

Läkares arbete med sjukskrivning

- enkät till alla läkare i Sverige 2008
- utveckling sedan 2004
i Östergötland och Stockholm

Rapport 2009

Kristina Alexanderson

Britt Arrelöv

Anna Ekmer

Jan Hagberg

Christina Lindholm

Anna Löfgren

Gunnar Nilsson

Ylva Skånér

Elsy Söderberg

Elin Södersten

**Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapporten kan laddas ner, alternativt beställas, från www.ki.se/im
där den ligger under Publikationer > Nedladdningsbara publikationer.
Reviderad upplaga 2009-09-04

Eller beställ från:

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm
Fax: 08-524 832 05

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	3
Bakgrund	5
Sjukskrivning; en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården	5
Läkaren – en av många aktörer i arbetet med sjukskrivning	5
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	6
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	7
Läkares kompetens i arbetet med sjukskrivning	7
Läkares olika professionella roller	8
Läkares problem i arbetet med sjukskrivning	8
Mer kunskap behövs om läkares arbete med sjukskrivningar	9
Interventioner senaste åren för att påverka läkares arbete med sjukskrivning	9
Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie år 2004	10
Om rapportens upplägg	11
Syfte	12
Material och metod	12
2004 års enkät	12
2008 års enkät	13
Datainsamling	14
Svarsfrekvens	14
Dataanalys	15
2008 års enkät	15
Jämförelse mellan 2004 och 2008	16
Möjlighet till generalisering	17
Resultat	20
1. Yrkesverksamma läkare i Sverige	23
Bakgrundsfaktorer per landsting och typ av klinik/mottagning	23
Andel som har sjukskrivningsärenden per landsting och typ av klinik/mottagning	27
2. Läkares arbete med sjukskrivning	31
Ålders- och könsfördelning per landsting	32
Ålders- och könsfördelning per typ av klinik/mottagning	33
Utbildningsnivå	34
Antal år på arbetsplatsen	37
Frekvens av sjukskrivning	37
Arbetet med sjukskrivning; frekvens av olika situationer	41
Problem i arbetet med sjukskrivningar	42
Frekvens av problem per typ av klinik/mottagning	42
Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och problem med dem	43
Frekvens av problem med sjukskrivningsärenden per landsting	45
Sjukskrivningsproblem per typ av klinik/mottagning	46
Allvarlighetsgrad av specifika problem	46
Intyg, journaler och arbetsteam	49
Tid för handledning/reflektion	50
Kort om problematik i sjukskrivningsarbetet	50
Landstingets satsning på att förbättra kvalitén i sjukskrivningsprocessen	51

Gemensam sjukskrivningspolicy och stöd från ledningen.....	53
En gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden	53
Sjukskrivningspolicy och några andra faktorer	56
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning	61
Kort om policy och ledning	66
Sjukskrivning som arbetsmiljöproblem	67
Per utbildningsnivå	67
Per landsting	68
Per typ av klinik/mottagning	69
Oro, hot och konflikter	70
Kort om sjukskrivning som arbetsmiljöproblem	71
Orsaker till längre sjukskrivning än vad som vore nödvändigt	72
Tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.....	73
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	74
Hur många använder beslutsstödet?.....	74
Svårigheter i att använda beslutsstödet	77
Beslutsstödet betydelse för läkarnas kompetens	82
Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra	84
Beslutsstödet värde för kvalitet i sjukskrivningsarbetet	87
Användande av beslutsstödet; samband med policy i sjukskrivningsarbetet	88
Användande av beslutsstödet; samband med sjukskrivningsärenden och problem	89
Kort om beslutsstödet	90
Samarbete och samverkan med andra i sjukskrivningsprocessen	91
Tillgång till annan vårdpersonal.....	91
Samverkan och kontakter.....	92
Kontakter med Försäkringskassan.....	93
Per landsting	93
Per typ av klinik/mottagning	94
Hur nöjd med kontakter med Försäkringskassan	95
Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan	96
Läkares önskemål kring framtida kontakter med Försäkringskassan	100
Kort om samverkan.....	101
Kompetens i sjukskrivningsfrågor.....	102
Sjukskrivningsfrågor i den formella utbildningen	102
Vardagslärande i sjukskrivningsfrågor	103
Övrig kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor	104
Fördjupad kompetens i sjukskrivningsfrågor	105
Kort om kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor	107
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	108
Värdet av kontakter med andra.....	108
Värdet av fortbildningsaktiviteter.....	109
Övriga faktorer av värde för hög kvalitet.....	110
Kort om kvalitet i sjukskrivningsarbetet	110

3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett 4-års perspektiv i Stockholms och Östergötlands läns landsting.....113

Bakgrundsfaktorer.....	115
Ledning och styrning.....	116
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	116
Stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden	117
Kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden	118
Utbildning och kontakter för kompetensutveckling	118
Behov av fördjupad kompetens inom sjukskrivning.....	120
Önskemål om former för framtida kompetensutveckling	121
Samverkan med Försäkringskassan	123
Frekvens.....	123
Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan	125

Frekvens av sjukskrivningsärenden 2004 och 2008.....	128
Frekvens av problem i sjukskrivningsärenden.....	130
Samband mellan antal sjukskrivningsärenden och problem med dessa	130
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	132
Att bedöma funktions- och arbetsförmåga	132
Att förlänga sjukintyg skrivet av kollega	134
Att hantera rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig	136
Oro, hot och konflikter	138
Längre sjukskrivning än nödvändigt pga väntetider	139
Kort om skillnader mellan 2004-2008.....	139
Slutkommentar.....	140
Referenser	142

Bilagorna, enkäten år 2004 respektive år 2008, inkluderas inte i denna version.

De kan hämtas på www.ki.se/im

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat från en enkät om sjukskrivning, som skickades till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige hösten 2008 (22 498 svarade, vilket utgör 61 %). Resultaten jämförs även med de från en motsvarande enkät i Stockholms och Östergötlands län år 2004.

Två tredjedelar av läkarna under 65 år i Sverige arbetar i någon omfattning med sjukskrivning; följande resultat gäller för dessa läkare. Av dem hade 84 procent sjukskrivningsärenden varje vecka.

- De läkare som har flest sjukskrivningsärenden finns inom ortopedi, företagshälsovård, smärtmottagning och onkologi.
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har fått ett stort genomslag. Drygt hälften av läkarna använder det, bl.a. underlättar det i kontakten med patienter och Försäkringskassan.
- Endast en femtedel arbetar på en klinik/mottagning som har en väl förankrad policy för sjukskrivningsfrågor och en tredjedel känner inte stöd från sin närmaste chef kring handläggning av sjukskrivningsärenden.
- Läkarna vill ha en kontaktperson på Försäkringskassan som de snabbt kan nå vid behov. Detta var ett mycket vanligt önskemål både 2004 och 2008.
- En tredjedel ansåg att landstingets satsning på att förbättra sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning var tillräcklig.
- Flertalet vill fördjupa sin kompetens i försäkringsmedicinska frågor, särskilt om bedömningar av arbetsförmåga samt egna och andra aktörers möjligheter och skyldigheter.
- Sjukskrivning upplevs som en problematisk arbetsuppgift, speciellt vad gäller bedömning av arbetsförmåga. Många önskar ett gemensamt verktyg för detta.
- Var tionde sjukskrev då och då längre än nödvändigt pga väntetider, brist på återbesökstider eller adekvat behandling.

Majoriteten av läkarna i Sverige träffade patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Sjukskrivning är således en mycket vanlig arbetsuppgift bland läkare och en vanlig ordination i svensk sjukvård. De flesta interventioner för att förbättra kvalitén i hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsarbete har riktats mot vårdcentralsläkare. Studien visar dock att andelen läkare som ofta har sjukskrivningsärenden är högre i flera andra verksamheter, t.ex. ortopedi och onkologi. Andelen med många sjukskrivningsärenden per vecka var lägre år 2008 än 2004.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som infördes 2007 och 2008, användes av drygt hälften av läkarna. Icke-specialistkompetenta läkare använde det i högre grad än specialistkompetenta och inom vårdcentraler och företagshälsovård användes det betydligt oftare än inom andra verksamheter. Var femte läkare angav att de hade mycket eller ganska mycket problem med att följa beslutsstödet principer och rekommendationer. Drygt 30 procent rapporterade ett stort behov av att lära sig mer om att använda beslutsstödet. Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för mer än hälften av läkarna som använde det. För en tredjedel underlättades också kontakterna med annan vårdpersonal, Försäkringskassan och patientens arbetsgivare. Beslutsstödet förefaller således initialt ha fått ett bra genomslag och det finns ett tydligt behov av fortsatta implementeringsinsatser.

Gemensam policy för sjukskrivning: Endast var tredje läkare arbetade på en enhet som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, och var femte uppgav att denna policy var väl förankrad. Jämförelsen med 2004 tyder inte på att det skett någon större förändring. Endast en femtedel av läkarna uppgav att de hade stort stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor. Majoriteten ansåg att det egna landstinget inte satsade tillräckligt på att förbättra sjukskrivningshandläggningen. Ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet är uppenbarligen ett område som kräver fortsatta insatser för att utvecklas, speciellt på verksamhetsledningsnivå.

Sjukskrivningsarbetet upplevs som problematiskt: Endast en av tio angav att de aldrig hade problem med sjukskrivningskonsultationer medan sju procent ansåg det vara mycket problematiskt. Drygt en tredjedel av läkarna svarade att de varje vecka hade någon typ av problem i sitt arbete med sjukskrivning och hälften såg det som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem. Andelen med problem har minskat något sedan 2004. Att bedöma patienters arbetsförmåga tyckte över hälften av läkarna var mycket eller ganska problematiskt, och den andelen hade ökat något jämfört med för fyra år sedan. Andra uppgifter som många tyckte var problematiska var att göra prognoser för framtida arbetsförmåga, att bedöma sjukskrivningstid och -grad samt att handlägga förlängningar av sjukskrivningar som andra läkare påbörjat. Jämfört med 2004 var andelen som uppgav att det var problematiskt att hantera meningsskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning lägre. Längre sjukskrivning än motiverat skedde ibland, oftast pga. väntetider till utredning och behandling, brist på återbesökstider eller adekvat behandling, att patienten inte följde rekommendationerna etc. Här fanns en viss minskning sedan 2004. Majoriteten av läkarna hade inte tillgång till socionom, psykolog eller motsvarande kompetenser i sin verksamhet.

Kontakterna med Försäkringskassan: Över hälften av läkarna var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan. Det fanns dock olika svårigheter, framförallt att inte kunna komma fram på telefon, att kontakterna tar för mycket tid och att patientens handläggare ofta byts ut. Det starkaste önskemålet inför framtiden, nu såväl som 2004, var att få en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kan nås vid behov. Endast ett fåtal angav problem med skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutstödet. Överlag angav majoriteten att de ansåg att kontakter med Försäkringskassan var viktigt vad gäller olika aspekter av arbetet med sjukskrivning. Det finns alltså ett behov av att utveckla former för att hantera dessa frågor.

Kompetensutveckling: Majoriteten av läkarna önskade utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor. Exempel på sådana områden är: att bedöma funktions- och arbetsförmåga, känna till vilka krav som ställs i olika yrken, avgöra optimal längd och grad av sjukskrivning, veta vilka olika ersättningsformer som finns inom socialförsäkringen, samt egna och andra aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsprocessen. Man önskade få detta via kolleger, annan vårdpersonal, Försäkringskassan samt via kurser i försäkringsmedicin. En tredjedel önskade handledning i hantering av sjukskrivningsärenden. Många önskade en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning samt bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

Slutsatser är att sjukskrivningsarbetet innebär olika svårigheter för läkare - stöd och kompetensutveckling behövs för detta och majoriteten av läkarna efterfrågar detta. De önskar också mer kontakter med Försäkringskassan och i ett tidigare skede i processen. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av handläggning av patienters sjukskrivning behöver förstärkas, inte minst på verksamhetsnivå. Beslutstödet har fungerat bra men behöver utvecklas.

Inledning

Sjukfrånvaro är ett folkhälsoproblem med konsekvenser för den sjukskrivne och dennes familj, för arbetsplatsen, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaron och om dess konsekvenser är synnerligen begränsat (1-5).

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen både som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig som utfärdar intyg till bl.a. Försäkringskassan. Trots detta är kunskapen om deras arbete med sjukskrivning mycket bristfällig (1).

År 2004 genomförde vi en omfattande enkätstudie om läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms och Östergötlands läns landsting. Resultaten var bitvis oväntade och har legat till grund för interventioner inom de deltagande landstingen men även i andra delar av landet.

Betydande insatser för att utveckla läkares arbete med sjukskrivning har därefter genomförts, på lokal såväl som nationell nivå. En anledning till att göra en ny enkätundersökning 2008 var att följa upp de interventioner som skett efter 2004 och en annan att få en bredare kunskap om läkares sjukskrivningspraxis i hela landet. Finansiering för projektet har erhållits av Socialdepartementet och Försäkringskassan. Alla yrkesverksamma läkare i Sverige, oavsett ålder, har fått ett omfattande frågeformulär om sitt arbete med sjukskrivningar. *Syftet* är att få fördjupad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning som underlag för åtgärder, nationellt och lokalt.

Projektledare är Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI) i Stockholm. Arbetet med detta projekt påbörjades hösten 2007. Den tvärvetenskapliga och mångprofessionella projektgruppen har bestått av följande personer:

- Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Britt Arrelöv, med dr, specialist i allmänmedicin, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Produktionssamordning, LSF, Stockholms läns landsting
- Anna Ekmer, fil mag folkhälsovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Jan Hagberg, fil dr, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Jenny Kärrholm, med dr, Stockholms läns landsting och Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Christina Lindholm, med dr, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Anna Löfgren, doktorand, med mag folkhälsovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Gunnar Nilsson, professor i allmänmedicin, programdirektor för läkarprogrammet, Centrum för allmänmedicin, Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI
- Ylva Skånér, med dr, specialist i allmänmedicin, Centrum för allmänmedicin, Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI
- Elsy Söderberg-Holberg, med dr, adj lektor Linköpings Universitet och Försäkringskassan
- Elin Södersten, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI

Till projektet har en referensgrupp varit knuten med representanter från centrala aktörer. I referensgruppen har följande personer ingått: Siwert Gårdestig, Försäkringskassan; Eva Nilsson Bågenholm, Svenska Läkarförbundet; Renée Vickhoff, Svenska Läkaresällskapet; Anna Östbom, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Måns Rosén från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Bo Lindblom från Socialstyrelsen. Dessutom har ett stort antal forskare och kliniker generöst bidragit med synpunkter på enkäten.

Kristina Alexanderson
Projektledare

Christina Lindholm
Biträdande projektledare

Projektgruppen riktar ett varmt tack
till referensgrupp, forskare och intressenter
för värdefulla synpunkter och framför allt
ett stort tack till alla läkare som
bidragit med sina svar!

Bakgrund

Sjukskrivning är ett komplext fenomen med stora konsekvenser på såväl individnivå som samhällsnivå och ses ofta som ett folkhälsoproblem (1, 6, 7). Vetenskapligt baserad kunskap ur olika perspektiv behövs för att kunna vidtaga adekvata åtgärder (1).

Olika aktörer har betydelse för sjukfrånvaron i ett län eller landsting; individer, arbetsgivare, hälso- och sjukvård, företagshälsovård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Socialtjänst liksom andra faktorer såsom ekonomi, arbetsmarknadssituation, demografi etc (1). Här fokuseras en av dessa aktörer: hälso- och sjukvården, och närmare bestämt en yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården, nämligen läkare. I Sverige är läkare, tillsammans med tandläkare, den enda yrkesgrupp som har rätt att skriva medicinska underlag, s.k. läkarintyg, vilka används som underlag av arbetsgivare, Försäkringskassa och försäkringsbolag för att fatta beslut om en persons rätt till sjuklön eller sjukpenning.

Många åtgärder har vidtagits för att påverka läkares sjukskrivningspraxis. För att få kunskap om dessa och underlag för kommande åtgärder behövs kunskap om detta även ur läkares perspektiv, om läkares erfarenheter, önskemål och problem.

Sjukskrivning; en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning är en mycket vanlig ordination inom hälso- och sjukvården i Sverige. Socialstyrelsen har konstaterat (8-12) att arbetet med sjukskrivningar, som en av hälso- och sjukvårdens möjliga åtgärder att vidta i samband med vård och behandling av en patient, ska kvalitetssäkras och bedömas utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder. Aktuella aspekter av läkares arbete med sjukskrivningsprocessen blir då bland annat hur detta arbete leds och styrs samt hur kompetensutveckling och kunskapsgenerering sker (2, 13, 14).

Läkaren – en av många aktörer i arbetet med sjukskrivning

När en person behöver vara sjukskriven är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv, kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara involverade. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal. Exempelvis reglerar Lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381) sjukförsäkringen och villkoren för att en person ska kunna beviljas sjukpenning. Arbetsgivarens ansvar regleras bl.a. av Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) t.ex. för att anpassa arbetet och vidta rehabiliteringsåtgärder. Bl.a. i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) regleras hälso- och sjukvårdens arbete, t.ex. i samband med behandling, rehabilitering och sjukskrivning. Andra lagar och föreskrifter som är aktuella för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsärenden är Sekretesslagen (1980:100), Patientjournalagen (1985:562), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m., Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:16) om sjukskrivning, socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (15) samt i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) (9, 16). Läkares uppgifter finns även reglerade i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531).

Läkares arbete med sjukskrivning utgör en central del i sjukskrivningsprocessen – för alla sjukskrivningsfall som överstiger sju dagar behövs ett intyg från en läkare, och i vissa fall

redan tidigare i processen. Läkares arbete med detta styrs, som framgår av föregående stycke, av många olika lagar och förordningar, och ska som all annan vård och behandling grundas i vetenskap och beprövad erfarenhet. Tillika ska hälso- och sjukvården tillhandahålla god vård på lika villkor (HSL 1982:763). Tidigare studier har visat att detta inte sker på ett tillfredställande sätt när det gäller sjukskrivning – vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivning saknas och det har varit en stor variation i när, hur länge och till vilken grad olika läkare har rekommenderat patienter, med liknande problemsituation, sjukfrånvaro (1, 2).

Vetenskapligt baserad kunskap om detta är av stor betydelse som grund för eventuella åtgärder.

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 (1). Hittills har de allra flesta varit av tvärsnittskaraktär (1) men även några interventionsstudier har publicerats (1, 17).

Data om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via intervjuer, enkäter (vanliga enkäter, men även enkäter med patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder – ofta kallade case vignettes), audits, inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden eller från Försäkringskassans akter, data från olika register om hur läkare sjukskrivit, t.ex. Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register (1).

Det perspektiv en studie utgår från har betydelse för resultaten. De perspektiv som tagits, alternativt kan tas, i studier om läkares sjukskrivningspraxis är framförallt (1):

- *Samhällets perspektiv*, t.ex. vad gäller hur samt hur länge läkare sjukskriver (7, 14, 18-31).
- *Försäkringskassans perspektiv*, t.ex. genom att studera kvaliteten i de intyg som skrivs, hur snabbt vissa processer initieras, såsom remisser eller behandlingar, eller hur anställda inom Försäkringskassan ser på läkares sjukskrivningspraxis (19, 32-40).
- *Arbetsgivares perspektiv* respektive *Arbetsförmedlingens perspektiv*; hur arbetsgivare och kollegor uppfattar läkares sjukskrivningspraxis (36, 41).
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta (42-51).
- *Hälso- och sjukvårdens chefers perspektiv*; hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på läkares arbete med sjukskrivning och på ledning och styrning av detta (52).
- *Medarbetares perspektiv*; hur läkares arbete med sjukskrivning påverkar och påverkas av andra läkare och paramedicinska professioner inom sjukvården (2, 36).
- *Andra aktörers perspektiv*, t.ex. socialtjänstens perspektiv.
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, t.ex. hur läkare inom företagshälsovården eller primärvården ser på andra läkares praxis (2, 17, 36, 53, 54).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden (2, 17, 36, 53-61).

I detta sammanhang används ofta ordet sjukskrivningspraxis, där praxis används i betydelsen ”handlingsmönster i professionell praktik”. Såväl som bas för interventioner för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, som för utvärderingar av sådana, anser vi att det är synnerligen viktigt att även ta del av läkares synpunkter och erfarenheter. I detta projekt har vi därför valt det sistnämnda alternativet, dvs. *vi utgår från läkares perspektiv och syn på sitt arbete med sjukskrivningar*. Det handlar om hur de ser på dessa arbetsuppgifter och förutsättningarna för att genomföra dem på ett optimalt sätt. Vilka problem de upplever i arbetet, vilket stöd de har i detta komplexa arbete, hur de ser på samarbetet med övriga aktörer som är involverade i sjukskrivning och hur deras kompetensutveckling ser ut inom området.

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

En person som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan till minst 25 procent kan ha rätt att vara sjukskriven. För att ha rätt till sjukpenning ska två kriterier vara uppfyllda; sjukdom eller skada ska föreligga och denna sjukdom eller skada ska ha lett till nedsatt arbetsförmåga (SFS 1962:381) (62). De första sju dagarna kan personen själv intyga att han eller hon är arbetsoförmögen p.g.a. sjukdom. När ett sjukfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett s.k. läkarintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som ett underlag för Försäkringskassans beslut om sjukpenning. Om patienten redan är sjukskriven kan fortsatt sådan behöva diskuteras. Detta innebär att läkare har en central roll i de flesta sjukskrivningsfall (1, 17).

I konsultationer kring sjukskrivning har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju (1, 2, 15, 63):

1. Att ta ställning till om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställda tillstånd föreligger enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom/skada medför nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens funktionsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt på hela den reguljära arbetsmarknaden(64).
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt en plan för vad som ska ske under sjukskrivningen, t.ex. utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer föreligger samt i så fall samverka med dessa på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär som underlag för Försäkringskassans och andra aktörers beslut om ersättning.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Läkares kompetens i arbetet med sjukskrivning

Mot bakgrund av de sju specificerade uppgifter som läkare har i samband med handläggning av sjukskrivningsärenden, kan läkares kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt (65, 66). De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är t ex. att veta hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll och kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. De färdigheter som

krävs, utöver de medicinska, är t ex kommunikationsfärdigheter, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande, beslutsfattande. De förhållningssätt som krävs är t.ex. att ha ett vetenskapligt och etiskt professionellt förhållningssätt.

Det är alltså en bred kompetens som behövs, vad avser kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. På samma sätt är frågan om hur läkare utvecklar de färdigheter de behöver för att kunna göra sina bedömningar av funktionsförmåga, arbetsförmåga, sjukskrivningars grad och längd, patienters behov av rehabilitering etc. ett eftersatt forskningsområde. Slutligen saknas kunskap om vilken betydelse läkares sjukskrivningspraxis har för återgång i arbete, jämfört med andra faktorer och aktörer.

Läkares kompetensutveckling i försäkringsmedicin är inte vetenskapligt studerad speciellt mycket, men det finns studier som tyder på att läkares utbildning och erfarenhet i yrket eventuellt kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt (22, 67). Resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, ca 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, ca 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin, dock av mycket begränsad omfattning, särskilt med hänsyn tagen till hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för den enskilde (9, 68-70, 71, 72, 73). För vidare- och efterutbildning har olika kurser arrangerats av t.ex. Försäkringskassan, ofta omfattande en eller några få dagar.

Lärandet i försäkringsmedicin tycks hittills framförallt, som för många andra kompetenser inom läkaryrket, ske i form av så kallad rollinläring, dvs. man lär sig av hur (mer erfarna) kolleger gör, genom lärlingskap alternativt genom ”trial and error” snarare än genom akademiskt förankrad undervisning (74). En ofta uttryckt kritik är att sjukskrivningspraxis inte är baserad på ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och inte uppfyller Hälso- och sjukvårdens portalparagraf om ”God vård på lika villkor” (74).

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha fyra olika roller: patientens behandlande läkare, grindvakt (”gate keeper”), medicinskt sakkunnig samt myndighetsutövare (2). När det gäller sjukskrivning är det främst rollen som patientens behandlare och som medicinskt sakkunnig som är aktuella, medan grindvaktsfunktionen och myndighetsutövandet primärt ligger på andra aktörer, främst Försäkringskassan. 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 ska läkaren ge en noggrann beskrivning av patientens diagnos, funktionsförmåga och bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan. Läkare uppger ibland att de har svårt att hantera dessa båda roller som ibland upplevs som motstridiga (2, 54, 75) och kan då välja olika strategier för att hantera dem.

Läkares problem i arbetet med sjukskrivning

I SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) systematiska litteraturgenomgång av studier om läkares sjukskrivningspraxis framkom att det fanns viss vetenskaplig evidens endast för två aspekter; nämligen att läkare ansåg att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt och att de medicinska underlagen (läkarintyg) ofta hade en undermålig kvalitet i förhållande till vad de skulle användas till (1). Även senare studier har visat att arbetet med sjukskrivning upplevdes som problematiskt, till och med i så stor utsträckning att det upplevdes som ett arbetsmiljöproblem (53, 54).

Läkarens arbete med sjukskrivning kan vara problematiskt både vid själva bedömningen av funktions- och arbetsförmågan och vid tolkning av gällande försäkringsregler (75, 76). I en tidigare enkätstudie där läkare fick beskriva svårigheter i sjukskrivningspraxis framträdde två slags problemsituationer: försäkringsrelaterade frågor i form av bedömning av arbetsförmåga, sjukskrivningars längd etc. och svårighet att ställa en diagnos (61). Båda dessa problemsituationer är viktiga för läkarens arbete med medicinska utlåtanden och framträder även i andra studier som de två största svårigheterna vid sjukskrivningshanteringen (77). Att arbetsförmågebedömning är problematiskt har även framkommit i andra studier (78-80), liksom att läkare upplever bristande färdigheter i konflikthantering (79).

I några studier har informationsinnehållet i läkarintygen kartlagts. Samtliga studier har visat att intygen har betydande brister i kvalitet utifrån vad de ska användas till, det vill säga, bedömningar i andra organisationer om rätt till ersättning (19, 81). Tidigare studier har också visat att det finns stora skillnader i sjukskrivningspraxis mellan enskilda läkare och mellan olika grupper läkare, t ex mellan ortopedier, psykiatriker och allmänläkare (81, 82). Detta kan ses som ett kompetensproblem, men även ha andra orsaker.

Mer kunskap behövs om läkarens arbete med sjukskrivningar

Trots att sjukskrivning är en frekvent läkaruppgift och hur denna uppgift hanteras får stora konsekvenser för individer, arbetsplatser och samhället i stort och kan generera stora kostnader, finns det fortfarande mycket få studier som beskriver läkarens praxis i samband med sjukskrivning, förutsättningarna att i praktiken genomföra uppgiften eller läkarens syn på behov av kompetensutveckling i samband med denna praxis (1). Få studier har handlat om betydelsen av ledning, styrning och stöd i sjukskrivningsprocessen. Oklarheter i denna styrning och avsaknad av policy har tidigare visats (52, 53).

Interventioner senaste åren för att påverka läkarens arbete med sjukskrivning

Läkaren har en central roll i handläggningen av patienters sjukskrivning och många interventioner för att påverka sjukskrivningspraxis har genomförts i Sverige såväl som i andra länder. Olika strategier har använts för att påverka läkarens kompetens när det gäller konsultationer som inkluderar sjukskrivningsaspekter (1, 17, 83).

Många interventioner har genomförts inom landstingen de senaste åren för att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Regeringen har, via den så kallade miljardsatsningen, gett ekonomiskt stöd, under åren 2006-2009, till samtliga landsting för att de ska förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, bl a för att stärka ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan i sjukskrivningsprocessen samt kvinnors hälsa (13). Den prioriteringen utgick bland annat från resultaten i 2004 års studie av läkarens arbete med sjukskrivning (74) och Socialstyrelsens tillsyn av detta arbete (8-11). Under samma period har interventioner, för att på olika sätt förbättra arbetet med sjukskrivning och rehabilitering, genomförts förutom i landstingets regi av andra aktörer verksamma i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En central del i miljardsatsningen var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i respektive landsting/region.

Ytterligare en intervention som genomförts är införandet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som innehåller generella rekommendationer och specifika rekommendationer för sjukskrivning vid ett antal olika diagnoser. Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick 2005 i uppdrag av den dåvarande regeringen att öka ”försäkringsmässigheten” i sjukförsäkringen och öka enhetligheten när det gäller längden på sjukskrivningarna vid olika sjukdomstillstånd. De skulle tillsammans utforma en mer enhetlig

och rättssäker sjukskrivningsprocess som också kunde kvalitetssäkras på ett bättre sätt än tidigare. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av två delar: Övergripande principer som vägledning i arbetet med sjukskrivning, vilket finns publicerat i tryckt form (15) och det diagnosspecifika beslutsstödet som är tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida. Beslutsstödet infördes successivt över hela landet från hösten 2007 till maj 2008. I miljardsatsningen ingick ett uppdrag att implementera användandet av de försäkringsmedicinska beslutsstöden i den kliniska verksamheten. Landstingen och Försäkringskassan har i samband med detta genomfört betydande utbildnings- och informationsinsatser.

Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie år 2004

Bristen på studier om läkares arbete med sjukskrivning föranledde arbetet med en stor enkätstudie som år 2004 genomfördes i Stockholms och Östergötlands läns landsting (80, 84-86). Detta var den då största studien i världen kring läkares sjukskrivningspraxis. Den undersökningen visade bland annat att handläggning av sjukskrivning var en vanligt förekommande uppgift bland många grupper av läkare. Tidigare antogs att det i första hand var läkare vid vårdcentralerna som hade flest sjukskrivningsärenden per person. I studien framkom att läkare inom ortopedi, onkologi, rehabiliteringsmedicin och företagshälsövård hade fler sådana konsultationer per vecka än vårdcentralsläkarna (74). Den grupp läkare som uppgav flest problem var dock vårdcentralsläkare.

Ett annat fynd var att många läkare upplevde problem i arbetet med sjukskrivning och att många inte upplevde sig ha stöd från sin ledning i arbetet. Det som framför allt var problematiskt var att bedöma patienters arbetsförmåga och många önskade en gemensam mall för detta. Andra problem var att hantera konflikter med patienter kring sjukskrivning och att handlägga förlängningar av andra läkares intyg. Resultaten från enkäten har använts som bas för interventioner i dessa två landsting liksom på nationell nivå.

Enkätstudien 2004 gav ny kunskap men gav även upphov till nya frågor. Det visade sig behövas mer detaljerad kunskap om läkare inom olika kliniska verksamheter, samt en breddad kunskap där skillnader mellan olika geografiska områden kan studeras för lokalt anpassade interventioner. I samband med att stora interventioner genomförts de senaste åren finns dessutom ett behov av att utvärdera dessa interventioner.

Fortsatta studier av dessa resultat pågår. Samtidigt innebar det att data från denna enkät kunde användas som baslinjedata för uppföljning av interventioner som genomförts efter 2004.

Om rapportens upplägg

I denna rapport presenteras resultaten på samtliga enkätfrågor från enkäten 2008 och 2004. Att presentationen är detaljerad med samtliga svar på enkäten bygger på tidigare uttalade behov av och nytta av detta från hur resultat presenterades från 2004 års enkät.

I den enkätstudie vi genomförde 2004 redovisades svaren på samtliga frågor, då detta efterfrågades från landsting och försäkringskassor i de två landstingen (74). Vi har ofta fått höra att man har haft stor nytta av detta i det praktiska arbetet och att man önskar det även denna gång. Detsamma gäller svaren på de frågor som förekom i såväl enkäten 2004 och 2008 och som används för jämförelse om huruvida några förändringar skett. Vissa svar presenteras även uppdelat på landsting eller klinik/mottagning alternativt relateras till andra frågor. Speciellt har då följande frågor fokuserats: det försäkringsmedicinska beslutsstödet, stöd från närmaste chef samt förekomst av en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsfrågor på kliniken/mottagningen.

Detta innebär att rapporten blir omfattande men förhoppningsvis också mer användbar än vad skulle ha varit fallet om vi skulle valt ut ett mindre antal frågor.

Liksom studien 2004 besvarar denna studie vissa frågor men väcker samtidigt ännu fler och många resultat behöver problematiseras ur olika perspektiv. Det finns anledning att göra ett flertal fördjupningsstudier, på såväl landstingsnivå som kliniknivå av resultaten. Detta projekt, med svar på en mycket omfattande enkät från 22 000 läkare, 61 procent av alla läkare i hela Sverige, är helt unikt, i Sverige såväl som internationellt. Det finns ingen tidigare studie med denna typ av heltäckande resultat. Deltagandet tyder på ett stort intresse för dessa frågor och de berör läkarkåren mycket.

I ett datamaterial av den storlek detta projekt handlar om blir flertalet skillnader mellan olika grupper starkt statistiskt signifikanta, även om skillnaden ibland bara är på en halv procent. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans'. Det är snarare anmärkningsvärt med de fall där det inte finns en signifikant skillnad. Vi har därför valt att inte belasta rapporten med information om detta, utan nämner sådana siffror bara när det är mer relevant. Detta är också anledningen till att vi i denna rapport i stor utsträckning valt att presentera resultaten i figurform snarare än i tabellform, för att det ska vara lättare att se skillnader. Vi har gett tabellerna och figurerna i de tre olika delarna har olika färger, röd, blå respektive grön.

Svaren är presenterade temavis snarare än i den ordning frågorna förekom i enkäten. Sammanfattande kommentarer har lagts in i resultatavsnittet, för att underlätta läsbarheten.

Syfte

Syftet med projektet är att få fördjupad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning, för att få underlag för interventioner.

Bland annat söks kunskap om

- vilka läkare som har konsultationer där sjukskrivning är aktuellt och frekvens av detta i olika verksamheter och landsting
- vilken typ av problem läkare upplever i detta arbete och hur ofta de förekommer,
- faktorer som påverkar sjukskrivningsarbetet
- vad läkare önskar ökad kompetens om, hur man tidigare fått detta och former för framtida kompetensutveckling inom området
- hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet används
- kontakter med Försäkringskassan
- förändringar i dessa faktorer mellan år 2004 och 2008 i Stockholms och Östergötlands läns landsting.

I detta projekt utgår vi från läkares perspektiv, det vill säga, deras syn på och upplevelser av arbetet med sjukskrivning, snarare än andra aktörers syn på detta.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från en enkätstudie år 2008 riktad till alla yrkesverksamma läkare i Sverige. För att få en bild av förändringar över tid presenteras även resultat från jämförelse med data från en enkätstudie som genomfördes år 2004 i Stockholms och Östergötlands läns landsting (74). Eftersom 2008 års enkät till stor del är baserad på 2004 års enkät beskrivs denna först kortfattat.

2004 års enkät

År 2004 inkluderades sammanlagt 7 665 läkare under 65 år i en enkätstudie. Av dessa var 6 794 från Stockholms län och 871 läkare från Östergötlands län (74, 80, 85-89). Dessa utgjorde då ca 22 procent av alla läkare under 65 år i Sverige.

Urvalet i Östergötland gjordes genom Pharma Marketing AB:s adressdatabas (nu Cegedim Sweden AB). I detta urval ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som är aktuella för sjukskrivning. Urvalet i Stockholms län utgjordes av alla läkare yngre än 65 år i Stockholm som var medlemmar i Svenska läkarförbundet. Ca 95 % av läkarna i Sverige var då medlemmar i läkarförbundet.

Ursprungsfrågorna i enkäten 2004 togs fram utifrån intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter (1, 54). Frågorna prövades i två referensgrupper, gentemot ett flertal forskare, kollegor och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (74).

Svarsfrekvensen var 71 procent, något högre för kvinnor (74 %) än för män (68 %). Av samtliga 5 455 läkare som svarade var det 4 018 (74 %) som hade sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år medan 26 procent aldrig eller i stort sett aldrig hade sjukskrivningsärenden. Mer information finns i rapporten från det projektet (74).

2008 års enkät

Undersökningen 2008 var en totalundersökning av yrkesverksamma läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen var yrkesverksamma i Sverige. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Cegedim AB (nu Cegedim Sweden AB), som upprätthåller en adressdatabas över alla läkare i Sverige. Registret förs bland annat på uppdrag av Apoteket. Cegedim AB förvaltar Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) och har information om år för läkarexamen, legitimation, specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

Utveckling av frågeformuläret

En enkät, baserad på enkäten från 2004 (74), utvecklades. Frågorna från 2004 reviderades varsamt baserat på resultaten från enkäten. Dessa frågor kompletterades med frågor för att fånga eventuella effekter av interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade vara viktiga att specificera eller som framkommit i nya studier på området eller i samarbete med olika experter. När det gällde de frågor som använts 2004 var målet att göra så små ändringar som möjligt, för att kunna jämföra svaren mellan åren i de två län som då ingick i undersökningen. Några mindre ändringar i frågorna och svarsalternativen gjordes utifrån gjorda analyser av resultaten, utifrån de öppna svar som lämnades i samband med den tidigare enkäten (omkring 1 000 öppna svar (80)) och studier som tillkommit efter studien 2004.

Frågeområden som finns i både 2004 och 2008 års enkät:

- demografi, utbildningsnivå och inriktning, kliniktillhörighet, ledningens stöd respektive policy för arbetet med sjukskrivning
- faktorer som påverkar arbetet med sjukskrivningar
- problem i arbetet med sjukskrivning; frekvens, typ av problem och svårighetsgrad
- samverkan med Försäkringskassan; hur ofta, problem, önskemål om framtida kontakter
- kompetensfrågor för arbetet med sjukskrivning: nuvarande kompetens i sjukskrivningsarbetet, behov av kompetensutveckling och önskemål om former för detta

Enkätundersökningen 2008 var en totalundersökning av alla yrkesverksamma läkare i Sverige vilket innebär större möjlighet att kunna besvara mer specifika frågeställningar. Nya frågor behövdes även för att kunna följa upp de interventioner som genomförts. Frågeformuläret 2008 innehöll ovanstående frågeområden kompletterade med flera frågor för ytterligare specificering inom varje frågeområde, bland annat för att kunna följa effekter av miljardsatsningen. Enkäten kompletterades dessutom med tolv frågor om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Antalet frågor ökades från 83 år 2004 till 153 vilket innebär en viss ökad risk för bortfall. Bedömningen var dock att kompletteringarna behövdes för att kunna få svar på frågor om interventionernas betydelse och få den fördjupade kunskap som 2004 års resultat visades sakna. En referensgrupp och andra intressenter, praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt forskare från Sverige och andra länder har gett synpunkter på frågeformuläret. Frågorna prövades i flera omgångar och slutligen även i en pilotstudie augusti 2008. Pilotstudiens enkät skickades till ett slumpmässigt urval av 100 personer ur Cegedim Sweden AB:s register. Svarsfrekvensen var 62 procent. Smärre förändringar gjordes till den slutliga enkäten. Fullständiga frågeformulär från 2004 redovisas i bilaga 1 och från 2008 i bilaga 2.

Datainsamling

För att kunna genomföra enkätstudien med största möjliga anonymitet fick Statistiska centralbyrån uppdraget att administrera datainsamlingen och inskanningen av svaren, inklusive administration av pilotstudien. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt hos SCB, som sedan lämnade över avidentifierade data till projektgruppen.

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor, samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter, användes data om kön, ålder, år för läkarexamen och legitimation samt typ av specialistutbildning från Cegedims register, där informationen i stor utsträckning kommer från Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

För denna studie användes hemadress, förutom för det fåtal personer där sådan inte fanns tillgänglig. För dessa läkare användes arbetsplatsens adress. Hemadress valdes för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger. Statistiska Centralbyrån tog fram aktuella adressuppgifter, personer som inte hade en adress i Sverige inkluderades inte. Enkäten skickades ut i oktober 2008, samma månad som 2004 års enkät gick ut, följt av tre skriftliga påminnelser till dem som inte svarat.

Projektet granskades av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm som inte fann några hinder för genomförandet.

Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 37 725 läkare år 2008. Det framkom att 678 av dessa inte uppfyllde inklusionskriteriet att vara yrkesverksam läkare i Sverige, och antalet läkare i studiepopulationen var således 37 047 personer.

Svarsfrekvensen år 2008 var 61 procent, år 2004 71 procent. Till skillnad från år 2004 inkluderades 2008 alla yrkesverksamma läkare oavsett ålder. Som ofta är fallet var svarsfrekvensen högre bland kvinnor än bland män och bland äldre än bland yngre (tabell 1a).

Tabell 1a. Svarsfrekvensen (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens
Samtliga	37 047	22 498	60,7
Kvinnor	15 979	10 118	63,3
Män	21 052	12 375	58,8
24-44 år	14 502	8 389	57,8
45-64 år	19 993	12 205	61,0
65 + år	2 552	1 904	74,6

SCB har med hjälp av postnummer gjort bortfallsanalys per boendelän. Svarsfrekvensen varierade från 58 till 70 procent mellan landstingen (tabell 1b). Den är dock tillräckligt hög för alla landsting för att kunna användas för analyser på landstingsnivå.

Tabell 1b. Svartsfrekvens (%) uppdelat på landsting

Länsnummer, efter länsindelning (SCB)	Landsting	Svartsfrekvens	Antal svarande
	Hela landet	60,7	22 498
01	Stockholm	58,7	6 013
03	Uppsala	61,5	1 196
04	Sörmland	59,7	448
05	Östergötland	64,7	1 080
06	Jönköping	63,8	636
07	Kronoberg	63,2	350
08	Kalmar	59,0	424
09	Gotland	70,4	133
10	Blekinge	57,9	264
12	Skåne	59,6	3 132
13	Halland	61,2	644
14	Västra Götaland	62,2	3 665
17	Värmland	58,7	492
18	Örebro	61,0	637
19	Västmanland	62,4	435
20	Dalarna	68,2	575
21	Gävleborg	62,1	476
22	Västernorrland	61,9	447
23	Jämtland	67,4	293
24	Västerbotten	57,5	746
25	Norrbottn	60,1	412

I enkäten fanns en fråga om i vilket landsting/region den svarande hade sin huvudsakliga arbetsplats, här kallat arbetslän. För dem som inte besvarat denna fråga i enkäten och alltså inte angett inom vilket landsting de huvudsakligen arbetar, har deras postnummer använts för bestämning av arbetslän.

Internbortfall, dvs. bortfall av svar för en specifik fråga, förekommer på samtliga frågor. De redovisas inte för varje fråga i rapporten. Internbortfallet per fråga är i medeltal 5,4 procent.

Dataanalys

Projektgruppen erhöll aidentifierade data (dvs. utan personnummer, namn, adress) och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder. Resultat redovisas dels för hela landet och dels i en jämförelse mellan 2004 och 2008 vad avser Stockholms och Östergötlands läns landsting.

2008 års enkät

Huvudsakligen redovisas svaren på nationell nivå. En del svar redovisas även fördelat på landstingen, uppdelat på olika typer av kliniska verksamheter, uppdelat för olika åldersgrupper, för män och kvinnor och/eller högsta utbildningsnivå.

I enkäten finns en fråga om i vilket landsting/region den svarandes huvudsakliga arbetsplats fanns. Denna fråga är basen för den uppdelning på landsting som redovisas. För dem som inte besvarat enkätfrågan om vilket landsting de arbetar i har postnumret dit enkäten skickats, dvs hemadressen, använts för landstingstillhörighet.

Korrelationsanalyser med Kendalls tau-b har genomförts för att undersöka eventuella samband mellan att det finns en policy på arbetsplatsen respektive om läkarna upplever stöd från den närmaste ledningen och övriga variabler. Korrelationsanalyser gjordes även för samband mellan frågan om beslutsstödet underlättar kontakten med patienten och frågor om patientkontakt (diskussion respektive konflikt). Korrelationsanalyserna kan inte avgöra orsakssamband, dvs vilken riktning sambandet har mellan två frågor (variabler).

En fråga om kontakten med Försäkringskassan har justerats beroende på hur läkaren har svarat på andra frågor om denna kontakt. De läkare som svarade att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan på första frågan och även besvarat ett eller flera alternativ om vilka svårigheter de upplevde har i analyserna betraktats som att de 'upplever svårigheter' på den första frågan.

Det fanns i enkäten frågor om huruvida beslutstödet underlättar kontakten med fyra angivna aktörer. Dessa frågor följdes av en fråga om läkaren inte använder beslutstödet. De läkare som på denna sista fråga uppgav att de inte använder beslutstödet beräknas som bortfall på de fyra första frågorna om kontakten med andra aktörer.

Jämförelse mellan 2004 och 2008

Jämförelser mellan åren 2004 och 2008 har gjorts för läkare yngre än 65 år som arbetade i Stockholms och Östergötlands läns landsting. Ca 80 frågor fanns i båda enkäterna, se sidan 13 för frågeområden de berörde. Några av frågorna från 2004 omformulerades något i enkäten 2008 vilket innebär att viss bearbetning har genomförts för att resultaten ska kunna jämföras. För jämförelserna har svaren i de frågorna hanterats på följande sätt:

- På frågorna om det finns en gemensam policy på Din klinik/mottagning och om Du har stöd från Din närmaste ledning angående handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008, nämligen: "Vet inte" och "Ej aktuellt". De läkare som valt "Ej aktuellt" har behandlats som bortfall i jämförelserna mellan åren.

- Följande fråga i 2004 års enkät delades 2008 upp i två frågor "Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?" där den ena endast handlade om kognitiv beteendeterapi. Vid analyserna lades svaren från dessa frågor samman på följande sätt: Om minst en av frågorna besvarats med svarsalternativ "dagligen" valdes "dagligen". Om ingen av frågorna besvarats med det svarsalternativet användes samma procedur för de övriga svarsalternativen "någon gång/vecka", "någon gång/månad", några gånger/år", "aldrig/i stort sett aldrig" i den ordningen.

- På frågan i enkäten 2008 om vilka svårigheter Du upplever i Dina kontakter med Försäkringskassan slogs påståendena "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" och "Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" samman för att jämföras med det påstående 2004 som innehöll båda dessa aktörer. För påståendena fanns endast en ruta som kunde markeras och om den markerats för något av påståendena 2008 så betraktades det som likvärdigt med markerad ruta 2004.

- Skalan på svarsalternativen till frågorna *Hur ofta i Ditt kliniska arbete...* ändrades från 2004 till 2008. De två första svarsalternativen ändrades från "fler än 20 ggr/vecka" och "6-20

ggr/vecka” år 2004 till *”fler än 10 ggr/vecka*” och *”6-10 ggr/vecka*” år 2008. Vid jämförelserna slogs båda alternativen ihop för vardera året till *”fler än 5 ggr/vecka*”.

- Till frågan *”När det gäller Dina framtida kontakter med Försäkringskassan, hur viktiga är nedanstående alternativ*” fanns år 2008 ett första alternativ *”kommer inte att ha kontakter med FK*”. Detta ledde till att bortfallet på frågans olika alternativ 2008 var betydligt större än 2004. Troligtvis har en större andel svarat *”Inte alls viktigt*” år 2004 än vad de skulle ha gjort om 2008 års alternativ hade funnits även då. Att jämföra dessa frågor mellan åren var därför mycket komplicerat. När svaren jämfördes rakt av blev det en övervärdering av *”mycket*” och *”ganska mycket*” för år 2008. Ett alternativ var att lägga ihop de som svarat *”inte alls viktigt*” med bortfallet vilket istället leder till en undervärdering av *”mycket*” och *”ganska mycket*” för år 2008. Ett tredje alternativ, som redovisas i denna reviderade utgåva, utgår från dem som både svarat att de inte kommer att ha några kontakter och värderat framtida kontakter med Försäkringskassan. Dessa svar har använts som grund för en viktning av svaren på delfrågorna om kontakten med Försäkringskassan vid jämförelsen med 2004.

