	5	28	66
	Vårdcentral	1	2	36	61
	Övriga läkare	1	6	25	68
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga ¹	6	25	45	24
	Vårdcentral ²	8	40	41	11
	Övriga läkare ³	5	20	46	29
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga ⁴	22	38	26	14
	Vårdcentral ⁵	36	42	19	3
	Övriga läkare ⁶	16	36	29	19
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga ⁷	37	31	19	14
	Vårdcentral ⁸	54	32	11	3
	Övriga läkare ⁹	28	31	22	19

¹⁻⁹ De läkare som svarade att det inte är aktuellt att handlägga längre sjukskrivningar är exkluderade i analyserna; ¹: 3 %, ²: 1 %, ³: 4 %, ⁴: 14 %, ⁵: 1 %, ⁶: 19 %, ⁷: 22 %, ⁸: 6 %, ⁹: 28 %.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

En tredjedel av samtliga sjukskrivande läkare uppgav att de minst någon gång per månad träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada, detta var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler (47 %) än bland dem i övriga verksamheter (28 %) (Tabell 9). En fjärdedel av läkarna sade minst en gång i månaden nej till en patient som önskade sjukskrivning och även detta svar var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler (39 jämfört med 21 %). Att patienten själv sa nej till en sjukskrivning läkaren föreslog svarade 15 procent av samtliga läkare hände minst någon gång per månad. Konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång per månad angavs av en dubbelt så stor andel läkare vid vårdcentraler som i övriga verksamheter (31 jämfört med 13 %).

Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; en dryg tredjedel uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom. En större andel bland läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (52 jämfört med 32 %) svarade att de gjorde detta minst en gång per månad.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	Samtliga	3	16	32	50
	Vårdcentral	5	26	41	28
	Övriga läkare	2	12	28	58
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	6	27	38	29
	Vårdcentral	9	37	42	11
	Övriga läkare	5	23	36	35
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	1	13	38	47
	Vårdcentral	0	18	50	33
	Övriga läkare	2	12	33	53
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	2	24	53	21
	Vårdcentral	3	36	54	7
	Övriga läkare	2	20	52	26
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	8	29	38	24
	Vårdcentral	11	41	32	16
	Övriga läkare	7	25	40	28

Oro och hot

Fyra procent svarade att de upplevde någon av situationerna listade i Tabell 10 minst någon gång per månad (ej visat i figur). En tiondel (9 %) av läkarna vid vårdcentraler kände sig minst några gånger per år hotade av patienter i samband med ett sjukskrivningsärende. För läkarna i övriga verksamheter var den andelen sju procent. Arton procent av läkarna vid vårdcentraler upplevde minst någon gång per år att patienter uppgav att de tänkte byta läkare om de inte blev sjukskrivna och tolv procent oroade sig för att patienter faktiskt skulle byta läkare om de inte blev sjukskrivna. Detta var mindre vanligt bland läkare i övriga verksamheter där motsvarande andelar var fem respektive tre procent.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	0	3	5	91
	Vårdcentral	0	6	7	87
	Övriga läkare	0	2	5	93
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	0	2	6	93
	Vårdcentral	0	2	8	91
	Övriga läkare	0	1	5	93
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	1	5	94
	Vårdcentral	0	2	10	88
	Övriga läkare	0	1	2	97
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	0	2	7	92
	Vårdcentral	0	3	15	82
	Övriga läkare	0	1	4	95

Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar

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

En dryg fjärdedel (28 %) av läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan. Detta var vanligare bland läkare vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (43 jämfört med 22 %). Närmare 40 procent av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Även detta upplevde läkare vid vårdcentraler i högre utsträckning än övriga läkare (56 jämfört med 30 %).

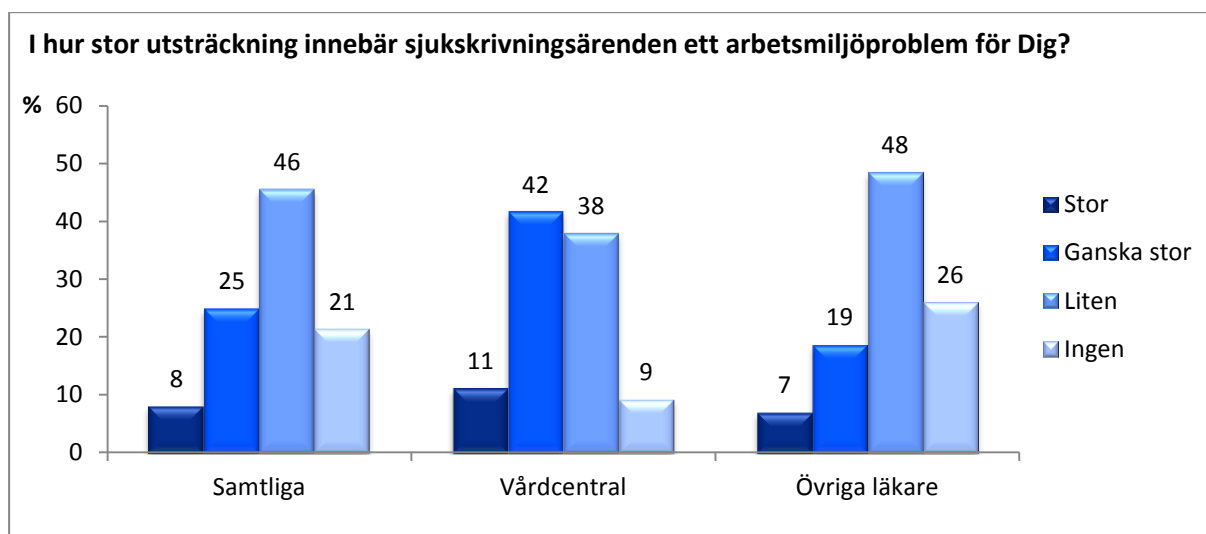
Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att uppleva arbetet med sjukskrivningar som mycket problematiskt.

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 arbetsförmåga, att bedöma långsiktig prognos av arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar samt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden. För läkare vid vårdcentraler upplevdes därutöver även att handlägga förlängning av andra läkares sjukskrivningar samt att bedöma nedsatt funktionsförmåga som särskilt problematiska. Läkare i övriga verksamheter upplevde ofta situationer när olika åsikter om en patients sjukskrivning förekommer i vårdteamet som problematiska.

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

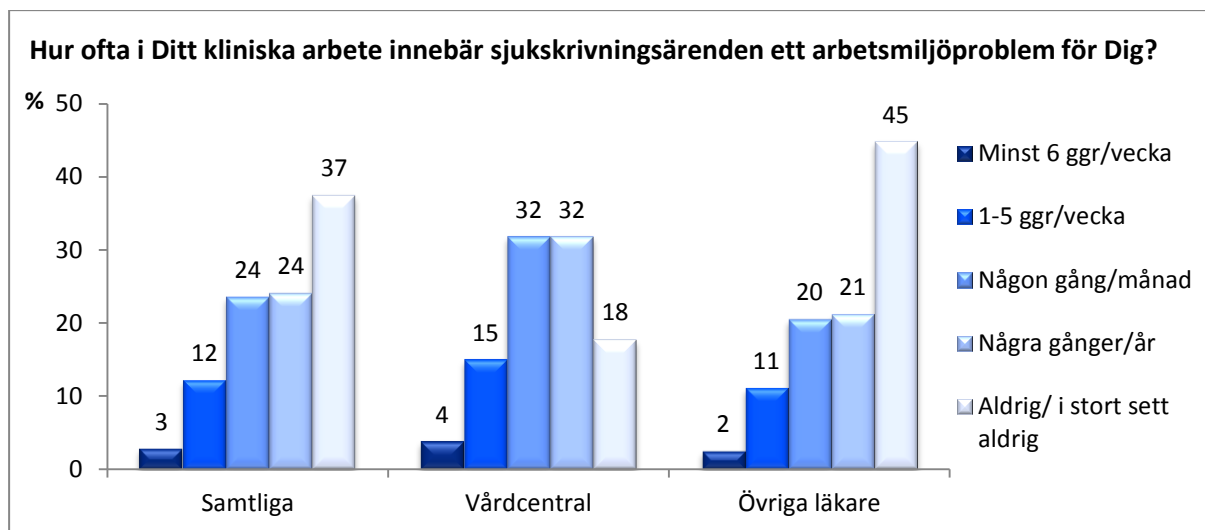
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (34, 65, 112, 130, 131). Därför ställdes ett par frågor om *i vilken utsträckning* sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem, samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. En tredjedel (33 %) av läkarna svarade att de upplever att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning (Figur 15). En femtedel (21 %) svarade att sjukskrivningsärenden inte innebär ett arbetsmiljöproblem. Det förelåg stora skillnader mellan läkarna beroende på var de hade sin arbetsplats. Över hälften (53 %) av läkarna vid vårdcentraler angav att de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning, jämfört med en fjärdedel (26 %) av övriga läkare.



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

På frågan *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem svarade 37 procent av samtliga läkare att de aldrig eller i stort sett aldrig gör det, medan 15 procent svarade att de innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (Figur 16). Även här fanns skillnader mellan läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter, en betydligt större andel (45 %) av läkarna i övriga verksamheter upplevde aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, jämfört med läkarna vid vårdcentraler (18 %).



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 Västerbotten, jämfört med övriga landsting

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

När det gällde hur ofta läkarna upplevde att arbetet med sjukskrivningar innebar ett arbetsmiljöproblem tyckte 16 procent av alla svarande läkare i landet att så var fallet minst en gång per vecka, en andel som i Västerbotten var lika stor (15 %). Även här hade Jämtland högst andel (29 %) av landets landsting. Lägst var andelen i Stockholm (14 %)

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av en tredjedel, 33 procent, av de sjukskrivande läkarna i Västerbotten. Störst andel fanns bland läkarna vid vårdcentraler, där över hälften, 53 procent, ansåg att sjukskrivning innebär ett arbetsmiljöproblem. Femton procent av läkarna svarade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka. En större andel av läkarna i övriga verksamheter än läkarna vid vårdcentraler svarade att de i stort sett aldrig upplever sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Några möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt som angavs av läkarna var väntetider till behandling och utredning inom sjukvården (Tabell 11). Hälften av läkarna vid vårdcentraler svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av dessa orsaker minst någon gång per månad, medan motsvarande andel för läkarna i övriga verksamheter är mindre än var femte.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av ...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	Samtliga	6	20	40	33
	Vårdcentral	12	42	37	8
	Övriga läkare	4	12	42	42
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	2	11	24	63
	Vårdcentral	5	21	43	31
	Övriga läkare	1	7	17	75
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	1	8	22	69
	Vårdcentral	4	13	42	42
	Övriga läkare	0	6	14	80
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	2	9	26	64
	Vårdcentral	3	18	46	33
	Övriga läkare	1	5	19	75
... väntetider till behandling?	Samtliga	5	22	45	28
	Vårdcentral	8	41	44	7
	Övriga läkare	4	15	46	36

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 14 procent att de sjukskriver längre än nödvändigt av denna anledning minst någon gång per månad och andelen var betydligt högre bland vårdcentralsläkare (23 %) än bland läkare i övriga verksamheter (11 %) (Tabell 12). Var femte läkare vid vårdcentraler (21 %) och knappt var tionde i övriga verksamheter (8 %) uppgav även att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av att patienter 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	5	10	21	65
	Vårdcentral	9	14	31	46
	Övriga läkare	3	8	18	72
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	3	6	16	75
	Vårdcentral	7	13	32	49
	Övriga läkare	1	4	10	85
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	3	7	20	70
	Vårdcentral	7	13	30	50
	Övriga läkare	1	5	16	77
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	2	10	31	57
	Vårdcentral	2	19	48	31
	Övriga läkare	2	7	25	67
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	1	3	24	72
	Vårdcentral	2	5	35	58
	Övriga läkare	0	3	20	77
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	1	3	15	82
	Vårdcentral	1	3	27	69
	Övriga läkare	0	4	10	86
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	1	4	21	75
	Vårdcentral	1	6	41	52
	Övriga läkare	0	3	13	83
... annan anledning?	Samtliga	1	2	6	92
	Vårdcentral	1	2	10	87
	Övriga läkare	0	2	4	93

Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården samt brist på återbesökstider. Fem till sex procent av läkarna sjukskrev längre än nödvändigt på grund av respektive orsak så ofta som varje vecka. Läkarna vid vårdcentraler angav i betydligt högre utsträckning än läkarna i övriga verksamheter att de sjukskriver patienter längre än nödvändigt av dessa anledningar.

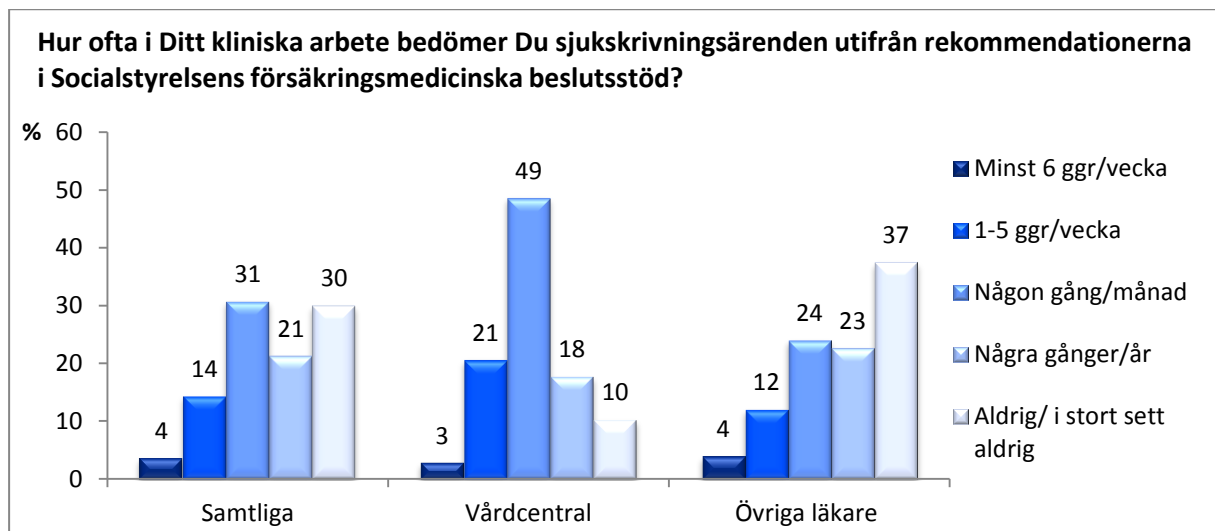
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Under år 2007 och 2008 infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (35, 36). Den övergripande vägledningen reviderades 2012 och det diagnosspecifika beslutsstödet uppdateras fortlöpande.

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

Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?

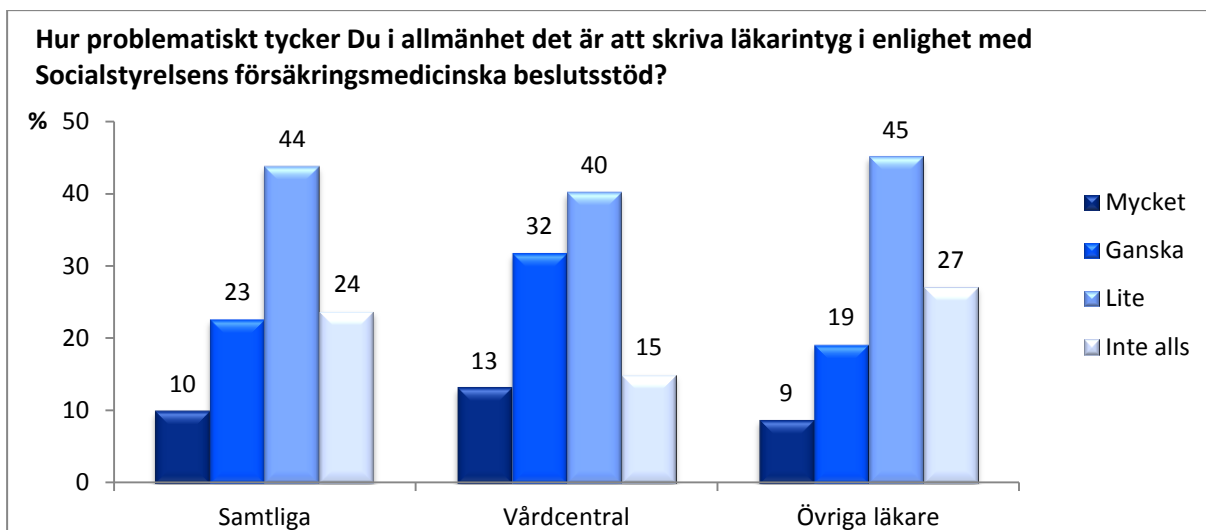
Närmare hälften av läkarna, 49 procent, uppgav att de använder beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 17). Användandet skiljde sig åt mellan läkarna vid vårdcentraler och övriga läkare. Närmare tre av fyra (72 %) av dem på vårdcentral använde beslutsstödet minst någon gång per månad, medan motsvarande siffra för läkarna i övriga verksamheter var två av fem (40 %).



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

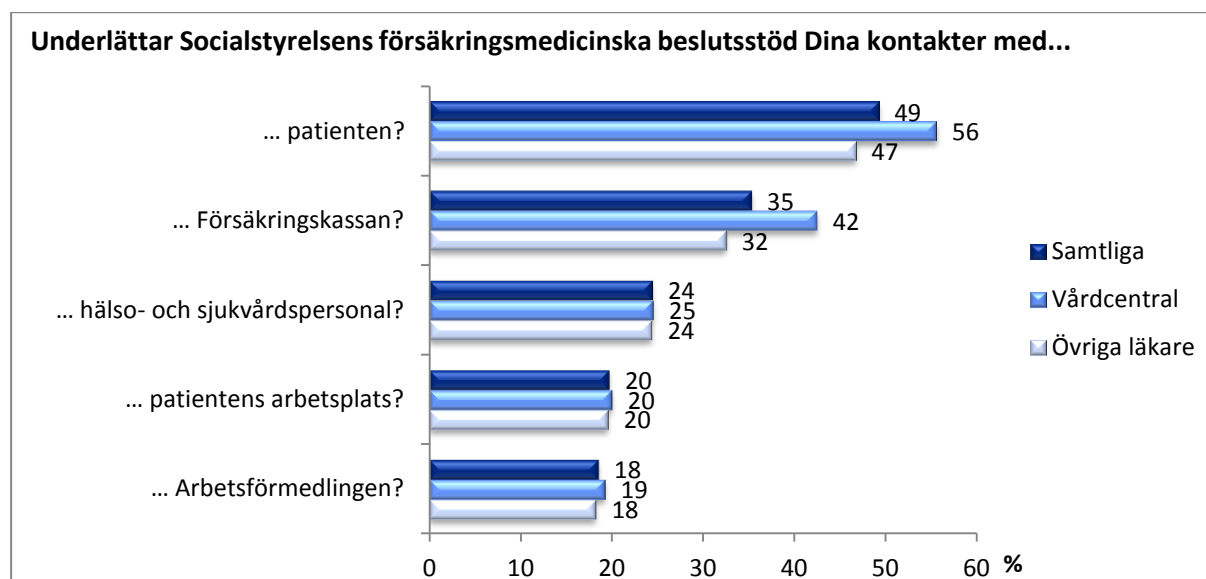
Trettiofyra procent av samtliga läkare uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 18). Andelen var högre bland läkarna vid vårdcentraler (45 %) än bland dem i övriga verksamheter (28 %).



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.

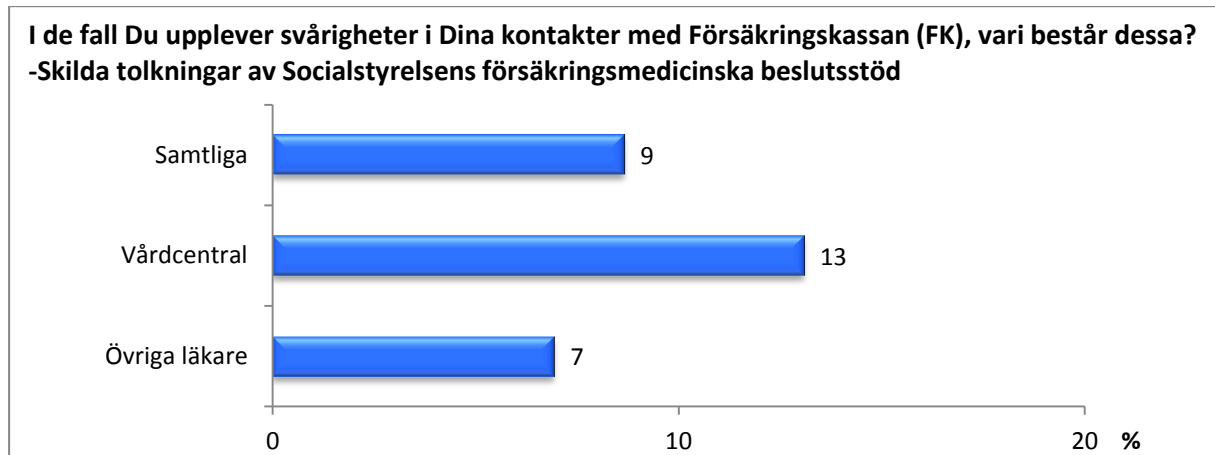
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

I Figur 19 visas att hälften av de sjukskrivande läkarna ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. En tredjedel menade att beslutsstödet underlättar kontakterna med Försäkringskassan. En större andel bland läkarna vid vårdcentraler jämfört med övriga verksamheter ansåg att beslutsstödet underlättar vad gäller både kontakter med patienten och med Försäkringskassan. En mindre andel av läkarna ansåg att kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet och här fanns heller inga skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som kryssat i att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



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

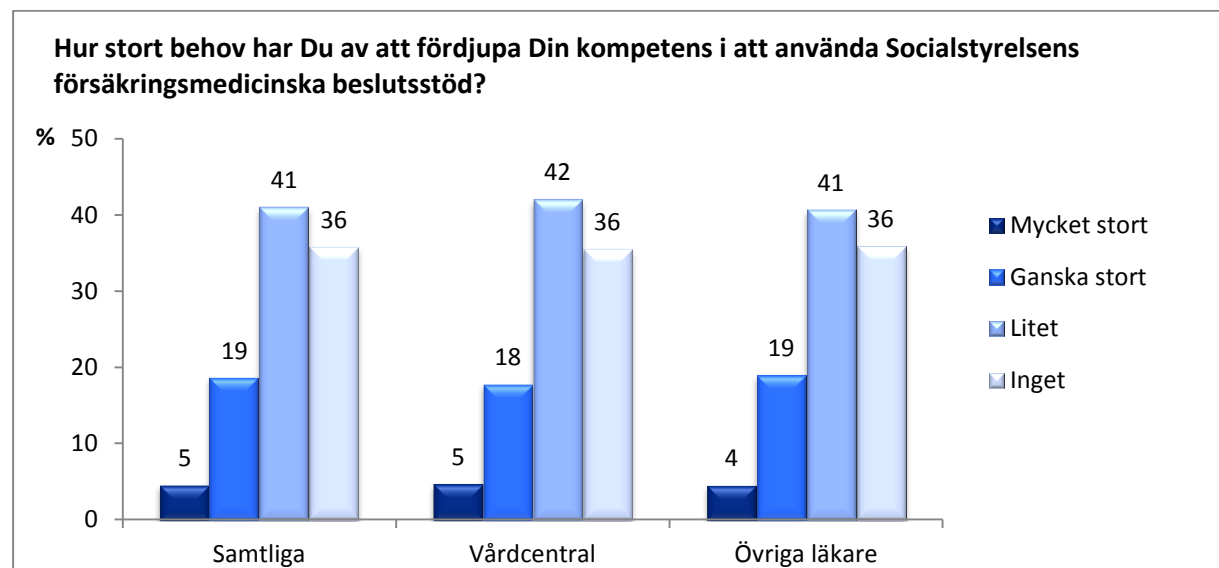
En tiondel av de sjukskrivande läkarna uppgav att de upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan på grund av att de och Försäkringskassan har skilda tolkningar av beslutsstödet. Detta angavs av en större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter (Figur 20).



