

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län

Resultat från en enkätstudie år 2012
och jämförelser med 2008

Kristina Alexanderson
Olivia Ernstsson
Elin Hinas
Therese Ljungquist

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, juni 2014.

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter på www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Den kan även beställas, se ”Våra kontaktuppgifter” på: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-981256-6-5

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät år 2012 till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Västernorrlands 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 Västernorrland. Många interventioner i hela riket och specifikt i Västernorrland 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 Västernorrland.

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, chef för Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI)
- Britt Arrelöv, med dr, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Produktionssamordning, LSF, Stockholms läns landsting
- Richard Bränström, docent, forskare, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Olivia Ernstsson, projektassistent, 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	22
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt.....	23
1. Samtliga svarande läkare 2012	26
Bakgrundsfaktorer	26
Yrkesverksamma läkare i Västernorrland.....	27
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden	28
2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012	29
Bakgrundsfaktorer	30
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	33
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	34
Allvarlighetsgrad av specifika problem	36
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	40
Oro och hot	41
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	42
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	44
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	46
Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?	46
Problem med att använda beslutsstödet	47
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra.....	48
Behov av fördjupad kompetens	49
Samverkan och kontakter	51

Kontakter med Försäkringskassan	54
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	57
Elektronisk överföring av läkarintyg	59
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	64
Kompetensutveckling via formell utbildning	65
Kompetensutveckling via vidareutbildning	67
Behov av fördjupad kompetens	67
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	70
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet	71
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar	73
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	73
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	74
Tid i arbetet med sjukskrivning	74
Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning	77
3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012	79
Bakgrundsfaktorer	80
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	82
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	83
Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning	83
Frekvens av potentiellt problematiska situationer	86
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	87
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	88
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	90
Samverkan och kontakter	93
Kontakter med Försäkringskassan.....	95
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	98
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	100
Kompetensutveckling	100
Behov av fördjupad kompetens	101
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	103
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	105
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	105
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	105
Tid till arbete med sjukskrivning	106
Slutkommentar	108
Tabellförteckning	110
Figurförteckning.....	112
Referenser	117

Sammanfattning

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

Majoriteten (80 %) av de svarande arbetade i någon omfattning med sjukskrivning. De kallas i rapporten för 'sjukskrivande läkare', och 77 procent av dessa hade sjukskrivningsärenden varje vecka. Nedan sammanfattas resultat för 'sjukskrivande läkare'.

Resultaten visar att en mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka 2012 (32 %), jämfört med 2008 (44 %), och att skillnaden mellan åren var störst för läkare på vårdcentraler.

Närmare en tredjedel av läkarna (30 %) *upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska* minst en gång i veckan, vilket var mindre än motsvarande andel år 2008 (38 %). Också en något mindre andel svarade år 2012 att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden (38 %), jämfört med tidigare år (41 %). Såväl beträffande frekvens som allvarlighetsgrad låg läkare vid vårdcentraler högst avseende att uppleva sjukskrivningsarbetet som problematiskt. De specifika situationer som flest läkare upplevde som problematiska var att bedöma arbetsförmåga och göra en långsiktig prognos av denna samt att bedöma optimal sjukskrivningstid- och grad – detta gällde båda åren. Särskilt problematiskt upplevdes det 2012 vara att bedöma arbetsförmåga för arbetslösa patienter samt att hantera längre sjukskrivningar (frågor om detta lades till i 2102 års enkät).

Närmare en tredjedel svarade att *sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem* i stor eller i ganska stor utsträckning, och 18 procent svarade att de upplevde detta minst en gång i veckan. Andelen läkare som upplevde detta var störst bland vårdcentralsläkare.

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

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som infördes 2007, användes av majoriteten av läkarna. Mer än var tredje läkare menade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning och mer än hälften (55 %) ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten. Närmare två av fem (39 %) svarade att det underlättar kontakten med Försäkringskassan och denna andel var störst bland vårdcentralsläkarna (48 %).

En majoritet (72 %) av dem som hade *kontakt med Försäkringskassan* (vilket var 78 % av alla) var mycket eller ganska nöjda med kontakten, jämfört med två tredjedelar (66 %) år 2008. Drygt var tredje upplevde inte några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (20 % bland vårdcentralsläkarna, 43 % bland övriga). Av de möjliga svårigheter som var listade i enkäten, upplevde en stor andel läkare båda åren att det är svårt att komma fram per telefon, att kontakterna tar för mycket tid och att det är svårt att veta vem man ska prata med. År 2012 angav var tredje läkare att Försäkringskassan 'begär onödiga kompletteringar av intyg' och mer än var femte läkare (23 %) upplevde brister i handläggarnas kompetens. Det var en större andel 2012 jämfört med 2008 som upplevde svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter, att det fanns skilda tolkningar av beslutsstödet respektive att man 'talar olika språk'.

En majoritet (94 %) av läkarna använde sig av det nyligen införda systemet med *elektronisk överföring av läkarintyg* till Försäkringskassan. Drygt hälften av dem som använde det

svarade att systemet underlättar deras arbete, 16 procent svarade att det underlättar mycket medan 18 procent ansåg att det försvårar. Hälften ansåg att systemet var problemfritt, och var fjärde användare svarade att systemet leder till ökad kvalitet i intygen.

En absolut majoritet (93 %) av läkarna uttryckte behov av att utveckla sin *försäkringsmedicinska kompetens* i något avseende. Andelen var generellt något mindre 2012 jämfört med 2008. Framför allt ville man 2012 ha ökad kunskap om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden och om andra ersättningsformer inom sjukförsäkringssystemet. Ett stort behov av fördjupad kompetens fanns även för bedömning av arbetsförmåga samt kunskap om vilka krav som ställs i olika yrken. En större andel värderade handledning och försäkringsmedicinska kurser högt, jämfört med 2008. År 2012 ansåg 40 procent av läkarna att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har 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 något större 2012 än tidigare. Den faktor som störst andel läkare (52 %) 2012 ansåg skulle ha stort värde för arbetet med sjukskrivning var bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

När det gäller *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning* redovisas svar för policy, stöd, tid och kvalitetssäkring av arbetet med patienters sjukskrivning. År 2012 uppgav 39 procent av läkarna att de arbetade på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Andelen var större bland vårdcentralsläkare (60 %) jämfört med övriga läkare (29 %). Jämfört med 2008 var det en något större andel som år 2012 uppgav att de hade en gemensam policy och som angav stort stöd i sjukskrivningsfrågor. Mer än var fjärde angav stort stöd från sin närmaste ledning och andelen var större bland vårdcentralsläkarna än bland läkarna inom övrig verksamhet. Mindre än en tredjedel svarade 2012 att det förekom systematisk kvalitetssäkring på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Omkring hälften 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 har minskat jämfört med tidigare enkätår. Andelen läkare som upplever dessa arbetsuppgifter som problematiska är något mindre år 2012, jämfört med 2008, avseende både frekvens eller allvarlighetsgrad. Beslutsstödet har fortsatt stort genomslag; det används, underlättar och höjer kvaliteten för många. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många är nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men andelen läkare som upplever vissa svårigheter är fortfarande stor när det gäller logistik i kontakterna, och är större än tidigare vad gäller svårigheter att förmedla information och av 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 svarsmonstret likartat mellan åren.

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

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Västernorrland	Ibland används ordet Västernorrland för att beteckna Västernorrlands län eller Landstinget Västernorrland
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 Västernorrlands län om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Enkäterna skickades ut 2008 respektive 2012 och några resultat från enkäten vad gäller läkare i Västernorrland har publicerats i en tidigare rapport [2].

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

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

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

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

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

Sjukförsäkringar

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

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

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

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

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

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

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

Sjukskrivning - en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [41-43]. Socialstyrelsen har konstaterat [38, 44-48] att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet [26, 48-50].

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [3, 4, 26, 36, 51, 52]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden¹ [53].
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens [34, 54, 55]. Läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt [56, 57]. De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir det ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden, när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär [3, 58-62]. Detta är besvär där den vetenskapliga

¹ För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [61-66], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå från. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggsmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin [67-69]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [8, 9, 38, 54, 70, 71, 72]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [73]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [74]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kolleger gör eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning [4, 34, 52, 75].

Läkares olika professionella roller

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

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa [76-78].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [51, 79, 80].
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [40].
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet [52, 81-83].

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

Förändring av arbetet med sjukskrivning över tid

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

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

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

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

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [39, 49, 50, 84-93]. Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter [4]. Samma metoder som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens [94]. I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

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

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

sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt [95, 96]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

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

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis är inte studerade alls, och i de flesta studier ligger fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum är också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittsstudier och hade relativt få deltagare, och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av studierna. På en övergripande nivå kunde man dock finna stora likheter i resultaten mellan olika länder [5]. Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder [34, 97-100].

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten [4], liksom i andra översikter [3, 5], är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detta projekt, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap. Vi har tidigare bland annat genomfört två omfattande enkätstudier för att erhålla sådan kunskap; en år 2004 till läkarna i två län (n=7 800, svarsfrekvens 71 %) [41, 75, 101-108] och en totalundersökning år 2008 av samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (svarsfrekvens 61 %) [42, 43, 52, 109]. Dessa är de hittills största enkätstudierna, inte bara i Sverige, utan i hela världen, om läkares arbete med sjukskrivning, både vad gäller antal deltagare och antal frågor om sjukskrivning (163 frågor). Tre av delarbetena från 2004 års enkätstudie inkluderades i den ovan nämnda översikten [4] (inget delarbete hade då ännu hunnit publiceras internationellt från 2008 års enkätstudie). Resultaten från 2008 års enkät överensstämmer i stor utsträckning med resultaten i litteraturöversikten [4].

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

Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Vetenskapliga studier om läkares arbete med sjukskrivning kan ha olika utgångspunkter och vara designade på många olika sätt [3, 4]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [3, 4] men även några interventionsstudier har publicerats [3, 4, 34, 110].

Data om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika typer av material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer), enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller

åtgärder), så kallade audits [111], inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden eller från Försäkringskassans akter, och data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) [3, 4].

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

Syfte

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrland.

Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt samt uppdelat på vårdcentralsläkare och läkare i övrig verksamhet
- 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 Västernorrland år 2012. För att få en bild av förändringar över tid jämförs även resultat från enkäten 2012 med motsvarande resultat från en tidigare enkät år 2008 [2, 42]. Enkäterna skickades till nästan samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige. Resultaten är baserade på svar från de läkare som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Västernorrland.

Enkäten 2012 riktad till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige, det vill säga nästan alla. Enkäten 2008 skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige [42]. År 2004 skickades en motsvarande enkät till läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting [41]. I Tabell 1 ges en övergripande bild av de tre enkäterna [1]. Resultat för de tre enkätåren har presenterats i två rapporter [112, 113].

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

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

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

2004 års enkätstudie

Enkäten 2004 omfattade läkare i Stockholms och Östergötlands län. De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier samt tidigare genomförda enkäter inom området [3, 114, 115]. Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området samt i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län [41]. Svarsfrekvensen var 72 procent.

Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar [41, 52, 75, 101-108, 116-122].

2008 års enkätstudie

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

En ny enkät utvecklades baserad på enkäten från 2004 [41]. Enkäten kompletterades med ytterligare frågor för att fånga betydelsen av genomförda interventioner och andra förändringar

sedan 2004, samt för att inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade var viktiga att specificera [42]. Antalet frågor utökades från 96 till 163. Några mindre ändringar av de ursprungliga frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån analyser av resultaten i enkäten 2004, de öppna svar som lämnades i enkäten samt utifrån andra studier som tillkommit efter studien 2004.

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

Svarefrekvensen 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 [2, 43, 52, 73, 75, 108, 109, 117, 121-130].

2012 års enkätstudie

Studiepopulation

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

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

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

Frågeformulär 2012

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

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

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

Följande *frågor* är nya i 2012 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

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

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

Samtliga tre enkätomgångar har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys, uppdelat på län. Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent för hela landet och varierade från 54 till 66 procent mellan länen och är tillräckligt hög för alla län för analyser på landstingsnivå. För Västernorrland var svarsfrekvensen 60 procent (Tabell 2). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer (Tabell 2). Detta gäller även de två tidigare enkäterna [41, 42].

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

Totalt använde 24 procent (n=64) av läkarna som uppgav att de arbetar i Västernorrland 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 Västernorrland uppdelat på kön respektive åldersgrupper, 2012 års enkät.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	583	349	59,9
Kvinnor	261	163	62,5
Män	322	186	57,8
20-39 år	209	121	57,9
40-54 år	182	94	51,6
55-67 år	192	134	69,8

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 3,1 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 [106, 118, 120, 121], 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.

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 Västernorrland och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna. Samtliga frågor redovisas dels för samtliga läkare och dels uppdelat på läkare på vårdcentraler och läkare inom övriga verksamheter.

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

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

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

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

Jämförelser över tid

I det så kallade **gröna avsnittet** (sidan 80) jämförs svaren från 2012 med svaren från 2008 års enkät för de 130 frågor som fanns med i båda enkäterna. Nedan redogörs för hantering av analyser i dessa kapitel.

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

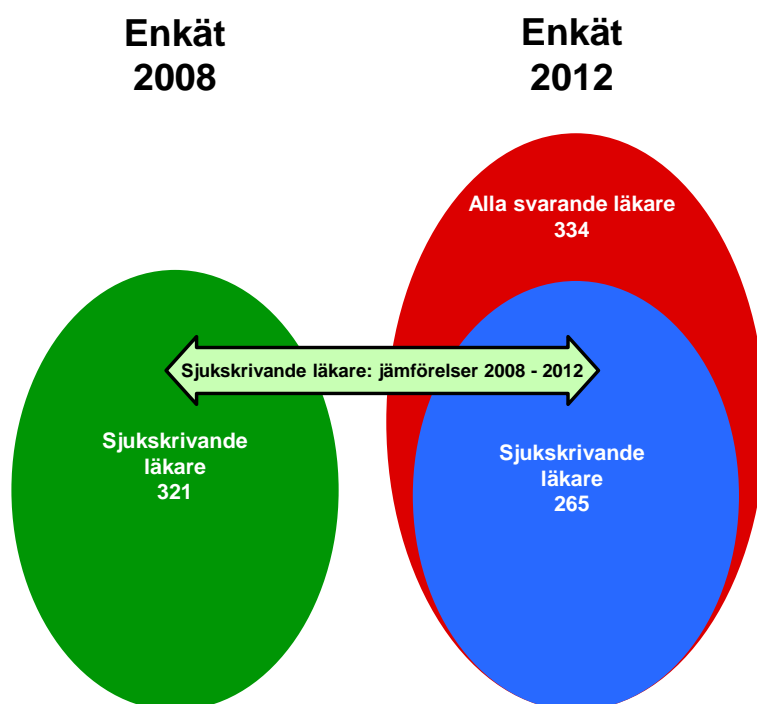
Jämförelser är alltså gjorda för alla de **130 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade år 2012 jämfört med 2008.

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

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

Resultat

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



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

Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt

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

1: Samtliga läkares svar 2012

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

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare 2012

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

Blå tabeller och figurer

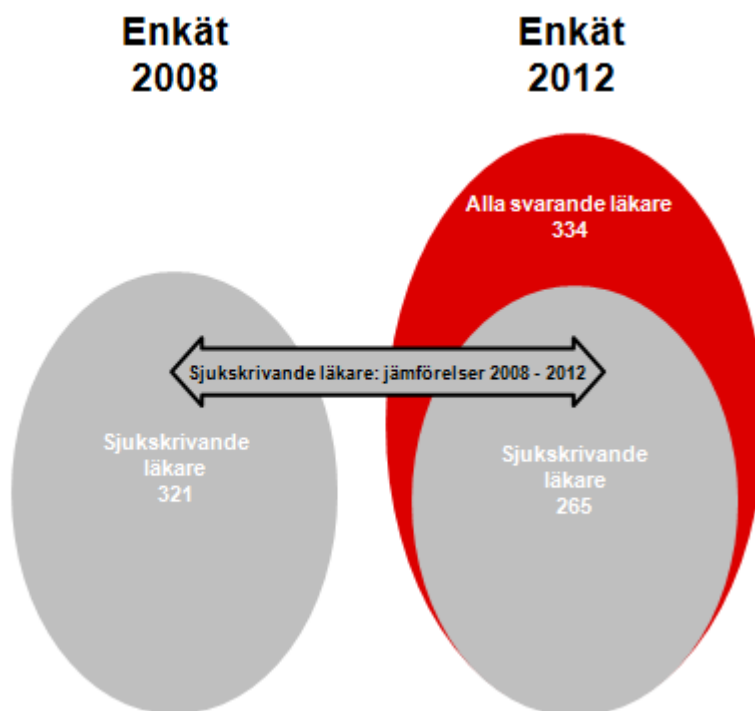
3: Läkares arbete med sjukskrivning, i ett fyraårsperspektiv: 2008-2012

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

Gröna tabeller och figurer

I.

Samtliga svarande läkare 2012



1. Samtliga svarande läkare 2012

Antalet läkare som 2012 svarade att de huvudsakligen arbetar i Västernorrlands län var 334, varav 158 (47 %) var kvinnor och 176 (53 %) var män.

Bakgrundsfaktorer

I Tabell 3 visas antal svarande, totalt samt uppdelat på vårdcentral och övrig verksamhet, fördelning mellan kvinnor och män, mellan åldersgrupperna samt utbildningsnivå. Av de 334 svarande uppgav en att denne inte var yrkesverksam och av de resterande 333 läkarna svarade en fjärdedel (26 %) att de arbetar på en vårdcentral och resten (74 %) att de arbetar inom övrig verksamhet. Andelen yngre (24-39 år) var 28 procent bland läkare på vårdcentral medan motsvarande siffra för övriga läkare var 40 procent. Andelen specialistutbildade läkare på vårdcentral samt bland övriga läkare var 76 respektive 66 procent.

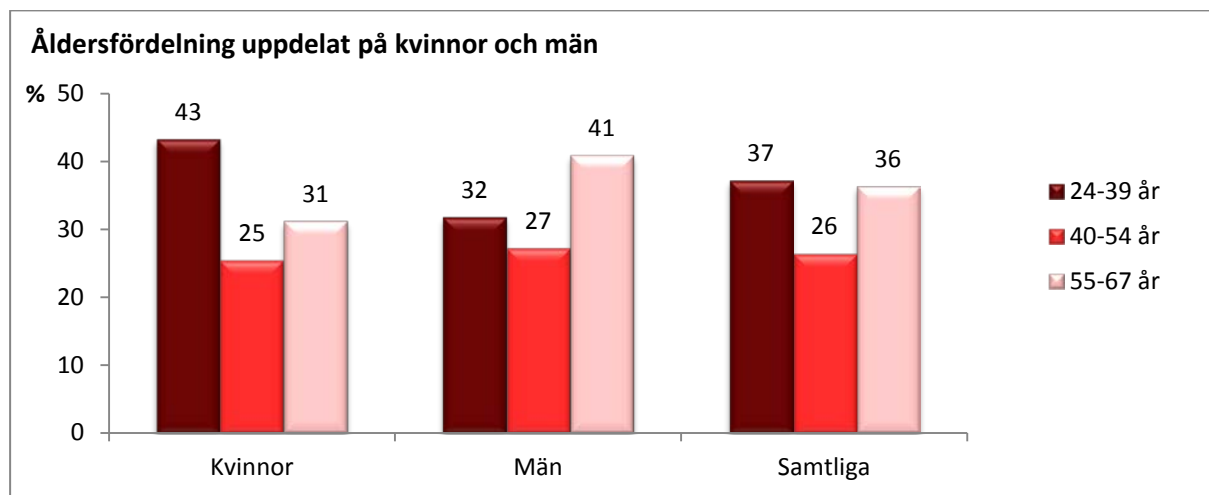
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.

		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande	334	86	247
Kön	Kvinnor (%)	47	51	46
	Män (%)	53	49	54
Ålder	24-39 år (%)	37	28	40
	40-54 år (%)	26	31	25
	55-67 år (%)	36	41	35
	<i>Medelålder</i>	<i>46</i>	<i>48</i>	<i>46</i>
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	5	6	5
	Leg. läkare (%)	1	1	1
	Pågående ST-utbildning (%)	25	17	28
	Specialistutbildade (%)	68	76	66

Yrkesverksamma läkare i Västernorrland

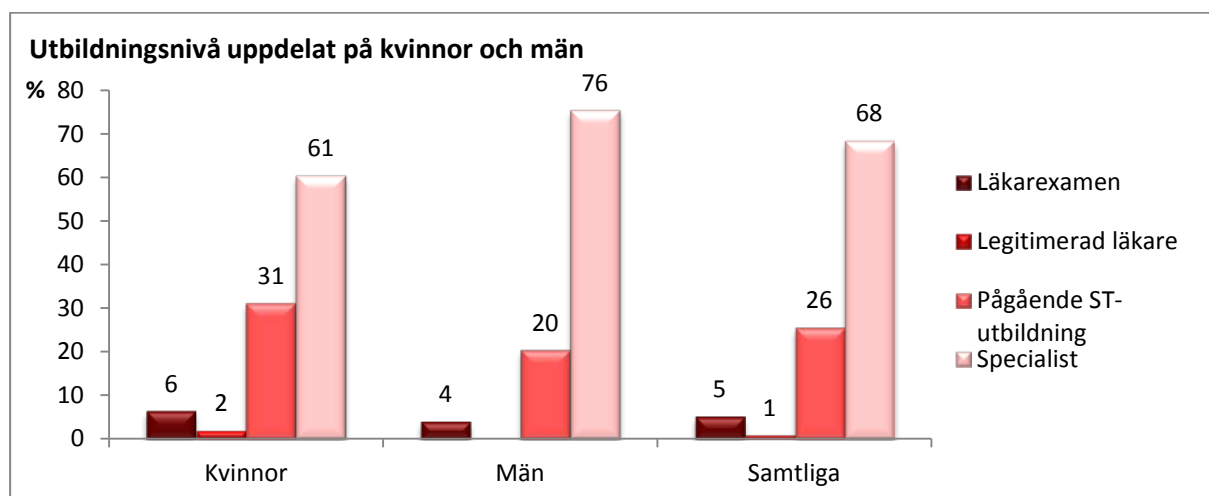
Resultatet i fortsättningen av detta kapitel baseras på svar från de läkare (n=333) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Västernorrland. Det innebär att den läkare som svarade att hon eller han inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension, eller liknande) inte har tagits med i analyserna i resten av rapporten.

I Figur 2 visas åldersfördelningen uppdelat på män och kvinnor. Av kvinnorna tillhörde den största andelen (43 %) den yngsta åldersgruppen, medan 41 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen.



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

Det fanns även en könsskillnad vad gäller fördelningen av läkarnas högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 76 procent en specialistutbildning, av kvinnorna där 61 procent. Å andra sidan hade en större andel av kvinnorna en pågående specialistutbildning (31 %), jämfört med männen (20 %).

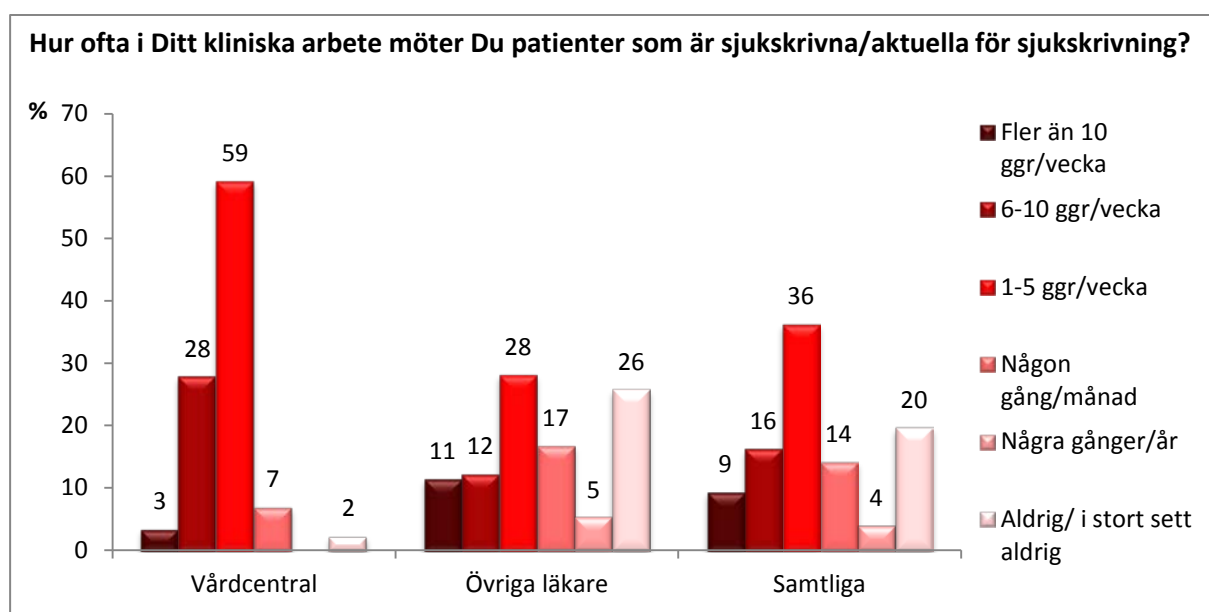


Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.

Andel läkare som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebar att patienten sjukskrevs.

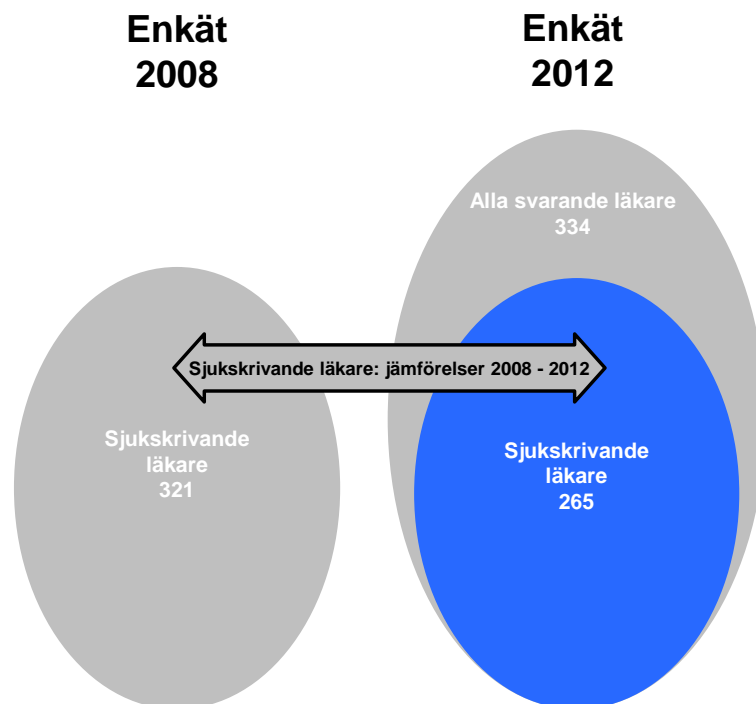
Resultatet visar att de flesta yrkesverksamma läkare (61 %) hade sådana konsultationer minst en gång i veckan, samtidigt som 20 procent av i stort sett aldrig hade det (Figur 4). Andelen som aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är aktuella för sjukskrivning var avsevärt större bland läkarna inom övrig verksamhet (26 %) än bland vårdcentralsläkarna (2 %). Bland vårdcentralsläkarna uppgav 90 procent att de hade konsultationer relaterade till sjukskrivning minst en gång i veckan. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (0,9 %). Dessa läkare är inte med i de fortsatta analyserna.



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

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2012



2. Svar från sjukskrivande läkare; 2012

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 265 läkare som svarat på enkäten och som:

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

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

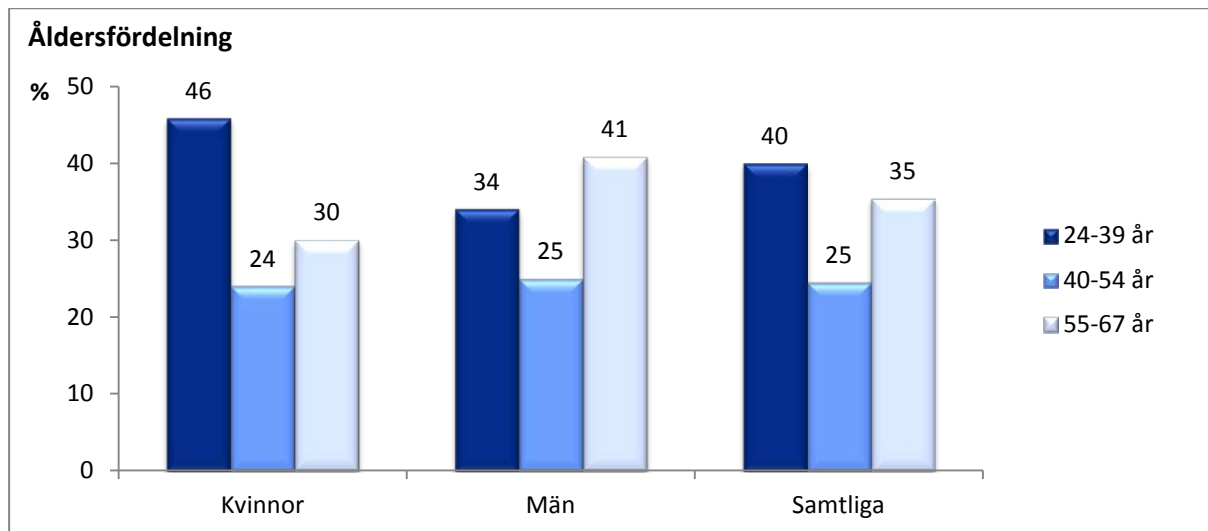
Bakgrundsfaktorer

Av de sjukskrivande läkarna var en majoritet (68 %) specialistutbildade, andelen specialister var större bland vårdcentralsläkare (75 %) än bland övriga läkare (64 %). Endast sju procent av läkarna hade läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå (Tabell 4). Andelen yngre (24-39 år) var större bland läkare inom övrig verksamhet (45 %) än bland vårdcentralsläkare (29 %). Andelen kvinnor och män var jämnt fördelade inom båda grupperna.

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

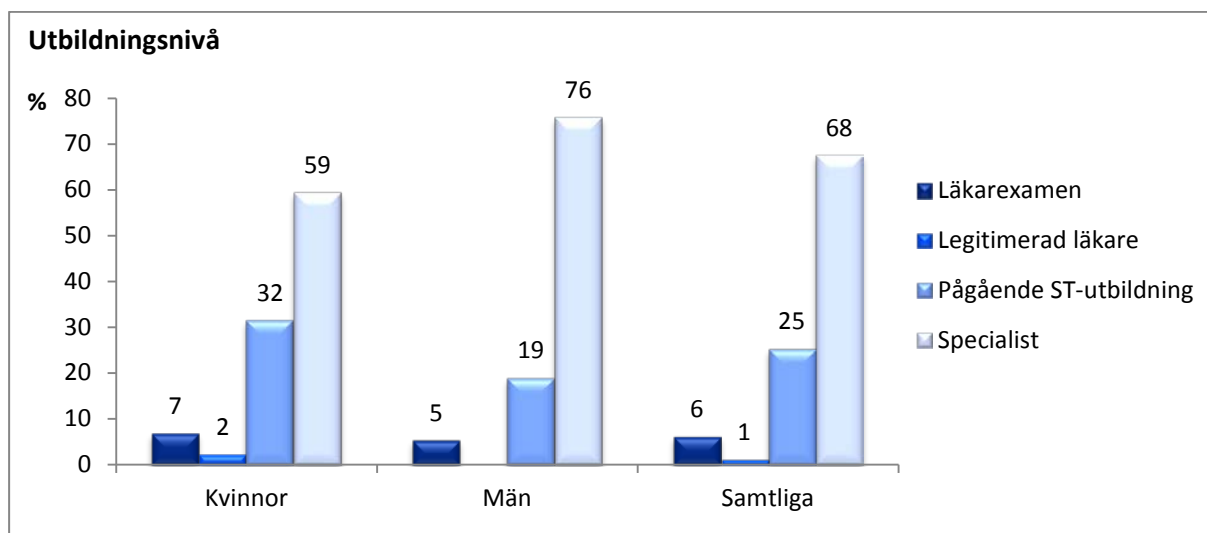
		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	265	84	181
Kön	Kvinnor (%)	50	51	50
	Män (%)	50	49	50
Ålder	24-39 år (%)	40	29	45
	40-54 år (%)	25	32	21
	55-67 år (%)	35	39	34
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	6	6	6
	Legitimerad läkare (%)	1	1	1
	Pågående specialistutbildning (%)	25	18	29
	Specialistutbildad (%)	68	75	64

Av de sjukskrivande läkarna var 50 procent kvinnor och 50 procent män. Som framgår av Figur 5 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan män och kvinnor, där 46 procent av kvinnorna tillhörde den yngsta åldersgruppen och 41 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen.