- På tre frågor om kompetensutveckling fanns år 2008 svarsalternativet *”Ej aktuellt*”. Frågorna var *”I vilken utsträckning har följande hjälpt dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?”*: *”Eget sökande efter kunskap*”, *”Kontakter med läkarkolleger och/eller annan personal inom vården*” och *”Kontakter med patienter*”. De läkare som valt *”Ej aktuellt*” har behandlats som bortfall i jämförelserna mellan åren.

I jämförelsen mellan 2004 och 2008 har Chi2-test använts för att kontrollera om det finns skillnader mellan åren på frågor. Även ett andelstest har använts för att se om det finns signifikanta skillnader mellan åren.

Möjlighet till generalisering

En central fråga är i vilken utsträckning jämförelsen mellan svaren för 2004 och för 2008 i Stockholms och Östergötlands läns landsting kan generaliseras till övriga landet. Det vill säga, kan liknande förändringar tänkas ha skett även i andra områden i Sverige? Alla sådana generaliseringar är osäkra. Hur stor denna osäkerhet är beror bl.a. på hur stora skillnaderna och likheterna var mellan Stockholms och Östergötlands län och hela Sverige.

För att jämföra Stockholm/Östergötland mot övriga Sverige jämfördes följande variabler; ålder, kön, högsta utbildningsnivå, kliniktilhörighet (vårdcentral/husläkare kontra icke vårdcentral/husläkare), hur ofta läkare möter patienter som är aktuella för sjukskrivning/sjukskrivna, hur ofta läkaren upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska samt hur problematiskt läkaren tyckte att det är i allmänhet att handlägga patienters sjukskrivning (tabell 2).

Eftersom Stockholm/Östergötland är en delmängd av hela Sverige uppstår det statistiska beroenden vid test av eventuella skillnader mellan de två populationerna. Vi korrigerar för beroendet genom att addera kovarianserna till variansskattningarna vilket leder till högre p-värden och bredare konfidensintervall, d v s osäkerheten ökar. I Tabell 2 anges både korrigerade och okorrigerade värden. Konfidensintervall vars vänstra ändpunkt är negativ och vars högra ändpunkt är positiv ska tolkas som att det inte föreligger någon signifikant skillnad mellan hela Sverige och Stockholm/Östergötland.

Av de tio faktorer som jämfördes var det endast andelen kvinnor som skilde sig signifikant vid korrigerad beroendet. Andelen kvinnor i hela Sverige var 47,5 procent och 52,2 procent i Stockholm/Östergötland. Om vi inte tar hänsyn till beroendet så blir det även en signifikant skillnad avseende andelen läkare som har sitt huvudsakliga arbete vid vårdcentral.

Om de nio faktorerna summeras för Stockholm/Östergötland respektive hela Sverige så föreligger ingen signifikant skillnad mellan summorna, vilket talar för att man kan generalisera resultat från Stockholm/Östergötland till hela Sverige.

Det fanns inte någon skillnad mellan kvinnor och män i hur frågorna besvarats och könsfaktorn har därför inte beaktats i detta sammanhang. En fördjupad analys är nödvändig för att säkert påstå att resultaten är generaliserbara för alla typer av analyser. För frekvenser och bivariata samband, som i denna rapport, tycks dock resultaten från Stockholm/Östergötland kunna generaliseras till hela Sverige.

Tabell 2. Jämförelse mellan dem som svarat på enkäten år 2008 för hela landet och för Stockholms och Östergötlands läns landsting.

Faktorer	Hela Sverige %	Stockholm/Östergötland %	P-värde för skillnaden (Korrigerat för beroende)	99 % konfidensintervall för skillnaden (Korrigerat för beroende)
Kvinnor	47,5	52,2	0,000 (0,000)	-0,070 ; -0,023 (-0,074 ; -0,019)
20-44 år	43,4	44,2	0,384 (0,468)	-0,031 ; 0,015 (-0,035 ; 0,020)
Specialistutbildade	70,2	69,5	0,365 (0,450)	-0,014 ; 0,029 (-0,019 ; 0,033)
Vårdcentral	28,8	26,5	0,003 (0,015)	0,003 ; 0,044 (-0,001 ; 0,048)
Problematiska sjukskrivningsärenden minst 1 gång/vecka	34,3	32,3	0,019 (0,051)	-0,002 ; 0,042 (-0,006 ; 0,046)
Problematiska sjukskrivningsärenden mer än 5 ggr/vecka	5,4	5,7	0,472 (0,550)	-0,014 ; 0,008 (-0,016 ; 0,010)
Mycket/lite problematiskt att handlägga patienters sjukskrivningsärenden	39,8	37,3	0,006 (0,022)	-0,002 ; 0,047 (-0,030 ; 0,052)
Stöd från närmaste ledning	63,0	62,0	0,265 (0,353)	-0,013 ; 0,033 (-0,018 ; 0,037)
Gemensam sjukskrivningspolicy på arbetsplatsen	34,1	32,3	0,033 (0,075)	-0,004 ; 0,040 (-0,008 ; 0,044)
Sjukskrivningsärenden mer än 5 ggr/vecka	40,3	40,7	0,644 (0,700)	-0,027 ; 0,019 (-0,031 ; 0,023)

I denna rapport presenteras resultaten på samtliga enkätfrågor. Vissa svar presenteras uppdelat på landsting eller klinik/mottagning. Resultaten ger en bild av sjukskrivningssituationen men kräver fördjupningsstudier på såväl landstingsnivå som klinisknivå. Flera resultat behöver problematiseras för att kunna besvara bakomliggande orsaker till resultaten.

Resultat

Presentationen av resultaten är indelad i följande tre avsnitt:

1: Yrkesverksamma läkare i Sverige

Redovisning av hela materialet; ålders- och könsfördelning, utbildning och sjukskrivningsfrekvens för yrkesverksamma läkare i hela landet, inom olika typer av kliniker/verksamheter och per landsting. Landstingen redovisas i länsnummerordning.

[Röda tabeller och figurer.](#)

2: Läkares arbete med sjukskrivning

Presentation av resultat enbart för läkare yngre än 65 år som möter patienter sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning någon gång per år eller oftare. Dessa läkare som ”möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning” benämns ”*sjukskrivande läkare*” för att underlätta läsningen. Alla resultat redovisas på nationell nivå och en del av dem även uppdelat i åldersgrupper, kön, utbildningsnivå, landsting samt klinik/mottagning.

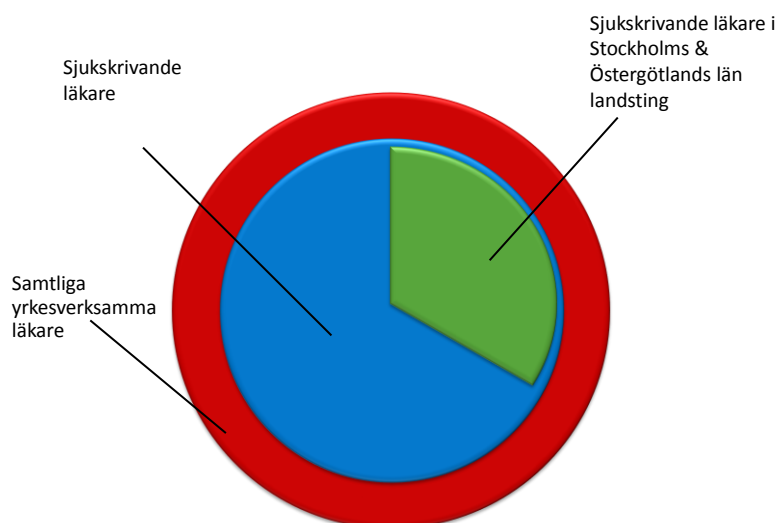
Klinik/mottagning redovisas i bokstavsordning och landstingen i länsnummerordning (SCB).

[Blåa tabeller och figurer.](#)

3: Läkares arbete med sjukskrivning i ett 4-års perspektiv; Stockholms och Östergötlands läns landsting.

Resultat från 2004 års studie av Stockholms och Östergötlands läns landsting jämförs med samma landstings resultat 2008.

[Gröna tabeller och figurer.](#)



I.
Yrkesverksamma läkare i Sverige
2008

1. Yrkesverksamma läkare i Sverige

Antal yrkesverksamma läkare som besvarat den enkät som skickades ut 2008 är 22 498, varav 10 118 kvinnor (45 %) och 12 375 män (55 %). För fem personer saknades uppgift om kön.

Bakgrundsfaktorer per landsting och typ av klinik/mottagning

I tabell 3 visas antal svarande per landsting totalt och andel män och kvinnor. I gruppen yrkesverksamma läkare ingick alla åldrar. Åldersfördelningen redovisas i tre åldersgrupper varav en är fr.o.m. 65 år. Svarsfrekvensen varierade mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper samt mellan landstingen.

Tabell 3. Antal yrkesverksamma läkare uppdelat på kön och åldersgrupper, för hela landet respektive varje landsting.

Län nr. ¹	Landsting	Antal svarande	Kvinnor % (n)	Män % (n)	24-44 år % (n)	45-64 år % (n)	65+ år % (n)
	Hela landet	22 498	45 (10 118)	55 (12 375)	38 (8 389)	55 (12 205)	8 (1 904)
1	Stockholm	5 831	50	50	35	54	10
3	Uppsala	1 109	42	57	37	53	11
4	Sörmland	490	45	55	38	55	7
5	Östergötland	1 055	42	57	42	52	6
6	Jönköping	641	41	59	47	46	6
7	Kronoberg	357	41	59	39	55	7
8	Kalmar	429	41	59	42	54	4
9	Gotland	141	46	54	43	50	6
10	Blekinge	271	39	61	37	57	6
12	Skåne	3 011	46	54	35	56	9
13	Halland	564	39	61	36	57	7
14	Västra Götaland	3 734	44	56	36	54	9
17	Värmland	483	42	57	35	59	6
18	Örebro	664	39	61	37	56	6
19	Västmanland	471	47	53	36	57	7
20	Dalarna	593	42	58	42	50	8
21	Gävleborg	546	40	60	38	53	9
22	Västernorrland	465	46	54	39	55	6
23	Jämtland	320	40	60	46	49	6
24	Västerbotten	753	44	56	38	55	7
25	Norrboten	421	43	57	39	57	4
	Annat land ²	149	22	78	27	64	9

¹ Landsting redovisas genomgående enligt länsnumrering (SCB)

² De som på frågan om var de huvudsakligen arbetar svarade 'I annat land' har inte tagits med i de kommande redovisningarna på landstingsnivå även om de kan ha haft viss yrkesverksamhet även i Sverige.

Mellan kliniker/mottagningar var variationen än större (tabell 4). Högst andel kvinnor fanns inom gynekologi (66 %) och högst andel män inom ortopedi (80 %). Infektions- och invärtesmedicinska kliniker/mottagningar hade högst andel yngre läkare 24-44 år (54 %), Försäkringskassa/försäkringsbolag högst andel 45-64 år (85 %) och högst andel äldre än 64 år fanns inom gruppen administration/forskning/utbildning, 19 procent. Allra högst andel i denna åldersgrupp fanns bland dem som uppgav att de inte arbetade på någon klinik/mottagning (27 %).

Tabell 4. Antal yrkesverksamma läkare uppdelat på kön och ålder för respektive klinik/mottagning man haft sin huvudsakliga verksamhet

Klinik/mottagning	Antal svarande	Kvinnor %	Män %	24-44 år %	45-64 år %	65+ år %
Barn- och ungdom	1 669	57	43	42	50	8
Företagshälsovård	500	40	60	4	83	13
Försäkringskassa/ försäkringsbolag	41	32	68	0	85	15
Geriatric	459	62	38	29	65	6
Hud	266	64	36	33	59	8
Infektion	364	49	51	54	41	4
Invärtesmedicin	2 107	43	57	54	40	6
Kirurgi	1 572	29	71	50	44	6
Neurologi	260	42	58	47	48	5
Gynekologi/obstetrik/ mödrhälsovård	1 079	66	34	36	56	8
Onkologi	350	57	43	47	48	5
Ortopedi	946	20	80	47	47	6
Psykiatri/missbruksvård	1 291	52	48	33	54	12
Rehabilitering	192	58	42	20	73	6
Reumatologi	193	53	47	36	59	6
Smärtmottagning	112	28	72	13	71	16
Vårdcentral/husläkarmottagning	4 408	50	50	37	58	5
Ögon	492	54	46	30	61	9
Öron-, näs- och hals	491	41	59	38	54	8
Annan klinik/mottagning	3 167	41	59	38	55	7
Administration/undervisning/ forskning	1 077	32	68	13	69	19
Ingen ¹	730	34	66	21	52	27
Bortfall ²	732	37	63	26	54	20
Samtliga	22 498	45	55	37	54	8

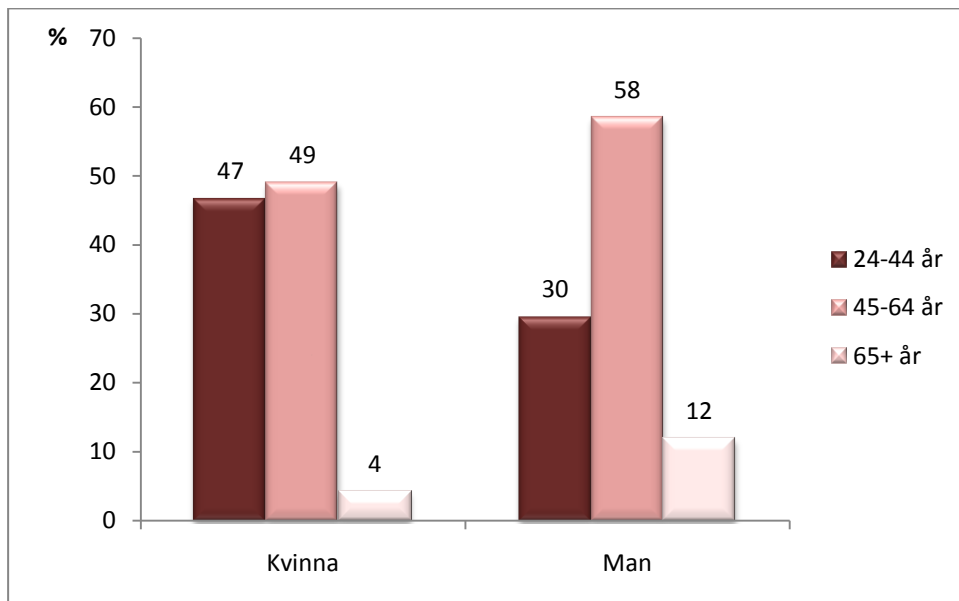
¹De som svarade 'Ingen (klinik/mottagning)' har inte tagits med i kommande redovisningarna för kliniker/mottagningar.

²Bortfall redovisas inte för varje tabell.

Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp. För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på detaljnivå, ingår de därför i gruppen "annan klinik". De läkare som svarat "ingen klinik" har inte tagits med i de analyser som är gjorda på kliniknivå.

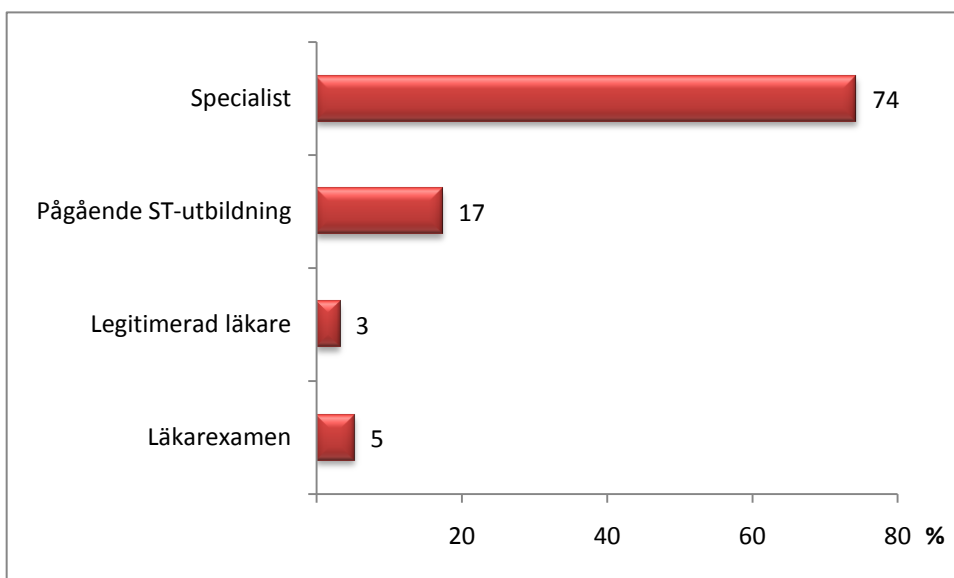
I gruppen administration/forskning/utbildning kan olika kategorier av läkare ingå. Exempel är läkare som huvudsakligen arbetar som chefer eller som forskar och/eller undervisar en stor del av sin arbetstid.

De flesta som svarade var mellan 45 och 64 år gamla (54 %). Det fanns en signifikant könsskillnad i åldersfördelningen; en betydligt högre andel av kvinnorna var yngre än 45 år (Figur 1).



Figur 1. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Sverige, som svarat på enkäten, uppdelat på kvinnor och män.

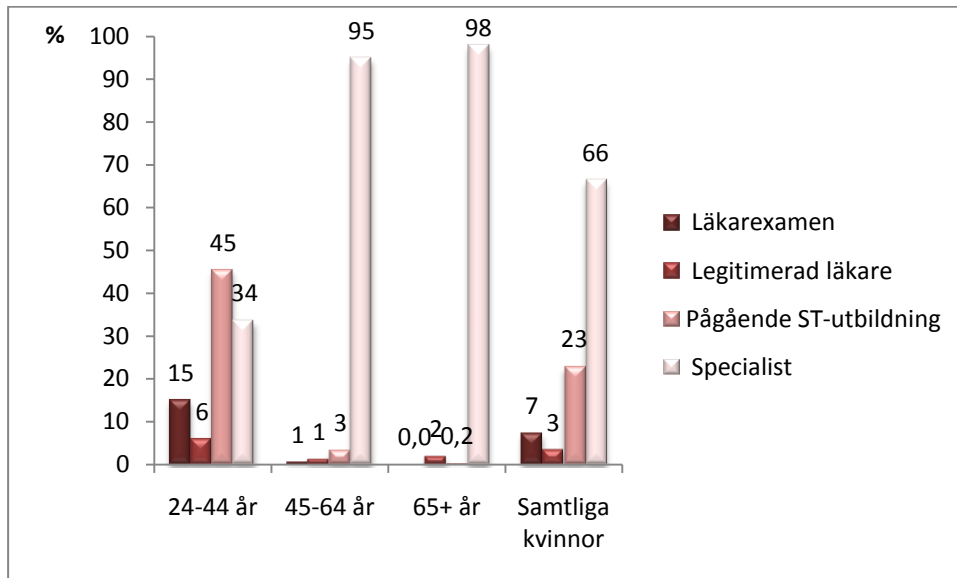
De allra flesta läkarna, 74 procent, hade minst en specialistutbildning (Figur 2). Här fanns en viss könsskillnad som speglar ovan nämnda åldersskillnad. Av männen hade 81 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 66 procent.



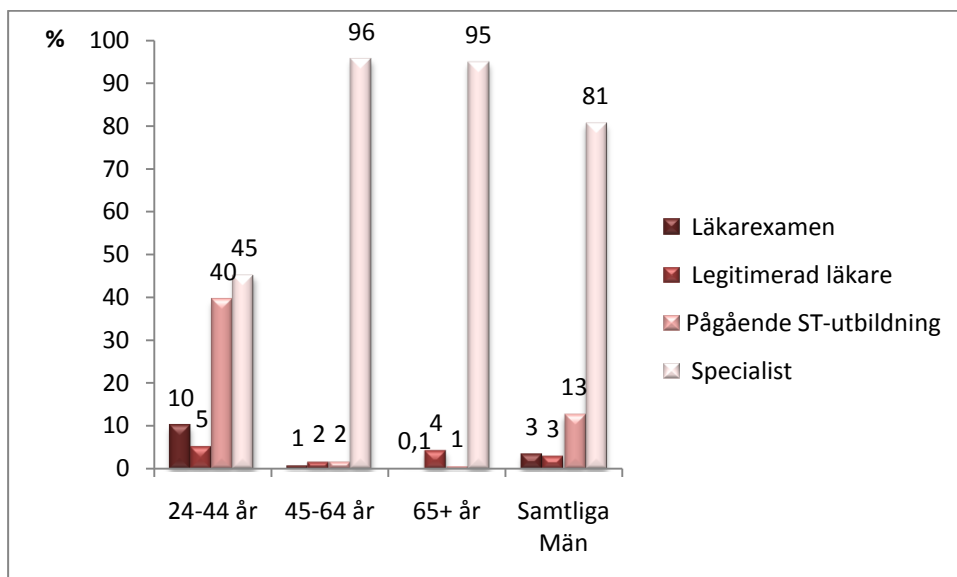
Figur 2. Andel (%) läkare som uppgav läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå.

Vid en uppdelning i åldersgrupper fanns det en könsskillnad i den yngsta åldersgruppen, 24-44 år, där 34 procent av kvinnorna var specialister (figur 3) och 45 procent av männen (figur 4).

Det var däremot nästan lika hög andel kvinnor som män i åldersgruppen 45-64 år med specialistutbildning; 95-96 procent hade en specialistutbildning i den åldersgruppen (figur 3 och figur 4).

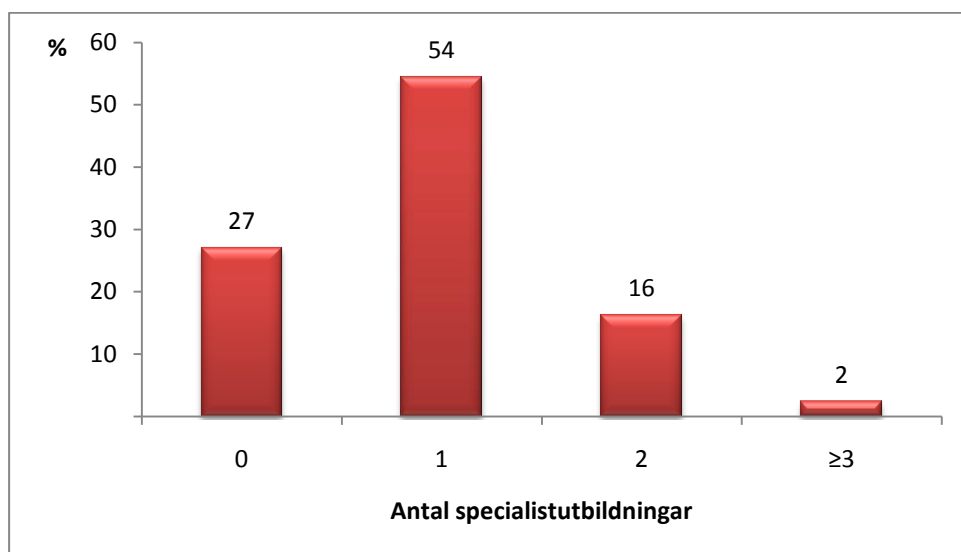


Figur 3. Andel (%) kvinnor med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå i de olika åldersgrupperna.



Figur 4. Andel (%) män med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå i de olika åldersgrupperna.

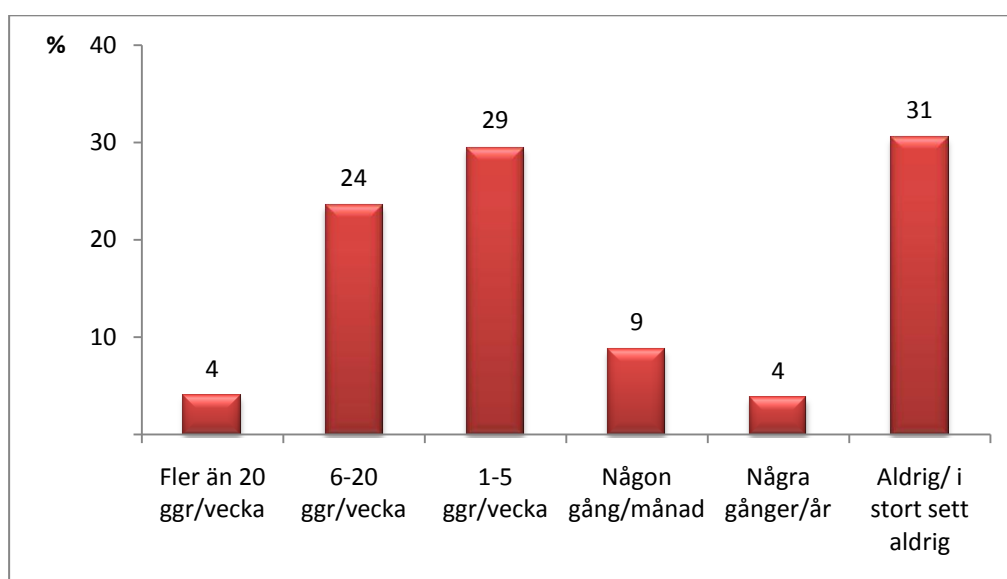
Arton procent av läkarna hade specialistkompetens i mer än en specialitet (figur 5).



Figur 5. Andel (%) läkare med en eller flera specialistkompetenser.

Andel som har sjukskrivningsärenden per landsting och typ av klinik/mottagning

I enkäten frågades hur ofta i det vardagliga kliniska arbetet som läkaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport, för enkelhets skull, för 'sjukskrivande läkare'. Resultatet visar att ca 30 procent av de svarande aldrig hade sådana konsultationer och att de flesta, 57 procent, hade sådana konsultationer minst 1 gång i veckan. Ytterst få, 4 procent, hade sjukskrivningsärenden oftare än 20 gånger per vecka, medan över hälften hade dem 1-20 gånger per vecka (figur 6). Könsskillnaderna var små och inte statistiskt signifikanta, ($p=0,311$) (ej i figur).



Figur 6. Andel (%) läkare och frekvens av konsultationer med patienter som är aktuella för sjukskrivning.

Resultatet i figur 6 gäller hela landet. I tabell 5 visas motsvarande data för respektive landsting. Högst andel läkare som uppgav att de hade sjukskrivningsärenden mer än 20 gånger per vecka hade Västmanland men skillnaderna mellan landstingen var små. Högst andel läkare som aldrig befann sig i en sjukskrivningssituation fanns i Stockholms län (37 %).

Tabell 5. Andel (%) läkare i respektive landsting i relation till hur ofta de möter patienter aktuella för sjukskrivning.

Landsting	Fler än 20 ggr/vecka	6-20 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gång/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Stockholm	4	21	26	8	4	37
Uppsala	4	23	25	7	5	35
Sörmland	4	24	37	7	4	24
Östergötland	3	23	30	9	4	30
Jönköping	4	25	35	8	3	25
Kronoberg	4	21	36	8	3	28
Kalmar	4	24	32	11	4	26
Gotland	4	25	33	12	1	25
Blekinge	4	30	32	11	3	20
Skåne	4	22	30	10	4	29
Halland	4	27	31	9	4	25
Västra Götaland	4	25	28	8	4	31
Värmland	3	25	35	10	4	23
Örebro	3	28	31	10	4	26
Västmanland	6	27	33	8	3	23
Dalarna	2	26	36	10	3	23
Gävleborg	3	26	33	10	2	25
Västernorrland	5	27	31	13	3	22
Jämtland	4	30	33	6	3	24
Västerbotten	4	20	31	10	4	31
Norrbottn	3	28	34	12	4	19
Hela landet	4	24	29	9	4	31

Motsvarande resultat uppdelat på typ av klinik/mottagning visas i tabell 6. De kliniker/mottagningar där läkare oftast möter patienter aktuella för sjukskrivning var onkologi och ortopedi, där 19 respektive 18 procent av läkarna hade sådana konsultationer minst 20 gånger i veckan.

Tabell 6. Andel (%) läkare på respektive klinik/mottagning som i olika omfattning möter patienter aktuella för sjukskrivning.

Klinik/mottagning	Fler än 20 ggr/vecka	6-20 ggr per vecka	1-5 ggr per vecka	Ngn gång per månad	Ngr ggr/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Barn och ungdom	0,2	1	6	8	10	75
Företagshälsovård	14	58	20	4	0,2	3
Försäkringskassa/försäkringsbolag	5	8	10	8	3	68
Geriatrisk	0,2	1	4	10	12	73
Hud	-	3	17	33	27	21
Infektion	1	19	57	16	3	3
Invärttesmedicin	2	17	46	23	4	7
Kirurgi	4	29	43	11	2	11
Neurologi	2	39	46	6	1	5
Gynekologi/obstetrik/mödrhälsövård	2	25	43	12	5	13
Onkologi	19	49	24	4	1	4
Ortopedi	18	55	19	3	0,4	4
Psykiatri/missbruksvård	8	44	29	6	3	10
Rehabilitering	16	40	25	8	4	6
Reumatologi	3	45	46	5	-	1
Smärtmottagning	13	40	18	5	2	23
Vårdcentral/husläkarmottagning	2	39	51	5	0,5	2
Ögon	-	3	15	32	23	27
Öron-, näs- och hals	1	19	55	14	4	8
Annan klinik/mottagning	4	8	10	5	3	71
Administration/undervisning/forskning	0,5	0,5	3	3	3	90
Samtliga	4	24	29	9	4	31

Av samtliga läkare i Sverige arbetade hela 69 procent i någon omfattning med sjukskrivning. Sjukskrivning var således en mycket vanlig arbetsuppgift bland läkare.

Vårdcentraler/husläkarmottagningar är en viktig aktör i detta sammanhang, men studien pekar på att arbetet med sjukskrivning är ännu mer vanligt bland läkare inom vissa andra verksamheter, t ex. ortopedi och onkologi. Ur detta perspektiv är det inte bara vårdcentraler som bör fokuseras i interventioner och studier kring sjukskrivning.

I följande analyser har vi valt att fokusera på läkare som var yngre än 65 år som angett att de möter sjukskrivna eller patienter aktuella för sjukskrivning minst några gånger om året.

Ovanstående är en beskrivning av samtliga svarande yrkesverksamma läkare. Resultaten i nästa kapitel redovisas sålunda endast för läkare i åldersgruppen under 65 år och som uppgett att de möter patienter i en sjukskrivningssituation minst någon/några gånger per år.

2. Läkares arbete med sjukskrivning

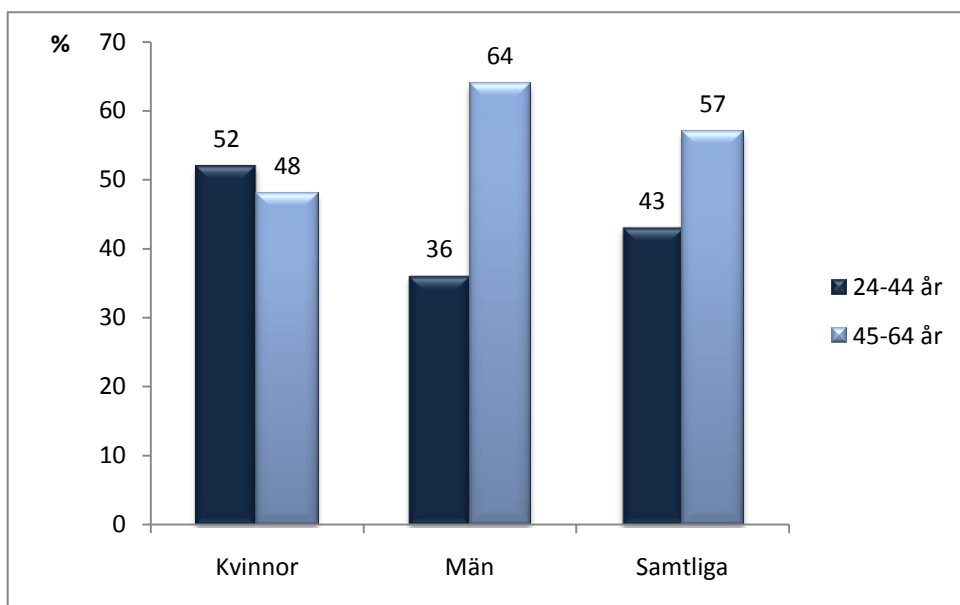
2. Läkares arbete med sjukskrivning

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 14 243 läkare som:

- var under 65 år,
- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Sverige och
- uppgav att de minst någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

För att underlätta läsbarheten kallas dessa läkare i denna rapport för ”sjukskrivande läkare”.

Av de sjukskrivande läkarna var 48 procent kvinnor (n=6 771) och 52 procent män (n=7 471). Uppgift om kön saknades för en person. De flesta, 57 procent, var över 44 år (figur 7). Andelen yngre, 24-44 år, var högst bland kvinnor, 52 procent.



Figur 7. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kön.

Ålders- och könsfördelning per landsting

Antalet sjukskrivande läkare i de olika landstingen avspeglar landstingens befolkningsstorlek; sålunda var de flest i de stora regionerna Stockholm, Västra Götaland och Region Skåne (tabell 7). Könsfördelningen varierade med högst andel kvinnor i Stockholms län (54 %) och högst andel män i Jämtlands län (61 %). Ålderssammansättningen varierade också. Högst andel yngre läkare fanns i Jönköpings län (52 %) och högst andel äldre fanns i Västmanlands läns landsting (61 %). Det var dock inte någon större variation i medelålder. Viss variation kan även ses i andel specialister där Skåne och Örebro har den högsta andelen specialistkompetenta (74 %).

Tabell 7. Andel (%) läkare uppdelat på kön och åldersgrupp i det landsting de huvudsakligen arbetade i, samt andel specialister och medelålder i respektive landsting.

Landsting	Antal svarande	Varav kvinnor	24-44 år	45-64 år	Medelålder i år	Andel specialister
Stockholm	3 303	54	44	56	47	69
Uppsala	643	45	45	55	46	70
Sörmland	344	45	44	56	46	66
Östergötland	690	44	47	53	46	71
Jönköping	448	42	52	48	45	68
Kronoberg	239	46	46	54	46	69
Kalmar	304	44	46	54	46	68
Gotland	98	50	45	55	46	66
Blekinge	201	40	42	58	46	73
Skåne	1 934	48	40	60	48	74
Halland	401	41	43	57	47	72
Västra Götaland	2 333	48	43	57	47	70
Värmland	343	43	40	60	47	73
Örebro	460	42	40	60	47	74
Västmanland	330	49	39	61	48	73
Dalarna	410	45	49	51	45	63
Gävleborg	372	44	43	57	46	66
Västernorrland	336	48	44	56	46	70
Jämtland	227	39	48	52	45	66
Västerbotten	475	47	43	57	46	69
Norrbottn	319	42	41	59	47	72
Annat land ¹	33	33	30	70	50	82
Hela landet	14 243	48	43	57	47	70

¹De som på frågan om var de huvudsakligen arbetar svarade 'I annat land' har inte tagits med i kommande redovisningar på landstingsnivå även om de kan ha haft viss yrkesverksamhet även i Sverige.

Ålders- och könsfördelning per typ av klinik/mottagning

Variationerna i ålders- och könsfördelning mellan läkare fördelat på klinikerna/mottagningarna var betydande (tabell 8). Högst andel kvinnor återfanns inom gynekologi/obstetrik/mödravårdscentral (69 %) och högst andel män inom ortopedi (79 %). En jämn fördelning mellan äldre och yngre fanns inom neurologi, onkologi och ortopedi medan 95 procent av läkarna inom företagshälsovården var över 44 år och 58 procent av läkarna inom invärtesmedicin och infektionsmedicin var under 45 år.

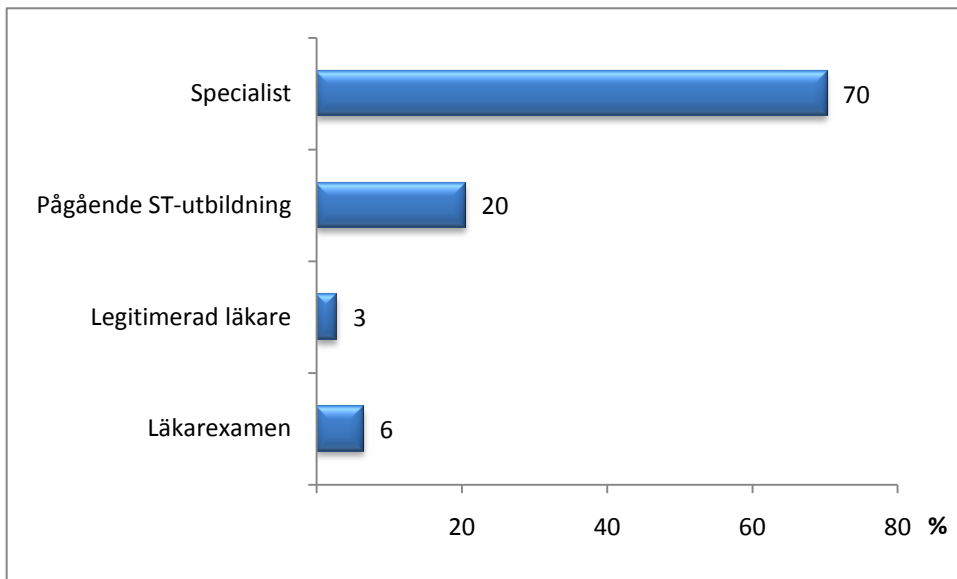
Tabell 8. Andel (%) läkare, uppdelat på kön och åldersgrupp, per typ av klinik/mottagning de huvudsakligen arbetade vid samt medelålder och andel specialistkompetenta för respektive klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Varav kvinnor	24-44 år	45-64 år	Medelålder i år	Andel specialister
Barn och ungdom	384	54	38	62	48	79
Företagshälsovård	429	44	5	95	56	97
Geriatrisk	114	57	31	69	49	81
Hud	201	68	40	60	48	80
Infektion	318	50	58	42	43	66
Invärtesmedicin	1 877	45	58	42	43	60
Kirurgi	1 309	31	55	45	44	66
Neurologi	232	42	50	50	46	77
Gynekologi/obstetrik/ mödravårdscentral	881	69	44	56	47	75
Onkologi	323	58	50	50	45	66
Ortopedi	852	21	50	50	45	69
Psykatri/missbruksvård	1 033	55	40	60	47	67
Rehabilitering	169	57	21	79	51	80
Reumatologi	182	54	38	62	49	80
Smärtmottagning	73	29	14	86	54	92
Vårdcentral/husläkarmottagning	4 112	51	39	61	48	68
Ögon	341	57	38	62	48	82
Öron-, näs- och hals	425	44	42	58	47	77
Annan klinik/mottagning	810	43	39	61	48	74
Administration/forskning/ undervisning	82	43	13	87	53	88
Ingen ¹	40	50	55	45	42	50
Bortfall ²	56	45	52	48	43	52
Samtliga	14 243	48	43	57	47	70

¹De som svarade 'Ingen (klinik/mottagning)' har inte tagits med i kommande redovisningar för kliniker/mottagningar. ²Bortfall redovisas inte för varje tabell.

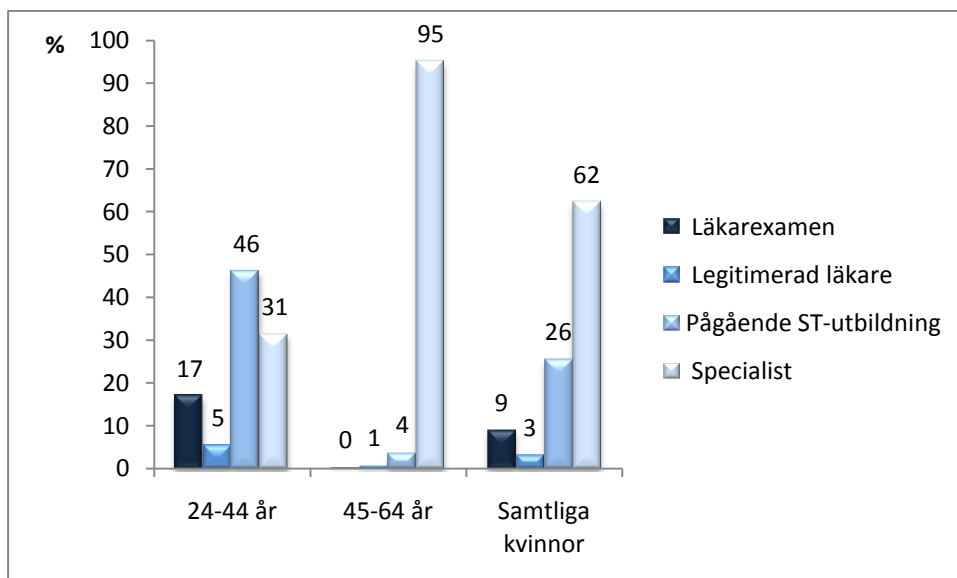
Utbildningsnivå

De flesta sjukskrivande läkare, 70 procent, var specialistkompetenta och endast sex procent var inte legitimerade (figur 8).

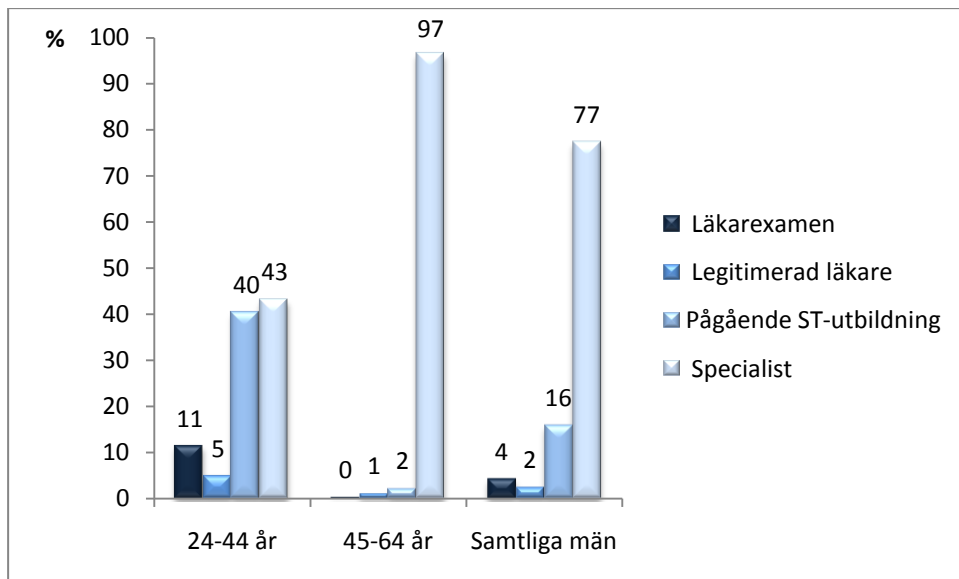


Figur 8. Högsta utbildningsnivå, andel (%) bland sjukskrivande läkare.

Den könsskillnad i ålderstruktur som visades i figur 7 avspeglas i könsskillnader i andel som var specialistkompetenta. I figur 9 visas utbildningsnivån bland kvinnor och i figur 10 bland män. Skillnaden i specialistkompetens mellan kvinnor och män är marginell i den äldre gruppen medan skillnaden är statistiskt signifikant i den yngre åldersgruppen, 24-44 år.

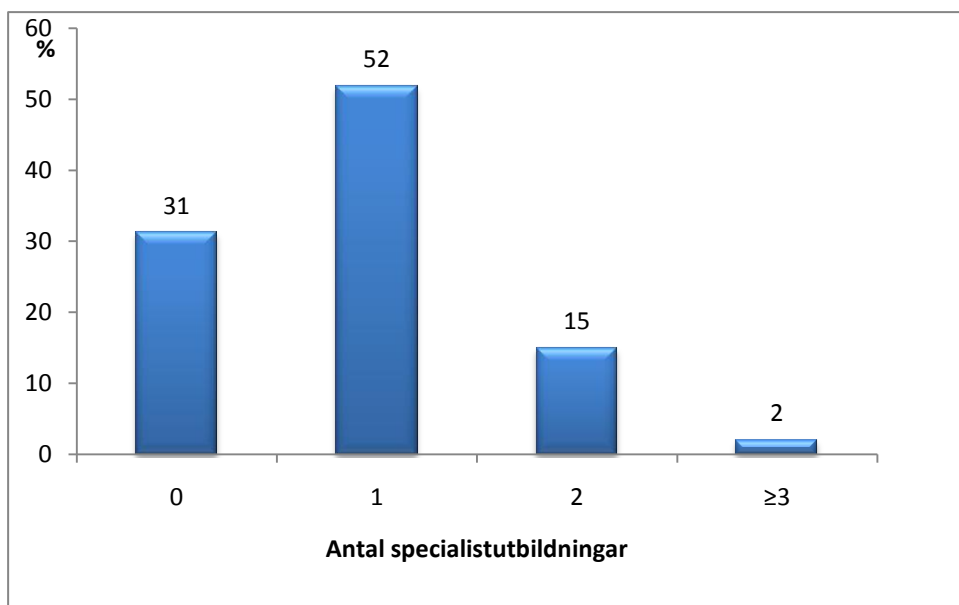


Figur 9. Högsta utbildningsnivå, andel (%) bland sjukskrivande läkare, kvinnor.



Figur 10. Högsta utbildningsnivå, andel (%) bland sjukskrivande läkare, män.

Sjuttionio procent av de sjukskrivande läkarna hade fler än en specialistkompetens, dvs. de var specialister inom flera områden (figur 11).



Figur 11. Andel (%) sjukskrivande läkare i relation till antal specialistkompetenser.

På frågan om slutenvård ingick i deras arbete svarade 57 procent av läkarna ja (ej i figur).

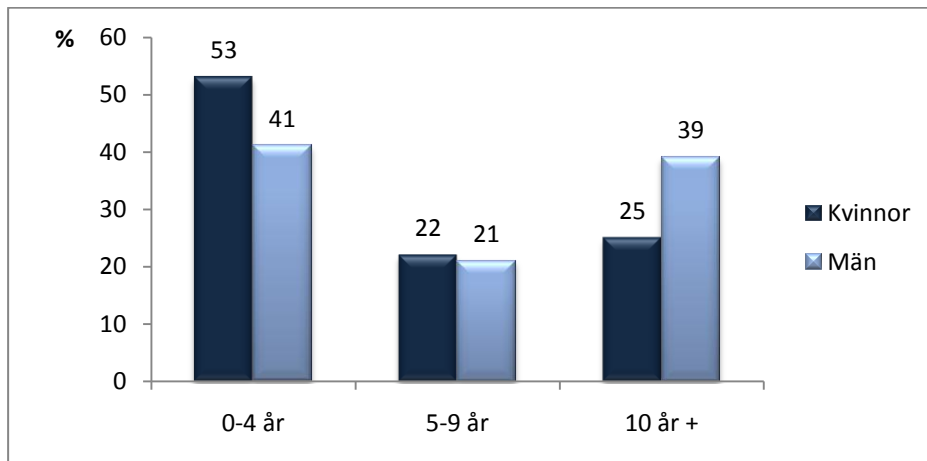
I tabell 9 visas fördelningen av typ av pågående specialistutbildningar bland de läkare som inte redan hade en specialistkompetens. De flesta fanns inom allmänmedicin och invärtesmedicin; 29 respektive 16 procent.