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.

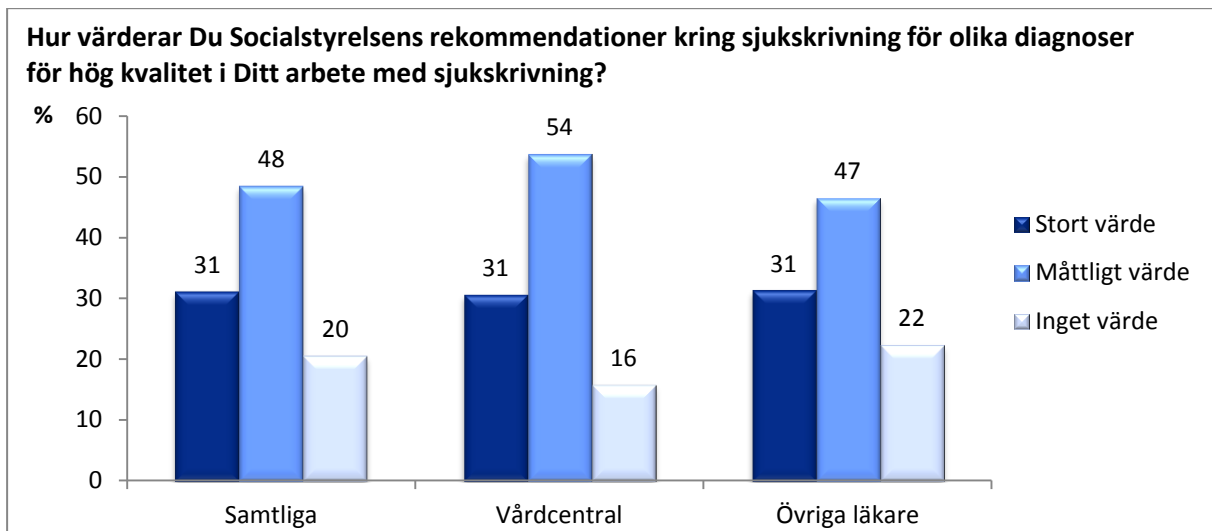
Behov av fördjupad kompetens

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



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

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En knapp tredjedel av läkarna ansåg att beslutsstödet har stort värde, medan en femtedel däremot ansåg att beslutsstödet inte har något sådant värde (Figur 22).



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 Västerbotten jämfört med övriga landsting

Nästan hälften av alla svarande läkare i hela landet (47 %) och i Västerbotten (49 %) svarade att de använde beslutsstödet minst någon gång per månad. Lägst var denna andel i Jämtland och Stockholm (42 % respektive 43 %) och högst i Kalmar (57 %).

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

Sett till hela landet varierade andelen läkare som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med minst en av de andra aktörerna; från 51 procent i Blekinge och Värmland till 64 procent i Dalarna. Av svaren framgick att underlättandet främst gällde kontakten med patienten. Vissa skillnader fanns mellan landstingen. Lägst andel som ansåg att beslutsstödet underlättade kontakten med patienten fanns i Kronoberg (41 %), och högst var andelen i Västerbotten och Norrbotten (55 %). När det gäller kontakten med Försäkringskassan ansåg 36 procent av läkarna i hela landet att beslutsstödet underlättade denna. Variationen mellan landsting var från 24 procent i Jämtland till 40 procent i Kalmar och Västernorrland. I Västerbotten var andelen 35 procent.

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

En fjärdedel (25 %) av läkarna i landet uppgav att de har ett mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens i att använda beslutsstödet. Detta behov angavs även av var fjärde läkare i Västerbotten (23 %).

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

Sammanfattning om beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd för läkare i arbetet med sjukskrivningar. Hälften av läkarna använder det varje månad. Dock angav var tredje det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, och bland läkarna vid vårdcentraler var andelen närmare hälften. Var fjärde läkare uppgav ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom att använda beslutsstödet.

Beslutsstödet angavs underlätta kontakten med patienten av hälften av läkarna och kontakten med Försäkringskassan av en dryg tredjedel. Även kontakter med andra aktörer såsom hälso- och sjukvårdspersonal, Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats uppgavs underlättas av en betydande andel läkare. En tredjedel av läkarna svarade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Samverkan och kontakter

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 13 och Tabell 14 förekom det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket drygt var femte läkare svarade att de gör minst en gång per vecka. Bland läkarna vid vårdcentraler var andelen en tredjedel. Knappt hälften av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	2	13	40	45
	Vårdcentral	1	28	60	11
	Övriga läkare	2	8	32	58
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	15	25	23	37
	Vårdcentral	30	50	21	
	Övriga läkare	10	16	24	51
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	22	26	23	28
	Vårdcentral	44	50	7	
	Övriga läkare	14	17	30	39
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	6	23	42	29
	Vårdcentral	10	43	38	8
	Övriga läkare	4	16	43	37

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

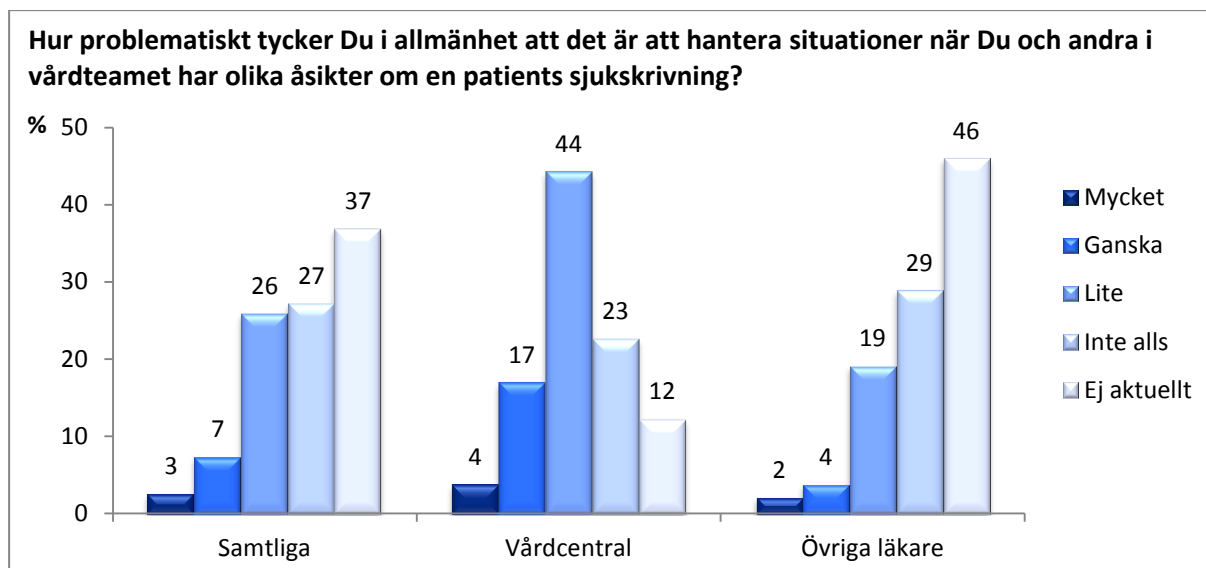
Det var mest förekommande att läkare vid vårdcentraler deltog i avstämningsmöten; var sjätte gjorde detta minst en gång per vecka, medan en av tio av övriga läkare gjorde detta. Det var också vanligare bland läkare vid vårdcentraler att ha kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden, vilket knappt var fjärde hade minst någon gång i månaden, jämfört med var tjugonde i övriga verksamheter.

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

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

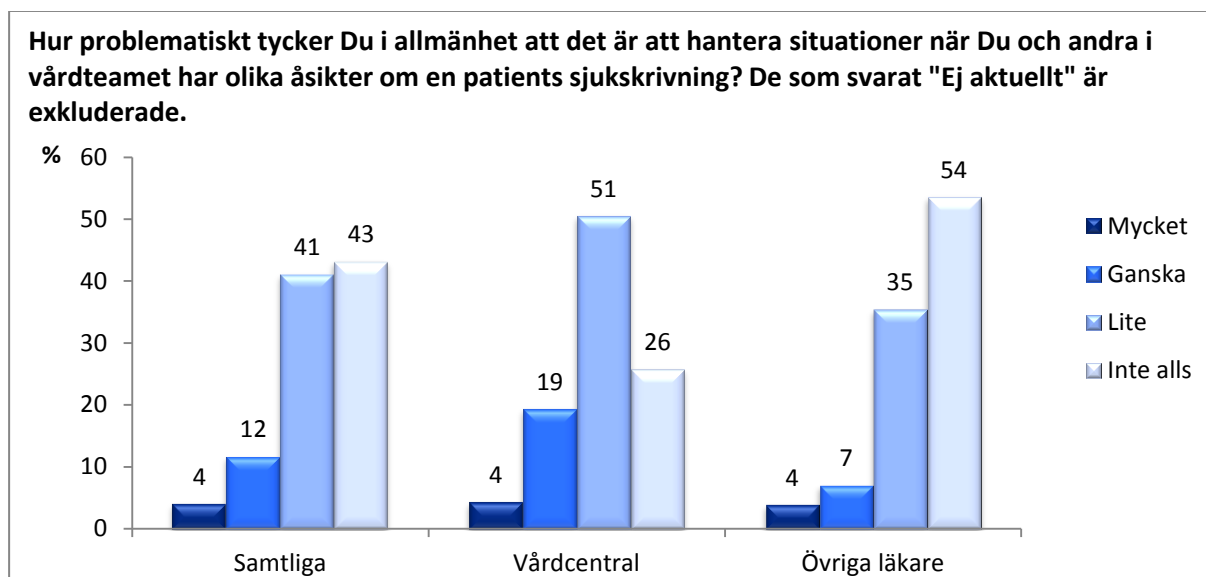
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	10	20	18	51
	Vårdcentral	16	47	33	5
	Övriga läkare	8	10	13	68
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	5	7	22	66
	Vårdcentral	3	8	43	46
	Övriga läkare	5	6	14	74
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	0	5	19	75
	Vårdcentral	0	11	40	49
	Övriga läkare	0	3	11	85
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	0	10	35	56
	Vårdcentral	0	23	60	17
	Övriga läkare	0	5	25	70
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	5	19	28	48
	Vårdcentral	8	18	25	49
	Övriga läkare	3	19	29	48

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 nära två av fem läkare uppgav att sådana situationer inte var aktuella (Figur 23). Det fanns dock en skillnad mellan läkarna vid vårdcentraler, där drygt var tionde svarade att det inte var aktuellt, och läkarna i övriga verksamheter, där nära hälften svarade detsamma. Detta 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 svaren för samma frågeställning, här har dock de som svarat ”Ej aktuellt” exkluderats i analysen. En knapp femtedel av läkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. Nära var fjärde läkare vid vårdcentral svarade att de upplever sådana situationer som mycket eller ganska problematiska, medan endast var tionde av läkarna i övriga verksamheter angav detsamma.



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

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

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

De kontakter med andra aktörer som störst andel läkare svarade att har stort värde var kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal samt kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens (Tabell 15). Ungefär två av fem respektive en tredjedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att dessa kontakter är av stort värde. För läkare vid vårdcentraler var dessa två kategorier samt samverkans-/avstämningsmöten de kontakter som flest, tre av fem, angav har stort värde.

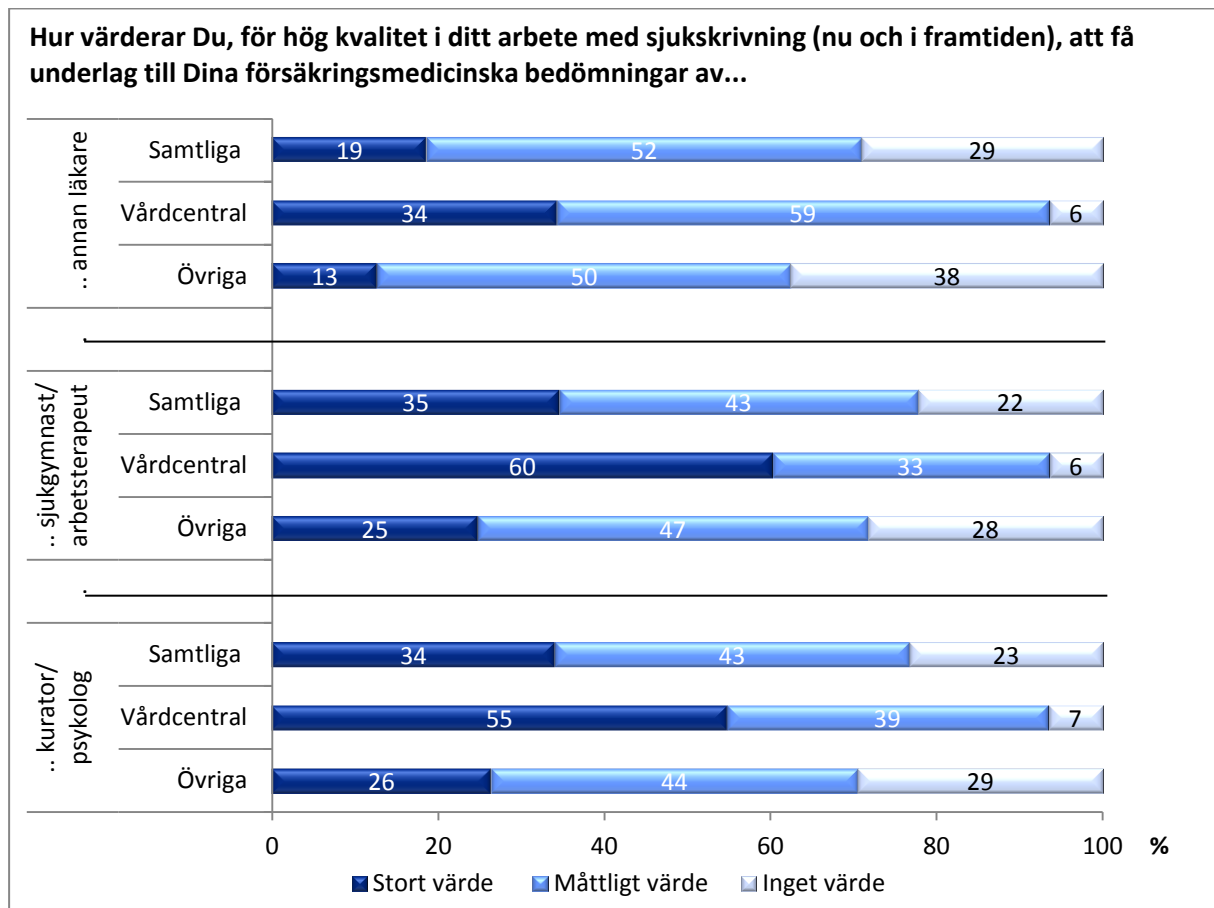
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakten med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Samtliga	39	51	10
	Vårdcentral	60	31	8
	Övriga läkare	31	59	10
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	44	45	11
	Vårdcentral	59	39	2
	Övriga läkare	39	47	14
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	28	52	19
	Vårdcentral	45	46	8
	Övriga läkare	22	55	24
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare ¹ på FK	Samtliga	23	54	23
	Vårdcentral	36	55	9
	Övriga läkare	18	54	28
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	33	41	26
	Vårdcentral	61	35	4
	Övriga läkare	23	44	34
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	20	46	34
	Vårdcentral	33	55	12
	Övriga läkare	15	42	43
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	17	56	27
	Vårdcentral	26	70	4
	Övriga läkare	14	50	36

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

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

En dryg tredjedel av läkarna svarade att det är av stort värde att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från sjukgymnast/arbetsterapeut liksom från kurator/psykolog, samtidigt menade knappt var fjärde att detta saknar värde (Figur 25). Att få underlag av annan läkare angavs av var tredje inte ha något värde, medan endast var femte svarade att det är av stort värde. Läkarna vid vårdcentraler ansåg i betydligt högre utsträckning än läkarna i övriga verksamheter att underlag från samtliga dessa yrkeskategorier har stort värde.



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

Sammanfattning samverkan och kontakter

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

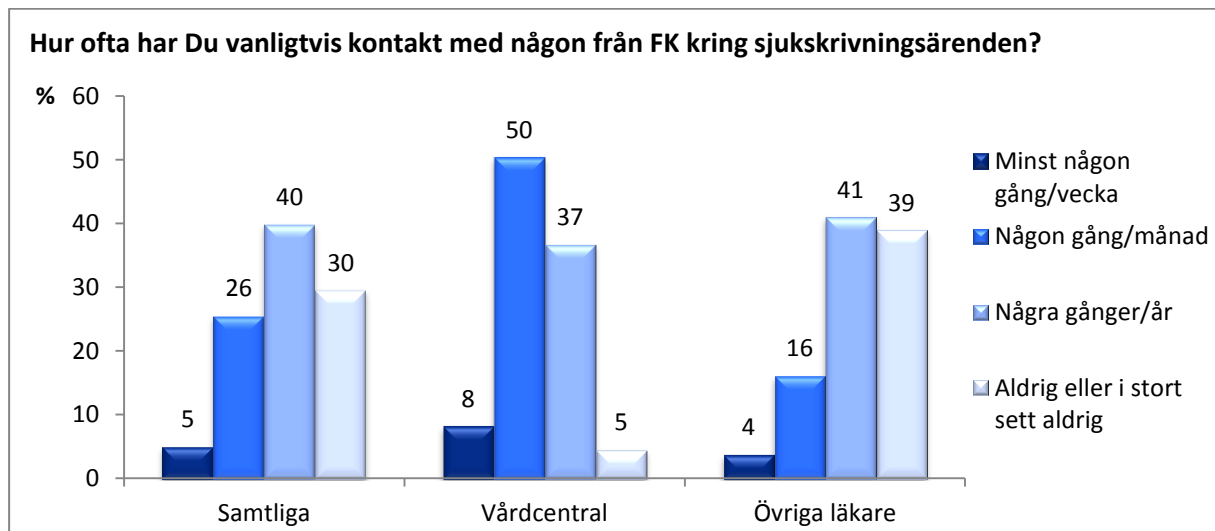
Externa kontakter i samband med sjukskrivningsärenden angavs av en mindre andel, Avstämningsmöten med arbetsgivare var den på veckobasis sett vanligaste typen av extern kontakt, både bland läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter. Tre av fem av läkarna vid vårdcentraler och var fjärde läkare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

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

Kontakter med Försäkringskassan

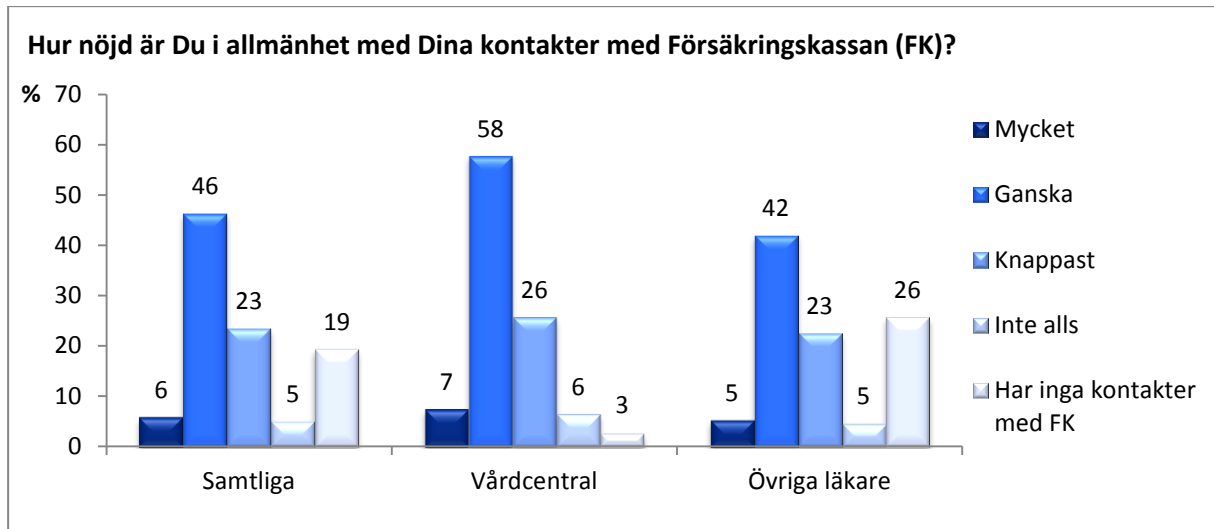
Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 70) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 54) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 49).

En knapp tredjedel av samtliga läkare uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan endast en av tjugo att de har det minst någon gång per vecka. Tre av fem (59 %) läkare vid vårdcentral svarade att de har kontakt minst någon gång per månad, jämfört med en av fem (20 %) av övriga läkare (Figur 26).