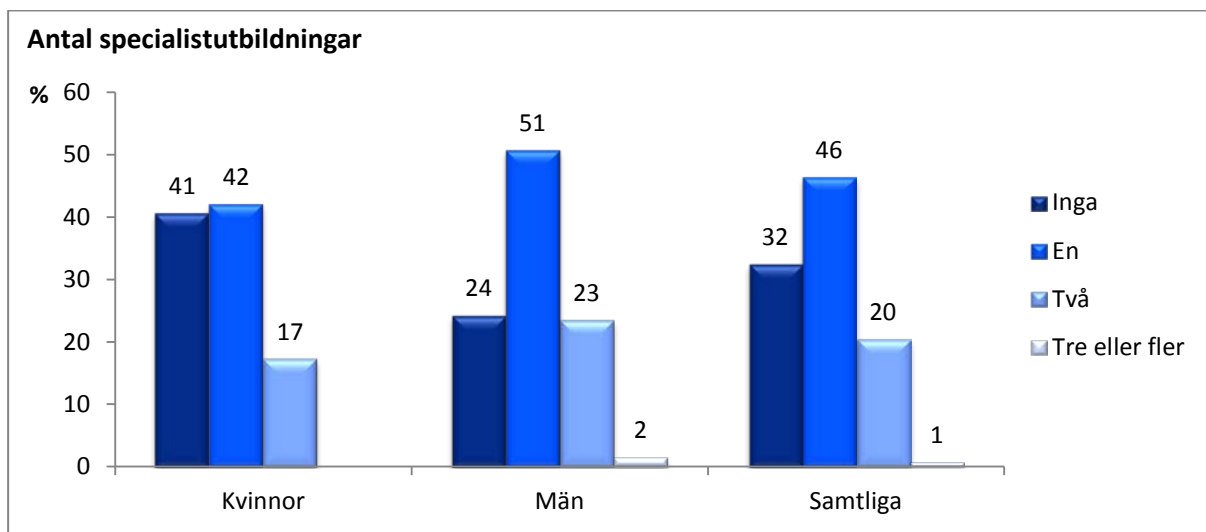
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen färdiga specialister. En större andel av männen hade en specialistexamen (76 %), jämfört med kvinnorna (59 %) (Figur 6). En större andel av kvinnorna hade pågående specialistutbildning (32 %) jämfört med männen (19 %).



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

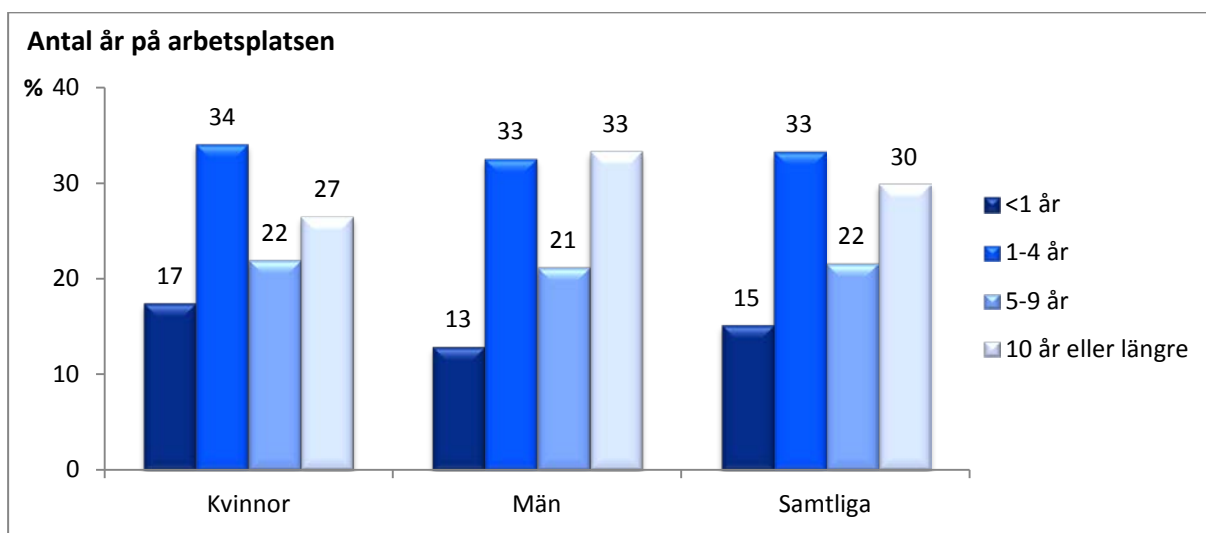
I Figur 7 framgår det tydligare att andelen icke-specialister var större bland kvinnorna (41 %) än bland männen (24 %). En fjärdedel av männen hade två eller fler specialistutbildningar, motsvarande andel bland kvinnorna var en sjättedel.



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

Antal år på arbetsplatsen

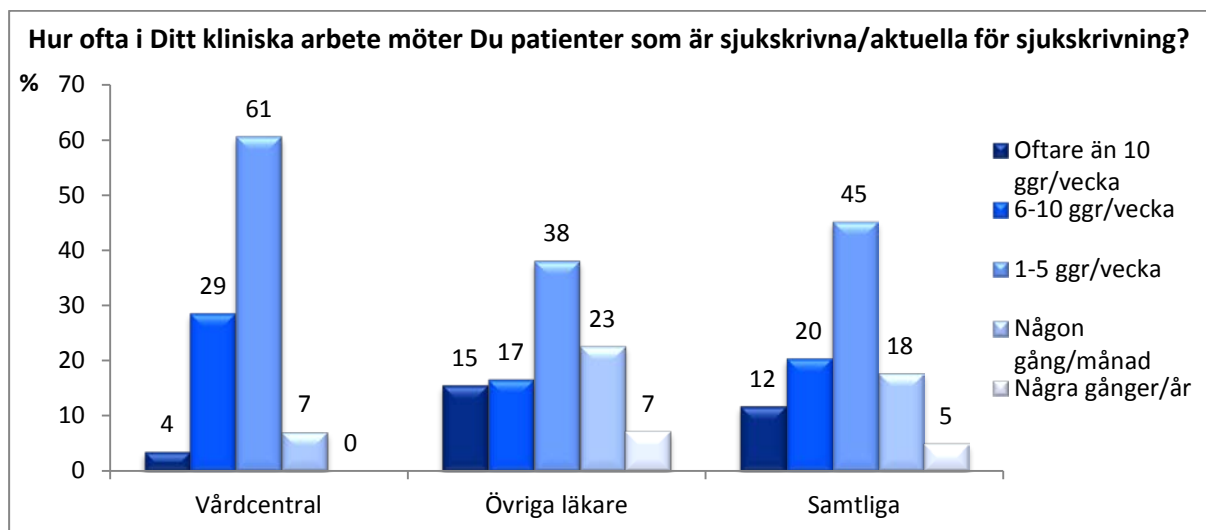
Närmare hälften (48 %) av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, och närmare en tredjedel (30 %) hade varit på samma arbetsplats i minst 10 år (Figur 8). En något större andel av männen jämfört med kvinnorna hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



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

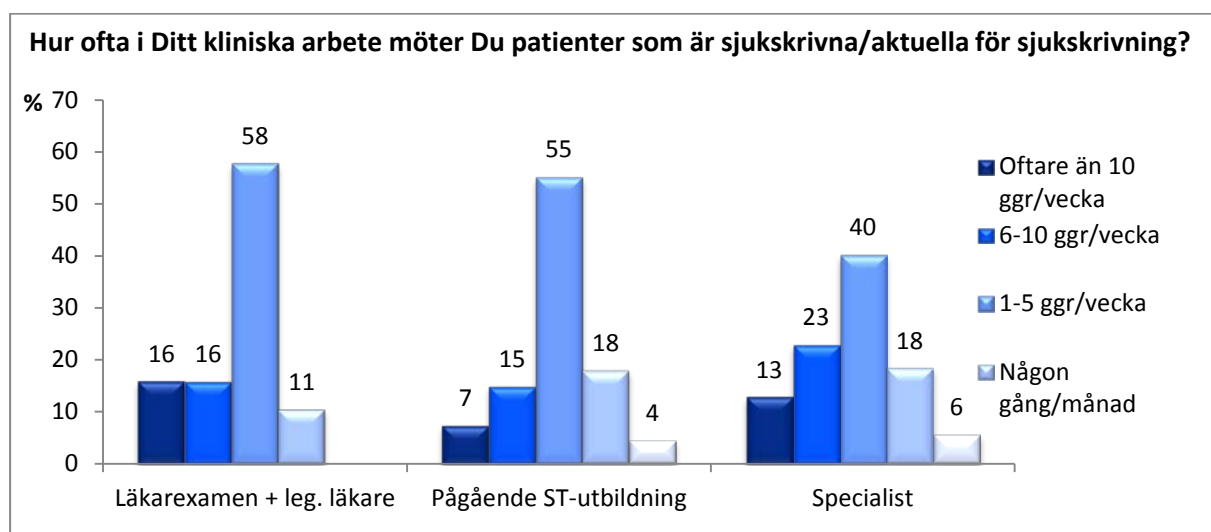
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 framgår hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, 77 procent hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Fördelningen av svarsalternativen skiljer sig mycket mellan läkare på vårdcentraler och övriga läkare, bland vårdcentralsläkarna var det 93 procent som hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan och fyra procent hade det oftare än 10 gånger per vecka. Bland läkare i övriga verksamheter var motsvarande andelar 70 respektive 15 procent.



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

I Figur 10 visas att nio av tio läkare med läkarexamen eller läkarlegitimation möter patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan, medan motsvarande andel bland läkare med pågående och genomförd specialistutbildning var 77 respektive 76 procent.



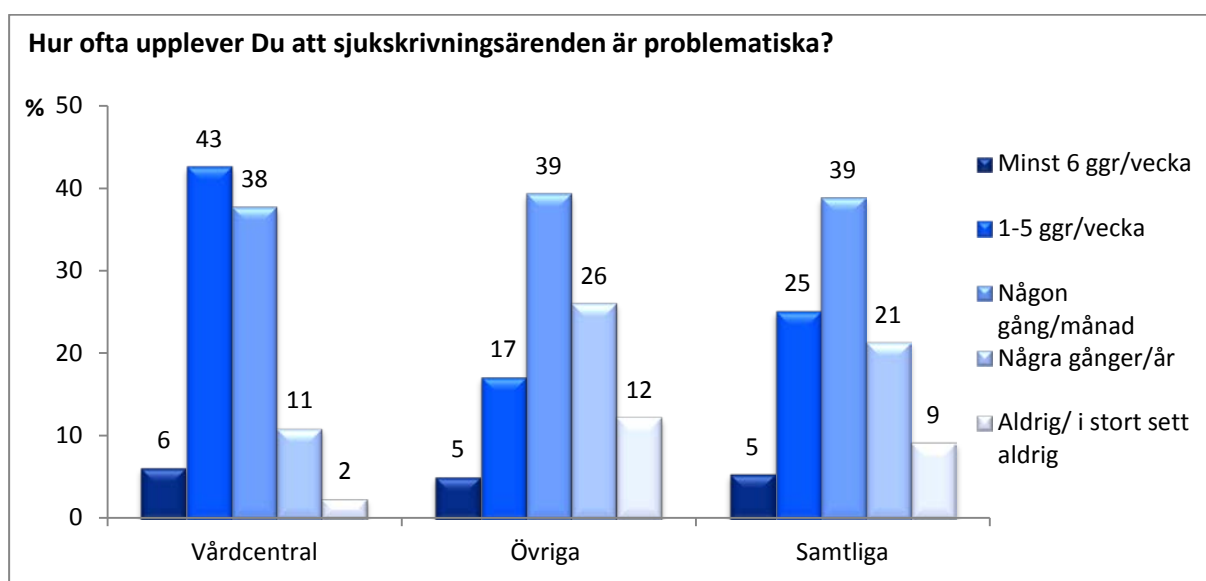
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

Sammanfattning om frekvens av sjukskrivningsärenden

Tre av fyra (77 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, och var tredje hade det minst sex gånger per vecka. Nittiotre procent av vårdcentralläkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka. Nio av tio läkare med läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå angav att de mötte sjukskrivna patienter eller patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan.

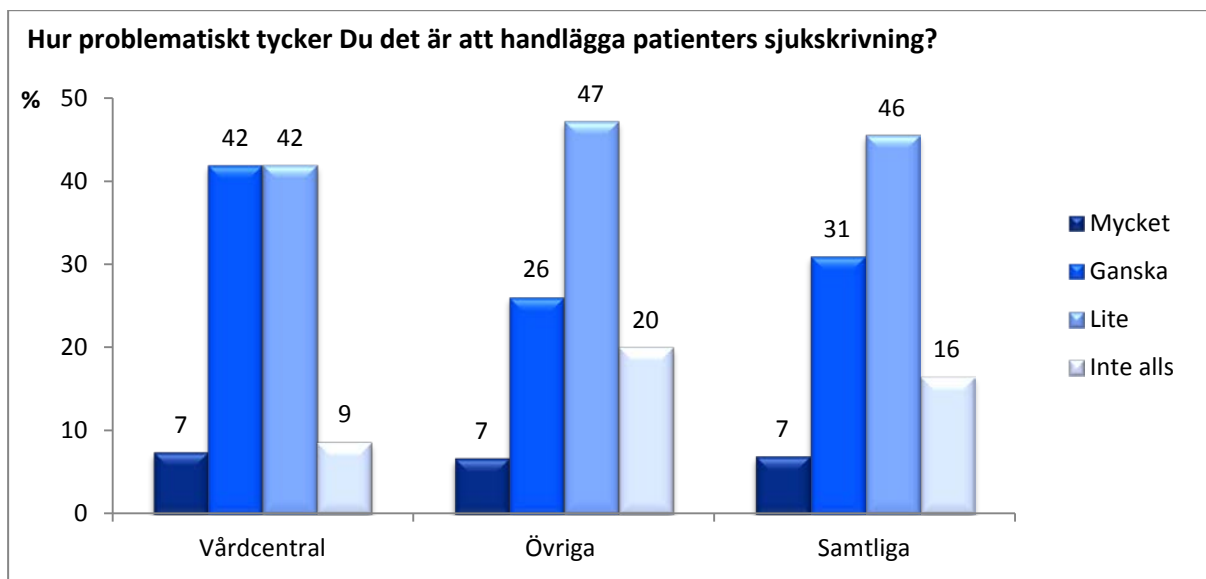
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem. Först fanns det en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 11). Närmare en tredjedel (31 %) av läkarna rapporterade att de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt minst en gång i veckan, andelen bland vårdcentralsläkare var 49 procent och bland övriga läkare 22 procent. Nio procent av samtliga läkare svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var problematiska, motsvarande andel bland läkarna inom övrig verksamhet var större (12 %), jämfört med andelen bland vårdcentralsläkarna (2 %).



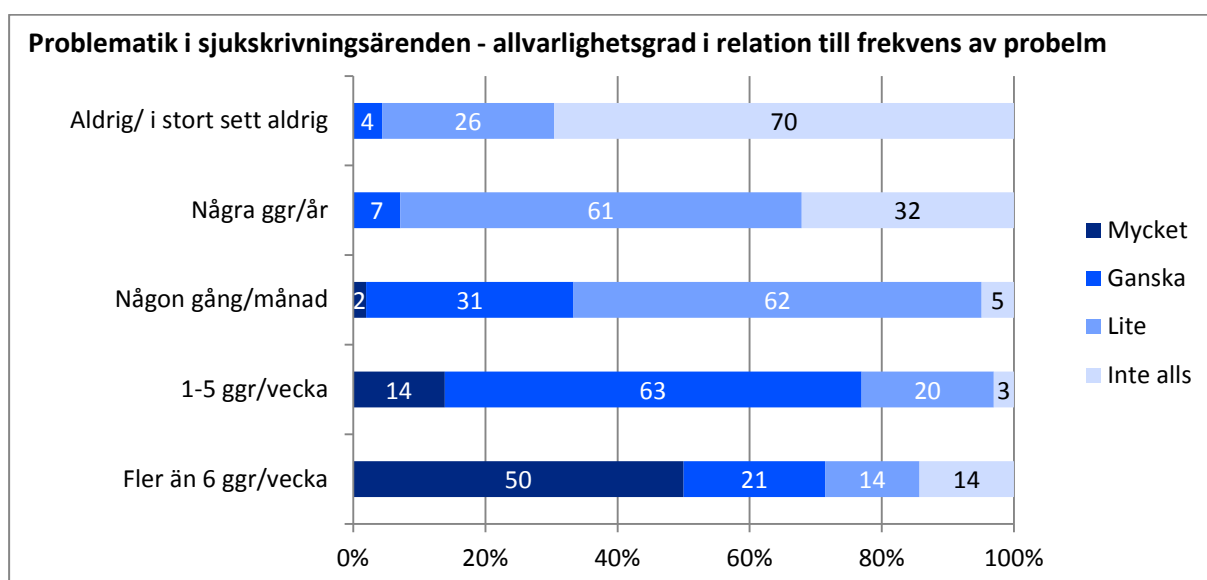
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Sju procent av samtliga läkare uppgav att det var mycket problematiskt och 16 procent att det inte alls var problematiskt. Närmare hälften av vårdcentralsläkarna och en tredjedel av övriga läkare uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Var femte läkare inom övrig verksamhet och var tionde läkare på vårdcentral uppgav att det inte alls var problematiskt (Figur 12).



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

I Figur 13 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de upplevde att de var. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också i större utsträckning upplevde dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få av dem som aldrig eller sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket eller ganska problematiska. Av läkarna som uppgav att sjukskrivningsärenden är problematiska oftare än sex gånger per vecka upplevde hälften att dessa ärenden var mycket problematiska.



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

Allvarlighetsgrad av specifika problem

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas nedan, medan några redovisas längre fram, i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 47) respektive Samverkan och kontakter (sidan 51).

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 32 procent angav det som mycket problematiskt och 36 procent som ganska problematiskt (Tabell 5). Mer än hälften av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som hade ett arbete, att bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad, samt att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga. Sjuttio två procent av läkarna på en vårdcentral svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt. Närmare hälften av läkarna ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat. I samtliga beskrivna uppgifter i Tabell 5 angav en större andel av vårdcentralsläkarna att det var mycket eller ganska problematiskt, jämfört med läkare inom övrig verksamhet.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	Samtliga	13	33	41	14
	Vårdcentral	18	54	22	6
	Övriga läkare	10	23	49	18
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	Samtliga	12	27	44	18
	Vårdcentral	15	41	40	5
	Övriga läkare	10	20	46	23
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	Samtliga	21	37	32	10
	Vårdcentral	31	45	19	5
	Övriga läkare	16	33	38	13
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	Samtliga	32	36	23	9
	Vårdcentral	49	32	16	2
	Övriga läkare	24	38	26	12
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	Samtliga	15	36	40	9
	Vårdcentral	21	44	32	4
	Övriga läkare	12	33	43	12
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	Samtliga	22	29	37	12
	Vårdcentral	34	31	31	4
	Övriga läkare	16	28	39	16
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	Samtliga	9	20	43	27
	Vårdcentral	10	22	54	15
	Övriga läkare	8	20	39	33
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit	Samtliga	11	36	40	12
	Vårdcentral	11	43	34	12

tidigare intyg?	Övriga läkare	12	33	43	12
-----------------	---------------	----	----	----	----

I sitt yrkesutövande har läkaren olika roller i förhållande till patienten i sjukskrivningsärenden, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör [26]. Fyrtiotre procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Tabell 6). Hälften av läkarna på vårdcentraler tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor, att diskutera psykosocial problematik och veta hur sådant kan hanteras samt att hantera situationer när patienten inte har samma åsikter om behovet av sjukskrivning som en själv. Motsvarande andelar bland övriga läkare var mindre (29 till 36 %). Två femtedelar av vårdcentralsläkarna och en femtedel av övriga läkare ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att överväga för- och nackdelar med en eventuell sjukskrivning med patienten.

Tabell 6 Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	5	21	47	26
	Vårdcentral	5	34	51	11
	Övriga läkare	6	15	46	33
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	Samtliga	6	30	39	25
	Vårdcentral	7	45	39	10
	Övriga läkare	6	24	39	31
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	Samtliga	13	28	37	23
	Vårdcentral	15	35	39	11
	Övriga läkare	12	25	36	28
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	Samtliga	13	27	48	13
	Vårdcentral	17	33	44	6
	Övriga läkare	11	24	50	16
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	Samtliga	13	30	36	21
	Vårdcentral	18	43	33	6
	Övriga läkare	11	24	37	28

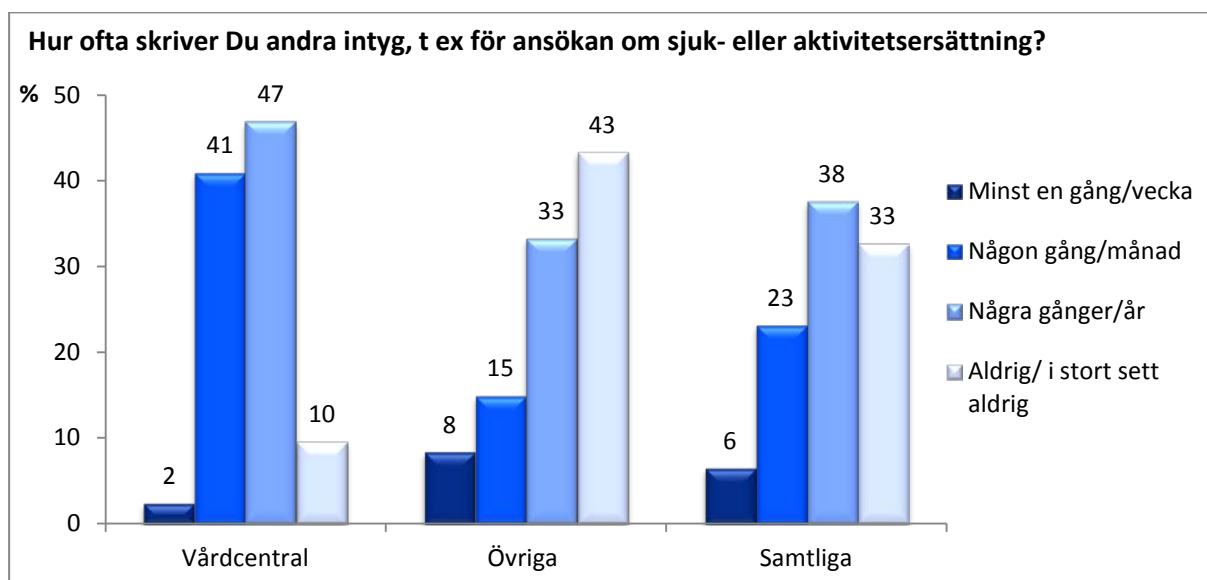
När det handlade om att skriva läkarintyg, och särskilt att skriva andra intyg än sjukintyget till Försäkringskassan, upplevde en större andel av läkarna detta som problematiskt jämfört med andelen som upplevde det problematiskt att hantera dokumentationskravet [38, 131], det vill säga veta vad i ett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

Tjugosex procent av samtliga läkare uppgav att det inte var aktuellt att skriva sådana intyg, en tiondel av läkare på vårdcentraler och en tredjedel av övriga läkare.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	Samtliga	8	19	42	30	
	Vårdcentral	6	21	50	23	
	Övriga läkare	9	18	39	33	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)?	Samtliga	14	25	26	9	26
	Vårdcentral	17	35	32	6	10
	Övriga läkare	12	20	24	10	33
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Samtliga	3	16	35	46	
	Vårdcentral	5	10	45	41	
	Övriga läkare	2	18	31	48	

På frågan om hur ofta läkaren skriver andra intyg än läkarintyget FK 7263 svarade en tredjedel av läkarna att de aldrig gör detta (Figur 14), där andelen bland vårdcentralsläkare var mindre (10 %) än andelen bland övriga läkare (43 %).



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

Det fanns ett tydligt mönster när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det var att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem (Tabell 8). Femton respektive 27 procent av läkarna svarade att det inte var aktuellt för dem att handlägga längre

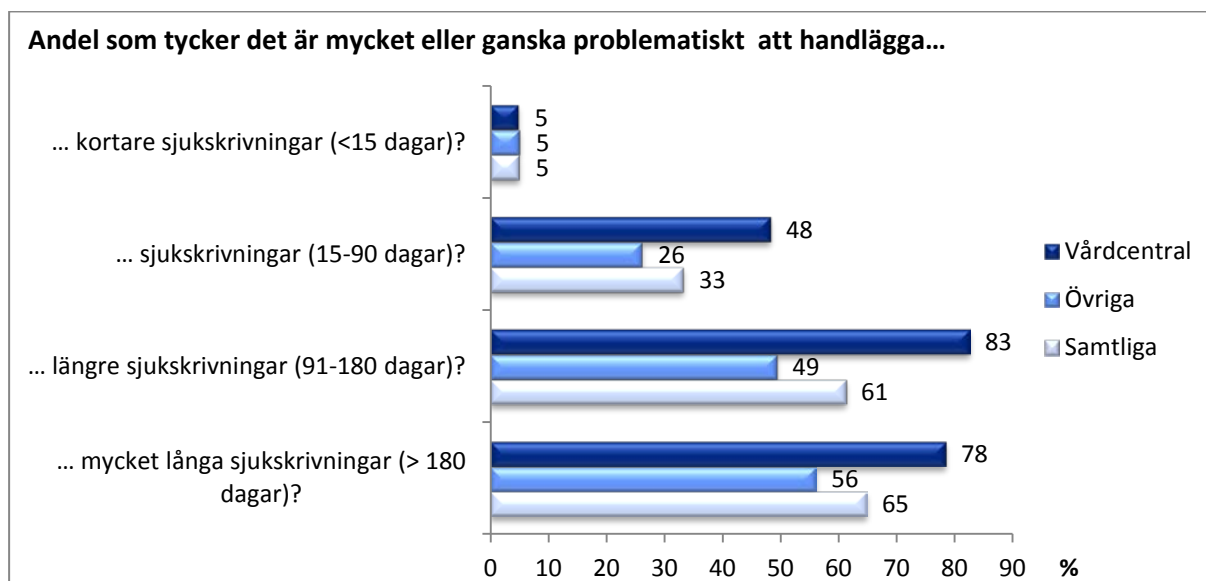
sjukskrivningar, det vill säga sådana som översteg tre eller sex månader, dessa andelar skiljde sig mycket åt mellan läkare på vårdcentraler och läkare inom andra verksamheter.

Mer än två tredjedelar av läkarna tyckte att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varade längre än två veckor.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	Samtliga	0	5	23	72	
	Vårdcentral	1	4	21	74	
	Övriga läkare	0	5	24	71	
... sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Samtliga	7	25	46	19	2
	Vårdcentral	11	37	45	7	0
	Övriga läkare	6	20	47	25	2
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Samtliga	21	31	22	11	15
	Vårdcentral	33	48	15	2	2
	Övriga läkare	16	23	26	14	20
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Samtliga	26	21	19	7	27
	Vårdcentral	39	32	16	4	10
	Övriga läkare	19	17	20	8	36

I Figur 15 är de läkare som svarade "Ej aktuellt" exkluderade och det framgår ännu tydligare att vårdcentralsläkare upplever handläggningen av längre sjukskrivningar problematisk i större utsträckning än övriga läkare. Ungefär fyra av fem läkare på vårdcentraler tyckte att sjukskrivningar som blir längre än tre månader är mycket eller ganska problematiska att hantera, motsvarande andel bland övriga läkare var cirka hälften.



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

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Tretton procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (Tabell 9). Fem procent sade lika ofta nej till en patients önskan om sjukskrivning. Å andra sidan var tre procent av läkarna varje vecka med om att en patient sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog. Fyra procent av läkarna hade konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång i veckan, medan 38 procent aldrig eller nästan aldrig hade sådana konflikter. En större andel läkare inom övrig verksamhet svarade att de aldrig hade sådana konflikter (45 %), jämfört med vårdcentralsläkare (22 %). Handläggning av sjukskrivningsärenden sker oftast, men inte alltid, i samband med ett direkt möte mellan läkare och patient; tolv procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa henne eller honom.

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	4	17	41	38
	Vårdcentral	4	26	48	22
	Övriga läkare	4	13	37	45
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Samtliga	13	30	34	23
	Vårdcentral	18	46	28	8
	Övriga läkare	11	22	37	30
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Samtliga	3	19	39	39
	Vårdcentral	2	26	43	28
	Övriga läkare	3	16	38	43
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Samtliga	5	30	48	17
	Vårdcentral	4	35	52	9
	Övriga läkare	6	28	45	21
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	Samtliga	12	33	34	21
	Vårdcentral	8	43	25	23
	Övriga läkare	14	28	38	20

Oro och hot

Sammanslaget svarade sex procent att de upplevde någon av situationerna listade i Tabell 10 minst någon gång per månad. Majoriteten av de sjukskrivande läkarna uppgav att de sällan eller aldrig upplevde oro eller hot i sjukskrivningsärenden (Tabell 10). Fyra procent av läkarna kände sig hotad av en patient minst en gång per månad, den andelen var lika stor bland vårdcentralsläkare som bland övriga läkare. Fyra procent av läkarna inom övrig verksamhet angav att de, minst en gång per månad, kände oro över att bli anmäld av en patient, medan motsvarande andel bland vårdcentralsläkare var en 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 läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	2	8	89
	Vårdcentral	1	0	7	92
	Övriga läkare	1	3	8	88
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Samtliga	1	2	11	85
	Vårdcentral	0	4	16	80
	Övriga läkare	2	2	9	88
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	1	1	7	92
	Vårdcentral	1	1	6	91
	Övriga läkare	2	1	6	91
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Samtliga	1	2	8	89
	Vårdcentral	0	2	13	84
	Övriga läkare	2	1	6	91

Sammanfattning om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivningar

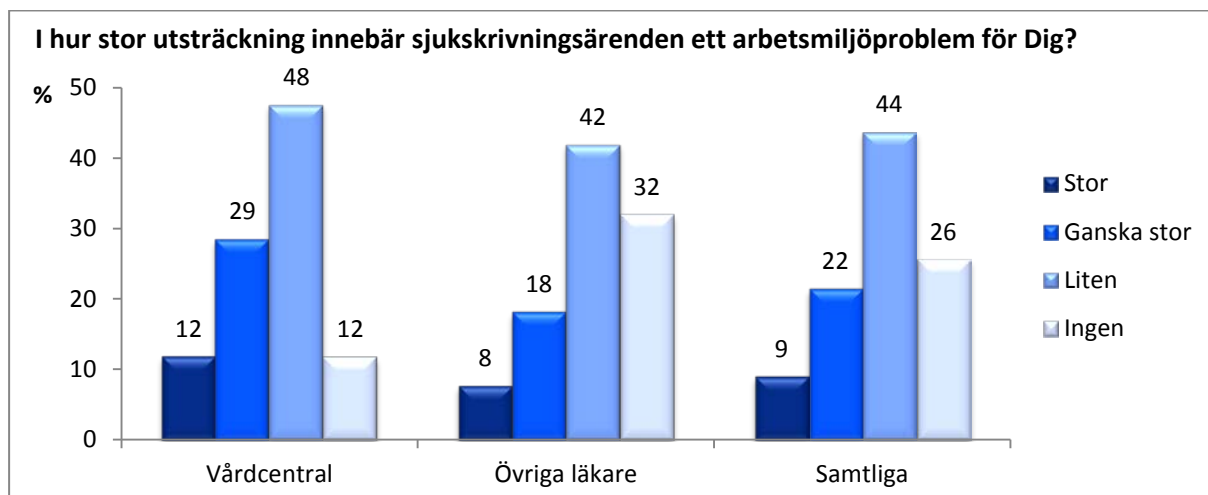
En stor andel läkare upplever olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. Närmare en tredjedel av läkarna rapporterade att de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång i veckan och 38 procent av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Det fanns ett samband mellan att ofta ha sjukskrivningsärenden och att minst en gång i veckan uppleva det arbetet som problematiskt.

När det gäller frekvens och allvarlighetsgrad av de olika specifika problematiska situationer som nämns i enkäten, var följande särskilt problematiska för många läkare: att bedöma patienters arbetsförmåga, särskilt för arbetslösa patienter, att bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad och att göra en prognos av framtida arbetsförmåga, att hantera längre sjukskrivningar samt att skriva andra typer av intyg till Försäkringskassan än läkarintyget.

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

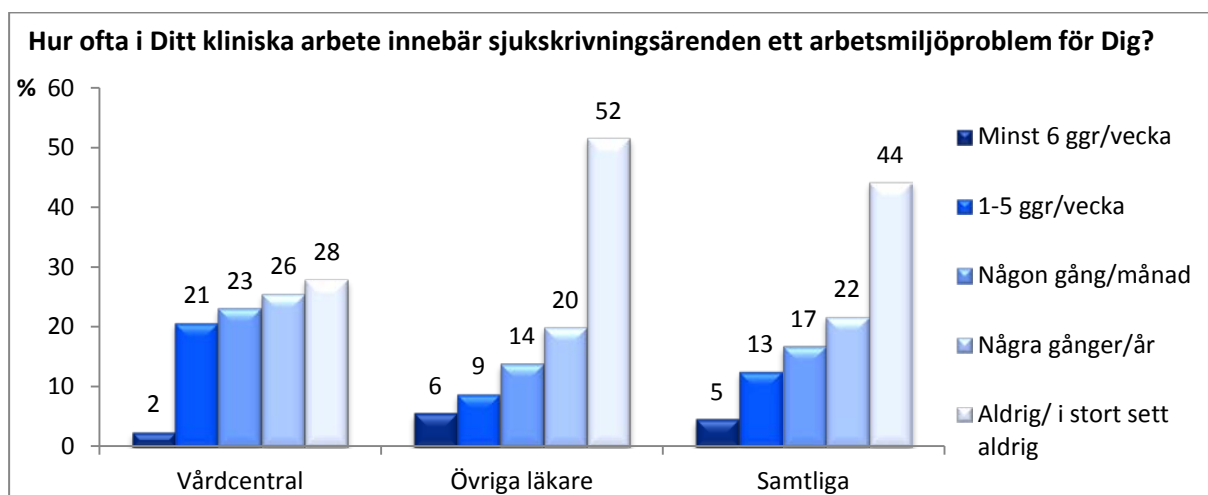
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [34, 66, 115, 132, 133]. Därför ställdes frågor om *i vilken utsträckning* samt om *hur ofta* sjukskrivningsärenden upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. Närmare en tredjedel av läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning (Figur 16). Andelen vårdcentralsläkare som uppgav detta var större än motsvarande andel bland övriga läkare; 40 respektive 26 procent. För tolv procent av vårdcentralsläkarna och 32 procent av läkarna inom övrig verksamhet innebar sjukskrivningsärenden inte ett arbetsmiljöproblem.