Tabell 9. Andel (%), bland de läkare som inte redan hade någon specialistkompetens, som deltog i specialistutbildning .(ST).

Pågående specialistutbildning	Antal läkare	Andel läkare
Allmänmedicin	853	29
Anestesi och intensivvård	60	2
Barn- och ungdom	77	3
Geriatric	23	1
Hud- och könssjukdomar	41	1
Infektionsmedicin	84	3
Invärtesmedicin	465	16
Kirurgi	261	9
Neurologi	65	2
Obstetrik/gynekologi/mödravård	198	7
Onkologi	90	3
Ortopedi	215	7
Psykiatri/missbruksvård	218	7
Rehabiliteringsmedicin	28	1
Reumatologi	37	1
Ögonsjukdomar	58	2
Öron-, näs-, och hals	83	3
Annan utbildning	60	2
Samtliga	2 916	100 %

Antal år på arbetsplatsen

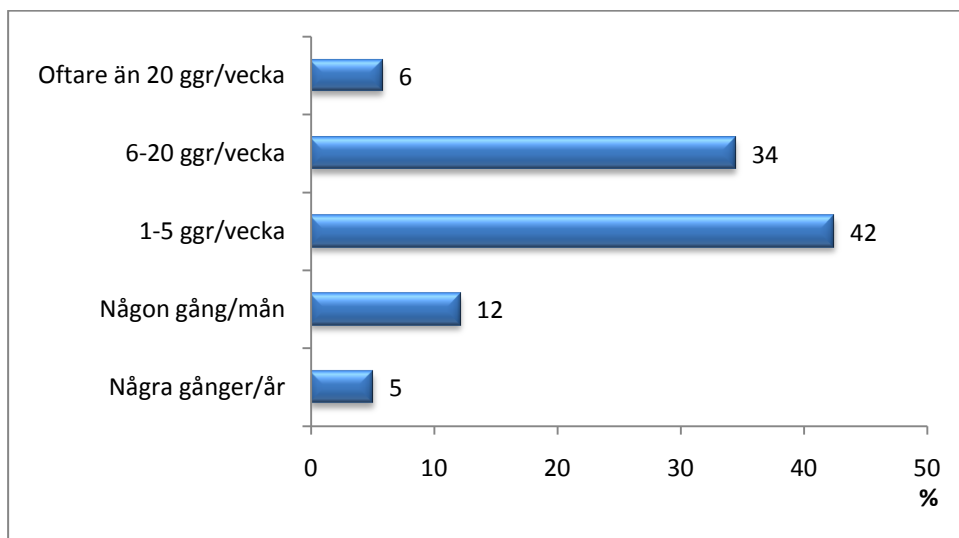
Nästan hälften (47 %) av läkarna uppgav att de arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och en tredjedel mer än nio år (ej i figur). Återigen speglas ålderskillnaderna mellan män och kvinnor i att en högre andel män än kvinnor varit tio år eller längre på samma arbetsplats (figur 12).



Figur 12. Antal år på nuvarande arbetsplats, andel läkare (%).

Frekvens av sjukskrivning

I figur 13 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst någon gång i veckan.



Figur 13. Andel (%) läkare som uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning varje vecka, månad respektive år.

Hur ofta läkare mötte patienter som var aktuella för sjukskrivning varierade mellan länen (tabell 10). I Västmanland svarade åtta procent av läkarna att de hade sådana konsultationer mer än 20 gånger per vecka. I Dalarna var motsvarande siffra tre procent, den lägsta andelen i landet.

Tabell 10. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning varje vecka, månad respektive år, per landsting.

Landsting	Antal svarande	Oftare än 20 ggr/vecka	6-20 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp/år
Stockholm	3 303	6	35	41	17
Uppsala	643	6	37	40	18
Sörmland	344	6	32	48	14
Östergötland	690	5	34	43	19
Jönköping	448	6	34	45	15
Kronoberg	239	6	30	49	15
Kalmar	304	5	33	43	19
Gotland	98	4	35	43	18
Blekinge	201	5	37	41	17
Skåne	1 934	6	32	43	20
Halland	401	6	36	42	17
Västra Götaland	2 333	7	37	41	16
Värmland	343	5	32	46	17
Örebro	460	4	38	41	18
Västmanland	330	8	35	44	13
Dalarna	410	3	34	47	16
Gävleborg	372	4	35	45	16
Västernorrland	336	7	34	40	20
Jämtland	227	5	39	43	12
Västerbotten	475	6	29	46	19
Norrbottn	319	4	36	42	19
Hela landet	14 210	6	34	43	17

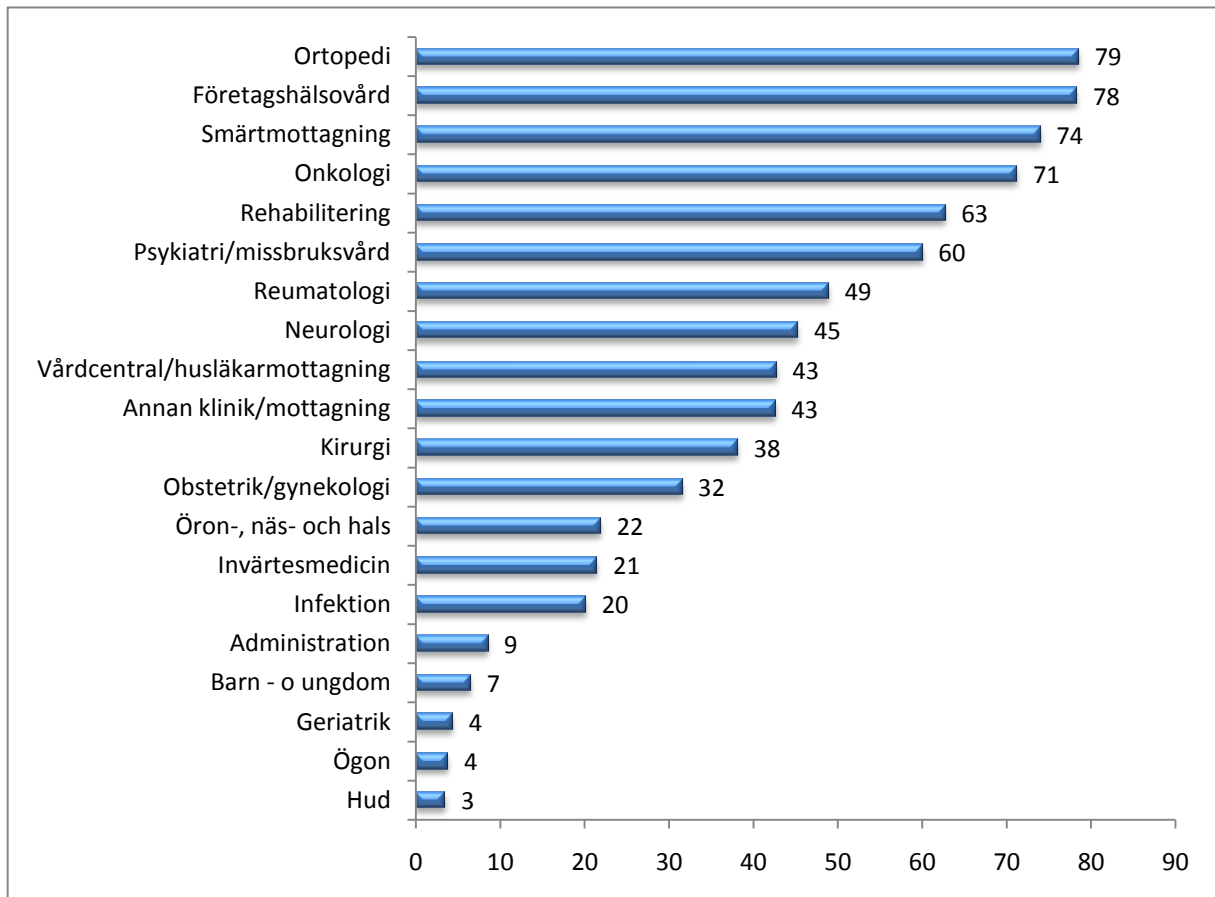
Möten med patienter aktuella för sjukskrivning förekom bland läkare inom alla olika typer av kliniker/mottagningar. Högst frekvens av möten med patienter aktuella för sjukskrivning (mer än 20 möten per vecka) fanns bland läkare inom onkologi (20 %), ortopedi (19 %), rehabilitering (18 %) och smärtmottagning (18 %) (tabell 11). Bland läkare på vårdcentral/husläkarmottagning var det endast två procent som mötte sjukskrivningspatienter lika ofta. Andra typer av kliniker/mottagningar där läkarna ofta mötte patienter aktuella för sjukskrivning var inom neurologi, psykiatri, företagshälsovård och reumatologi.

Tabell 11. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning varje vecka, månad respektive år, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Oftare än 20 ggr/vecka	6-20 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år
Barn- och ungdom	384	1	6	22	71
Företagshälsovård	429	16	62	19	3
Geriatrisk	114	1	4	14	82
Hud	201	0	4	22	75
Infektion	318	2	19	61	18
Invärtesmedicin	1 877	2	19	50	29
Kirurgi	1 309	5	34	48	14
Neurologi	232	3	43	48	7
Obstetrik/gynekologi/ mödrahälsovård	881	2	30	50	18
Onkologi	323	20	51	24	5
Ortopedi	852	19	59	18	3
Psykiatri/missbruksvård	1 033	10	50	31	9
Rehabilitering	169	18	45	26	11
Reumatologi	182	3	46	46	6
Smärtmottagning	73	18	56	21	6
Vårdcentral/husläkarmottagning	4 112	2	40	52	5
Ögon	341	0	4	22	75
Öron-, näs- och hals	425	1	21	60	18
Annan klinik/mottagning	810	16	27	33	25
Administration/forskning/ undervisning	82	5	4	32	60
Samtliga	14 147	6	35	43	17

I figur 14 presenteras andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som uppgav att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning mer än fem gånger per vecka. Högst andel fanns bland läkare inom ortopedi, 79 procent. Bland läkare på vårdcentral/husläkarmottagning var motsvarande siffra 43 procent, det vill säga betydligt lägre. Lägst andel fanns bland läkare inom ögon- respektive hudkliniker/mottagningar.

Även läkare inom geriatrik (4 %) och barnkliniker/mottagningar (7 %) mötte patienter aktuella för sjukskrivning mer än fem gånger i veckan. Enligt de öppna svaren och telefonsamtal från läkare vid t.ex. barnkliniker handlade detta om att de ibland skrev läkarintyg för barn för att deras föräldrar skulle kunna stanna hemma och vårda dem, ibland att de sjukskrev föräldrar till svårt sjuka barn.

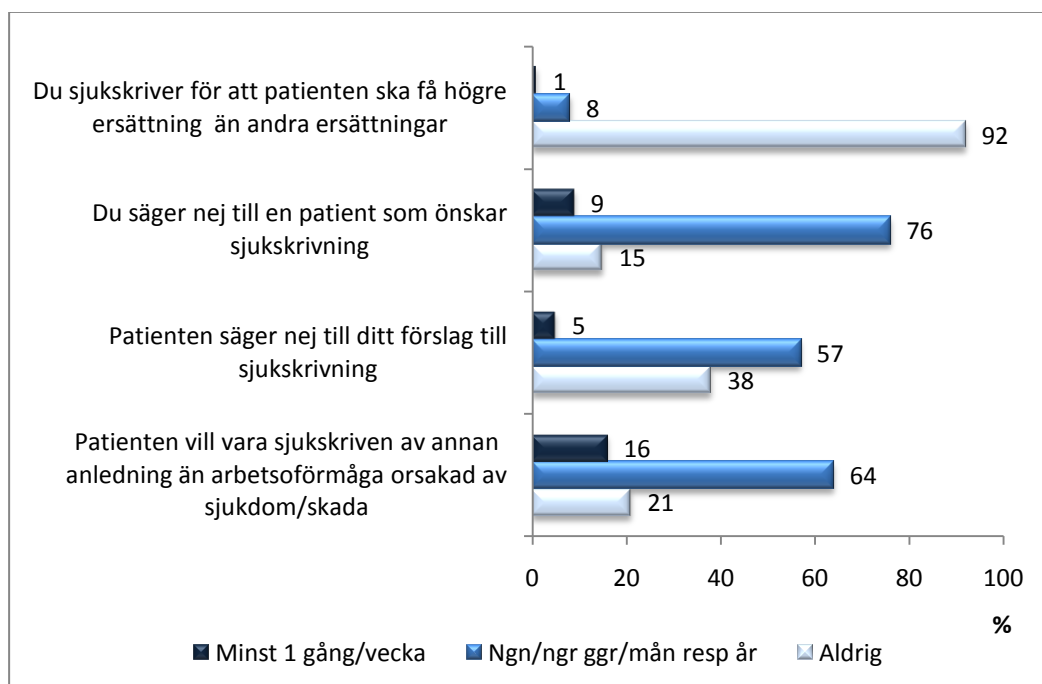


Figur 14. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning mer än fem gånger per vecka.

Arbetet med sjukskrivning; frekvens av olika situationer

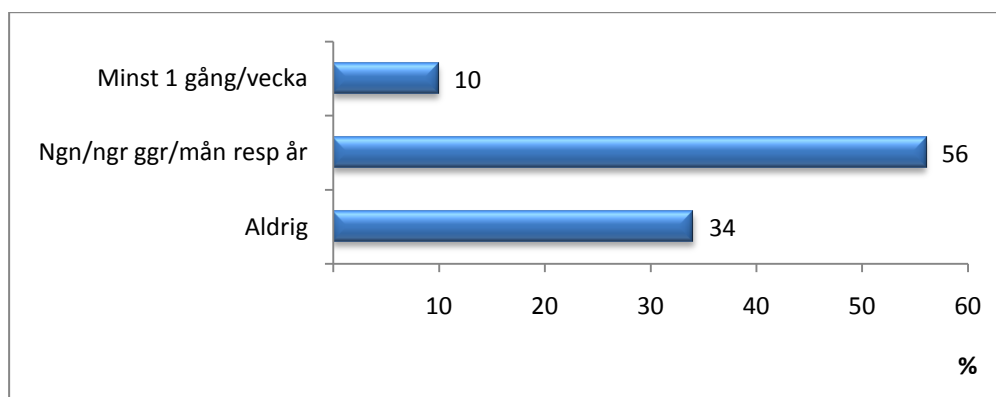
Ett flertal frågor handlade om frekvens av olika situationer i sjukskrivningsärenden.

Sexton procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (figur 15). Nio procent sade lika ofta nej till en patients önskan om sjukskrivning. Å andra sidan var fem procent av läkarna varje vecka med om att en patient sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog, en siffra som stämmer överens med resultat från andra studier (1, 18). Det var relativt ovanligt att läkare sjukskrev en patient för att denne skulle få högre ersättning än arbetslöshetskassa eller försörjningsstöd/socialbidrag.



Figur 15. Andel (%) läkare som uppgav hur ofta i sitt kliniska arbete de var med om de angivna alternativen.

Ovanstående frågor handlar om situationer som kan uppkomma i möten med patienter. De flesta men inte alla möten är ansikte mot ansikte. Endast 34 procent svarade att de aldrig sjukskrev utan att träffa patienten (figur 16). Tio procent uppgav att de minst en gång per vecka sjukskriver en patient utan att träffa denne.



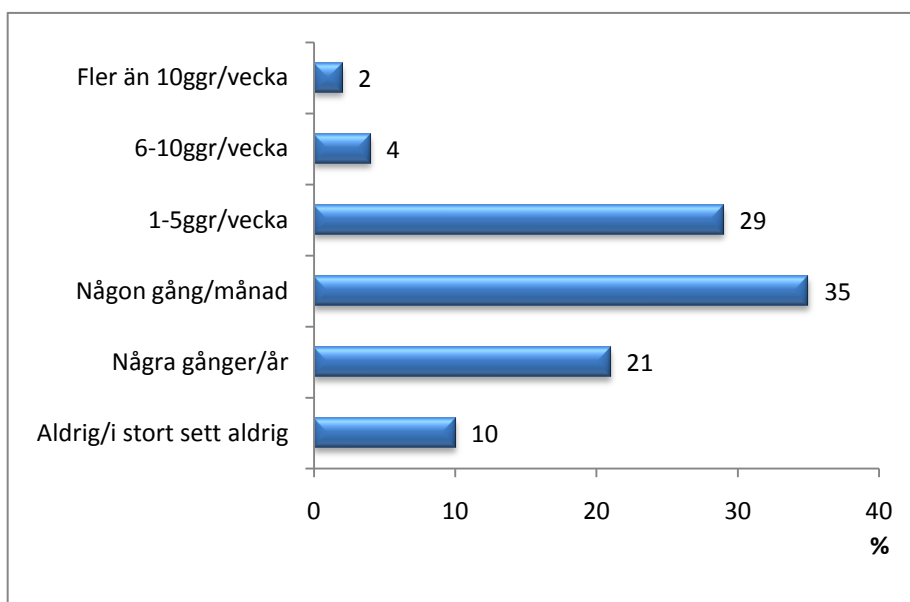
Figur 16. Andel (%) läkare som uppgav att de minst en gång i veckan, någon gång per månad eller år alternativt aldrig sjukskrev utan att träffa patienten.

Problem i arbetet med sjukskrivningar

Det finns vetenskaplig evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt, dvs. tillräckligt många studier har genomförts för att kunna visa detta (1). Däremot saknas det kunskap på en mer detaljerad nivå om vilka faktorer som upplevs som problematiska. Några studier har funnit vissa aspekter, men antalet deltagare är ofta så få och så starkt selekterade att generella slutsatser inte kan dras från dem. Därför har ett stort antal frågor om olika typer av problem tagits med i enkäten. Vi har efterfrågat såväl förekomst i termer av frekvens som hur allvarliga man upplever att olika problem är.

Frekvens av problem per typ av klinik/mottagning

Trettiofem procent av de svarande rapporterade att de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång i veckan (figur 17). Mer än hälften svarade att det var problematiskt någon gång per månad eller några gånger per år. Knappt tio procent uppgav att detta aldrig eller i stort sett aldrig var ett problem.



Figur 17. Andel (%) läkare och hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska.

Det var en stor variation mellan läkare på olika kliniker/mottagningar i hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska (tabell 12). Högst andel som hade sådana problem minst en gång per vecka fanns inom vårdcentraler/husläkarmottagningar (55 %), ortopedi (53 %) och psykiatriska kliniker/mottagningar (50 %).

Tabell 12. Andel (%) läkare, per klinik/mottagning, som oftare än fem gånger i veckan, 1-5 gånger i veckan, någon/några gånger per månad respektive år eller aldrig upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska.

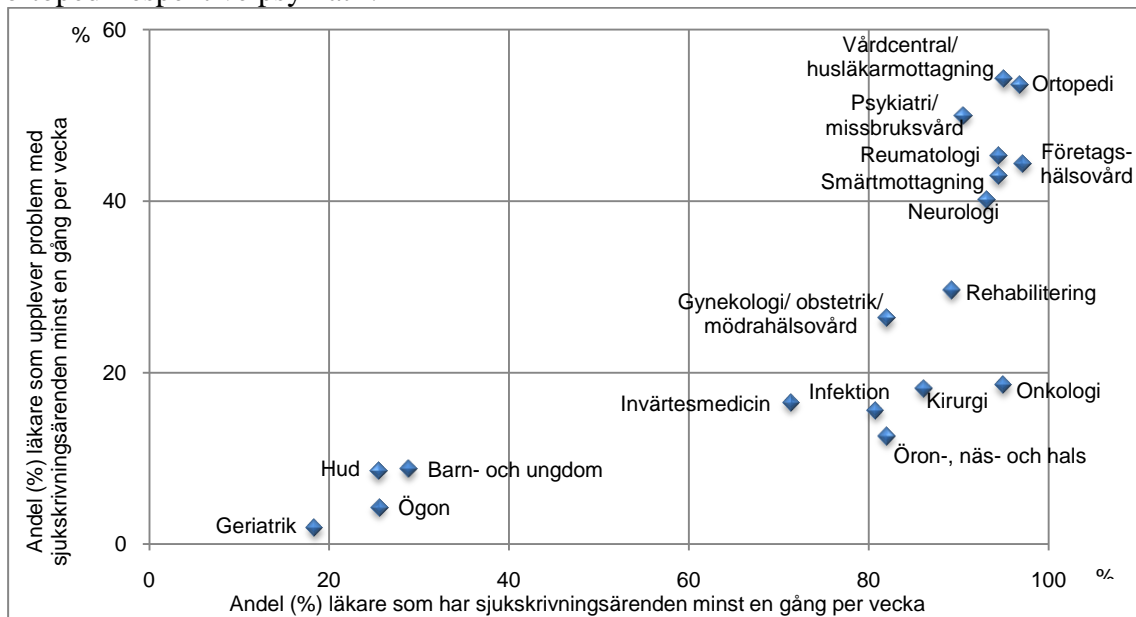
Klinik/mottagning	Fler än 5 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn och ungdom	1	8	58	34
Företagshälsovård	9	35	50	6
Geriatrisk	0	2	64	34
Hud	1	7	69	22
Infektion	1	14	73	11
Invärtesmedicin	2	15	75	9
Kirurgi	2	16	68	14
Neurologi	3	37	57	3
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	4	22	64	10
Onkologi	2	16	66	16
Ortopedi	11	42	43	3
Psykiatri/missbruksvård	11	39	43	7
Rehabilitering	4	25	61	10
Reumatologi	6	39	54	1
Smärtmottagning	19	24	41	16
Vårdcentral/husläkarmottagning	8	47	44	2
Ögon	0	4	69	26
Öron-, näs- och hals	1	11	71	16
Annan klinik/mottagning	4	15	51	30
Administration/forskning/undervisning	2	8	66	25
Samtliga	5	29	56	10

Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och problem med dem

Att som läkare ofta möta patienter aktuella för sjukskrivning behöver inte betyda att detta ofta upplevs som problematiskt. Tvärtom skulle det kunna innebära att läkaren blir mer erfaren i att hantera denna typ av arbetsuppgifter. I figurerna 18a och 18b visas relationen mellan förekomst av sjukskrivningsärenden och förekomst av problem. I figur 18a visas andelen läkare som uppgav förekomst av sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan och förekomst av problem lika ofta, det vill säga minst en gång i veckan, inom olika typer av kliniska verksamheter.

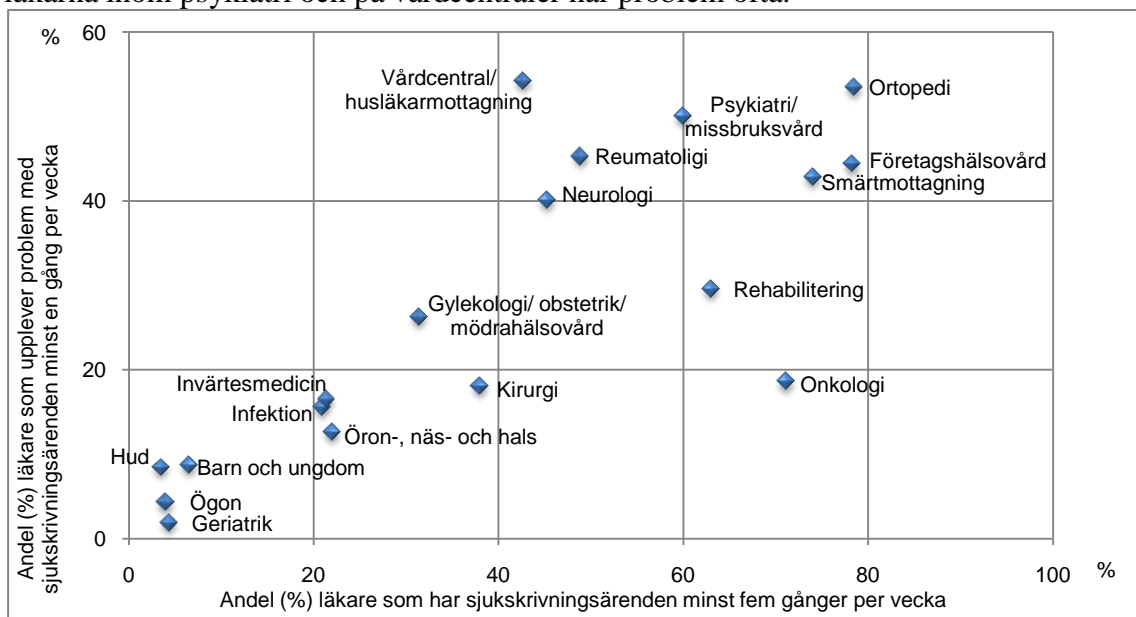
En grupp hade relativt få ärenden och upplevde få problem. Förutom geriatrik och barn/ungdom, som är speciella i detta sammanhang, fanns hud- och ögonkliniker/mottagningar här. En annan grupp hade en hög andel konsultationer per vecka och relativt låg andel med problem varje vecka. I ett tredje kluster med hög andel konsultationer per vecka angav även en hög andel att de har problem minst en gång i veckan. Högst andel med problem

i denna grupp ligger läkarna på vårdcentraler/husläkarmottagningar tätt följda av läkare inom ortopedi respektive psykiatri.



Figur 18a. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar.

Möjligen är det rimligt att anta att de flesta inte har problem med alla sina sjukskrivningsärenden, utan har detta mer sällan. Därför visas i figur 18b samma samband som i figur 18a, men för andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden *minst fem gånger/vecka* och upplevde problem minst en gång per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter. Här ser fördelningen något annorlunda ut. Spridningen är större och förhållandet mellan antal ärenden och problem mer linjärt, med vissa undantag. Onkologerna och i viss mån läkare inom rehabilitering har lägre andel problem, medan en större andel av läkarna inom psykiatri och på vårdcentraler har problem ofta.



Figur 18b. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning mer än fem gånger i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar.

Frekvens av problem med sjukskrivningsärenden per landsting

Även mellan landstingen varierade det något i hur ofta läkarna uppgav att de upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska (tabell 13). Högst andel läkare som svarade att sjukskrivningsärenden är problematiska minst en gång i veckan fanns på Gotland (44 %) och lägst andel fanns i Skåne och Norrbotten (31 %).

Tabell 13. Andel (%) läkare, per landsting, och hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska.

Landsting	Fler än 5 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Stockholm	6	26	56	12
Uppsala	4	29	58	9
Sörmland	6	30	55	9
Östergötland	5	29	57	9
Jönköping	4	31	56	9
Kronoberg	3	29	61	7
Kalmar	5	28	53	14
Gotland	2	42	44	13
Blekinge	6	35	49	10
Skåne	5	26	59	11
Halland	7	32	54	7
Västra Götaland	7	32	54	8
Värmland	5	32	53	11
Örebro	5	30	56	9
Västmanland	7	30	58	6
Dalarna	4	30	61	5
Gävleborg	4	34	56	5
Västernorrland	6	28	57	9
Jämtland	7	36	49	8
Västerbotten	3	30	59	9
Norrbotten	6	25	61	8
Hela landet	5	29	56	10

Ett stöd i arbetet med sjukskrivning kan vara att det finns en policy i sjukskrivningsfrågor eller om den närmaste ledningen ger sitt stöd. Vid en jämförelse mellan läkare som arbetade på en arbetsplats med en policy i sjukskrivningsfrågor och de som inte hade någon policy fanns ingen skillnad i om de upplevde sjukskrivningsarbetet problematiskt (ej i figur).

Sjukskrivningsproblem per typ av klinik/mottagning

Ovanstående handlade om hur ofta läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. Vi frågade även hur problematiskt de i allmänhet tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Sju procent tyckte det var mycket problematiskt och 17 procent att det inte alls var problematiskt (tabell 14 och figur 19). En högre andel läkare på smärtmottagning (21 %) och vårdcentral (12 %) än läkare på övriga kliniker/mottagningar upplevde sjukskrivningsärenden som mycket problematiska. Läkare på barn- och ungdomsmottagningar svarade i högst utsträckning att sjukskrivningsärenden inte alls är problematiska (40 %) (tabell 14).

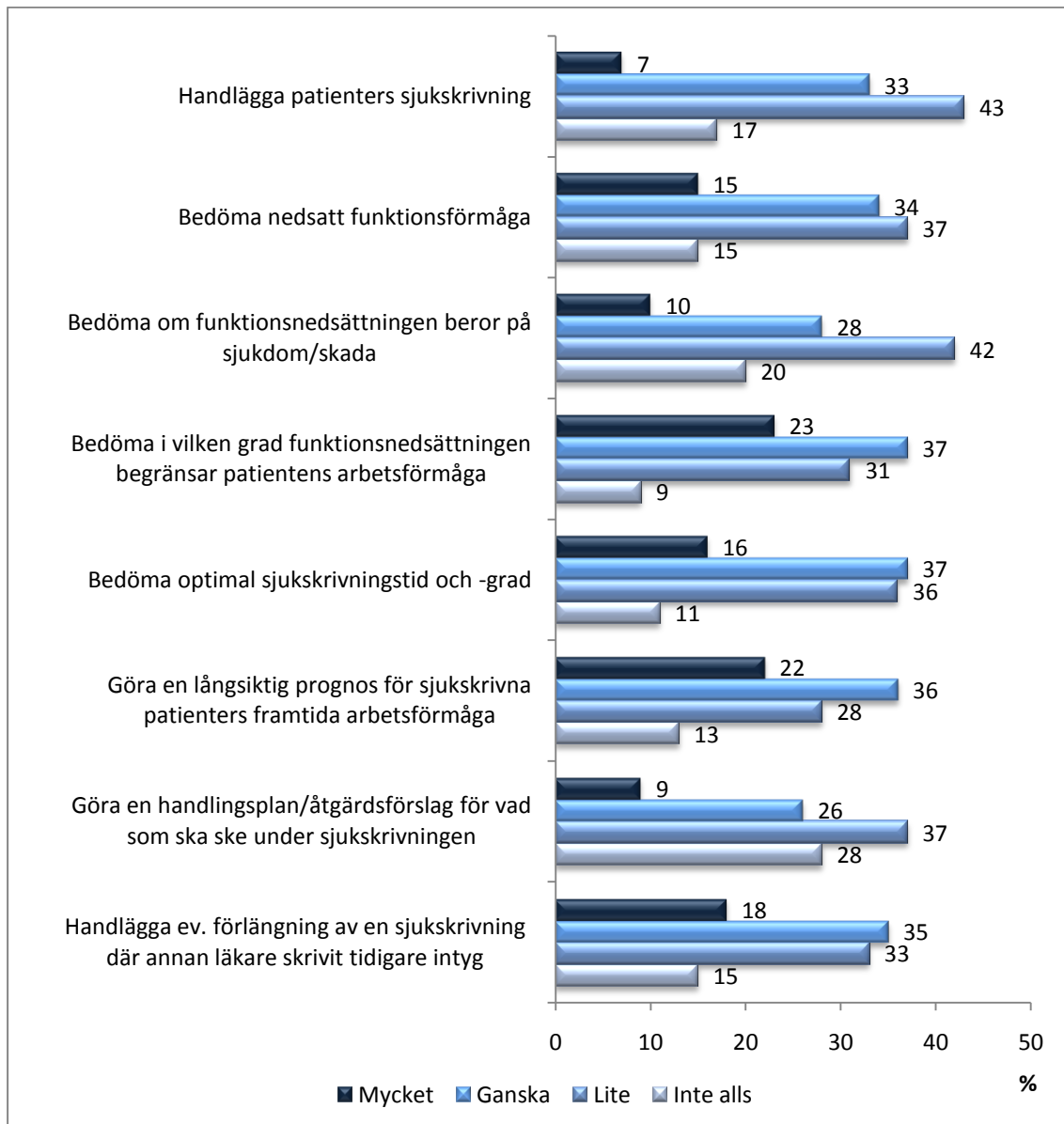
Tabell 14. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som upplevde att handlägga patienters sjukskrivning är mycket, ganska, lite alternativt inte alls problematiskt.

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Barn och ungdom	3	17	40	40
Företagshälsovård	2	26	44	27
Geriatric	3	21	46	30
Hud	3	29	47	21
Infektion	2	23	58	18
Invärtesmedicin	4	30	52	15
Kirurgi	3	19	47	31
Neurologi	4	40	46	10
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	5	26	49	20
Onkologi	2	12	57	29
Ortopedi	8	34	45	12
Psykiatri/missbruksvård	9	38	39	14
Rehabilitering	2	28	46	24
Reumatologi	8	42	41	9
Smärtmottagning	21	17	41	21
Vårdcentral/husläkarmottagning	12	49	34	6
Ögon	3	17	52	28
Öron-, näs- och hals	3	15	53	30
Annan klinik/mottagning	6	22	38	34
Administration/forskning/undervisning	5	22	46	28
Samtliga	7	33	43	17

Allvarlighetsgrad av specifika problem

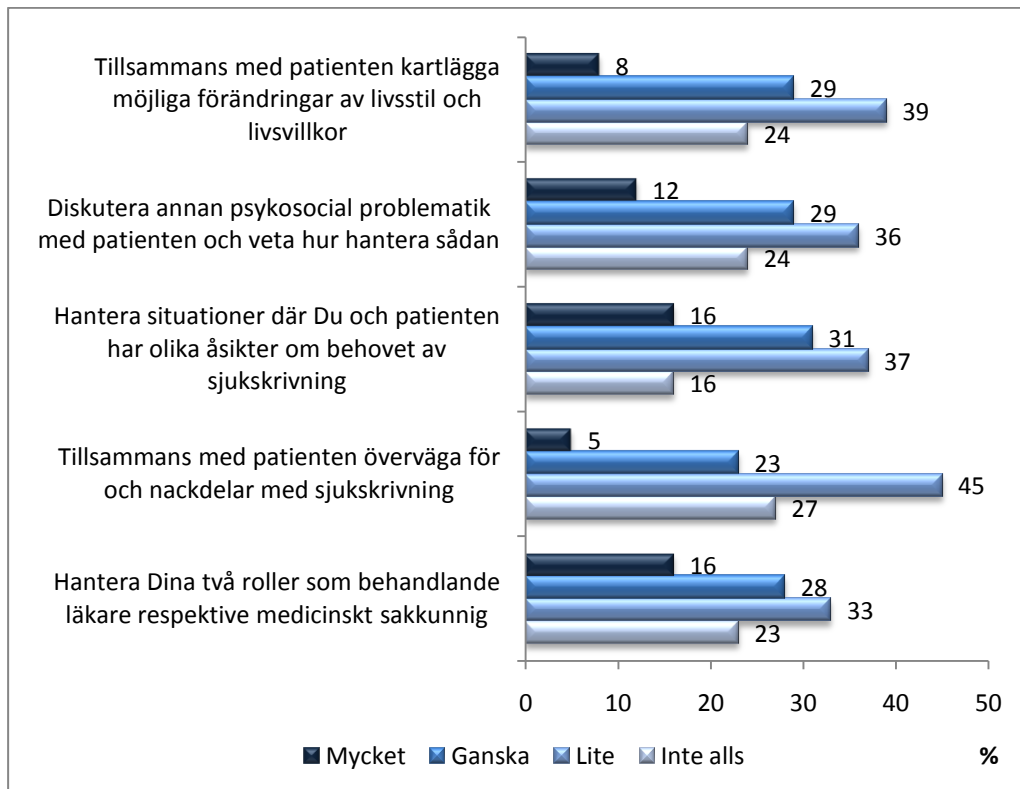
I enkäten ställdes frågor om specifika situationer i arbetet med sjukskrivning. Situationerna beskrevs i frågor om bedömning av funktions- och arbetsförmåga samt prognos, om problem i patientkontakten, i det administrativa arbetet eller med arbetsteamet. Samtliga situationer skulle anges efter hur problematiska de uppfattades; mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Fyrtio procent av läkarna uppgav att arbetet med sjukskrivning i allmänhet var ganska eller mycket problematiskt (figur 19). Det som högst andel läkare upplevde som mycket problematiskt var att bedöma graden av arbetsförmåga, 23 procent uppgav att det är mycket problematiskt och 37 procent att det är ganska problematiskt. Ungefär lika många tyckte det var problematiskt att göra en långsiktig prognos. Drygt hälften av läkarna uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att förlänga sjukskrivning efter en kollega.



Figur 19. Andel (%) som uppgav att olika aspekter av sjukskrivning är mycket, ganska, lite alternativt inte alls problematiskt.

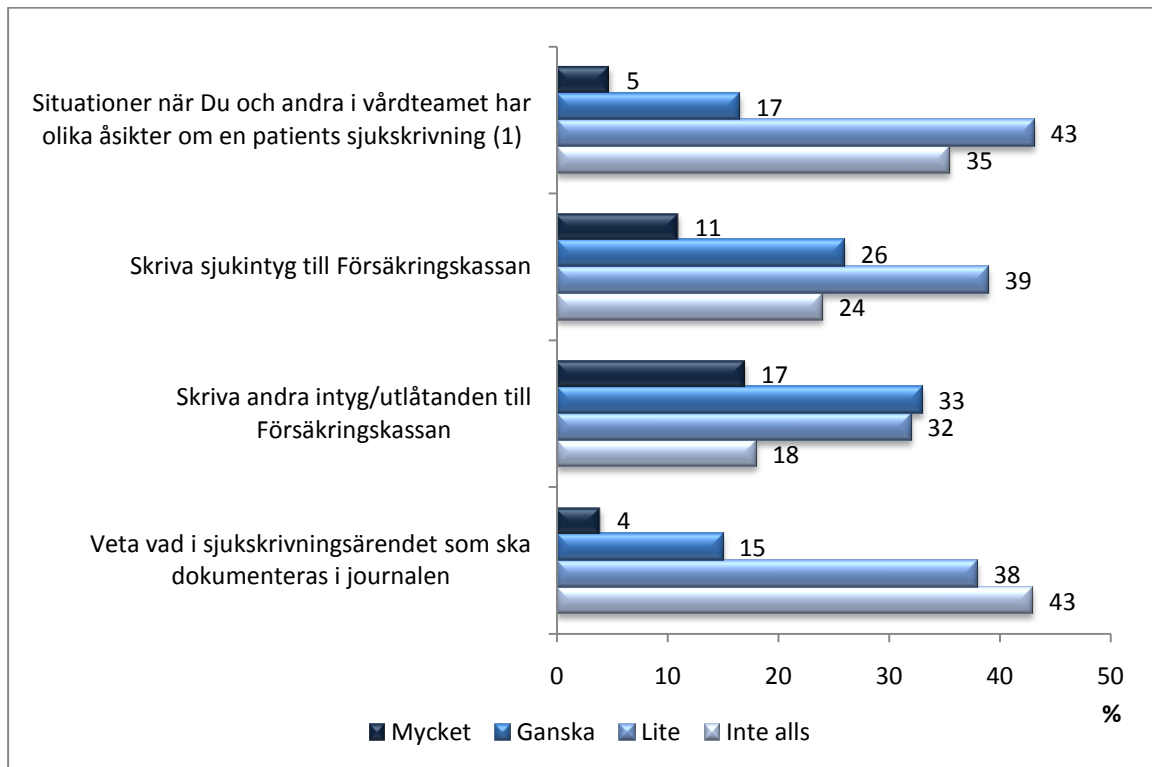
Några frågor behandlade problem i patientkontakten i samband med sjukskrivning (figur 20). Högst andel uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när patient och läkare har olika åsikt om behovet av sjukskrivning (47 %). Nästan lika stor andel (44 %) uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som patientens behandlare kontra rollen som medicinskt sakkunnig, en roll där läkaren ska avge sakligt utlåtande till annan organisation, t.ex. Försäkringskassan (2).



Figur 20. Andel (%) läkare som uppgav att olika situationer är mycket, ganska, lite alternativt inte alls problematiska.

Intyg, journaler och arbetsteam

När det handlade om mer administrativa frågor, att skriva olika typer av intyg, vad som ska dokumenteras i journalen och att hantera olika åsikter om sjukskrivning i arbetslaget, ansåg flest att intygsskrivningen var mest problematiskt. Mest problem rapporterades för andra medicinska intyg/utlåtanden än det medicinska underlaget, vilket hälften av läkarna uppgav som ganska eller mycket svårt (figur 21).

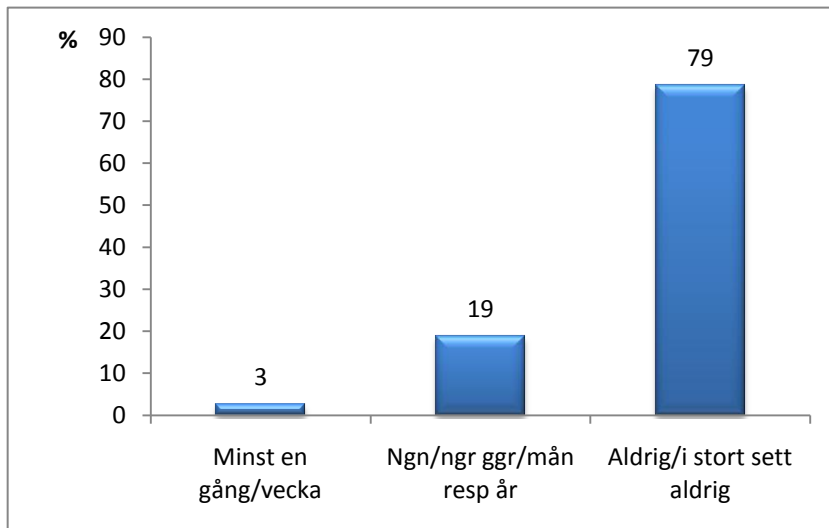


(1) De läkare (44 % av alla) som svarade 'ej aktuellt' är räknade som bortfall.

Figur 21. Andel (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera olika administrativa problem.

Tid för handledning/reflektion

Då det är välbelagt att den vetenskapliga kunskapen om optimal sjukskrivning är mycket knapp och att många upplever detta som en problematisk arbetsuppgift (1) torde möjlighet till handledning, reflektion och återkoppling för dessa uppgifter ha betydelse, inte minst för att etablera "beprövad erfarenhet" (2, 90). Nästan 80 procent hade aldrig eller i stort sett aldrig tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden (figur 22).



Figur 22. Andel (%) läkare som uppgav att viss tid var avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden.

Kort om problematik i sjukskrivningsarbetet

Att bedöma patienters arbetsförmåga upplevs fortfarande som problematiskt och många önskar en gemensam mall/verktyg för att bedöma detta. Andra vanliga problem var att göra prognoser för framtida arbetsförmåga, att bedöma sjukskrivningstid och grad samt att handlägga förlängningar av sjukskrivningar som andra läkare påbörjat. Det var lägre andel som uppgav att det var problematiskt att hantera meningsskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning. Upplevelsen av problem i arbetet måste tolkas med försiktighet. Ökad kompetens och riktlinjer kan till exempel öka medvetenheten om frågan och därmed öka upplevelsen av problem. Problemen kan också tänkas minska tack vare riktlinjer och kompetensutveckling.

Landstingets satsning på att förbättra kvalitén i sjukskrivningsprocessen

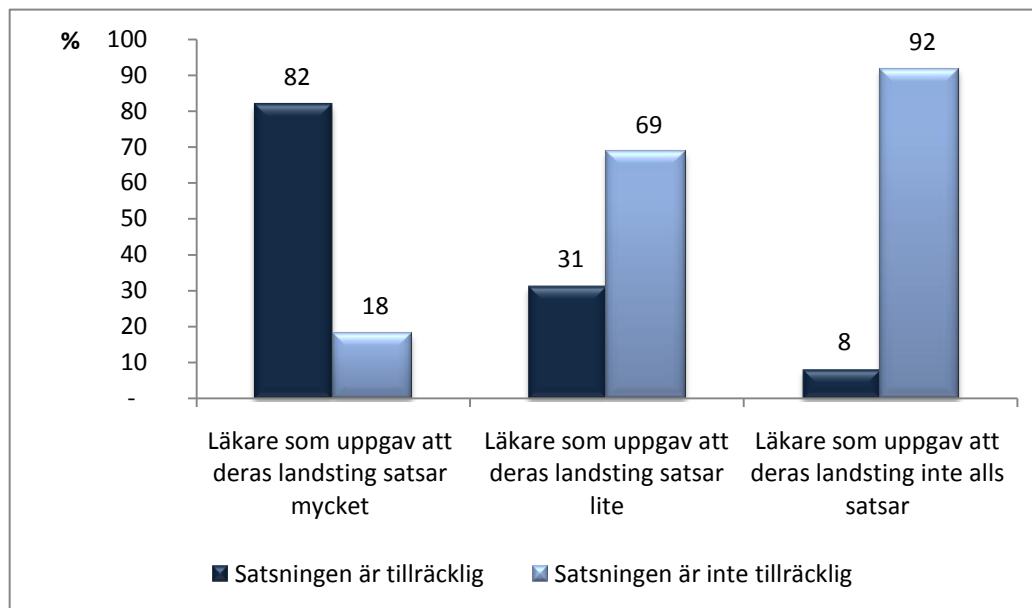
På frågan om landstingets satsning för att förbättra arbetet med patienters sjukskrivning svarade 15 procent att landstinget satsar mycket, 50 procent att de satsar lite och 35 procent att landstinget man jobbade i inte alls satsar på detta arbete. I tabell 15 visas hur läkare i respektive landsting besvarat frågan om hur mycket/lite deras landsting satsat på sjukskrivningsarbetet. I samma tabell visas resultatet av följdfrågan, om satsningen ansågs tillräcklig, oavsett satsningens storlek. Där svarade i genomsnitt en tredjedel (33 %) att satsningen var tillräcklig. Det innebär att två tredjedelar inte tyckte att landstingens satsning är tillräcklig.

Tabell 15. Andel (%) läkare som upplevde att det egna landstinget satsar mycket, lite eller inte alls på att förbättra arbetet med sjukskrivning, samt om den satsning som görs är tillräcklig.

Landsting	Ja, mycket	Ja, lite	Nej, inte alls	Satsningen är tillräcklig
Stockholm	14	51	35	30
Uppsala	8	51	41	29
Sörmland	27	51	22	35
Östergötland	16	49	35	30
Jönköping	24	49	27	42
Kronoberg	26	54	21	51
Kalmar	20	54	26	41
Gotland	9	58	33	30
Blekinge	10	61	29	29
Skåne	14	48	38	31
Halland	17	48	35	36
Västra Götaland	10	46	44	27
Värmland	21	58	20	43
Örebro	10	43	47	31
Västmanland	15	52	33	33
Dalarna	23	54	23	46
Gävleborg	11	49	41	34
Västernorrland	18	54	29	37
Jämtland	27	55	18	47
Västerbotten	17	54	29	38
Norrbottn	9	46	45	35
Hela landet	15	50	35	33

Variationerna mellan landstingen är relativt stor både när det gäller hur mycket läkarna ansåg att landstinget satsar och om satsningen är tillräcklig. Andelen läkare som ansåg att det egna landstinget satsar mycket varierade mellan 8 och 27 procent. Andelen som ansåg att landstinget inte alls satsar varierade mellan 18 och 47 procent. I Kronoberg ansåg hälften av läkarna att landstinget satsade tillräckligt, i Västra Götaland bara 27 procent. Bortfallet på denna fråga är större än för övriga frågor, 9 procent på frågan om hur mycket landstinget satsar på sjukskrivning och 25 procent på om satsningen är tillräcklig.