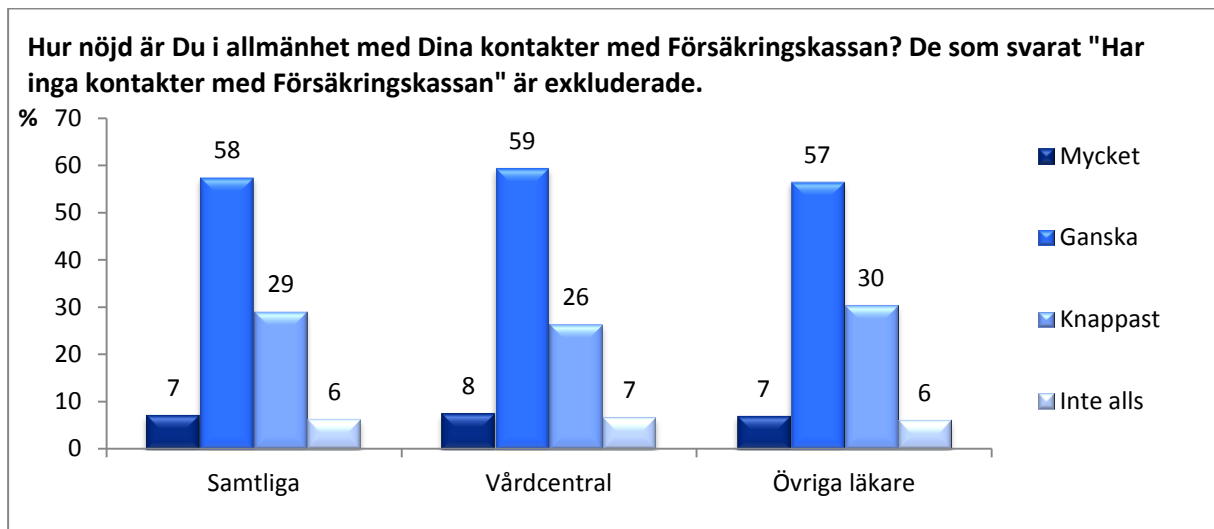
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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



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

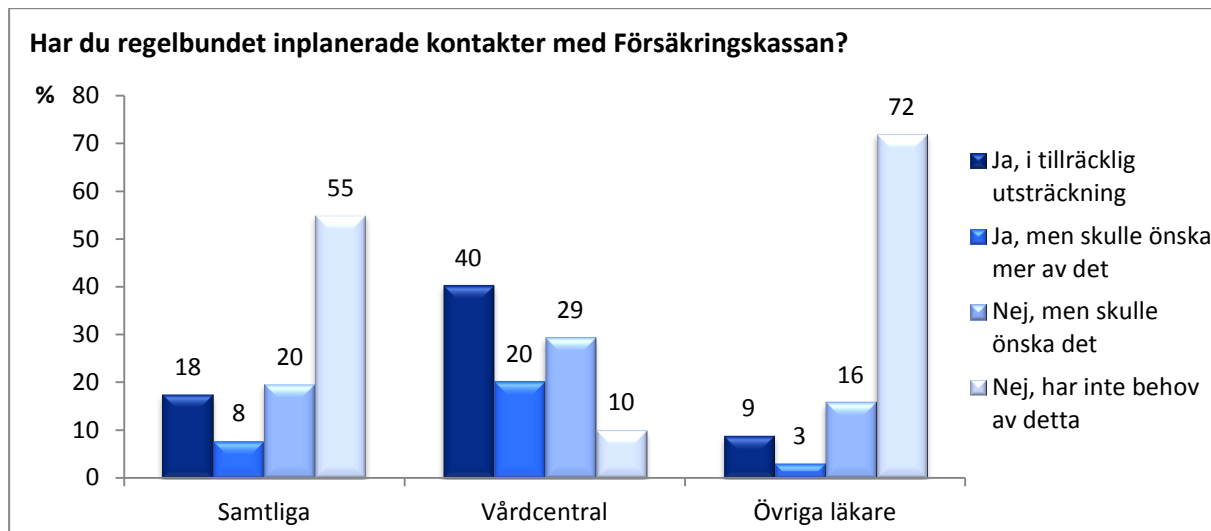
Av de 81 procent som uppgav att de har kontakter med Försäkringskassan var en majoritet (65 %) mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter (Figur 28). Bland läkarna vid vårdcentraler var denna andel två av tre (67 %) och bland de i övriga verksamheter rapporterade knappt tre av fyra (64 %) detsamma.



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.

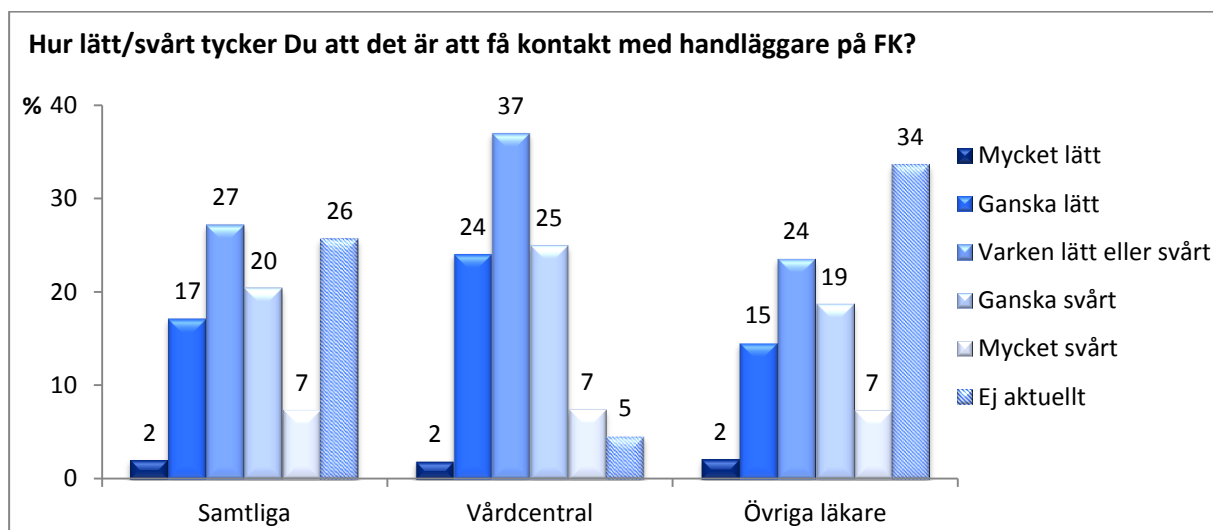
På frågan om förekomst av regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, till exempel avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade var tredje läkare att de hade sådana (Figur 29). Var femte uppgav att de inte har denna typ av kontakter men önskade det, drygt hälften svarade att de inte har dessa regelbundet inplanerade kontakter och inte heller anser sig ha behov av det. Generellt så var andelen som angav behov av denna typ av kontakter med Försäkringskassan större bland läkarna vid vårdcentraler. Två av fem läkare angav att de har

sådana kontakter i tillräcklig utsträckning, medan varannan önskade mer av dessa. En av tio uppgav att de inte har något behov av sådana kontakter. Av läkarna i övriga verksamheter angav endast 12 procent sådana kontakter, och nära tre av fyra svarade att de varken har det eller anser sig ha behov av det.



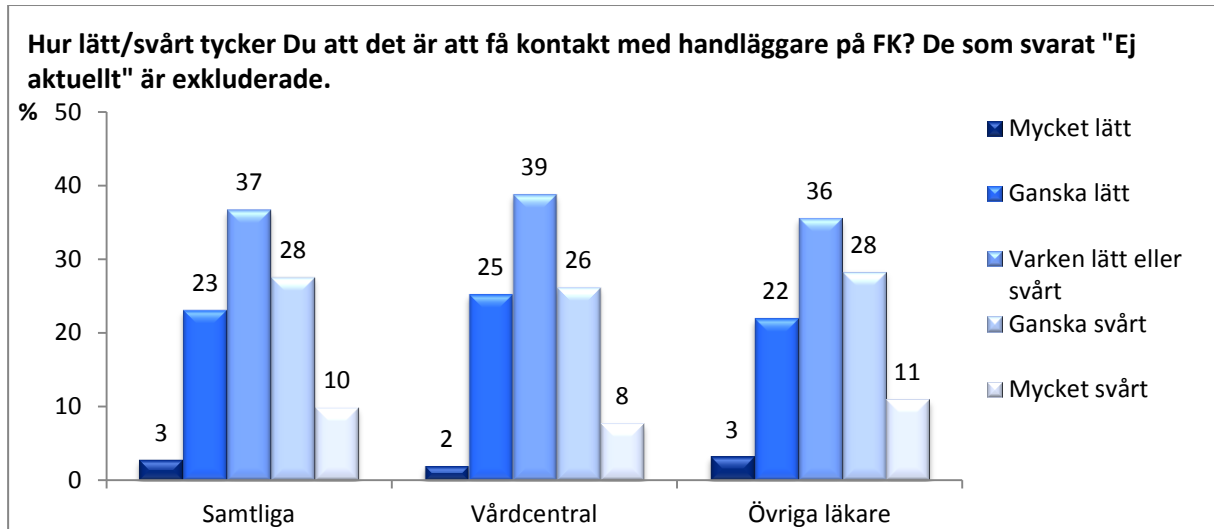
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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



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 bland de läkare som svarade "Ej aktuellt" exkluderade ur analysen. Ett liknande svarsmönster kan ses. En fjärdedel (26 %) tyckte att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt med handläggare medan knappt två av fem (37 %) tyckte att det var mycket eller ganska svårt. Skillnaderna mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter var små.

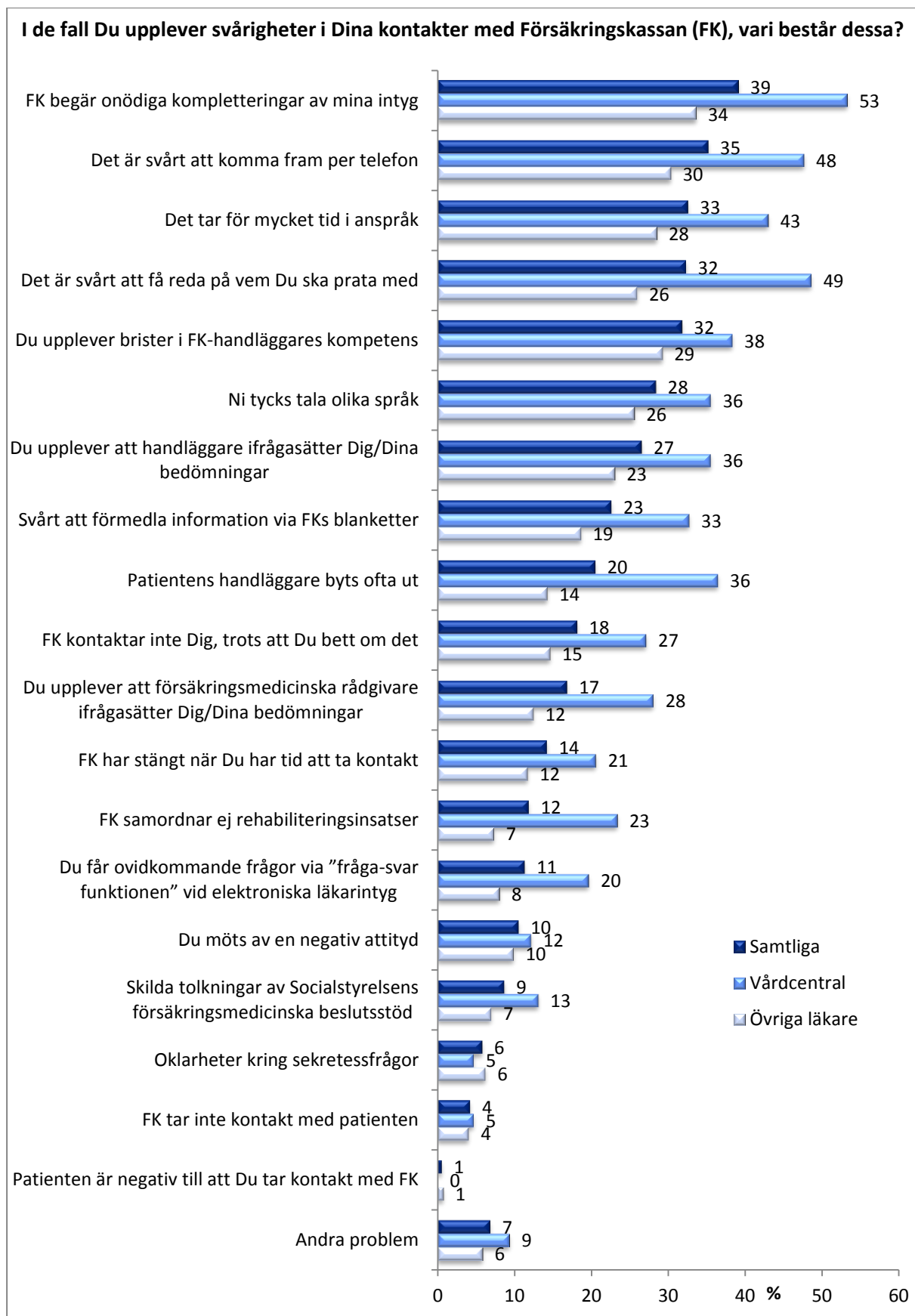


Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet större än på övriga frågor i enkäten; 7,1 procent av läkarna (n=29) svarade inte alls på frågan, och dessa läkare är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 26 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna. Av dessa hade 63 procent tidigare uppgett att de inte har några kontakter.

I Figur 32 listas olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan och andelen som uppgav att de upplevde dessa. Störst andel (39 %) uppgav att det är ett problem att Försäkringskassans handläggare "begär onödiga kompletteringar av intyg". Att det är svårt att komma fram till Försäkringskassan på telefon, att kontakterna tar för mycket tid i anspråk, att det är svårt att få reda på vem man ska prata med samt brister i handläggares kompetens angavs vardera av en tredjedel av läkarna. En större andel av läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter angav dessa svårigheter.

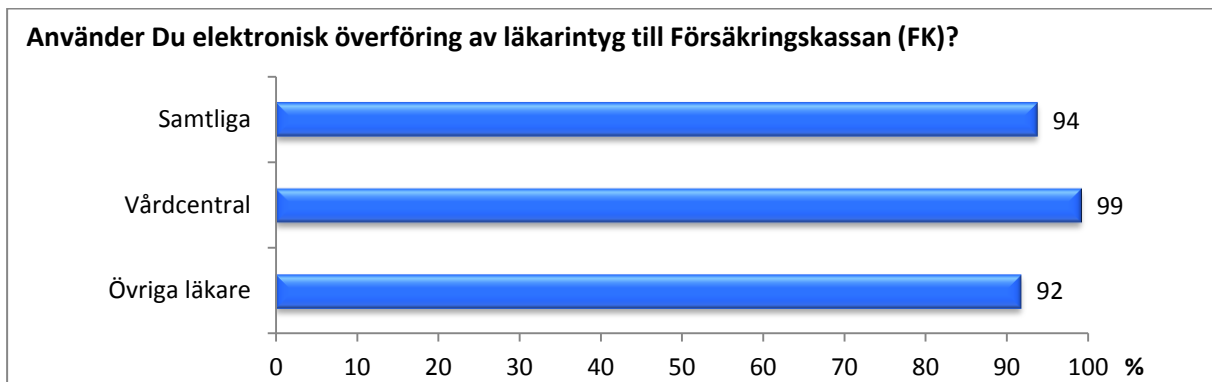


Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Elektronisk överföring av läkarintyg

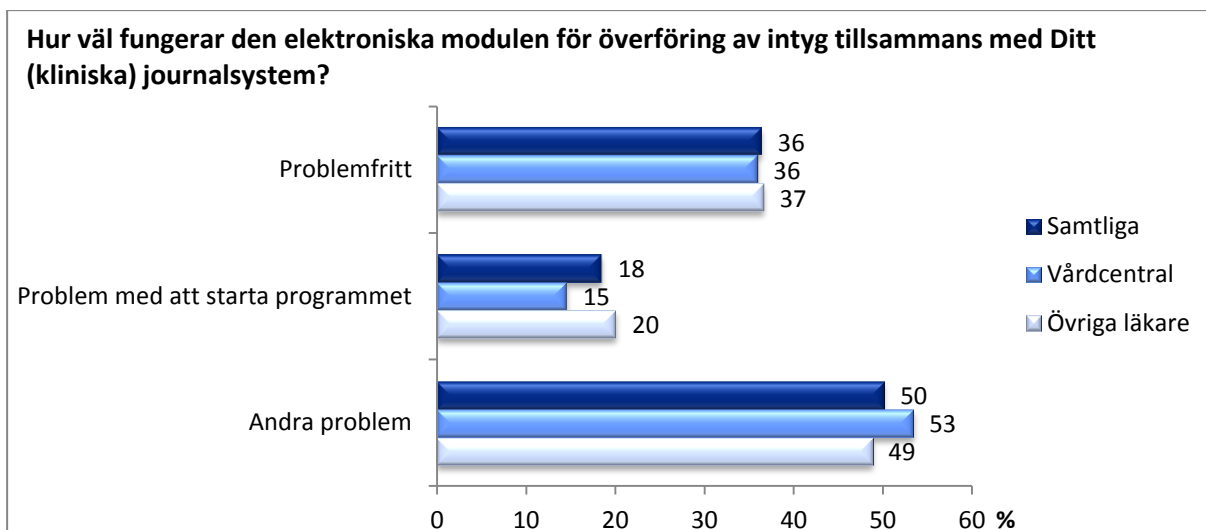
Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före det att enkäten skickades ut. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan 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 (94 %) av läkarna i Västerbotten uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Figur 33). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 94 procent, det vill säga, de 395 läkare, som svarat ”Ja” på frågan om huruvida de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.



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

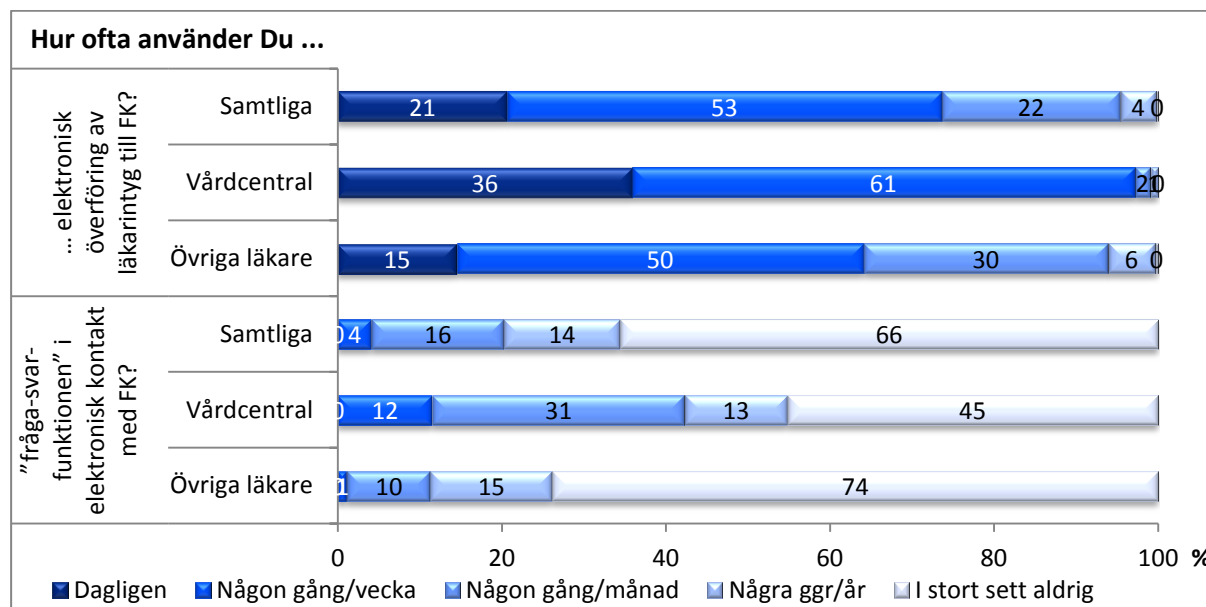
De flesta (79 %) läkare svarade att de har elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med det journalsystem de använder (ej i tabell). En dryg tredjedel av läkarna menade att systemet med elektronisk överföring fungerar problemfritt tillsammans med journalsystemet (Figur 34). Problem med att starta programmet angavs av en mindre andel, medan hälften av läkarna rapporterade 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; 74 procent angav att de använder det minst någon gång per vecka (Figur 35). Bland läkarna vid vårdcentraler angav de allra flesta (97 %) att de använder systemet varje vecka, jämfört med knappt två tredjedelar (64 %) av läkarna i övriga verksamheter.

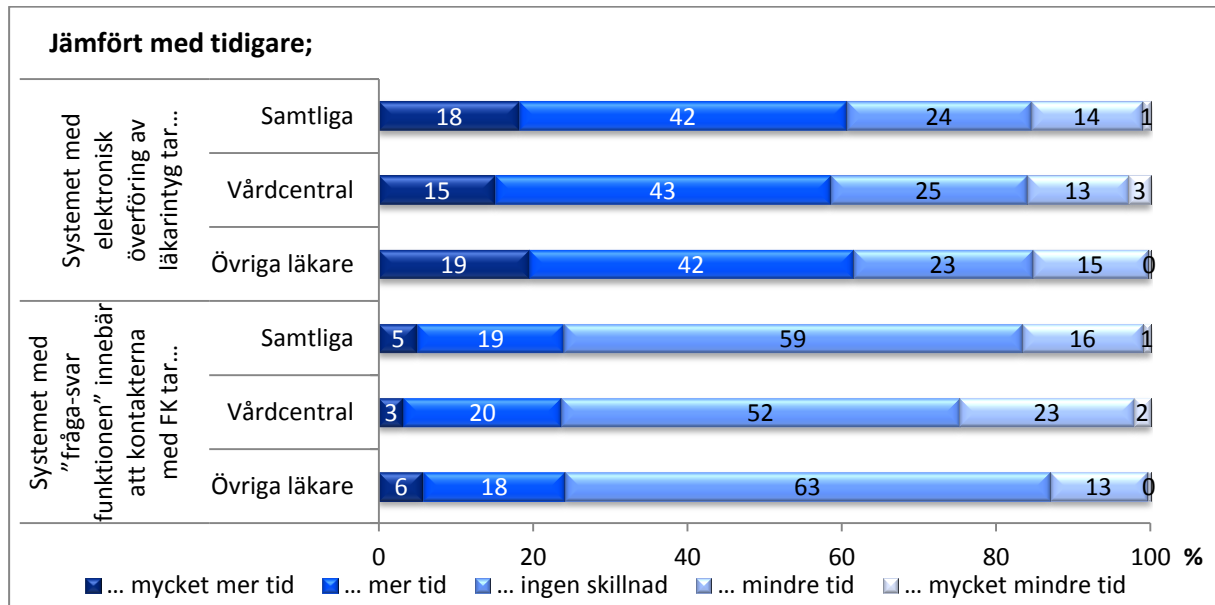
Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan. Två av tre (66 %) svarade att de i stort sett aldrig använder denna funktion. Två av fem (42 %) vårdcentralsläkare svarade att de använder funktionen minst någon gång per månad medan var tionde (11 %) av de övriga läkarna 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.