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

På frågan om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem svarade 44 procent att det aldrig är det, medan 17 procent svarade att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 17). Närmare hälften av läkarna på vårdcentraler uppgav att det var ett arbetsmiljöproblem minst någon gång per månad, motsvarande andel bland övriga läkare var 28 procent.



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

Sammanfattning om sjukskrivningar som arbetsmiljöproblem

Sjukskrivning upplevdes i stor eller ganska stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 31 procent av läkarna. Andelen varierade mellan vårdcentralsläkare och läkare inom övrig verksamhet. Störst andel fanns bland läkarna på vårdcentral, där två av fem läkare, 41 procent, ansåg att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Motsvarande siffra inom övrig verksamhet var 26 procent. Arton procent av de sjukskrivande läkarna upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem så ofta som varje vecka, där andelen bland vårdcentralsläkare och övriga läkare var 23 respektive 15 procent.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Tabell 11 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården. Omkring var tredje läkare uppgav att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av sådana väntetider, och bland vårdcentralsläkarna var denna andel omkring 50 procent. Andelen vårdcentralsläkare som uppgav att de minst en gång i månaden sjukskriver längre än nödvändigt var större än motsvarande andel bland övriga läkare för samtliga svarsalternativ. Även väntetider till utredning hos Försäkringskassan bidrar till att sjukskriva patienter längre än nödvändigt, vilket var femte läkare svarade att det sker minst en gång per månad. Omkring var femte vårdcentralsläkare och var tionde läkare inom övrig verksamhet svarade också att väntetider till utredning eller åtgärder hos arbetsförmedling eller arbetsgivare lika ofta leder till onödigt långa sjukskrivningar.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	11	24	35	31
	Vårdcentral	14	35	43	7
	Övriga läkare	9	19	31	41
... väntetider till utredning hos FK?	Samtliga	5	15	21	60
	Vårdcentral	6	25	30	40
	Övriga läkare	4	10	17	69
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Samtliga	3	8	22	67
	Vårdcentral	4	13	33	51
	Övriga läkare	3	6	17	74
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Samtliga	2	11	24	62
	Vårdcentral	2	19	37	42
	Övriga läkare	2	8	18	72
... väntetider till behandling?	Samtliga	10	23	37	29
	Vårdcentral	11	35	46	8
	Övriga läkare	10	17	34	39

Även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt efterfrågades (Tabell 12). De orsaker som angavs av störst andel läkare var att patienten inte följde deras rekommendationer samt att tillgång till kognitiv beteendeterapi eller annan adekvat behandling saknas, ungefär en sjättedel uppgav att de minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt på grund av dessa orsaker. Att sjukskriva längre än nödvändigt på grund av att inte ha tillgång till kognitiv beteendeterapi uppgavs särskilt av vårdcentralsläkare, där en tredjedel svarade att det

förekom minst en gång per månad. De allra flesta läkare uppgav dock att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt av dessa anledningar.

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	18	66
	Vårdcentral	3	9	19	70
	Övriga läkare	7	11	18	64
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Samtliga	6	10	18	66
	Vårdcentral	11	21	31	37
	Övriga läkare	4	6	12	79
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Samtliga	5	11	16	68
	Vårdcentral	8	14	26	53
	Övriga läkare	4	9	11	75
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Samtliga	5	12	29	55
	Vårdcentral	5	20	43	33
	Övriga läkare	4	9	22	65
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Samtliga	3	8	19	69
	Vårdcentral	4	14	25	57
	Övriga läkare	3	6	17	75
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Samtliga	3	5	13	79
	Vårdcentral	2	6	20	72
	Övriga läkare	3	4	11	82
... påverkan från andra i vårdteamet?	Samtliga	2	6	18	73
	Vårdcentral	1	6	29	64
	Övriga läkare	3	6	13	78
... annan anledning?	Samtliga	<0,5	1	6	92
	Vårdcentral	2	0	10	89
	Övriga läkare	0	2	5	93

Sammanfattning om sjukskrivning längre än nödvändigt

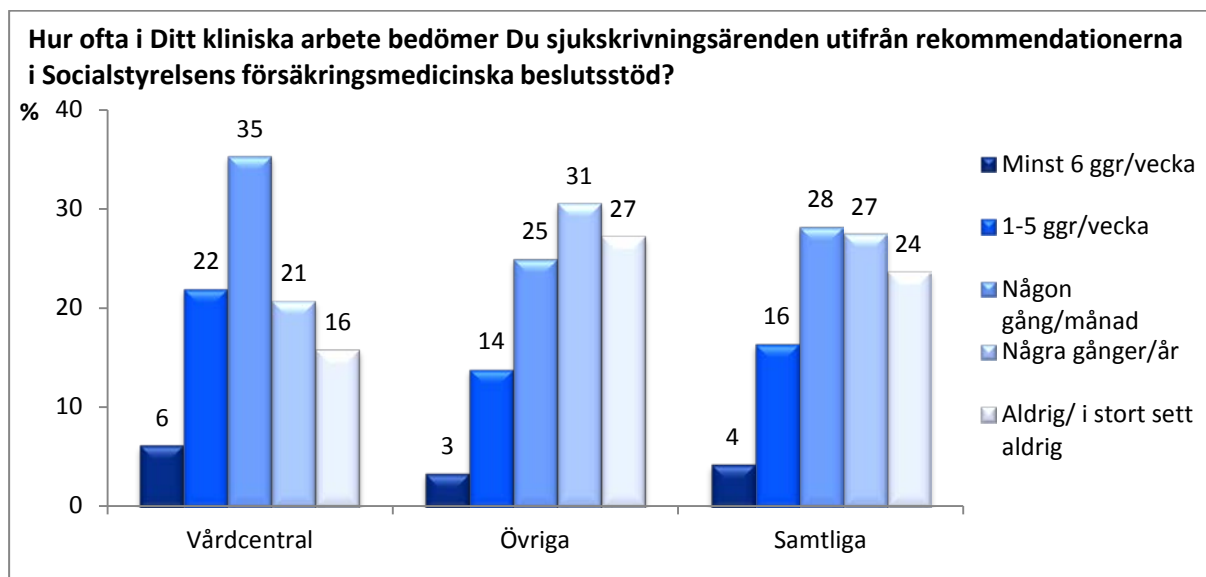
De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården; elva respektive tio procent av läkarna gjorde detta varje vecka. En större andel av läkarna inom övrig verksamhet uppgav att de aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av dessa orsaker, jämfört med vårdcentralsläkarna.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Som beskrivs i bakgrunden infördes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd hösten 2007, och har sedan uppdaterats [36]. I enkäten fanns tio frågor om beslutsstödet avseende hur ofta det användes, hur problematiskt det var att använda det i samband med utfärdande av läkarintyg, om beslutsstödet underlättade kontakter med andra aktörer och om behov av mer kompetens i att använda det. Det fanns också en fråga om hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Hur ofta använder läkarna beslutsstödet?

Närmare hälften av läkarna uppgav att de använde beslutstödet i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 18). Tjugoåtta procent av vårdcentralsläkarna och 17 procent av läkarna inom övrig verksamhet använde beslutsstödet minst en gång per vecka. En knapp fjärdedel uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet, och andelen var större bland övriga läkare än bland läkare på vårdcentraler.



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

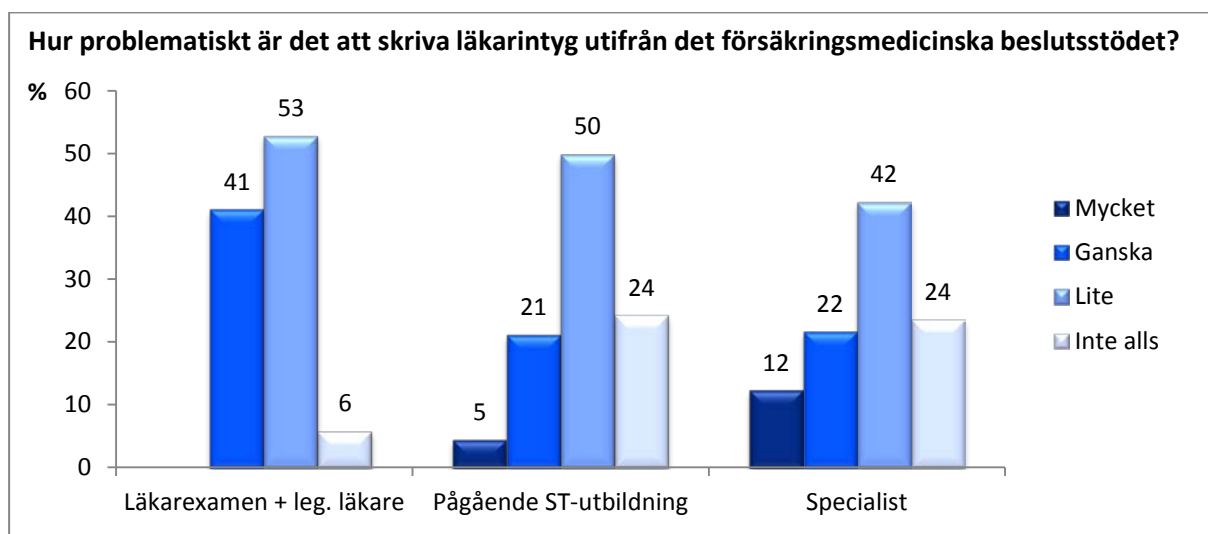
Problem med att använda beslutsstödet

En tredjedel av läkarna uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Figur 19). En något större andel av läkarna på vårdcentral upplevde detta mycket problematiskt (12 %), jämfört med övriga läkare (8 %). Majoriteten fann dock detta endast lite eller inte alls problematiskt.



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

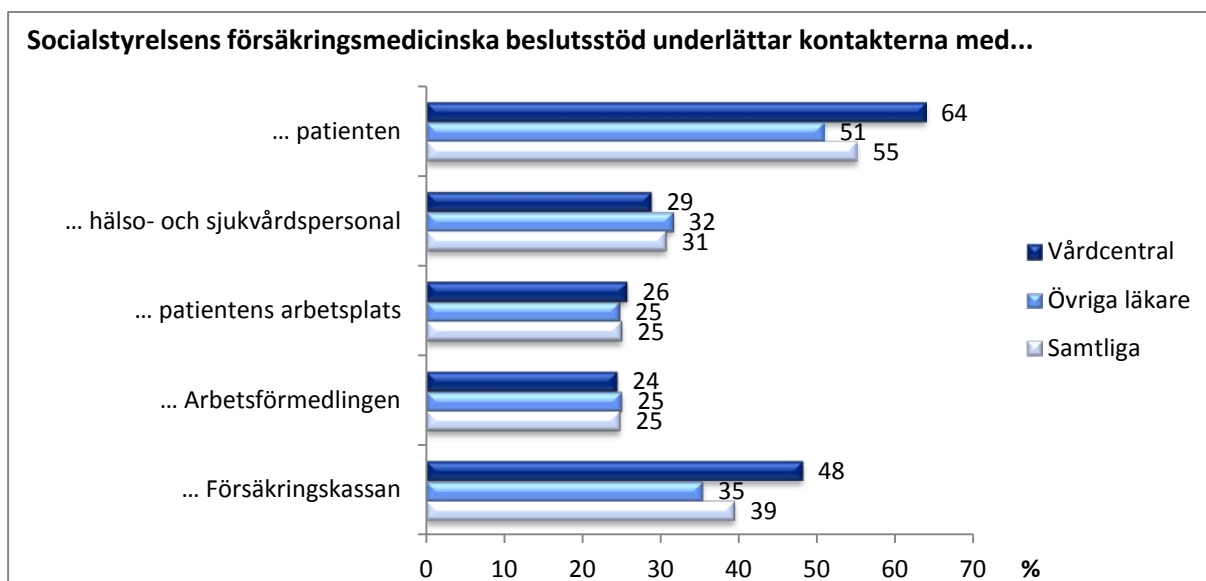
I Figur 20 framgår det att en större andel av de specialistutbildade läkarna uppgav att det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet än läkarna med lägre utbildningsnivå. En fjärdedel av läkarna med pågående eller avslutad specialistutbildning upplevde det inte alls som problematiskt.



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

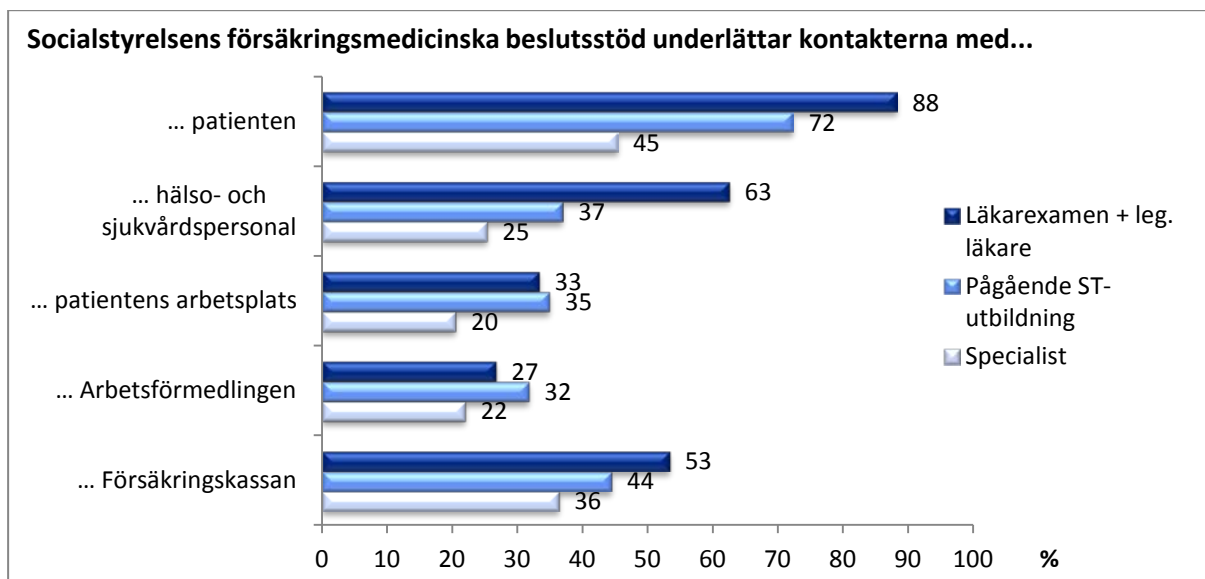
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

Förekomsten av det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom med andra samverkanspartners. I Figur 21 visas att mer än hälften av läkarna svarade att de ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med patienten, och att andelen bland läkare på vårdcentral var 64 procent. Nästan hälften av vårdcentralsläkarna menade även att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan, jämfört med 35 procent av läkarna inom övrig verksamhet. Även kontakter med andra aktörer underlättades av beslutsstödet, enligt minst var fjärde läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning de har sådana kontakter. Många läkare har inte kontakt med till exempel Arbetsförmedlingen, vilket påverkat storleken på den andel som svarat att beslutsstödet underlättar sådana kontakter.



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

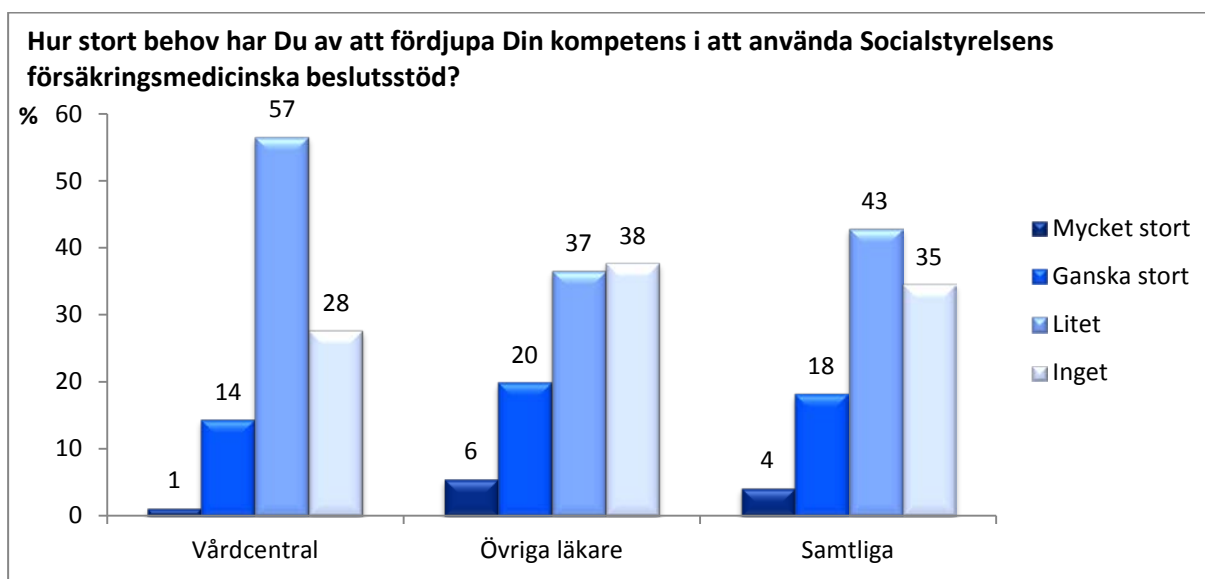
I Figur 22 har svaren på frågan om beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. Det framkommer att läkare med lägre utbildningsnivå i större utsträckning ansåg att beslutsstödet underlättade kontakterna med olika aktörer.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



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

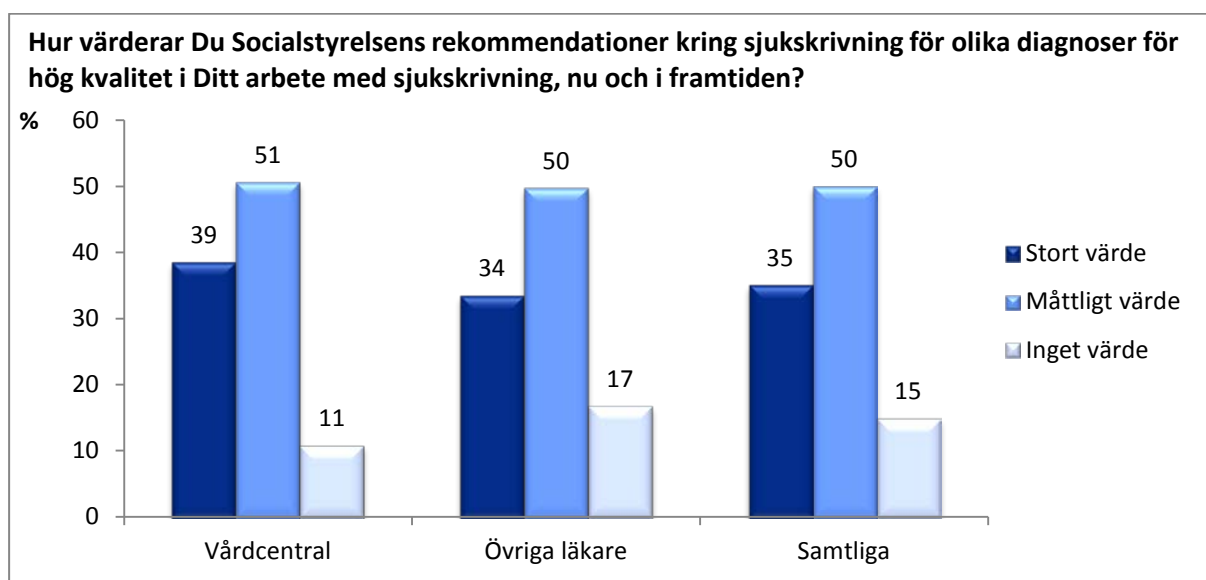
Behov av fördjupad kompetens

På frågan om behovet av ökad kompetens gällande att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet svarade 22 procent att de upplevde ett stort eller ganska stort behov av detta (Figur 23). Övriga läkare uppgav detta i större utsträckning, 26 procent, jämfört med vårdcentralsläkare, 16 procent. Å andra sidan var även andelen som uppgav att de inte hade något behov av att fördjupa sin kompetens om detta större bland övriga läkarna (38 %) än bland läkarna på vårdcentral (28 %). Majoriteten av samtliga läkare uppgav att de hade litet eller inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.



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

Läkarna fick även uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. Femton procent ansåg att beslutsstödet inte har något värde, 50 procent att det har måttligt värde och 35 procent att det har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 24). För denna fråga var det relativt små skillnader mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare, där andelen som svarade att beslutsstödet hade stort värde var 39 respektive 34 procent.



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

Sammanfattning om beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i stor utsträckning fungerar som ett stöd i arbetet med sjukskrivningar. Detta är särskilt tydligt bland läkare på vårdcentral, som använder stödet i större utsträckning än övriga sjukskrivande läkare.

Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för mer än hälften av de läkare som använde det, och för en betydande andel även i kontakterna med andra aktörer, framför allt med Försäkringskassan. En dryg tredjedel, 35 procent, av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Nära var tredje läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet, och 22 procent uttryckte ett stort eller ganska stort behov av mer kompetens i att använda det. Beslutsstödet verkar alltså ha fått ett stort genomslag, det används och upplevs som ett stöd.

Samverkan och kontakter

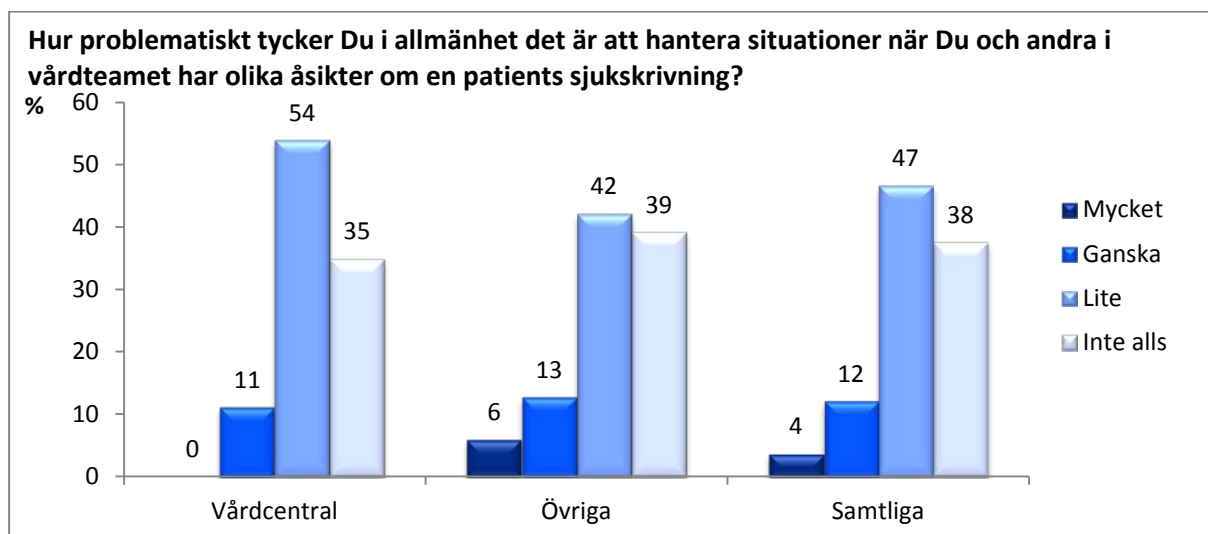
I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 13 förekom det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 36 procent av vårdcentralsläkarna och 13 procent av läkarna inom övrig verksamhet gjorde minst en gång per vecka. När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Även andelen som uppgav att de minst en gång i veckan remitterade till företagshälsovård, deltog i avstämningsmöten, hade annan typ av kontakt med arbetsgivare eller samrådde med andra läkare var liten. Tjugo procent uppgav att de minst en gång i månaden saknar tillgång till en person (vanligen kallad case manager, coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärderna för patienten.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	1	11	43	46
	Vårdcentral	0	18	65	17
	Övriga läkare	1	7	32	59
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	15	25	21	39
	Vårdcentral	25	59	13	2
	Övriga läkare	11	9	25	55
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	20	26	23	30
	Vårdcentral	36	49	15	0
	Övriga läkare	13	16	27	44
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	5	26	38	31
	Vårdcentral	5	39	34	22
	Övriga läkare	5	20	40	35
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	5	20	26	50
	Vårdcentral	7	41	45	6
	Övriga läkare	3	11	17	69
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	4	6	18	72
	Vårdcentral	1	7	30	61
	Övriga läkare	5	5	13	77
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	3	17	80
	Vårdcentral	0	4	38	59
	Övriga läkare	1	2	7	89
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	6	38	55
	Vårdcentral	1	10	54	35
	Övriga läkare	1	4	31	64
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	Samtliga	7	13	29	51
	Vårdcentral	8	14	24	55
	Övriga läkare	7	13	31	49

För sjukskrivande läkare kan det vara problematiskt att hantera situationer när andra i vårdteamet inte har samma åsikter om en patients sjukskrivning. Trettiosju procent av läkarna svarade att sådana situationer inte var aktuella, 43 procent bland läkare på vårdcentraler och 23 procent bland läkare i andra verksamheter. Att sådana situationer inte är aktuella kan betyda att man oftast har samma åsikter, eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.

I Figur 25 visas resultatet för denna fråga där de som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. Sexton procent av samtliga läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när andra i vårdteamet inte har samma åsikter angående en patients sjukskrivning. Majoriteten av både vårdcentralsläkarna och läkarna inom övrig verksamhet angav att det är lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där det förekom olika åsikter.



Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 37 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)

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

Här redovisas svar på några av de frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra. Flertalet resultat om försäkringsmedicinsk kompetens redovisas i kapitlet om detta på sidan 64. Kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens upplevdes av en stor andel läkare att vara av stort (40 %) eller måttligt (45 %) värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, likaså kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal; 46 procent menade att dessa var av stort värde, och 40 procent att de var av måttligt värde (Tabell 14). En större andel av vårdcentralsläkarna svarade att det dessa två typer av kontakter var av stort värde jämfört med övriga läkare. Trettioåtta procent av läkare på vårdcentral och 23 procent av övriga läkare uppgav att ha kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan var av stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Närmare var tredje sjukskrivande läkare uppgav att samverkansmöten är av stort värde och

nästan lika stor andel, 27 procent, menade också att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare² på Försäkringskassan var av stort värde.

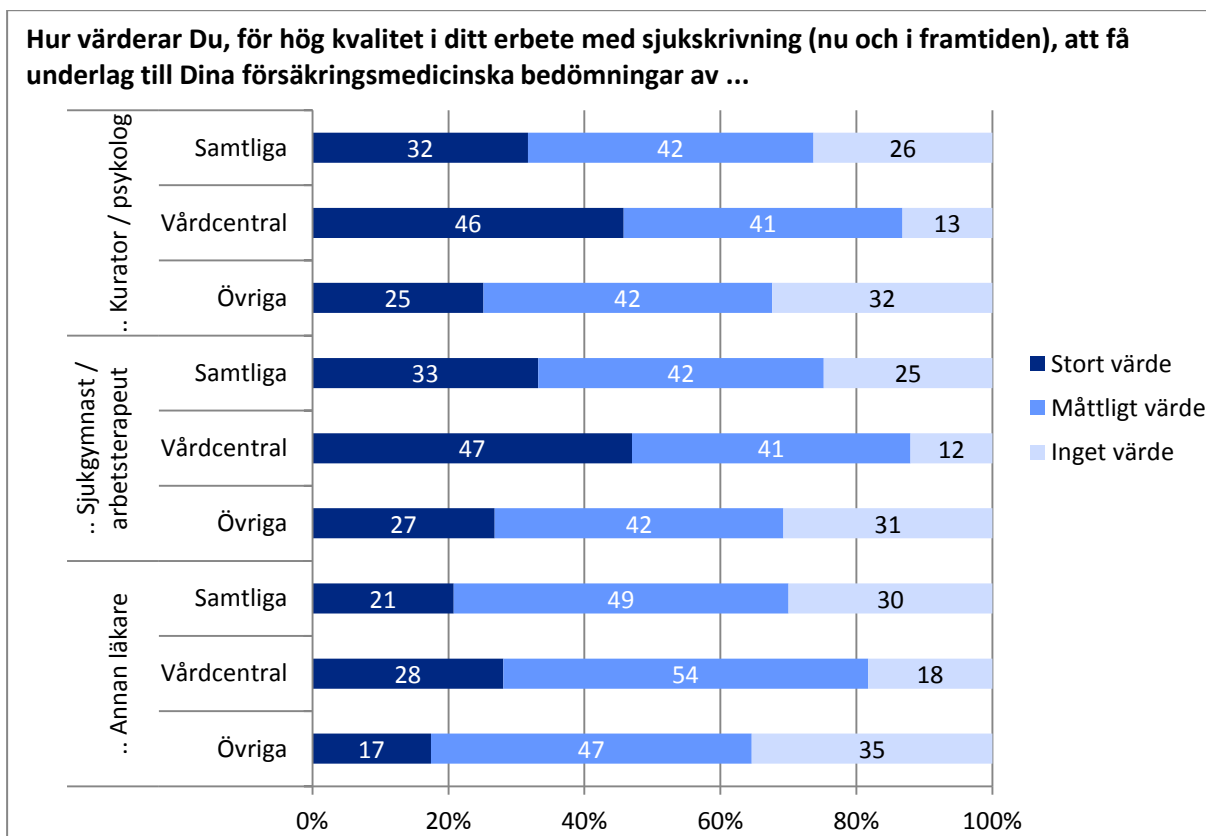
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

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	40	45	15
	Vårdcentral	52	42	6
	Övriga läkare	35	46	18
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Samtliga	46	40	14
	Vårdcentral	59	36	5
	Övriga läkare	40	42	18
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Samtliga	28	51	21
	Vårdcentral	38	48	15
	Övriga läkare	23	52	25
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Samtliga	27	52	21
	Vårdcentral	38	49	13
	Övriga läkare	22	53	25
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Samtliga	30	41	28
	Vårdcentral	53	43	4
	Övriga läkare	20	41	40
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	Samtliga	13	46	41
	Vårdcentral	18	63	20
	Övriga läkare	11	39	50
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	Samtliga	21	51	28
	Vårdcentral	29	58	13
	Övriga läkare	17	48	35

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

En tredjedel av samtliga läkare, närmare hälften av läkare på vårdcentral och en fjärdedel av övriga läkare menade att det var av stort värde att få underlag från såväl kurator/psykolog som sjukgymnast/arbetsterapeut. (Figur 26). Ungefär en fjärdedel menade att underlag från dessa yrkesgrupper saknade värde. Var femte läkare tyckte att det var av stort värde att få underlag från en annan läkare, medan nästan var tredje tyckte att det saknade värde.