I figur 23 visas sambandet mellan hur mycket läkarna uppgav att landstinget satsar på att förbättra sjukskrivningsarbetet och om detta uppfattades som tillräckligt. Det finns ett tydligt samband mellan storlek på satsning och om satsningen uppfattades som tillräcklig.



Figur 23. Andel (%) läkare som uppgav att de uppfattar landstingets satsning på att förbättra sjukskrivningsarbetet som tillräcklig respektive otillräcklig, uppdelat på läkare som uppgav att landstinget satsat mycket, lite eller inte alls.

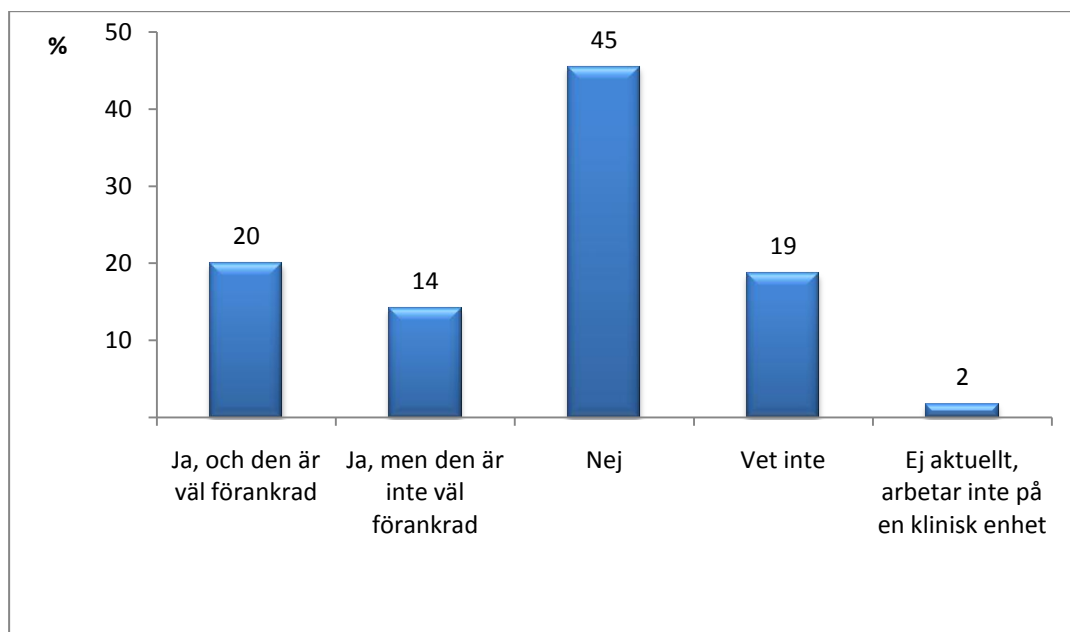
Gemensam sjukskrivningspolicy och stöd från ledningen

Ett huvuduppdrag för landstingen i den så kallade miljardsatsningen har sedan 2006 varit att förbättra ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter (13). I enkäten är ett stort antal frågor avsedda att spegla eventuell effekt av sådan ledning och styrning medan två frågor mer direkt berör detta. De två frågorna handlar dels om förekomst av en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning och dels om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i detta arbete.

Här redovisas svaren på dessa frågor, och svaren ställs även i relation till svaren på några andra frågor.

En gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 34 procent att en sådan finns och 20 procent av dem uppgav att den även var väl förankrad (figur 24). Nitton procent av läkarna angav att de inte visste huruvida det fanns en sådan policy på sin arbetsplats.



Figur 24. Andel (%) läkare som uppgav att det finns en gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på kliniken/mottagningen.

När dessa svar redovisas för respektive klinik/mottagning i tabell 16 framkommer att en gemensam policy (ja, väl förankrad och ja, men ej väl förankrad) var vanligast inom företagshälsovården (60 %) och på rehabiliteringskliniker (55 %). Motsvarande siffra var lägst för infektionskliniker, 11 procent. Kliniker/mottagningar med mycket låg andel läkare som har sjukskrivningsärenden, t.ex. barn- och ungdomskliniker/mottagningar har ändå inte lägst andel läkare som uppgav att det finns en gemensam policy i sjukskrivningsfrågor.

Tabell 16. Andel (%) läkare som hade/inte hade en gemensam policy i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Barn och ungdom	22	14	37	26	1
Företagshälsovård	47	13	34	4	2
Geriatrisk	9	6	66	19	
Hud	13	9	63	14	2
Infektion	5	6	68	20	0
Invärtesmedicin	8	10	52	29	0
Kirurgi	10	14	52	24	0
Neurologi	7	11	58	21	3
Obstetrik/gynekologi/mödrhälsovård	25	22	37	15	1
Onkologi	12	10	60	18	0
Ortopedi	12	14	55	18	1
Psykiatri/missbruksvård	15	12	48	23	2
Rehabilitering	37	18	32	10	3
Reumatologi	12	15	57	15	1
Smärtmottagning	47	7	36	7	4
Vårdcentral/husläkarmottagning	32	19	35	13	1
Ögon	12	9	58	21	1
Öron-, näs- och hals	8	14	63	14	1
Annan klinik/mottagning	18	6	40	23	12
Administration/forskning/undervisning	19	14	33	15	18
Samtliga	20	14	45	19	2

Det fanns även skillnader mellan landstingen. Det landsting där störst andel läkare uppgav att de har en gemensam policy (ja, väl förankrad och ja, men ej väl förankrad) var Sörmland (45 %) och det landsting där minst andel läkare uppgav att de har en gemensam policy var Gotland (21 %) (tabell 17).

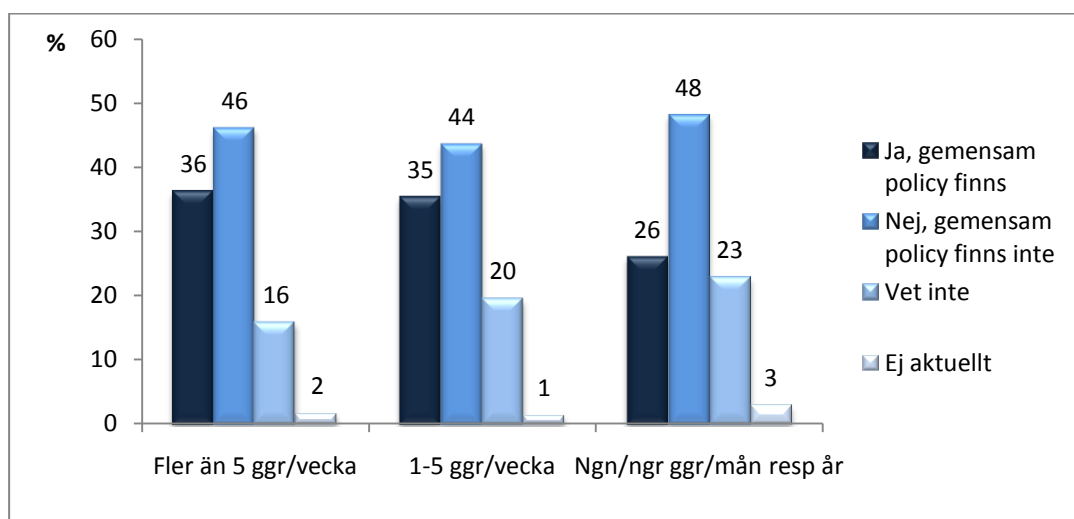
Tabell 17. Andel (%) läkare som hade/inte hade en gemensam policy i sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet
Stockholm	17	13	47	20	2
Uppsala	17	14	44	22	3
Sörmland	29	16	33	21	1
Östergötland	28	13	40	17	2
Jönköping	30	14	38	16	1
Kronoberg	22	17	41	19	1
Kalmar	21	15	45	17	2
Gotland	11	10	54	24	1
Blekinge	17	14	52	17	1
Skåne	23	12	46	17	2
Halland	21	16	47	16	1
Västra Götaland	16	14	49	19	1
Värmland	21	23	38	16	2
Örebro	21	12	49	17	2
Västmanland	15	16	48	18	2
Dalarna	24	15	41	20	0
Gävleborg	17	15	49	18	1
Västernorrland	18	15	49	17	1
Jämtland	15	22	42	19	2
Västerbotten	25	12	41	20	2
Norrbottn	24	15	44	15	2
Hela landet	20	14	45	19	2

Sjukskrivningspolicy och några andra faktorer

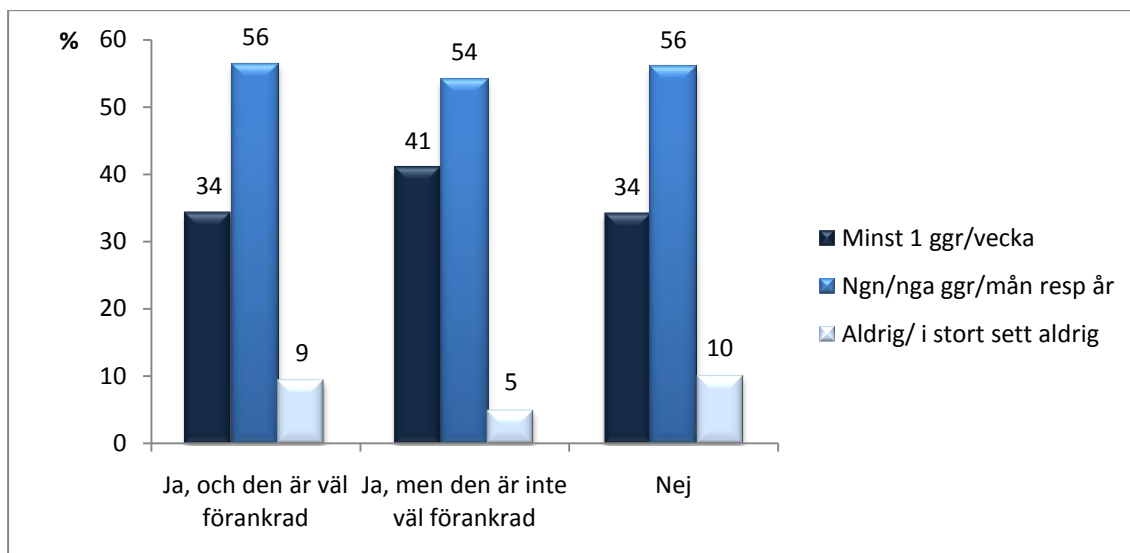
På de kommande sidorna redovisas relationer mellan hur personer svarat på frågan om förekomst av gemensam policy och några andra frågor. Här är det centralt att komma ihåg att dessa relationer *inte* är orsakssamband, dvs. det går utifrån dessa data inte att dra slutsatser om huruvida en gemensam policy t.ex. innebär ökad eller minskad risk för att uppleva problem med sjukskrivningsarbetet. Det motsatta går inte heller att säga, dvs. att de som har problem ser till att få en policy.

I figur 25 visas andel läkare som arbetar på en klinik/mottagning med en policy (väl förankrad eller inte väl förankrad policy) för sjukskrivningsarbetet, de som inte har någon policy och de som inte visste om det fanns en policy i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. De som en gång i veckan eller oftare hade sjukskrivningsärenden hade i större utsträckning en gemensam policy i sjukskrivningsärenden på sin arbetsplats än de som uppgav att de har sjukskrivningsärenden mer sällan.



Figur 25. Andel (%) som hade/inte hade en gemensam sjukskrivningspolicy på sin klinik/mottagning, alternativt inte visste om de hade en policy, i relation till hur ofta de mötte patienter aktuella för sjukskrivning.

Det fanns inte någon större skillnad mellan hur ofta läkare upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska och om de arbetade på en klinik/mottagning med en policy i sjukskrivningsfrågor eller inte (figur 26). Det enda resultat som avviker är att de som hade en policy men som inte var väl förankrad visade sig i större utsträckning ofta ha problematiska sjukskrivningsärenden.

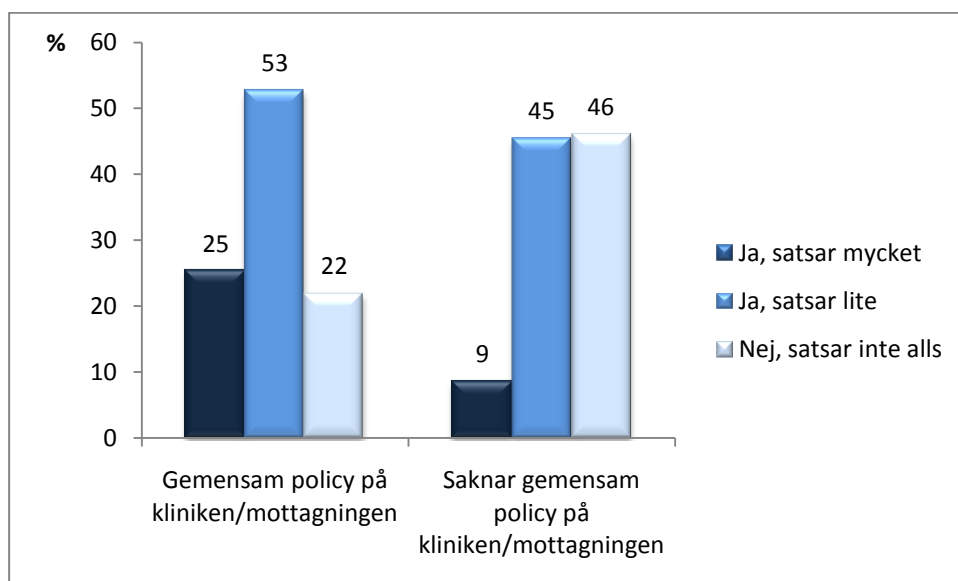


Figur 26. Andel (%) läkare som hade en väl förankrad, ej väl förankrad alternativt ingen gemensam policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen relaterat till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska.

Policy är en central fråga för arbetet med att höja och säkra kvalitén i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar. Därför har vi även relaterat svaren om förekomst av gemensam policy i sjukskrivningsfrågor till hur läkarna svarat på andra frågor. I de analyserna har de som svarat att de inte visste om det fanns en gemensam policy inte tagits med. De frågor som visade sig ha störst signifikant korrelation (samband) i korrelationsanalyser av samtliga frågor redovisas här, nämligen:

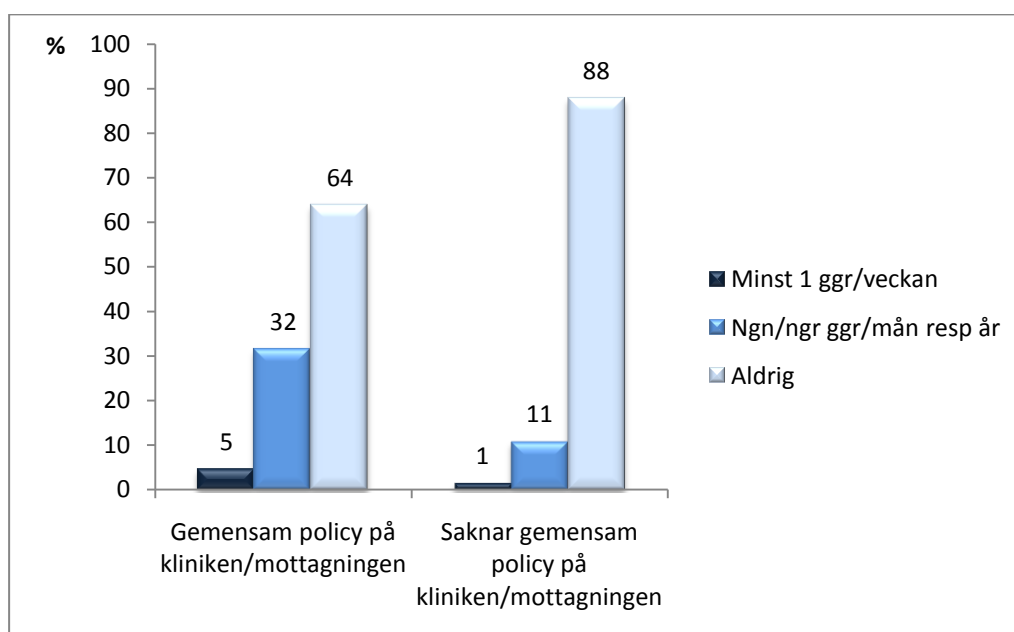
- Om läkarna upplevde att landstinget satsar på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden (figur 27).
- Hur ofta läkarna uppgav att de använder beslutsstödet. Se figur 50, under rubrik Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd.
- I vilken utsträckning läkarna uppgav att beslutstödet hjälpt dem utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden. Se figur 43, under rubrik Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd.
- Hur ofta läkarna uppgav att de hade tid avsatt för handledning, återkoppling och reflektion avseende sjukskrivningsärenden (figur 28).
- Hur ofta läkarna uppgav att de hade avstämningsmöten kring sjukskrivna patienter (figur 29).
- I vilken utsträckning läkarna uppgav att de hade inplanerade möten med Försäkringskassan, se figur 57, under rubrik Kontakter med Försäkringskassan.
- Hur ofta läkarna uppgav att de samarbetade med andra yrkesgrupper och andra läkare (tabell 18).
- Om de upplevde stöd från sin närmaste ledning på kliniken/mottagningen (figur 30).

Där det fanns en gemensam policy upplevde en högre andel läkare att det egna landstinget satsade på att förbättra sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning (figur 27).



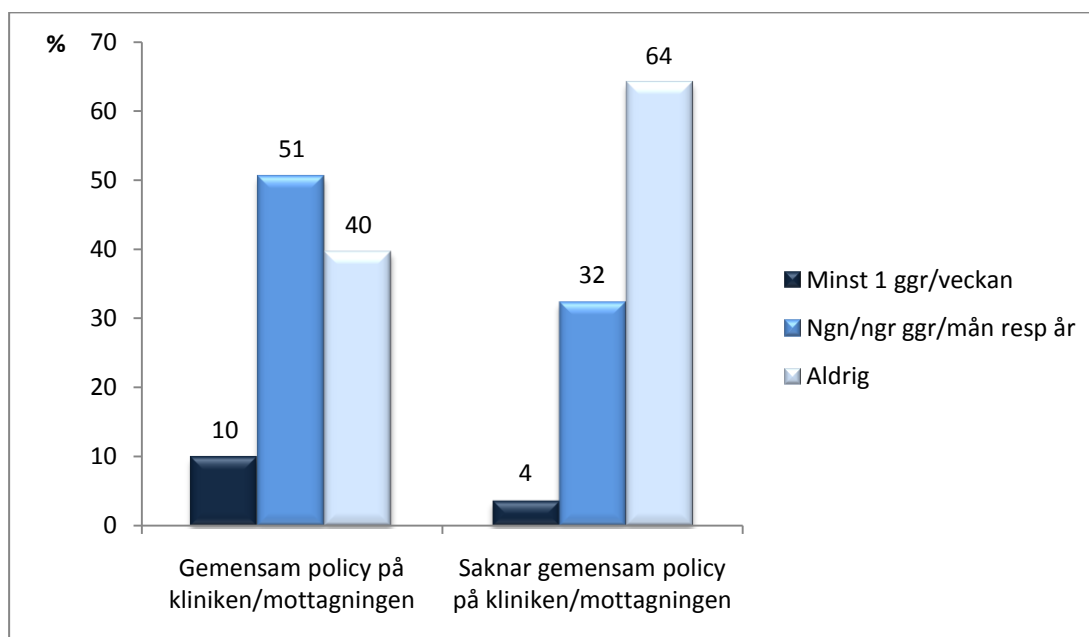
Figur 27. Andel (%) läkare som upplevde att landstinget satsade mycket, lite eller inte alls på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på förekomst av gemensam policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen.

Majoriteten av läkarna hade inte någon tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion. I figur 28 kan samtidigt en tydlig skillnad ses mellan läkare som arbetade på kliniker/mottagningar där det fanns en gemensam policy och inte - en högre andel av läkarna på arbetsplats med policy hade avsatt tid för handledning etc. avsatt åtminstone någon gång per år – 37 jämfört med 12 procent.



Figur 28. Andel (%) läkare som hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i relation till förekomst av gemensam policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen.

Även när det gällde samverkan visade det sig göra skillnad om det fanns en gemensam policy eller inte (figur 29). Av dem som hade en gemensam policy deltog 61 procent någon gång i avstämningsmöten kring patienten jämfört med 36 procent av dem som inte hade någon gemensam policy.



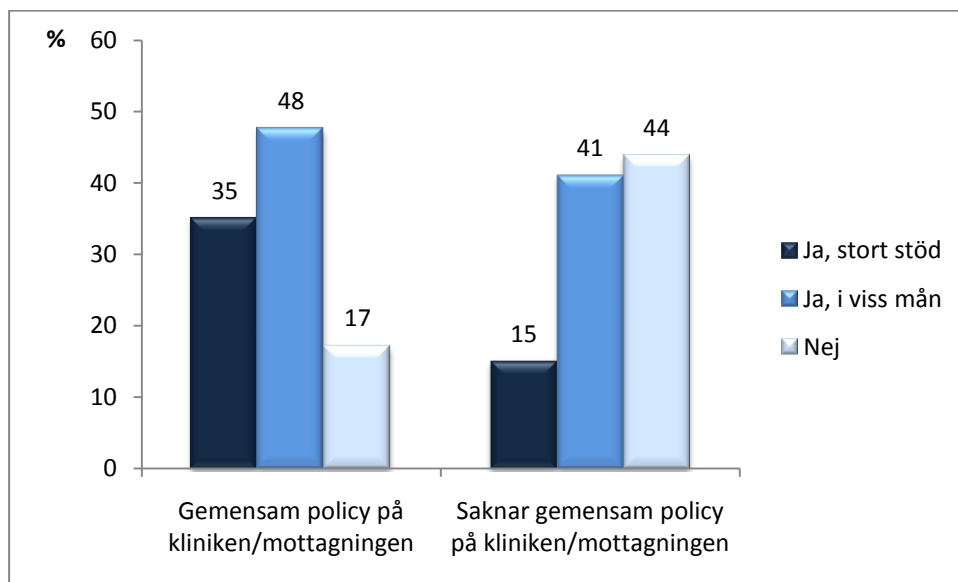
Figur 29. Andel (%) läkare som uppgav att de deltar i avstämningsmöten kring patienten, relaterat till förekomst av gemensam policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen.

Andra frågor där det finns ett samband med gemensam policy i sjukskrivningsfrågor är samarbete och remittering (tabell 18). En högre andel läkare samarbetade eller remitterade till andra yrkeskategorier och samråder med kolleger bland läkare som har en policy jämfört med dem som inte har någon. Skillnaderna är statistiskt signifikanta.

Tabell 18. Andel (%) läkare med respektive utan policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen som uppgav hur ofta de hade samarbete med kolleger eller andra yrkeskategorier.

	Gemensam policy på klinik/mottagning	Minst en gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
Hur ofta samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden	Ja	19	57	24
	Nej	10	46	44
Hur ofta samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden	Ja	26	52	22
	Nej	14	47	39
Hur ofta samråder du med andra läkare i sjukskrivningsärenden	Ja	10	70	20
	Nej	4	59	37

Skillnaderna mellan läkare som arbetade med sjukskrivning på en klinik/mottagning med en gemensam policy respektive de som inte gjorde det var således betydande när det gällde olika situationer i sjukskrivningsarbetet. Figur 30 visar att skillnaderna även fanns när det gällde upplevt stöd från den närmaste ledningen. Bland dem som hade en gemensam policy upplevde 35 procent ett stort stöd från den närmaste ledningen. Motsvarande andel bland dem på en enhet där en gemensam policy saknades var 15 procent. Återigen är det viktigt att påpeka att det inte går att säga något om huruvida detta är ett orsakssamband eller om riktningen på ett eventuellt sambandet.

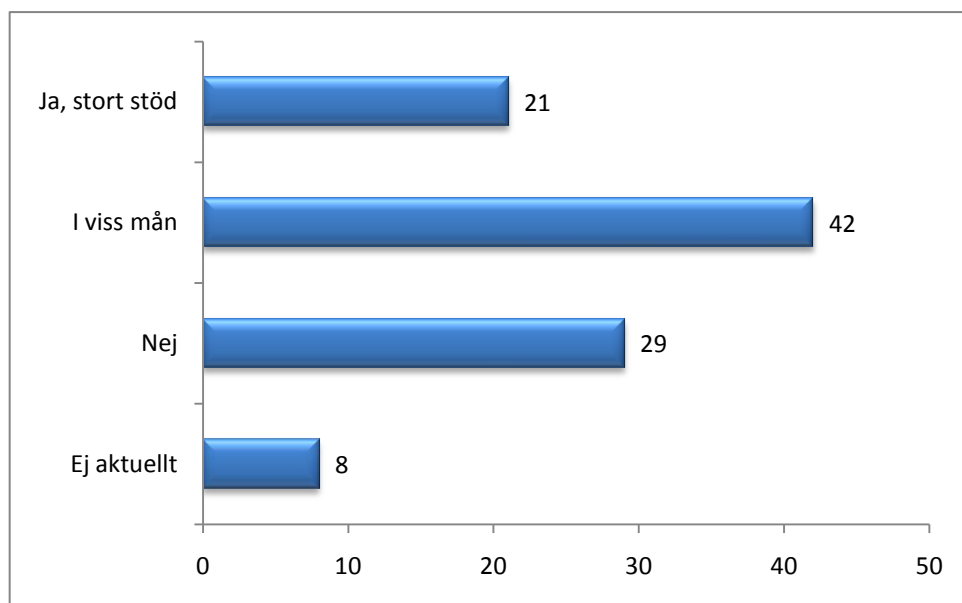


Figur 30. Andel (%) läkare som hade stöd från närmaste ledning på klinik/mottagning i sitt arbete med sjukskrivning, uppdelat på förekomst av gemensam policy i sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen.

En gemensam policy för sjukskrivningsfrågor hade var tredje läkare medan hälften inte hade någon policy och resterande inte visste ifall det fanns någon policy eller inte. Jämförelsen med 2004 tyder inte på att någon större ökning skett (se avsnitt 3).

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Förutom en gemensam policy för arbetet ställdes en fråga om stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. Figur 31 visar att 63 procent kände stort stöd eller att de i viss mån hade stöd i sitt sjukskrivningsarbete. Nästan 30 procent uppgav att de inte hade något stöd i detta arbete.



Figur 31. Andel (%) läkare som uppgav att de har/inte har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Uppdelat på landsting (tabell 19) var Östergötland det län där högst andel läkare (27 %) uppgav att de kände stort stöd i sjukskrivningsarbetet från sin ledning.

Tabell 19. Andel (%) läkare som uppgav att de har/inte har stöd från sin ledning, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar ej på en klinisk enhet
Stockholm	19	41	29	10	1
Uppsala	19	46	27	6	2
Sörmland	26	47	22	5	0,3
Östergötland	27	43	24	5	1
Jönköping	21	46	25	7	0,2
Kronoberg	23	47	25	4	0,4
Kalmar	26	42	24	8	
Gotland	15	43	41	1	
Blekinge	22	41	33	5	1
Skåne	22	39	30	9	1
Halland	18	42	30	10	1
Västra Götaland	19	41	32	7	1
Värmland	25	37	31	5	2
Örebro	20	44	29	6	1
Västmanland	17	44	30	8	1
Dalarna	25	50	21	3	
Gävleborg	16	43	34	6	1
Västernorrland	21	45	28	5	1
Jämtland	20	45	30	5	
Västerbotten	24	41	28	5	1
Norrbotten	23	42	26	8	1
Hela landet	21	42	29	7	1

Det fanns viss skillnad mellan de olika klinikerna/mottagningarna vad gäller om läkarna ansåg sig ha stöd från sin ledning (tabell 20). På smärtmottagningar upplevde 32 procent av läkarna att de hade stort stöd från sin ledning.

Tabell 20. Andel (%) läkare som uppgav att de har/inte har stöd från sin ledning, uppdelat på klinik/mottagning.

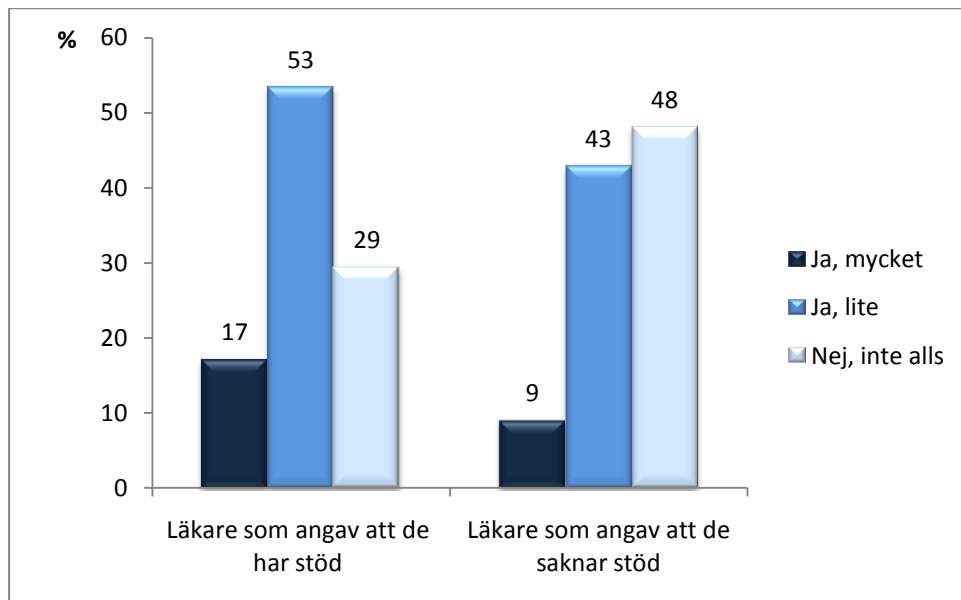
Klinik/mottagning	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar ej på en klinisk enhet
Barn och ungdom	23	40	32	3	2
Företagshälsovård	31	29	23	13	3
Geriatrisk	15	38	42	6	
Hud	19	40	26	14	1
Infektion	17	38	41	3	1
Invärtesmedicin	16	44	36	4	0,3
Kirurgi	19	39	36	6	0,2
Neurologi	12	36	46	6	
Gynekologi/obstetrik/ mödrahälsovård	24	44	23	9	1
Onkologi	19	43	37	2	
Ortopedi	17	45	33	5	0,1
Psykiatri/missbruksvård	19	44	29	8	0,4
Rehabilitering	28	38	25	7	2
Reumatologi	21	43	31	5	
Smärtmottagning	32	19	23	24	2
Vårdcentral/husläkarmottagning	26	46	21	7	0,3
Ögon	16	43	33	7	1
Öron-, näs- och hals	18	40	29	13	
Annan klinik/mottagning	14	27	35	18	5
Administration/forskning/ undervisning	20	41	21	12	6
Samtliga	21	42	29	7	1

Stödet från den närmaste ledningen kan, liksom gemensam policy i sjukskrivningsfrågor, ha samband med svar på andra frågor. De frågor som visade sig ha störst signifikant korrelation (samband) i korrelationsanalyser av samtliga frågor redovisas här;

- Om läkarna upplevde att landstinget satsade på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden (figur 32).
- Hur ofta läkarna uppgav att de har tid avsatt för handledning, återkoppling och reflektion avseende sjukskrivningsärenden (figur 33).
- Hur ofta läkarna uppgav att de samråder med andra läkare i sjukskrivningsärenden (figur 34).
- I vilken utsträckning läkarna uppgav att kontakter med andra läkare och annan vårdpersonal hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden (figur 35).
- Hur läkarna värderade kontakter med andra läkare och annan vårdpersonal för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (figur 36).

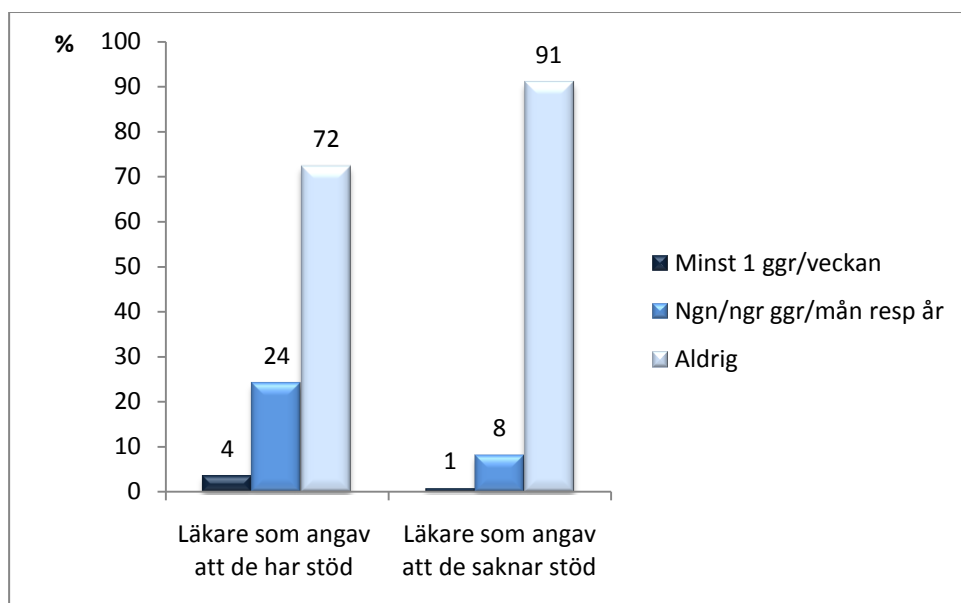
Det går inte att uttala sig om riktningen på eventuella samband.

De läkare som upplevde att de hade stöd i arbetet med sjukskrivning upplevde också i högre grad, än de som inte hade det, att landstinget satsade på att förbättra sjukskrivningsarbetet (figur 32).



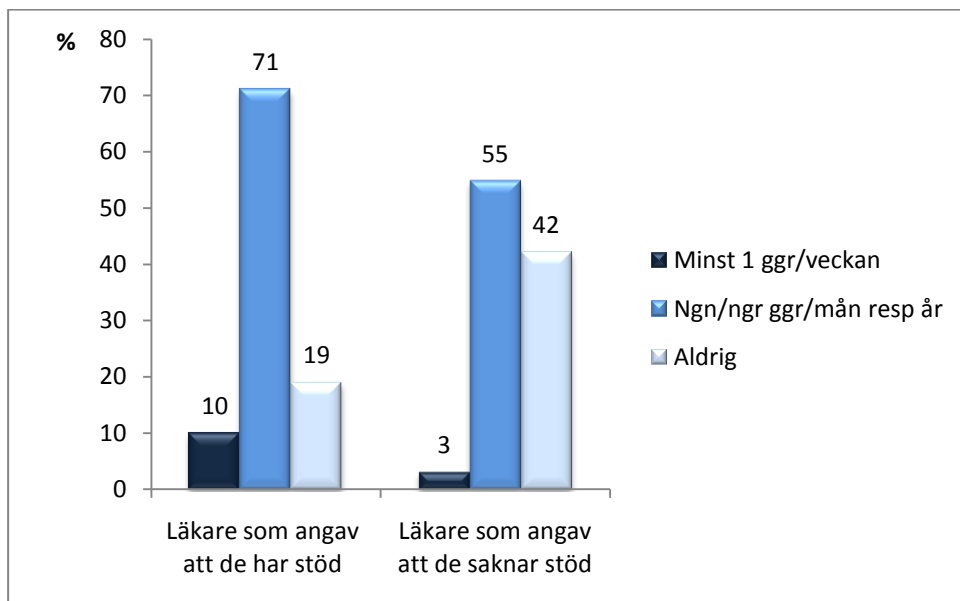
Figur 32. Andel (%) läkare, med respektive utan stöd från ledningen, som upplevde att landstinget satsade mycket, lite eller inte alls på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden.

Oavsett stöd i arbetet uppgav majoriteten att de aldrig hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion kring sjukskrivningsarbetet (figur 33) (se även figur 22 och tabell 15 och 16). En fjärdedel av de läkare som upplevde stöd hade viss tid avsatt medan motsvarande var åtta procent bland dem som inte hade stöd från ledningen.



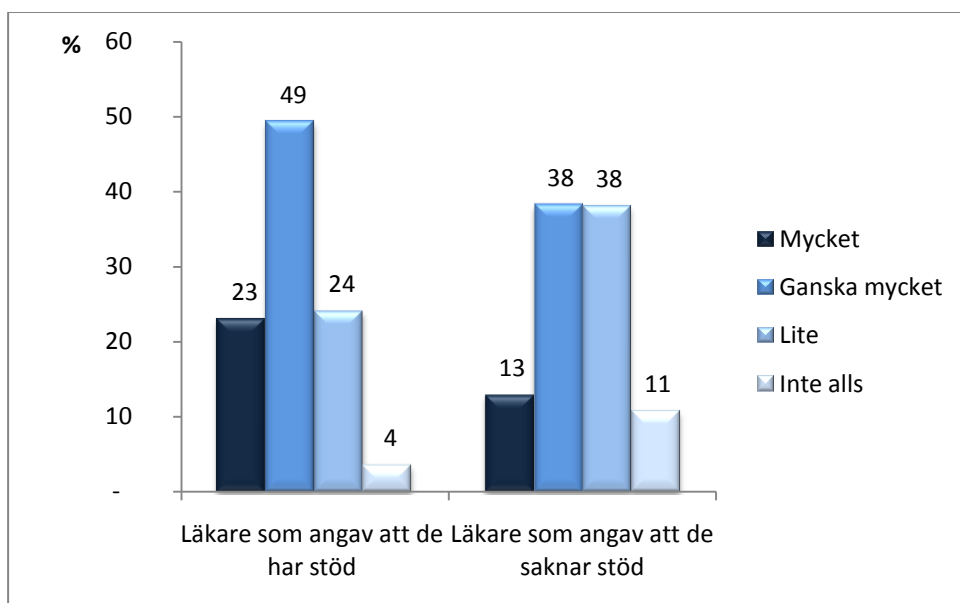
Figur 33. Andel (%) läkare, med stöd respektive utan stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor, som uppgav att de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

En högre andel av de läkare som hade stöd från ledningen samrådde med kolleger i sjukskrivningsärenden (figur 34).



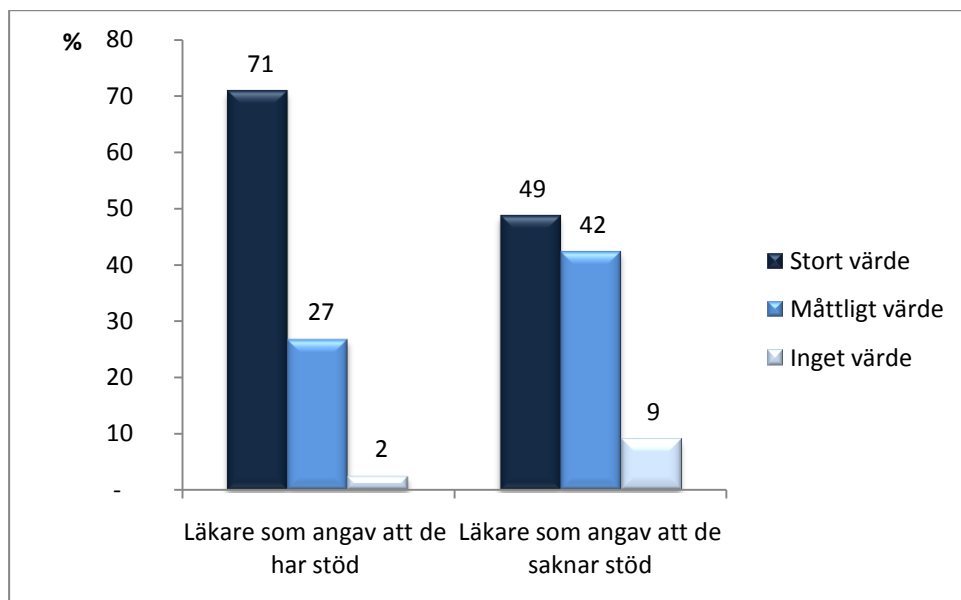
Figur 34. Andel (%) läkare, med respektive utan stöd från ledningen, som uppgav att de samråder/inte samråder med andra läkare i sjukskrivningsfrågor.

Det fanns en stor skillnad i hur läkare med och utan ledningens stöd uppgav att kontakt med andra läkare och annan vårdpersonal har för betydelse för utveckling av kompetensen i sjukskrivningsfrågor (figur 35). Sjuttiofyra procent av läkare med stöd och 51 procent av läkare utan stöd uppgav att dessa kontakter utvecklade deras kompetens mycket eller ganska mycket.



Figur 35. Andel (%) läkare, med respektive utan stöd från ledningen, som uppgav att kontakter med andra läkare och annan vårdpersonal utvecklade deras kompetens i sjukskrivningsärenden.

Ännu större var skillnaden mellan dessa grupper när det gäller hur stort värde de anser att dessa kontakter har för hög kvalitet i arbetet (figur 36). Sjuttioen procent av läkarna med stöd från ledningen uppgav att kontakterna var av stort värde medan 49 procent av läkare utan stöd uppgav detsamma.



Figur 36. Andel (%) läkare, med respektive utan stöd från ledningen, som uppgav att kontakter med andra läkare och annan vårdpersonal har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar

Kort om policy och ledning

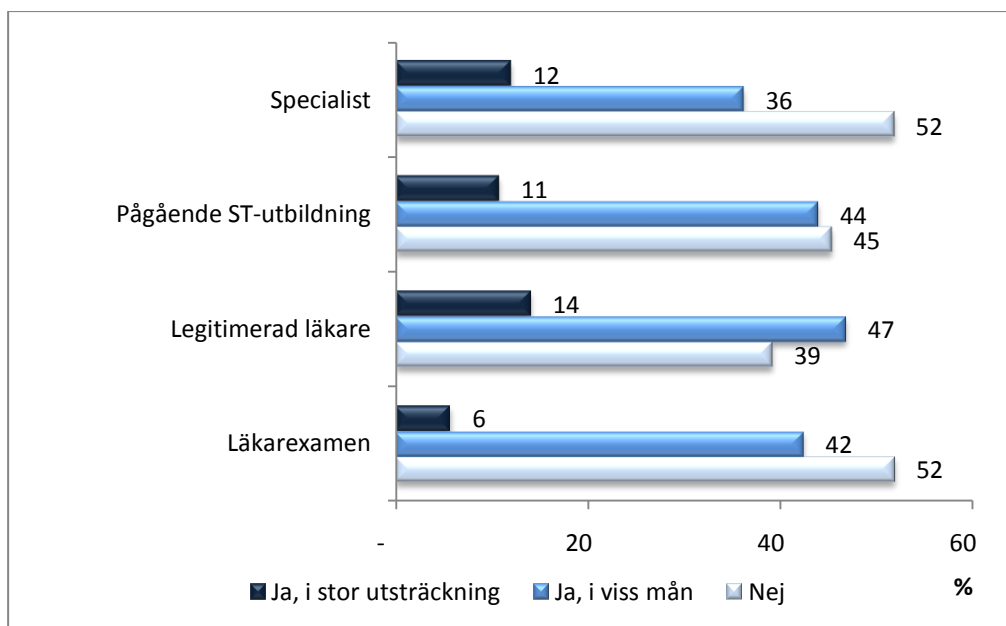
Stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor hade fortfarande endast en femtedel av läkarna. En tredjedel upplevde att landstinget inte satsade på att förbättra sjukskrivningshandläggningen. De flesta läkare har således inte en väl förankrad policy för sjukskrivning och inte heller stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef. Ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet är fortfarande ett område som går att förbättra. Hur detta arbete bör ledas och styras är inte enkelt, men våra resultat understryker behovet av fortsatta studier.

Sjukskrivning som arbetsmiljöproblem

Tidigare undersökningar har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem och en fråga ställdes därför i vilken utsträckning sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem. Ungefär hälften av både kvinnorna (52 %) och männen (49 %) uppfattade att det i viss mån eller i stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem och hälften att det inte var det (ej i figur).

Per utbildningsnivå

I figur 37 visas andel läkare som uppgav att arbetet med sjukskrivning var ett arbetsmiljöproblem, fördelat efter utbildningsnivå. Det finns inte så stora skillnader och inte något entydigt mönster i svaren på den frågan.



Figur 37. Andel (%) läkare som uppgav att sjukskrivning i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte, är ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Per landsting

Det fanns mindre skillnader i uppfattning mellan läkare i olika landsting (tabell 21). Värmland hade högst andel (16 %) som ansåg att sjukskrivning i stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem medan nio procent i Västerbotten tyckte det. I Örebro respektive Västerbotten ansåg 55 procent att sjukskrivningsarbetet inte var ett arbetsmiljöproblem.

Tabell 21. Andel (%) läkare per landsting som uppgav att arbete med sjukskrivning var ett arbetsmiljöproblem.

Landsting	Ja, i stor utsträckning	Ja, i viss mån	Nej
Stockholm	10	36	54
Uppsala	11	37	53
Sörmland	11	39	50
Östergötland	11	39	50
Jönköping	11	45	45
Kronoberg	10	39	51
Kalmar	13	37	50
Gotland	12	47	41
Blekinge	14	40	46
Skåne	10	38	52
Halland	14	41	45
Västra Götaland	14	40	45
Värmland	16	41	43
Örebro	11	34	55
Västmanland	14	34	52
Dalarna	12	39	49
Gävleborg	10	47	42
Västernorrland	11	39	51
Jämtland	12	46	43
Västerbotten	9	36	55
Norrbotten	10	37	54
Hela landet	11	39	50

Per typ av klinik/mottagning

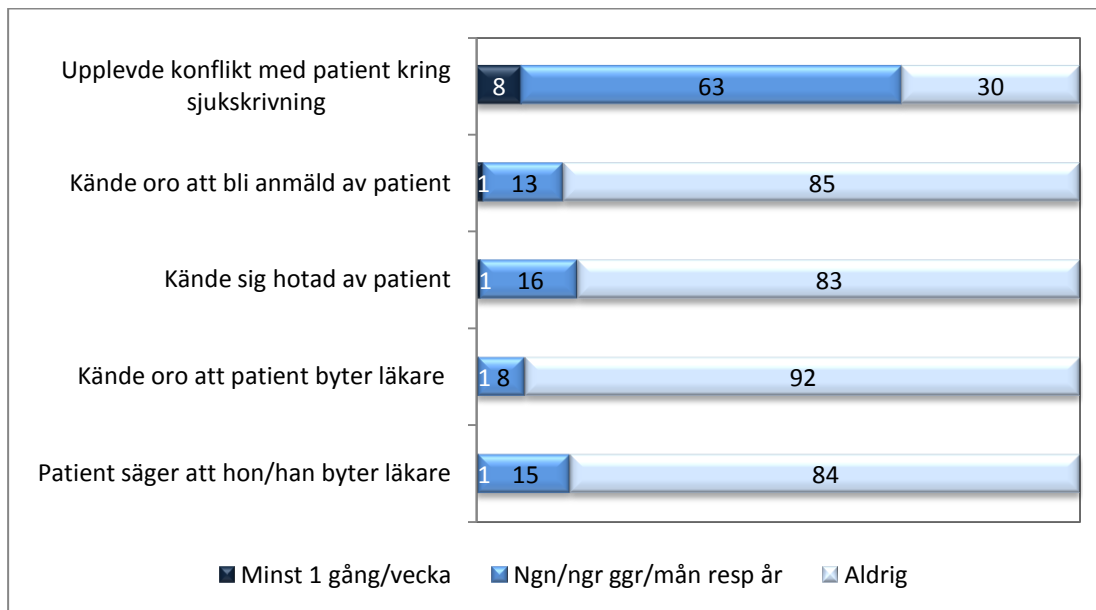
Problemen med sjukskrivning varierade med typ av klinik/mottagning och det gjorde även frågan om sjukskrivning sågs som ett arbetsmiljöproblem. Var femte läkare inom vårdcentral/husläkarmottagningar ansåg att sjukskrivning i stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem. Drygt hälften av dessa ansåg att det i viss mån var ett arbetsmiljöproblem (tabell 22). Nästan lika hög andel av läkarna på ortopedkliniker uppgav detsamma. Mer än hälften av läkarna inom psykiatri, neurologi och reumatologi ansåg också att sjukskrivning i stor utsträckning eller i viss mån var ett arbetsmiljöproblem. Knappt 80 procent av läkarna på barn- och ungdomskliniker/mottagningar såg däremot inte sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem.