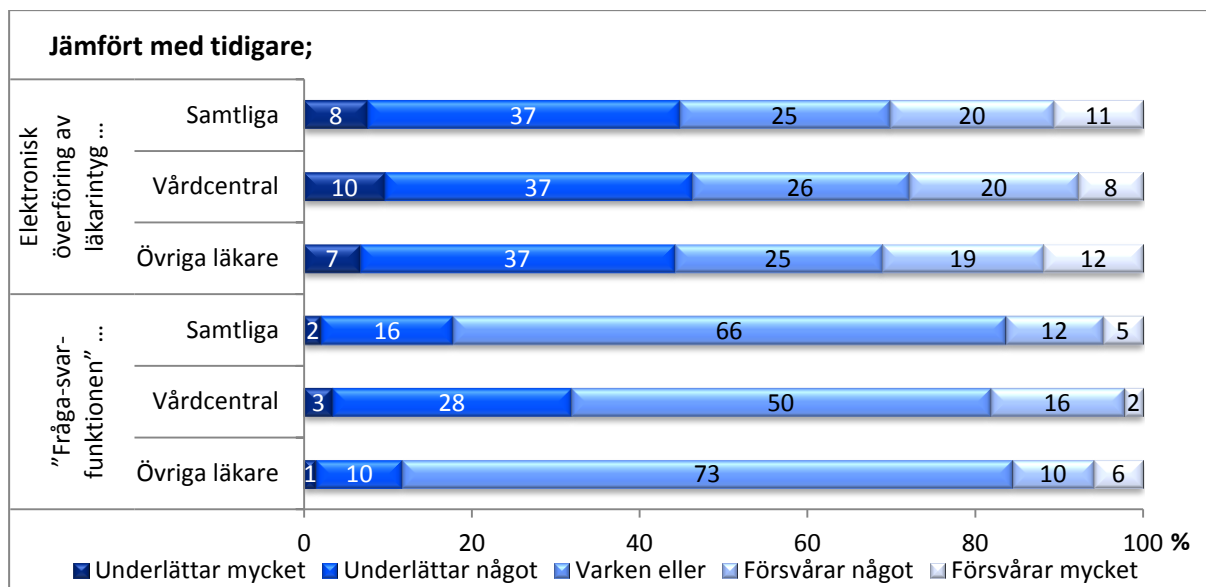
Sextio procent av läkarna tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg innebär att det tar mer tid än tidigare att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 36). En fjärdedel tyckte att systemet inte påverkar tidsåtgången och 15 procent att det innebär att intygsskrivandet tar mindre tid än tidigare.

Drygt hälften av läkarna ansåg att det inte innebär någon skillnad i tidsåtgång vad gäller kontakterna med Försäkringskassan att använda systemet med ”fråga-svar-funktionen” jämfört med före införandet.



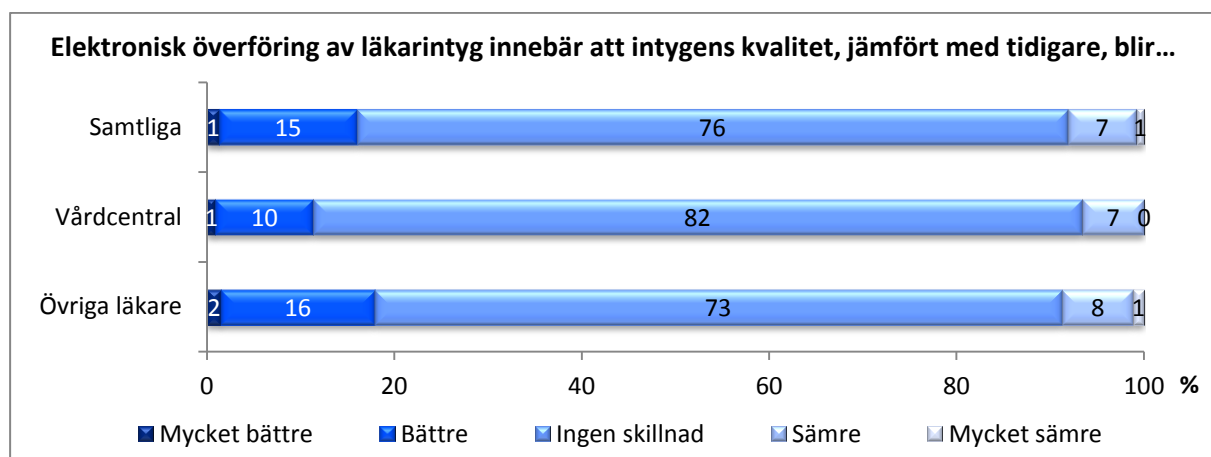
Figur 36. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive ”Fråga-svar-funktionen” innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Andelen läkare som ansåg att systemet underlättar deras arbete var större än andelen som ansåg att det försvårar, 45 jämfört med 30 procent (Figur 37). När det gäller ”fråga-svar-funktionen” ansåg ungefär lika många att den underlättar respektive försvårar. De flesta, två tredjedelar, svarade dock att det varken underlättar eller försvårar.



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

En majoritet av läkarna (76 %) 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 något större jämfört med andelen som ansåg att det försämrar.



Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygens kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Kontakter med Försäkringskassan i Västerbotten och övriga landsting

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. Andelen för landet i helhet var sju procent, Västerbotten låg något under detta med fem procent. Andelen som svarade att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan varierade mellan 18 procent i Jönköping och 35 procent i Östergötland. I Västerbotten svarade knappt var tredje läkare (30 %) att de i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan, motsvarande andel för hela landet var 28 procent.

Även uppfattningen bland läkarna om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med Försäkringskassan varierade mellan landstingen. Av de läkare som ansåg att det är aktuellt för dem att ha kontakt med Försäkringskassan svarade 44 procent i Uppsala och 43 procent på Gotland att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, medan 25 procent i Halland svarade detsamma. I Västerbotten var denna andel 37 procent och i landet som helhet 36 procent. Störst andel som ansåg att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt fanns i Halland, 44 procent, och i Södermanland, 43 procent. Här var andelen för Västerbotten 26 procent och för hela landet 30 procent.

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg upplevde nästan hälften (47 %) av läkarna i Skåne och Jämtland, medan detta angavs av minst andel i Halland (30 %), Västra Götaland (31 %), Dalarna (32 %) och Östergötland (32 %). I Västerbotten var andelen 39 procent och i hela landet 38 procent.

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

Att kontakten med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk svarade störst andel läkare i Jämtland (41 %) och minst andel i Dalarna (25 %) och Västernorrland (26 %). I Västerbotten angav 33 procent och i hela landet 30 procent detta som en svårighet.

På frågan om upplevd brist i kompetens hos handläggare på Försäkringskassan var ett problem angav störst andel det i Skåne (31 %) och Örebro (31 %) och minst i Södermanland (20 %). I Västerbotten var andelen 32 procent, jämfört med 27 procent för läkare i hela landet.

Användandet av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg var i de flesta landsting, däribland Västerbotten (94 %), mycket högt. Allra högst var det i Jämtland där 95 procent uppgav att de använder systemet. I några få landsting var dock användandet mycket lågt, på Gotland och i Dalarna var det fyra respektive fem procent som uppgav att de använder systemet. De allra flesta läkare i landet (92 %) uppgav att elektronisk överföring är integrerat med deras journalsystem.

Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

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

Tre av fem läkare vid vårdcentraler hade i någon mån regelbundet inplanerade kontakter, till exempel avstämnings- eller rehabiliteringsmöten och 28 procent önskade att de hade detta i större utsträckning. Bland övriga läkare menade nästan tre av fyra att de inte har behov av sådana kontakter, och endast var tionde angav att de har denna typ av kontakter.

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

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

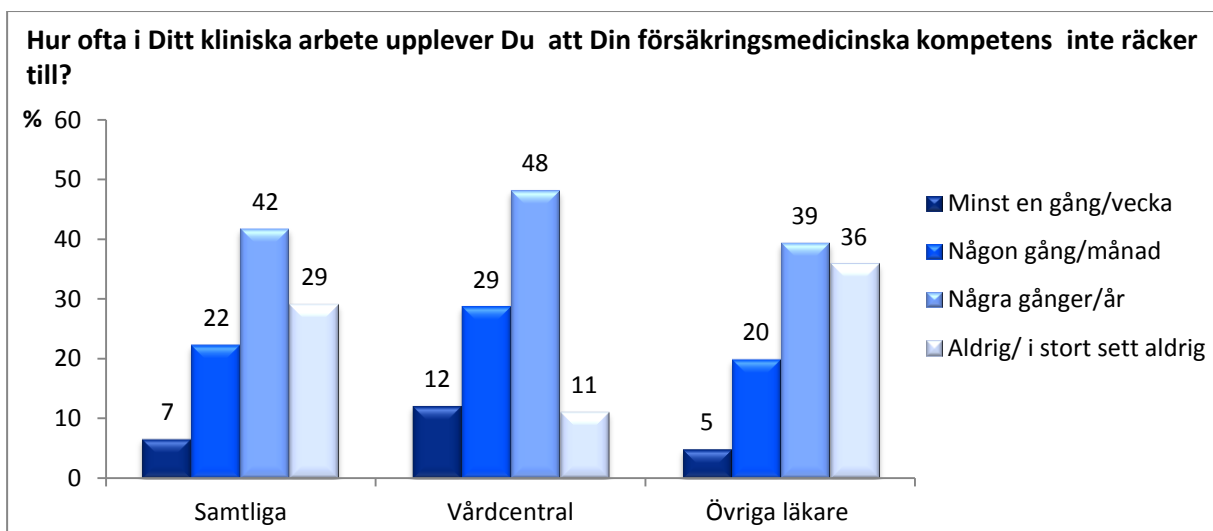
Nästan samtliga använde det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Knappt hälften upplevde att systemet underlättar deras arbete.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, i vilken utsträckning läkare har tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskar fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i de ovanstående avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 49) och Samverkan och kontakter (sidan 54).

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.

Mer än var fjärde läkare (29 %) 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 (41 %) svarade att de upplever detta minst någon gång per månad jämfört med knappt var fjärde (25 %) 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.

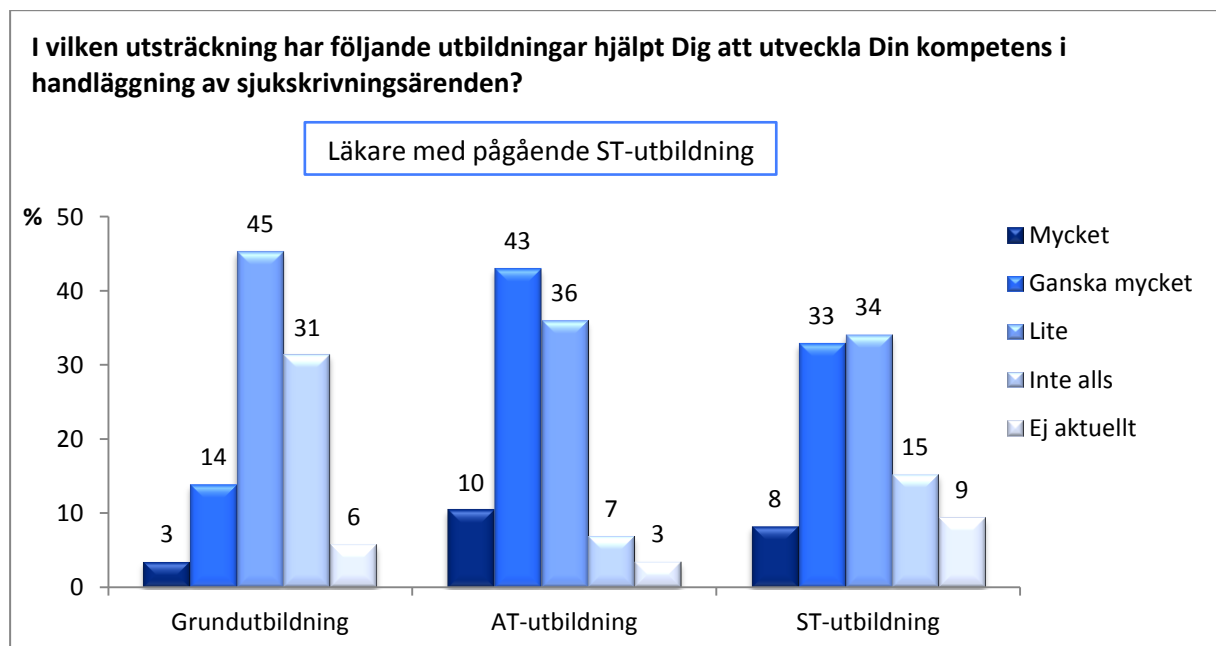
Kompetensutveckling via formell utbildning

Fjorton procent svarade att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor (Tabell 16). Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 32 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 28 procent.

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

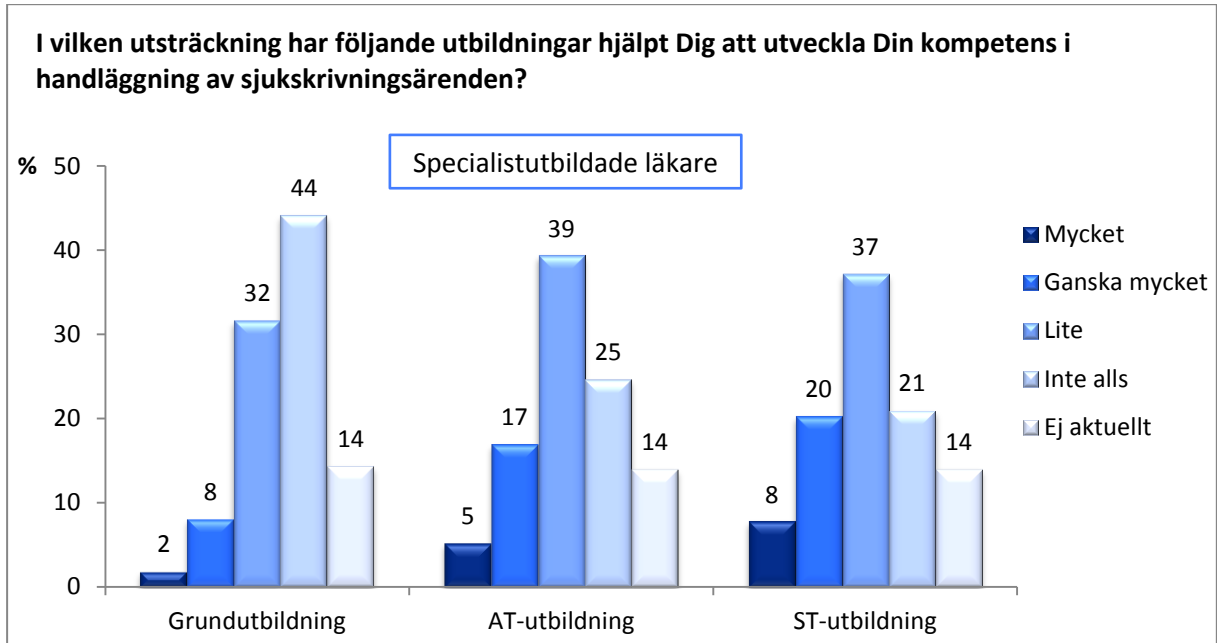
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	3	12	36	38	11
	Vårdcentral	0	8	33	49	10
	Övriga läkare	3	13	37	34	12
AT-utbildning	Samtliga	6	25	38	19	12
	Vårdcentral	1	21	39	31	8
	Övriga läkare	8	27	37	15	13
ST-utbildning	Samtliga	7	21	34	18	20
	Vårdcentral	8	26	33	18	15
	Övriga läkare	7	20	34	18	22

Bland läkarna med pågående specialistutbildning (ST-läkare) angav drygt hälften (53 %) att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling. Motsvarande andel för ST-utbildningen var 41 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=86).

Bland dem som var färdiga specialister ansåg var tionde att grundutbildningen och drygt var femte (22 %) att AT bidragit mycket eller ganska mycket till utvecklad försäkringsmedicinsk kompetens. Drygt var fjärde (28 %) ansåg att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla denna kompetens (Figur 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=289).

Kompetensutveckling via vidareutbildning

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

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

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Utbildning i FK:s regi	Samtliga	5	19	30	17	29
	Vårdcentral	6	27	41	10	16
	Övriga läkare	5	15	26	20	33
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	2	10	23	23	42
	Vårdcentral	2	22	30	14	32
	Övriga läkare	2	6	21	26	45
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	5	3	5	14	73
	Vårdcentral	2	6	7	13	71
	Övriga läkare	6	2	4	14	74

Behov av fördjupad kompetens

Närmare hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: att bedöma arbetsförmåga (49 %), att veta vilka krav som ställs i olika yrken (45 %), att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (43 %) samt att bedöma funktionsförmåga (43 %) (Tabell 18). Trettiofyra procent angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att utforma handlingsplaner, medan endast 22 procent av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg. En större andel av läkarna vid vårdcentraler uppgav behov att fördjupa sin kompetens inom de olika områdena, jämfört med övriga läkare.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	Samtliga	9	34	42	15
	Vårdcentral	19	44	31	5
	Övriga läkare	5	31	45	19
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	11	39	36	14
	Vårdcentral	24	43	31	2
	Övriga läkare	6	37	38	19
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	11	34	38	17
	Vårdcentral	19	41	35	6
	Övriga läkare	9	31	39	22
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	7	36	43	14
	Vårdcentral	13	46	39	2
	Övriga läkare	4	33	45	18
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	4	14	44	38
	Vårdcentral	10	24	43	23
	Övriga läkare	2	10	45	44
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	3	19	51	27
	Vårdcentral	5	33	48	14
	Övriga läkare	2	14	53	31
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	5	28	45	22
	Vårdcentral	11	41	43	5
	Övriga läkare	2	24	46	28
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	3	14	48	35
	Vårdcentral	6	17	53	24
	Övriga läkare	1	14	47	39

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, 54 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 45 procent uppgav ett behov av mer kunskap kring privata försäkringar.

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav 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	40	19
	Vårdcentral	14	37	36	12
	Övriga läkare	5	32	41	22
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet ¹	Samtliga	15	39	31	16
	Vårdcentral	25	37	33	5
	Övriga läkare	11	40	30	20
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	13	32	30	24
	Vårdcentral	18	33	33	17
	Övriga läkare	11	32	29	27

¹ t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning

Många av läkarna upplevde mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Tabell 20). Femtio procent uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och en nästan lika stor andel (49 %) angav behov av kunskap kring arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter. Även här uppgav en större andel av läkarna vid vårdcentraler ett behov av ökad kompetens, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de 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	8	32	41	18
	Vårdcentral	13	40	35	12
	Övriga läkare	6	30	44	21
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	10	40	36	15
	Vårdcentral	16	47	28	9
	Övriga läkare	7	37	39	17
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	9	41	36	15
	Vårdcentral	13	47	30	10
	Övriga läkare	7	38	38	17
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	42	36	14
	Vårdcentral	13	53	24	9
	Övriga läkare	6	38	40	16
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	8	31	41	20
	Vårdcentral	11	42	38	9
	Övriga läkare	7	27	42	24

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar betydelsen av olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svar på frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten Samverkan och kontakter (sidan 54), respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 49). Här presenteras svaren på frågor om olika fortbildningsaktiviteter och övriga faktorer.

De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin; två av fem svarade att de sätter stort värde på dessa (Tabell 21). Ungefär var fjärde läkare svarade att de sätter stort värde på information via Internet och på konferenser/seminarier. En större andel av läkarna vid vårdcentraler svarade att de sätter stort värde på fortbildningsaktiviteterna, jämfört med läkarna i övriga verksamheter.

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	38	43	19
	Vårdcentral	53	34	13
	Övriga läkare	32	47	22
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	11	66	23
	Vårdcentral	6	79	15
	Övriga läkare	13	62	25
Information via Internet	Samtliga	24	57	19
	Vårdcentral	24	58	18
	Övriga läkare	24	57	19
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	37	48	15
	Vårdcentral	46	48	6
	Övriga läkare	33	49	18
Kurser i konflikthantering	Samtliga	15	37	48
	Vårdcentral	23	41	36
	Övriga läkare	11	36	53
Konferenser, seminarier	Samtliga	23	47	30
	Vårdcentral	35	47	19
	Övriga läkare	19	47	34
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	18	44	38
	Vårdcentral	28	52	20
	Övriga läkare	14	41	45

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

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

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	Samtliga	19	40	41
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	Vårdcentral	30	49	21
	Övriga läkare	15	37	48
	Samtliga	21	38	41
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Vårdcentral	28	43	29
	Övriga läkare	18	36	46
	Samtliga	49	39	12
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Vårdcentral	62	35	3
	Övriga läkare	44	40	16
	Samtliga	47	38	15
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Vårdcentral	58	35	7
	Övriga läkare	43	40	17
	Samtliga	22	33	45
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Vårdcentral	31	38	31
	Övriga läkare	19	31	51

Försäkringsmedicinsk kompetens i Västerbotten jämfört med i övriga landsting

Det fanns en viss variation mellan landstingen vad gäller hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. I Västerbotten uppgav 29 procent att de upplever detta minst någon gång i månaden, denna andel var ungefär lika stor som för hela landet (30 %). Högst var andelen i Västmanland där var tredje (34 %) svarade att de upplever detta så 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 räcker till. Lägst var andelen i Dalarna (21 %). I Västerbotten, liksom i landet som helhet, svarade 29 procent att de i stort sett aldrig upplever att den egna försäkringsmedicinska kompetensen inte räcker till.

Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens

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

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

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

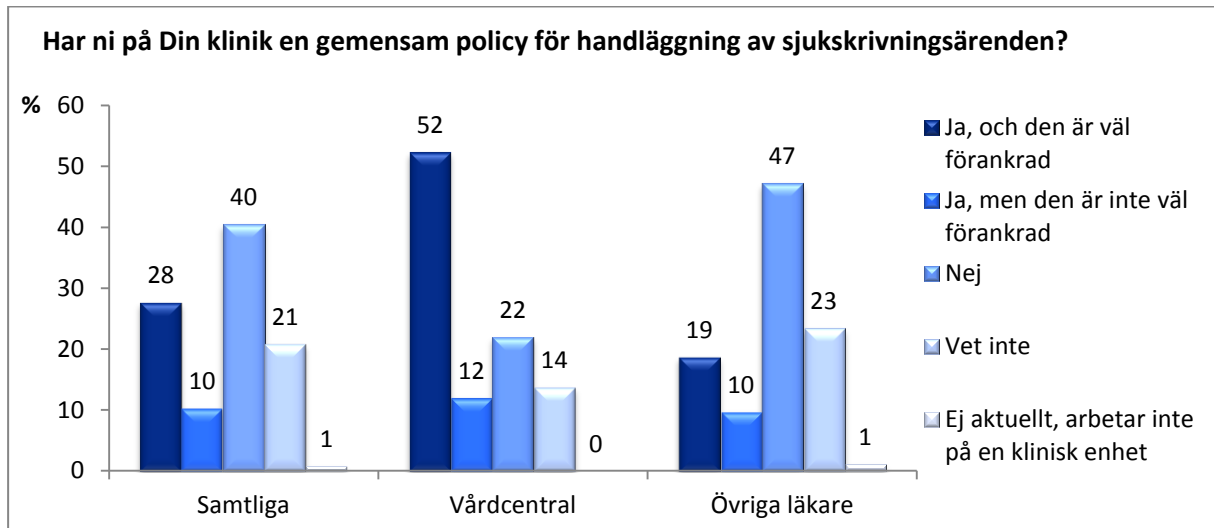
Hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Drygt hälften av läkarna vid vårdcentraler värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. För läkare i övriga verksamheter var dessa andelar en tredjedel respektive två femtedelar (sidan 57). De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg är av stort värde för deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin. En tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 52).

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter (47, 48, 132, 133). Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning, och i en följdfråga till dem som svarat att en policy finns, huruvida denna upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden, svarade 38 procent att en sådan finns, och 28 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 42). En betydligt större andel (64 %) av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare (29 %) uppgav att det finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Var femte läkare (21 %), fler bland läkarna vid vårdcentraler än i övriga verksamheter, uppgav att de inte visste huruvida det finns någon sådan policy på deras arbetsplats.

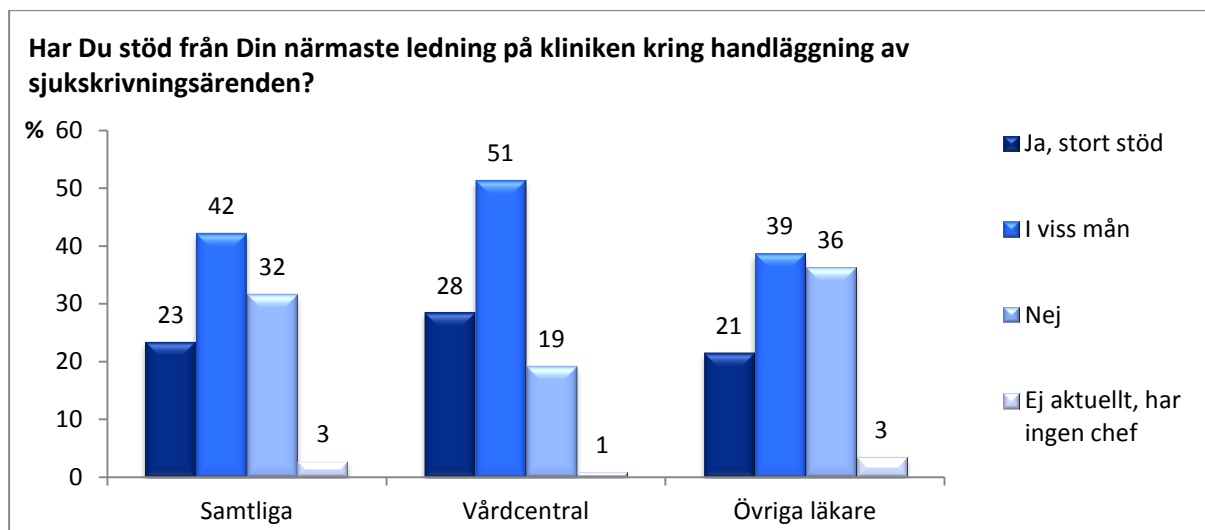


Figur 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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, 87 procent, att de har det (ej visat i figur).

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren har stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 43 visas att 23 procent kände stort stöd och 42 procent uppgav att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En tredjedel (32 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete. Läkarna vid vårdcentraler upplevde i högre grad än de i övriga verksamheter att de i någon mån har stöd från den närmaste ledningen (79 jämfört med 60 %).



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.

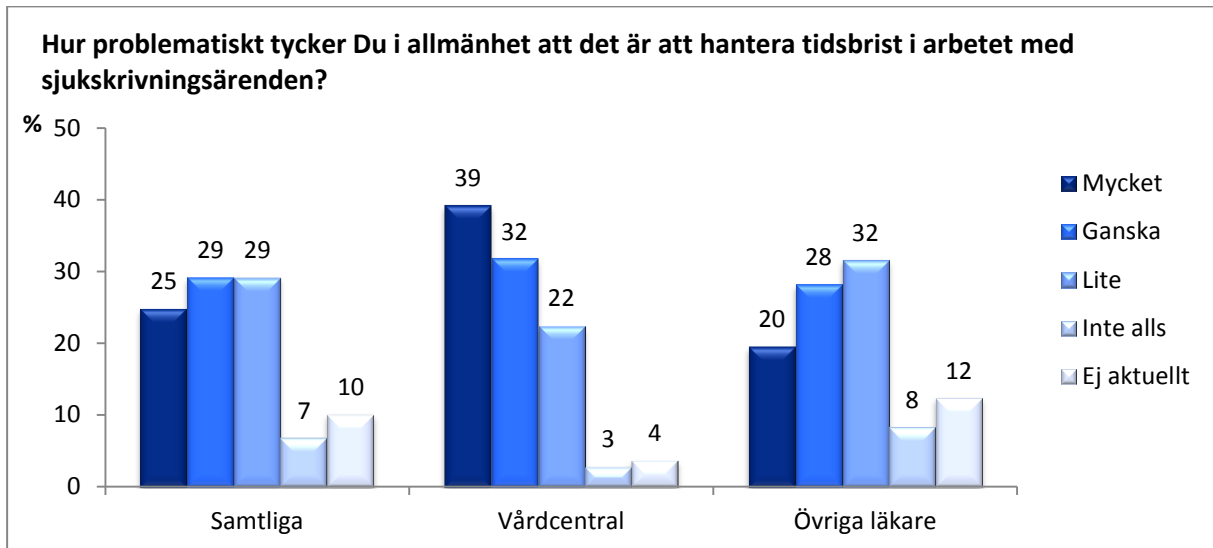
I Tabell 23 visas att störst andel läkare svarade att de upplever daglig tidsbrist när det gäller kompetensutveckling (30 %) och patientrelaterad tid (29 %). För det direkta patientarbetet uppgav 22 procent av läkarna att de har tidsbrist dagligen. Bland läkarna vid vårdcentraler upplevde en större andel daglig tidsbrist inom alla dessa områden. Särskilt tydligt var detta när det gäller patientrelaterad tid, där 41 procent uppgav daglig tidsbrist, jämfört med 24 procent av de övriga läkarna.

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...		Dagligen	Någon gång /vecka	Någon gång /månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
		... tid med patienten?	Samtliga	22	33	21
	Vårdcentral	32	41	19	5	3
	Övriga läkare	18	30	21	15	16
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	29	34	19	9	10
	Vårdcentral	41	43	9	5	3
	Övriga läkare	24	30	23	11	12
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	30	19	17	16	17
	Vårdcentral	37	30	12	12	8
	Övriga läkare	28	15	19	18	21

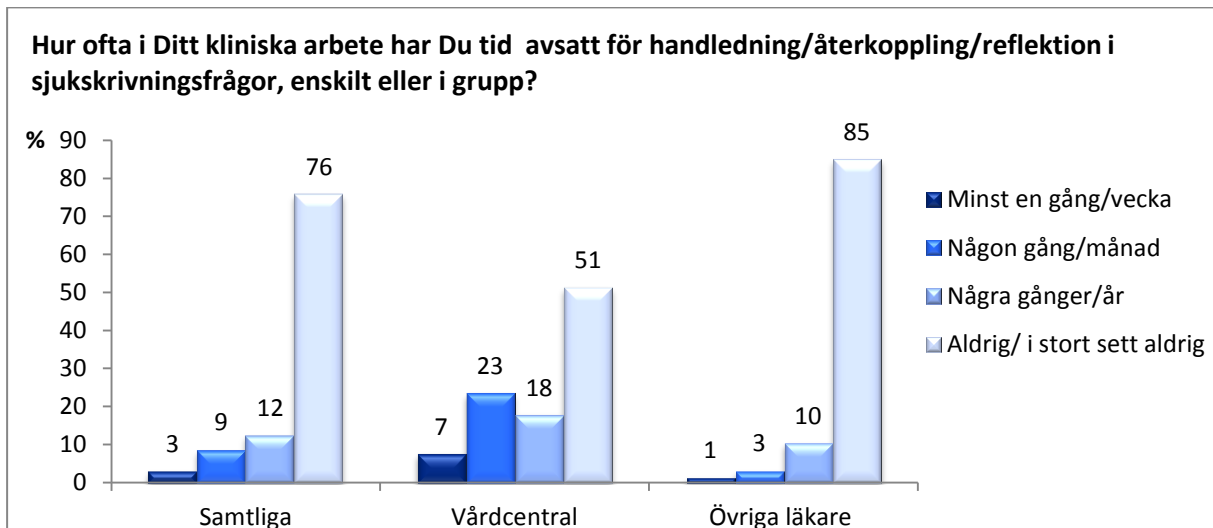
¹T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten.

En större andel av läkarna vid vårdcentraler upplevde det också som problematiskt att hantera tidsbrist i sitt arbete med sjukskrivningar. Två av fem av dessa uppgav att det är mycket problematiskt, jämfört med en av fem av läkarna i övriga verksamheter (Figur 44).



Figur 44. Andel som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

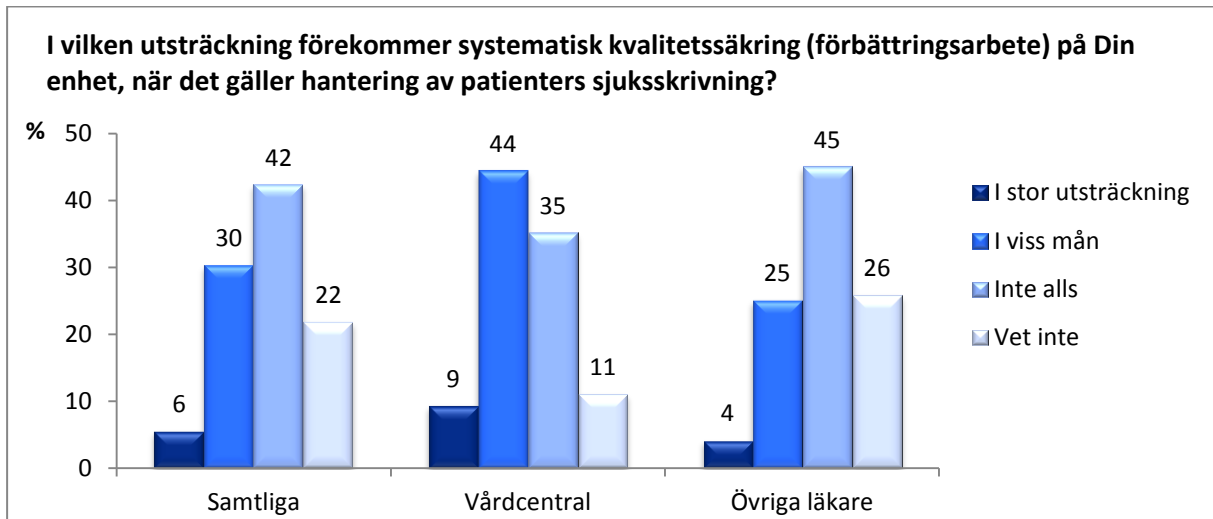
Tre av fyra av läkarna svarade att de i stort sett aldrig har tid avsatt för sådana aktiviteter som handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor. Av läkarna vid vårdcentraler angav knappt var tredje (31 %) att de har tid avsatt för detta minst någon gång per månad. Motsvarande andel för övriga läkare var fem procent (Figur 45).



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, sex procent, uppgav att systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden förekommer i stor utsträckning på deras enhet (Figur 46), medan knappt var tredje läkare svarade att det förekommer i viss mån. Två av fem svarade att det inte alls förekommer något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsarbetet på deras enhet, och en av fem visste inte om det förekommer eller inte. Av läkarna vid vårdcentraler uppgav fler än hälften (53 %) att det förekommer i någon mån, jämfört med drygt var fjärde (29 %) av läkarna i övriga verksamheter.



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 Västerbotten jämfört med övriga landsting

En för kliniken/mottagningen gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden fanns, enligt läkarnas svar, i högre utsträckning i vissa landsting än i andra. I Södermanland uppgav störst andel, drygt hälften (51 %), av läkarna att en gemensam policy finns på deras klinik. I Uppsala, där andelen var lägst, uppgav endast var fjärde (25 %) detsamma. I Västerbotten svarade knappt var fjärde (38 %) att de har en sådan gemensam policy på sin klinik. Av de läkare som svarade att det finns en sådan välförankrad policy fanns störst andel i Södermanland (41 %) och lägst andel fanns på Gotland (14 %), medan 28 procent i Västerbotten uppgav detsamma. I samtliga landsting svarade en majoritet av läkarna som hade en gemensam policy på arbetsplatsen även att de hade nytta av den i sitt kliniska arbete. Störst andel som svarade detta fanns i Södermanland och Östergötland (båda 89 %) och Västerbotten låg strax under med 87 procent. Lägst var denna andel för Gotland (62 %).

Gävleborg hade den lägsta andelen läkare (14 %) som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring sjukskrivningsärenden. Högst var denna andel i Kalmar, där var tredje (33 %) angav sådant stöd. Genomsnittet för hela landet var 22 procent, och Västerbotten låg precis över detta med 23 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 Västerbotten var andelen 36 procent, vilket var över genomsnittet för hela landet, som låg på 30 procent. Endast fem procent av läkarna i hela landet uppgav att systematiskt förbättringsarbete förekom i hög utsträckning.

Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

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

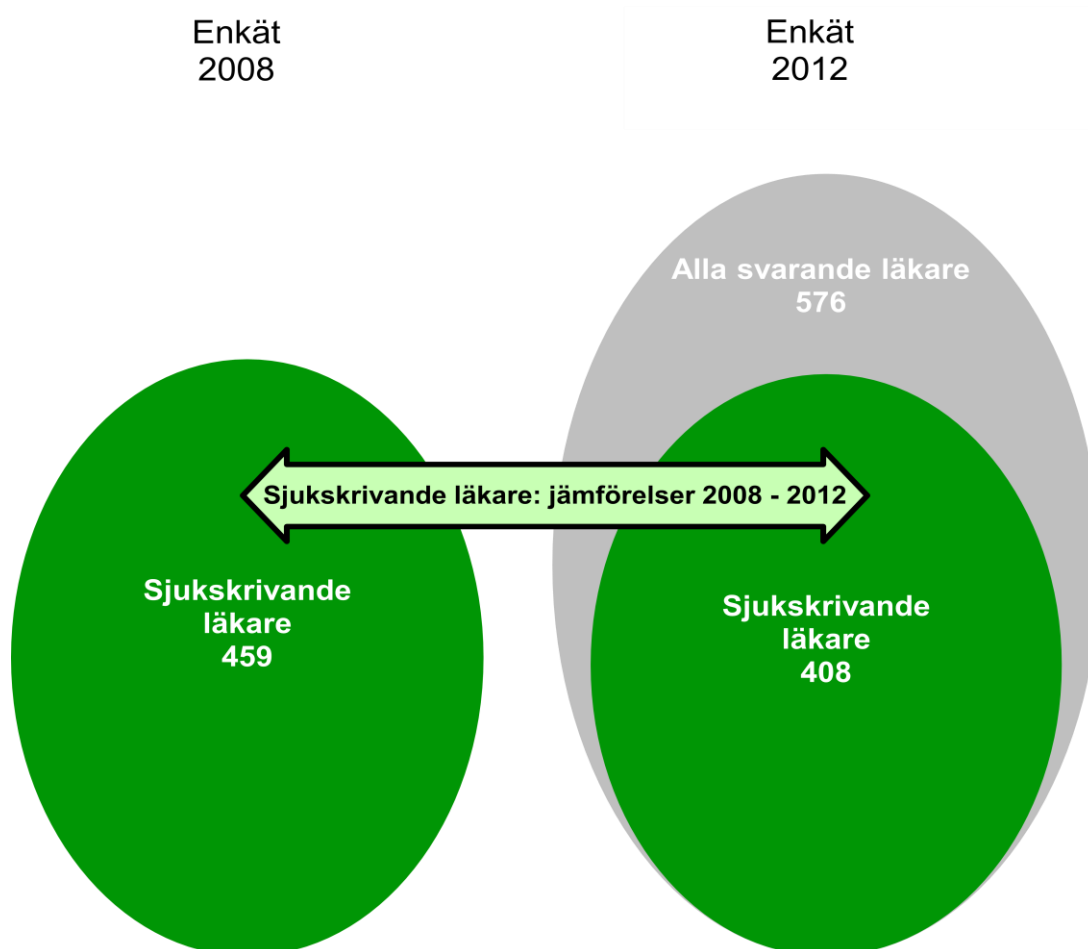
Åtta av tio läkare vid vårdcentraler uppgav att de har stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden, jämfört med sex av tio i övriga verksamheter. Drygt var fjärde respektive var femte uppgav att stödet var stort.

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

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

3.

Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012



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

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

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

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

		Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
Samtliga läkare	2008	459	46	30	34	36	68
	2012	408	48	30	34	36	70
Vårdcentral	2008	133	52	29	29	42	68
	2012	109	54	34	30	36	68
Övriga läkare	2008	326	43	31	36	33	67
	2012	299	45	29	35	35	71

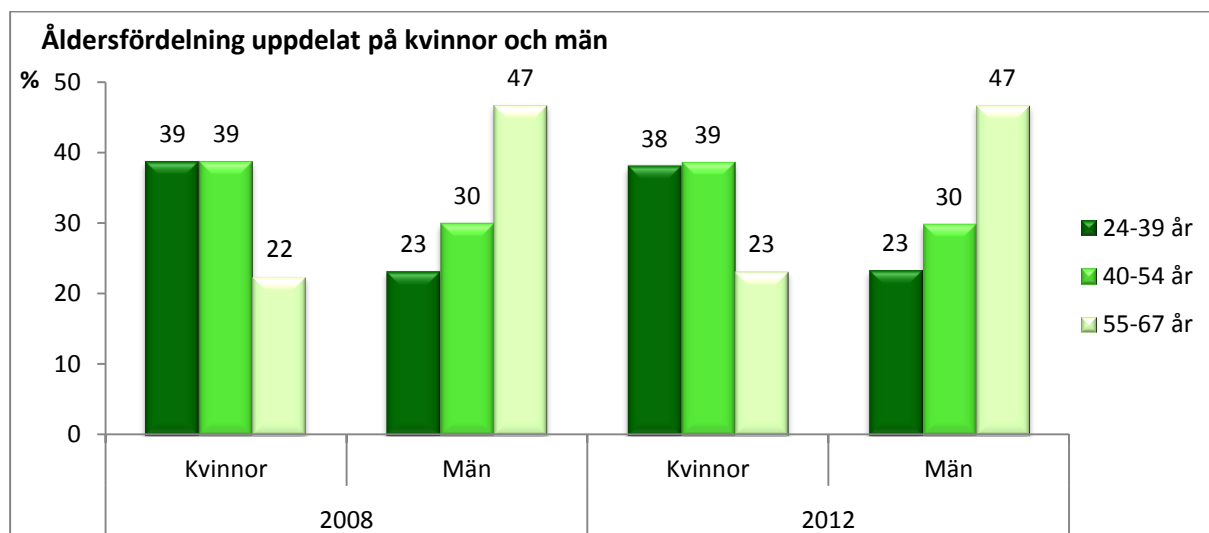
Andelen svarande som angav att de arbetar inom kirurgi var sex procentenheter större år 2012 jämfört med 2008, medan andelen som angav att de arbetar på ”annan klinik/mottagning” var mindre 2012 jämfört med 2008.

Tabell 25. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de angav att de huvudsakligen arbetar vid, år 2008 respektive 2012.