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



Figur 26. 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 läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

Sammanfattning samverkan och kontakter

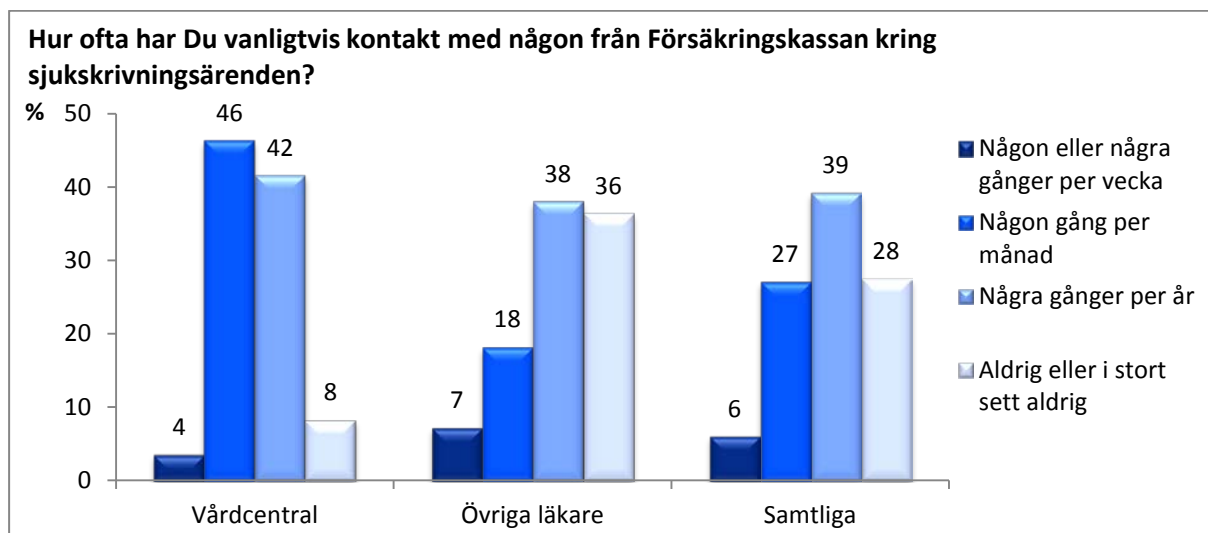
Sjukgymnast eller arbetsterapeut var de yrkesgrupper som störst andel (20 %) angav att de samarbetade med eller remitterade till minst en gång i veckan. Fyrtiosex procent av läkarna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade till företagshälsovården, och den andelen var större bland övriga läkare än vårdcentralsläkare. Sjuttiotvå procent av läkarna svarade att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakter med arbetsgivare, och motsvarande andel för kontakt med socialtjänst i sjukskrivningsfrågor var 80 procent. Var femte läkare saknade minst en gång i månaden en person som samordnar åtgärder för patienten, en så kallad koordinator eller coach. Fyrtiosex procent menade att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade högt värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, och 63 procent tyckte inte att det var problematiskt att hantera situationer där åsikterna om en patients sjukskrivning skilde sig åt mellan läkaren och andra medlemmar i teamet. Var tredje läkare menade att det var av stort värde att få underlag från kurator/psykolog eller sjukgymnast/arbetsterapeut till försäkringsmedicinska bedömningar, medan ungefär en fjärdedel tyckte att sådana underlag saknade värde.

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 64) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och kontakter (sidan 51) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska

beslutsstödet (sidan 46). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av härvarande avsnitt.

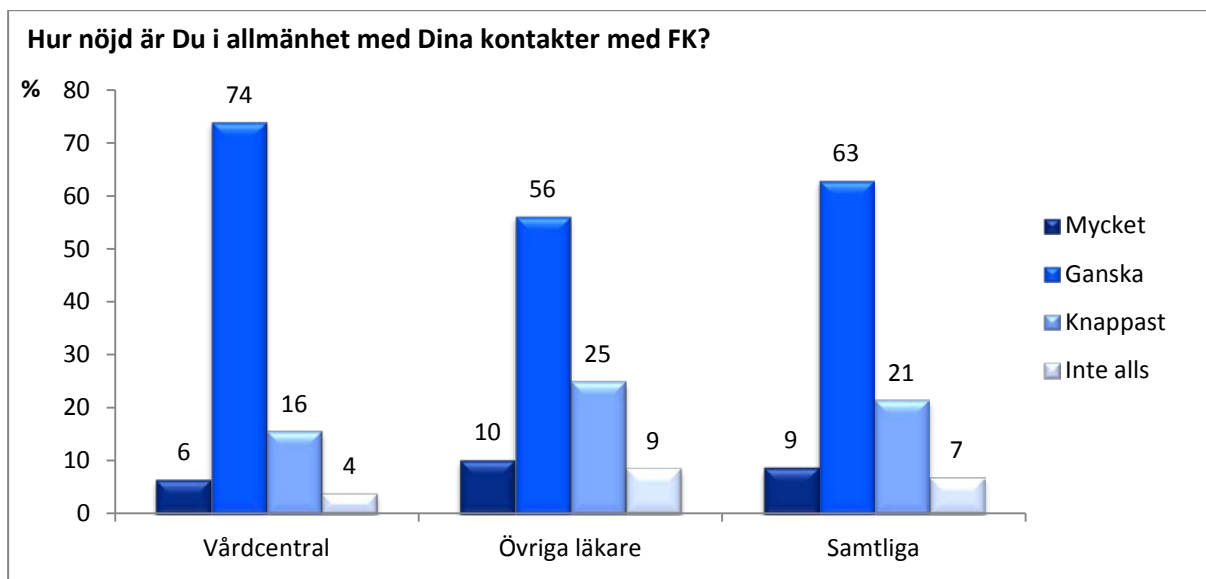
Tjugoåtta procent av läkarna uppgav att de aldrig hade kontakt med någon från Försäkringskassan, medan sex procent hade kontakt minst en gång per vecka (Figur 27). Hälften av läkarna på vårdcentral och en fjärdedel av läkarna inom övrig verksamhet uppgav att de hade sådana kontakter minst en gång per månad.



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

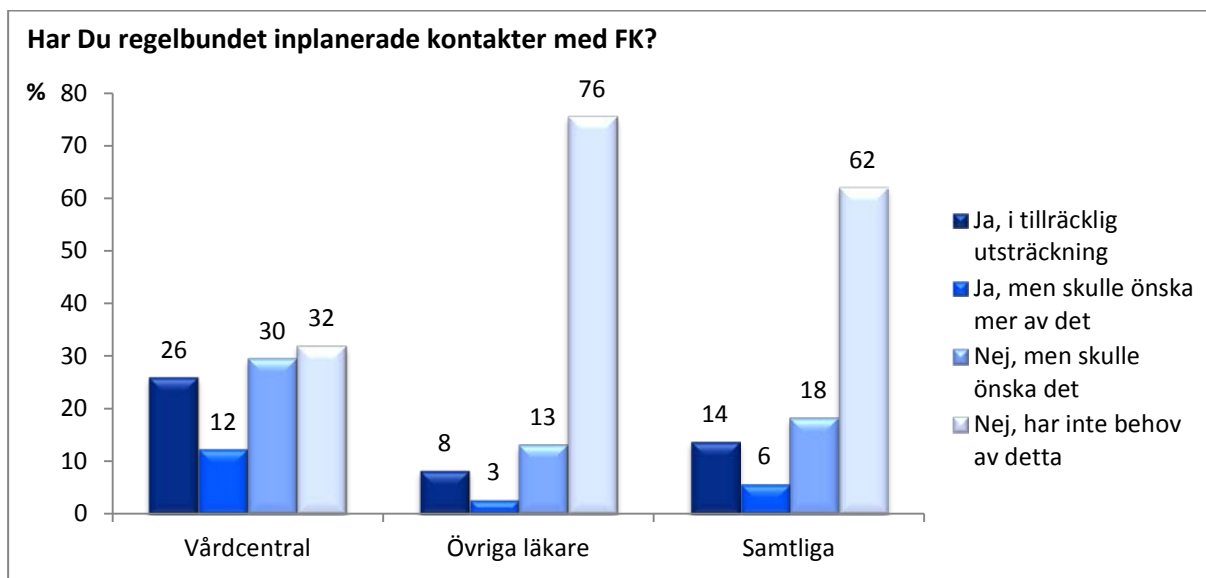
På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 22 procent av läkarna att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan, sju procent av läkarna på vårdcentraler och 29 procent bland övriga läkare.

I Figur 28 har de 22 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderats. Av de 78 procent som hade kontakter med Försäkringskassan var 72 procent mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter, där andelen inom grupperna var fyra av fem vårdcentralsläkare och två av tre läkare inom övrig verksamhet. Fyra procent av vårdcentralsläkarna och nio procent av de övriga läkarna var missnöjda med sina kontakter med Försäkringskassan.



Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga De 22 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

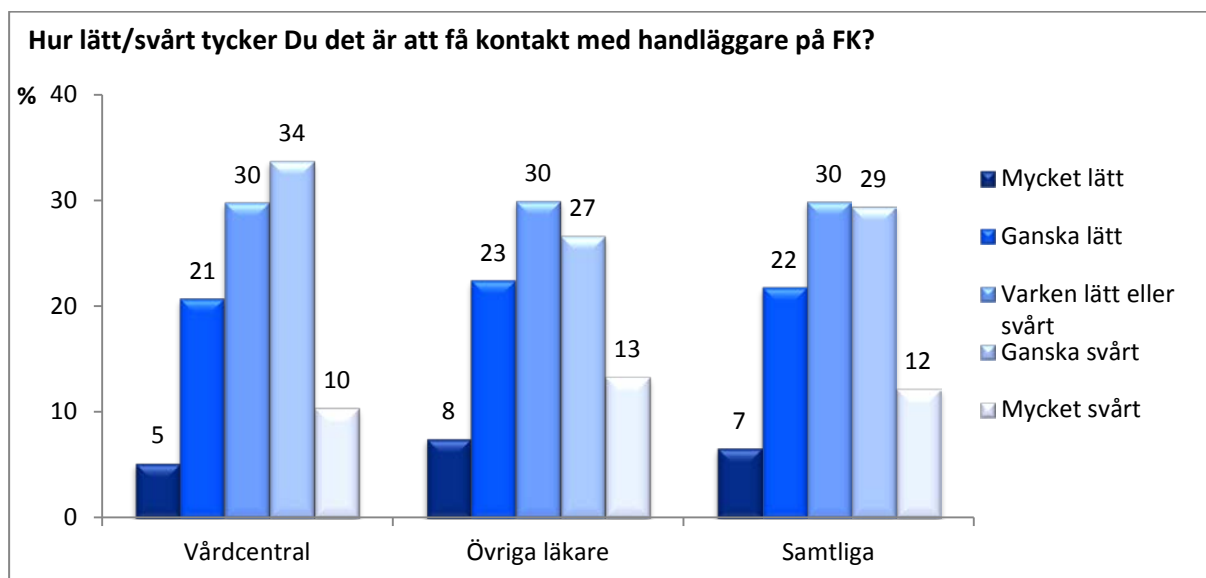
På frågan om regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan vid sin mottagning, svarade en femtedel att de hade sådana kontakter, och 24 procent önskade mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan (Figur 29). Det var stora skillnader mellan grupperna där 38 procent av läkarna på vårdcentral och endast elva procent av läkarna inom övrig verksamhet svarade att de hade regelbundna kontakter med Försäkringskassan. En majoritet (62 %) av samtliga läkare menade dock att de inte har behov av regelbundet inplanerade kontakter, och detta uppgavs av en större andel övriga läkare (76 %), jämfört med motsvarande andel vårdcentralsläkare (32 %).



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

En fjärdedel (25 %) uppgav på frågan om hur lätt eller svårt det upplevdes vara att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan att det inte var aktuellt för dem att ha några kontakter med Försäkringskassan (). En något större andel (31 %) angav att det var mycket eller ganska svårt att få kontakt, jämfört med andelen som tvärtom tyckte att det var mycket eller ganska lätt (21 %). En större andel övriga läkare (33 %) svarade att de inte hade några kontakter med Försäkringskassan, jämfört med vårdcentralsläkarna (8 %).

Samma svarsmönster kan ses när de 25 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats (Figur 30), men skillnaden i storlek mellan andelen som ansåg att det var ganska eller mycket svårt att få kontakt (41 %) och dem som menade att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt (29 %) är nu större. Andelen läkare inom övrig verksamhet som tyckte att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan var något större (31 %) än motsvarande andel bland vårdcentralsläkarna (26 %).



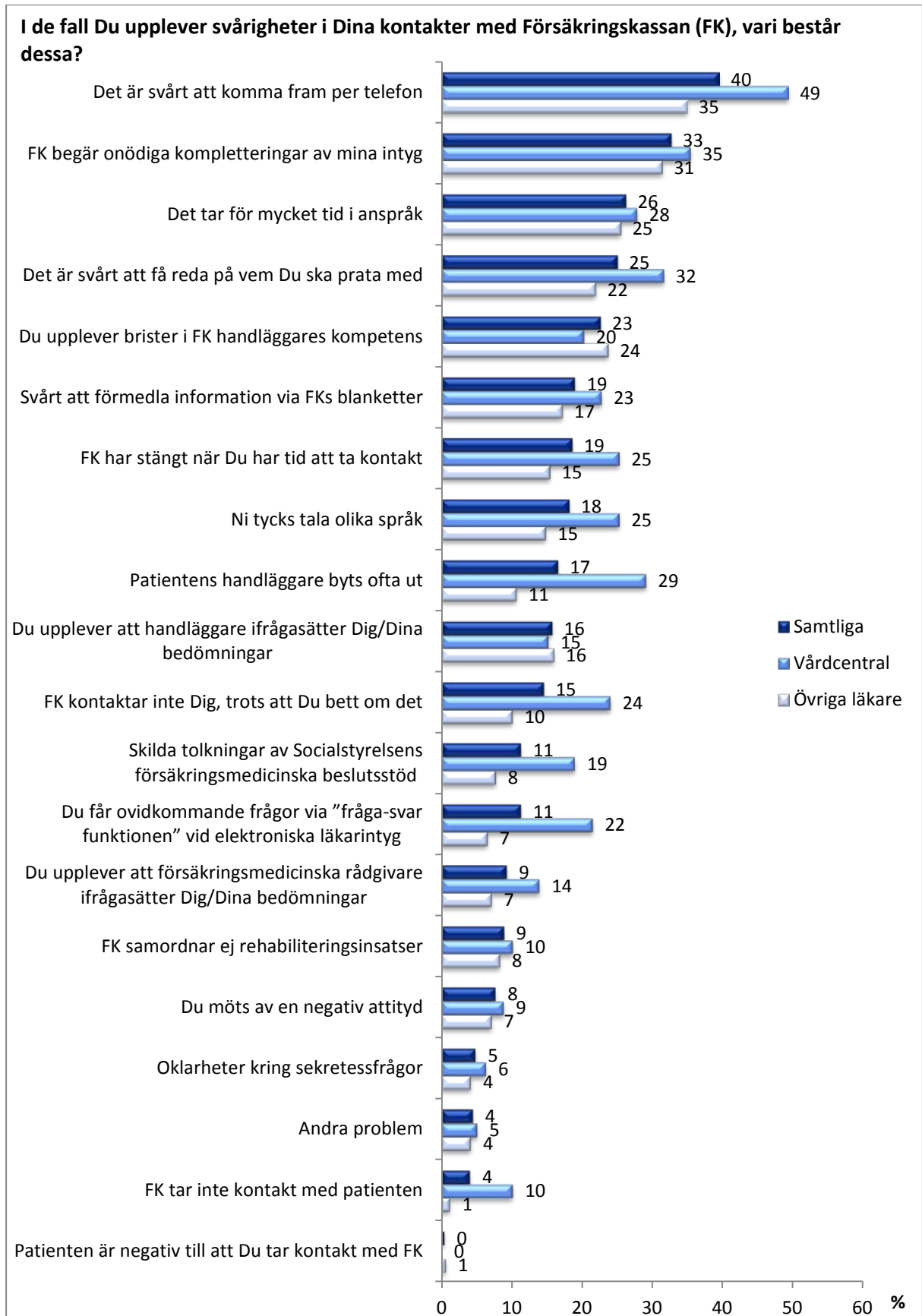
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

(De 25 % som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet 6,4 procent av läkarna (n=17). Dessa svarade inte alls på frågan, och är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade var det 35 procent som uppgav att de *inte* upplevde några svårigheter i kontakterna, 20 procent bland vårdcentralsläkare och 43 procent bland övriga läkare. Av dessa hade 43 % tidigare uppgett att de inte hade några kontakter. Av dem som angett att de inte hade några kontakter var det 22 % som upplevde minst en av de listade svårigheterna. Detta kan bero på att man åsyftar tidigare kontakter.

I Figur 31 listas olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel som uppgav att de upplevde dessa. Störst andel (40 %) uppgav svårigheter att komma fram per telefon och näst störst andel (33 %) uppgav att det var ett problem att Försäkringskassans handläggare "begär onödiga kompletteringar av intyg". Omkring en fjärdedel av läkarna menade att kontakterna tog för mycket tid, att det var svårt att veta vem som ska kontaktas samt att de upplevde brister i handläggarnas kompetens.



Figur 31. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på läkare på vårdcentralsläkare och övriga läkare samt för samtliga.

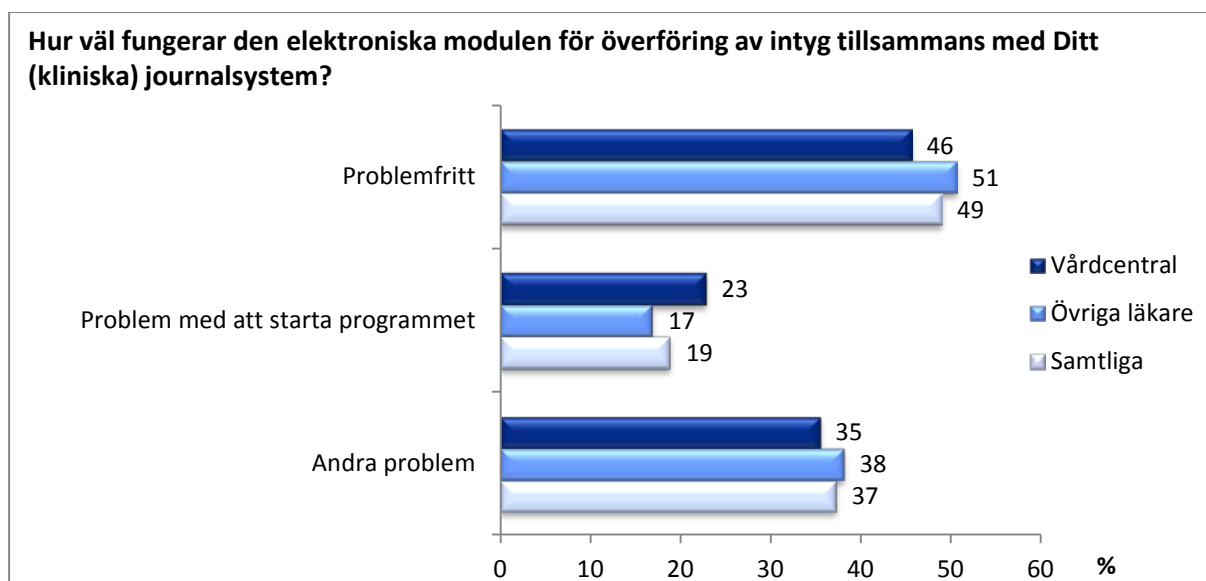
Elektronisk överföring av läkarintyg

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan infördes under perioden före enkäten skickades ut. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan, kan läkaren, efter godkännande från patienten, elektroniskt skicka in intyget direkt till Försäkringskassan. Inom ramen för detta elektroniska system finns det även möjlighet för läkaren och handläggaren på Försäkringskassan att kommunicera med varandra kring eventuella oklarheter, via den så kallade "Fråga-svar-funktionen".

Majoriteten (94 %) av läkarna uppgav att de använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, och andelen var större bland vårdcentralsläkare (99 %) än bland övriga läkare (92 %) (ej visat i figur). Resultaten som presenteras i detta avsnitt gäller endast dessa 94 procent, det vill säga 246 läkare, som svarat "Ja" på frågan om de använder sig av systemet för elektronisk överföring av läkarintyg.

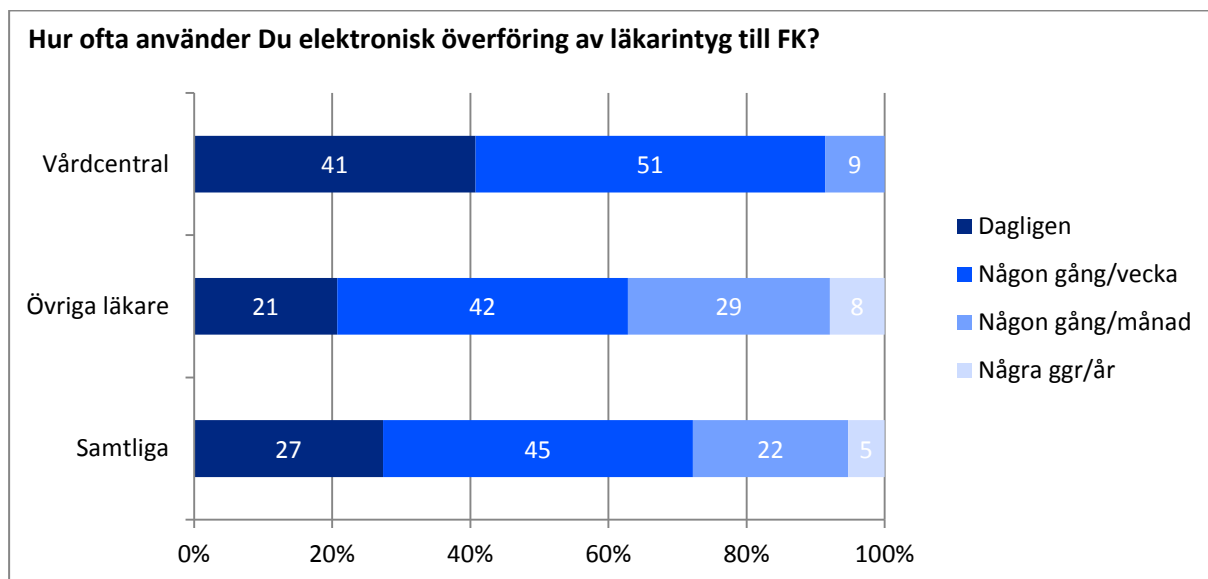
En majoritet, 85 procent, av de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg hade detta system integrerat med sitt journalsystem (ej visat i figur).

Närmare hälften av de läkare som använde sig av systemet ansåg att det fungerade problemfritt tillsammans med journalsystemet (Figur 32). En femtedel upplevde problem med att starta programmet och 37 procent upplevde andra problem med detta. På denna fråga kunde läkaren ange flera olika svarsalternativ, vilket 1,7 procent av dem som svarat på frågan gjorde.



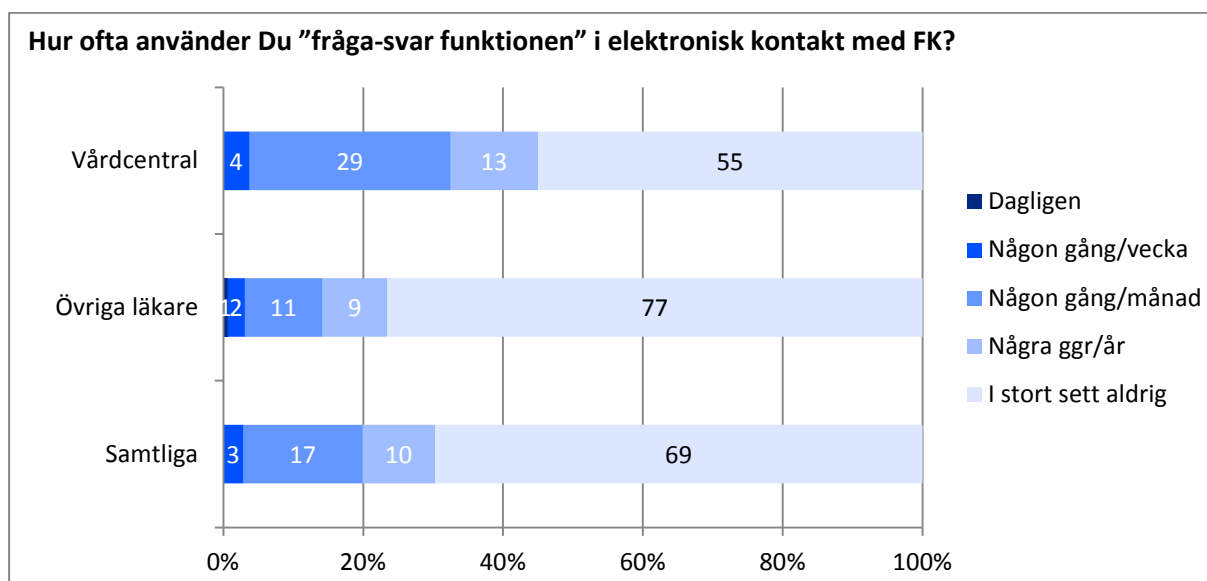
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg använde majoriteten det ofta; 72 procent använde det minst någon gång per vecka (Figur 33). En större andel vårdcentralsläkare uppgav daglig användning (41 %), jämfört med övriga läkare (21 %).



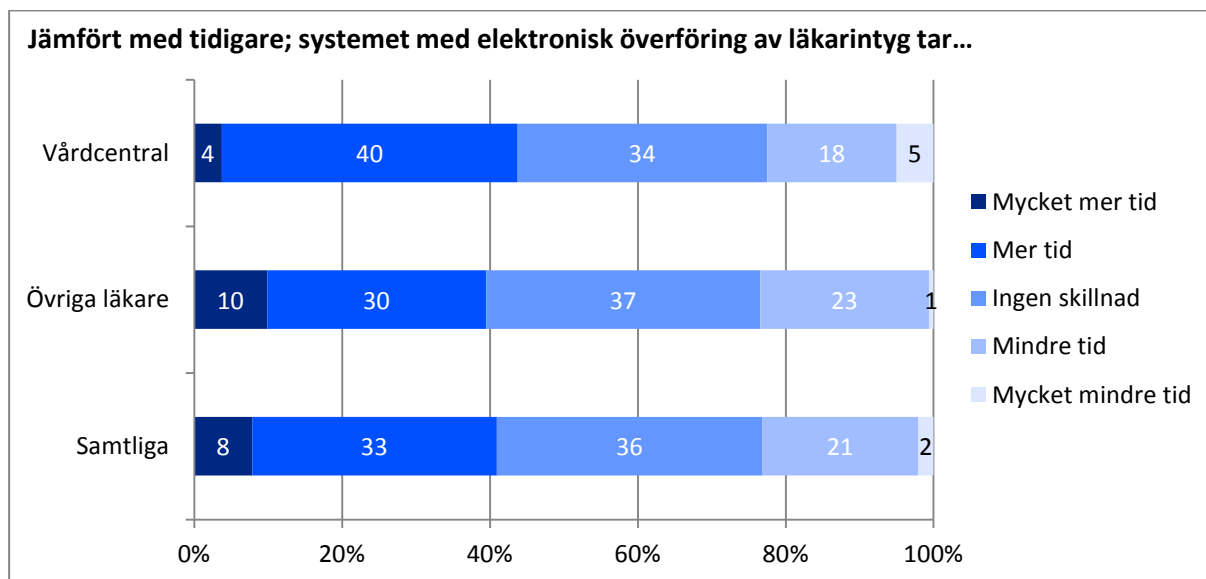
Figur 33 Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan används, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Integrerat i systemet finns en funktion där man kan ställa frågor till handläggare på Försäkringskassan, men en majoritet, 69 procent, använde i stort sett aldrig denna funktion (Figur 34). En större andel vårdcentralsläkare använde funktionen minst någon gång per månad (33 %), jämfört med övriga läkare (14 %).



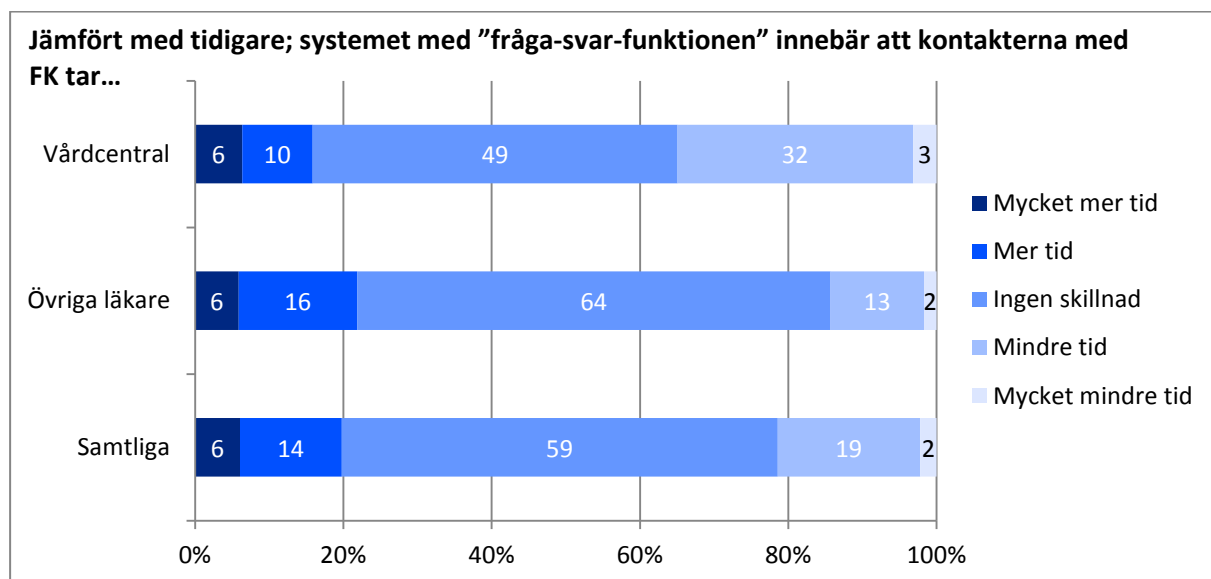
Figur 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av "Fråga-svar-funktionen", uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Trettiosex procent av läkarna tyckte att systemet med elektroniska läkarintyg inte har påverkat tidsåtgången för att skriva intyg till Försäkringskassan (Figur 35). Tjugotre procent tyckte att det tar mindre tid än tidigare, och 41 procent att det tar mer tid.



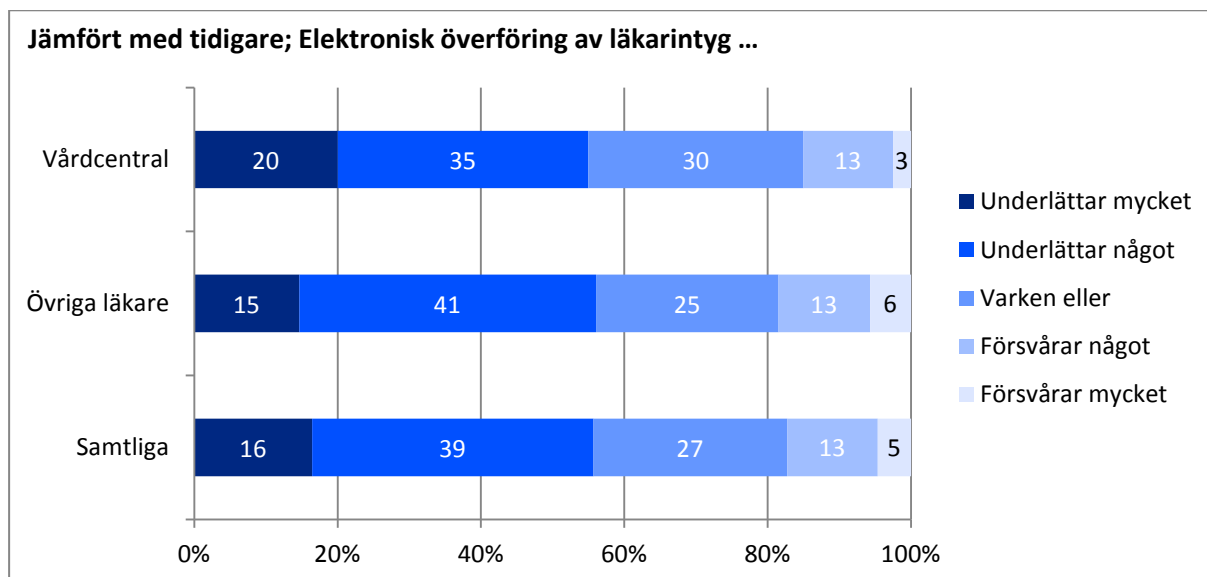
Figur 35. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg innebär ökad eller minskad åtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

En majoritet av läkarna (59 %), svarade att tidsåtgången till kontakt med Försäkringskassan är densamma med eller utan 'fråga-svar funktionen'. Tjugo procent ansåg att funktionen tar mer tid i anspråk, och en något större andel, 21 procent, att det tar mindre tid. En större andel vårdcentralsläkare menade att kontakterna tar mindre tid (35 %) i och med införandet av fråga-svar-funktionen, jämfört med övriga läkare (14 %).



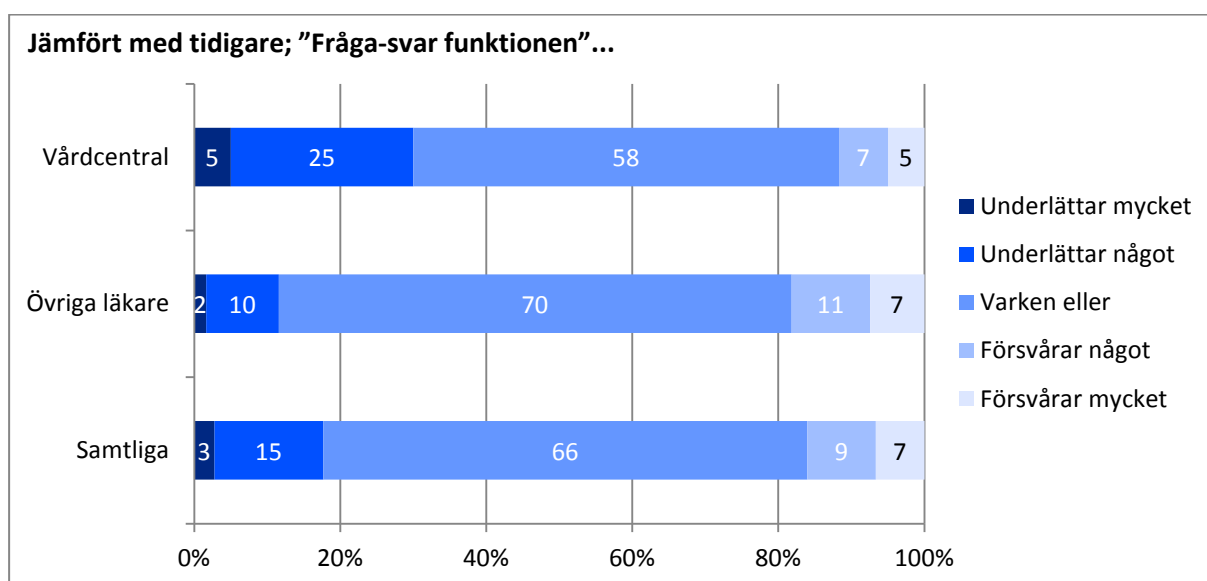
Figur 36. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

En stor del av läkarna ansåg att systemet underlättade deras arbete; 56 procent uppgav detta i någon grad, medan endast 17 procent uppgav att det försvårade i någon grad (Figur 37). Det var små skillnader i svarsfördelningen mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare.