Tabell 22. Andel (%) per klinik/mottagning som uppgav att arbete med sjukskrivning var ett arbetsmiljöproblem.

Klinik/mottagning	Ja, i stor utsträckning	Ja, i viss mån	Nej
Barn och ungdom	3	19	78
Företagshälsovård	7	30	64
Geriatric	1	21	78
Hud	3	23	74
Infektion	3	22	75
Invärtesmedicin	4	32	64
Kirurgi	4	27	69
Neurologi	12	47	40
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	5	35	60
Onkologi	4	30	66
Ortopedi	18	50	32
Psykiatri/missbruksvård	16	42	42
Rehabilitering	9	36	55
Reumatologi	10	57	32
Smärtmottagning	9	35	55
Vårdcentral/husläkarmottagning	21	52	26
Ögon	5	18	77
Öron-, näs- och hals	2	28	70
Annan klinik/mottagning	6	24	70
Administration/forskning/undervisning	3	27	70
Samtliga	11	39	50

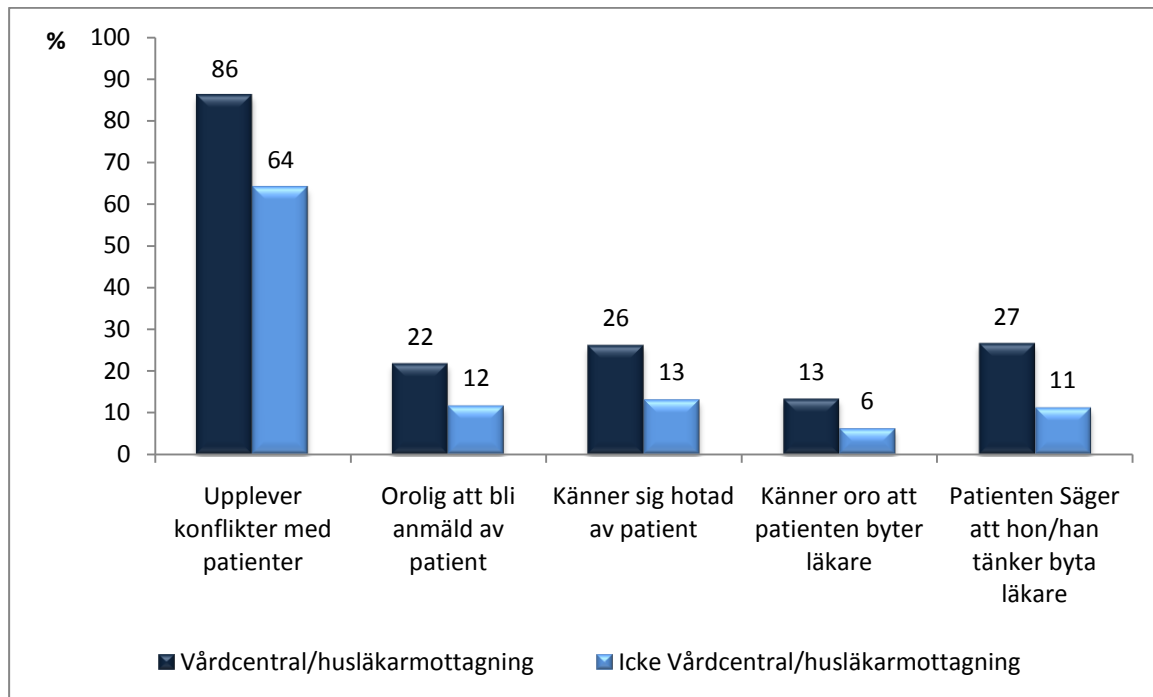
Oro, hot och konflikter

Oro, hot och konflikter som läkare kan uppleva kan användas som indikatorer på den psykosociala arbetsmiljön. Knappt tio procent upplevde konflikt med patienten om sjukskrivning minst en gång i veckan medan 30 procent aldrig eller nästan aldrig hade någon konflikt med patienten (figur 38). Fler hade upplevt konflikt med patienten kring sjukskrivning än känt sig hotad av en patient kring sjukskrivning eller känt oro för att bli anmälda av en patient i samband med sjukskrivning.



Figur 38. Andel (%) läkare som uppgav att de upplevde problem med oro, hot och konflikt i sjukskrivningssituation olika ofta.

Detta varierade med typ av klinik/mottagning. I nedanstående figur 39 har för varje upplevd situation svarsalternativen *minst en gång i veckan* och *någon gång per månad eller år* lagts samman. En högre andel läkare på vårdcentraler/husläkarmottagningar kände sig oroliga och hotade jämfört med läkare på övriga kliniker/mottagningar. Andel som uppgav konflikt med patienten var högst bland läkare på vårdcentraler men även bland övriga läkare var andelen hög.



Figur 39. Andel (%) läkare som uppgav att de upplevde problem med oro, hot och konflikt i sjukskrivningssituation någon gång per år eller oftare, uppdelat på vårdcentral och övriga typer av kliniker/mottagningar.

Vid en korrelationsanalys framkommer inget signifikant samband mellan svaren på oro, hot eller konflikt med patienter och om det fanns en gemensam sjukskrivningspolicy där läkaren arbetade eller om läkaren hade stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor.

Kort om sjukskrivning som arbetsmiljöproblem

Sjukskrivning är en problematisk arbetsuppgift för läkare, i en sådan utsträckning att många ser den som ett arbetsmiljöproblem. Sjukskrivning upplevdes i viss mån eller i stor utsträckning som ett arbetsmiljöproblem av 50 procent av läkarna. Endast en av tio angav att de aldrig hade problem med handläggning av sjukskrivningar. Sjukskrivning var *mycket* problematiskt för sju procent av läkarna. Drygt en tredjedel av läkarna svarade att de varje vecka hade någon typ av problem i sitt arbete med sjukskrivning.

Orsaker till längre sjukskrivning än vad som vore nödvändigt

Ett flertal frågor berörde möjliga orsaker till att läkaren sjukskrev längre än nödvändigt samt hur ofta detta hände. Några sådana frågor berörde väntetider, bl.a. till andra utredningar/behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultatet i tabell 23 visar att de vanligaste problemen var väntetider till utredningar och behandlingar inom vården. Drygt tio procent uppgav att de utfärdade läkarintyg längre än nödvändigt någon gång i veckan eller dagligen på grund av sådana väntetider.

Tabell 23. Andel (%) läkare som uppgav att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika väntetider.

Längre sjukskrivning än nödvändigt på grund av väntetider till ...	Dagligen resp ngn gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
... utredning inom sjukvården	12	59	29
... behandling	11	63	26
... utredning hos Försäkringskassan	7	42	51
... utredning hos Arbetsförmedlingen	3	31	65
... åtgärder hos arbetsgivare	3	37	60

Även andra anledningar till att en sjukskrivningsperiod kunde bli längre än nödvändigt efterfrågades (tabell 24). De två orsaker som flest läkare angav låg bakom detta var brist på återbesökstider och att patienten inte följde läkarens rekommendationer.

Tabell 24. Andel (%) läkare som uppgav att de sjukskrev längre än nödvändigt av brist på speciella resurser, undvikande av konflikter, tidsbrist och påverkan från vårdteamet.

Längre sjukskrivning än nödvändigt på grund av ...	Dagligen resp ngn gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider	5	35	60
... tillgång till KBT saknas	4	28	68
... patienten följer ej Din rekommendation	3	40	57
... tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas	4	31	65
... att undvika konflikt med patienten	2	32	66
... tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning	2	21	77
... påverkan från andra i vårdteamet	1	26	73

Tidsbrist i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist, vad avser hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, dvs. under konsultationen, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet, dvs. när intyg ska skrivas, kontakter tas, etc. samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor. I tabell 25 visas att den dagligen förekommande tidsbristen mest uppkom för kompetensutveckling och för den patientrelaterade tiden. För det direkta patientarbetet uppgav drygt 20 procent tidsbrist.

Tabell 25. Andel läkare som upplevde tidsbrist dagligen, mer sällan eller aldrig i arbetet med sjukskrivning.

Tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Dagligen	Någon gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
... tid med patienten	23	32	28	18
... patientrelaterad tid	32	30	28	11
... kompetensutveckling, handledning, reflektion	33	23	29	15

En korrelationsanalys av eventuellt samband mellan svaren på frågorna om längre sjukskrivningstid p.g.a. väntetider och tidsbrist och förekomst av gemensam policy respektive förekomst av stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor visade inget samband.

Tre av fyra läkare hade sjukskrivit längre än nödvändigt på grund av väntetider inom vården, minst några gånger per år. En av tre sjukskrev ibland längre än nödvändigt för att undvika konflikter med patienter.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Som beskrevs i bakgrunden, infördes i hela landet Socialstyrelsens nationella försäkringsmedicinska beslutsstöd under år 2007-2008, dels de övergripande principerna för sjukskrivning, dels de specifika rekommendationerna för enskilda diagnoser. I enkäten fanns tolv frågor om beslutsstödet: hur ofta beslutsstödet användes, hur problematiskt det var att använda de övergripande principerna respektive de diagnosspecifika riktlinjerna, om beslutsstödet underlättade kontakter med övrig personal inom vården, arbetsplats/Arbetsförmedling, patienten och/eller Försäkringskassan. Frågor fanns också om huruvida beslutsstödet medfört kompetensutveckling för läkaren, om behovet av ökad kompetens om beslutsstödet och hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Hur många använder beslutsstödet?

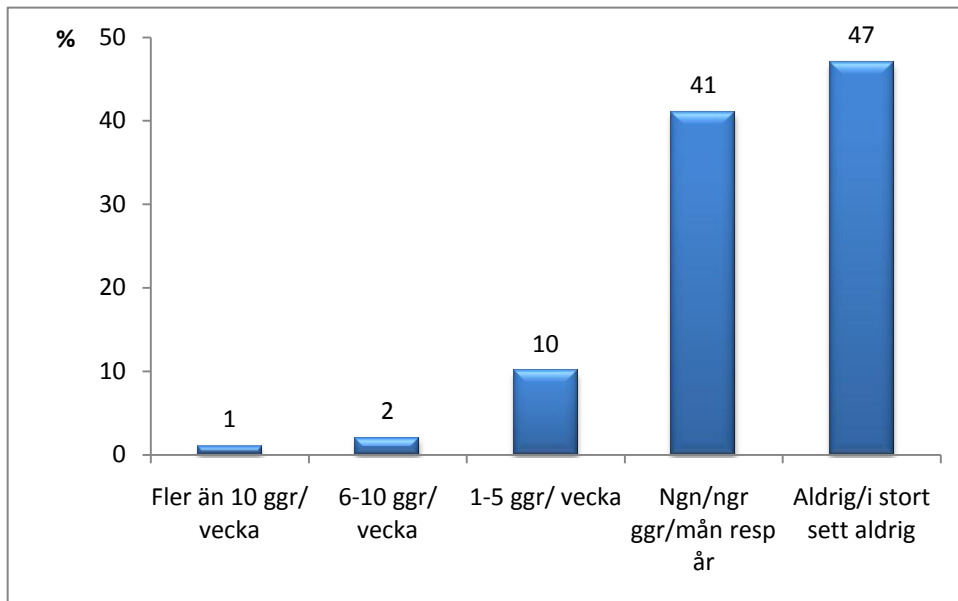
Drygt hälften av läkarna, 53 procent, uppgav att de använder beslutsstödet minst någon gång per år. Hur stor andel av läkarna i varje landsting som svarade att de använder beslutsstödet visas i tabell 26. I Jämtlands och Sörmlands läns landsting uppgav 67 procent av läkarna att de använder beslutsstödet. Lägst andel läkare som använder beslutsstödet fanns i Stockholms län landsting där 46 procent av de sjukskrivande läkarna uppgav att de använder det.

Svaren på dessa frågor är möjligen en underestimering. Preliminära resultat från en intervjustudie (91) visar att på frågan om man använder beslutsstödet svarar på om man går in på Socialstyrelsens hemsida och tar del av texten där. Eftersom man oftast minns rekommendationerna för ”sin” eller ”sina” diagnoser går man inte så ofta till hemsidan igen.

Tabell 26. Andel (%) läkare som uppgav att de använder Socialstyrelsens beslutsstöd minst någon gång per år, det generella och/eller diagnosspecifika.

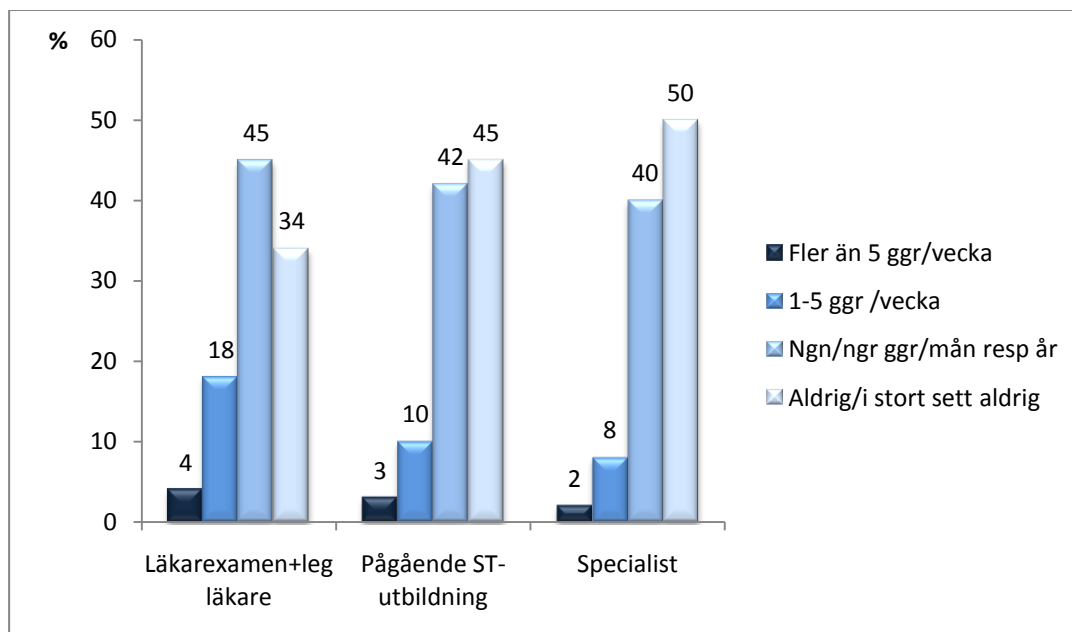
Landsting	Använder beslutsstöd	Landsting	Använder beslutsstöd	Landsting	Använder beslutsstöd
Stockholm	46	Gotland	61	Västmanland	60
Uppsala	51	Blekinge	60	Dalarna	65
Sörmland	67	Skåne	49	Gävleborg	60
Östergötland	52	Halland	53	Västernorrland	50
Jönköping	61	Västra Götaland	52	Jämtland	67
Kronoberg	60	Värmland	63	Västerbotten	58
Kalmar	54	Örebro	52	Norrboten	61

Tretton procent uppgav att de använde beslutsstödet minst en gång i veckan och drygt fyrtio procent att de använde det någon gång i månaden eller några gånger per år (figur 40). Det framkom att 47 procent aldrig eller i stort sett aldrig använde det generella stödet.



Figur 40. Andel (%) läkare som uppgav att de använder beslutsstödet varje vecka, månad, år eller aldrig.

Hur ofta beslutsstödet användes varierade med utbildningsnivå (figur 41). En högre andel av dem som endast hade läkarexamen eller var legitimerade men inte påbörjat någon specialistutbildning (ST) använde beslutsstödet jämfört med dem som hade en pågående ST-utbildning eller var specialistkompetenta.



Figur 41. Andel (%) läkare som använde beslutsstödet varje vecka, månad, år eller aldrig, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå.

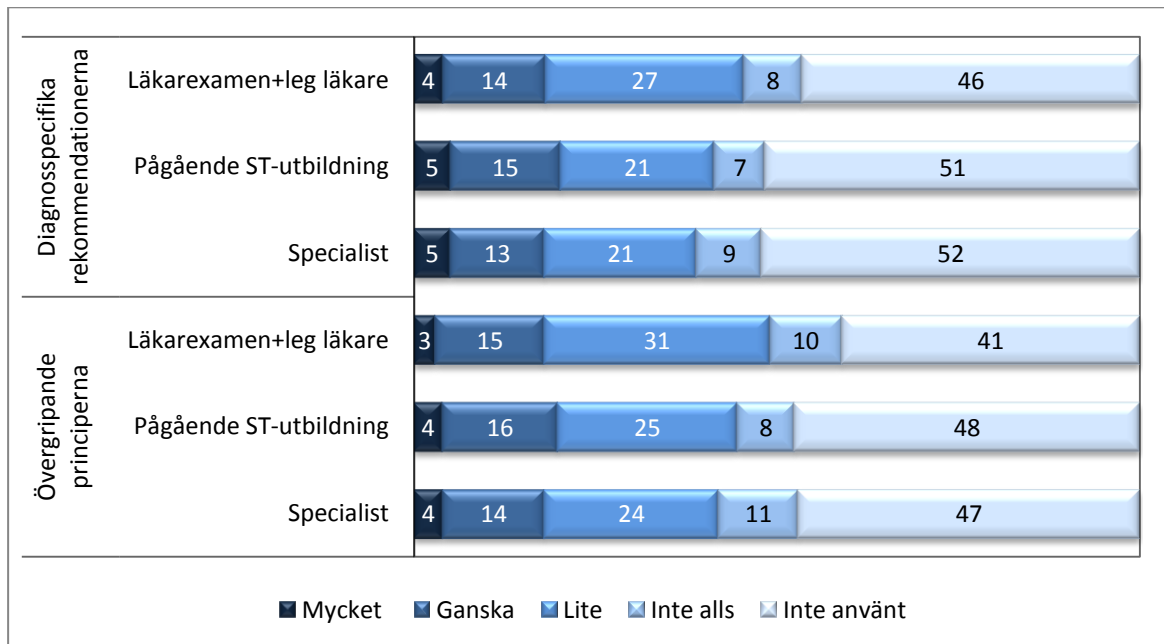
Det finns stora skillnader i hur ofta beslutsstödet användes på de olika klinikerna/mottagningarna (tabell 27), delvis på grund av att behovet av beslutsstöd är olika och att denna fråga omfattade både de generella principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna i beslutsstödet. Läkarna har olika typer av patienter och beslutsstödet omfattar inte alla diagnoser. Specialister som har patienter inom ett begränsat diagnosområde kan snabbt lära sig innehållet i respektive rekommendation och behöver inte slå upp för enskilda patienter. Den högsta andelen läkare som uppgav att de använder beslutsstödet, övergripande principer och/eller diagnosspecifika rekommendationer, är läkarna inom företagshälsovården, 13 procent mer än fem gånger per vecka och 23 procent 1-5 gånger per vecka.

Tabell 27. Andel (%) läkare som uppgav hur ofta de använder beslutsstödet, per klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Fler än 5 ggr/vecka	1-5 ggr /vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
Barn och ungdom	0,3	1	16	82
Företagshälsovård	13	23	48	17
Geriatrisk	0	2	35	64
Hud	1	3	31	65
Infektion	0	2	34	64
Invärtesmedicin	1	5	41	53
Kirurgi	1	4	31	64
Neurologi	3	5	33	59
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	2	6	36	56
Onkologi	1	3	27	70
Ortopedi	2	8	37	53
Psykiatri/missbruksvård	3	8	43	46
Rehabilitering	4	10	44	42
Reumatologi	1	5	44	50
Smärtmottagning	2	3	33	62
Vårdcentral/husläkarmottagning	3	19	55	23
Ögon	0	2	19	79
Öron-, näs- och hals	0	1	24	74
Annan klinik/mottagning	1	5	25	68
Administration/forskning/undervisning	0	6	42	52
Samtliga	2	10	41	47

Svårigheter i att använda beslutsstödet

Två av frågorna kring beslutsstödet handlade specifikt om de två typerna av stöd: De övergripande principerna för sjukskrivning och de diagnosspecifika rekommendationerna (figur 42). Knappt tjugo procent av läkarna uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att följa de övergripande principerna för sjukskrivning och ungefär samma andel uppgavs för de diagnosspecifika rekommendationerna. Borträknat de läkare som uppgav att de inte använt beslutsstödet är det drygt en tredjedel som har mycket eller ganska mycket problem med att använda det.



Figur 42. Andel (%) läkare som hade problem med att använda Socialstyrelsens övergripande respektive diagnosspecifika beslutsstöd, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå.

Problem med de övergripande principerna

När det gällde de övergripande principerna i beslutstödet varierade andelen som uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa dem mellan landstingen. Tjugofem procent av läkarna i Sörmlands län ansåg att det var mycket eller ganska svårt, jämfört med fjorton procent av läkarna i Västernorrlands län. I tabell 28 visas andelen läkare som rapporterade problem i olika grad för varje landsting.

Tabell 28. Andel (%) som uppgav att det är problematiskt att följa Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har inte använt
Stockholm	3	13	21	11	52
Uppsala	4	15	24	8	50
Sörmland	5	20	32	12	31
Östergötland	3	12	26	11	48
Jönköping	4	18	29	11	39
Kronoberg	6	17	25	9	43
Kalmar	2	14	28	11	45
Gotland	4	17	30	10	40
Blekinge	6	18	24	12	40
Skåne	3	13	24	11	49
Halland	5	14	25	11	46
Västra Götaland	4	15	23	10	48
Värmland	4	18	30	14	35
Örebro	3	15	25	10	46
Västmanland	5	15	29	8	43
Dalarna	5	14	32	11	38
Gävleborg	5	19	30	9	37
Västernorrland	2	12	22	9	55
Jämtland	3	21	31	7	38
Västerbotten	3	14	28	14	41
Norrbottn	5	14	29	7	45
Hela landet	4	15	25	11	47

Det fanns stora skillnader i problem med beslutsstödet baserat på läkarnas kliniska tillhörighet. När det gällde de *övergripande principerna* i beslutsstödet varierade andelen som uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa dem mellan tre och 31 procent. Av läkarna på vårdcentral/husläkarmottagning var det 31 procent som uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa stöden. I tabell 29 visas andelen läkare som rapporterade problem i olika grad för varje klinik/mottagning.

Tabell 29. Andel (%) som uppgav att det är problematiskt att följa Socialstyrelsens *övergripande principer* för sjukskrivning, per klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har inte använt
Barn och ungdom	1	2	9	15	73
Företagshälsovård	3	19	38	22	18
Geriatrisk	0	11	22	11	57
Hud	3	10	18	10	59
Infektion	2	8	22	7	61
Invärtesmedicin	2	10	23	10	54
Kirurgi	2	8	18	14	60
Neurologi	2	12	17	9	60
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	2	10	26	11	52
Onkologi	1	4	20	9	66
Ortopedi	4	13	22	9	52
Psykiatri/missbruksvård	6	14	23	9	48
Rehabilitering	5	19	27	15	35
Reumatologi	6	16	25	7	47
Smärtmottagning	5	16	18	7	55
Vårdcentral/husläkarmottagning	6	25	32	8	29
Ögon	2	5	16	18	60
Öron-, näs- och hals	2	6	16	10	66
Annan klinik/mottagning	3	7	17	14	58
Administration, forskning, undervisning	3	8	28	14	48
Samtliga	4	15	25	10	47

Problem med de diagnosspecifika rekommendationerna

Det fanns även skillnader mellan landstingen när det gällde de diagnosspecifika rekommendationerna. Tjugosex procent av läkarna i Jämtlands län uppgav att de var mycket eller ganska svåra att följa, jämfört med tretton procent av läkarna i Västernorrlands län. I tabell 30 visas andelen läkare som rapporterade problem i olika grad för varje landsting.

Tabell 30. Andel (%) läkare som uppgav att det är problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens *diagnosspecifika* rekommendationer.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har inte använt
Stockholm	4	12	18	9	57
Uppsala	5	15	23	6	51
Sörmland	6	18	26	11	40
Östergötland	4	11	23	9	54
Jönköping	6	13	28	7	46
Kronoberg	6	16	22	9	47
Kalmar	3	15	25	11	47
Gotland	5	13	27	8	46
Blekinge	7	15	19	10	49
Skåne	4	12	19	10	55
Halland	6	13	22	9	50
Västra Götaland	6	14	21	8	51
Värmland	6	17	25	11	41
Örebro	4	14	22	9	51
Västmanland	6	14	27	7	46
Dalarna	5	16	30	9	40
Gävleborg	6	17	25	8	45
Västernorrland	3	10	21	7	59
Jämtland	4	22	27	8	40
Västerbotten	4	14	23	11	47
Norrbottn	5	12	29	6	48
Hela landet	5	14	22	9	52

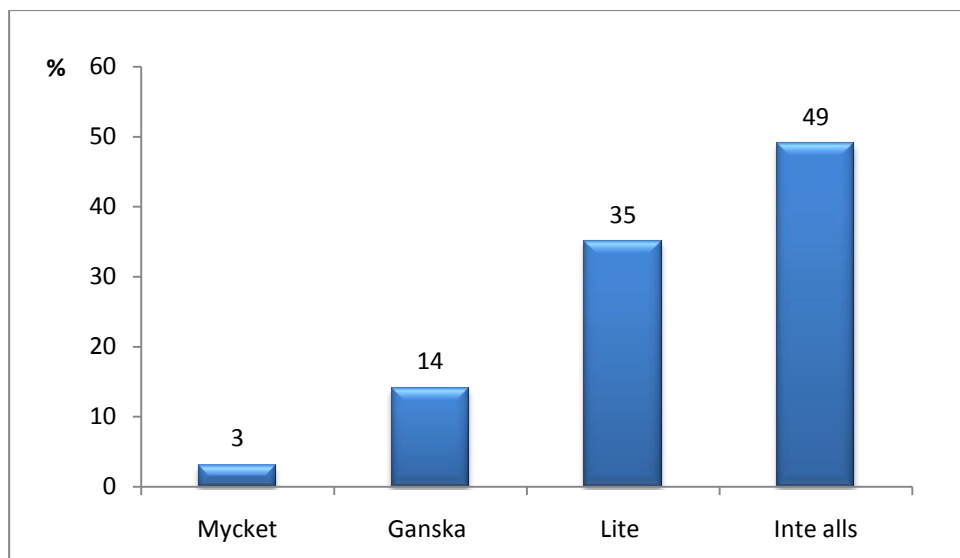
När det gällde de *diagnosspecifika rekommendationerna* varierade andelen som uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa dem mellan fyra och 31 procent. Resultatet är likartat det för de generella principerna. Av läkarna på vårdcentral/husläkarmottagning var det 31 procent som uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa stöden. I tabell 31 visas andelen läkare som rapporterat problem i olika grad för varje klinik/mottagning.

Tabell 31. Andel (%) läkare som uppgav att det är problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens *diagnosspecifika* rekommendationer.

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Har inte använt
Barn och ungdom	1	3	9	11	75
Företagshälsovård	5	18	38	19	20
Geriatrisk	3	7	16	7	67
Hud	4	8	19	10	60
Infektion	3	6	18	7	66
Invärttesmedicin	3	9	22	8	58
Kirurgi	2	7	16	12	62
Neurologi	4	9	15	8	65
Obstetrik/gynekologi/mödrahälsovård	3	9	22	10	56
Onkologi	1	6	16	8	69
Ortopedi	6	12	23	6	54
Psykiatri/missbruksvård	5	14	18	8	56
Rehabilitering	6	14	24	12	44
Reumatologi	7	15	23	5	50
Smärtmottagning	10	14	16	6	54
Vårdcentral/husläkarmottagning	7	24	27	6	35
Ögon	2	4	13	16	66
Öron-, näs- och hals	3	5	14	7	71
Annan klinik/mottagning	4	8	13	12	64
Administration/forskning/undervisning	3	8	30	13	47
Samtliga	5	14	22	9	52

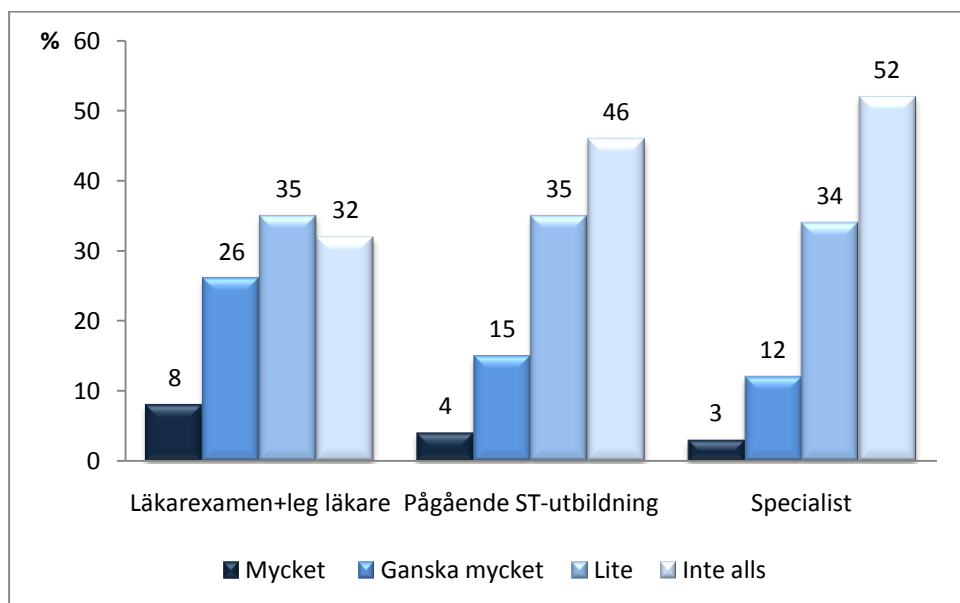
Beslutsstödet betydelse för läkarnas kompetens

Frågan om beslutsstödet betydelse kan även ses ur ett kompetensperspektiv. I figur 43 redovisas hur mycket stödet betytt för den egna kompetensutvecklingen i handläggning av sjukskrivningsärenden. Cirka 17 procent av läkarna svarade att de ansåg att beslutsstödet utvecklat deras kompetens i sjukskrivningsärenden mycket eller ganska mycket.



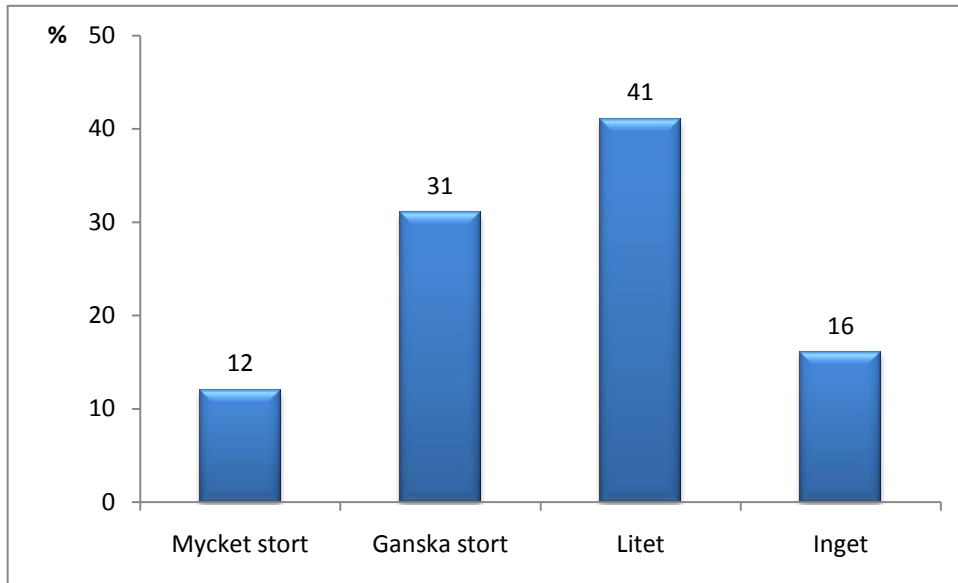
Figur 43. Andel (%) läkare som uppgav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet utvecklat den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden mycket, ganska, lite eller inte alls.

När frågan om beslutsstödet betydelse för kompetensutveckling kopplades till högsta läkarutbildningsnivå visade det att beslutsstödet varit en viss hjälp i utveckling av kompetensen för cirka 35 procent av läkarna inom alla tre utbildningsnivåerna (figur 44). En högre andel av läkarna som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation uppgav att beslutsstödet hjälpt till att utveckla den egna kompetensen mycket eller ganska mycket jämfört med läkarna med pågående ST-utbildning och specialisterna.



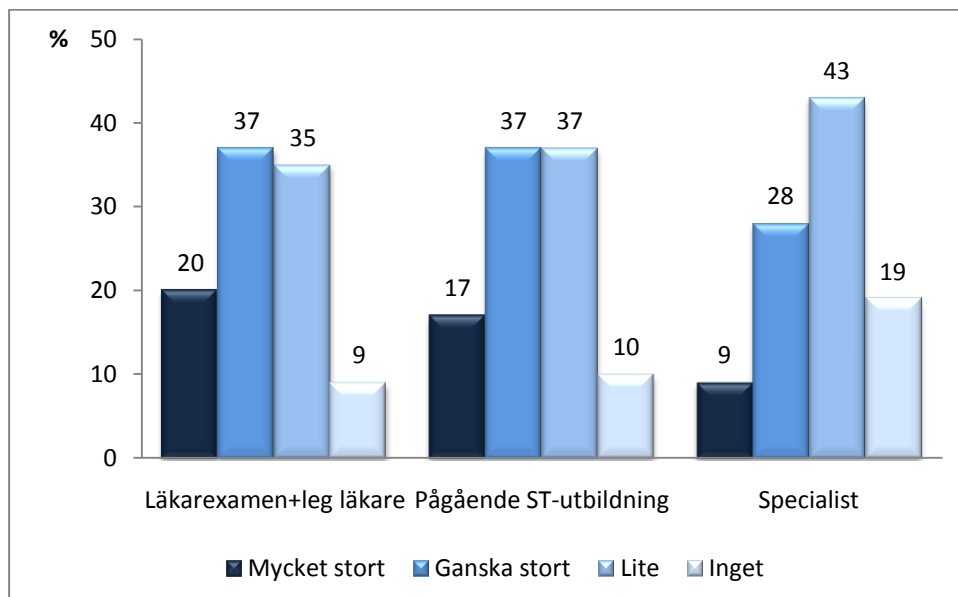
Figur 44. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som uppgav att beslutsstödet mycket, ganska, lite eller inte alls utvecklat den egna kompetensen.

Kompetensperspektivet inrymmer även frågan om behovet av ökad kompetens gällande beslutsstödet (figur 45). På den frågan svarade drygt fyrtio procent att de upplevde stort eller ganska stort behov av kompetensutveckling.



Figur 45. Andel (%) i relation till behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

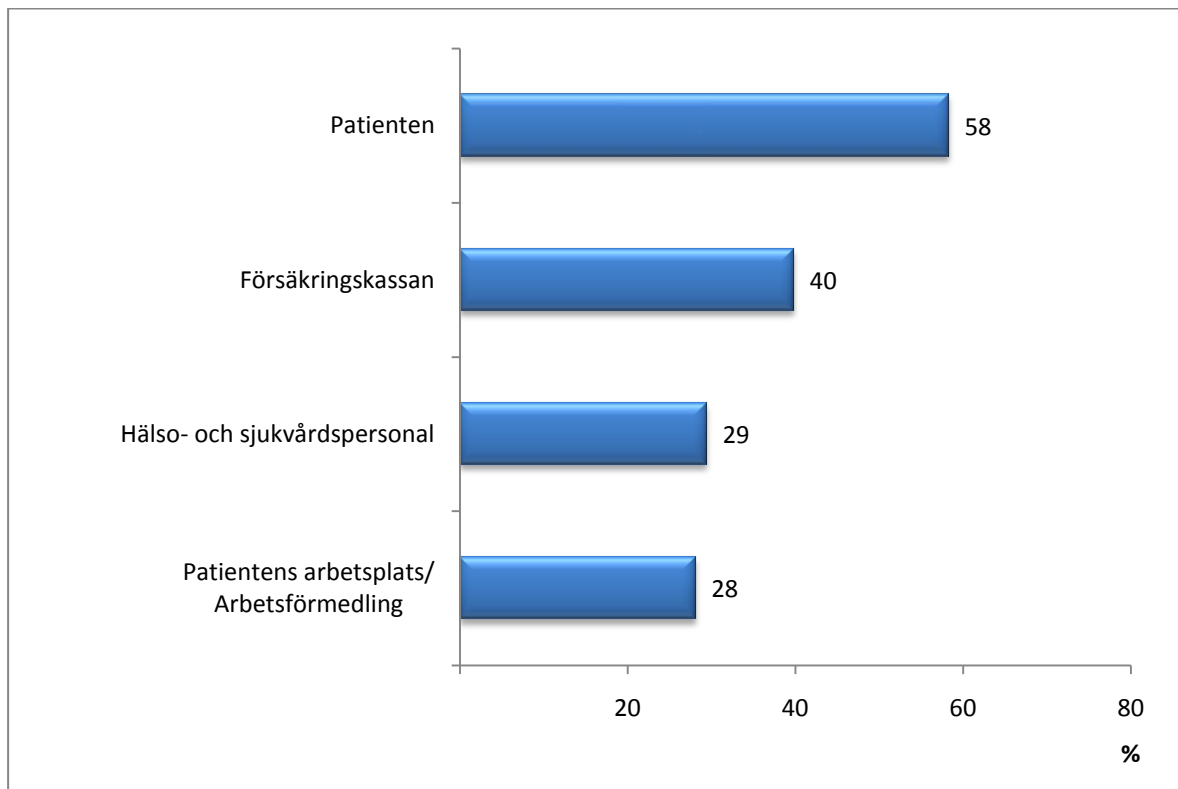
När frågan om behovet att fördjupa kompetensen i att använda beslutsstödet kopplades till läkarutbildningsnivå visade det att specialisterna uppgav minst behov av att fördjupa sin kompetens, knappt en femtedel uppgav att de inte hade något behov alls (figur 46). Läkarna med läkarexamen eller läkarlegitimation uppgav i något högre utsträckning än läkarna med pågående ST-utbildning att de hade mycket stort behov av att fördjupa sin kompetens i att använda beslutsstödet.



Figur 46. Andel (%) efter högsta läkarutbildningsnivå och behov av att fördjupa sin kompetens i att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

Beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient samt med samverkansparter. Figur 47 visar att beslutsstödet är en god hjälp i kommunikationen med patienten. Nästan tre femtedelar av läkarna svarade att de anser att beslutsstödet underlättar denna kontakt. Även övriga kontakter visade sig ha underlättats. Denna fråga i enkäten innehöll fem möjliga svarsalternativ varav det sista var ”använder ej beslutsstödet”. De som svarat att de inte använder stödet har räknats som bortfall.



Figur 47. Andel (%) av dem som använde beslutsstödet som ansåg att det underlättat kontakterna med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, vårdpersonal respektive patienten.

Beslutsstödet ansågs ha underlättat kontakten med andra parter, olika mycket på de olika klinikerna/mottagningarna (tabell 32). Som tidigare påpekats är inte beslutsstödet utvecklat för alla diagnoser vilket har betydelse för resultatet även i denna fråga.

Tabell 32. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakten med andra parter. (AF=Arbetsförmedlingen).

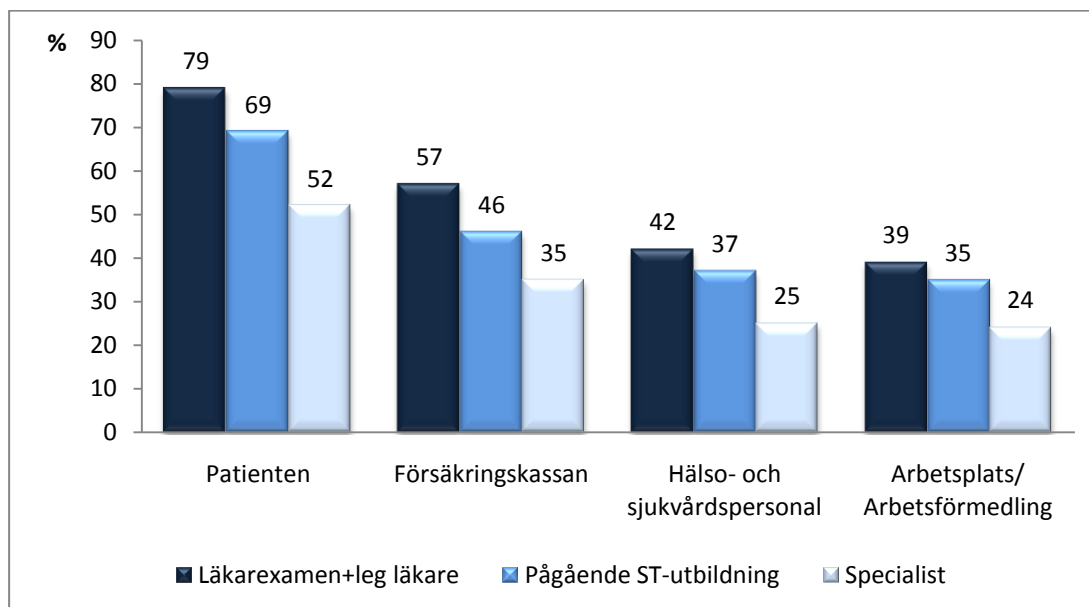
Klinik/mottagning	Patienten	FK	Hälsa- o. sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats/AF
Barn och ungdom	48	38	42	32
Företagshälsovård	55	42	23	34
Geriatrisk	63	38	31	17
Hud	60	44	37	41
Infektion	58	37	21	23
Invärtesmedicin	64	45	36	31
Kirurgi	62	38	35	27
Neurologi	38	26	11	14
Obstetrik/gynekologi/mödrhälsövård	62	38	35	24
Onkologi	50	35	25	19
Ortopedi	51	30	24	26
Psykiatri/missbruksvård	49	42	32	27
Rehabilitering	36	29	25	25
Reumatologi	32	26	18	16
Smärtmottagning	43	29	14	11
Vårdcentral/husläkarmottagning	63	41	28	29
Ögon	51	34	30	27
Öron-, näs- och hals	48	31	30	23
Annan klinik/mottagning	48	39	29	28
Administration/forskning/undervisning	73	41	31	34
Samtliga	58	40	29	28

Beslutsstödet har i samtliga landsting främst underlättat kontakten med patienten. Även mellan landstingen fanns det skillnader (tabell 33). Allra högst är andelen i Dalarna och Västerbotten där 70 procent uppgav att kontakten underlättats med patienterna.

Tabell 33. Andel (%) läkare per landsting som ansåg att beslutsstödet underlättat kontakten med andra parter. (AF=Arbetsförmedlingen).

Landsting	Patienten	Försäkrings- kassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats/AF
Stockholm	57	39	30	28
Uppsala	52	34	25	22
Sörmland	68	49	35	33
Östergötland	57	35	29	25
Jönköping	64	47	31	28
Kronoberg	52	35	24	24
Kalmar	60	44	25	31
Gotland	64	32	25	32
Blekinge	54	28	28	21
Skåne	58	39	30	31
Halland	58	40	31	30
Västra Götaland	57	41	30	28
Värmland	57	38	30	31
Örebro	61	41	31	29
Västmanland	47	35	32	26
Dalarna	70	45	26	26
Gävleborg	62	34	26	28
Västernorrland	54	38	25	29
Jämtland	58	37	21	22
Västerbotten	70	50	35	34
Norrboten	54	37	28	24
Hela landet	58	40	29	28

Frågan om beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkansparter kopplades även den till högsta läkarutbildningsnivå. Det visade sig att läkare som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation i större utsträckning än de övriga två utbildningsgrupperna ansåg att beslutsstödet underlättade kontakterna (figur 48). Det som var utmärkande för alla utbildningsgrupperna var att de i stor utsträckning uppgav att beslutsstödet underlättade i kontakter med patienter. I gruppen läkare med endast läkarexamen eller läkarlegitimation var det nästan åttio procent som uppgav det. Specialisterna uppgav i minst utsträckning att beslutsstödet underlättar i frågan om kontakter.



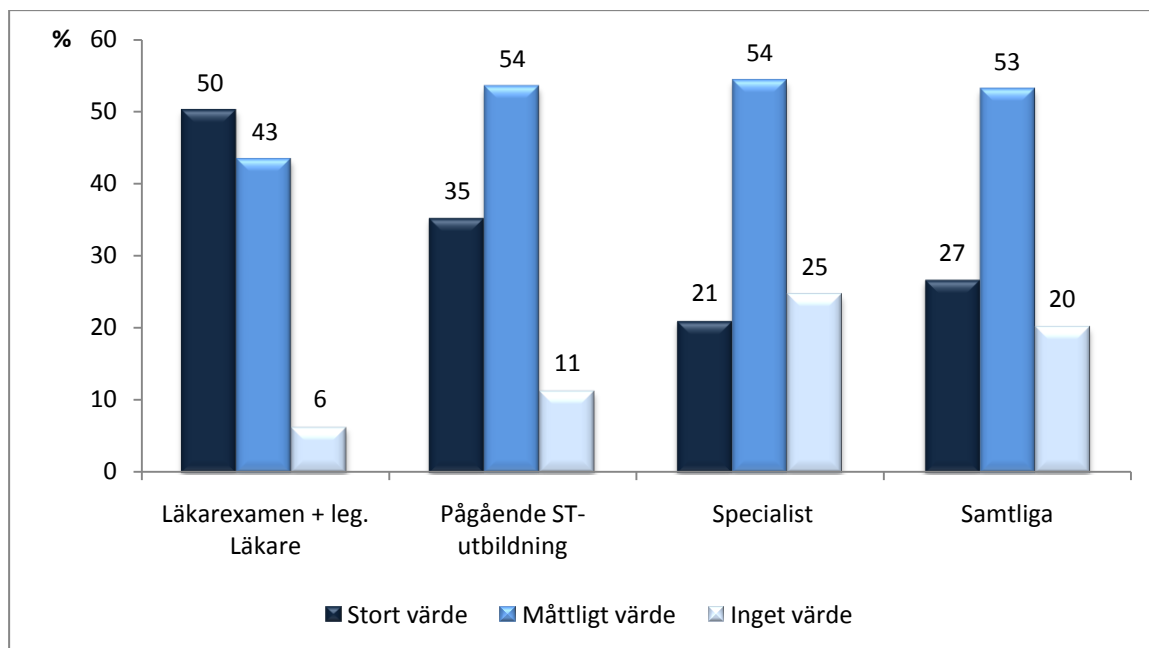
Figur 48. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som ansåg att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassa, hälso- och sjukvårdspersonal och/eller arbetsplats/Arbetsförmedling.