Klinik/mottagning	2008		2012	
	Antal	%	Antal	%
Barn- och ungdom	3	0,7	0	0,0
Företagshälsovård	15	3,3	13	3,2
Försäkringskassa/bolag	1	0,2	1	0,2
Gynekologi	22	4,8	24	5,9
Hud	6	1,3	3	0,7
Infektion	9	2,0	14	3,4
Invärtesmedicin	65	14,2	57	14,0
Kirurgi	35	7,6	56	13,7
Neurologi	7	1,5	10	2,5
Onkologi	19	4,1	20	4,9
Ortopedi	27	5,9	26	6,4
Psykiatri	27	5,9	26	6,4
Rehabilitering	7	1,5	6	1,5
Reumatologi	12	2,6	9	2,2
Smärtmottagning	4	0,9	2	0,5
Vårdcentral	133	29,0	109	26,7
Ögon	3	0,7	0	0,0
Öron-, näs- och hals	7	1,5	1	0,2
Annan klinik/mottagning	47	10,2	25	6,1
Administration	6	1,3	2	0,5
Ingen	2	0,4	2	0,5
Ej svarat	2	0,4	2	0,5
Samtliga läkare	459	100,0	408	100,0

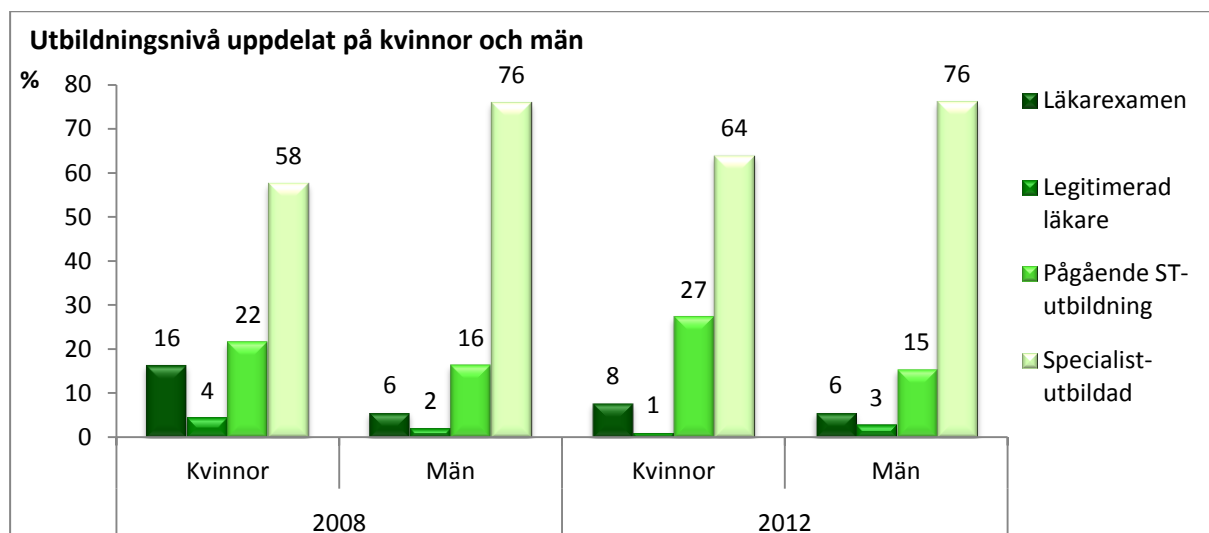
Bakgrundsfaktorer

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



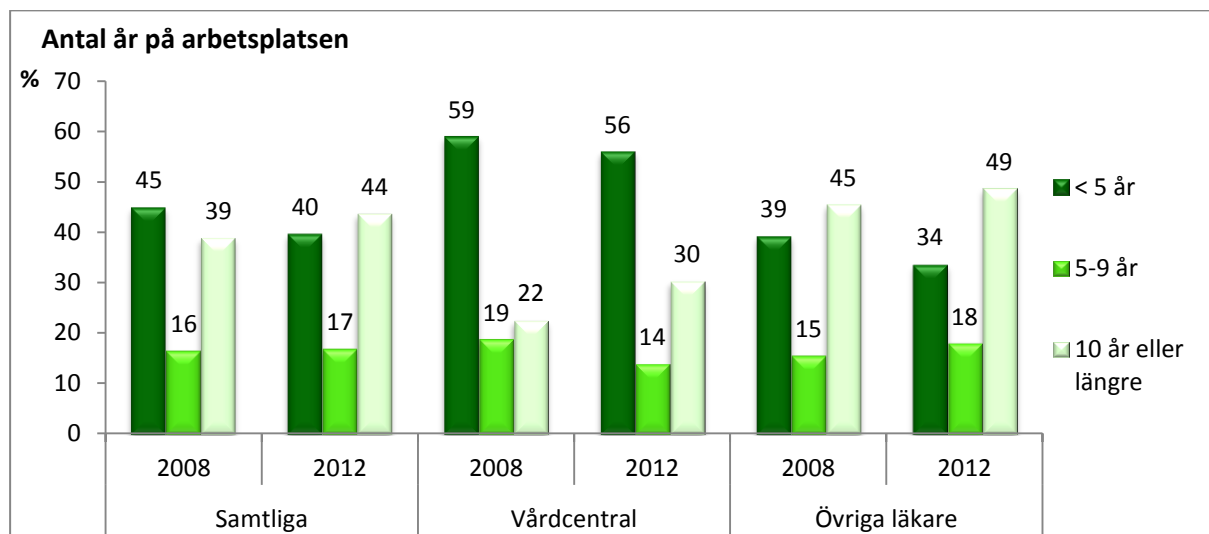
Figur 47. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det var en större andel med pågående eller avslutad specialistutbildning bland kvinnorna år 2012 jämfört med 2008 (Figur 48). Bland männen var fördelningen i utbildningsnivå i stort sett likartad båda åren.



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.

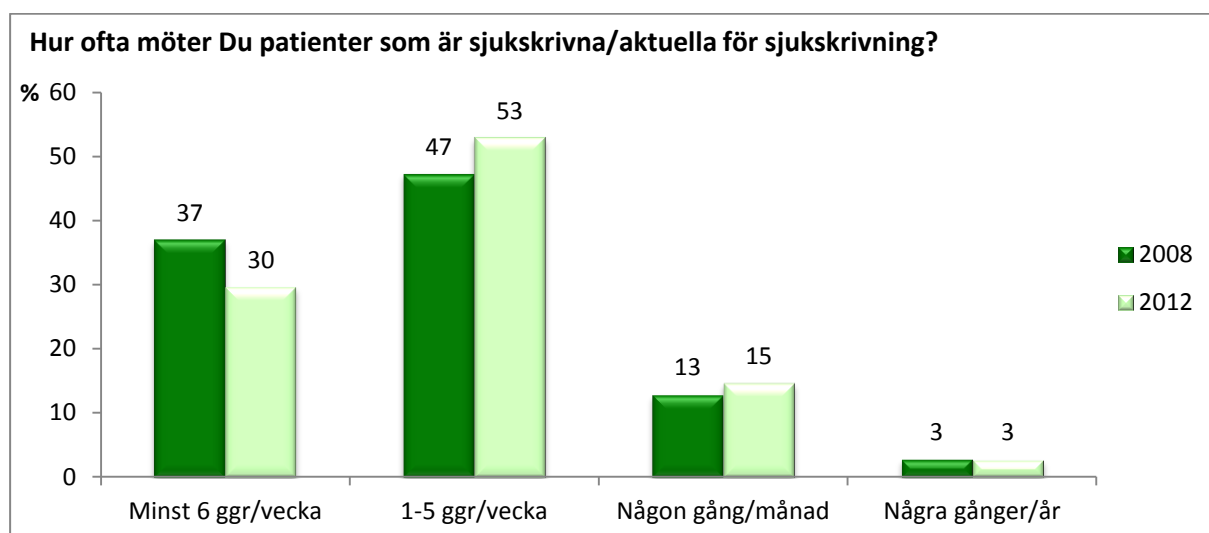
Såväl 2008 som 2012 svarade en majoritet av läkarna vid vårdcentraler att de varit på sin nuvarande arbetsplats mindre än fem år (Figur 49). Bland läkarna i övriga verksamheter svarade knappt hälften att de varit tio år eller längre på sin arbetsplats, både år 2008 och 2012.



Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur länge de angav att de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

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

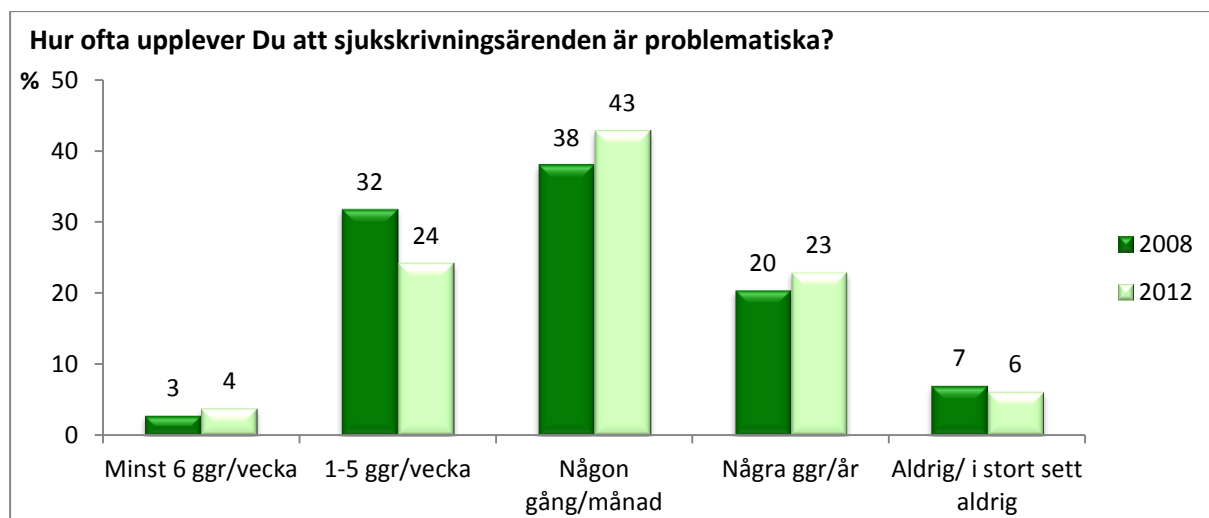
Både bland läkare vid vårdcentraler och i övriga verksamheter var andelen som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka lägre, och andelen som angav mellan en till fem gånger per vecka högre, år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 26).

Tabell 26. 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	31	65	5	0
	2012	25	73	1	1
Övriga läkare	2008	40	40	16	4
	2012	31	45	20	3

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

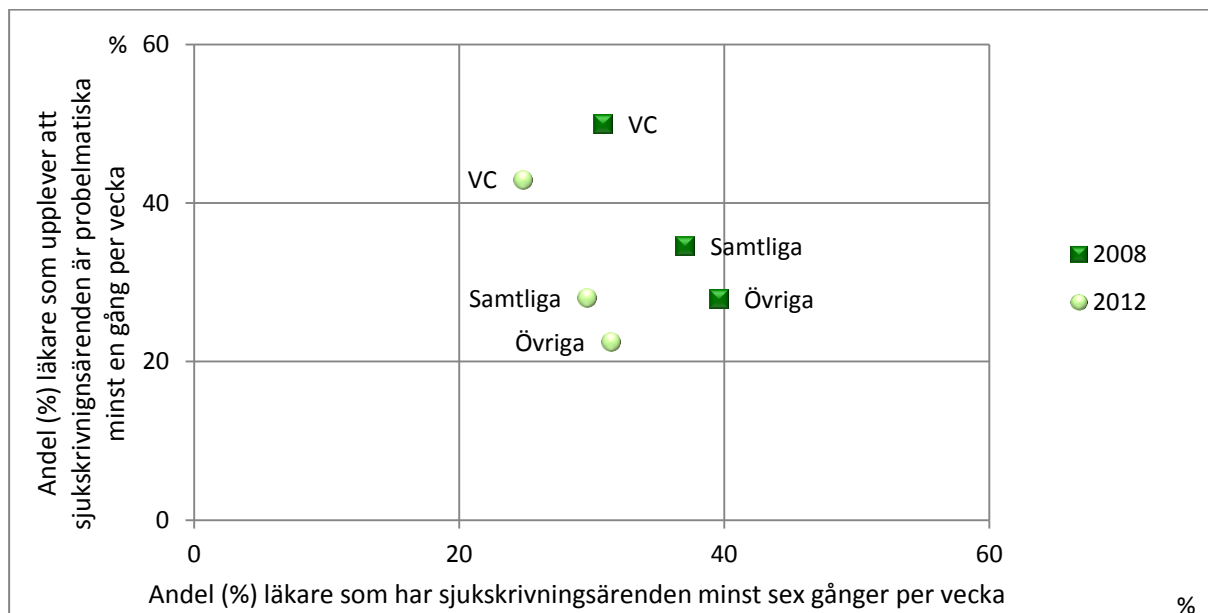
Andelen läkare som angav att de minst någon gång per vecka upplever sjukskrivningsärenden som problematiska var något mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 51). Andelen läkare som angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever att deras sjukskrivningsärenden är problematiska var dock i stort sett oförändrad. Skillnaderna mellan åren bör jämföras med minskningen i andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka under samma period (se Figur 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 inom olika typer av kliniska verksamheter relateras till andelen som upplever att sådana ärenden är problematiska minst en gång per vecka syns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 52). Den övergripande tendensen är att läkare vid vårdcentraler i högre utsträckning angav att de minst en gång i veckan upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, trots att en mindre andel av dem, jämfört med läkare i övriga verksamheter, svarade att de hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Andelen som svarade att de har

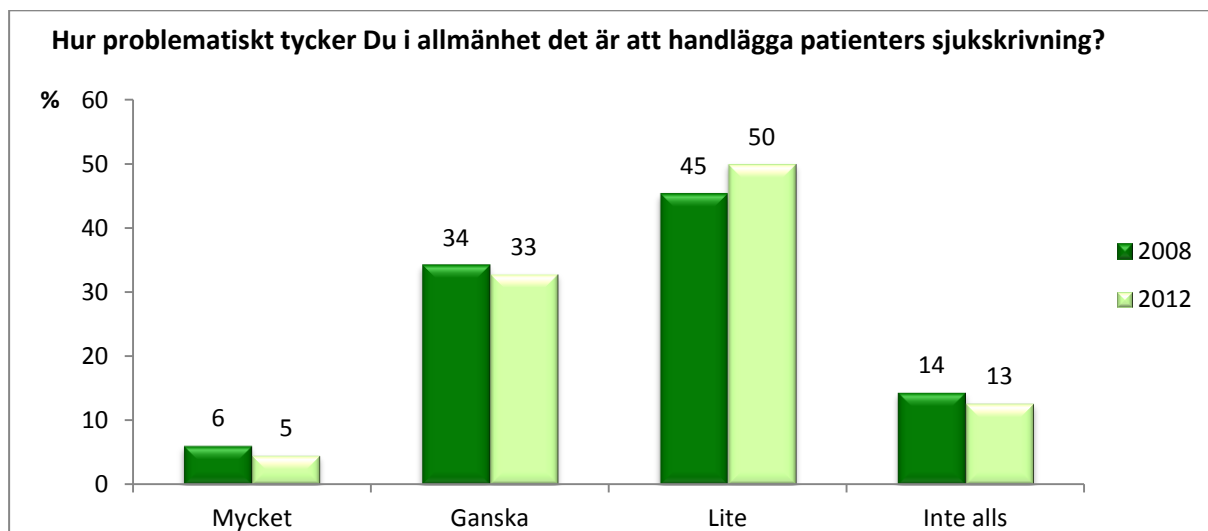
sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och som angav att de upplever problem minst en gång per vecka var mindre år 2012 än 2008, både för läkare vid vårdcentraler och för läkare i övriga verksamheter.



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). Ungefär 40 procent angav att de upplever detta vara mycket eller ganska problematiskt såväl 2008 som 2012.



Figur 53. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevs som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Sammantaget var andelen läkare som angav att de upplever att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska mindre år 2012, jämfört med 2008. Detta gällde särskilt för bedömning av optimal sjukskrivningstid och grad (Tabell 27).

Tabell 27. Andel (%) läkare som angav att de upplever 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	13	36	38	12
	2012	10	34	41	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	28	42	21
	2012	7	26	45	22
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	22	40	30	8
	2012	22	37	32	9
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	18	41	32	9
	2012	11	36	44	9
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	7	27	38	28
	2012	5	18	46	31
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	25	37	26	12
	2012	21	32	34	14
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	14	40	32	15
	2012	14	35	37	14

Även andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var mindre 2012, jämfört med 2008, och detta gällde särskilt för situationer när läkaren och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning samt för situationer där läkaren tillsammans med patienten ska kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor (Tabell 28).

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	2	23	48	27
	2012	3	18	49	30
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	7	31	36	26
	2012	6	22	45	27
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	12	29	36	23
	2012	8	29	39	24
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	10	30	44	16
	2012	10	20	48	22
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	14	30	34	23
	2012	14	25	37	23

Det var en relativt liten andel läkare som svarade att det är problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen (Tabell 29). Denna andel var mindre år 2012 än 2008, detsamma gällde andelen läkare som angav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet "Ej aktuellt" med, och 25 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen något större år 2012 jämfört med 2008 (55 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 (40 % år 2008 och 37 % år 2012). Orsaken till att det inte är aktuellt kan vara antingen att man inte har tillgång till ett team eller att man inte har olika åsikter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	3	15	40	42	
	2012	4	12	35	49	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	13	29	40	18	
	2012	10	27	41	22	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ¹	2008	21	32	30	17	
	2012	14 (19)	27 (36)	25 (33)	8 (11)	25
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	1	10	31	19	40
	2012	3	7	26	27	37

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

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare som angav att de upplever de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 30 minst någon gång i månaden var i de flesta fall mindre år 2012 jämfört med år 2008. Undantagen var konflikter med patienter kring sjukskrivning, vilket en lika stor andel svarade att de upplever minst en gång per månad båda åren, samt sjukskrivning utan att träffa patienten, vilket en något större andel angav att de gör minst en gång per månad år 2012, jämfört med 2008. Andelen läkare som svarade att de aldrig upplever konflikter med patienter om sjukskrivning var 35 procent 2008 och 50 procent 2012.

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	13	28	33	26
	2012	7	27	38	29
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	2	20	38	41
	2012	2	14	38	47
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	6	29	48	18
	2012	2	24	53	21
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	3	16	45	35
	2012	3	16	32	50
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	11	24	34	30
	2012	8	30	38	24

Andelen som angav att de aldrig upplever olika former av hot eller oro i samband med sjukskrivningar var ungefär densamma år 2012 och 2008 (Tabell 31). 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.

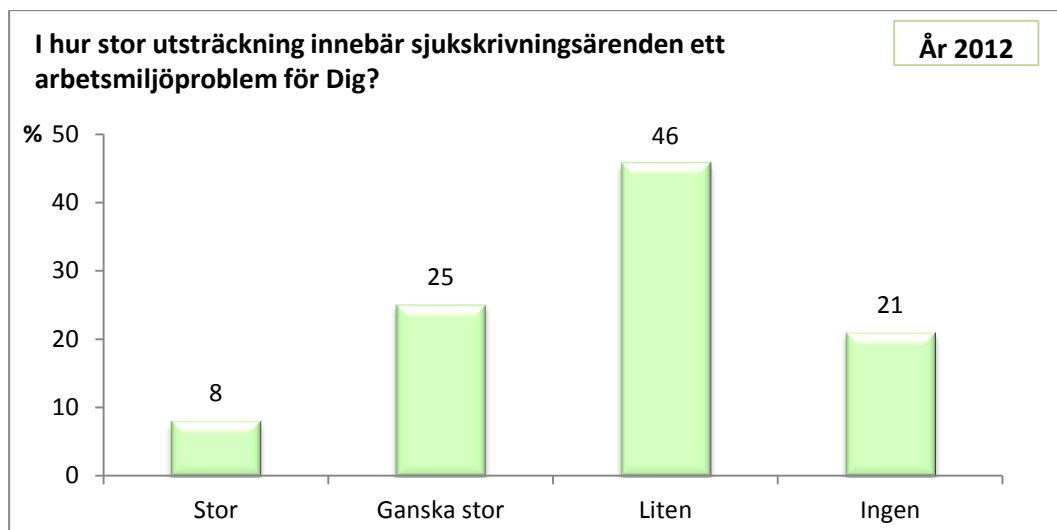
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplever olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	0	2	6	92
	2012	1	3	5	91
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	0	0	8	91
	2012	0	2	6	93
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	0	0	5	95
	2012	0	1	5	94
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	0	1	7	92
	2012	0	2	7	92

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

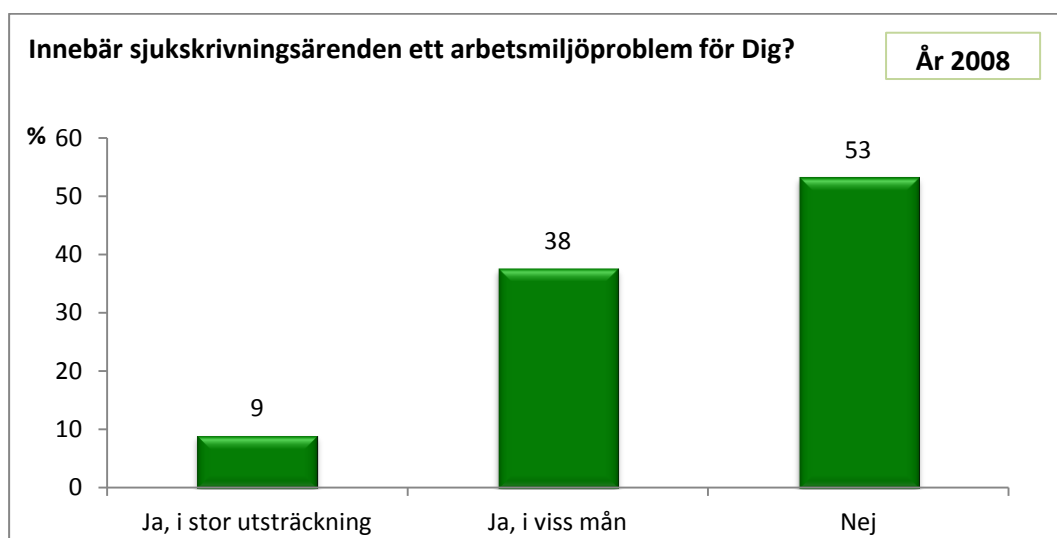
År 2008 inkluderades en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem i enkäten, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gör detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års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

År 2012 uppgav en tredjedel (33 %) av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 54). Ungefär var femte läkare svarade att de inte upplever 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 knappt hälften (47 %) 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 mindre, jämfört med 2008 (Tabell 32). Störst skillnad, 13 procentenheter lägre 2012, sågs för andelarna som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan eller på grund av väntetider till behandling.

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till svar om hur ofta de sjukskriv 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	8	27	37	26
	2012	1	5	20	41	33
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	4	21	25	48
	2012	<0,5	2	11	24	63
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	<0,5	2	10	23	65
	2012	<0,5	1	8	22	69
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	0	3	10	30	58
	2012	<0,5	1	9	26	63
... väntetider till behandling?	2008	2	7	31	37	23
	2012	1	4	22	45	28

Majoriteten av läkarna svarade att de aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 33. Tendensen var att andelen som angav att de aldrig gör detta var större 2012 jämfört med 2008. Ett undantag från detta gällde orsaken ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”, där en något mindre andel angav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt 2012.

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	<0,5	3	12	23	62
	2012	1	4	10	21	64
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	1	3	11	16	69
	2012	<0,5	2	6	16	75
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	<0,5	3	9	19	68
	2012	<0,5	3	7	20	70
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	<0,5	1	10	30	58
	2012	<0,5	2	10	31	57
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	1	4	27	68
	2012	<0,5	1	3	24	72
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	0	1	4	14	80
	2012	0	1	3	15	82
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	<0,5	5	26	69
	2012	0	1	4	21	74

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som svarade att de aldrig använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mindre 2012, jämfört med 2008 (30 respektive 40 %) (Tabell 34).

Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008	2	17	26	15	40
	2012	4	14	31	21	30

På frågan om hur problematiskt det upplevs att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 *"Har ej använt dem"* med som svarsalternativ, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att det förmodades att många läkare inte hade börjat använda det ännu. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet *"Har ej använt dem"* inte fanns med, var sex procent, vilket är närmare dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten. Om de som svarade *"Har ej använt dem"* år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 35).