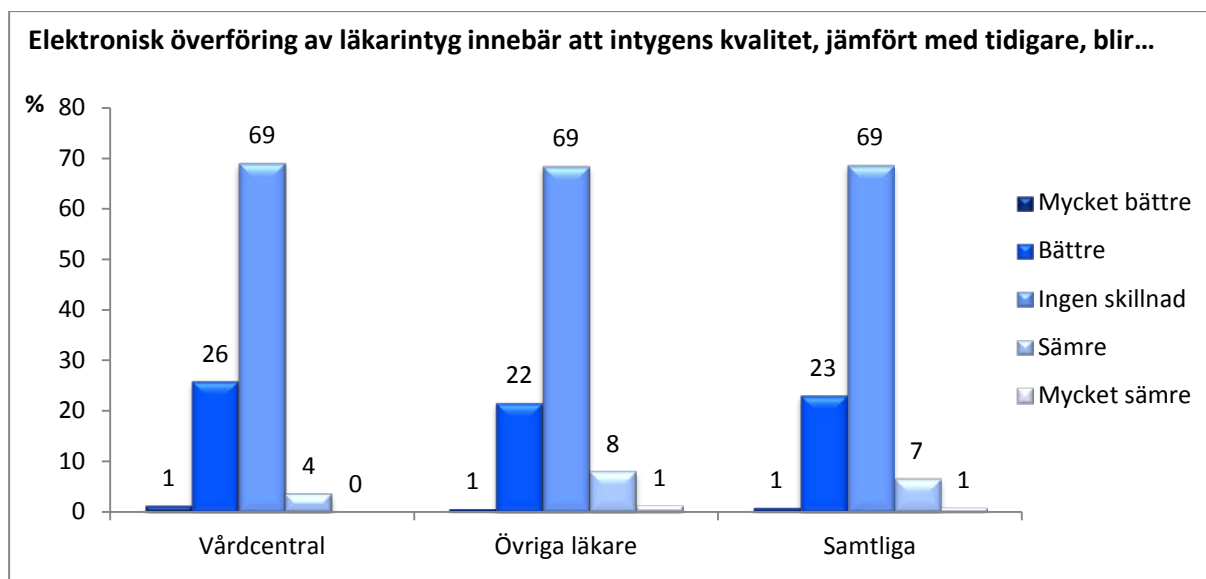
Figur 37. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Gällande 'fråga-svar funktionen' angav två tredjedelar av läkarna att det varken underlättar eller försvårar arbetet. Trettio procent av vårdcentralsläkarna menade att funktionen underlättar i någon grad, medan motsvarande andel bland övriga läkare endast var tolv procent (Figur 38).



Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Nästan en fjärdedel av läkarna ansåg att kvaliteten på läkarintygen förbättras med den elektroniska överföringen av läkarintygen, medan närmare 70 procent menade att det inte är någon skillnad avseende kvaliteten (Figur 39). Fyra procent av vårdcentralsläkarna och nio procent av läkarna inom övrig verksamhet ansåg att den elektroniska överföringen har försämrat kvaliteten på intygen i någon grad.



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

Sammanfattning om kontakter med Försäkringskassan

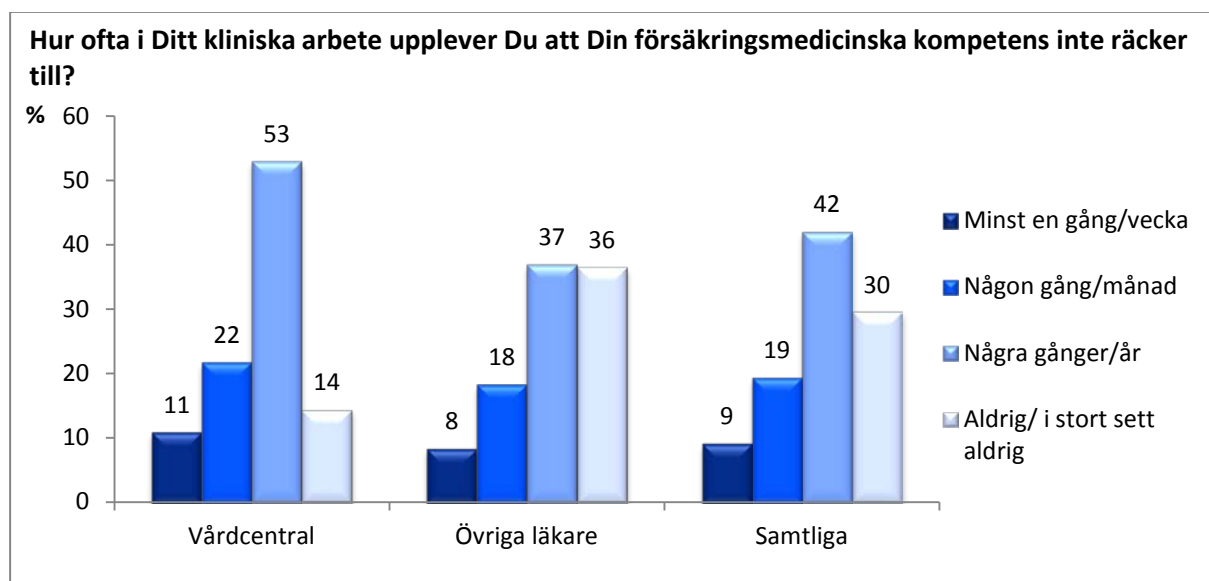
Närmare fyra av fem läkare hade kontakt med Försäkringskassan, och 72 procent av dessa var ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. En dryg tredjedel uppgav att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna. Den svårighet flest läkare upplevde i kontakter med Försäkringskassan var att det var svårt att komma fram på telefon, följt av att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg. Nära 40 procent av läkarna upplevde att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättade kontakterna med Försäkringskassan (sidan 48). Mer än var fjärde läkare menade att kontakter med handläggare, avstämningsmöten och kontakter med försäkringsmedicinska rådgivare, tidigare benämnda försäkringsläkare, var av stort värde för att upprätthålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (sidan 52). Fler än 9 av 10 läkare använde det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Över hälften av de läkare som använde sig av systemet ansåg att det underlättade deras arbete.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I följande avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, i vilken utsträckning läkare hade tillägnat sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor under olika delar av sin utbildning och via vidareutbildning, inom vilka områden läkarna önskade fördjupa sin kompetens, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Några frågor om kompetens har presenterats i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 49) och Samverkan och kontakter (sidan 52). En sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om försäkringsmedicinsk kompetens återfinns i slutet av detta avsnitt.

Vid en sammanställning av andel läkare som angav önskan om åtminstone en typ av kompetensökning var den över 93 procent. Det innebär att den absoluta majoriteten av läkarna önskar någon typ av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Tjugoåtta procent av läkarna upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, och andelen var något större bland vårdcentralsläkare (33 %) än bland övriga läkare (26 %) (Figur 40). Det framgår även att en större andel av läkarna inom övrig verksamhet i stort sett aldrig upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (36 %), jämfört med vårdcentralsläkarna (14 %).



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

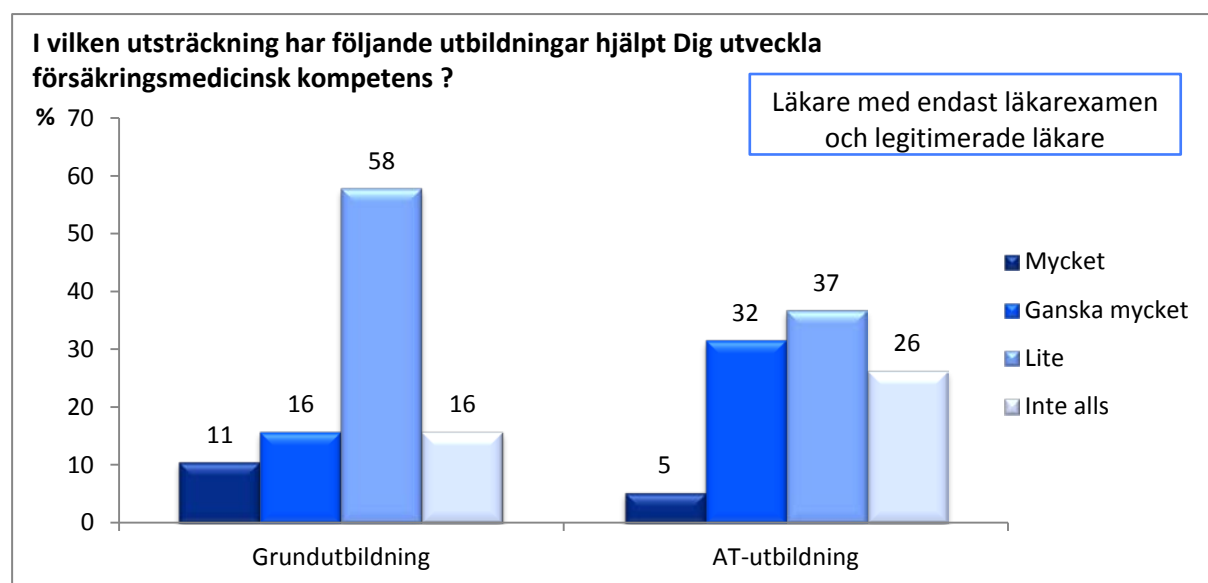
Kompetensutveckling via formell utbildning

Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var 16 procent. Motsvarande siffra för AT-utbildning (allmäntjänstgöring) var 24 procent och för ST-utbildning (specialisttjänstgöring) 29 procent (Tabell 15).

Tabell 15. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

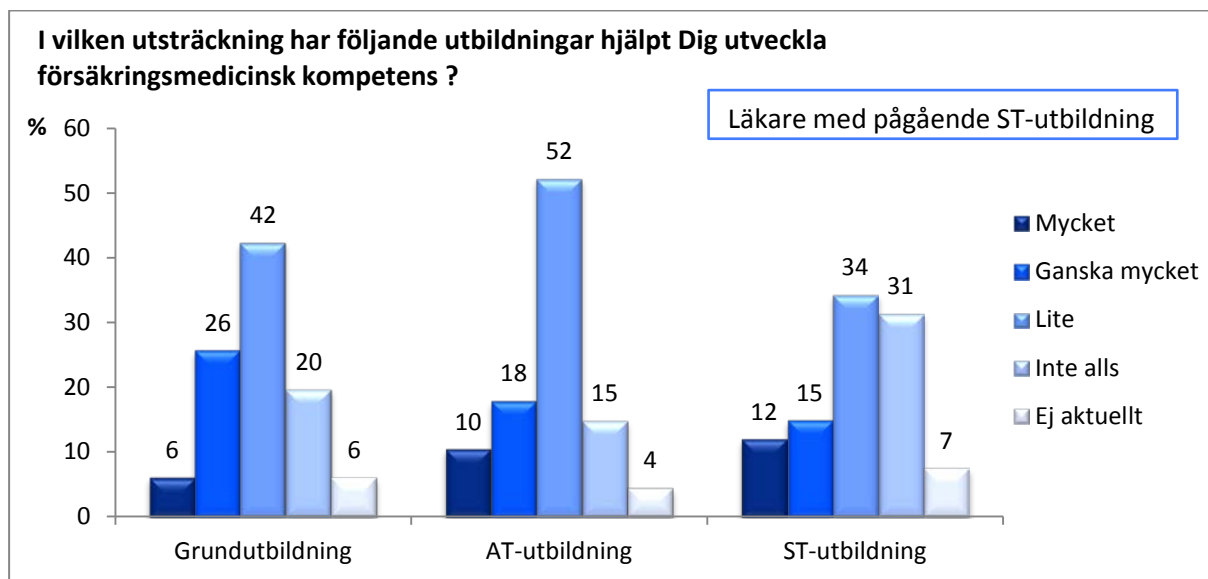
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	Samtliga	4	12	36	39	10
	Vårdcentral	2	12	32	48	6
	Övriga läkare	5	11	37	34	12
AT-utbildning	Samtliga	5	19	45	22	8
	Vårdcentral	1	13	50	29	6
	Övriga läkare	7	22	43	19	9
ST-utbildning	Samtliga	8	21	36	19	15
	Vårdcentral	9	32	37	10	12
	Övriga läkare	8	16	36	24	16

Bland legitimerade läkare ansåg 37 procent att allmäntjänstgöringen (AT) bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 41).



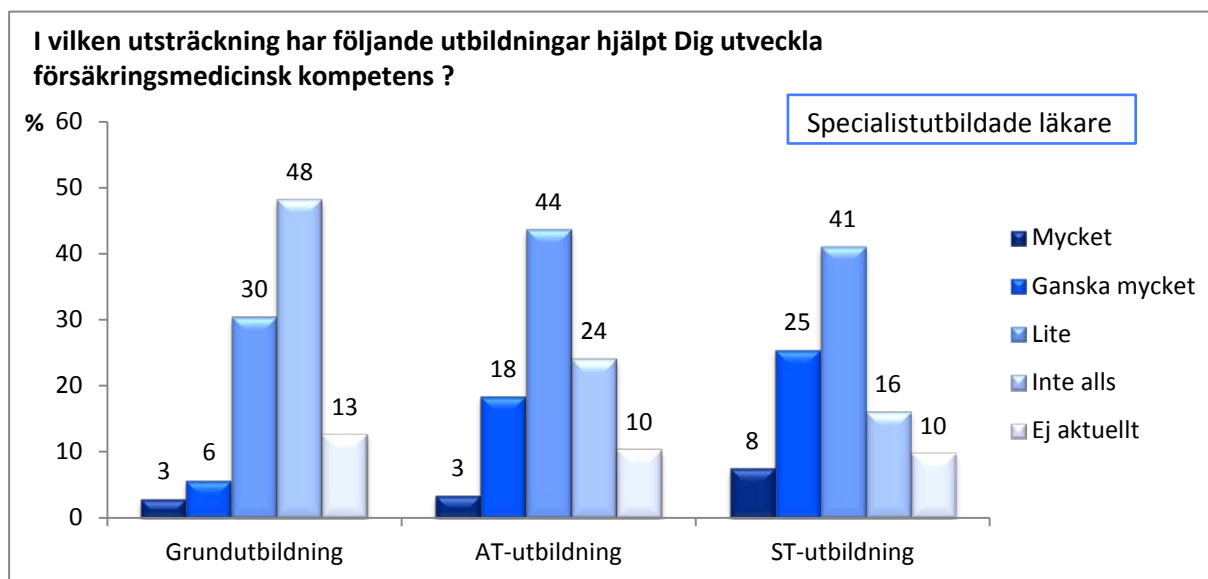
Figur 41. Andel (%) läkare med endast läkarexamen samt legitimerade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Bland läkare med pågående specialistutbildning (ST-läkare) var det 28 procent som uppgav att AT-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling, medan motsvarande andel för ST-utbildningen var 32 procent (Figur 42).



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

Bland dem som var färdiga specialister ansåg en liten andel att grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor (Figur 43). En fjärdedel av läkarna med specialistkompetens ansåg att AT-utbildning i mycket eller ganska stor utsträckning hjälpt dem att utveckla försäkringsmedicinsk kompetens, och motsvarande andel för ST-utbildningen var en tredjedel.



Figur 43. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Kompetensutveckling via vidareutbildning

Ungefär var fjärde läkare uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket, där andelen var större bland vårdcentralsläkarna (36 %) än bland läkarna inom övrig verksamhet (18 %) (Tabell 16).

Tjugotre procent av vårdcentralsläkarna och tolv procent av övriga läkare hade tillägnat sig mycket eller ganska mycket kompetens av vidareutbildning i landstingets regi, Sju procent av samtliga läkare uppgav att andra utbildningar bidragit till utvecklad kompetens, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning via landstinget eller Försäkringskassan.

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

I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Utbildning i FK:s regi	Samtliga	6	18	29	8	40
	Vårdcentral	2	34	37	5	22
	Övriga läkare	8	10	25	9	48
Vidareutbildning i landstingets regi	Samtliga	2	14	19	16	49
	Vårdcentral	1	22	27	14	36
	Övriga läkare	2	10	16	17	54
Andra utbildningar än ovanstående	Samtliga	4	3	1	11	80
	Vårdcentral	3	5	0	10	82
	Övriga läkare	5	3	2	11	79

Behov av fördjupad kompetens

Omkring hälften av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom att bedöma arbetsförmåga (50 %) och att veta vilka krav som ställs i olika yrken (49 %) (Tabell 17). Inom dessa svarsalternativ svarade en större andel vårdcentralsläkare att de hade behov av fördjupad kompetens, och närmare 70 procent upplevde behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga. Behov av fördjupad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning och att bedöma funktionsförmåga uppgavs av 41 respektive 42 procent av läkarna. Omkring en femtedel uppgav mycket eller ganska stort behov av fördjupa sin kompetens i att skriva läkarintyg, att hantera konflikter med patienter samt att ta ställning till när behov av kontakt med Försäkringskassan behövs. Fyrtiofem procent av vårdcentralsläkarna och 25 procent av läkarna inom övrig verksamhet upplevde också behov av att kunna utforma optimala handlingsplaner.

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	8	34	40	18
	Vårdcentral	14	46	34	6
	Övriga läkare	6	28	42	24
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	Samtliga	12	38	34	16
	Vårdcentral	22	47	27	5
	Övriga läkare	7	33	38	22
Vilka krav som ställs i olika yrken	Samtliga	10	39	37	14
	Vårdcentral	17	49	29	5
	Övriga läkare	6	35	41	18
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	Samtliga	7	34	44	16
	Vårdcentral	13	41	39	7
	Övriga läkare	3	31	46	20
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Samtliga	5	16	46	34
	Vårdcentral	10	15	54	22
	Övriga läkare	2	16	42	40
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	Samtliga	2	19	46	32
	Vårdcentral	2	19	57	22
	Övriga läkare	2	20	41	37
Utforma optimala handlingsplaner	Samtliga	5	26	42	26
	Vårdcentral	9	36	45	10
	Övriga läkare	3	22	41	34
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Samtliga	3	16	44	37
	Vårdcentral	4	14	58	24
	Övriga läkare	3	17	38	42

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystem. I Tabell 18 framgår att 39 procent svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 54 procent uttryckte behov av kunskap kring andra ersättningsformer (till exempel rehabiliteringspenning) och 36 procent kände även behov av mer kunskap kring privata försäkringar. Inom alla tre områden var andelen av vårdcentralsläkarna som angav mycket eller ganska stort behov större än motsvarande andel av läkarna inom övrig verksamhet.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Samtliga	7	32	37	24
	Vårdcentral	6	38	40	16
	Övriga läkare	8	29	35	28
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet ¹	Samtliga	13	41	27	19
	Vårdcentral	16	52	28	5
	Övriga läkare	11	37	27	26
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	Samtliga	11	25	39	25
	Vårdcentral	11	27	47	16
	Övriga läkare	12	24	35	29

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

Många av läkarna upplevde mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har (Tabell 19). Närmare hälften (48 %) uppgav behov av mer kunskap om Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter, och nästan lika stor andel hade behov av kunskap kring arbetsgivares (45 %) och Försäkringskassans (45 %) möjligheter och skyldigheter.

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	10	27	46	17
	Vårdcentral	7	29	57	7
	Övriga läkare	11	26	41	22
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	8	37	37	18
	Vårdcentral	7	45	42	6
	Övriga läkare	9	34	35	23
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	11	34	37	18
	Vårdcentral	12	46	37	5
	Övriga läkare	11	29	37	23
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	12	36	34	18
	Vårdcentral	16	50	28	6
	Övriga läkare	10	30	37	24
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	Samtliga	9	32	38	21
	Vårdcentral	14	31	47	7

Övriga läkare	7	32	34	27
---------------	---	----	----	----

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 52), respektive Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 49). Här presenteras svaren på frågor om olika utbildningsaktiviteter och övriga faktorer.

De utbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg vara av stort värde för kvaliteten på deras arbete med sjukskrivning var kurser i försäkringsmedicin; 49 procent av vårdcentralsläkarna och 38 procent av övriga läkare satte stort värde på dessa (Tabell 20). Trettiosju procent menade att handledning är av stort värde och närmare var tredje läkare satte stort värde på information via Internet (30 %). Mer än var tredje vårdcentralsläkare, och endast 13 procent av övriga läkare, svarade att ett forum för att reflektera kring sitt sjukskrivningsarbete är av stort värde. Skillnaderna var också stora gällande värdering av kurser i konflikthantering, där en femtedel av vårdcentralsläkarna och mindre än en tiondel av övriga läkare angav att det var av stort värde.

Tabell 20. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	37	47	15
	Vårdcentral	48	47	5
	Övriga läkare	32	48	20
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	Samtliga	14	65	22
	Vårdcentral	16	69	16
	Övriga läkare	13	63	24
Information via Internet	Samtliga	30	55	16
	Vårdcentral	34	49	17
	Övriga läkare	28	57	15
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	41	42	16
	Vårdcentral	49	37	13
	Övriga läkare	38	44	18
Kurser i konflikthantering	Samtliga	13	44	43
	Vårdcentral	20	46	34
	Övriga läkare	9	44	47
Konferenser, seminarier	Samtliga	23	50	27
	Vårdcentral	28	57	16
	Övriga läkare	21	47	33
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	Samtliga	20	41	39
	Vårdcentral	35	46	19
	Övriga läkare	13	39	48

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Drygt hälften av läkarna ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten skulle vara av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 21), och en nästan lika stor andel (46 %) ansåg detsamma om ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning. Ungefär var femte läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen (21 %) och på enhetens sjukskrivning (19 %) samt att få bättre ersättning för att skriva intyg (21 %). Fyrtiofem procent svarade å andra sidan att högre ersättning för att skriva intyg saknar värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Inom samtliga av dessa områden menade en större andel vårdcentralsläkare att det var av stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, jämfört med övriga läkare.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	Samtliga	21	43	36
	Vårdcentral	37	47	16
	Övriga läkare	14	41	45
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	19	44	37
	Vårdcentral	32	54	15
	Övriga läkare	13	40	47
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	52	36	12
	Vårdcentral	61	30	8
	Övriga läkare	48	39	13
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	46	39	15
	Vårdcentral	61	29	10
	Övriga läkare	38	44	18
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	21	35	45
	Vårdcentral	22	38	40
	Övriga läkare	20	33	47

Sammanfattning om försäkringsmedicinsk kompetens

Närmare hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gällde att bedöma arbetsförmåga och att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken. Likaså ville drygt hälften få ökad kompetens om övriga ersättningsformer i socialförsäkringen, såsom rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Kunskap om Arbetsförmedlingens, arbetsgivares och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning angavs av närmare hälften av läkarna såsom områden inom vilka de ville ha mer kompetens. AT- och ST-utbildning upplevdes ha bidragit med kompetens kring sjukskrivning av 24 respektive 41 procent av läkarna, medan motsvarande andel vad gäller grundutbildningen var 16 procent.

Omkring hälften av läkarna värderade bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, och en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Läkarna värderade även möjlighet till kontakt med

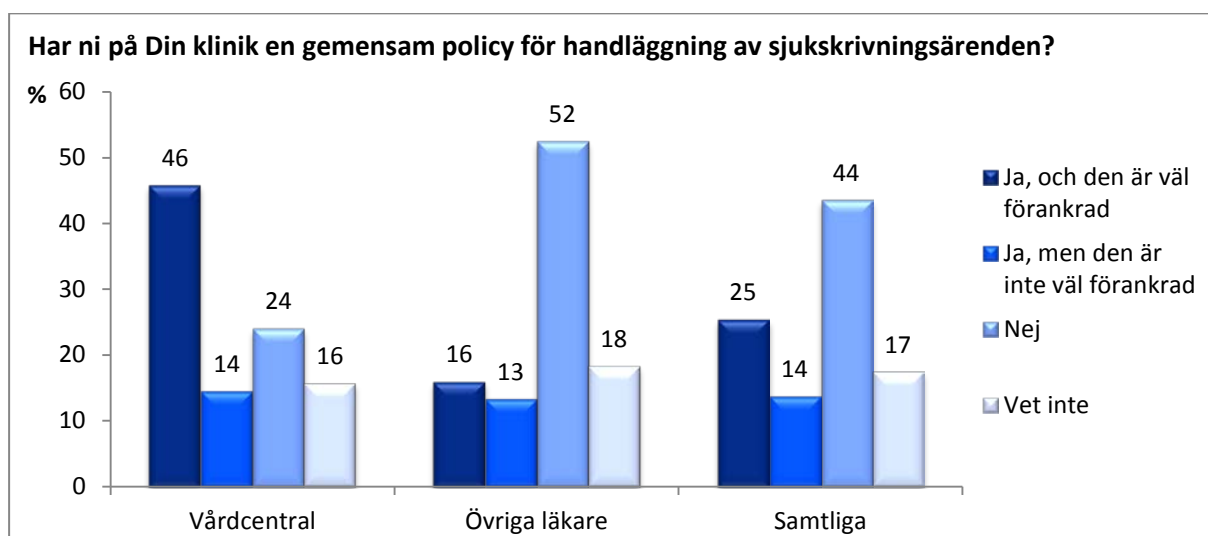
försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt (sidan 52). De utbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg var av stort kvalitetsvärde för deras arbete med sjukskrivning var handledning och kurser i försäkringsmedicin. En dryg tredjedel av läkarna menade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (sidan 50).

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 [48, 49, 134]. Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning, och i en följdfråga till dem som svarat att en policy fanns, huruvida den upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 39 procent att en sådan fanns, och 25 procent uppgav att den även var väl förankrad (Figur 44). En större andel vårdcentralsläkare svarade att den gemensamma policyn på arbetsplatsen var väl förankrad (46 %), jämfört med bland övriga läkare (16 %). Drygt hälften av läkarna inom övrig verksamhet uppgav att det saknades en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och 17 procent av samtliga läkare angav att de inte visste huruvida det fanns någon sådan policy på deras arbetsplats.

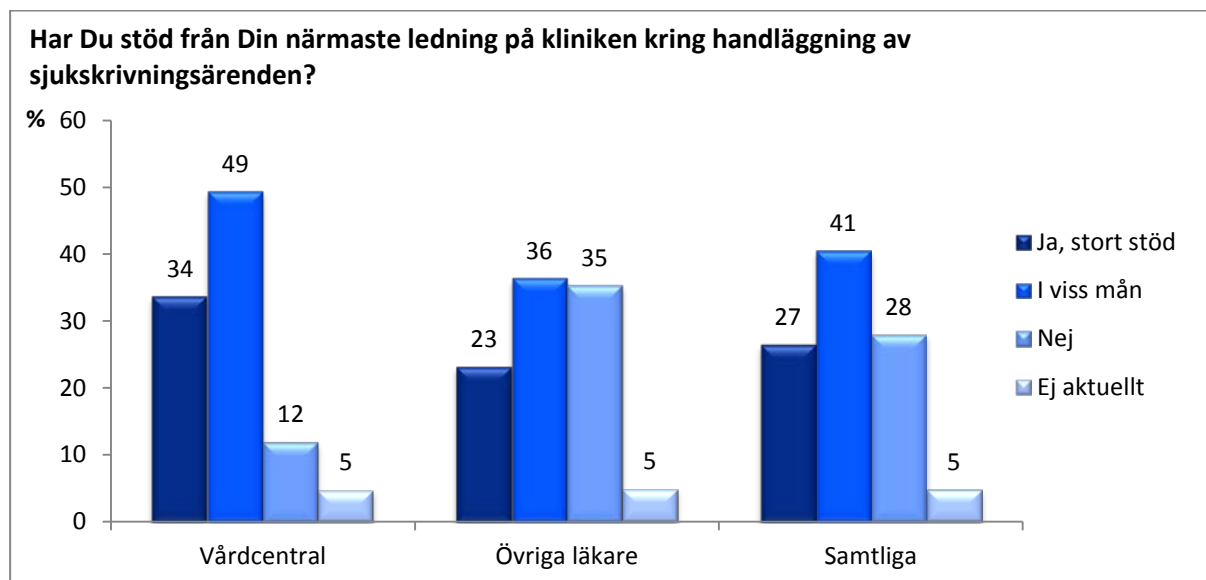


Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

På följdfrågan till dem som svarat att de hade en gemensam policy på kliniken, om huruvida de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete, svarade en stor majoritet, 88 procent, att de hade det (ej visat i figur).

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 45 visas att 27 procent kände stort stöd, och 41 procent uppgav att de i viss mån hade stöd i sitt sjukskrivningsarbete. Tjugoåtta procent uppgav att de inte hade något stöd i detta arbete, där andelen var större bland läkare inom övrig verksamhet (35 %) än bland vårdcentralsläkare (12 %). I Figur 45 har svarsalternativen ”Ej aktuellt, har ingen chef” och ”Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet” slagits samman och presenteras som ”Ej aktuellt”, fem procent svarade detta.



Figur 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

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. Det fanns även en fråga om hur ofta man har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

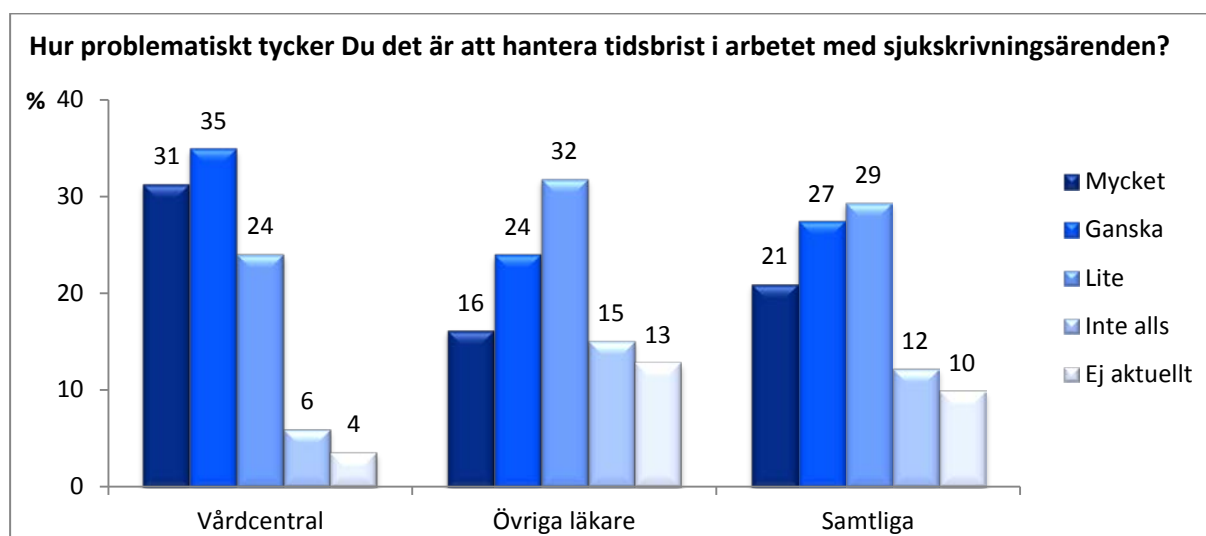
I Tabell 22 visas att störst andel läkare upplevde daglig tidsbrist när det gällde kompetensutveckling (27 %) och patientrelaterad tid (25 %). För det direkta patientarbetet uppgav 27 procent av läkarna på vårdcentral och 16 procent av övriga läkare att de hade tidsbrist dagligen. Bland läkare på vårdcentral svarade 68 respektive 66 procent att de upplevde tidsbrist med patienten samt patientrelaterad tid minst en gång i veckan.