En fråga i enkäten handlade om svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. En liten andel läkare uppgav att de upplever svårigheter på grund av att de hade skilda tolkningar av beslutsstödet. Denna svårighet uppgav tre procent av läkarna som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, tre procent av dem som var under pågående ST-utbildning och fem procent av specialisterna (ej i figur).

Beslutsstödet värde för kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Slutligen kan beslutsstödet betraktas ur ett kvalitetsperspektiv. Läkarna fick uppge hur stort värde de ansåg att beslutsstödet har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden. En femtedel ansåg att det inte har något värde, 53 procent att det hade måttligt värde och drygt en fjärdedel, 27 procent, att det hade stort värde för kvaliteten (ej i figur).

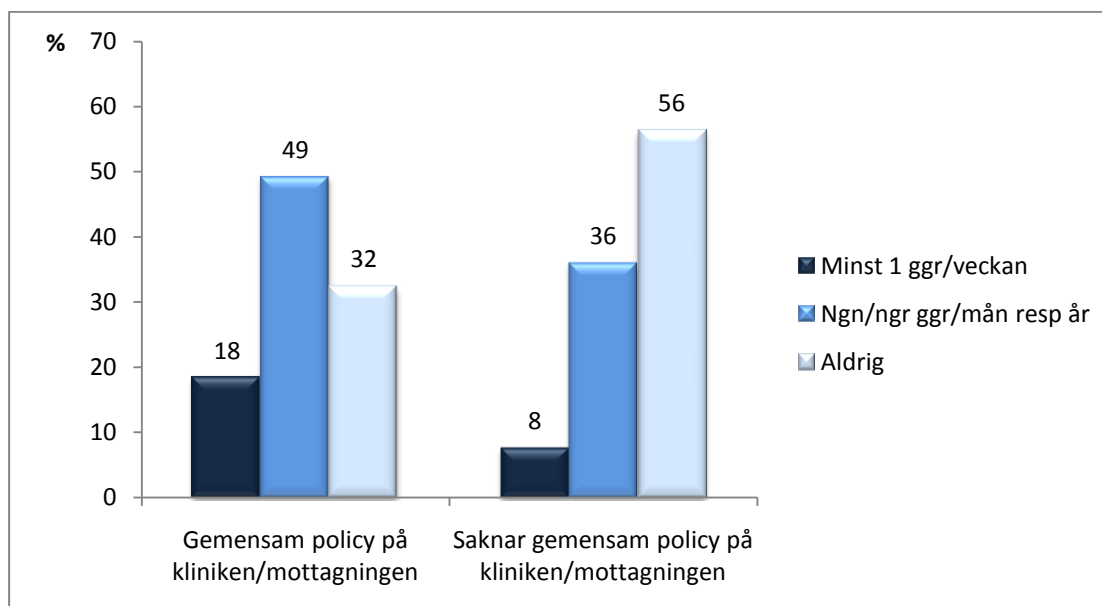
När frågan om beslutsstödet värde för hög kvalitet i arbetet kopplades till högsta läkarutbildningsnivå visade det att omkring femtio procent i alla utbildningsgrupperna ansåg att stödet hade ett måttligt värde för kvaliteten (figur 49). En högre andel av läkarna som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation uppgav att beslutsstödet hade stort värde för kvaliteten, medan en högre andel av specialisterna uppgav att stödet inte hade något värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning.



Figur 49. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som ansåg att beslutsstödet har stort värde, måttligt eller inget värde för kvalitet i deras arbete.

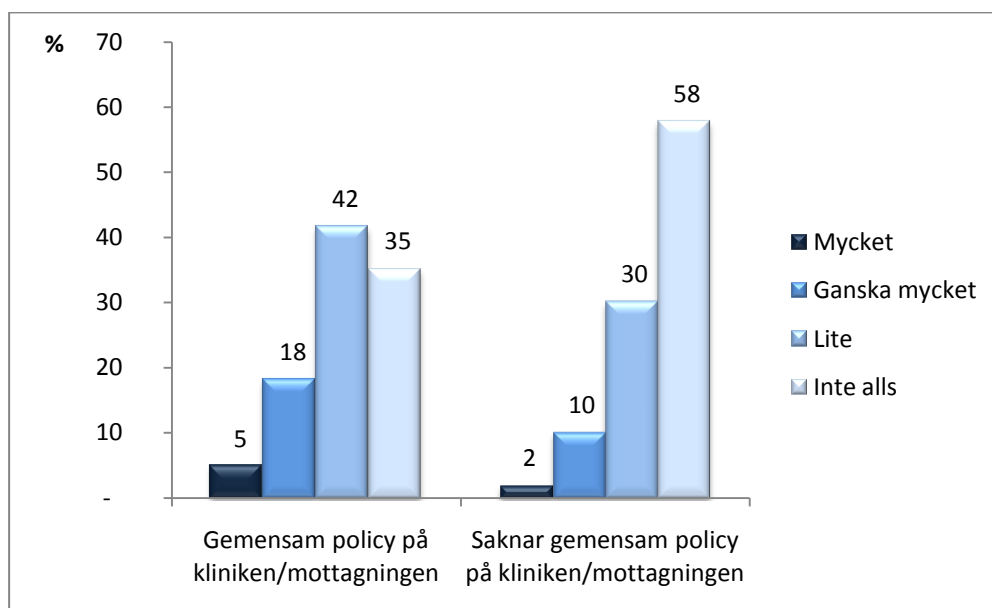
Användande av beslutsstödet; samband med policy i sjukskrivningsarbetet

Beslutsstödet användes i högre utsträckning av de läkare som uppgav att de har en gemensam policy på arbetsplatsen (figur 50). Av läkare som arbetade där det fanns en gemensam sjukskrivningspolicy uppgav 18 procent att de använder beslutsstödet varje vecka. Motsvarande siffra för läkare utan sådan policy var åtta procent.



Figur 50. Andel (%) på en arbetsplats med respektive utan sjukskrivningspolicy, som uppgav att de använde beslutstödet varje vecka, varje månad/år alternativt aldrig.

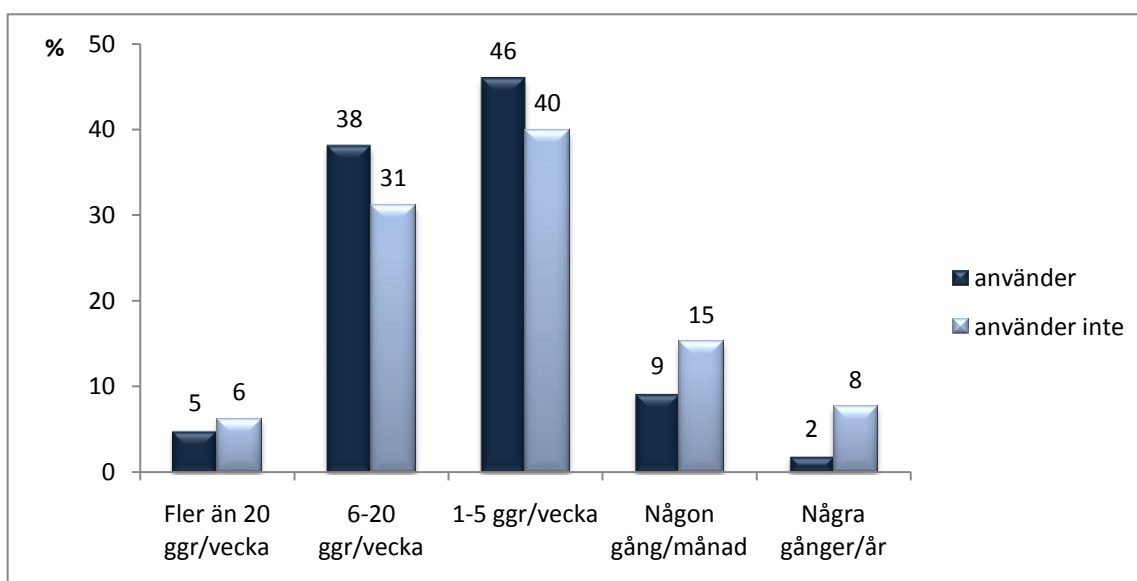
Det finns ett samband mellan att ha tillgång till en gemensam policy och hur läkarna uppfattade att beslutsstödet hjälpt till att utveckla deras kompetens. En högre andel läkare bland dem som hade en policy på arbetsplatsen ansåg att beslutsstödet hjälpt till att utveckla deras kompetens (figur 51).



Figur 51. Andel (%) läkare, med respektive utan gemensam sjukskrivningspolicy, som uppgav att beslutsstödet mycket, ganska, lite eller inte alls hjälpt till att utveckla den egna kompetensen.

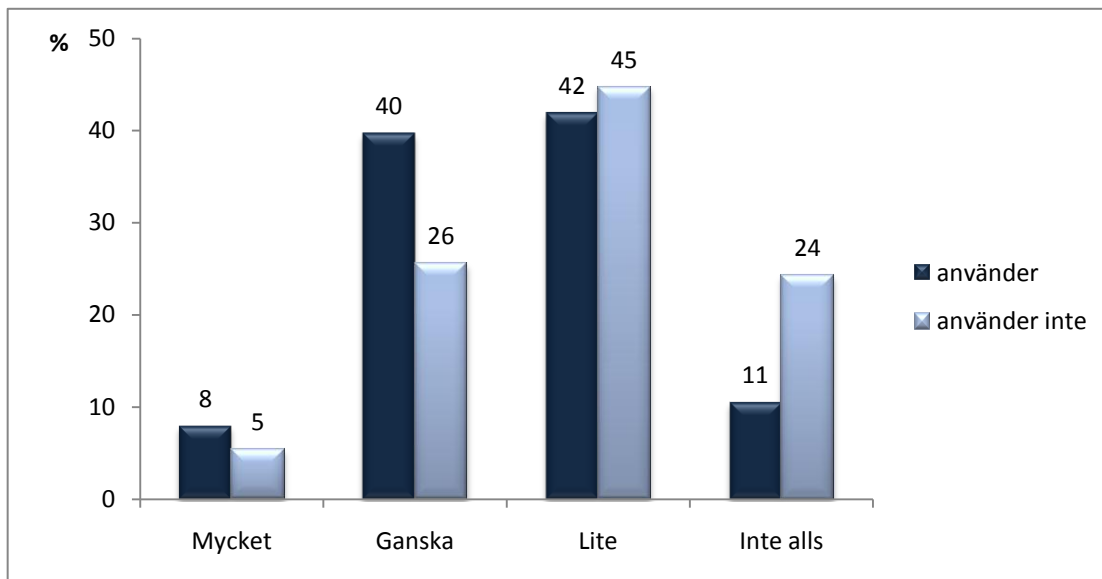
Användande av beslutsstödet; samband med sjukskrivningsärenden och problem

De som uppgav att de använder beslutsstödet (figur 40) hade också en högre andel patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan (figur 52). De som oftast har sjukskrivningsärenden skiljer sig endast marginellt åt när det gäller att använda beslutsstödet. De som möter dessa patienter 1-20 gånger per vecka använde beslutsstödet i högre grad än de som möter dessa patienter mer sällan.



Figur 52. Andel (%) läkare som uppgav hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning, uppdelat på om de använder beslutsstödet eller inte.

En något högre andel bland de läkare som uppgav att de upplever ganska eller mycket problem med patienters sjukskrivning använder beslutsstödet (figur 53).



Figur 53. Andel (%) läkare som uppgav hur problematiskt de tycker att det är att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på om de använder beslutsstödet eller inte.

Kort om beslutsstödet

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, som infördes under 2007 och 2008, har fått ett förhållandevis stort genomslag. Det används och tycks fungera som ett stöd, i synnerhet för icke-specialister som använder det i högre utsträckning än specialister. Inom vårdcentraler och företagshälsovård användes beslutsstödet betydligt oftare än inom andra verksamheter. Dock hade drygt var tredje läkare mycket eller ganska mycket problem med att följa beslutsstödet principer och rekommendationer. Det fanns ett stort behov av att lära sig mer om att använda beslutsstödet, även bland specialisterna.

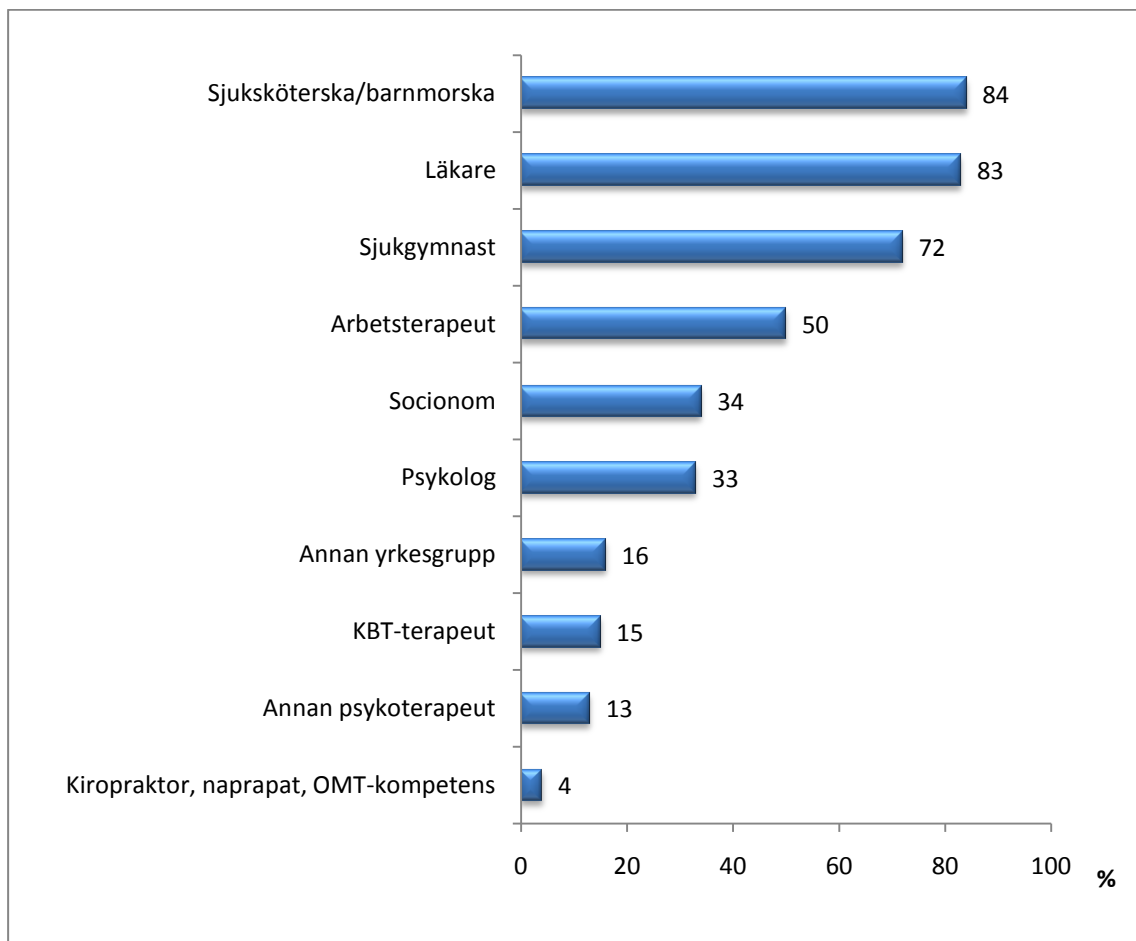
Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för mer än hälften av läkarna som använde det. Även kontakter med vårdpersonal, Försäkringskassan och patientens arbetsgivare alternativt Arbetsförmedlingen underlättades för en tredjedel. Få, endast fyra procent (tabell 38) hade problem med att Försäkringskassan tolkade beslutsstödet på annat sätt än man själv. Beslutsstödet verkar alltså ha fått ett stort genomslag, det används och tycks fungera som ett stöd, men det finns möjligtvis mer att göra för att underlätta för användarna. Som i andra interventioner krävs en långsiktighet för att kunna utvärdera effekten, vidare uppföljning av användandet av beslutsstödet behövs.

Samarbete och samverkan med andra i sjukskrivningsprocessen

Läkaren är en av många aktörer som är involverade i sjukskrivningsprocessen. Samarbete med annan vårdpersonal, Försäkringskassans personal med flera är en viktig del av arbetet med sjukskrivna patienter.

Tillgång till annan vårdpersonal

Drygt 80 procent hade i sin dagliga patientverksamhet tillgång till läkarkolleger och sjuksköterskor/barnmorskor (figur 54). Färre hade tillgång till yrkesgrupper med kompetens inom kognitiv beteende terapi (KBT) respektive ortopedisk manuell terapi (OMT).



Figur 54. Andel (%) läkare som uppger att de hade tillgång till olika yrkesgrupper/kompetenser i sin dagliga patientverksamhet.

Samverkan och kontakter

En annan aspekt var hur ofta läkare samarbetar med eller remitterar till andra aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Det vanligaste var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 18 procent av läkarna uppgav att de gjorde minst en gång per vecka (tabell 34). Minst vanligt var kontakt med socialtjänsten respektive Arbetsförmedlingen. Det kan synas anmärkningsvärt att så få hänvisade eller remitterade till Företagshälsovården. Detta är dock ett vanligt resultat även i de få andra studierna om detta (2, 36, 52).

Tabell 34. Andel (%) läkare som uppgav att de samarbetar med/remitterar till andra i sjukskrivningsprocessen varje vecka, varje månad/år eller aldrig.

Hur ofta i ditt kliniska arbete...	Minst en gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
<i>... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?</i>	3	49	48
<i>... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?</i>	13	49	38
<i>... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?</i>	18	49	33
<i>... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsfrågor?</i>	7	64	28
<i>... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?</i>	6	38	57
<i>... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?</i>	4	23	73
<i>... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?</i>	1	25	74
<i>... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?</i>	1	39	60
<i>... saknar Du en person (t ex s k coach eller lots) som samordnar åtgärder för patienten</i>	12	48	40

Kontakter med Försäkringskassan

Alla läkare har inte kontakt med Försäkringskassan annat än via det läkarintyg, medicinska underlag, hon eller han skriver och som patienten får. Trettiofå procent av läkarna uppgav att de aldrig hade kontakt med Försäkringskassan på andra sätt än via intyget, medan nio procent hade det minst en gång per vecka.

Per landsting

I tabell 35 visas hur ofta samverkan med Försäkringskassan sker för varje landsting och för hela landet.

Tabell 35. Andel (%) läkare per landsting som uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan varje vecka, någon gång per månad/år eller aldrig.

Landsting	Minst en gång i veckan	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Stockholm	9	56	36
Uppsala	6	54	40
Sörmland	16	57	27
Östergötland	7	57	36
Jönköping	6	68	26
Kronoberg	5	69	26
Kalmar	7	66	27
Gotland	6	69	24
Blekinge	7	62	31
Skåne	7	62	31
Halland	10	63	27
Västra Götaland	12	57	31
Värmland	8	62	30
Örebro	11	55	34
Västmanland	14	59	27
Dalarna	5	58	37
Gävleborg	9	63	28
Västernorrland	8	58	34
Jämtland	9	62	29
Västerbotten	8	60	32
Norrbottn	4	65	31
Hela landet	9	59	32

Per typ av klinik/mottagning

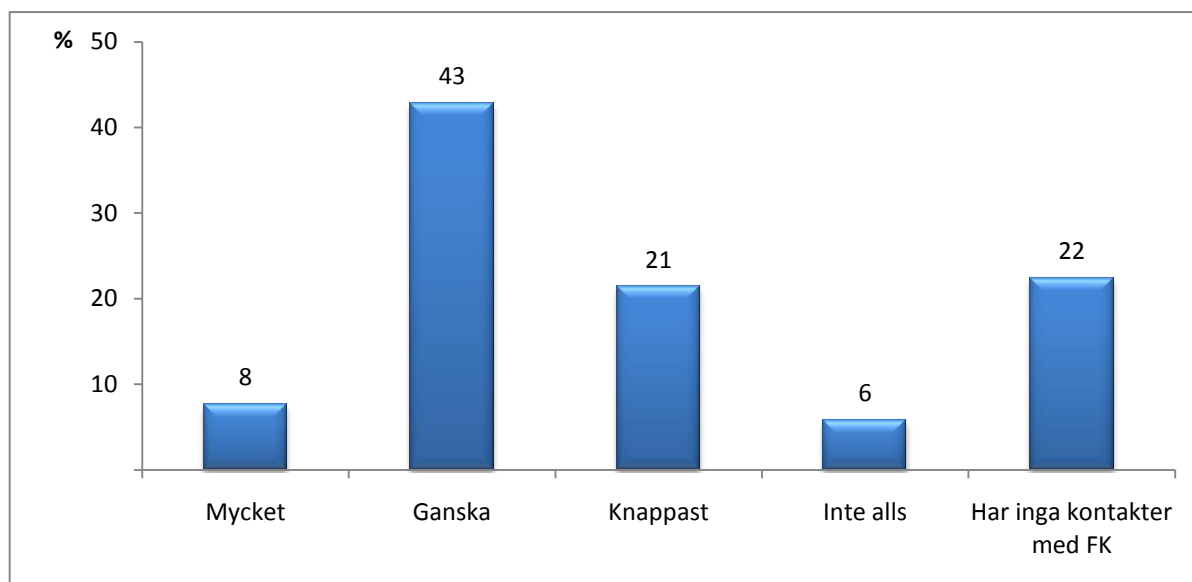
Hur ofta samverkan med Försäkringskassan skedde varierade med vilken typ av klinisk verksamhet läkarna arbetade inom. De kliniker/mottagningar som kan antas ha mer långtidssjukskrivna och större behov av rehabilitering innan återgång i arbete kan också förväntas ha mer kontakt med Försäkringskassan. Detta gäller även för kliniker/mottagningar som oftare möter patienter med mer diffusa symptom. Företagshälsovården avvek kraftigt när det gäller kontakter med Försäkringskassan; 71 procent hade kontakt varje vecka (tabell 36). Även en hög andel av läkare på rehabiliteringsklinik, 29 procent, och inom psykiatri, 20 procent, hade kontakter med Försäkringskassan varje vecka.

Tabell 36. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som uppgav att de hade kontakt med Försäkringskassan varje vecka, varje år eller aldrig.

Klinik/mottagning	Minst en gång i veckan	Ngn/ngr ggr/mån resp år	Aldrig/i stort sett aldrig
Barn och ungdom	1	38	61
Företagshälsovård	71	28	1
Geriatric	1	56	43
Hud	-	45	55
Infektion	1	42	57
Invärtesmedicin	1	51	48
Kirurgi	-	36	64
Neurologi	6	73	21
Gynekologi/obstetrik/ mödrahälsovård	-	44	56
Onkologi	1	67	32
Ortopedi	4	71	25
Psykiatri/missbruksvård	20	67	13
Rehabilitering	29	60	12
Reumatologi	4	84	12
Smärtmottagning	13	60	27
Vårdcentral/husläkarmottagning	13	79	8
Ögon	-	42	58
Öron-, näs- och hals	-	45	55
Annan klinik/mottagning	4	42	53
Administration/forskning/undervisning	5	62	33
Totalt	9	59	32

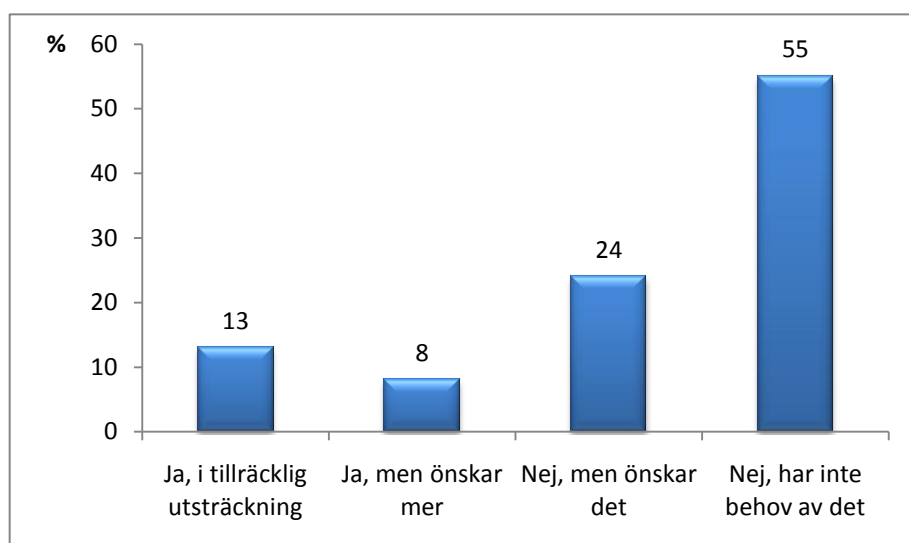
Hur nöjd med kontakter med Försäkringskassan

Av de sjukskrivande läkarna hade 78 procent kontakter med Försäkringskassan och 6 procent var inte alls nöjda med de kontakterna (figur 55). Hälften var mycket eller ganska nöjda med sin kontakt. Om man endast räknar med de läkare som uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan var två tredjedelar mycket eller ganska nöjda med kontakten.



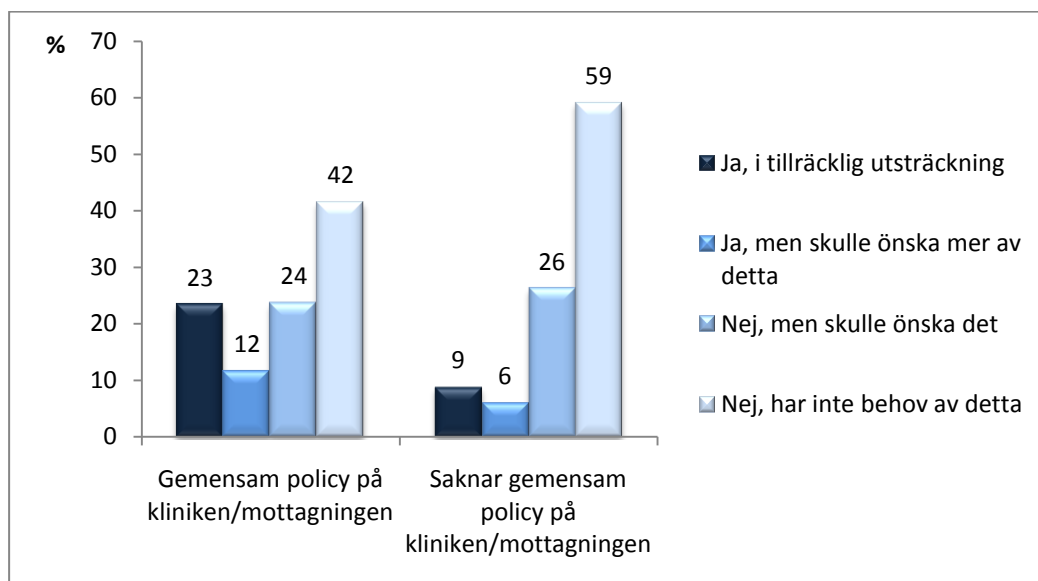
Figur 55. Andel (%) läkare som uppgav att de var mycket, ganska, knappast eller inte alls nöjda med sin kontakt med Försäkringskassan.

På frågan om önskan att ha regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämmingsmöten, rehabiliteringsmöten, Försäkringskassans handläggare vid mottagningen, svarade 13 procent att de hade tillräcklig kontakt medan 32 procent önskade kontakt eller önskade mer sådan kontakt med Försäkringskassan (figur 56).



Figur 56. Andel (%) läkare som uppgav att de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan.

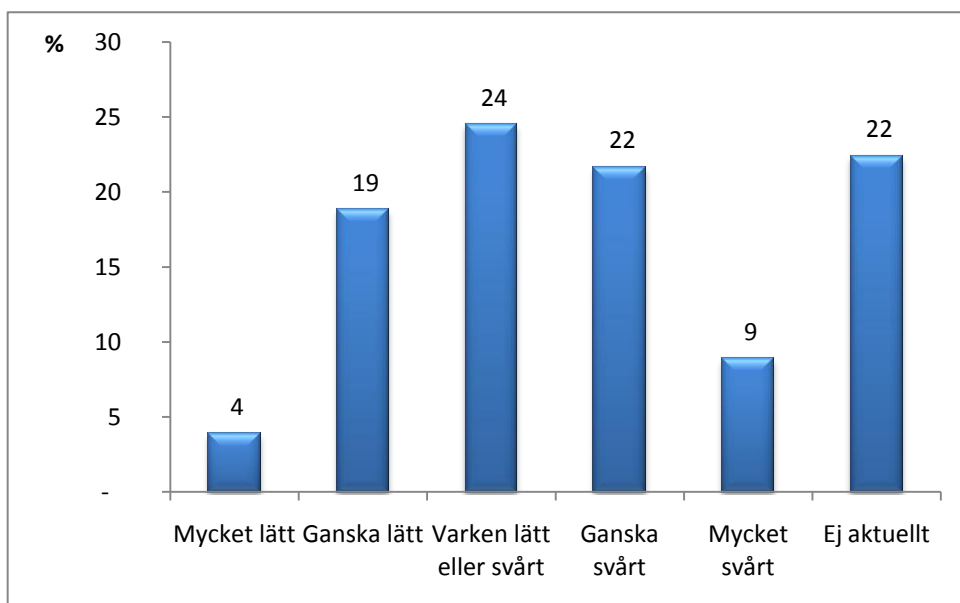
Det fanns skillnad i kontakter med Försäkringskassan mellan de som hade och de som inte hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. En högre andel av läkarna som hade en sådan policy uppgav att de hade inplanerade kontakter (figur 57).



Figur 57. Andel (%) läkare med respektive utan gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden i relation till förekomst av inplanerad kontakt med Försäkringskassan.

Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan

Några frågor i enkäten handlade om kontakten med Försäkringskassan och eventuella svårigheter i den. Drygt tjugo procent uppgav att de inte hade några kontakter med Försäkringskassan. Lika hög andel ansåg att det var ganska eller mycket lätt att få kontakt. En tredjedel uppgav att de hade mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan (figur 58).



Figur 58. Andel (%) som uppgav hur svårt eller lätt det var att få kontakt med Försäkringskassans handläggare.

Uppfattningen bland läkarna om hur lätt respektive svårt det var att få kontakt med Försäkringskassan varierade mellan landsting (tabell 37). Läkarna inom landstinget i Jönköpings län tycktes ha lättast att få kontakt, nio procent hade mycket lätt att få kontakt.

Tabell 37. Andel (%) läkare per landsting som ansåg det lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassan

Landsting	Mycket lätt	Ganska lätt	Varken lätt eller svårt	Ganska svårt	Mycket svårt	Ej aktuellt
Stockholm	3	18	22	23	9	25
Uppsala	3	13	24	22	11	27
Sörmland	8	23	26	16	8	20
Östergötland	3	17	26	22	7	26
Jönköping	9	20	30	17	5	18
Kronoberg	1	22	30	22	8	18
Kalmar	2	16	30	20	11	21
Gotland	7	21	25	18	11	18
Blekinge	4	14	28	25	11	18
Skåne	3	18	27	22	9	21
Halland	5	21	23	22	8	21
Västra Götaland	4	19	25	21	9	23
Värmland	2	19	22	27	11	20
Örebro	5	23	25	17	8	23
Västmanland	5	22	22	21	8	21
Dalarna	4	21	24	22	9	21
Gävleborg	6	20	24	22	8	21
Västernorrland	4	20	24	21	11	21
Jämtland	3	21	22	29	8	17
Västerbotten	5	21	20	23	9	23
Norrbotten	4	20	26	24	8	19
Totalt	4	19	24	22	9	22

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade 31 procent att de inte upplevde några svårigheter i kontakten. I tabell 38 listas olika typer av svårigheter i kontakt med Försäkringskassan och andel som uppgav att de hade dessa. Flest, 34 procent, uppgav svårighet att komma fram på telefon, följt av att det tog för mycket tid och att patientens handläggare ofta byts ut (26 %).

Tabell 38. Andel (%) läkare som uppgav olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

Svårigheter	Andel läkare som uppgett problemet
Svårt att komma fram på telefon	34
Det tar för mycket tid	26
Patientens handläggare byts ofta ut	26
Svårt att få reda på vem man ska prata med	25
FK kontaktar inte Dig trots att du bett om det	18
Du upplever att försäkringsmedicinsk rådgivare ifrågasätter Dina bedömningar	16
Du upplever att handläggare ifrågasätter Dina bedömningar	15
FK samordnar inte rehabiliteringsinsatser	14
FK har stängt när Du har tid	13
Ni tycks tala olika språk	13
Svårt förmedla information via FKs förtryckta intyg	12
FK tar inte kontakt med patienten	8
Du möts av en negativ attityd	7
Oklarheter kring sekretess	5
Skilda tolkningar av Socialstyrelsens beslutsstöd	4
Andra problem	4
Patienten är negativ till att Du kontaktar FK	1

Även när det gällde svårigheterna i kontakten fanns det variationer mellan landstingen (tabell 39). I Jämtland fanns högst andel läkare som inte kom fram på telefon (45 %). Gotland hade högst andel som uppgav att det tar för mycket tid (31 %) och att det var svårt att få reda på vem man ska prata med (32 %) medan Värmland med högst andel läkare som hade problem med att patientens handläggare ofta byts ut (33 %).

Tabell 39. Andel (%) läkare per landsting som uppgav de fyra vanligaste svårigheterna (enligt tabellen ovan) i kontakten med Försäkringskassan uppdelat per landsting.

Landsting	Svårt att komma fram på telefon	Tar för mycket tid i anspråk	Patientens handläggare byts ofta ut	Svårt att få reda på vem man ska prata med
Stockholm	34	26	27	24
Uppsala	32	26	23	26
Sörmland	31	22	26	21
Östergötland	32	23	21	29
Jönköping	29	25	20	23
Kronoberg	42	28	25	25
Kalmar	33	29	27	29
Gotland	31	31	21	32
Blekinge	44	27	25	27
Skåne	36	28	26	24
Halland	32	26	25	26
Västra Götaland	34	29	27	26
Värmland	37	27	33	28
Örebro	32	20	24	23
Västmanland	32	27	28	26
Dalarna	34	26	20	27
Gävleborg	33	29	28	31
Västernorrland	38	30	25	29
Jämtland	45	26	31	27
Västerbotten	30	23	25	24
Norrbottn	34	22	23	28
Hela landet	34	26	26	25

Läkares önskemål kring framtida kontakter med Försäkringskassan

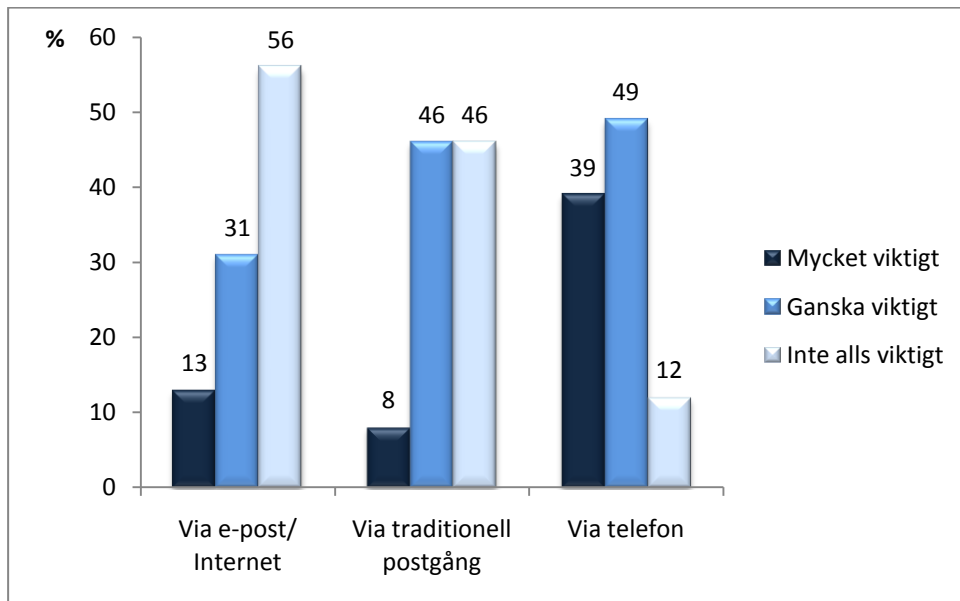
Tretton frågor efterfrågade vikten av olika aspekter i läkarens framtida kontakter med Försäkringskassan. Tjugotvå procent uppgav att de inte kommer att ha kontakter med Försäkringskassan. I tabell 40 framgår att en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kan nå ansågs vara den viktigaste formen för kontakt, 61 procent ansåg att det var mycket viktigt och ytterligare 29 procent att det var ganska viktigt. Tabell 40 är sorterad efter vad som ansetts som ”mycket viktigt” med den fråga som högst andel läkare ansett mycket viktig överst.

Tabell 40. Andel (%) läkare som uppgav att följande alternativ är mycket, ganska eller inte alls viktiga i framtida kontakter med Försäkringskassan.

	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Inte alls viktigt
En kontaktperson som Du snabbt kan nå vid behov	61	29	10
Att få information från Försäkringskassan om handläggning och beslut angående patient Du skrivit intyg för	47	39	14
Generell dialog kring sjukskrivningar och försäkringsmedicin	29	51	19
Möjlighet att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med handläggare från FK	28	39	33
Möjlighet att snabbt få information från Försäkringskassan om patientens tidigare sjukfrånvaro	23	39	38
Fler avstämningsmöten (med t.ex. FK, arbetsgivare/AF och patienten)	21	42	37
Regelbundna förutbestämda möten på Din mottagning	19	33	48
Handläggare på Försäkringskassan placerad på Din mottagning	16	18	67
Regelbundna förutbestämda möten på Försäkringskassan angående patienter	10	23	67
Färre avstämningsmöten	3	9	88

Resultatet visar att fysiska möten inte alltid prioriterades högst. Regelbundna möten eller handläggare från Försäkringskassan på den egna mottagningen ansågs inte vara särskilt viktigt jämfört med en snabb kontakt och att få information om Försäkringskassans beslut om patientens sjukskrivning eller andra beslut.

När det gäller kontaktvägar ansågs telefonkontakt vara den viktigaste (figur 59). Nästan 90 procent uppgav att det är mycket eller ganska viktigt.



Figur 59. Andel (%) läkare som uppgav olika kontaktvägar som mycket, ganska eller inte alls viktiga i framtida kontakter med Försäkringskassan.

Kort om samverkan

Över hälften av läkarna var mycket eller ganska nöjda med kontakterna med Försäkringskassan. De svårigheter som störst andel läkare uppgav var att inte kunna komma fram på telefon, att kontakterna tar för mycket tid och att patientens handläggare ofta byts ut. Det vanligaste önskemålet inför framtiden var att få en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kunde nås vid behov. Detta behov visade sig vara starkast också i 2004 års studie.

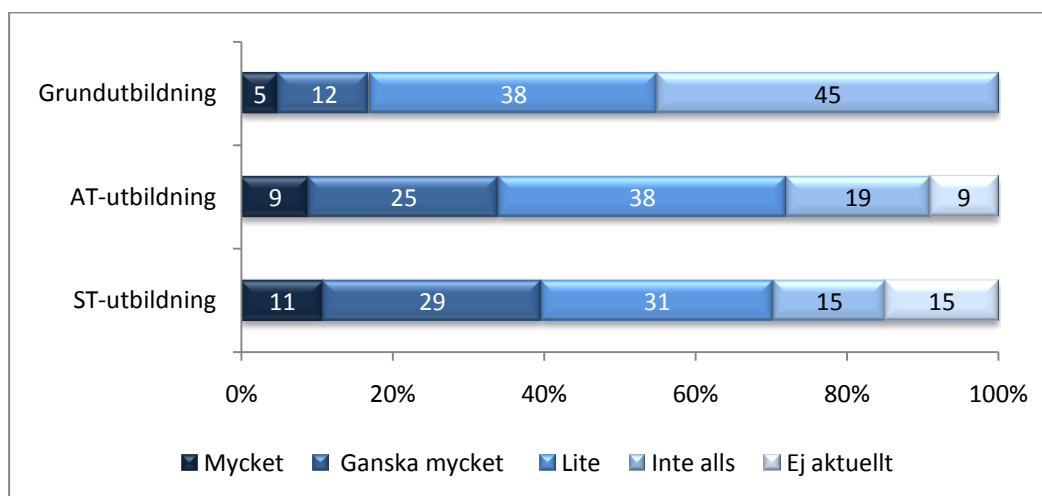
Kompetens i sjukskrivningsfrågor

I följande kapitel presenteras resultat kring på vilket sätt läkare tillägnade sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor, inom vilka områden läkare önskade fördjupa sin kompetens samt läkares värdering av vad som behövs för att hålla hög kvalitet i sitt arbete.

Kompetensutveckling kan ske i olika former; formell utbildning, kurser, konferenser och liknande, på arbetet, i mötet med patienter, genom eget sökande efter kunskap och i samtal med kollegor. Resultatet tyder på att läkares formella lärande, dvs. grundutbildning, allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST), inte bidrog i lika hög grad till deras kompetens som deras informella lärande, till exempel genom samtal med kollegor och patienter.

Sjukskrivningsfrågor i den formella utbildningen

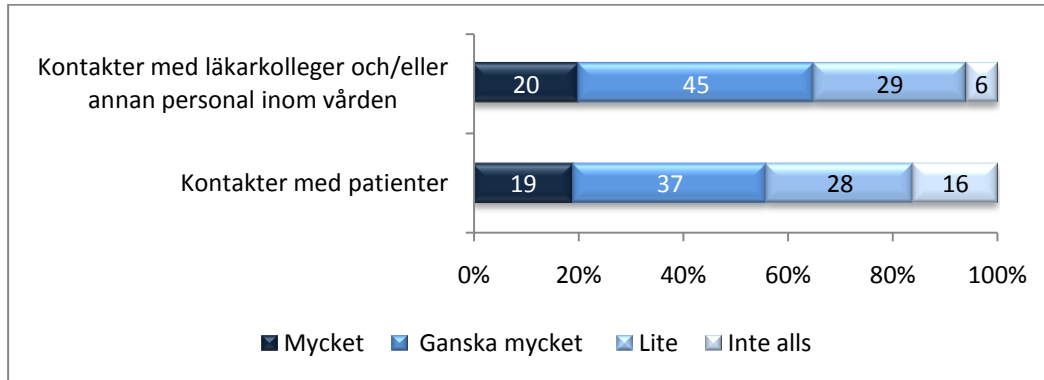
Andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla sin kompetens i sjukskrivningsfrågor var 17 procent. Motsvarande siffra för AT-utbildning var 34 procent och för ST-utbildning 40 procent (figur 60). Det fanns dock en skillnad mellan nyutbildade läkare och läkare med längre erfarenhet i yrket (ej i figur). Bland läkare som legitimerades mellan år 2005 och 2008 var det 57 procent som uppgav att AT-utbildningen bidrar mycket eller ganska mycket till deras kompetensutveckling. Bland ST-läkarna var det 52 procent som uppgav att ST-utbildningen bidrar mycket eller ganska mycket till deras kompetens.



Figur 60. Andel (%) läkare som uppgav att de olika utbildningarna har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

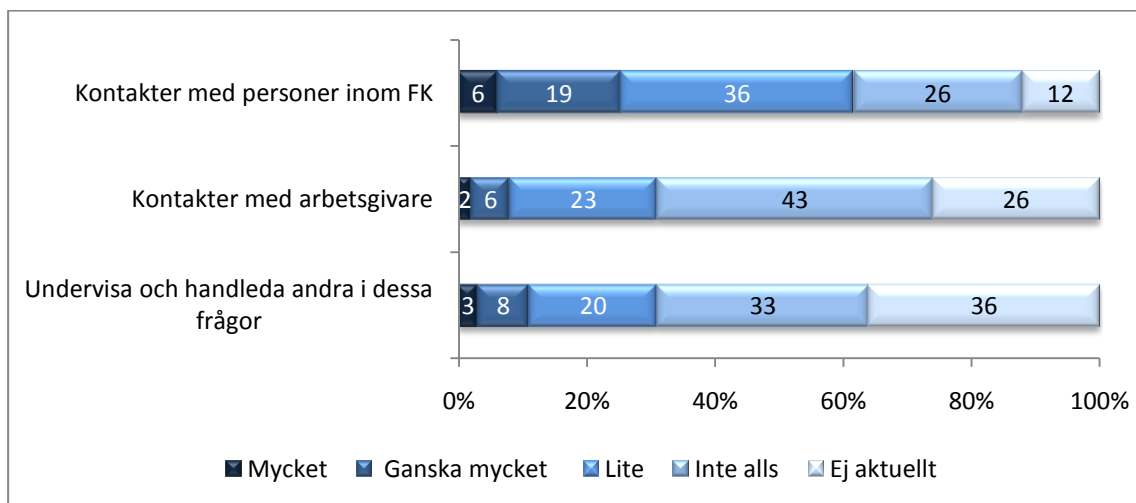
Vardagslärande i sjukskrivningsfrågor

I figur 61 och figur 62 visas olika informella vägar för kompetensutveckling, vardagslärandet, om handläggning av sjukskrivningar och hur mycket det betytt för kompetensutvecklingen. I figur 62 finns de frågor redovisade som även hade "Ej aktuellt" som svarsalternativ. Det som hjälpt högst andel av läkarna mycket eller ganska mycket var kontakter med läkarkollegor och annan vårdpersonal (65 %) samt kontakter med patienter (56 %) (figur 61). Jämfört med de formella utbildningsvägarna (figur 60) är detta betydligt högre.



Figur 61. Andel (%) läkare som uppgav att kontakter med annan vårdpersonal och patienter har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Kontakter med Försäkringskassan bidrar till kompetensen mycket eller ganska mycket för 25 procent av läkarna, kontakter med arbetsgivare för åtta procent samt att undervisa för 11 procent (figur 62). I denna figur finns till skillnad mot figur 61 svarsalternativet "Ej aktuellt".