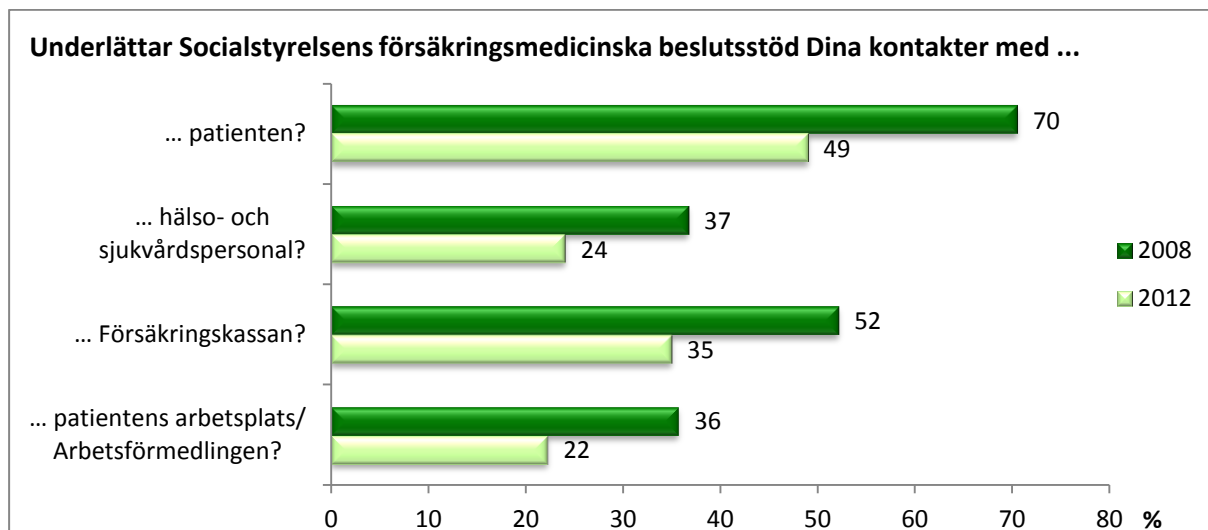
Tabell 35. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 ¹	4(8)	14(27)	24(45)	11(20)	47
	2012	10	23	44	23	- ²

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

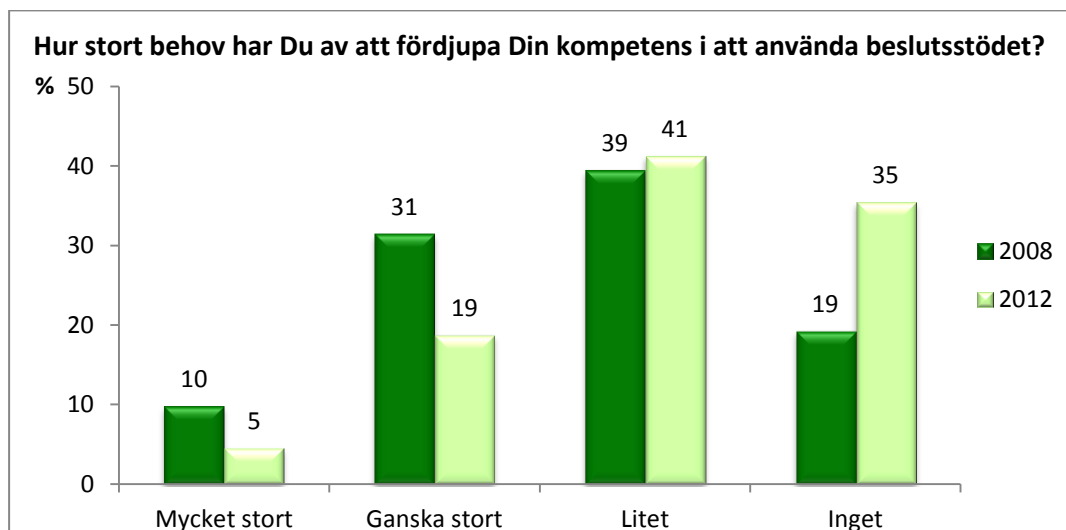
² Svarsalternativet *"Har ej använt dem"* fanns inte med för denna fråga år 2012.

En betydligt mindre andel ansåg 2012 att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten eller med andra aktörer, jämfört med 2008 (Figur 56). Närmare hälften menade dock fortfarande 2012 att stödet underlättar kontakten med patienter. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelad i två (se metod sidan 19). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av dessa svarsalternativ år 2012 jämfördes med dem som svarade "Ja" år 2008.



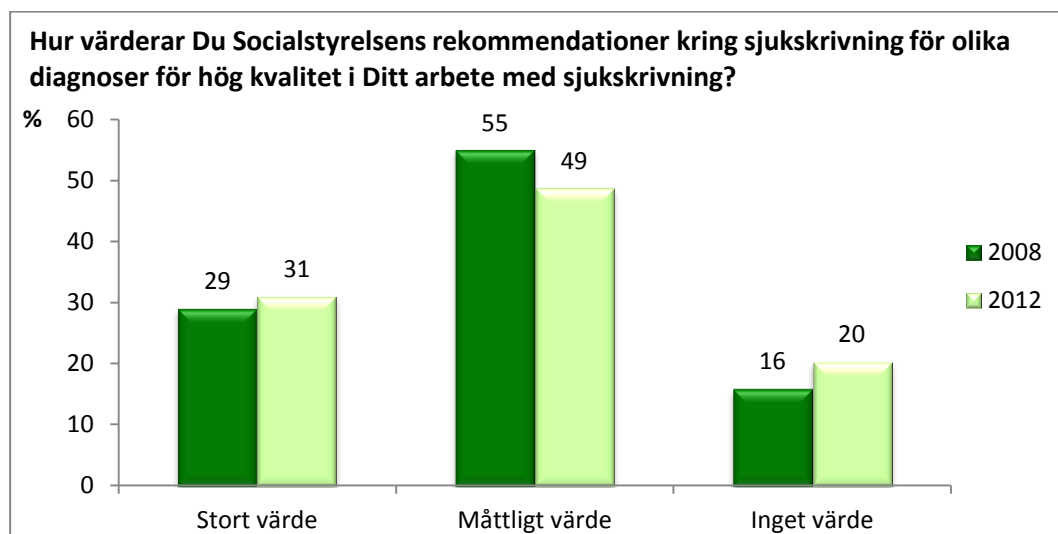
Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet, var andelen som angav ett mycket eller ganska stort behov av detta klart mindre 2012 (23 %), jämfört med 2008 (41 %) (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.

En ungefär lika stor andel (29 respektive 31 %) av läkarna uppgav båda åren att de sätter stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning (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 (Tabell 36). 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 minst en gång per månad var 24 procent 2012 jämfört med 31 procent 2008, samt hur ofta läkarna samrådde med andra läkare i sjukskrivningsärenden; 29 procent uppgav i enkäten 2012 att de gör detta minst en gång per månad, jämfört med 36 procent 2008. Båda åren var det internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården, som angavs av störst andel.

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
	2008	2	16	31	50
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2012	2	13	40	45
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	12	25	25	38
2012	15	25	22	37	
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	22	24	26	28
2012	22	26	23	29	
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	11	25	40	25
2012	6	23	42	30	
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	8	22	19	51
2012	10	20	18	51	
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	5	8	22	65
2012	5	7	22	66	
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	0	5	22	73
2012	1	5	19	76	
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	10	31	58
2012	0	10	35	56	
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	9	21	26	43
2012	5	19	27	48	

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

När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som angav att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal har stort värde, betydligt mindre år 2012 jämfört med 2008. Även andelen som angav att så kallad 'second opinion' har stort värde var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008. Mindre andelar svarade även att kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan, samverkansmöten och kontakter med arbetsgivare är av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 37).

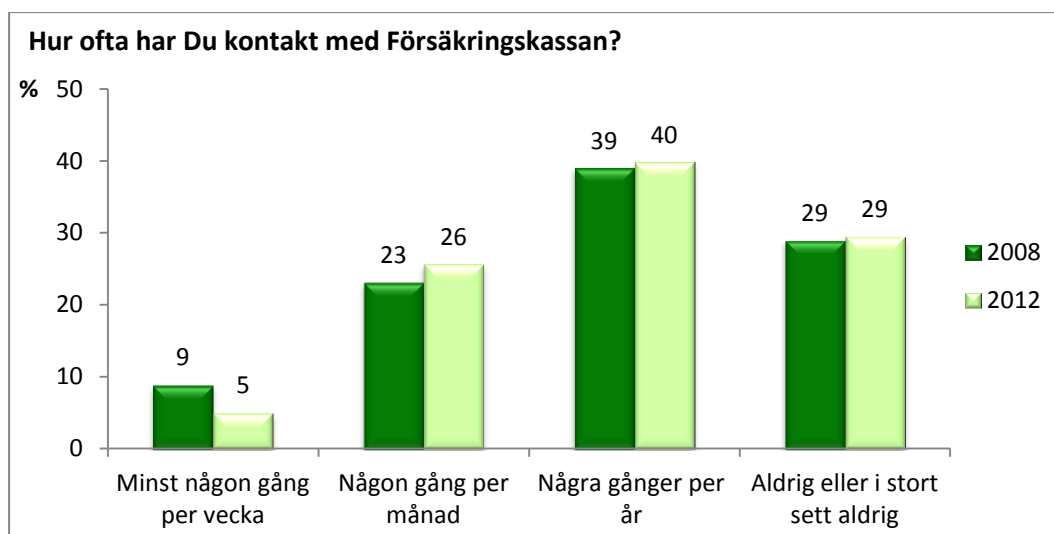
Tabell 37. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	38	46	16
	2012	39	52	9
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	66	30	4
	2012	45	45	11
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	40	45	15
	2012	28	52	19
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	26	50	24
	2012	23	54	23
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	43	41	17
	2012	33	41	25
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	27	55	18
	2012	20	46	34
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	32	51	17
	2012	17	56	27

Kontakter med Försäkringskassan

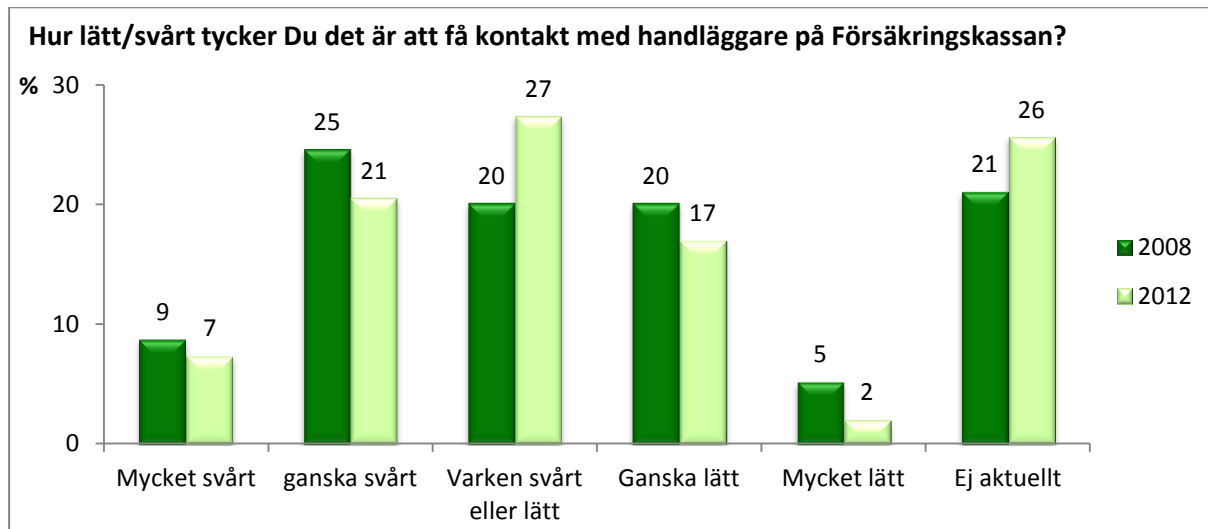
Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkätens frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 97), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 99) respektive Samverkan och kontakter (sidan 102).

Andelen läkare som uppgav att de ofta har kontakt med Försäkringskassan var något mindre år 2012 jämfört med 2008, medan andelen som svarade att de aldrig har det var lika stor (Figur 59).



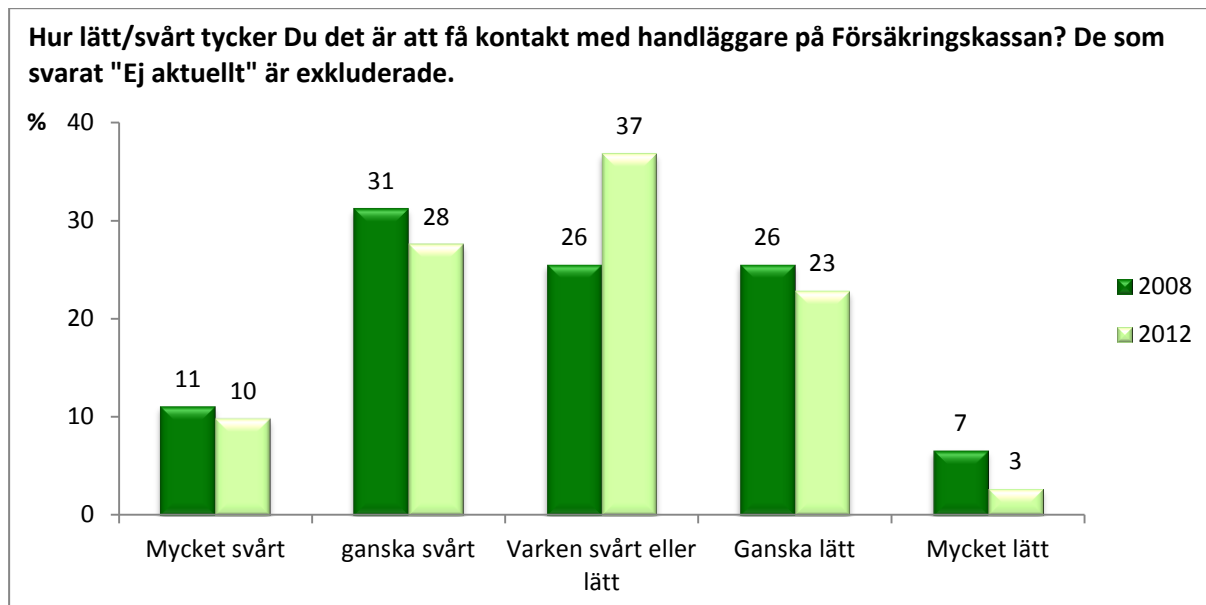
Figur 59. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det är lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte är aktuellt för dem något större år 2012 (Figur 60). Såväl andelen som svarade att det är mycket lätt och andelen som svarade att det är mycket svårt att få kontakt var något mindre år 2012 jämfört med 2008.



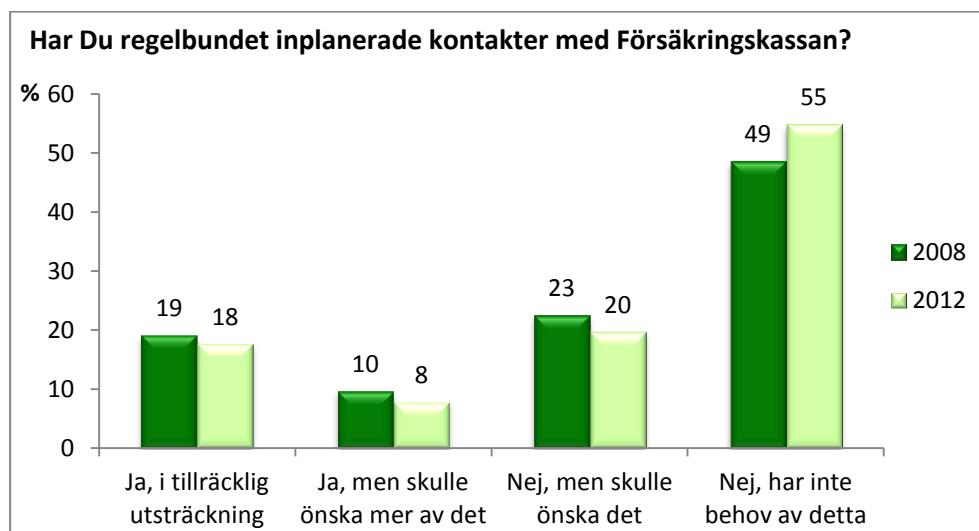
Figur 60. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

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



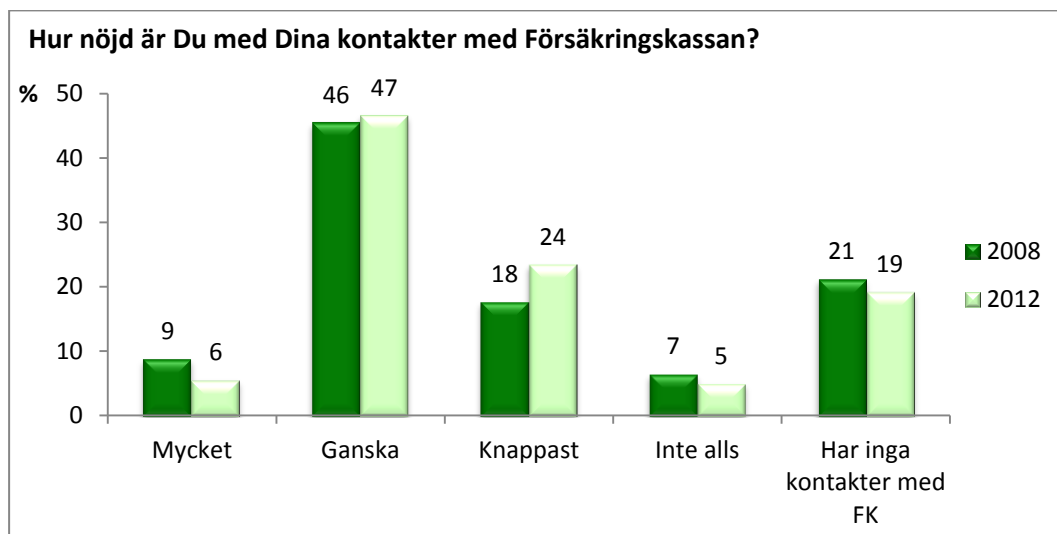
Figur 61. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats.

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



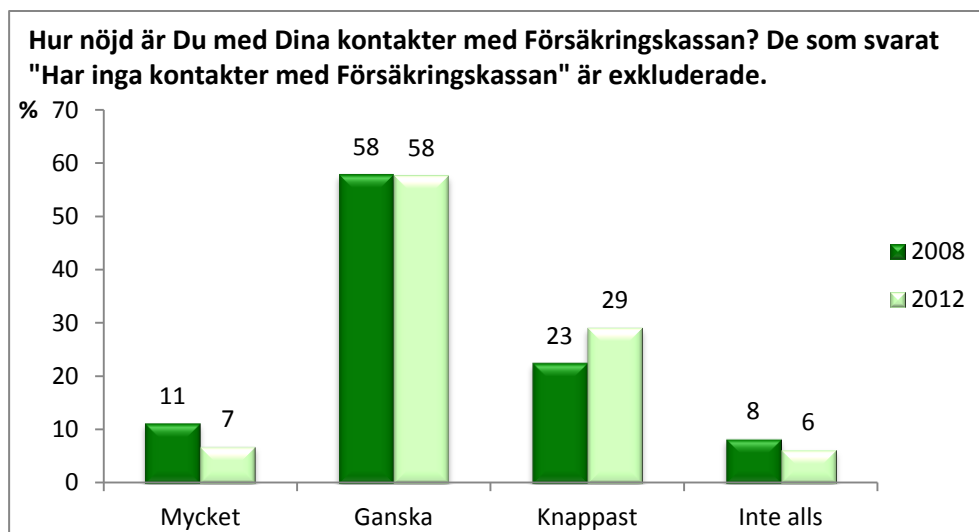
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

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



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

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 likt det tidigare, men skillnaderna mellan åren är större avseende andel som angav att de är mycket eller ganska nöjda, vilket 65 procentenheter svarade år 2012 jämfört med 69 procentenheter 2008.



Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

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

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var större år 2008 än 2012; 35 respektive 27 procent.

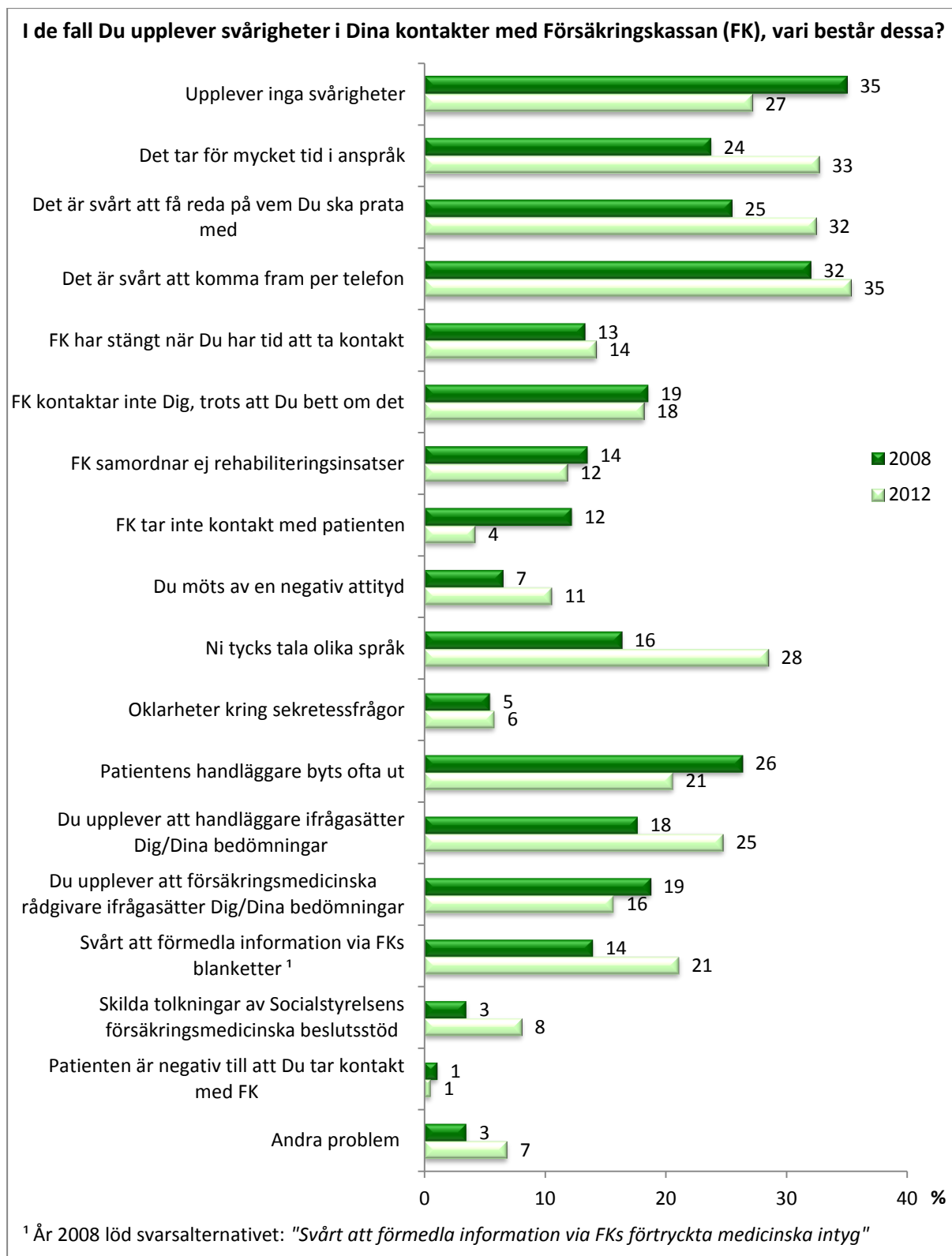
I Figur 65 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andelen läkare som svarade att de upplever sådana svårigheter respektive år.