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler 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	19	31	19	14	17
	Vårdcentral	27	41	18	7	7
	Övriga läkare	16	27	20	17	21
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	25	30	19	15	11
	Vårdcentral	30	36	20	5	8
	Övriga läkare	22	27	18	20	13
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	27	21	20	12	21
	Vårdcentral	36	23	17	11	12
	Övriga läkare	23	19	21	13	24

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

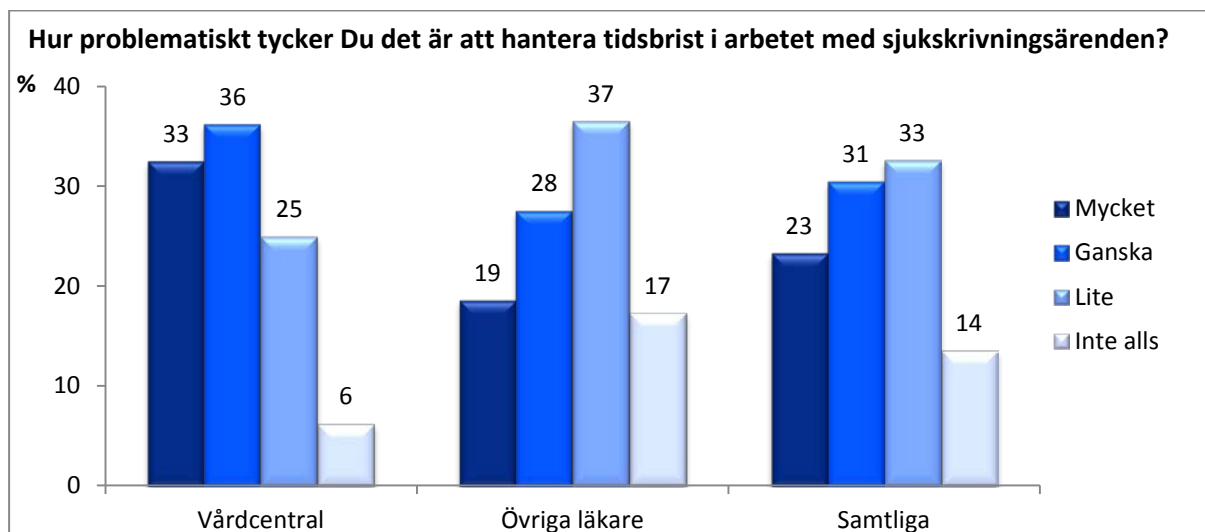
På frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar svarade tio procent att det inte är aktuellt, fyra procent bland läkare på vårdcentraler och 13 procent bland övriga läkare. Närmare hälften av läkarna, 48 procent, uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i sjukskrivningsarbetet (Figur 46). Tolv procent svarade att det inte alls upplevs som problematiskt, medan tio procent uppgav att det inte var aktuellt. Närmare en tredjedel av vårdcentralsläkarna svarade att det är mycket problematiskt att hantera sådan tidsbrist, medan motsvarande andel bland övriga läkare var 16 procent.



Figur 46. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

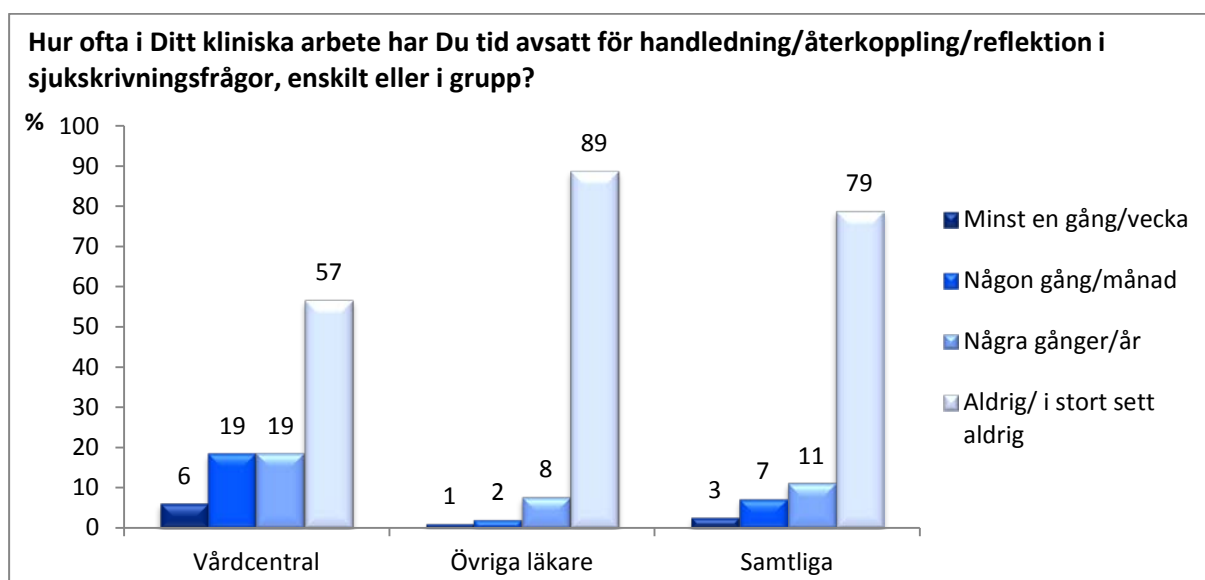
I Figur 47 har de läkare svarade "Ej aktuellt" på frågan exkluderats. En tredjedel av vårdcentralsläkarna och närmare en femtedel av läkarna inom övrig verksamhet svarade att

det är mycket problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar. En mindre andel av vårdcentralsläkarna uppgav att det inte alls är problematiskt att hantera tidsbrist (6 %), jämfört med övriga läkare (17 %).



Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De läkare som svarade "ej aktuell" har exkluderats.)

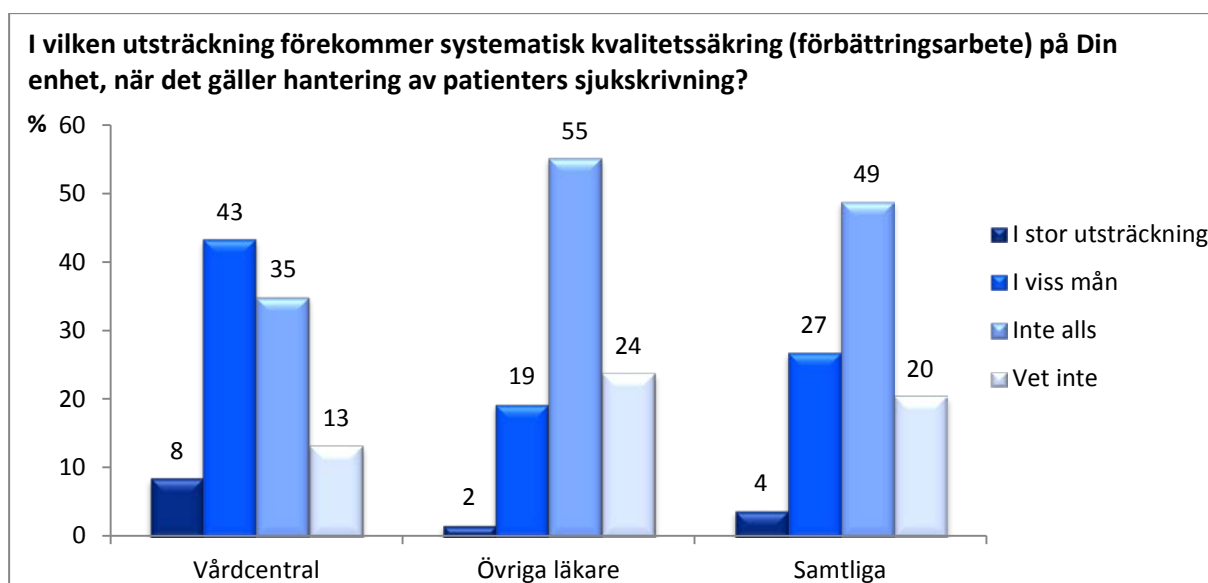
Närmare 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (Figur 48). En betydligt större andel vårdcentralsläkare uppgav att de hade tid avsatt minst en gång per månad (25 %), jämfört med läkarna inom övrig verksamhet (3 %).



Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsägo har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

Åtta procent av läkarna på vårdcentral och två procent av läkarna inom övrig verksamhet uppgav att det på deras enhet förekom systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) i stor utsträckning när det gällde hantering av sjukskrivningsärenden (Figur 49). Fyrtiotre procent av läkarna på vårdcentral och 19 procent av övriga läkare menade att det förekom i viss utsträckning. Närmare hälften av läkarna svarade att det inte alls förekom något systematiskt kvalitetsarbete för sjukskrivningsärenden på deras enhet, där andelen bland läkarna inom övrig verksamhet var större (55 %) än andelen bland vårdcentralläkarna (35 %). En femtedel av läkarna visste inte om det förekom eller inte, och även här var andelen större bland läkare inom övrig verksamhet.



Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.

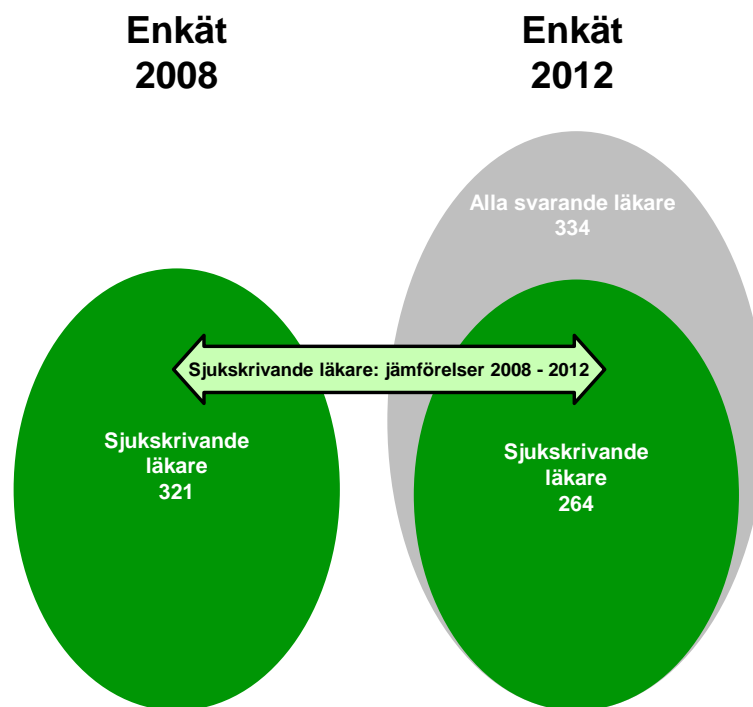
Sammanfattning om organisatoriska förutsättningar

En femtedel av läkarna svarade att de hade en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden på kliniken. Av dem som hade en policy uppgav 88 procent att de hade nytta av denna. Stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor rapporterades av drygt en fjärdedel av läkarna. De flesta läkare har således varken en väl förankrad policy för sjukskrivning eller stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef. Andelen som uppgav att systematiskt kvalitetsarbete gällande hantering av sjukskrivningsärenden inte förekom på deras enhet var närmare 50 procent.

En majoritet av läkarna upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst någon gång per vecka när det gäller tid med patienten samt att skriva intyg och annat arbete som rör sjukskrivningsärenden. Samtidigt svarade nästan hälften att de tycker det är mycket eller ganska problematiskt att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar. Närmare fyra av fem läkare hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.

3.

Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2008-2012



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

I detta kapitel redovisas svaren på de 130 frågor som fanns med i både 2008 och 2012 års enkäter, för de läkare som svarade att de huvudsakligen arbetade i Västernorrland, som vid den aktuella tidpunkten var yngre än 68 år och var 'sjukskrivande läkare'. Specialister på barn- och ungdomskliniker, geriatrikmottagningar, ögonkliniker samt öron-, näs- och halsmottagningar är exkluderade ur analyserna de båda åren, eftersom dessa typer av läkare inte inkluderades i enkätutskicket i Västernorrland år 2012 (se metoddelen, sidan 19 för mer information).

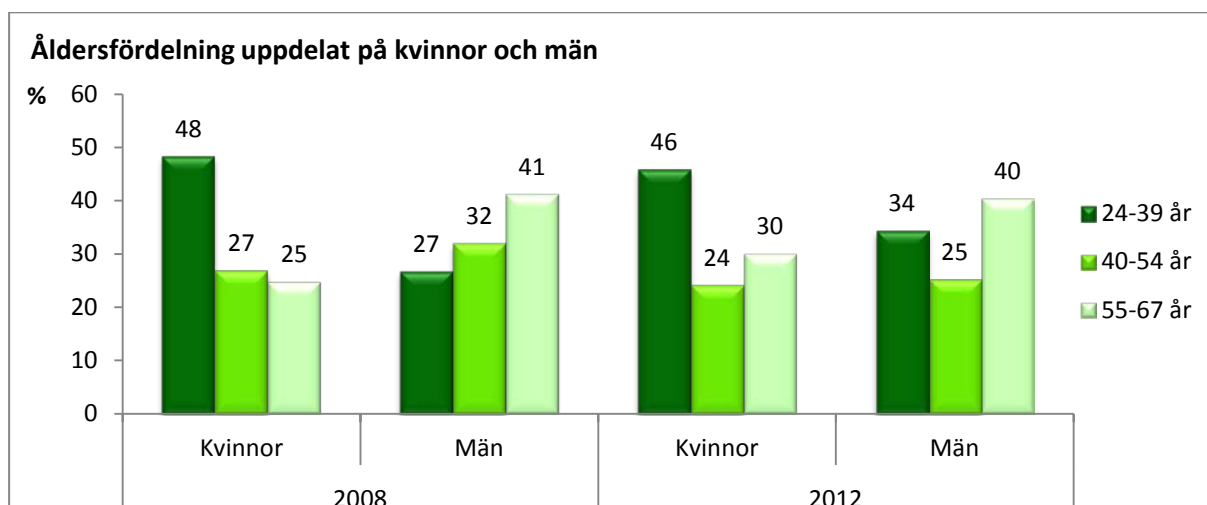
I Tabell 23 visas antalet läkare i de båda studiegrupperna, det vill säga från år 2008 och 2012, uppdelat på kön, ålder och andel specialister. År 2012 var andelen kvinnor något större jämfört med 2008. I både grupperna med vårdcentralsläkare och läkare inom övrig verksamhet var andelen specialister en procentenhet mindre år 2012, jämfört med 2008.

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

		Samtliga		Vårdcentral		Övriga läkare	
		2008	2012	2008	2012	2008	2012
	Antal sjukskrivande läkare	321	264	104	84	217	180
Kön	Kvinnor (%)	46	50	51	51	44	50
Ålder	24-39 år (%)	37	40	24	29	43	46
	40-54 år (%)	30	25	37	32	26	21
	55-67 år (%)	34	35	39	39	31	33
Utbildningsnivå	Specialistutbildade (%)	69	67	76	75	65	64

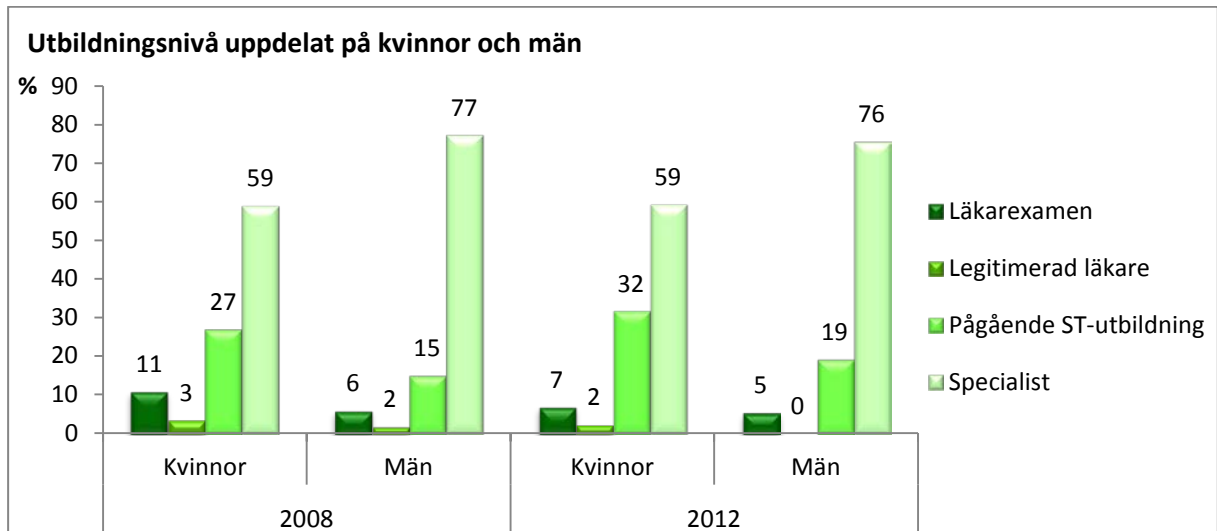
Bakgrundsfaktorer

Det var relativt små skillnader i ålderssammansättningen mellan 2008 och 2012 (Figur 50). Bland kvinnor var andelen i den yngsta åldersgruppen störst båda åren, medan andelen i den äldsta åldersgruppen var störst bland män.



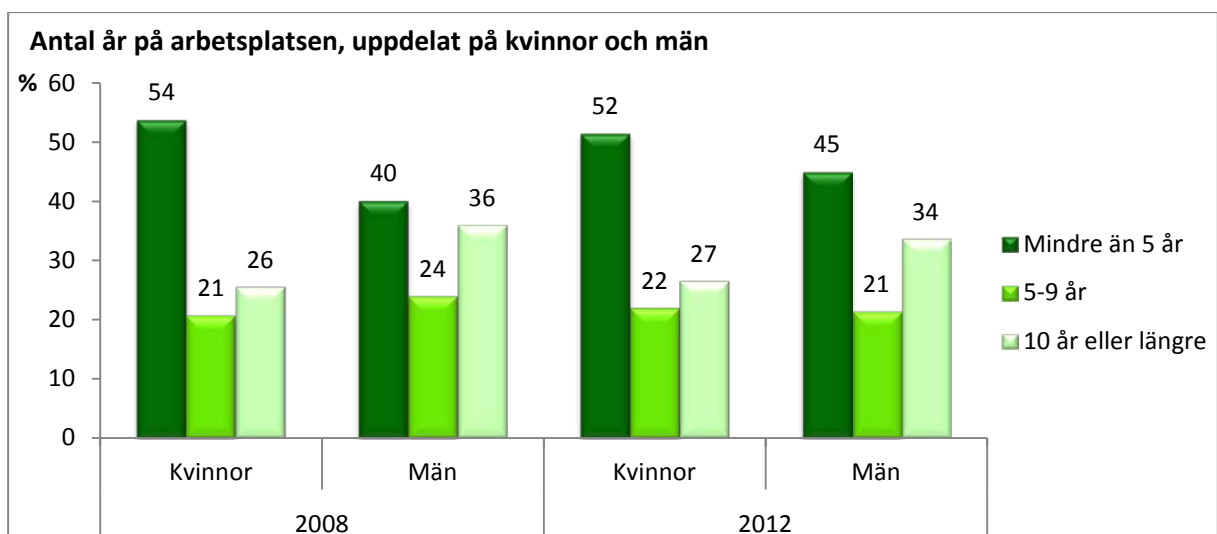
Figur 50. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Det fanns inga skillnader mellan åren vad avser andel specialister, varken bland män eller bland kvinnor (Figur 51). Däremot var andelen med pågående specialistutbildning något större 2012 jämfört med 2008.



Figur 51. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkaresexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

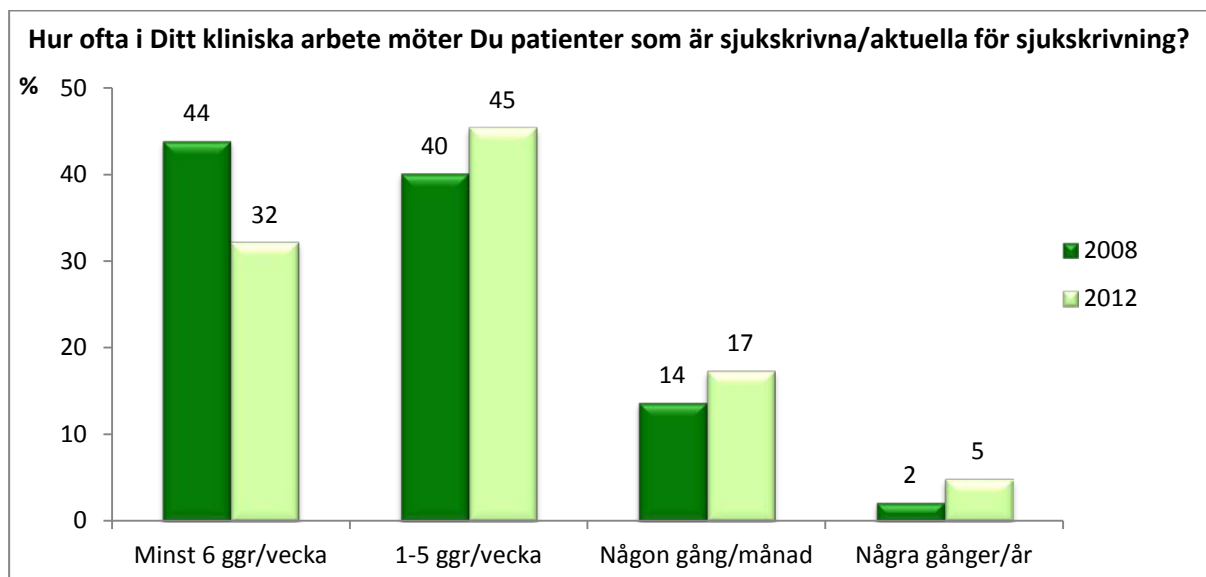
Båda åren hade drygt hälften av kvinnorna varit på sin nuvarande arbetsplats i mindre än fem år (Figur 52). Även den största andelen av männen hade varit på sin arbetsplats mindre än fem år; 40 procent år 2008 och 45 procent år 2012. Drygt en fjärdedel av kvinnorna och drygt en tredjedel av männen hade varit på sin arbetsplats längre än 10 år, såväl 2008 som 2012.



Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var något större år 2008 (44 %) än 2012 (32 %), samtidigt som andelen som hade sjukskrivningsärenden 1-5 gånger per vecka var fem procentenheter större år 2012 (Figur 53)



Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

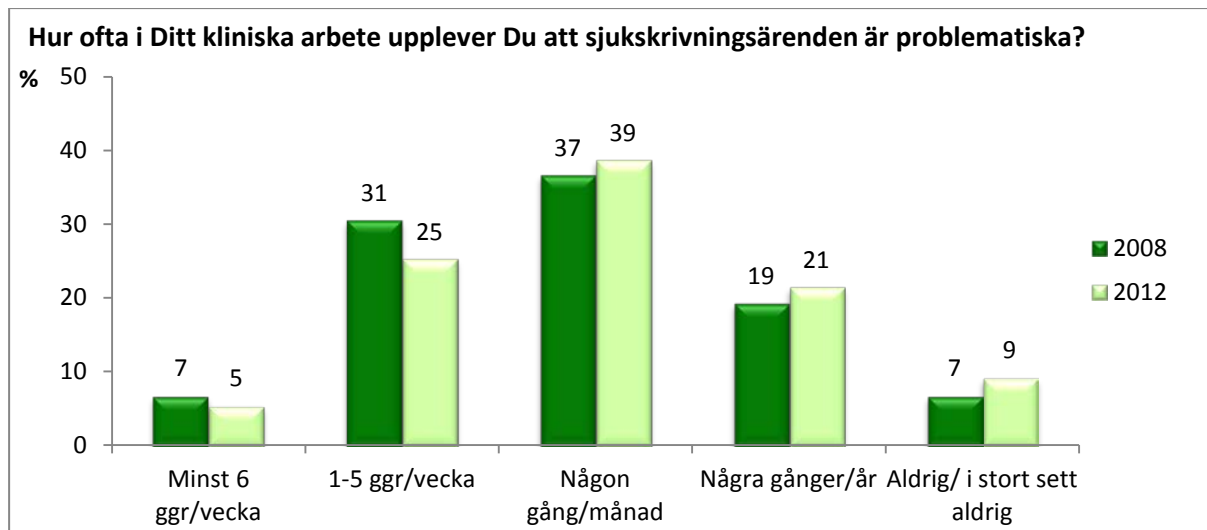
Majoriteten av såväl vårdcentralsläkare som övriga läkare uppgav att de mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka, både år 2008 och 2012 (Tabell 24). För båda grupperna är det en mindre andel läkare som år 2012 hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka.

Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Vårdcentralsläkare	2008	46	49	5	0
	2012	32	61	7	0
Övriga läkare	2008	43	36	18	3
	2012	32	38	22	7

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var mindre 2012 jämfört med 2008 (Figur 54). Andelen läkare som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var något större år 2012. Skillnaderna mellan åren var förhållandevis små, och bör jämföras med skillnaderna på frågan om hur ofta läkarna hade sjukskrivningsärenden (se Figur 53)

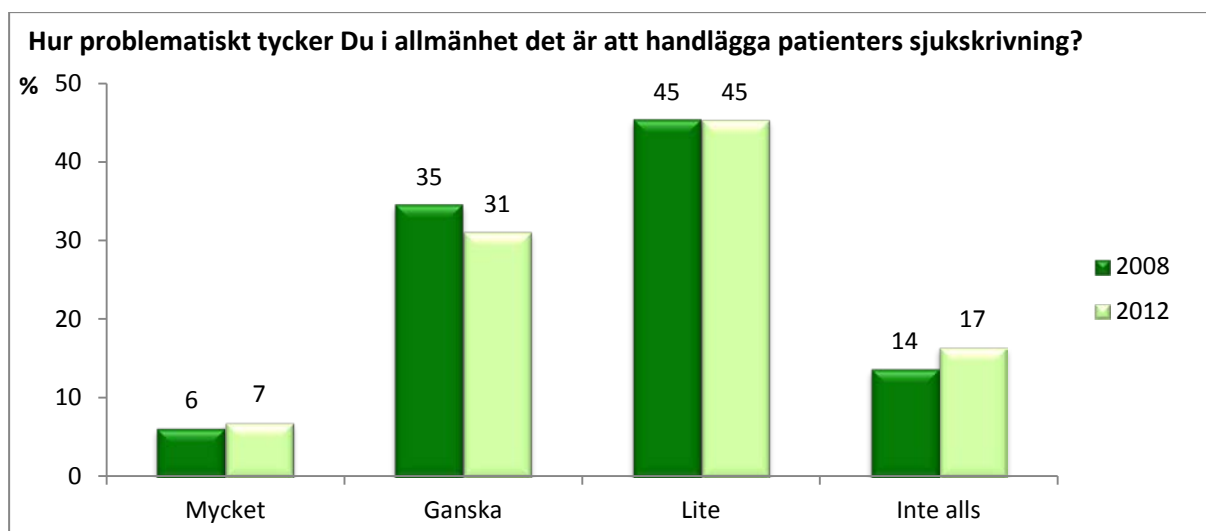


Figur 54. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.

När andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka relateras till andelen som upplevde att de var problematiska minst en gång per vecka syns vissa skillnader mellan de två åren. År 2008 uppgav 68 procent av de som arbetade på en vårdcentral och hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka att dessa ärenden var problematiska minst en gång per vecka (ej visat i figur), år 2012 var motsvarande andel större, 73 procent. Bland övriga läkare var skillnaden motsatt, 49 procent år 2008 och 44 procent år 2012 av de läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka upplevde dessa som problematiska minst en gång per vecka.

Allvarlighetsgrad av problem i arbetet med sjukskrivning

Det var små skillnader mellan åren vad gäller hur problematiskt det upplevdes att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 55). Andelen som upplevde detta som mycket eller ganska problematiskt var 41 procent år 2008 och 38 procent år 2012. Andelen som angav att det inte alls var problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning var något större år 2012.



Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008 respektive 2012.

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden i allmänhet upplevdes som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. Andelarna läkare som upplevde att olika bedömningsaspekter i sjukskrivningsärenden var mycket eller ganska problematiska var något mindre år 2012, jämfört med 2008 (Tabell 25). Störst skillnad mellan åren var det gällande att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga, att göra en handlingsplan för sjukskrivningen samt att bedöma arbetsförmågan hos patienter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	16	32	39	13
	2012	13	33	40	14
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	12	30	42	17
	2012	12	27	44	17
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	22	44	29	6
	2012	21	37	32	10
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	18	36	37	8
	2012	15	36	39	9
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	8	30	38	23
	2012	9	20	43	27
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	23	40	28	9
	2012	22	30	36	12
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	18	34	33	14
	2012	11	36	40	12

Andelen läkare som upplevde olika patientrelaterade situationer som mycket eller ganska problematiska var generellt något mindre 2012 än 2008 (Tabell 26). Ett undantag var svar på frågan om hur problematiskt det är diskutera psykosocial problematik med patienten, där det inte var någon skillnad mellan åren.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	År	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	5	28	47	20
	2012	5	21	48	26
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	2008	9	30	40	21
	2012	6	30	39	25
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	2008	12	28	39	21
	2012	13	28	37	23
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	17	31	40	12
	2012	13	27	48	13
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	16	31	35	19
	2012	13	30	36	21

Det var en relativt liten andel läkare som tyckte det var problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen angående sjukskrivningen, även om andelen var något större år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 27). Däremot var andelen läkare som tyckte det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan mindre år 2012. När det gällde att skriva andra typer av intyg än läkarintyg till Försäkringskassan skilde sig svarsalternativen åt i de båda enkäterna. År 2012 fanns alternativet "Ej aktuellt" med, och 26 procent angav detta svarsalternativ. Om dessa läkare exkluderas ur analysen visar det sig att om man slår ihop dem som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva sådana intyg blir andelen större år 2012 jämfört med 2008 (53 respektive 47 %). 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 av tio läkare uppgav att det var 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 var aktuellt för dem (44 % år 2008 och 37 % år 2012). Orsaken till att det inte var aktuellt kan vara antingen att man inte hade tillgång till ett team eller att man inte hade olika åsikter.

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

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	2008	3	13	39	45	
	2012	3	16	35	46	
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	11	24	44	22	
	2012	8	19	42	30	
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk eller aktivitetsersättning)? ¹	2008	17	29	36	17	
	2012	14 (19)	25 (34)	26 (35)	9 (12)	26
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	2	8	30	16	44
	2012	2	8	30	24	37

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

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelarna läkare som minst någon gång i månaden upplevde de olika potentiellt problematiska situationerna beskrivna i Tabell 28 var mindre år 2012 jämfört med år 2008. Andelen läkare som aldrig upplevde konflikter med patienter om sjukskrivning var 22 procent 2008 och 37 procent 2012.

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

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		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	19	35	29	18
	2012	13	29	34	23
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	5	20	42	33
	2012	3	19	40	38
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	8	36	44	12
	2012	5	30	47	17
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	8	20	49	22
	2012	4	17	41	37
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	2008	18	30	29	23
	2012	12	33	34	21

Andelen som aldrig upplevde hot eller oro i olika former var något större 2012 än 2008 (Tabell 29). Det var fortfarande 2012 en liten andel som minst någon gång i månaden kände sig oroliga eller hotade i arbetet med sjukskriving. År 2008 och 2012 upplevde fem respektive tre procent av läkarna hot från en patient eller oro över att bli anmälda av en patient minst en gång i månaden.

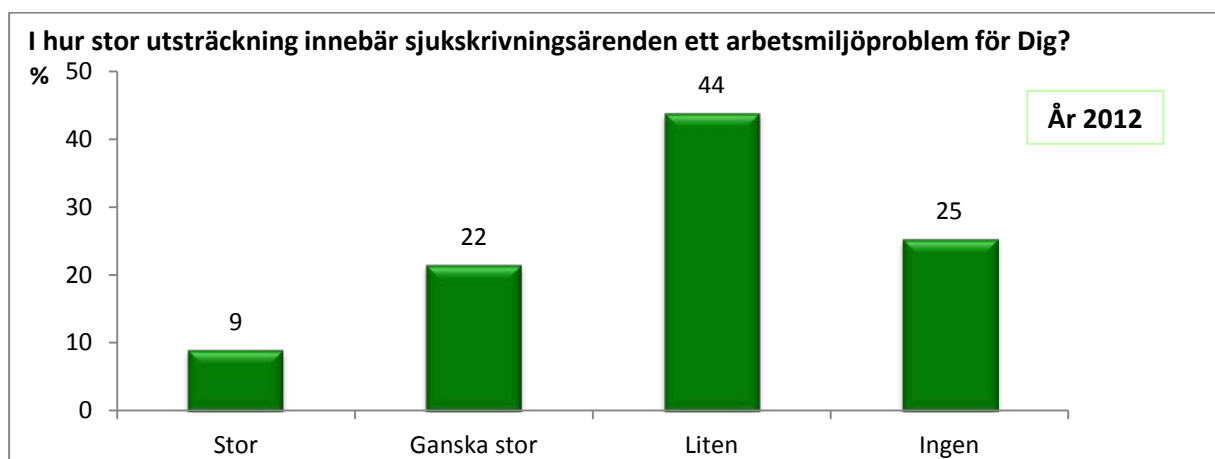
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	År	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	2	3	8	87
	2012	1	2	8	89
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	2	3	15	80
	2012	1	2	11	85
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	1	7	91
	2012	1	1	7	92
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	13	84
	2012	1	2	8	89

Arbete med sjukskriving som ett arbetsmiljöproblem

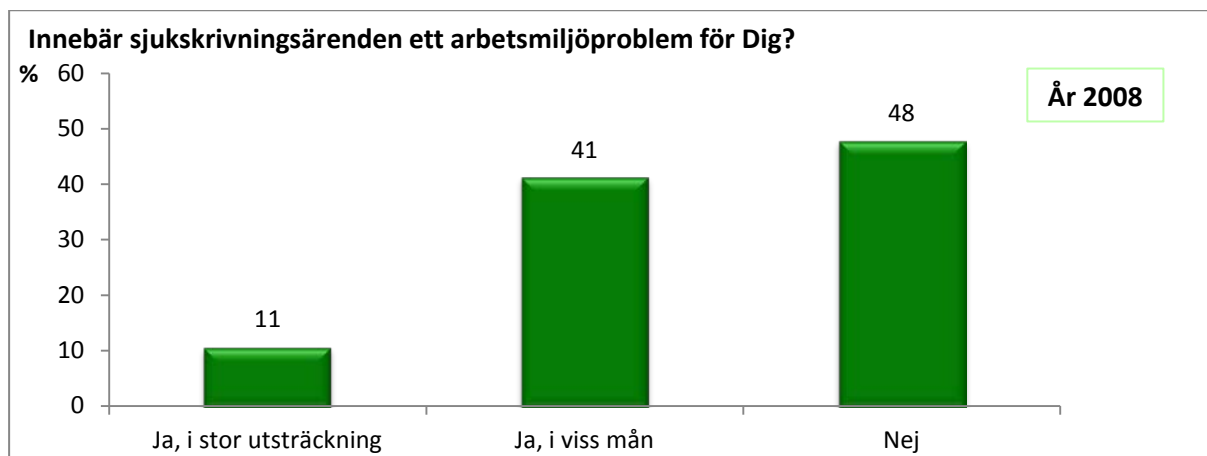
År 2008 inkluderade vi en övergripande fråga om att uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem, då en del tidigare studier visat resultat i den riktningen. Då cirka hälften svarade att de gjorde detta i någon mån, valde vi att ha mer differentierade frågor om detta i 2012 års enkät,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

År 2012 uppgav närmare en tredjedel av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor eller ganska stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem för dem (Figur 56). Var fjärde läkare svarade att de inte upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.