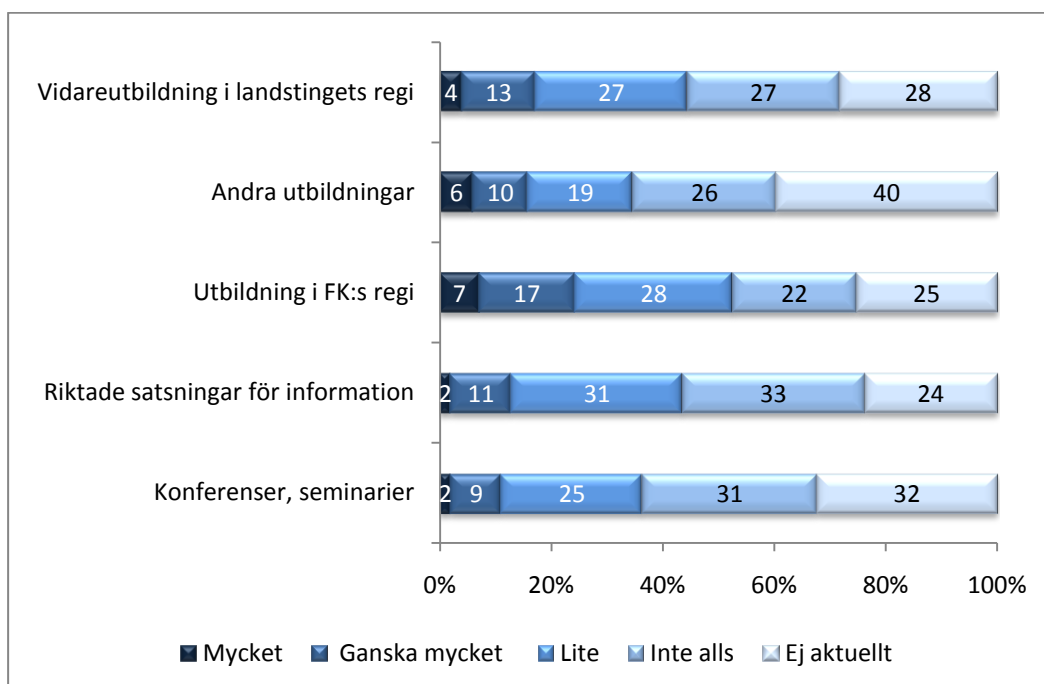


Figur 62. Andel (%) läkare som uppgav att kontakter med andra aktörer har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Övrig kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor

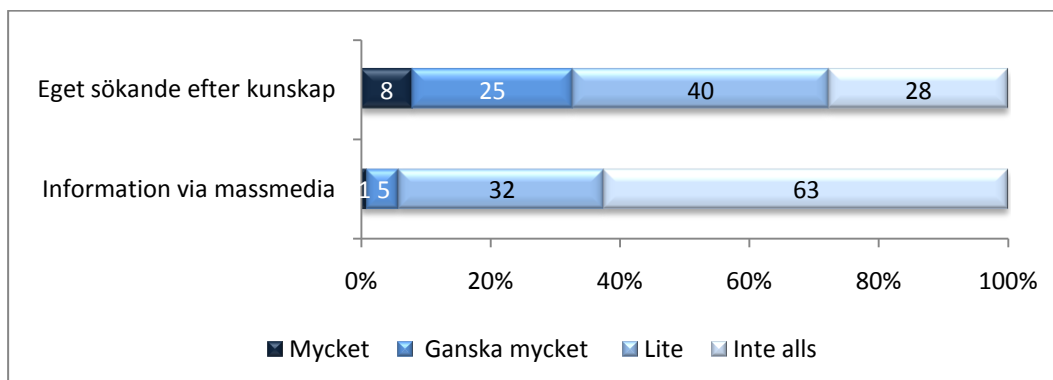
Fortbildning sker i olika former och med olika huvudmän. Ungefär var fjärde läkare uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hade bidragit till att utveckla deras kompetens mycket eller ganska mycket (figur 63) och (figur 64). Var tredje läkare uppgav att eget sökande efter kunskap (litteratur, Internet, etc.) hade hjälpt mycket eller ganska mycket.

Sjuttionio procent hade blivit hjälpta mycket eller ganska mycket av vidareutbildning i landstingets regi och sexton procent av andra utbildningar, vilket i detta fall innebär andra utbildningar än grundutbildning, AT, ST och vidareutbildning inom landstinget (figur 63). Elva procent av läkarna uppgav att konferenser och seminarier hade hjälpt dem i deras kompetensutveckling kring sjukskrivning, liksom riktade informationssatsningar via exempelvis sjukskrivningskommitté eller försäkringsmedicinskt råd (13 %) eller information via massmedia (6 %).



Figur 63. Andel (%) läkare som uppgav att olika utbildningar har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Information via eget sökande efter kunskap uppgav drygt en tredjedel ha hjälpt dem att utveckla sin kompetens (figur 64).

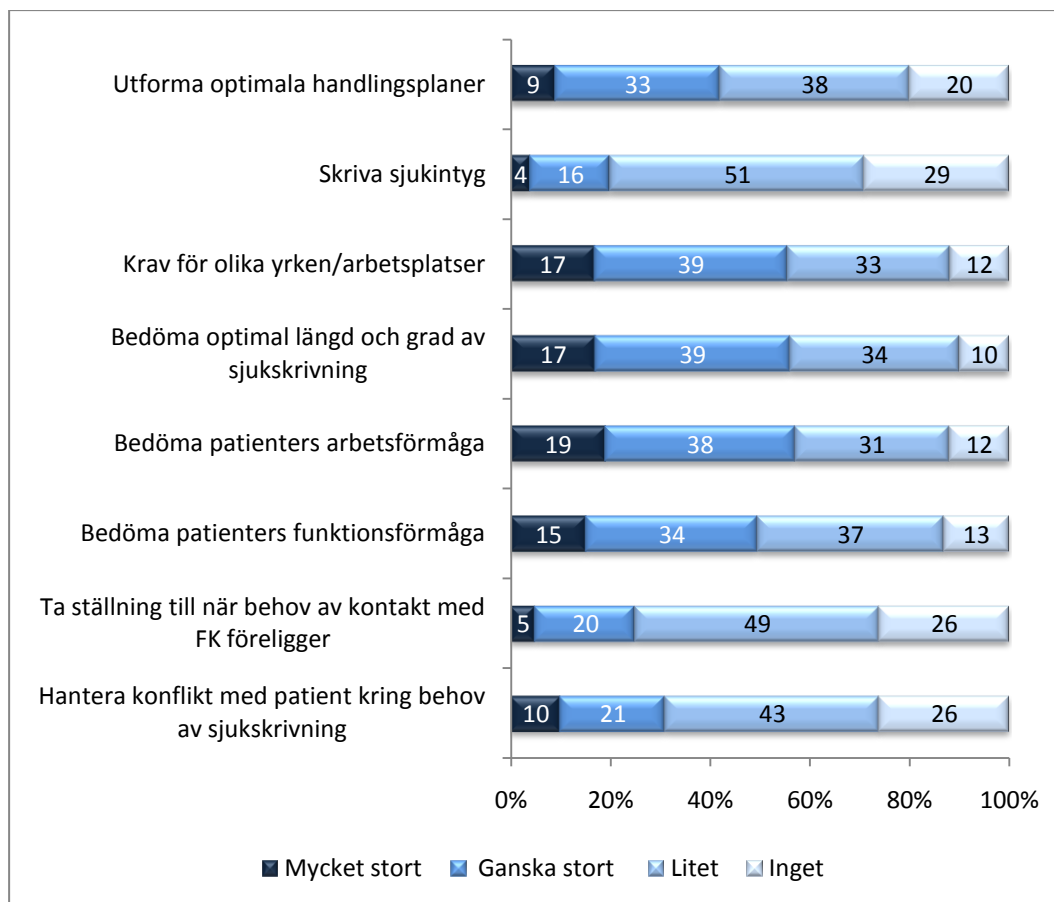


Figur 64. Andel (%) läkare som uppgav att olika informationskanaler har hjälpt dem att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Fördjupad kompetens i sjukskrivningsfrågor

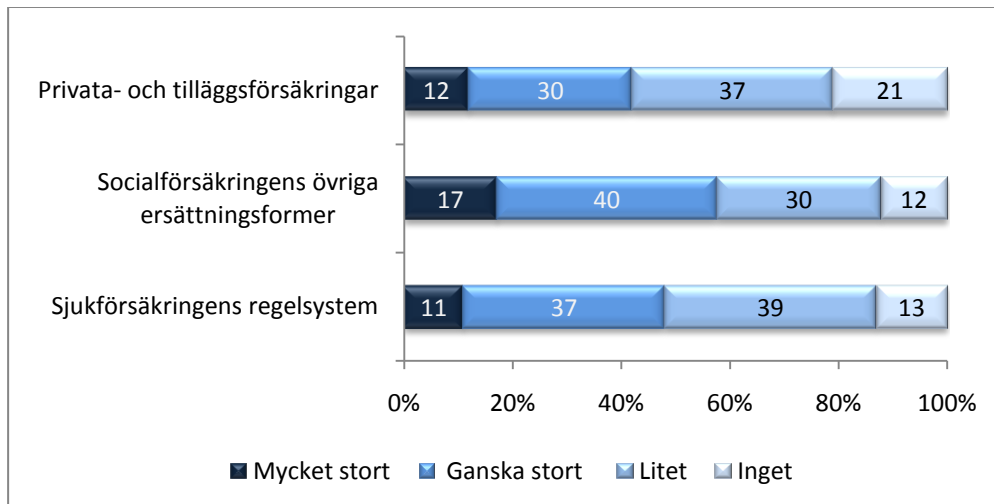
Omkring hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: bedöma funktionsförmåga (49 %), bedöma arbetsförmåga (57 %), veta vilka krav som ställs i olika yrken (56 %) samt bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (56 %) (figur 65).

Endast 20 procent av läkarna uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i att skriva läkarintyg, medan 31 procent hade behov av kunskap om konflikthantering. Att utforma handlingsplaner var det 42 procent som hade mycket eller ganska stort behov av, och 25 procent ville ha ökad kompetens i att ta ställning till när behov finns av att kontakta Försäkringskassan.



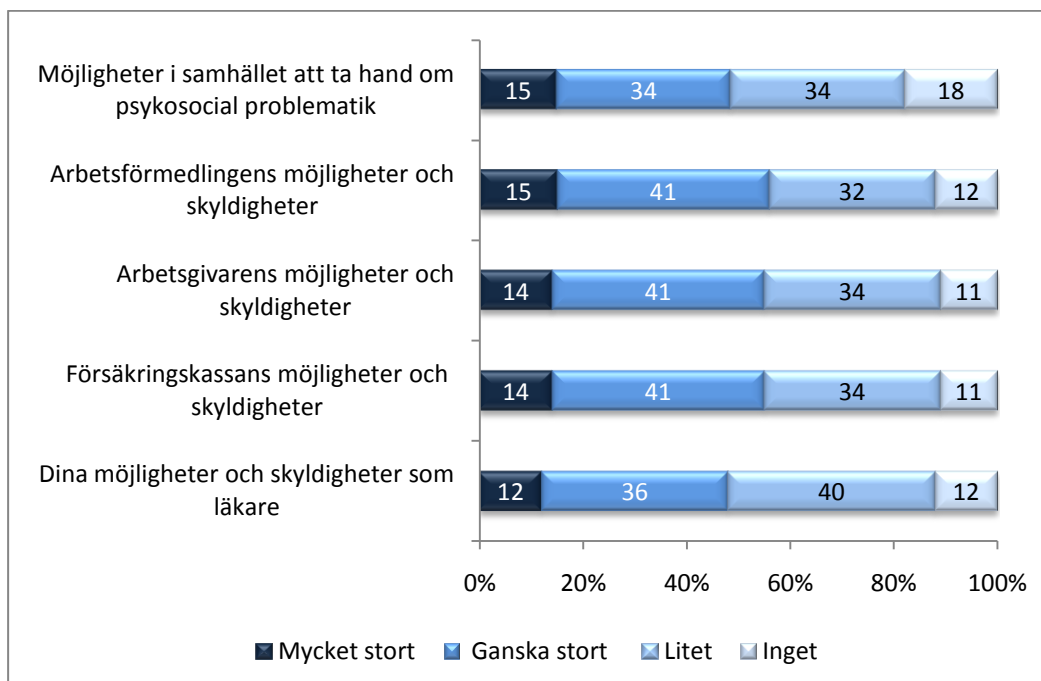
Figur 65. Andel (%) läkare som uppgav att de har behov av att fördjupa sin kompetens inom bedömning av sjukskrivningens grad och längd samt funktions- och arbetsförmåga.

I frågan om behov av fördjupad kompetens ingick även frågor om regelsystemet, olika aktörers möjligheter och skyldigheter och andra aspekter av sjukskrivning. I figur 66 framgår att hälften (48 %) svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av fördjupade kunskaper kring sjukförsäkringens regelsystem, 57 procent hade behov av kunskap kring andra ersättningsformer (t ex rehabiliteringspenning), och 42 procent kring privata försäkringar.



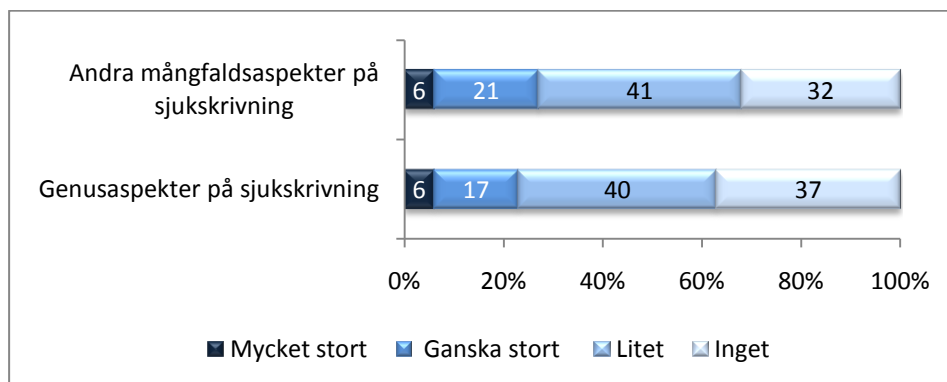
Figur 66. Andel (%) läkare som uppgav att de har behov av att fördjupa sin kompetens kring olika försäkringssystem.

Omkring hälften av läkarna upplevde mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter olika aktörer involverade i sjukskrivning har, även deras egna möjligheter och skyldigheter som läkare. Vidare uppgav ungefär varannan läkare mycket eller ganska stort behov av kunskap kring vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik (figur 67).



Figur 67. Andel (%) läkare som uppgav att de har behov av att fördjupa sin kompetens om olika aktörers möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

Få läkare uppgav att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens kring genusaspekter på sjukskrivning (23 %) eller andra mångfaldsaspekter på sjukskrivning (27 %) (figur 68).



Figur 68. Andel (%) läkare som uppgav behov av att fördjupa sin kompetens i genus- respektive mångfaldsaspekter i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Kort om kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor

Majoriteten av läkarna upplevde ett behov av att fördjupa sin kompetens i försäkringsmedicin. Över hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gällde att bedöma arbetsförmåga, att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken, att avgöra optimal längd och omfattning av sjukskrivning. De ville också få ökad kompetens vad avser övriga ersättningsformer i socialförsäkringen samt känna till olika aktörers möjligheter och skyldigheter. Läkares kompetensutveckling tycks i hög grad ske genom kontakter med kolleger och annan vårdpersonal och läkare önskar mer sådana kontakter i framtiden. Värdet av grundutbildning, AT- och ST-utbildning hade inte bidragit med så mycket kompetens kring sjukskrivning som kanske är önskvärt. Det kan finnas en risk för lokala "sjukskrivningskulturer" ifall lärandet i försäkringsmedicin sker i allt för stor utsträckning i form av "lärlingskap". En tredjedel efterfrågade handledning i hantering av sjukskrivningsärenden och många ville ha försäkringsmedicinska kurser.

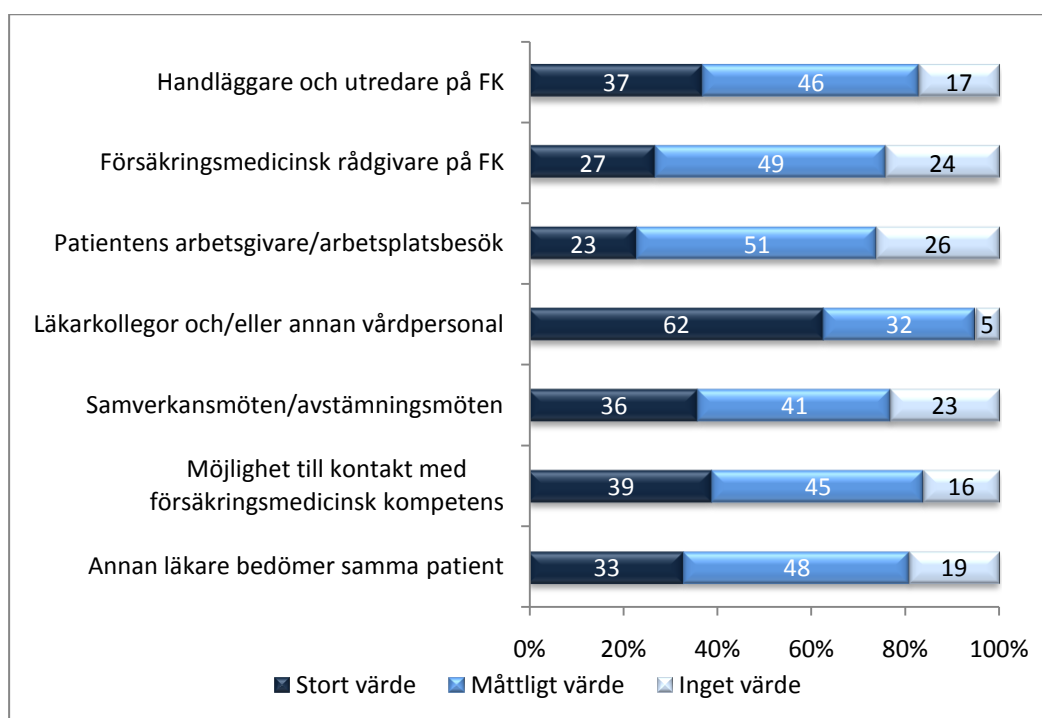
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Ett antal frågor efterfrågade hur läkaren värderade olika alternativ för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Här presenteras svaren på dem uppdelat på kontakter med andra aktörer involverade i sjukskrivning, fortbildningsaktiviteter och övriga åtgärder för hög kvalitet.

Värdet av kontakter med andra

En typ av kontakt var viktigare än andra för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, nämligen kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (figur 69). Sådana kontakter uppgavs vara av stort (62 %) eller måttligt stort (32 %) värde, dvs endast fem procent tyckte att detta saknade värde.

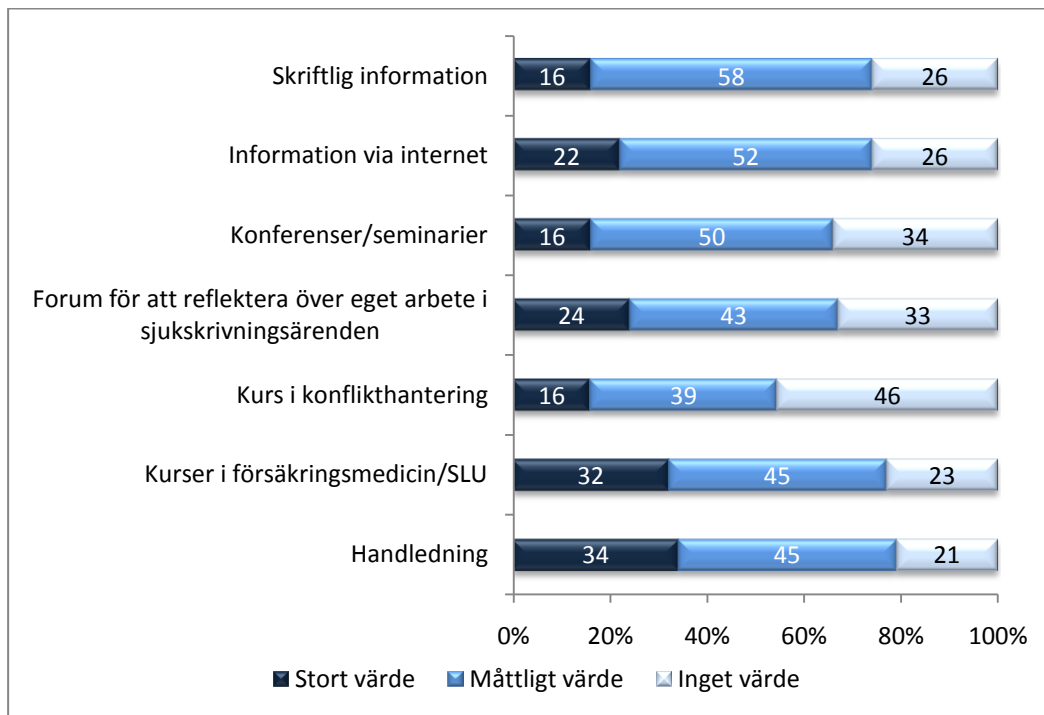
Drygt var tredje läkare uppgav att samverkansmöten/avstämningsmöten (36 %), att en annan läkare bedömer samma patient (33 %), att ha kontakter med handläggare och utredare på Försäkringskassan (37 %) och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens (39 %) var av stort värde för deras kvalitet i sjukskrivningsarbetet (figur 69). En av fyra läkare uppgav att möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare (f.d. försäkringsläkare) på Försäkringskassan är av stort värde (27 %) och ungefär lika många att kontakter med patienters arbetsgivare/arbetsplatsbesök är av stort värde (23 %).



Figur 69. Andel (%) läkare som uppgav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Värdet av fortbildningsaktiviteter

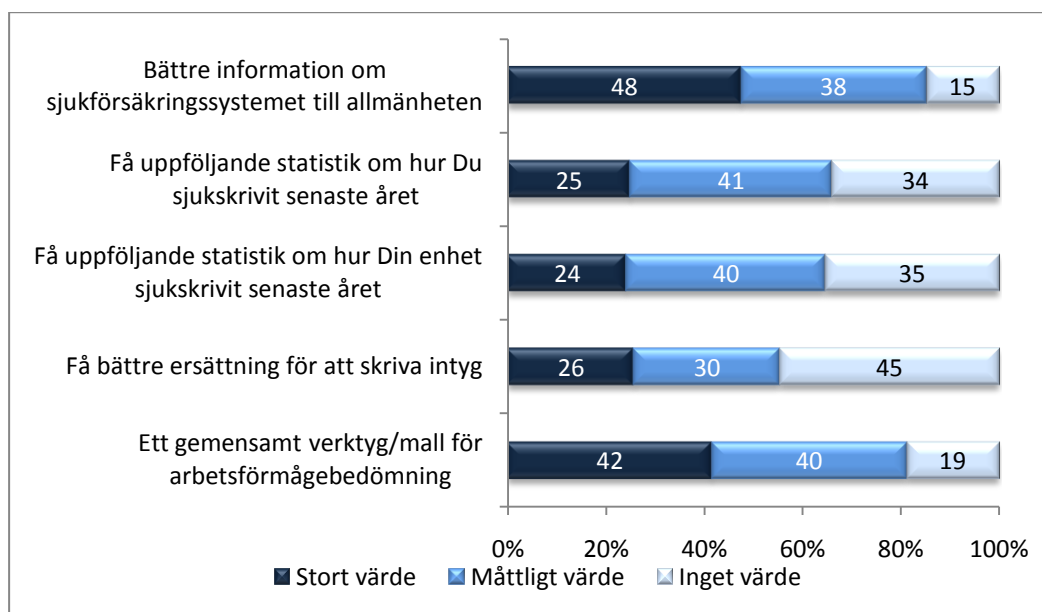
Den fortbildningsaktivitet som högst andel läkare ansåg var av stort värde för deras arbete var handledning i sjukskrivningsfrågor, 34 procent satte stort värde på detta. Ungefär lika många, 32 procent, satte stort värde på kurser i försäkringsmedicin, SLU (särskilt läkarutlåtande) etcetera. Var fjärde läkare eller färre satte stort värde på ett forum för att reflektera kring sitt sjukskrivningsarbete (24 %), information via Internet (22 %), konferenser/seminarier (16 %) och skriftlig information (16 %) (figur 70).



Figur 70. Andel (%) läkare som uppgav att olika aspekter hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Övriga faktorer av värde för hög kvalitet

Nästan hälften av läkarna (48 %) ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten var av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (figur 71). Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning skulle vara av stort värde för 42 procent av läkarna. Var fjärde läkare ansåg att det skulle vara av stort värde att få uppföljande statistik på sin egen sjukskrivning (25 %), och på enhetens sjukskrivning (24 %). En fjärdedel (26 %) ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten.



Figur 71. Andel (%) läkare som uppgav att olika alternativ hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Kort om kvalitet i sjukskrivningsarbetet

Läkare värderade fler kontakter med kolleger och annan vårdpersonal högt för att hålla en hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Läkarna värderade även en gemensam mall/verktyg för arbetsförmågebedömning, kontakter med Försäkringskassan, handledning, kurser i försäkringsmedicin samt bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten högt.

3.

Läkares arbete med sjukskrivning
i ett 4-års perspektiv;
Stockholms och Östergötlands läns
landsting

3. Läkares arbete med sjukskrivning i ett 4-års perspektiv i Stockholms och Östergötlands läns landsting

Mellan 2004 och 2008 har många interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning skett. Flera av dessa satsningar har gjorts inom ramen för den så kallade miljardsatsningen, där medel utgått från regeringen till landstingen för att förbättra denna kvalitet (64).

I detta kapitel redovisas resultat från jämförelser mellan svaren på 2004 och 2008 års enkät för läkare yngre än 65 år som var verksamma i Stockholms och Östergötlands län 2004 respektive 2008 och som mötte patienter aktuella för sjukskrivning. Framförallt redovisas resultat som kan belysa eventuella förändringar inom tre övergripande områden som det i miljardsatsningen sades att respektive landsting skulle fokusera på. Dessa tre var ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet, samverkan, intern och extern, samt kompetens och kunskap i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Resultaten redovisas för Stockholm och Östergötland sammanslagna. Först redovisas basdata om de svarande vad avser ålder, kön, utbildningsnivå, klinik/mottagning samt hur ofta läkare hade sjukskrivningsärenden respektive problem med dessa. I tabell 41 visas först svarsfrekvens och antal svarande 2004 respektive 2008.

Tabell 41. Antal läkare under 65 år som ingår i jämförelsen 2004-2008, Stockholm och Östergötland.

	2004	2008
Antal i studiepopulationen	7 665	11 000
Antal i studiegruppen	5 445	6 414
Svarsfrekvens alla, %	71 %	60 %
Antal sjukskrivande läkare	4 018	3 993
Antal (%) kvinnor	2 007 (50)	2 084 (52)
Antal (%) män	2 011 (50)	1 909 (48)

Befolkningen i Stockholms län var betydligt större än den i Östergötland, vilket också avspeglas i att andelen läkare från Östergötland var lägre; 17 % 2008 och 14 % 2004. I kommande studier kommer även förändringarna inom respektive län att analyseras var för sig. Antal och andel läkare på de kliniker/mottagningar som specificerats i enkäten för båda de studerade åren redovisas i tabell 42. I 2008 års enkät fanns det fler typer av kliniker/mottagningar bland svarsalternativen än 2004. De läkare som tillhörde de klinikerna/mottagningarna tillhör i denna jämförelse ”*Annan klinik/mottagning*”. År 2004 arbetade högst andel läkare, 30 %, huvudsakligen vid ”*Annan klinik/mottagning*” än de specificerade i enkäten. År 2008 fanns de flesta, 27 %, vid en vårdcentral.

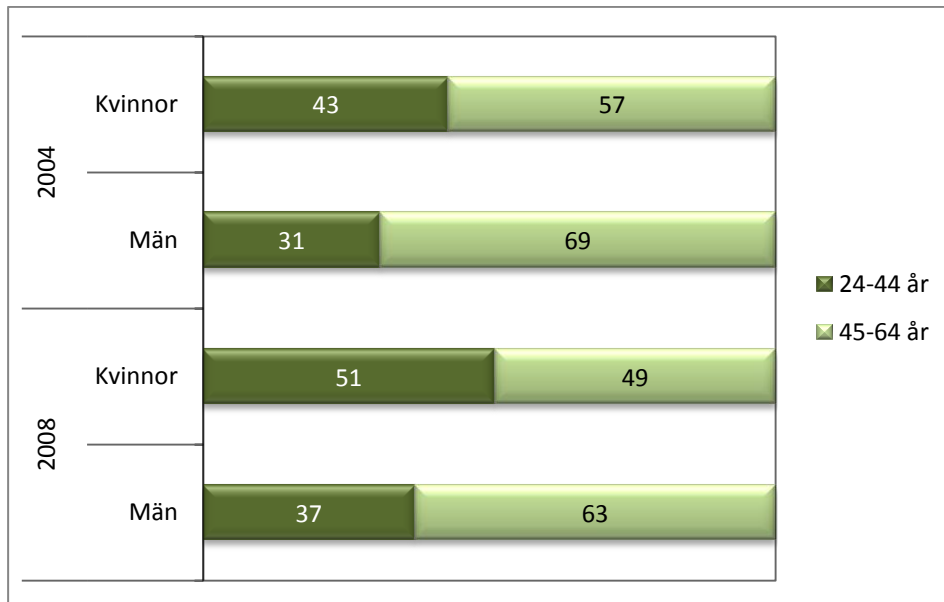
Tabell 42. Antal och andel sjukskrivande läkare vid typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, 2004 respektive 2008.

	2004		2008	
	n	%	n	%
Företagshälsovård	123	3	123	3
Invärtesmedicin	363	9	496	12
Kirurgi	294	7	367	9
Obstetrik/gynekologi/MHV ¹	282	7	270	7
Onkologi	105	3	109	3
Ortopedi	189	5	195	5
Psykiatri/missbruksvård	399	10	365	9
Rehabilitering	52	1	58	1
Vårdcentral/husläkarmottagning	954	24	1059	27
Annan klinik/mottagning	1214	30	927	23
Ingen	21	1	10	0
Bortfall	22	1	14	0
Samtliga	4 018	100	3 993	100

¹ Mödrahälsövård

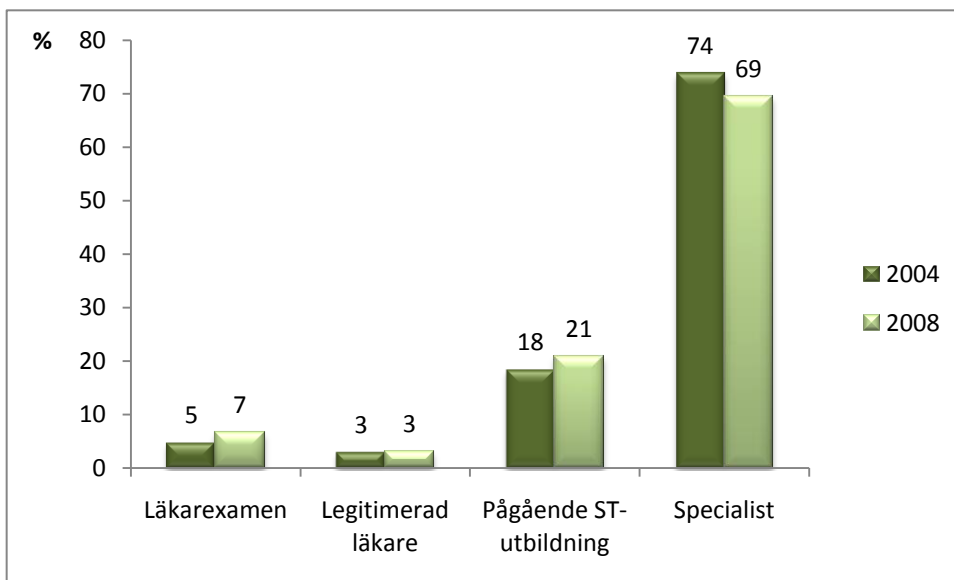
Bakgrundsfaktorer

En viss förändring i ålderssammansättningen har skett; år 2008 var en högre andel av läkarna som svarade yngre, dvs. mellan 25 och 44 år gamla, än 2004 (figur 72).



Figur 72. Sjukskrivande läkare, ålders och könsfördelning, år 2004 respektive 2008

Att andelen yngre läkare var högre 2008 återspeglas i att andelen läkare med specialistutbildning var något lägre år 2008 (figur 73).



Figur 73. Högsta utbildningsnivå bland sjukskrivande läkare, år 2004 respektive 2008.

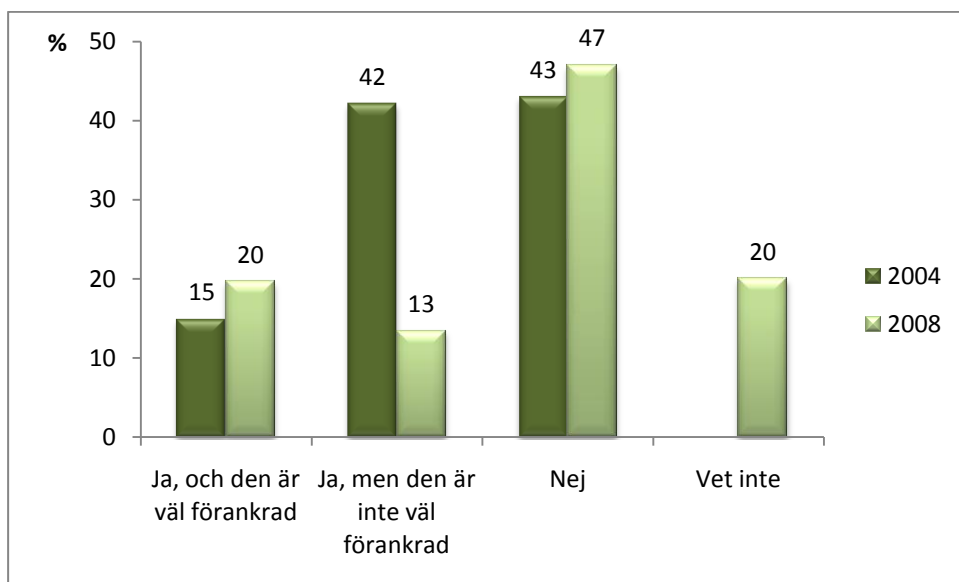
Ledning och styrning

De två frågor som förekom i både 2004 och 2008 års enkäter och som kan hänföras till detta område är om det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen respektive om läkaren har stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

År 2008 uppgav en något högre andel att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad men samtidigt svarade en avsevärt lägre andel att det fanns en policy men att den inte var väl förankrad (figur 74). Siffrorna för 2008 var i princip samma för hela landet se sid 51. Som framgår i metodavsnittet är frågorna och svarsalternativen inte helt jämförbara. De svarsalternativ som tillkom 2008 var "Vet ej" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet". Svarsalternativet "Vet ej" redovisas i figur 74. Det andra svarsalternativet har hanterats som bortfall. År 2004 fanns det således möjligen ett antal personer som skulle ha svarat "Vet ej" om det alternativet funnits.

Utifrån intentionerna i miljardsatsningen om att stärka ledning och styrning av dessa frågor, liksom utifrån de föreskrifter som finns om ledningssystem inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) (16, 92), där det tydligt framgår att sådana riktlinjer/policy ska finnas på verksamhetsnivå, är det positivt att andelen som anger att detta finns och är väl förankrad har ökat från 15 till 20 procent. Att andelen som svarat att detta finns men inte är väl förankrad har sjunkit så kraftigt, från 42 till 13 procent, är dock problematiskt. Än mer problematiskt är det att 67 procent svarat att en policy saknas eller att de inte vet om en sådan finns. En möjlig förklaring kan vara att medvetenheten om behovet av sådan policy och om vad den skulle kunna innebära har ökat betydligt i läkarkåren de senare åren.

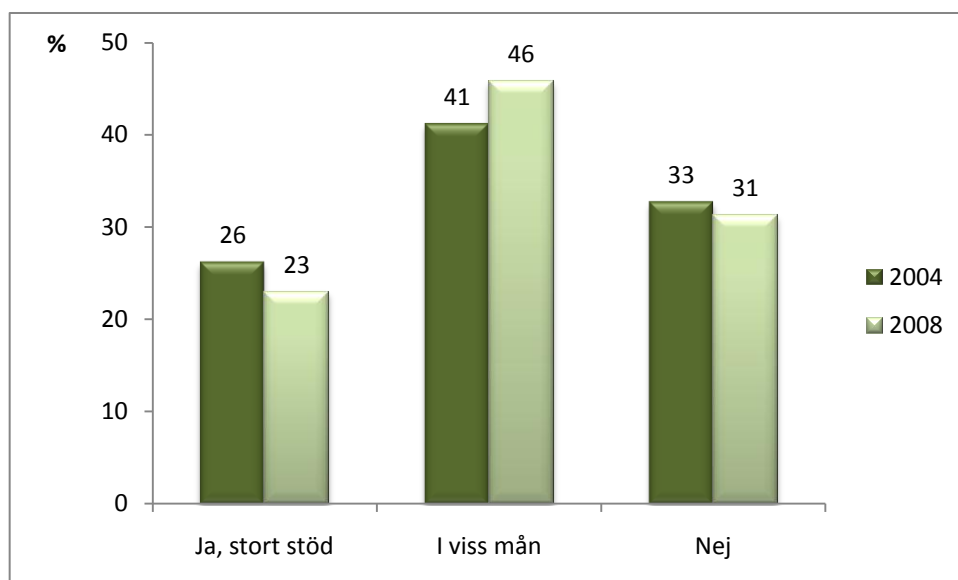


Figur 74. Andel (%) läkare som 2004 respektive 2008 arbetade på en klinik/mottagning där det fanns en policy för hantering av sjukskrivningsärenden som var väl förankrad, inte väl förankrad alternativt saknade sådan policy.

Stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden

Inte heller för frågan om läkaren känner stöd från närmaste ledningen är svarsalternativen exakt lika, men skillnaderna bedöms inte kunna förändra resultatet mer än marginellt (figur 75). Två svarsalternativ hade tillkommit 2008; ”Ej aktuellt, har ingen chef” och ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet”. Dessa svarsalternativ har hanterats som bortfall för denna fråga.

Förändringarna mellan de två åren är små (ej signifikanta). En något mindre andel 2008 än 2004 upplevde stort stöd i arbetet med sjukskrivning och en något högre andel upplevde stöd i viss mån (figur 75). Mot bakgrund av den satsning på att stärka ledning och styrning av handläggning av sjukskrivningsärenden som ”miljardsatsningen” skulle leda till kan de ytterst små förändringar som skett sedan 2004 synas förvånande. Detta kan innebära två olika saker. Antingen att miljardsatsningen, hittills, inte haft någon större effekt på verksamhetsnivå. En studie av chefer inom hälso- och sjukvården visade att år 2006 hade detta knappats alls haft effekt på verksamhetsnivå ännu (52). En annan möjlighet till dessa resultat är att interventionerna kan ha inneburit en ökad medvetenhet om att stöd behövs och kan förväntas, och därav ökade krav på sådana.



Figur 75. Andel (%) som uppgav stort stöd, stöd i viss mån stöd alternativt inget stöd kring handläggning av sjukskrivningsärenden från närmaste ledning på sin klinik/mottagning, år 2004 respektive 2008.

Kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden

Tre typer av frågor om kompetens ingick i enkäterna:

- i vilken utsträckning ett antal olika formella och informella utbildningar och kontakter hjälpt till att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden,
- behov av fördjupad kompetens
- en värdering av olika alternativ för en hög kvalitet i det egna arbetet med sjukskrivning.

Utbildning och kontakter för kompetensutveckling

Den formella utbildningens betydelse för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden har ökat något mellan åren (tabell 43). Vid båda undersökningstillfällena angav majoriteten att deras kompetens har utvecklats i kontakter med läkarkollegor och annan vårdpersonal respektive i kontakter med patienter, det vill säga i mer informella inlärningsituationer. Denna andel har inte ökat över åren, snarare tvärt om.

En tredjedel angav att utbildningar i Försäkringskassans regi och det egna sökandet efter kunskap har varit behjälpligt i kompetensutvecklingen. Likaså har kontakter med patienter haft stor betydelse för kompetensutvecklingen inom försäkringsmedicinska frågor för mer än hälften av sjukskrivande läkare.

Tabell 43. Andel (%) läkare som uppgav att olika utbildningar och kontakter haft stor eller ganska stor betydelse för den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004 och 2008.

	2004	2008
Grundutbildning	14	18
Allmäntjänstgöring (AT)	36	39
Specialisttjänstgöring (ST)	42	47
Kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	65	65
Kontakter med patienter	58	55
Kontakter med personer inom Försäkringskassan	29	29
Kontakter med arbetsgivare	8	7
Utbildning i Försäkringskassans regi	31	34
Konferenser, seminarier	15	18
Eget sökande efter kunskap (litteratur, Internet, etc.)	29	32

De formella utbildningarna tycks således ha bidragit till läkarens kompetens i arbetet med sjukskrivningsärenden i högre grad 2008 än 2004. För de läkare som svarade på enkäten 2008 fanns uppgift om examensår för grundutbildningen.

I tabell 44 visas hur mycket läkare med olika examensår ansåg att grundutbildningen bidragit till deras kompetens i sjukskrivningsfrågor. Andelen som ansåg att grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket har ökat betydligt, från 13 till 35 procent mellan läkare som tog examen före 2001 respektive efter 2005. I 2004 års studie fanns inte uppgift om examensår, däremot om antal år i yrket. Detta har använts för att beräkna ett ungefärligt examensår.

Siffrorna från de båda enkäterna är därför inte helt jämförbara, men trenden är densamma med högre värdering av betydelsen av grundutbildningen när grundexamen ligger närmare i tiden. Det är även en högre andel av läkare 2008 än 2004 som ansåg att den närliggande grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till kompetensen i sjukskrivningsfrågor.

Tabell 44. Andel (%) läkare som uppgav att grundutbildningen bidragit mycket eller ganska mycket till deras utveckling av kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden, 2004 respektive 2008.

	Antal	Mycket eller ganska mycket (%)
<i>2008 års enkät</i>		
Läkarexamen år 2005-2008	1 484	35
Läkarexamen år 2001-2004	1 268	22
Läkarexamen år 1969-2000	8 615	13
Ingen information om examensår	1 661	22
<i>2004 års enkät</i>		
0-4 år i yrket	441	19
5-40 år i yrket	3 381	13
Ingen information om år i yrket	197	16

Samma trend återfanns för AT- och ST-utbildningen (tabell 45 och 46). Om denna skillnad beror på att utbildningen i försäkringsmedicin förbättras över åren eller på att man kommer ihåg annorlunda beroende på hur nära i tid utbildningen ligger, kan inte avgöras med dessa data.

Tabell 45. I vilken utsträckning allmäntjänstgöring (AT) har bidragit till kompetens bland läkare med olika lång erfarenhet i yrket, år 2004 respektive 2008.

	Antal	AT bidragit mycket eller ganska mycket till kompetens
<i>2004 års enkät</i>		
0-4 år i yrket	401	54,4
5-40 år i yrket	2 997	33,0
Information om år i yrket saknas	161	43,5
<i>2008 års enkät</i>		
Legitimerad år 2005-2008	1 736	56,5
Legitimerad år 2001-2004	1 700	47,1
Legitimerad år 1969-2000	7 838	28,6
Information om legitimationsår saknas	885	56,6

Tabell 46. I vilken utsträckning specialistutbildningen (ST) har bidragit till kompetens i hantering av sjukskrivningsärenden

	Antal	ST utbildning har bidragit mycket eller ganska mycket (%)
<i>2004 års enkät</i>		
Pågående ST-utbildning	700	47,4
Specialistläkare	2 626	40,8
<i>2008 års enkät</i>		
Pågående ST-utbildning	2 602	56,0
Specialistläkare	8 361	44,4

Behov av fördjupad kompetens inom sjukskrivning

Generellt uppgav en mycket stor andel läkare behov av fördjupad kompetens inom flera områden (tabell 47). Båda åren angav störst andel, ca 60 procent, behov av ökad kompetens vad avser andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, liksom de egna möjligheterna och skyldigheterna. Andelen som angivit detta har minskat något sedan 2004, vilket kan förklaras av att antingen har man fått mer kunskap eller att behovet är mindre. När det gäller behovet av kompetens vad avser andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet är andelen dock oförändrad och hög.

Den största förändringen mellan åren är att andelen läkare som anger att de vill ha ökad kompetens i att bedöma patienters arbetsförmåga har ökat från 44 till 54 procent. En närliggande aspekt är att 52 procent år 2008 angav att de ville veta mer om vilka krav som ställs i olika yrken.

En minskning kunde ses i andelen som önskade fördjupad kompetens i konflikthantering. Att skriva sjukintyg var båda åren det område där lägst andel önskade kompetensutveckling. Detta kan relateras till att ett flertal studier funnit att läkarintygen ofta inte har tillräcklig kvalitet för att kunna utgöra underlag för beslut om sjukpenning (1, 19).

Tabell 47. Andel (%) läkare som svarat att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, år 2004 respektive 2008.

Områden där andelen ...	2004	2008
...ökade		
Bedöma patienters arbetsförmåga	44	54
Vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser	46	52
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	50	54
...minskade		
Hantera konflikter med patienter kring behovet av sjukskrivning	39	31
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	29	26
Mina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	54	51
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	57
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	56
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	63	58
...var oförändrad		
Skriva läkarintyg (medicinskt underlag)	20	20
Utforma optimala handlingsplaner	42	41
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	49	49
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringsystemet	59	59
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	43	44

Önskemål om former för framtida kompetensutveckling

I 2004 års enkät fanns följande fråga: "Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?". År 2008 formulerades denna fråga något annorlunda: "Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning". Trots skillnaden i ordalydelse finns det goda skäl att jämföra resultaten från de båda enkäterna, särskilt som svarsalternativen i stort sett var de samma.

Jämförelsen visar att andelen läkare som satte stort värde på kontakter med läkarkolleger och/eller annan vårdpersonal ökade från 42 procent till 61 procent (tabell 48). En viss ökning skedde också i andelen läkare som angav att det är värdefullt med information via Internet, från 18 till 23 procent. Fler ville även ha handledning, en tredjedel av läkarna ansåg att det skulle behövas.

En minskning kunde också ses i andelen läkare som angav att konferenser/seminarier har stort värde, från 27 procent till 16 procent. Värdet av kontakter med "försäkringsläkare på FK/sjukskrivningskommitté" (2004 års enkät), eller som det var formulerat år 2008 "kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK" hade minskat från 36 procent till 28 procent. I övrigt var förändringarna små.

Tabell 48. Andel (%) läkare som uppgav att information, kontakter och samverkansmöten har stort värde för kompetensutveckling vad gäller sjukskrivningsfrågor, år 2004 respektive 2008.