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

År 2008 angav en stor andel att de upplevde svårigheter på grund av att ”patientens handläggare ofta byts ut”. År 2012 uppgav en stor andel, 28 procentenheter, svårigheter med att läkaren och Försäkringskassans personal ”tycks tala olika språk”, vilket var tolv procentenheter mer än 2008. Andra svårigheter som enligt svaren upplevdes i betydligt högre grad år 2012 än 2008 var att ”kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid” i anspråk, att det är ”svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter”, att ”Försäkringskassans handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar” samt att det är svårt att få reda på vem på Försäkringskassan man ska prata med.

Å andra sidan fanns det svårigheter som en mindre andel angav att de upplever 2012 jämfört med 2008, framförallt gällde det att ”Försäkringskassan inte tar kontakt med patienten” samt att ”patientens handläggare ofta byts ut”.

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



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

Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hantering av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna; vad tidigare utbildningar betytt för sådan kompetens, inom vilka områden man har behov av fördjupad kompetens, samt olika former för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa sådan kompetens. Några delfrågor har redovisats ovan, under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 99) respektive Samverkan och kontakter (sidan 102).

Kompetensutveckling

Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden betonades av ungefär lika stora andelar båda åren, även om en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008 uppgav att ST-utbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i handläggningen av sjukskrivningsärenden (Tabell 38). En något mindre andel angav även 2012, jämfört med 2008, att vidareutbildningar i Försäkringskassans (24 respektive 31 %) eller landstingets (12 respektive 24 %) regi bidragit mycket eller ganska mycket till deras försäkringsmedicinska kompetens. Andelen som menade att sådana vidareutbildningar inte alls hade bidragit var ungefär lika stor år 2008 som 2012, med endast en något mindre andel år 2012 som uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi inte alls bidragit till att höja deras kompetens.

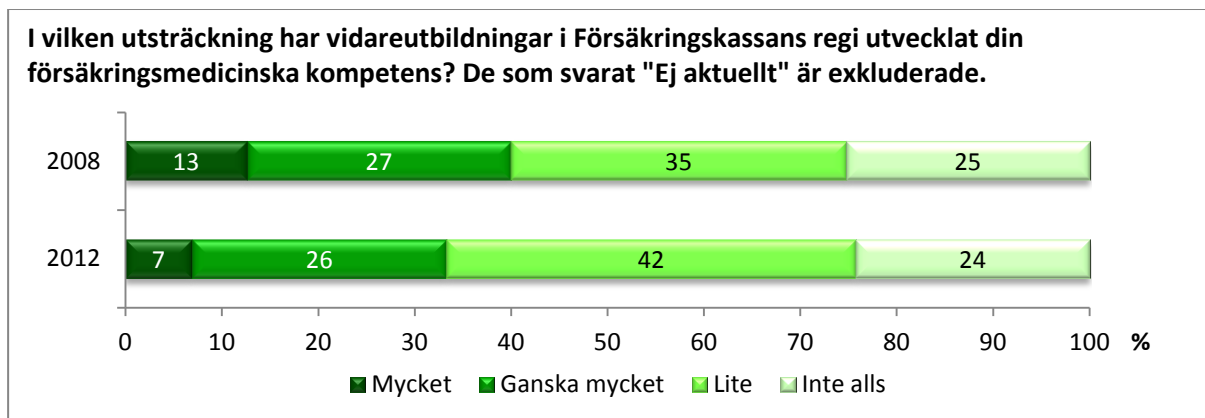
Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2008	4	11	43	42	- ¹
	2012 ²	3(3)	12(13)	36(41)	38(43)	12
AT-utbildning	2008	8	22	45	17	8
	2012	6	25	38	19	12
ST-utbildning	2008	9	29	32	14	17
	2012	7	21	34	18	20
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	10	21	27	19	23
	2012	5	19	30	17	29
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	19	27	23	27
	2012	2	10	23	23	42

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

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

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



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

Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 39). Generellt var andelen som angav stort eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som svarade att de har behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; andelen som svarade detta var 17 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Även vad gäller kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken, om att bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning och om att utforma optimala handlingsplaner var andelen som angav att de har ett mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre (15, 12 respektive 12 procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan föreligger var båda åren det område där lägst andel svarade att de har ett behov av mer kompetens.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	16	36	36	11
	2012	9	35	42	15
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	19	42	29	9
	2012	11	39	37	14
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	17	43	30	10
	2012	11	34	38	17
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	17	43	32	8
	2012	7	37	43	13
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	6	20	45	29
	2012	4	14	45	38
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	4	22	51	23
	2012	3	19	52	26
Utforma optimala handlingsplaner	2008	10	35	39	16
	2012	5	28	46	21
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	3	19	53	25
	2012	3	14	48	35

En mindre andel (6 %) angav år 2012 behov av fördjupad kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen, till exempel rehabiliteringspenning, medan en något större andel (4 %) angav behov av ökad kunskap kring privata försäkringar. Båda åren svarade mer än hälften av läkarna att de har mycket eller ganska stort behov av mer kompetens om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	9	34	46	11
	2012	8	33	40	19
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk-, eller aktivitetsersättning)	2008	18	42	28	12
	2012	15	39	31	15
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	11	30	41	17
	2012	13	32	30	24

En mindre andel läkare svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 vad gäller kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 41). Skillnaderna var emellertid små, störst skillnad (5 procentenheter) förelåg här vad gäller kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter.

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	År	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	12	32	45	12
	2012	8	33	41	18
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	14	40	37	9
	2012	10	40	36	15
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	15	41	33	11
	2012	8	43	36	14
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	12	40	38	10
	2012	9	41	36	15
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	12	32	45	12
	2012	8	33	41	18

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

I Tabell 42 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 konferenser och seminarier (23 % 2012 jämfört med 16 % 2008). Även kurser i försäkringsmedicin angavs av en större andel läkare ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning år 2012 jämfört med 2008 (37 respektive 31 %), detsamma gällde handledning (38 respektive 34 %). Däremot var andelen som svarade att de sätter stort värde på tillgång till ett forum för att reflektera över det egna arbetet med sjukskrivningsärenden mindre år 2012 än 2008 (18 jämfört med 24 %).

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	46	20
	2012	38	43	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	14	62	25
	2012	11	66	22
Information via Internet	2008	23	53	24
	2012	24	57	19
Kurser i försäkringsmedicin	2008	31	49	20
	2012	37	49	15
Kurser i konflikthantering	2008	12	41	47
	2012	15	37	48
Konferenser, seminarier	2008	16	55	30
	2012	23	47	30
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	24	43	33
	2012	18	44	38

Fördelningen av svar på frågorna om andra faktorerers värde för att hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 43. Skillnaderna mellan åren översteg inte fem procentenheter på någon av frågorna. En något större andel av läkarna uppgav år 2012 att *”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten”* och *”ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning”* har stort värde, jämfört med 2008. En något mindre andel angav att *”Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året”* och *”Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året”* är av stort värde år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 43. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	År	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	23	42	35
	2012	19	40	41
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	25	40	35
	2012	21	38	41
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	47	41	12
	2012	49	39	12
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	43	38	19
	2012	47	39	15
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	22	27	50
	2012	22	33	45

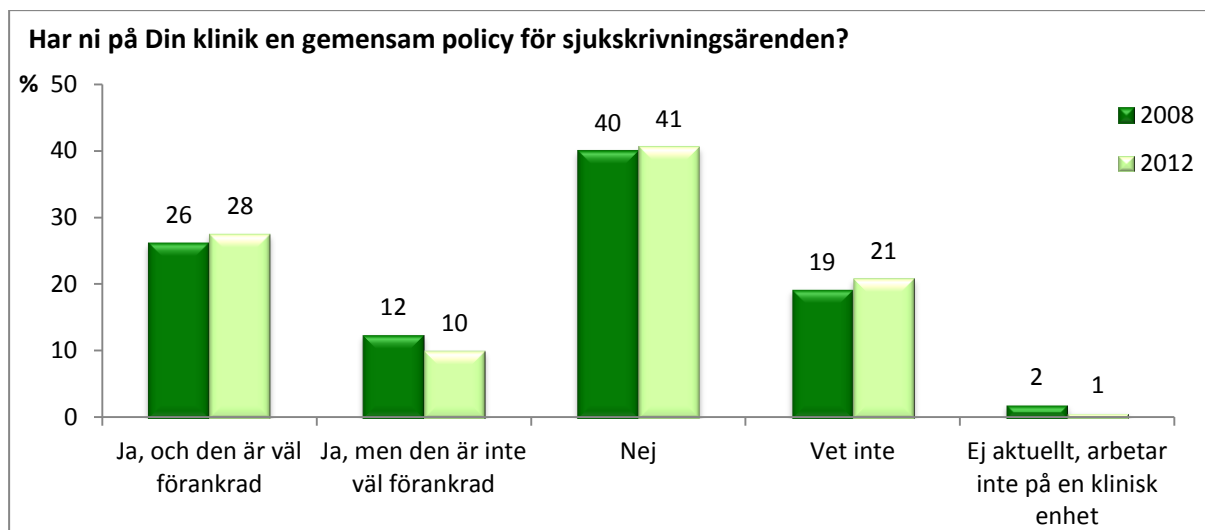
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 99) och Samverkan och kontakter (sidan 102).

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

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

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Det var inga större skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren. År 2012 uppgav en något större andel att det finns en gemensam policy som är väl förankrad på den egna kliniken och en något mindre andel att det finns en policy som inte är väl förankrad, jämfört med 2008 (Figur 67).



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.

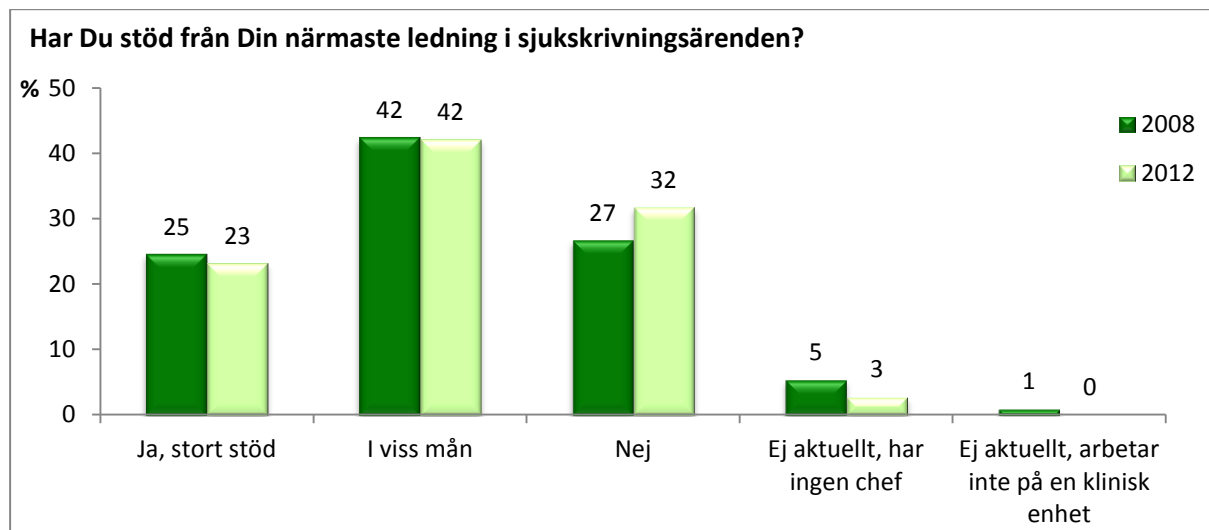
Nästan två femtedelar av läkarna uppgav att de har en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/enhet, såväl år 2008 som 2012 (se Figur 67). För läkare vid vårdcentraler var denna andel mindre år 2012 än 2008 (64 jämfört med 72 %), men andelen som angav att det fanns en väl förankrad policy var något större (52 jämfört med 48 %) (Tabell 44). Bland läkarna i övriga verksamheter svarade en något större andel (28 jämfört med 25 %) år 2012 jämfört med 2008 att det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken där de arbetade.

Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

Har ni på Din klinik en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden ?	År	Ja, och den är mycket väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Vårdcentral	2008	48	23	19	8	1
	2012	52	12	22	14	0
Övriga läkare	2008	17	8	49	24	2
	2012	19	9	47	24	1

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Även andelen som svarade att de upplever stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren (Figur 68). En något större andel svarade dock år 2012 att de inte har stöd från ledningen, jämfört med 2008.



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 år 2012 fem procentenheter större jämfört med 2008 (80 respektive 75 %) (Tabell 45). För läkare i övriga verksamheter var skillnaden mellan åren fyra procentenheter, andelen som svarade att de i någon mån känner stöd från ledningen var år 2012 60 procent jämfört med 64 procent år 2008

Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 och 2012. Uppdelat på läkare vid vårdcentraler och läkare i övriga verksamheter.

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

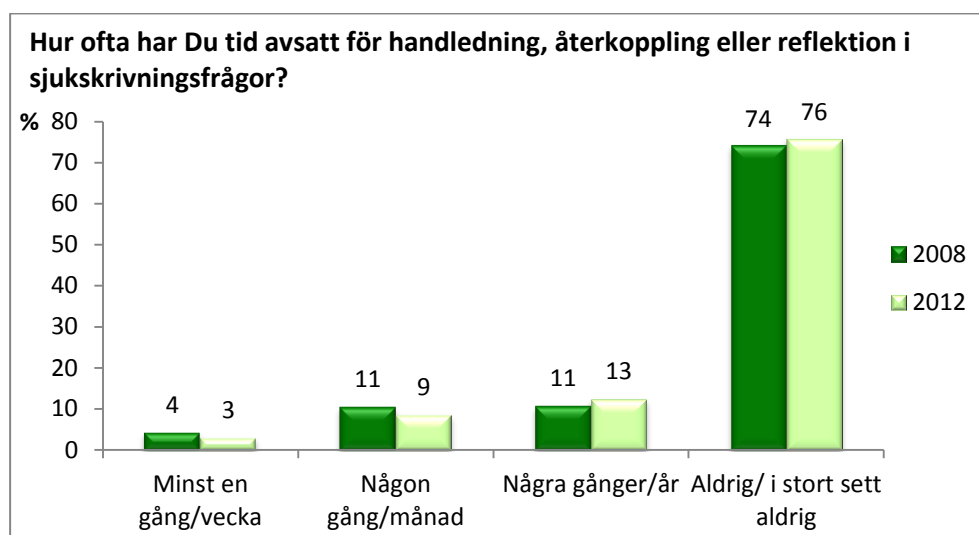
Tid till arbete med sjukskrivning

Andelen läkare som upplevde daglig tidsbrist i sjukskrivningsärenden rörande tid med patienten och patientrelaterad tid var ungefär lika stora de båda åren (Tabell 46). Daglig tidsbrist avseende kompetensutveckling, handledning och tid för reflektion angavs av en fem procentenheter mindre andel år 2012 jämfört med 2008.

Tabell 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	År	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	21	39	17	5	17
	2012	22	33	21	12	13
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	31	34	16	9	10
	2012	29	34	19	9	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	36	24	17	9	14
	2012	30	19	17	16	17

Närmare 75 procent, det vill säga tre av fyra läkare, uppgav sig aldrig eller i stort sett aldrig ha tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 69).



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

Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012

I stora drag var det samma problem som framkom både 2008 och 2012. Andelen som hade sjukskrivningsärenden ofta var något lägre 2012 än 2013. Båda åren upplevde en klar majoritet av läkarna att det är problematiskt att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga. Vad gäller andra problematiska områden var svarsmönstren ungefär desamma.

Andelen som svarade att de *aldrig* använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var mindre 2012, även om andelen som använde det ofta var något mindre. Andelen som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde i deras arbete med sjukskrivning var ungefär lika stor år 2012 som 2008.

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

En större andel av läkarna angav 2012 att de sätter stort värde på såväl konferenser och seminarier som på handledning för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Även ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning angavs av en betydligt större andel vara av stort värde 2012 jämfört med 2008. Sammanfattningsvis angav fortfarande 2012 runt hälften av läkarna stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga och om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet, samt kring Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.

Slutkommentar

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

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

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 61 %). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier (134). Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären år 2008 och 2012 var mycket omfattande, 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 två åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som var äldre än 68 år exkluderas. För 2008 års enkät fann vi dock att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år (108). Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med låg andel sjukskrivande läkare inte togs med 2012.

År 2012 hade färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukfrånvarofall, i Sverige sedan 2003 (135).

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

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

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

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

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts. Samtidigt uttrycker den absoluta majoriteten läkare även år 2012 behov av ökad kompetens inom området. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 38 procent svarat att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

Skillnaderna mellan åren vad gäller svaren på frågorna om organisatoriska förutsättningar för arbete med sjukskrivningsärenden skulle även den kunna bero på att olika interventioner kan ha lett till en ökad medvetenhet om vad denna typ av organisatoriskt stöd kan innebära, vilket i sin tur kan innebära högre krav på sådant stöd. Andra delförklaringar kan vara att genomförda interventioner kan ha varit verkningslösa eller att de inte genomförts fullt ut, eller att andra metoder för att mäta effekter av sådana interventioner kan behövas. Ytterligare en förklaring kan vara att det i allmänhet tar lång tid innan förändringar förankras på olika nivåer i en organisation, särskilt på verksamhetsnivå, vilket är det som efterfrågats i enkäterna (136).

Tabellförteckning

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de tre olika enkäterna 2004, 2008 och 2012.	15
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) för läkare boende i Västerbottens län uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.....	18
Tabell 3. Andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	26
Tabell 4. Andel (%) kvinnor och män, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) specialister, för samtliga sjukskrivande läkare samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	30
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	38
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.	39
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.	40
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.	41
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	42
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	43
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.....	47
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.	48
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra interna aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	54
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med externa aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	55
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att kontakten med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	57
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 71	
Tabell 17. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 73	

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	74
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de angav av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	75
Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	75
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.	76
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.	77
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.	80
Tabell 24. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	86
Tabell 25. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de angav att de huvudsakligen arbetar vid, år 2008 respektive 2012.	87
Tabell 26. 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.	90
Tabell 27. Andel (%) läkare som angav att de upplever nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	92
Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	93
Tabell 29. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	94
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	94
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren upplever olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	95
Tabell 32. 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.	97
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.	98
Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	99
Tabell 35. Andel (%) läkare som angav att de upplever det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	99

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.	102
Tabell 37. 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.	103
Tabell 38. 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.	110
Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	112
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.	113
Tabell 41. 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.	113
Tabell 42. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	114
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	115
Tabell 44. 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.	116
Tabell 45. 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.	117
Tabell 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	118

Figurförteckning

Figur 1. En översiktbild för illustrationen av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön.	23
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Västerbotten, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning, respektive avklarad specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män, vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de arbetat på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män vid vårdcentraler och i övriga verksamheter.	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.	36
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.	40
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.	45
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	46
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.	49
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.....	50
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.	50
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.	51
Figur 21. Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket stort, stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	51
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.	52
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.	56
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite respektive inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade ”Ej aktuellt” är exkluderade.....	56

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 vårdcentralläkare och övriga läkare.	58
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	59
Figur 27. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	60
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.	60
Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	61
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	61
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tycker det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats.	62
Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	63
Figur 33. Andel (%) läkare som använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	64
Figur 34. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	65
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 vårdcentralläkare och övriga läkare.	65
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 vårdcentralläkare och övriga läkare.	66
Figur 37. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg respektive "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	67
Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.	67
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 vårdcentralläkare och övriga läkare.	70
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=86).	71

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=289).	72
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.	79
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.	80
Figur 44. Andel som svarade att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	81
Figur 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.	81
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.	82
Figur 47. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.	88
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.	88
Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur länge de angav att de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2008 respektive 2012, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	89
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.	89
Figur 51. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.	90
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.	91
Figur 53. Andel (%) läkare som angav att de upplever handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.	91
Figur 54. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.	96
Figur 55. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.	96
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.	100
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.	100

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.	101
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.	104
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.	105
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.	106
Figur 62. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	106
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	107
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012. De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.	107
Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplever några svårigheter, år 2008 respektive 2012.	109
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.	111
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.	116
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.	117
Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt svaren hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.	118

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. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
4. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
5. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.
6. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008 031830-2008. nr 031830-2008.
7. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
8. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
9. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen, 2005.
10. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
11. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
12. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
13. Lindqvist R. *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
14. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
15. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
16. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
17. *Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009*.
18. Black C. *Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population*. London: The Stationary Office, 2008.
19. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
20. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
21. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
22. Kristensen TS. Sygefavaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.

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

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

93. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
94. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):104-9.
95. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*. 2002;24(16):867-74.
96. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
97. Aylward M, Waddell G, editors. *Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective*. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.
98. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
99. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):192-9.
100. Löfgren A. *Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
101. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. *AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
102. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273. *BMC Public Health*. 2007;7:273.
103. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(3):398-408.
104. Swartling M. *Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]*. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
105. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
106. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
107. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health*. 2010;10:61.
108. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. *Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
109. Barroso J. *Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt*.: Karolinska Institutet; 2013.
110. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.

111. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
112. 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.
113. 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.
114. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
115. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
116. 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.
117. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
118. 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.
119. 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).
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. 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).
125. 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.
126. 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.
127. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.

128. 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.
129. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen, 2008.
130. 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.
131. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.
132. 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:
133. 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 (Management of how healthcare handle sickness certification of patients)(In Swedish). Division of Insurance medicine, 2013.
134. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
135. OECD. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. 2010.
136. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, 2007.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7549-351-0