År 2008, då endast tre svarsalternativ fanns på en motsvarande fråga, svarade drygt hälften av läkarna att de upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; i viss mån eller i stor utsträckning (Figur 57).



Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2012 var andelen läkare som uppgav att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder något mindre, jämfört med 2008 (Tabell 30). Störst skillnad, 18 procentenheter mindre 2012, sågs för andelen som angav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan. Även på grund av väntetider till utredning och behandling inom sjukvården var skillnaderna mellan åren stora; 14 respektive 15 procentenheter.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	4	17	29	30	21
	2012	1	10	24	35	30
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	11	25	25	38
	2012	<0,5	4	14	21	60
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	<0,5	5	16	20	58
	2012	<0,5	3	8	21	67
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	0	5	11	25	59
	2012	0	2	12	24	62
... väntetider till behandling?	2008	3	16	30	34	18
	2012	1	10	23	38	29

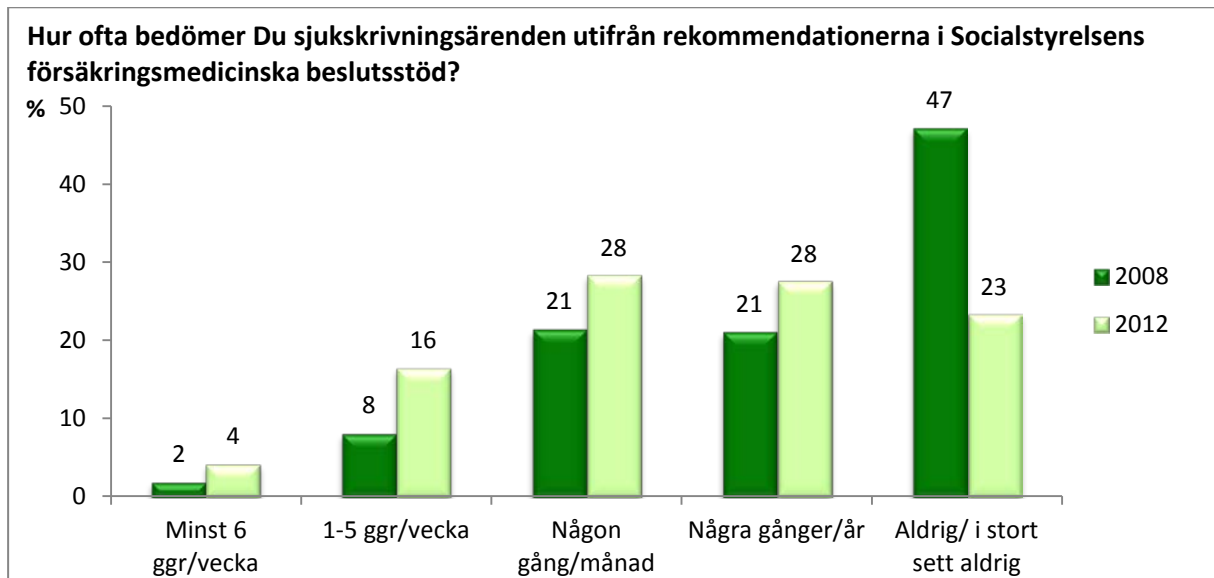
Majoriteten av läkarna sjukskrev aldrig längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 31. För samtliga orsaker var andelen som aldrig gjorde detta större 2012 jämfört med 2008. Andelen läkare som uppgav att de sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per månad på grund av brist på återbesökstider var nio procentenheter mindre 2012 än 2008. För de andra orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var skillnaderna mellan åren små.

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

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	<0,5	8	16	21	53
	2012	<0,5	5	10	18	66
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	2008	<0,5	5	13	21	61
	2012	1	5	11	18	65
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	12	21	64
	2012	1	5	11	16	68
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	3	12	33	53
	2012	<0,5	4	12	29	55
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	1	2	4	33	60
	2012	<0,5	3	8	19	69
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	1	3	5	16	75
	2012	<0,5	2	5	13	79
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	<0,5	3	7	23	67
	2012	<0,5	2	6	18	73

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som aldrig använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet var betydligt mindre 2012, jämfört med 2008 (23 respektive 47 %) (Figur 58). Tio procent av läkarna svarade år 2008 att de använde beslutsstödet minst en gång per vecka, medan motsvarande andel år 2012 var 20 procent.



Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

På frågan om hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg enligt rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet fanns år 2008 svarsalternativet "Har ej använt dem" med, eftersom beslutsstödet då var så pass nytt att det förmodades att många läkare ännu inte hade börjat använda det. Bortfallet på frågan år 2012, då alternativet "Har ej använt dem" inte fanns med, var 4,5 procent, vilket är dubbelt så högt som bortfallet på de andra frågorna i samma frågegrupp i enkäten. Om de som svarade "Har ej använt dem" år 2008 exkluderas ur analysen, så var det ingen stor skillnad mellan åren (Tabell 32). År 2012 var andelen som uppgav att det inte alls är problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med beslutsstödet större jämfört med 2008.

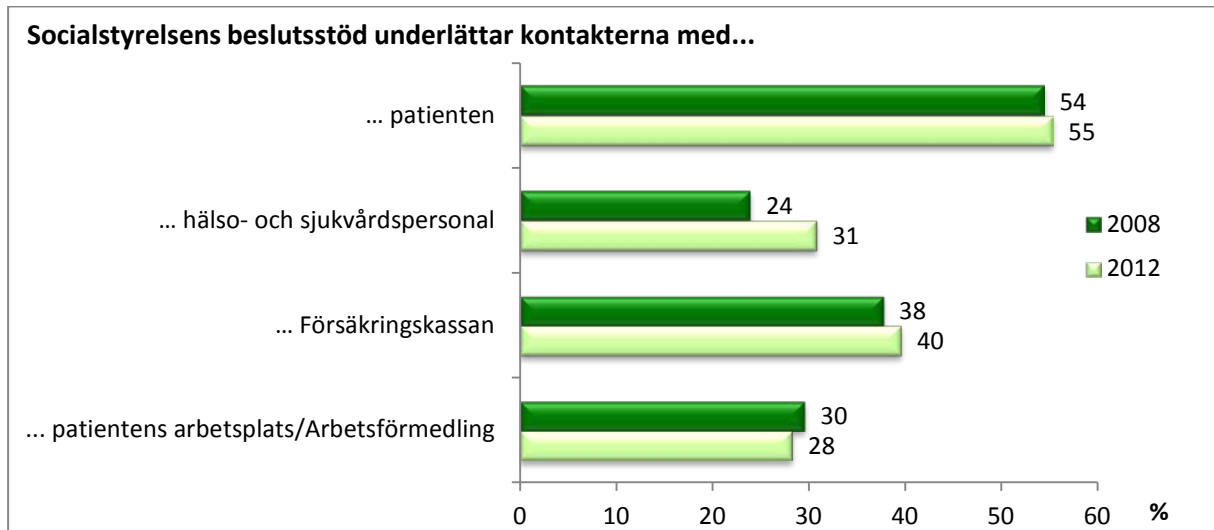
Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har ej använt dem
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2008 ¹	4 (8)	10 (23)	23 (52)	7 (17)	57
	2012	10	23	45	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.

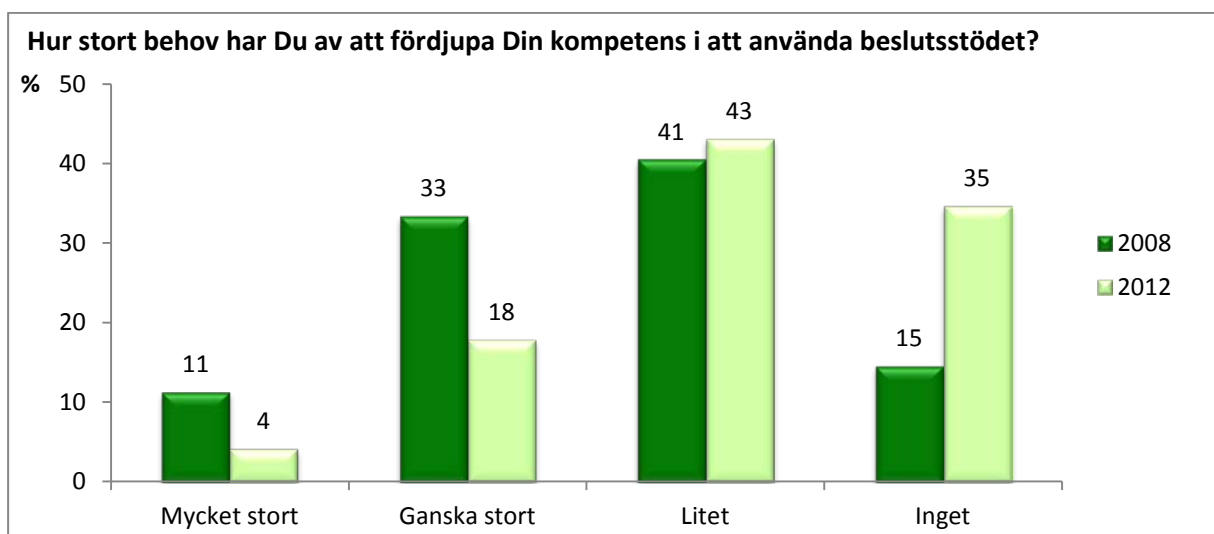
² Svarsalternativet "Har ej använt dem" fanns inte med för denna fråga år 2012.

En något större andel år 2012 jämfört med år 2008 ansåg att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten samt med andra aktörer (Figur 59). Ett undantag från detta var huruvida beslutsstödet har underlättat kontakterna med patientens arbetsplats eller Arbetsförmedlingen, där två procentenheter färre angav detta år 2012. I 2012 års enkät var delfrågan "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" uppdelat i två (se metod sidan 19). De läkare som svarade "Ja" på minst ett av alternativen år 2012 jämförs med dem som svarade "Ja" år 2008. Mer än hälften av läkarna menade att Socialstyrelsens beslutsstöd underlättar kontakterna med patienten, såväl 2008 som 2012.



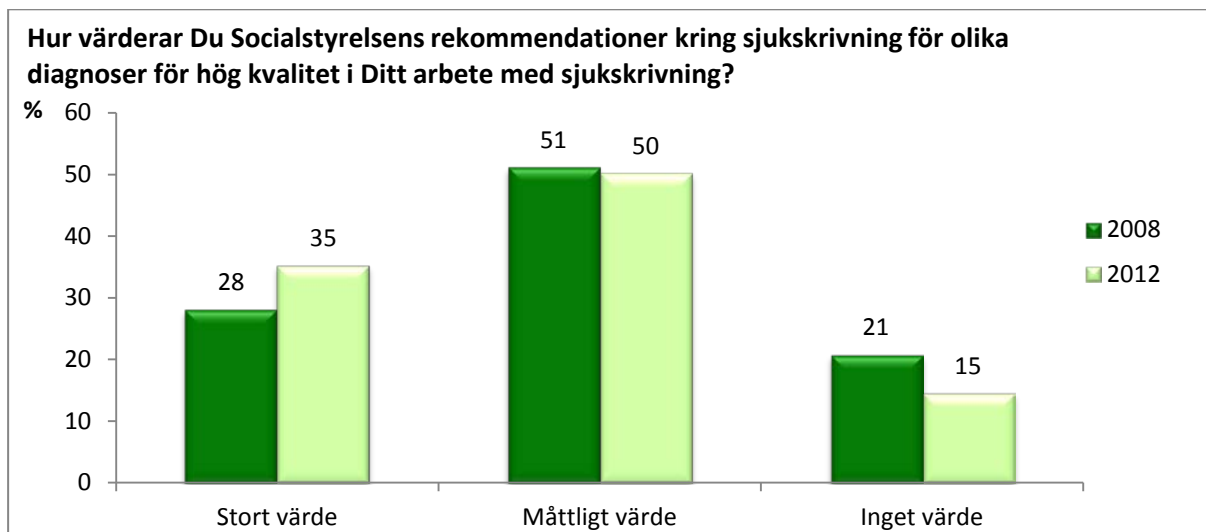
Figur 59. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.

Vad gäller behovet av fördjupad kompetens i användning av beslutsstödet var andelen som angav stort eller ganska stort behov av detta betydligt mindre år 2012, jämfört med 2008 (Figur 60). Andelen som uppgav att de inte upplevde ett behov av fördjupad kompetens i frågan var 15 procent år 2008 och 35 procent år 2012.



Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012.

Mer än en tredjedel (35 %) uppgav att de satte stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, jämfört med en dryg fjärdedel (28 %) år 2008 (Figur 61). En mindre andel angav år 2012 att beslutsstödet saknar värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (15 %), jämfört med år 2008 (21 %). Omkring hälften av läkarna svarade att det har måttligt värde, såväl 2008 som 2012.



Figur 61. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Samverkan och kontakter

Det var relativt små skillnaderna mellan åren vad gäller hur ofta läkarna hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer, internt och externt (Tabell 33). Den största skillnaden ligger i hur ofta läkarna remitterar eller hänvisar till företagshälsovården, där andelen som gjorde det minst en gång per månad endast var 12 procent 2012, jämfört med 24 procent 2008.

Det var även stor skillnad i andel som minst någon gång per månad saknade någon som samordnade åtgärder för patienten; 32 procent år 2008 och 20 procent år 2012.

Båda åren var det störst andel som hade internt samarbete, det vill säga samarbete med andra inom hälso- och sjukvården.

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	4	21	35	41
	2012	1	11	42	46
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	11	27	28	33
	2012	15	25	21	39
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	22	28	24	27
	2012	20	26	24	30
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	8	29	40	23
	2012	5	26	38	31
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	6	19	27	49
	2012	5	20	25	50
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	5	6	19	71
	2012	4	6	18	73
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	<0,5	3	15	82
	2012	1	3	17	80
har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	<0,5	8	36	56
	2012	1	6	38	55
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	2008	9	23	27	41
	2012	7	13	29	51

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

När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som ansåg att kontakter med kollegor och annan vårdpersonal hade stort värde för detta betydligt mindre (19 procentenheter) år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 34). En något mindre andel menade 2012 att samverkansmöten samt kontakter med arbetsgivare och handläggare på Försäkringskassan var av stort värde för upprätthållandet av hög kvalitet, jämfört med 2008. År 2012 svarade 41 procent att kontakter med arbetsgivare saknade värde, jämfört med 24 procent år 2008. Även andelen som angav att så kallad 'second opinion' hade stort värde var mindre 2012, jämfört med 2008. En något större andel uppgav år 2012 att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens var av stort värde, jämfört med 2008.

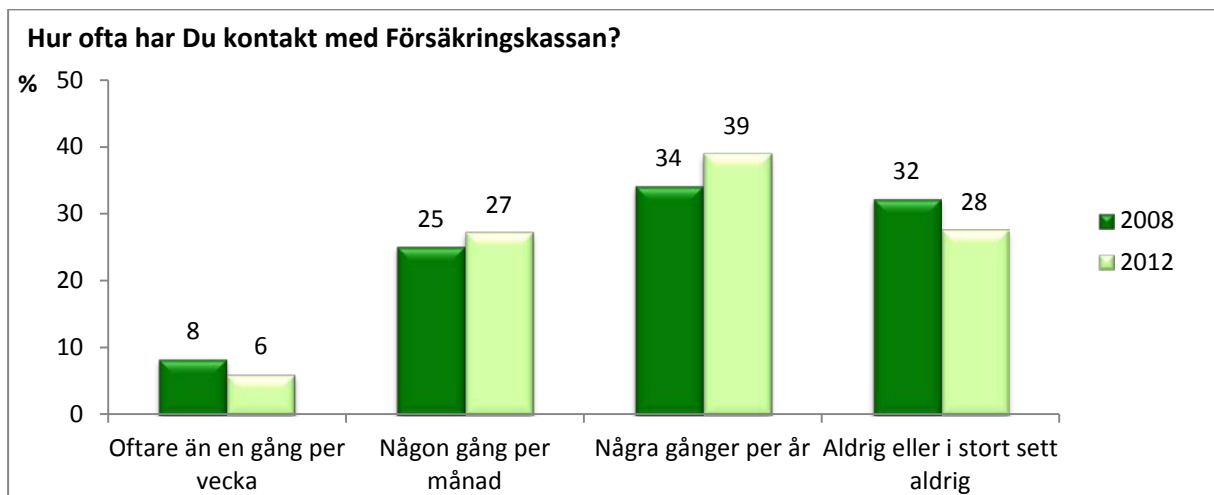
Tabell 34. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	37	48	15
	2012	41	45	15
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	65	30	5
	2012	46	40	13
Kontakter med handläggare och utredare på FK	2008	36	45	19
	2012	28	50	22
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	2008	28	46	26
	2012	27	52	21
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	38	42	20
	2012	30	42	28
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	2008	24	53	24
	2012	13	46	41
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	2008	36	49	15
	2012	21	51	28

Kontakter med Försäkringskassan

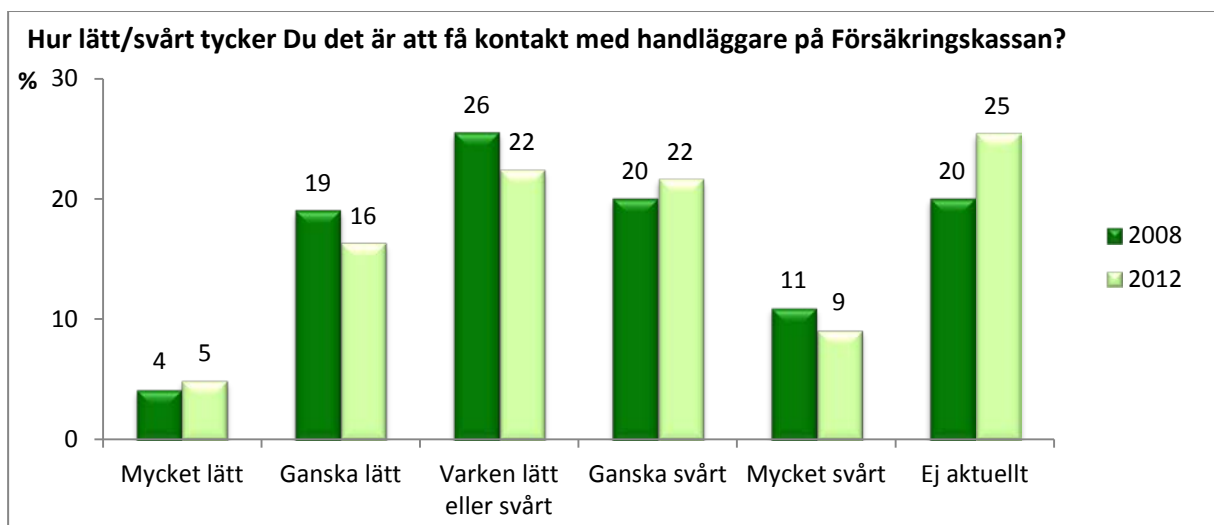
Ett av de prioriterade områdena inom ramen för sjukskrivningsmiljarden är intern och extern samverkan. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkäternas frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 88), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 89) respektive Samverkan och kontakter (sidan 93).

Både andelen läkare som ofta hade kontakt med Försäkringskassan och andelen som aldrig hade det var mindre år 2012 jämfört med 2008 (Figur 62).



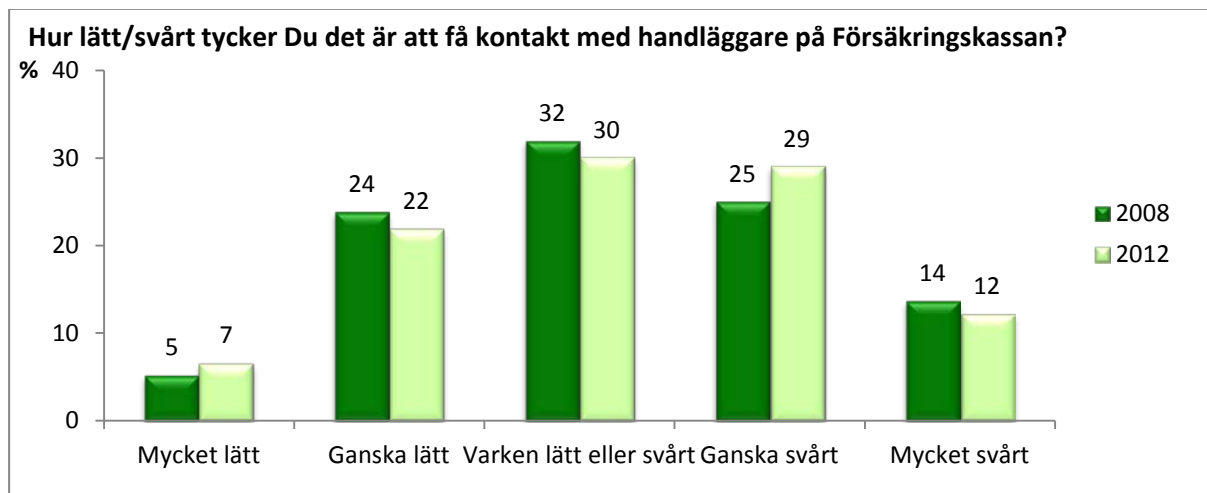
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare var andelen som uppgav att detta inte var aktuellt något större år 2012 (Figur 63). Andelen som ansåg att det var mycket svårt att få kontakt var något mindre år 2012 jämfört med 2008.



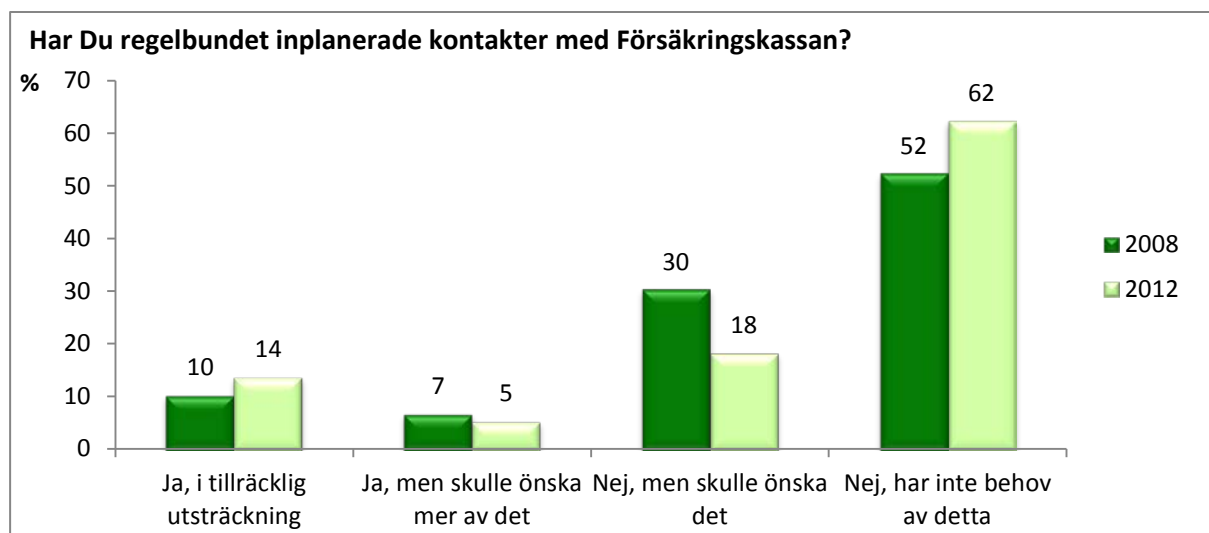
Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 64 visas svarsfördelningen på samma fråga som i Figur 63, med skillnaden att de läkare som svarat "Ej aktuellt" är exkluderade. Svarsmönstret är detsamma; andelen som upplevde det mycket svårt att få kontakt var mindre 2012 jämfört med 2008. Båda åren svarade 29 procent av läkarna att det var mycket eller ganska lätt att få kontakter med handläggare på Försäkringskassan.



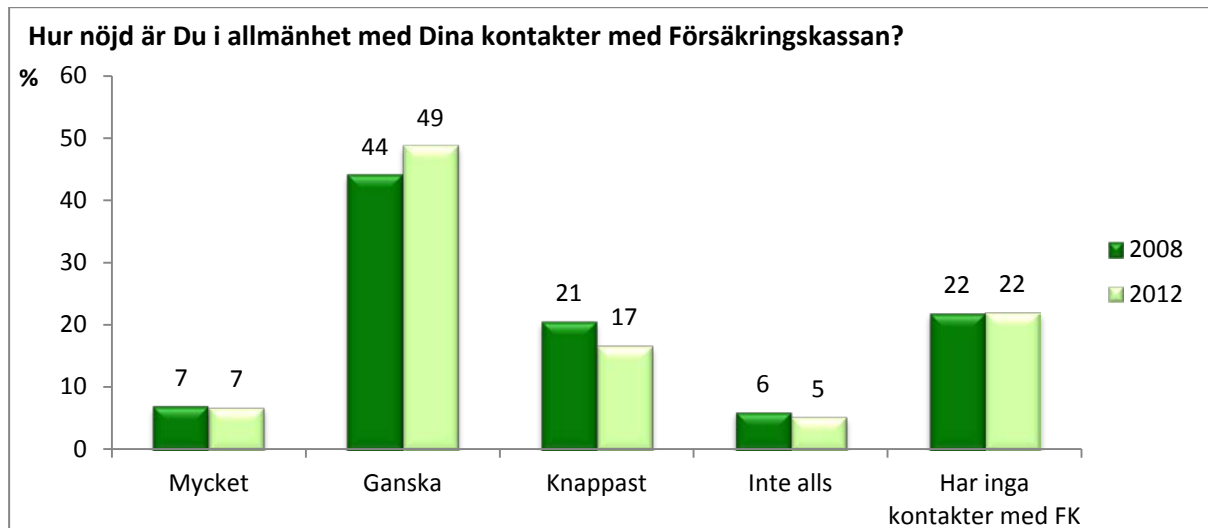
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade "Ej aktuellt" har här exkluderats; 2008: 20 %, 2012: 25 %)

År 2008 önskade 37 procent av läkarna ha mer regelbundna kontakter med Försäkringskassan än vad de hade, medan motsvarande andel år 2012 var 23 procent (Figur 65). En större andel svarade år 2012 att de inte hade något behov av inplanerade kontakter med Försäkringskassan (62 %), jämfört med 2008 (52 %). År 2012 var det också en något större andel som uppgav att de hade kontakt med Försäkringskassan i tillräcklig utsträckning.



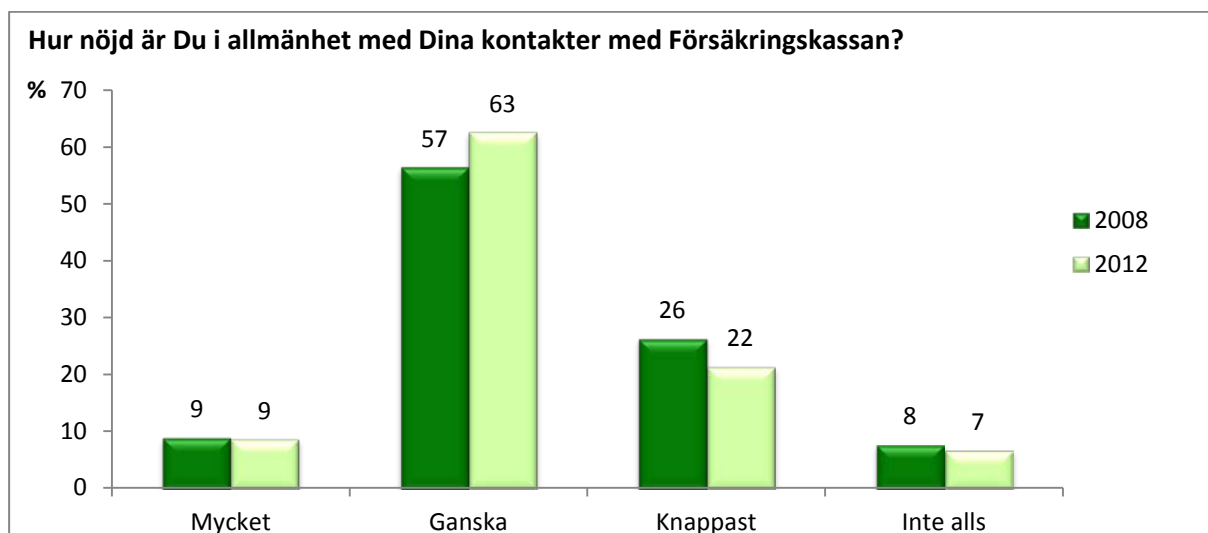
Figur 65. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

Sju procent av läkarna var mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan såväl år 2008 som 2012 (Figur 66). Andelen som var ganska nöjda var större, medan andelen som inte var nöjda var mindre år 2012, jämfört med 2008. Båda åren svarade en lika stor andel, 22 procent, att de inte hade någon kontakt med Försäkringskassan.



Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

I Figur 67 visas svarsfördelningen för samma fråga som i Figur 66 med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Majoriteten av de som hade kontakter med Försäkringskassan var ganska nöjda med dessa både 2008 och 2012. Andelen som knappast eller inte alls var nöjda var något mindre 2012.

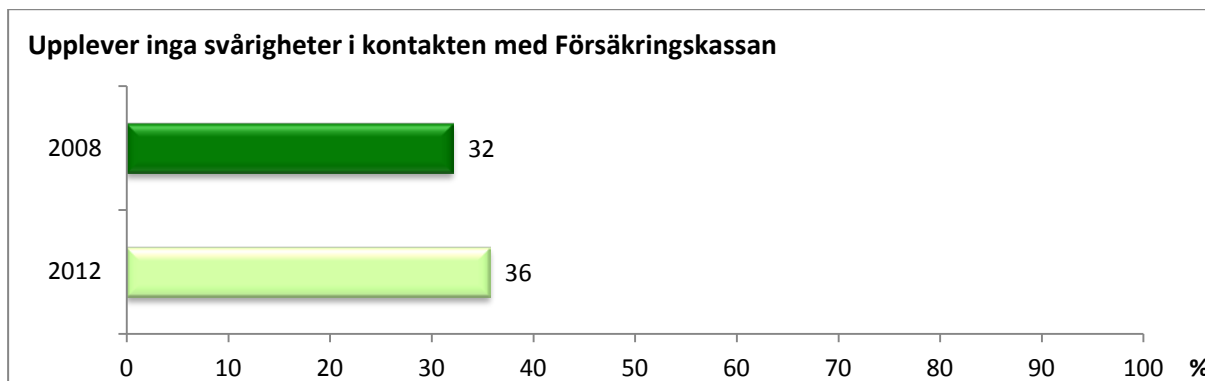


Figur 67. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.

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

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

I Figur 68 framgår det att en större andel läkare uppgav år 2012 att de *inte* upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan (36 %), jämfört med 2008 (32 %).



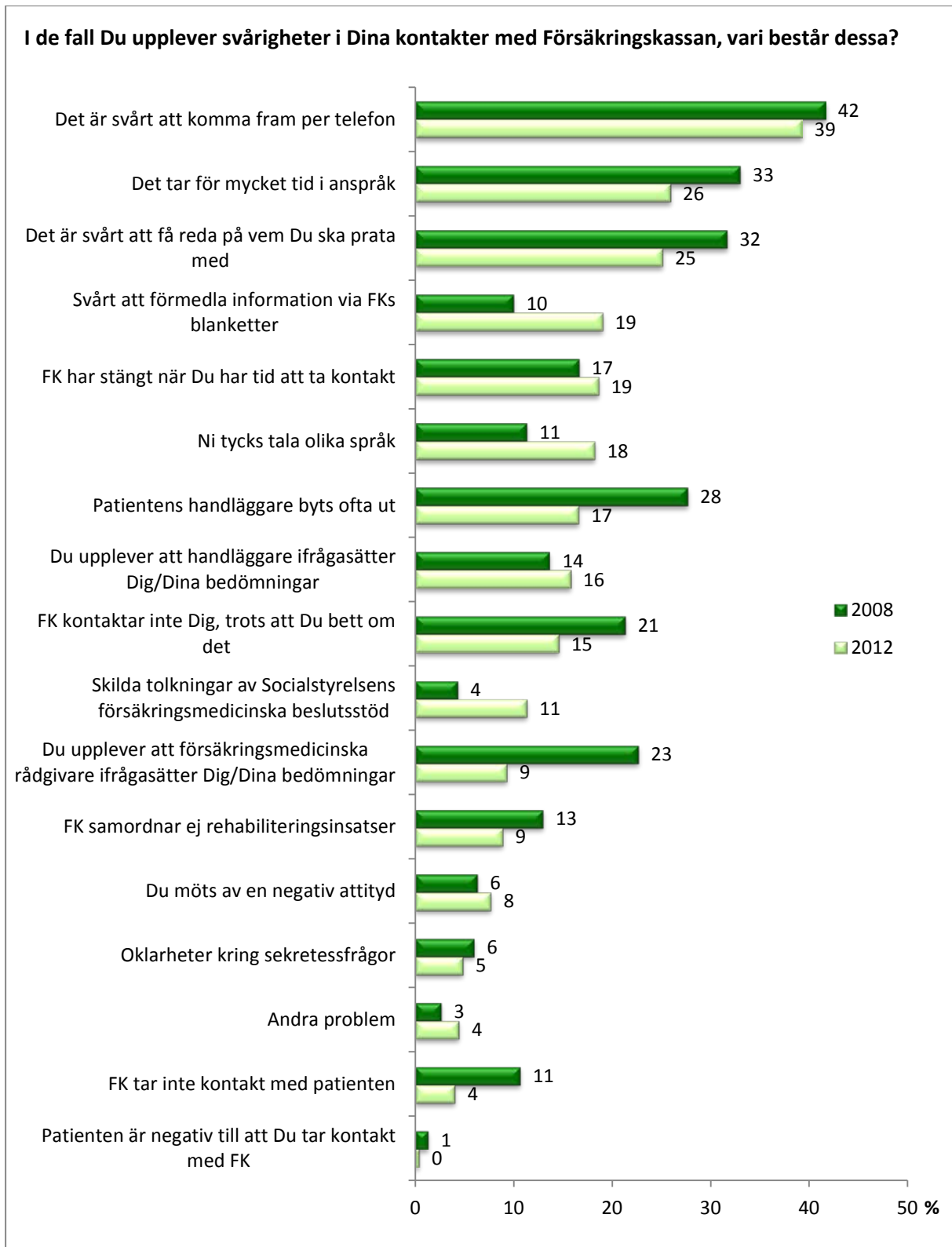
Figur 68. Andel (%) läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2008 och 2012.

I Figur 69 redovisas de olika typerna av svårigheter som listats i både 2008 och 2012 års enkäter och andel läkare som upplevde sådana svårigheter respektive år. Den svårighet som den största andelen läkare uppgav var att det är svårt att komma fram på telefon, vilket 42 respektive 39 procent svarade år 2008 och 2012. De tre överst listade typerna av svårigheter i Figur 69, som bland annat handlar om tillgänglighet, var de som angavs av störst andel båda åren: att det är svårt att komma fram per telefon, att det tar för mycket tid samt svårigheten att veta vem läkaren ska tala med.

För sju av de nämnda möjliga svårigheterna var det en större andel som upplevde sådana år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som upplevde att det var svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (9 procentenheter), att Försäkringskassans personal och läkaren tycktes tala olika språk (7 procentenheter) respektive skilda tolkningar av beslutsstödet (7 procentenheter)

Å andra sidan fanns det svårigheter som en mindre andel upplevde 2012 jämfört med 2008, framförallt dessa tre: att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar (14 procentenheter) samt att patientens handläggare ofta byts ut (11 procentenheter). Också gällande svårigheter för läkaren att veta vem på Försäkringskassan som ska kontaktas, att det tar för mycket tid i anspråk samt att Försäkringskassan inte tar kontakt med patienten var det sju procentenheter färre som uppgav 2012 jämfört med 2008.

Sammantaget var andelen som upplevde svårigheter mindre år 2012 vad gäller tio av de listade svårigheterna, jämfört med 2008, och sju av de listade svårigheter var andelen som upplevde dessa större 2012, jämfört med 2008.



Figur 69. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008 respektive år 2012.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Tre olika typer av frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till hantering av sjukskrivningsärenden ingick i de två enkäterna; vad tidigare utbildningar betytt för sådan kompetens, inom vilka områden man hade behov av fördjupad kompetens, samt olika former för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa sådan kompetens. Några delfrågor har redovisats under avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 89) respektive Kontakter och samverkan (sidan 94).

Kompetensutveckling

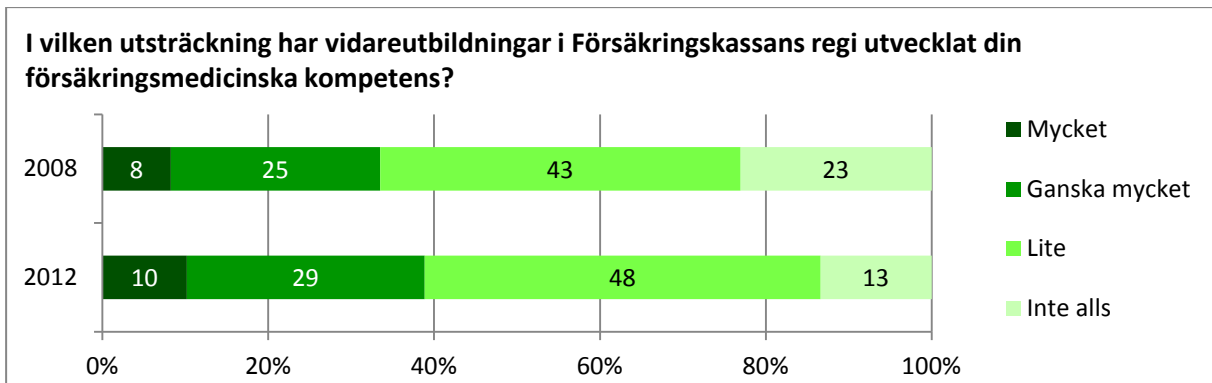
Betydelsen av den formella utbildningen för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden betonades av en något mindre andel år 2012 jämfört med 2008 (Tabell 35). Framför allt gällde detta betydelsen av ST-utbildning, där skillnaden mellan åren med avseende de som ansåg att ST-utbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till sådan kompetensutveckling var tio procentenheter. En något mindre andel angav 2012, jämfört med 2008, att vidareutbildningar i Försäkringskassans regi bidragit mycket eller ganska mycket till deras försäkringsmedicinska kompetens. Andelen som svarade att det ej var aktuellt att vidareutbildningar i Försäkringskassans eller landstingets regi bidragit till att utveckla deras kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden var betydligt större år 2012 (40 respektive 49 %), jämfört med 2008 (25 respektive 22 %).

Tabell 35. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

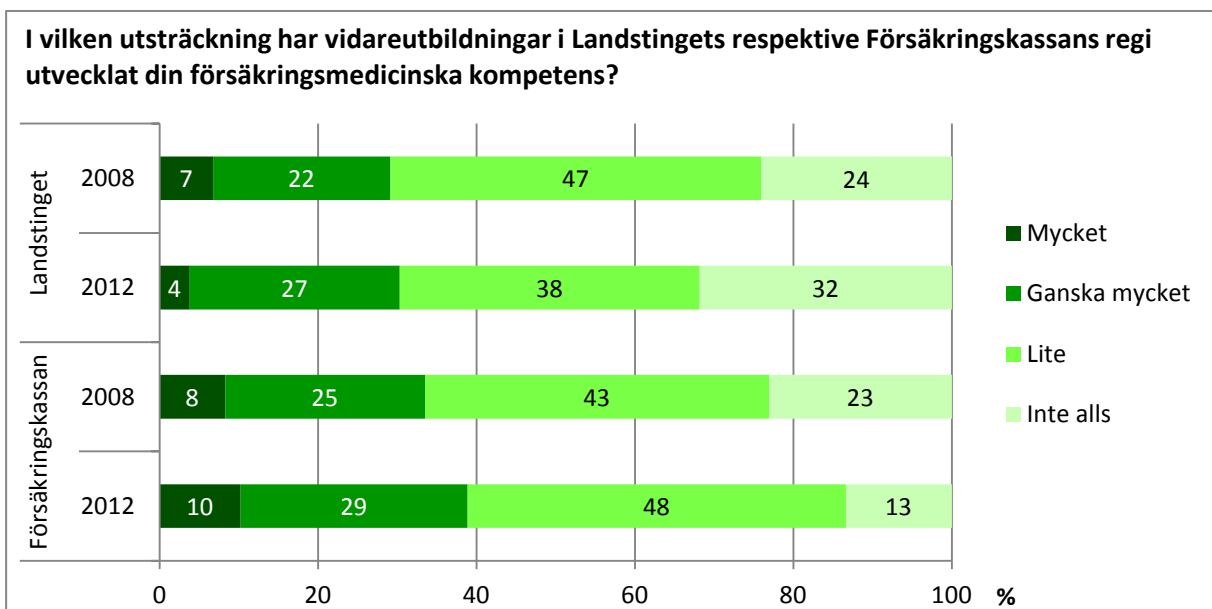
I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	År	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	2008	5	13	36	46	- ¹
	2012 ²	4 (5)	12 (13)	36 (40)	38 (43)	10
AT-utbildning	2008	8	24	42	20	8
	2012	5	19	45	22	8
ST-utbildning	2008	12	27	30	16	15
	2012	8	21	36	19	15
Utbildning i Försäkringskassans regi	2008	6	19	33	17	25
	2012	6	17	29	8	40
Vidareutbildning i landstingets regi	2008	5	17	37	19	22
	2012	2	14	19	16	49

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

I Figur 70 visas fördelningen av svaren på frågan om utbildning i Försäkringskassans regi när de som svarat "Ej aktuellt" har exkluderats. Andelen som angav att detta hade bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling inom försäkringsmedicin var större 2012, jämfört med 2008, och andelen som angav att sådan utbildning inte alls hade bidragit var klart mindre.



Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. (De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.)



Behov av fördjupad kompetens

En stor andel läkare uppgav ett behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom flera områden, såväl 2008 som 2012 (Tabell 36). Generellt var andelen som angav mycket eller ganska stort behov av ökad kompetens mindre år 2012 jämfört med 2008. Störst var skillnaden i andelen läkare som hade behov av ökad kompetens i att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning; denna var 18 procentenheter mindre år 2012 jämfört med 2008. Andelen läkare som angav mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att utforma optimala handlingsplaner var 14 procentenheter mindre år 2012. Även vad gäller kunskap om att bedöma patienters arbetsförmåga samt funktionsförmåga var andelen som ansåg sig ha mycket eller ganska stort behov av ökad sådan kompetens mindre (elva procentenheter) 2012 jämfört med 2008. Det var ungefär lika stor andel både 2008 och 2012 som ville ha fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg (23 respektive 22 %).

Tabell 36. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden.		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	2008	18	41	34	7
	2012	7	34	44	16
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	2008	21	40	28	10
	2012	12	38	34	16
Vilka krav som ställs i olika yrken	2008	19	39	33	9
	2012	10	39	37	14
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	2008	15	38	35	11
	2012	8	34	39	18
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	2008	10	21	45	23
	2012	5	16	46	34
Utforma optimala handlingsplaner	2008	9	36	37	18
	2012	5	26	43	27
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	2008	4	23	44	29
	2012	3	16	44	37
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	2008	2	21	49	28
	2012	2	20	46	32

År 2012 angav en mindre andel läkare mycket eller ganska stort behov av fördjupad kunskap om regelsystemet kring sjukförsäkringen (10 procentenheter), jämfört med 2008 (Tabell 37). Även andelen som uttryckte behov av mer kunskap om privata försäkringar och tilläggförsäkringar var mindre år 2012 än 2008. Båda åren svarade mer än hälften av läkarna att de hade behov av mer kunskap om andra ersättningsformer inom socialförsäkringen, till exempel rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden.		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	2008	13	36	37	14
	2012	7	32	37	24
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	2008	17	40	31	11
	2012	13	42	27	19
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	2008	11	32	36	21
	2012	11	25	39	25

Mönstret att en mindre andel läkare hade ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens år 2012 jämfört med 2008 visar sig även vad gäller olika aktörers möjligheter och skyldigheter (Tabell 38). År 2008 var det mellan 50 och 60 procent som uttryckte mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens om sina egna eller andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, år 2012 var dessa andelar mindre än hälften, skillnaderna var mellan 12 och 14 procentenheter. Skillnaderna mellan åren i andel som hade behov av fördjupad kompetens i vilka möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik var 9 procentenheter.

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

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden.		Mycket stort	Ganska Stort	Litet	Inget
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	2008	12	38	38	12
	2012	10	27	46	17
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	13	46	30	11
	2012	8	37	37	18
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	15	45	27	13
	2012	11	36	34	18
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	2008	14	43	31	12
	2012	11	34	37	18
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	2008	14	36	34	16
	2012	9	32	38	21

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

I Tabell 39 visas andelen läkare som angav att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor hade stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Den största skillnaden mellan åren var att en större andel år 2012 angav att de satte stort värde på kurser i försäkringsmedicin (42 % 2012, 35 % 2008). Ytterligare faktorer som, av en större andel läkare år 2012 jämfört med 2008, ansågs ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning var konferenser och seminarier (23 respektive 17 %) och information via Internet (30 respektive 24 %). Andelen läkare som svarade att ett forum för reflektion inte är av något värde för hög kvalitet var större år 2012 (39 %) än år 2008 (26 %).

Tabell 39. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	50	16
	2012	37	48	15
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	17	58	24
	2012	14	64	22
Information via Internet	2008	24	55	21
	2012	30	54	16
Kurser i försäkringsmedicin	2008	35	46	19
	2012	42	42	16
Kurser i konflikthantering	2008	13	41	46
	2012	13	45	43
Konferenser, seminarier	2008	17	55	27
	2012	23	50	27
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	2008	24	50	26
	2012	20	41	39

En något större andel (46 %) svarade år 2012 att ett gemensamt verktyg eller en mall för arbetsförmågebedömning var av stort värde, jämfört med 43 procent år 2008 (Tabell 40). Båda åren svarade mer än varannan läkare (52 %) att bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet har stort värde för att hålla hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning. En mindre andel av läkarna ansåg år 2012 att uppföljande statistik om hur läkaren och enheten sjukskrivit under senaste året hade stort värde, jämfört med 2008. Omkring en femtedel av läkarna menade att möjligheten att erhålla bättre ersättning är av stort värde för hög kvalitet, andelen var 19 procent år 2008 och 21 procent år 2012.

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

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	2008	28	42	30
	2012	21	43	36
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	24	44	32
	2012	19	44	37
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	52	35	12
	2012	52	36	11
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	43	39	18
	2012	46	39	15
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	19	34	47
	2012	21	35	45

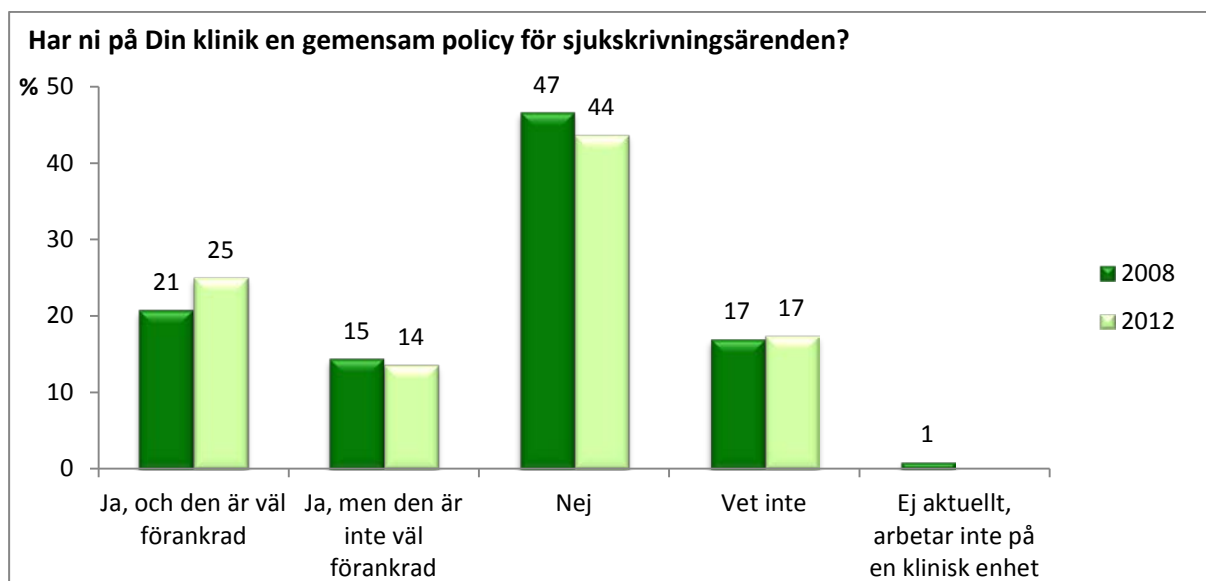
Andra aspekter relaterat till detta område presenteras i avsnitten Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 89) och Samverkan och kontakter (sidan 94).

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

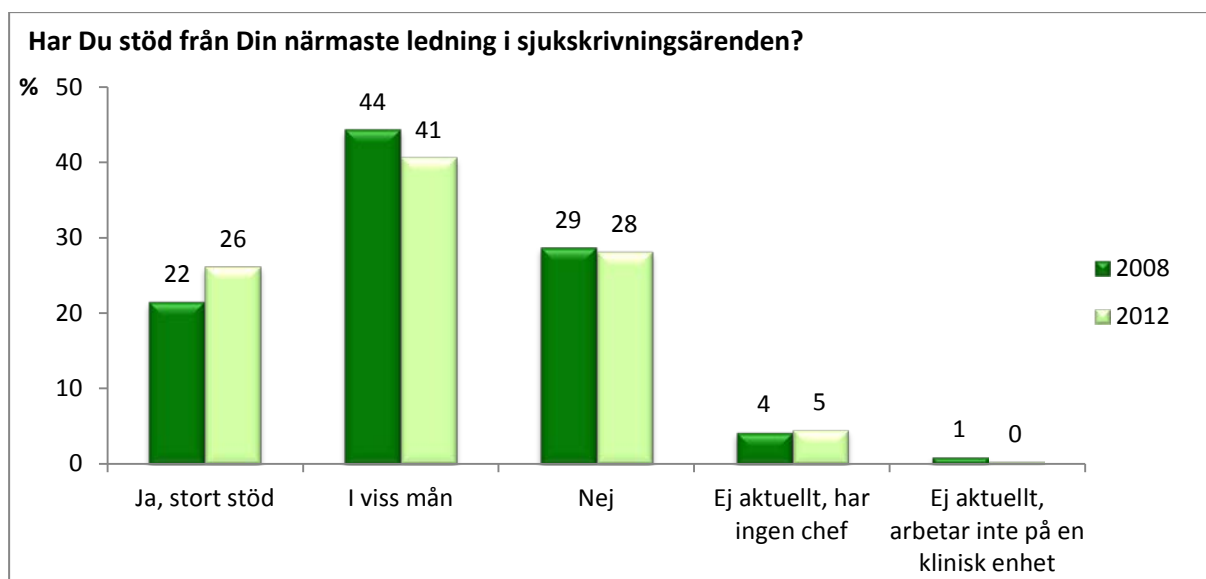
Det var inga större skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren. År 2012 uppgav en något större andel att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på den egna kliniken (Figur 71), medan andelen läkare som inte visste om det fanns en policy var lika stor som år 2008. Andelen som uppgav att en sådan policy inte fanns var relativt stor de båda åren, men något mindre år 2012 än 2008; 44 procent respektive 47 procent.



Figur 71. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Även andelen som upplevde stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren (Figur 72). År 2012 var andelen som svarade att de har stort stöd fyra procentenheter större än år 2008, medan andelen som svarade att de hade visst stöd var tre procentenheter mindre. Båda åren var det ungefär tre av tio sjukskrivande läkare som inte hade stöd från sin närmaste chef i sjukskrivningsärenden.



Figur 72. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.

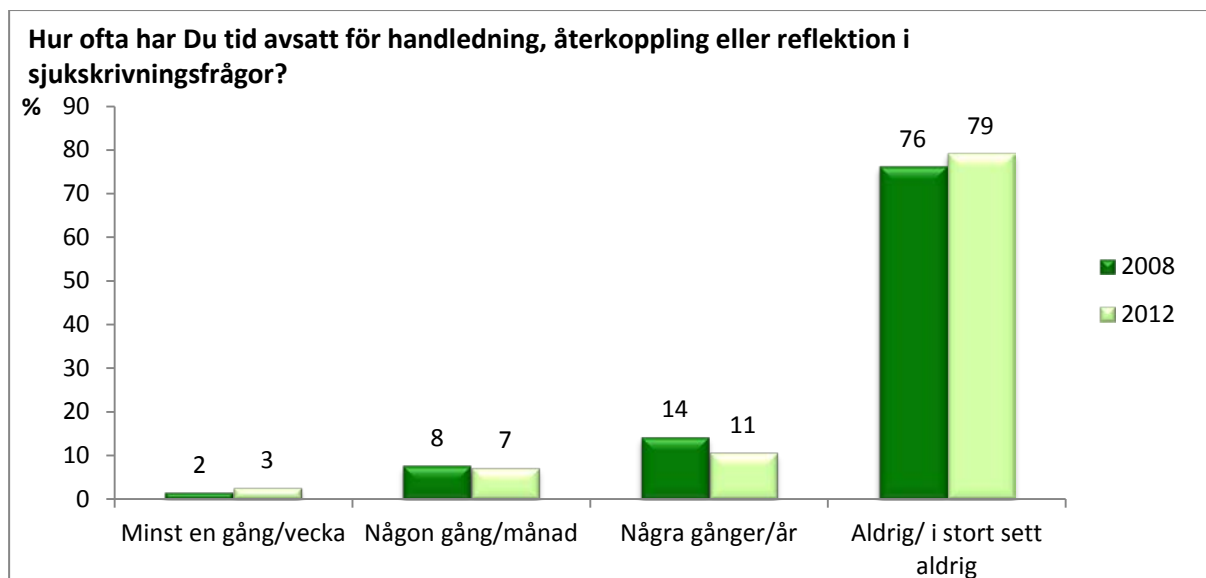
Tid till arbete med sjukskrivning

Ungefär var fjärde läkare hade år 2012 daglig tidsbrist när det gäller patientrelaterad tid och kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden, andelarna var dock mindre jämfört med 2008. (Tabell 41). En mindre andel läkare svarade år 2012 att de hade daglig tidsbrist för tid med patienter (19 %) jämfört med 2008 (25 %). Tjugoen procent svarade år 2012 att de aldrig har tidsbrist gällande kompetensutveckling, handledning eller reflektion, vilket var 8 procentenheter större än motsvarande andel år 2008. För alla dessa tre frågor var det båda åren närmare hälften eller mer än hälften av de sjukskrivande läkarna som svarade att de upplever tidsbrist minst någon gång per vecka.

Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	25	34	18	10	14
	2012	19	31	19	14	16
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	32	31	17	11	10
	2012	25	30	19	15	11
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	34	23	16	14	13
	2012	27	21	20	12	21

Närmare 80 procent, det vill säga fyra av fem läkare, hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, varken 2008 eller 2012 (Figur 73). Endast två respektive tre procent angav att de hade tid avsatt minst en gång i veckan.



Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.

Sammanfattning om skillnader mellan 2008 och 2012

Det var en mindre andel läkare som sjukskrev minst sex gånger per vecka år 2012 jämfört med 2008. I stora drag var det samma problem som framkom både 2008 och 2012, även om det generellt var en något mindre andel som upplevde problemen år 2012. Att bedöma patienters arbetsförmåga och att göra en långsiktig prognos för patienters arbetsförmåga upplevdes fortsättningsvis vara mycket eller ganska problematiskt av en majoritet av läkarna.

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

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

Behovet av kompetensutveckling angavs av en mindre andel 2012 jämfört med 2008. Trots det angav år 2012 runt hälften av läkarna ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att bedöma arbetsförmåga och om vilka krav som ställs i olika yrken, kring andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet, och kring andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning. De interventioner som genomförts kan ha bidragit till en större tydlighet i ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna. En större andel av läkarna angav år 2012, jämfört med 2008 att handledning, kurser i försäkringsmedicin och ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort värde för hög kvalitet i arbetet 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 [135]. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget område. Frågeformulären år 2008 och 2012 var mycket omfattande, 163 frågor, vilket kan ha påverkat svarsfrekvenserna. Många läkare har kontaktat oss och berättat att de har fått ett stort antal andra enkäter att besvara under denna enkäts insamlingsperiod, vilket minskat deras beredvillighet att svara. Svarsfrekvensen på 58 procent, vilket är något lägre jämfört med 2008 (61 %), får sålunda betecknas som förhållandevis god.

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

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

En ytterligare metodaspekt är skillnaderna i urval mellan de två åren. Den åldersmässiga skillnaden i vilka som inkluderats de olika åren (ingen åldersgräns 2008, <68 år 2012) innebär att i jämförelser mellan åren måste de personer som var äldre än 68 år exkluderas. För 2008 års enkät fann vi att svarsmönstret för dem som var över 65 år inte skilde sig nämnvärt från det från dem under 65 år [109]. Den andra skillnaden i urval är att specialistutbildade läkare inom kliniska verksamheter med låg andel sjukskrivande läkare inte togs med 2012.

År 2012 hade färre läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, vilket kan relateras till den generella minskningen i sjukfrånvaro, särskilt av långa sjukfrånvarofall, i Sverige sedan 2003 [136].

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 [136] och trots de stora satsningar som gjorts inom området. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som

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

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

Att en mindre andel läkare år 2012 angav behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens inom specifika områden skulle kunna ses som ett resultat av de olika utbildningsinsatser som gjorts. Samtidigt uttrycker den absoluta majoriteten läkare även år 2012 behov av ökad kompetens inom området. Även detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 37 procent svarat att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden kan till exempel tyda på detta.

Resultaten för de två åren vad gäller svar 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 [137].

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 Västernorrland uppdelat på	18
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	26
Tabell 4. Antal sjukskrivande läkare, andel (%) kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp och andel i varje utbildningsnivå, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler respektive övriga läkare.	30
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	36
Tabell 6 Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	37
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	38
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	39
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	40
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	41
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	44
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	45
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	51
Tabell 14. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	53
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	65
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningarna hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	67

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens inom de åtta nedan listade områdena, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	68
Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	69
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de har av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	69
Tabell 20. Andel (%) läkare som angav att de sju nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	70
Tabell 21. Andel (%) läkare som angav att de fem nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	71
Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	75
Tabell 23. Antal läkare som ingår i jämförelsen, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, för samtliga samt uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	80
Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	82
Tabell 25. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	84
Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	85
Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008 respektive 2012.	86
Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	86
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	87
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angett att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008 respektive 2012.	88
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2008 respektive 2012.	89
Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.	90
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetar med/remitterar till andra aktörer, 2008 respektive 2012.	93
Tabell 34. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	94
Tabell 35. 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.	100

Tabell 36. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.....	102
Tabell 37. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.....	102
Tabell 38. Andel (%) läkare som angivit respektive svarsalternativ på frågorna om fördjupad kompetens inom olika områden, år 2008 respektive 2012.....	103
Tabell 39. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	104
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	104
Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.....	106

Figurförteckning

Figur 1. En översiktsbild för illustration av de tre olika avsnitten i rapporten; röd, blå respektive grön.	22
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Västernorrland, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.	27
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män samt för samtliga.....	27
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	28
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	31
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	31
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	32
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	32
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	33
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	33
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.....	34
Figur 12. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	35
Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	35

Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de skriver andra intyg, t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	38
Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket eller ganska problematisk, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. De läkare som svarade "Ej aktuellt" är här exkluderade.	40
Figur 16. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, i stor, ganska stor, liten alternativt ingen utsträckning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	42
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	42
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	46
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	47
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	47
Figur 21. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	48
Figur 22. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	49
Figur 23. Andel (%) läkare som uppgav att de hade mycket stort, ganska stort, litet respektive inget behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	49
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	50
Figur 25. Andel (%) läkare som angav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 37 procent som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)	52
Figur 26. 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 läkare på vårdcentraler och övriga läkare.	54
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	55
Figur 28. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga De 22 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.	56

Figur 29. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga	56
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De 25 % som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i denna figur.)	57
Figur 31. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på läkare på vårdcentralsläkare och övriga läkare samt för samtliga.	58
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om eventuella problem med elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	59
Figur 33. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur ofta elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan används, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	60
Figur 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de använder sig av "Fråga-svar-funktionen", uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	60
Figur 35. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg innebär ökad eller minskad åtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	61
Figur 36. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" innebär ökad eller minskad tidsåtgång, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	61
Figur 37. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	62
Figur 38. Andel (%) läkare som upplevde att användning av "Fråga-svar-funktionen" underlättar eller försvårar, alternativt varken eller, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	63
Figur 39. Andel (%) läkare som upplevde att användning av elektronisk överföring av läkarintyg påverkar läkarintygets kvalitet till det bättre eller sämre, alternativt ingen skillnad, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	63
Figur 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	64
Figur 41. Andel (%) läkare med endast läkarexamen samt legitimerade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	65
Figur 42. Andel (%) läkare med pågående specialistutbildning som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	66
Figur 43. Andel (%) specialistutbildade läkare som angav respektive svarsalternativ på frågorna om i vilken utsträckning de olika utbildningsstegen hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.	66
Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	73

Figur 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	74
Figur 46. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.....	75
Figur 47. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur problematiskt det är att hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga. (De läkare som svarade ”ej aktuellt” har exkluderats.)	76
Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de enligt egen utsago har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	76
Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring förekommer på deras enhet när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, uppdelat på läkare på vårdcentraler och övriga läkare samt för samtliga.	77
Figur 50. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.	81
Figur 51. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.	81
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008 respektive 2012.....	81
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 respektive 2012.	82
Figur 54. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008 respektive 2012.....	83
Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008 respektive 2012.....	84
Figur 56. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor, ganska stor, liten, alternativt ingen utsträckning, år 2012.	87
Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte alls, år 2008.	88
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, 2008 respektive 2012.....	90
Figur 59. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, Försäkringskassan respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen, år 2008 respektive 2012.....	91
Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur stort behov de hade av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008 respektive 2012. .	92
Figur 61. 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.....	92
Figur 62. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.	95

Figur 63. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	95
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur lätt eller svårt de tyckte det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan år 2008 respektive 2012. (De läkare som svarade ”Ej aktuellt” har här exkluderats; 2008: 20 %, 2012: 25 %)	96
Figur 65. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	96
Figur 66. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008 respektive 2012.	97
Figur 67. 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.)	97
Figur 68. Andel (%) läkare som inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2008 och 2012.	98
Figur 69. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008 respektive år 2012.....	99
Figur 70. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om i vilken utsträckning vidareutbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012. (De som svarade ”Ej aktuellt” är exkluderade.).....	101
Figur 71. 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.	105
Figur 72. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008 respektive 2012.....	106
Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2008 respektive 2012.	107

Referenser

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

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

46. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
47. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
48. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
49. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
50. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
51. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
52. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
53. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993. Försäkringskassan i Robertsfors, 1993.
54. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
55. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):152-5.
56. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
57. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
58. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos, 2010.
59. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
60. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
61. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
62. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
63. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
64. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2004 166/1.
65. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
66. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(2):121-6.
67. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan, 2010.
68. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
69. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan, 2012.

70. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
71. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
72. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
73. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
74. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidsskrift*. 2009;6:518-28.
75. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
76. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
77. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
78. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
79. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
80. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
81. Abbott A. *The system of professions*. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
82. Becher T. Professional education in a comparative context. In: Torstendahl R, Burrage M, editors. *The formation of professions*. London: Sage Publications; 1990. p. 134-50.
83. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
84. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
85. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
86. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
87. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
88. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
89. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
90. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
91. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm: 1999.
92. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.

93. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
94. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
95. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):104-9.
96. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*. 2002;24(16):867-74.
97. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *BMJ*. 2004;328(feb):461-2.
98. Aylward M, Waddell G, editors. Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.
99. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
100. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):192-9.
101. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
102. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap, 2006.
103. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273. *BMC Public Health*. 2007;7:273.
104. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(3):398-408.
105. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
106. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
107. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
108. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health*. 2010;10:61.
109. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
110. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.

111. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
112. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
113. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet, 2013.
114. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
115. 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.
116. 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.
117. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
118. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan, 2006 49.
119. 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.
120. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005 47.
121. 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.
122. 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).
123. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(4):227-33.
124. Skánér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open*. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
125. 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.
126. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational Medicine*. 2012;63:23-9.
127. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for

- longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Public Health*. 2013;13(478).
128. 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.
129. 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.
130. Gustavsson C, Kjeldgård L, Bränström R, Lindholm C, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Problems experienced by gynecologist/obstetricians in sickness certification consultations. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. 2013.
131. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen, 2008.
132. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(1):22-8.
133. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.
134. 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:
135. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
136. OECD. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. 2010.
137. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, 2007.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-981256-6-5