Områden där andel som uppgav stort värde för framtida kompetensutveckling ...	2004	2008
... ökade		
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	42	61
Information via internet	18	23
Handledning	29	33
Samverkansmöten, avstämningsmöten	31	34
... minskade		
Konferenser, seminarier	27	16
Kontakter med försäkringsläkare på FK	36	28
Kontakter med handläggare och utredare på FK	42	36
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	20	17
Gemensamt verktyg, mall för arbetsförmågebedömning	45	42
... var oförändrad		
Kurser	30	32
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	21

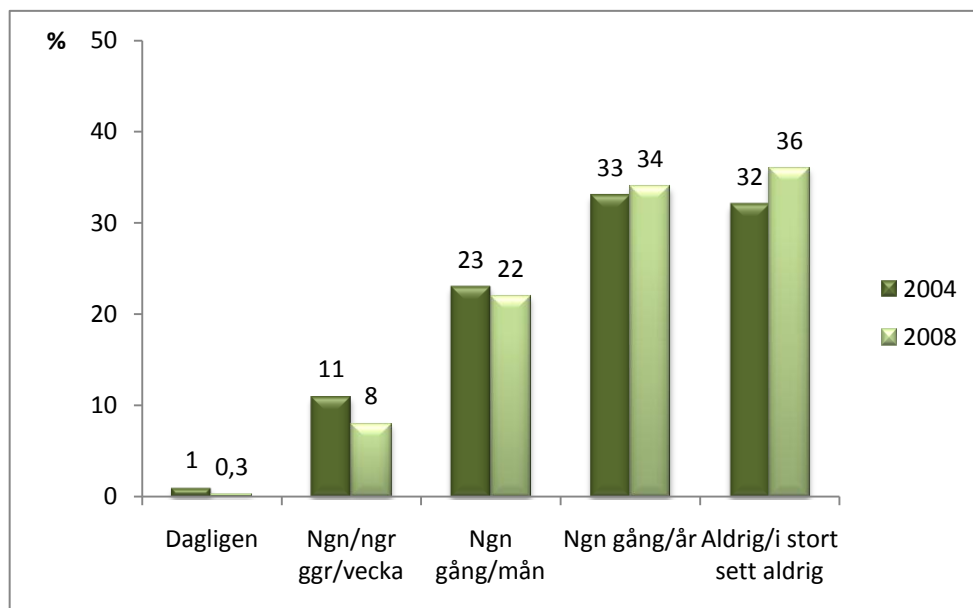
En viss minskning skedde när det gäller värdet av en gemensam mall för arbetsförmågebedömning, från 45 procent till 42 procent. Det är trots minskningen den åtgärd som efter kontakt med läkarkollegor är den som bedömdes ha stort värde för kompetensutvecklingen.

Samverkan med Försäkringskassan

Det tredje prioriterade området för miljardsatsningen var intern och extern samverkan. Försäkringskassan är självfallet den vanligaste externa samverkansparten i sjukskrivningsärenden.

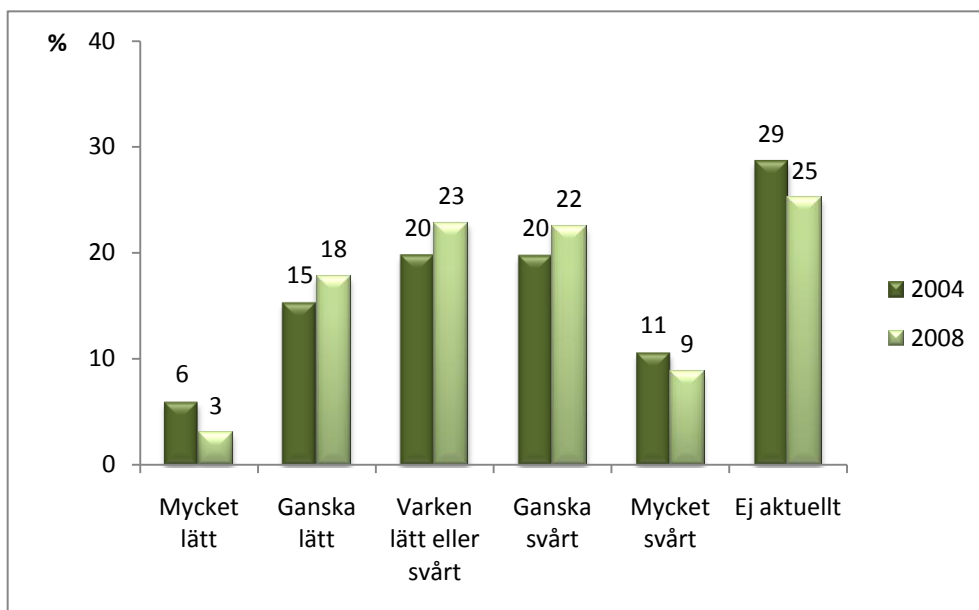
Frekvens

Tolv procent uppgav att de hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per vecka eller oftare 2004; denna siffra hade sjunkit till 8 procent 2008 (figur 76). Det var en högre andel 2008 än 2004 som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan.



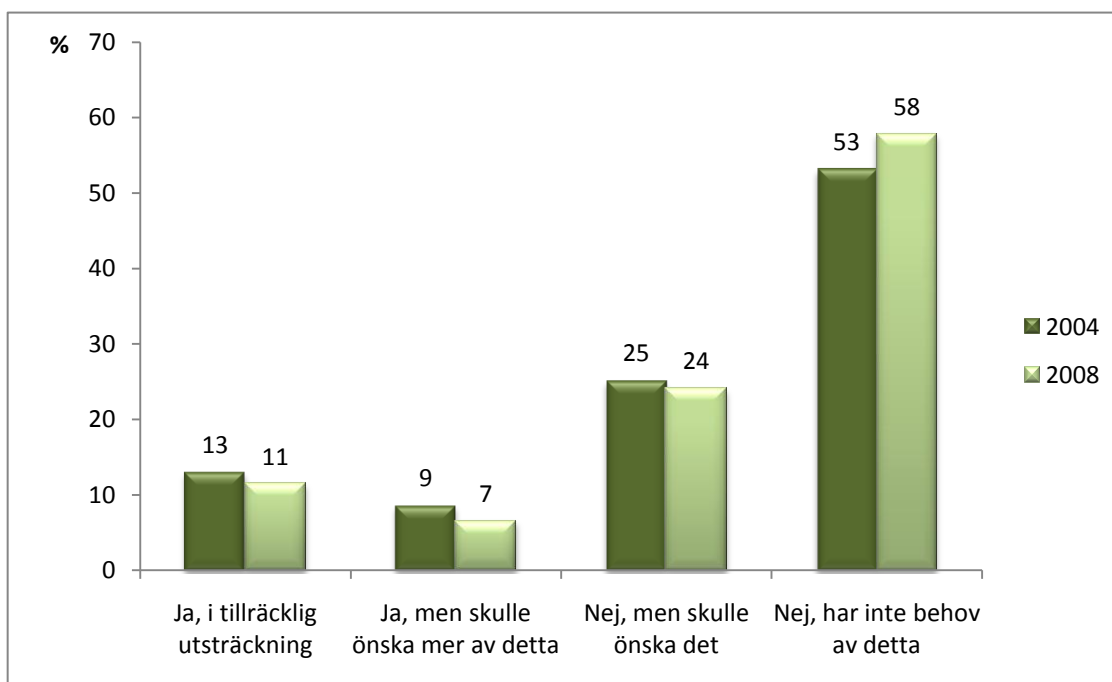
Figur 76. Andel (%) läkare som uppgav att de var i kontakt med någon från Försäkringskassan dagligen, någon/några gånger i veckan, i månaden, per år eller aldrig/i stort sett aldrig, år 2004 respektive 2008.

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare hade andelen som uppgav att det inte var aktuellt minskat från 29 till 25 procent mellan 2004 och 2008 (figur 77). Såväl andelen som ansåg det mycket lätt och mycket svårt att få kontakt hade minskat något. Överlag hade inte andelen som ansåg det lätt att få kontakt med Försäkringskassan ökat mellan åren.



Figur 77. Andel (%) läkare som uppgav hur lätt respektive svårt det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008.

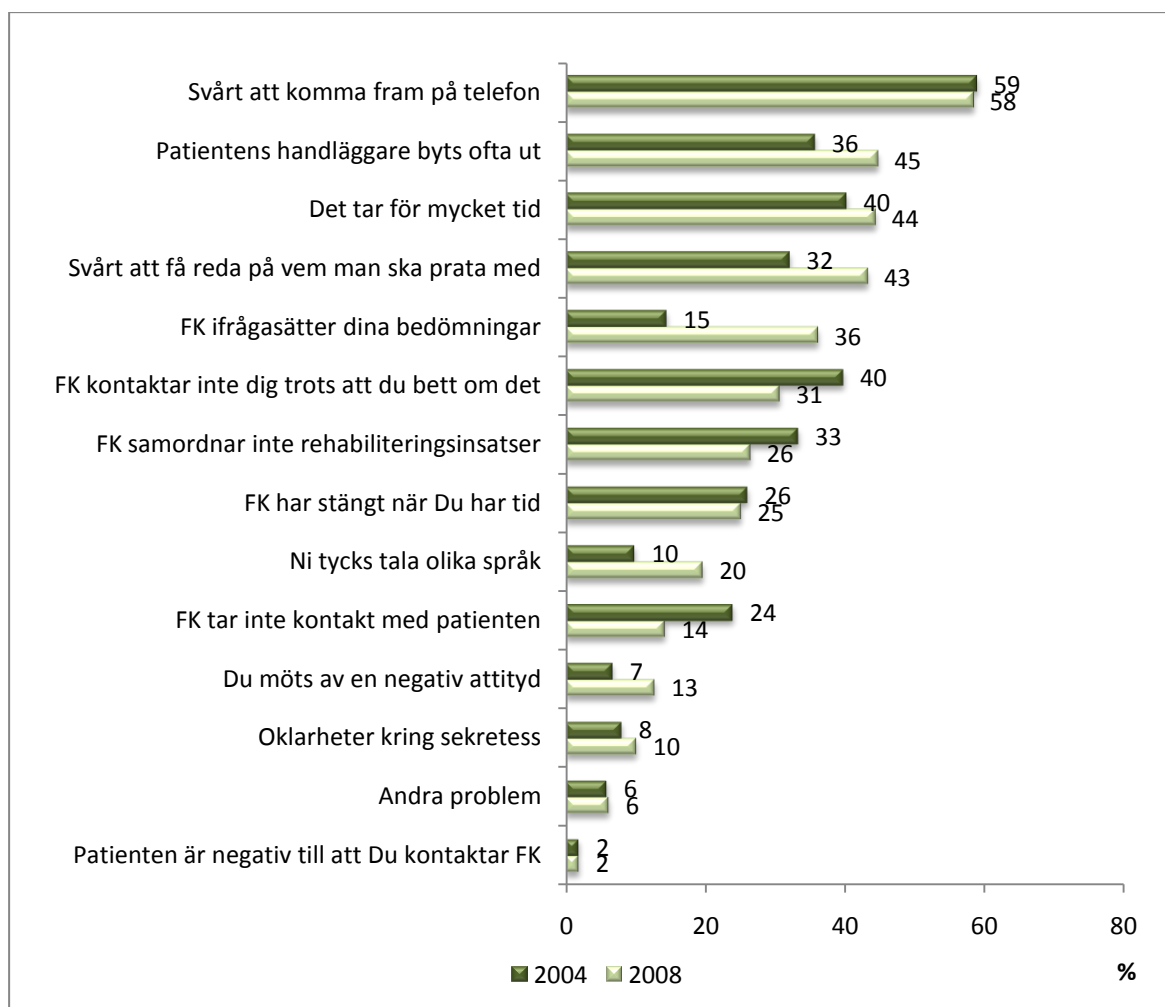
Endast någon procentenhet skilde mellan åren när det gällde huruvida läkarna hade regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan. Andelen som önskade mer sådana kontakter med Försäkringskassan hade ökat med tre procentenheter och fortfarande önskade en tredjedel av läkarna mer sådana inplanerade möten. Det enda svarsalternativet som visade större skillnad var alternativet att de inte hade några kontakter och inte heller behov av det; 53 procent år 2004 och 58 procent 2008 (figur 78).



Figur 78. Andel (%) läkare som uppgav om de hade regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan och som önskade fler sådana, år 2004 respektive 2008.

Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan

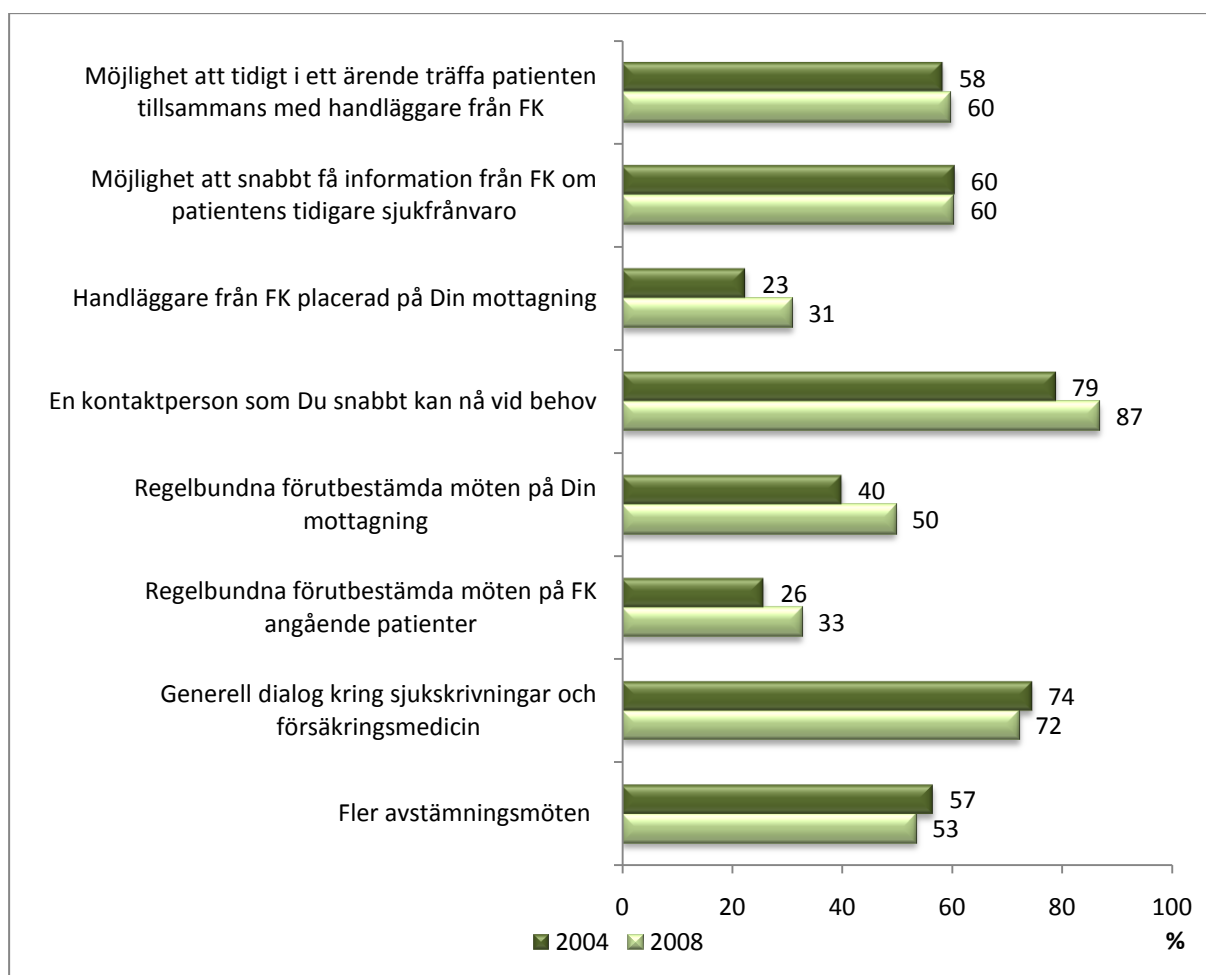
På frågan ”I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan, vari består dessa?” var den svårighet flest, knappt två tredjedelar, angav Svårt att komma fram per telefon både 2004 och 2008 (figur 79). Den kraftigaste ökningen var andelen läkare som svarade att Försäkringskassan ifrågasatte deras bedömningar. År 2004 ställdes frågan om läkaren upplevde att dennes bedömningar ifrågasattes i kontakten med Försäkringskassan. Den frågan var 2008 specificerad i två frågor: Om Försäkringskassans handläggare ifrågasatte läkarens bedömningar respektive Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (f.d. försäkringsläkare) ifrågasatte läkarens bedömningar vilket kan påverka resultatet i jämförelsen (se metodavsnittet för hur detta hanterats) men kan inte förklara hela den ökning som skett. En ökning syntes även av svårigheterna med att patientens handläggare ofta byts ut, svårt att få reda på vem man ska tala med men även en svårighet i att handläggare och läkare tycks tala olika språk och att mötas av en negativ attityd. Färre ansåg att det var ett problem att Försäkringskassan inte kontaktade patienten, inte kontaktade läkaren samt att de inte samordnade rehabiliteringen.



Figur 79. Andel (%) läkare som uppgav olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008.

Följande frågor om framtida kontakter med Försäkringskassan var inte fullt jämförbara då det fanns ett ytterligare svarsalternativ 2008: ”Kommer inte att ha kontakt med Försäkringskassan”. En följd av detta blev att resultaten är svåra att jämföra. I första utgåvan presenterades därför två figurer (figur 80a och b), som visade svar på samma frågor. Här redovisas istället svaren 2008 viktade med hjälp av svaren från dem som besvarat både alternativet ”Kommer inte att ha kontakt med Försäkringskassan”, och värderat framtida kontakter, se metoddelen sidan 17.

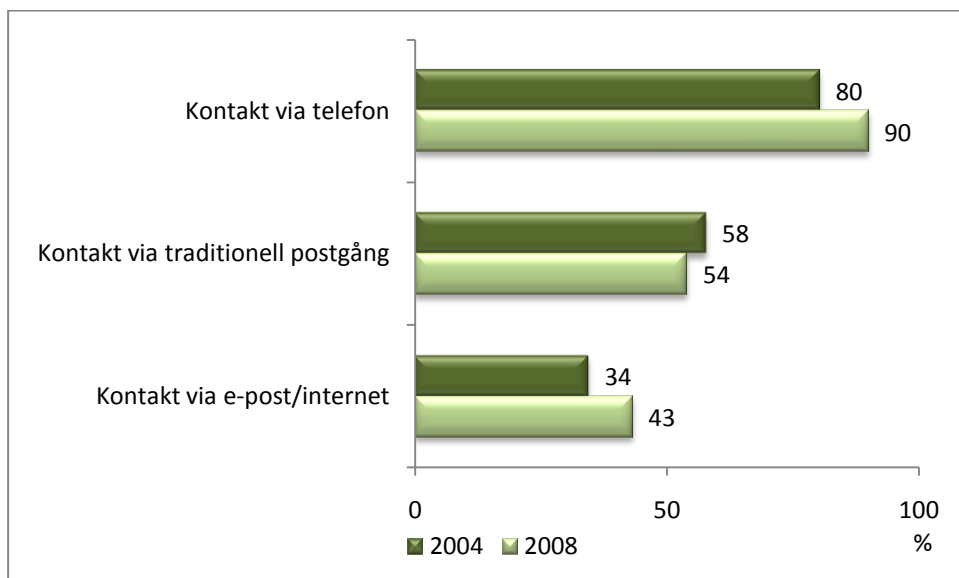
En hög andel (79 %) svarade 2004 att en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kunde nå var mycket eller ganska viktigt för framtida kontakter med Försäkringskassan (figur 80). År 2008 hade andelen ökat till 87 procent. Den åtgärden var den absolut viktigaste 2004 och kvarstår således som den viktigaste 2008. Möjlighet till snabb information om patientens tidigare sjukskrivningar och att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med handläggare tycks även de vara viktigare än regelbundna möten. En generell dialog kring sjukskrivning och försäkringsmedicin var fortfarande en hög andel läkare som önskade även om andelen minskat något från 2004. Önskemål om regelbundenhet i möten har ökat mellan åren.



Figur 80. Andel (%) läkare som uppgav olika kontaktsituationer som mycket eller ganska viktiga i framtida kontakter med Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008.

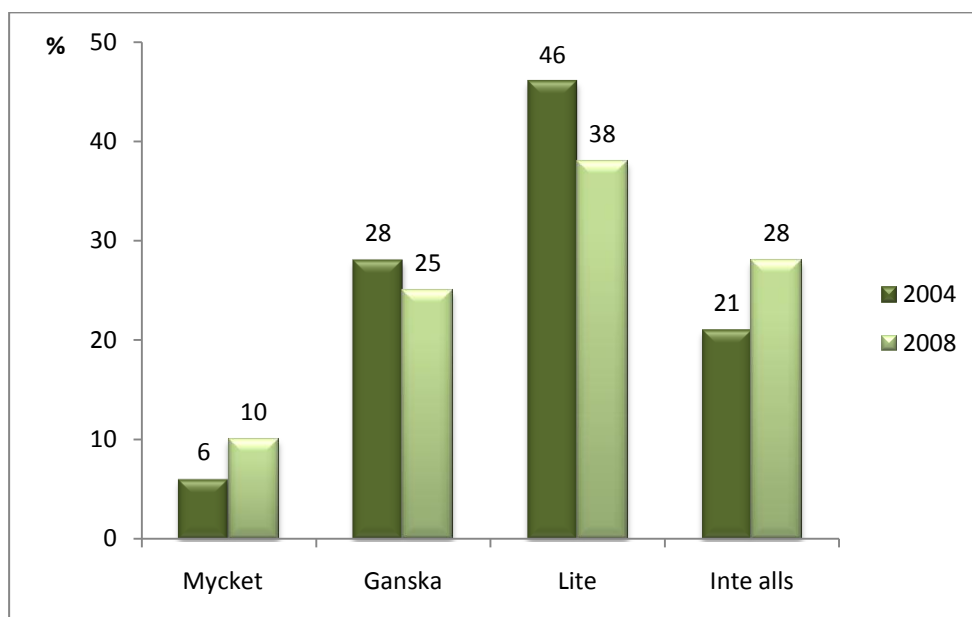
Samma metod för viktning användes av samma skäl som ovan även för nedanstående frågor i enkäten (se även metodavsnittet, sid. 17). På frågan om hur viktiga olika alternativa former för framtida kontakter med Försäkringskassan ansågs vara så svarade nästa alla läkare att kontakt per telefon är mycket viktigt.

En mycket hög andel (80 %) 2004 svarade att kontakt via telefon med Försäkringskassan var mycket eller ganska viktigt för framtida kontakter med Försäkringskassan (figur 81). År 2008 hade andelen ökat till 90 procent.



Figur 81. Andel (%) läkare som uppgav olika kommunikationsvägar som mycket eller ganska viktiga i framtida kontakter med Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008.

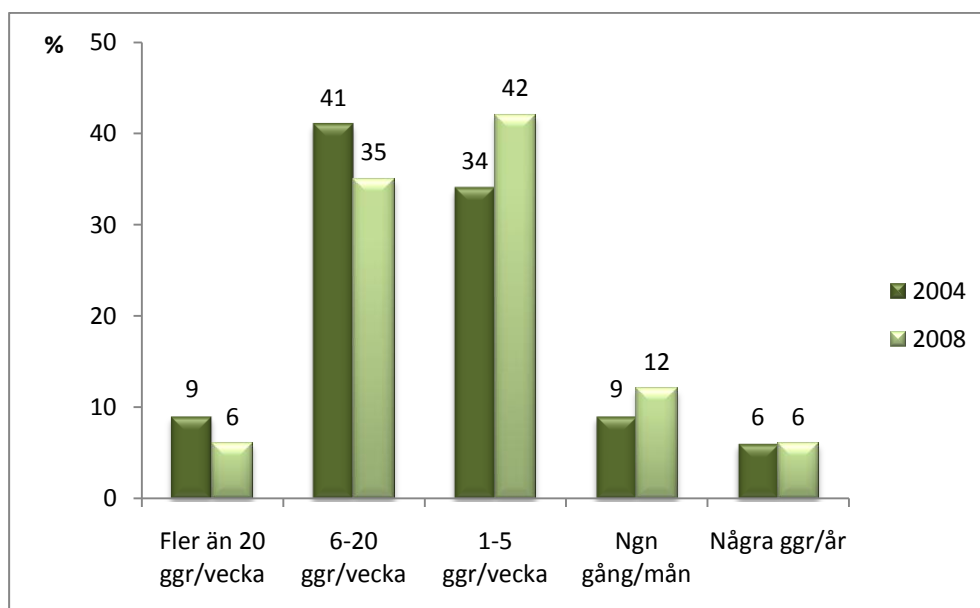
Få läkare tyckte det var problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan även om andelen ökade något från 2004 till 2008 (figur 82). Andelen läkare som inte alls tyckte det var problematiskt ökade ännu mer. Vid en sammanläggning av svarsalternativen ganska och mycket problematiskt finns endast en marginell skillnad mellan åren.



Figur 82. Andel (%) som uppgav hur problematiskt de ansåg att det var att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008.

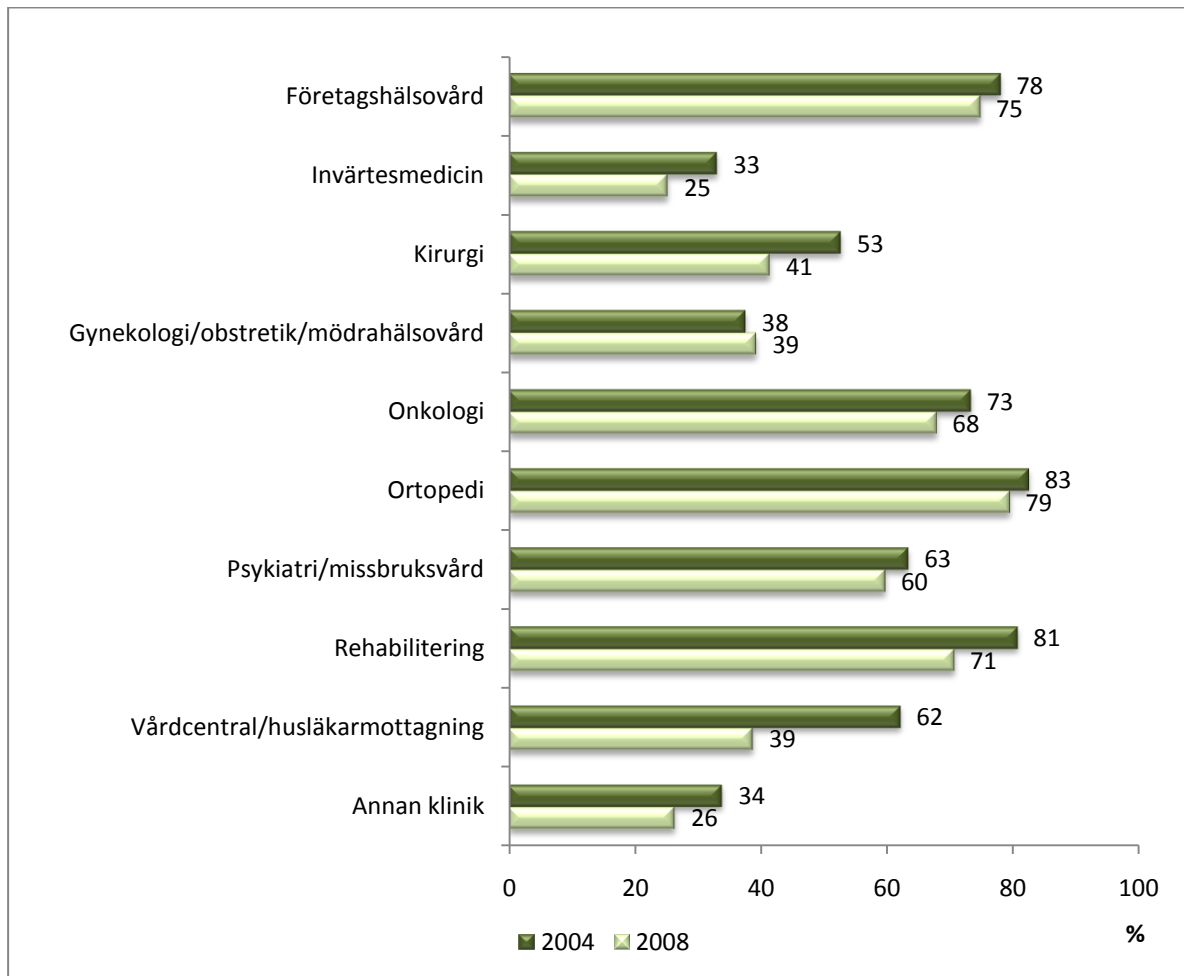
Frekvens av sjukskrivningsärenden 2004 och 2008

Andelen läkare med sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger per vecka minskade samtidigt som andelen med sjukskrivningsärenden 1-5 gånger per vecka ökade ungefär lika mycket (figur 83). Det fanns därmed ingen tydlig trend men resultatet indikerar att andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minskat mellan 2004 och 2008.



Figur 83. Andel (%) läkare och hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, 2004 respektive 2008.

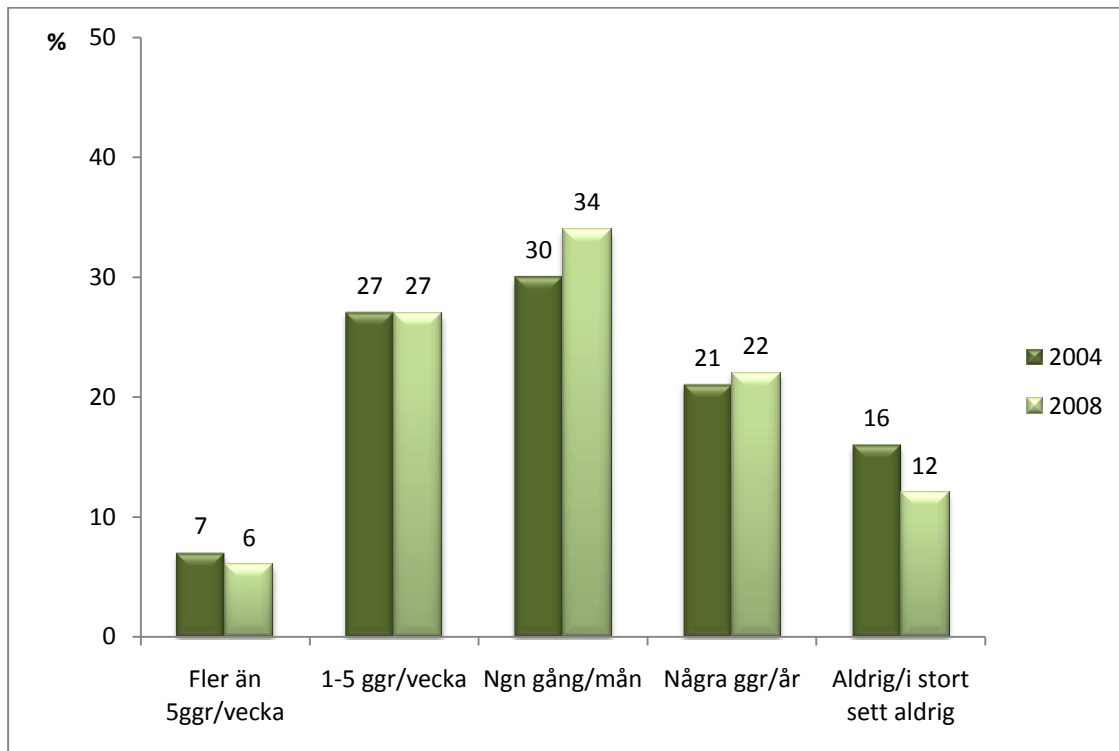
För att jämföra hur ofta förekommande sjukskrivningsärenden var per klinik/mottagning 2004 respektive 2008 har sjukskrivningsärenden mer än fem gånger i veckan använts. I figur 84 visas de kliniker/mottagningar som det finns information om för både 2004 och 2008. De kliniker/mottagningar som endast fanns 2008 har lagts in som annan klinik/mottagning för att de ska bli jämförbara mellan åren. Ett tydligt, men svagt mönster ses på så sätt att andelen läkare med många sjukskrivningsärenden per vecka har minskat något inom princip alla typer av verksamheter. På vårdcentraler/husläkarmottagningar har dock minskningen varit kraftig, från 62 % till 39% som hade sjukskrivningsärenden mer än fem gånger per vecka.



Figur 84. Andel (%) som uppgav att de hade sjukskrivningsärenden fler än 5 gånger per vecka, år 2004 respektive 2008, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Frekvens av problem i sjukskrivningsärenden

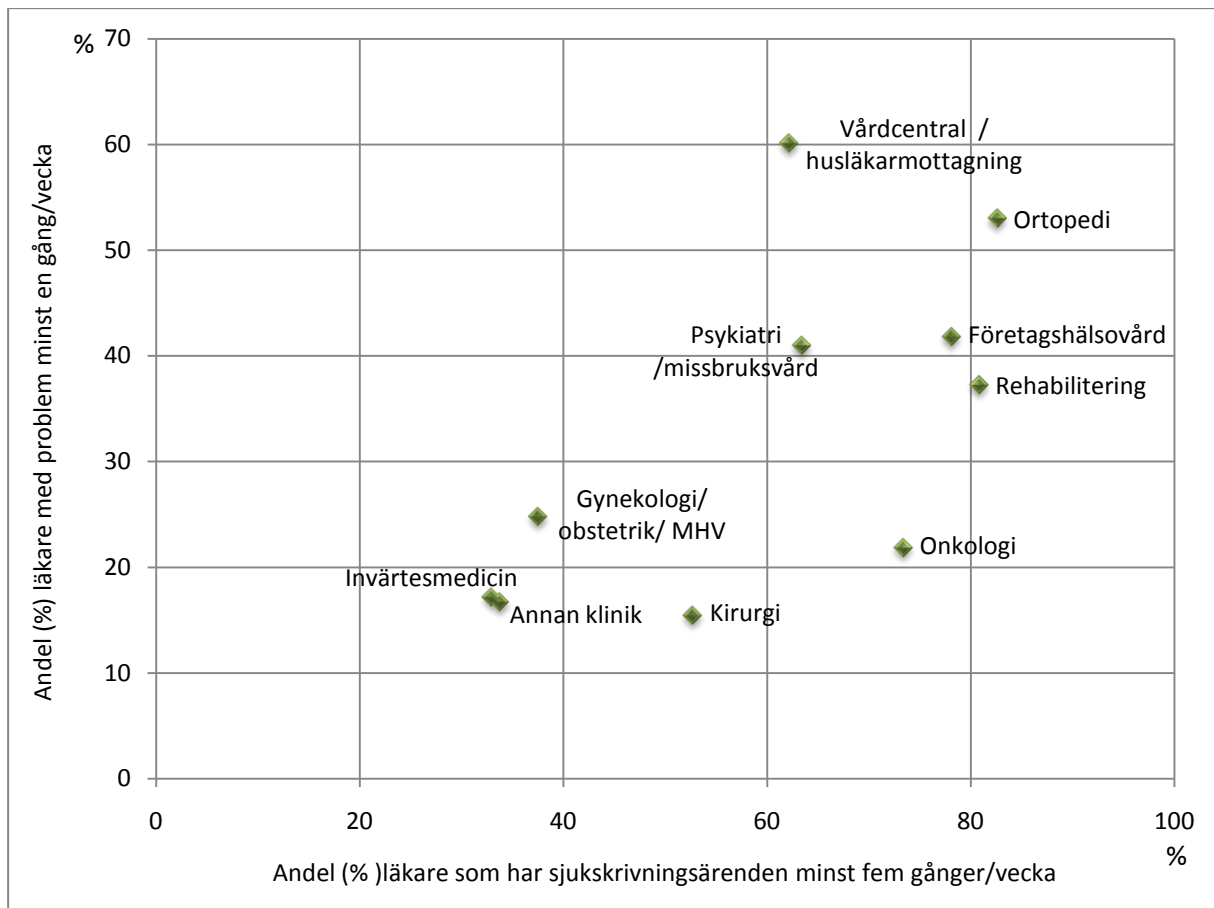
Andel läkare som i stort sett aldrig upplevde att deras sjukskrivningsärenden är problematiska minskade samtidigt som andelen som upplevde problem med sjukskrivningsärenden någon gång per månad ökade något (figur 85). Förändringarna var små, och bör jämföras med minskningen i antal sjukskrivningsärenden under samma period (figur 83).



Figur 85. Andel (%) läkare och hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska, 2004 respektive 2008.

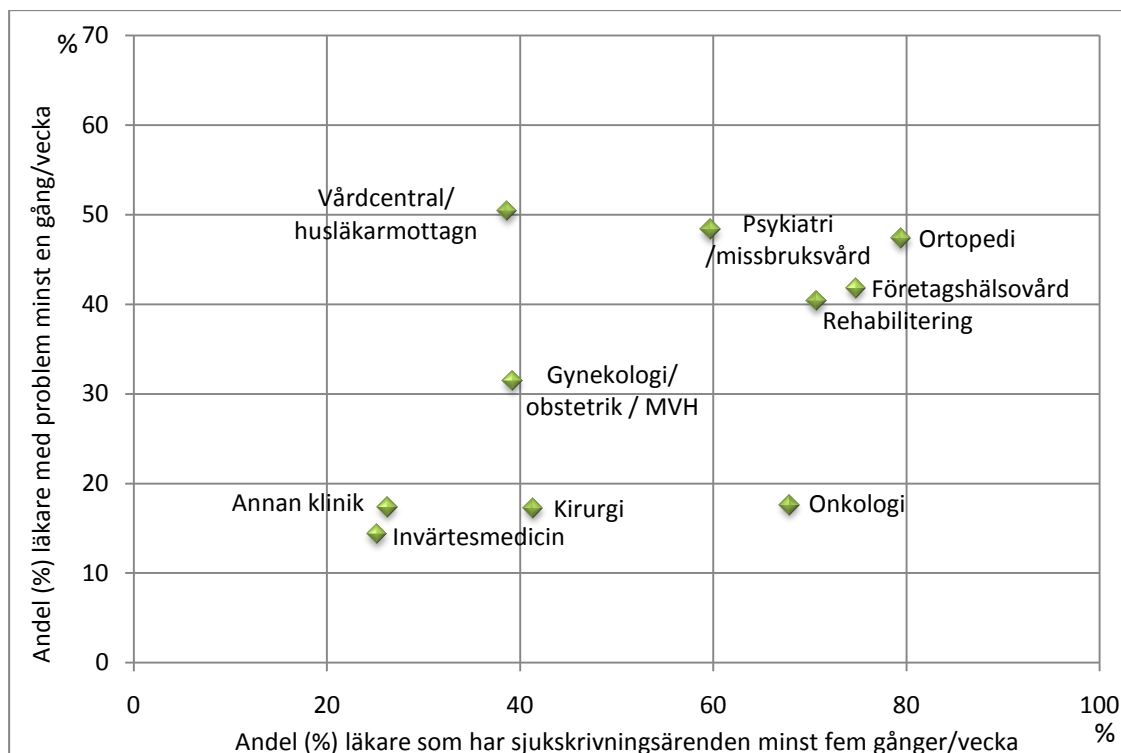
Samband mellan antal sjukskrivningsärenden och problem med dessa

I figur 86 visas sambandet mellan andel läkare som har sjukskrivningsärenden minst fem gånger per vecka och problem med sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan för de olika klinikerna/mottagningarna 2004.



Figur 86. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning mer än 5 gånger i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar, 2004.

I figur 87 visas motsvarande information för 2008. Bilden är nu något mer samlad än 2004 och Vårdcentralerna ligger inte lika högt på problem, och betydligt lägre på andel med många ärenden.



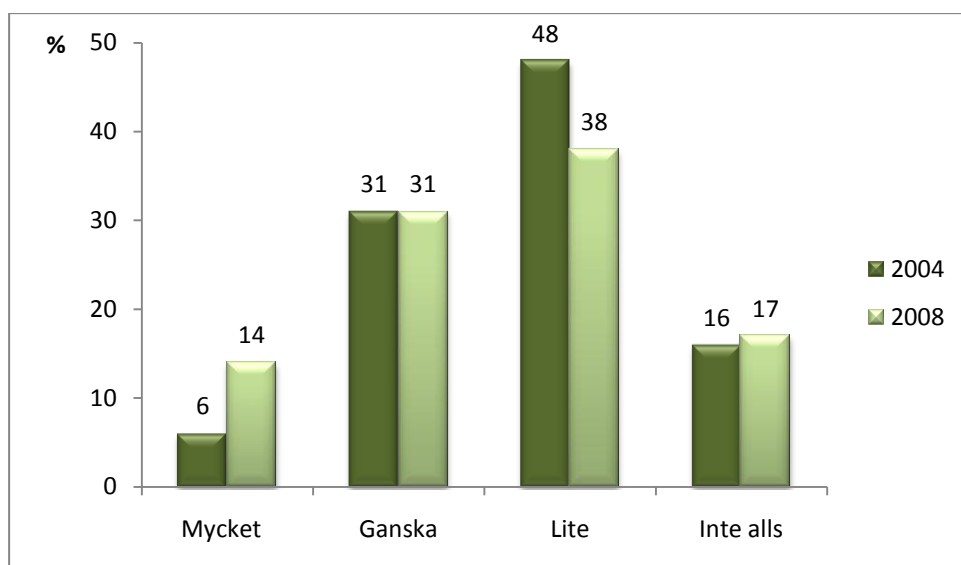
Figur 87. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning mer än 5 gånger i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar, 2008.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

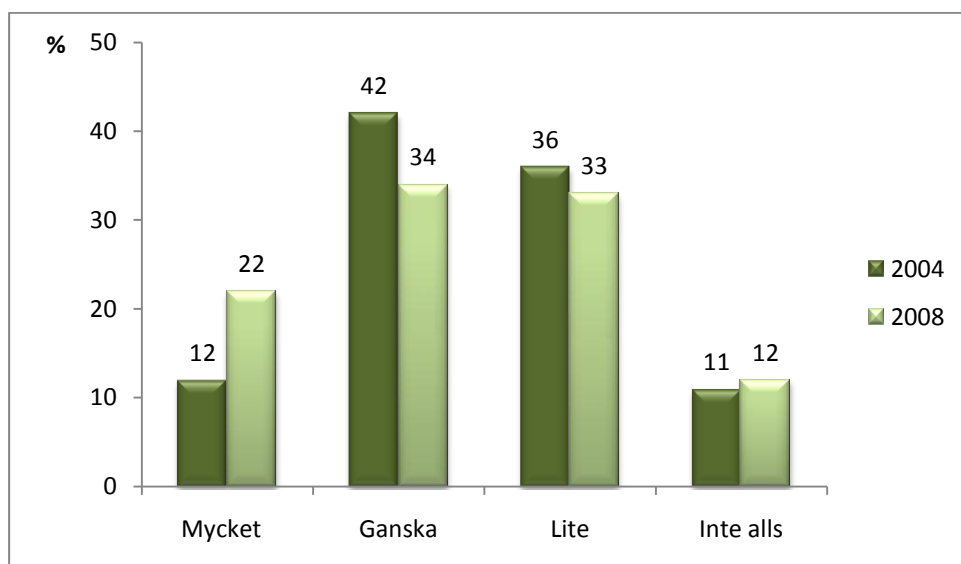
Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter i allmänhet upplevdes som mycket, ganska mycket, lite eller inte alls problematiska.

Att bedöma funktions- och arbetsförmåga

En betydligt högre andel läkare 2008 än 2004 (signifikant skillnad) ansåg att det var mycket problematiskt att bedöma patienters funktions- (figur 88) och arbetsförmåga (figur 89). Det var samtidigt en minskning av ”lite problematiskt” när det gäller bedömning av funktionsförmågan (figur 88) och en minskning av både ”ganska” och ”lite problematiskt” att bedöma arbetsförmågan (figur 89). Arbetsförmågebedömning upplevdes av flest som mycket problematisk, vilket är förväntat: det finns inom hälso- och sjukvården fler instrument för att bedöma funktionsförmåga än för att bedöma arbetsförmåga (5, 93) och läkares kunskap om krav i arbetslivet, det vill säga, till vilka krav funktionsförmågan ska relateras, är ofta begränsad (2, 36). Både i fråga om funktions- och arbetsförmåga har ökningen i uppfattningen att bedömningarna är mycket problematiska motsvarats av minskning av ganska eller lite problematiskt. Denna ökning fanns framförallt inom ortopedi (tabell 49).



Figur 88. Andel (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma patientens funktionsnedsättning, 2004 respektive 2008.



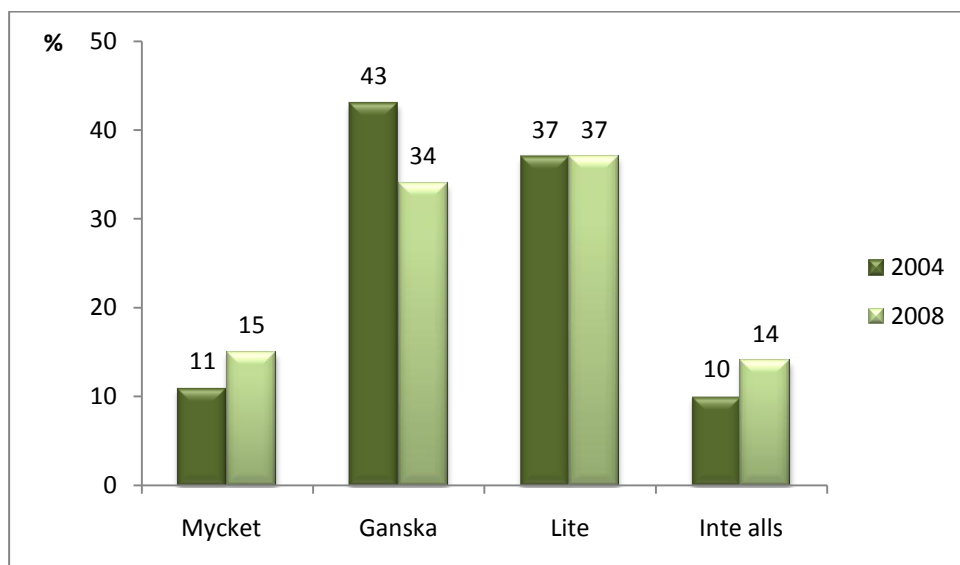
Figur 89. Andel (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, 2004 respektive 2008.

Svårigheten att bedöma patienters funktions- och arbetsförmåga varierade med klinik/mottagning både 2004 och 2008 (tabell 48). Det som flest angav som mycket eller ganska problematiskt var att bedöma arbetsförmågan men där fanns en liten minskning mellan åren av andelen läkare som har problem med den bedömningen. Det som samtidigt hänt är att bedömningen av funktionsnedsättningen tycks ha blivit mer problematisk för nästan alla kliniker/mottagningar, särskilt inom ortopedi, psykiatri, gynekologi/obstetrik, vårdcentraler och gruppen ”andra kliniker/mottagningar”. Det är även inom ortopedi, psykiatri, gynekologi/obstetrik som problemen med arbetsförmågebedömningar ökat. Läkare som arbetar på vårdcentral hade i betydligt större utsträckning än andra läkare problem med att bedöma funktionsförmågan liksom med arbetsförmågebedömningar även om andelen som uppgav dessa bedömningar som problematiska minskat något.

Tabell 49. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma patientens funktions- och arbetsförmåga, 2004 respektive 2008.

Klinik/mottagning	Funktionsförmåga		Arbetsförmåga	
	2004	2008	2004	2008
Företagshälsovård	22	27	33	35
Invärtesmedicin	35	40	53	50
Kirurgi	20	27	37	37
Gynekologi/obstetrik	29	39	49	53
Onkologi	25	26	46	40
Ortopedi	22	37	53	59
Psykiatri/missbruksvård	40	50	53	61
Rehabilitering	23	21	38	38
Vårdcentral/husläkarmottagning	65	72	82	79
Annan klinik/mottagning	24	33	40	41

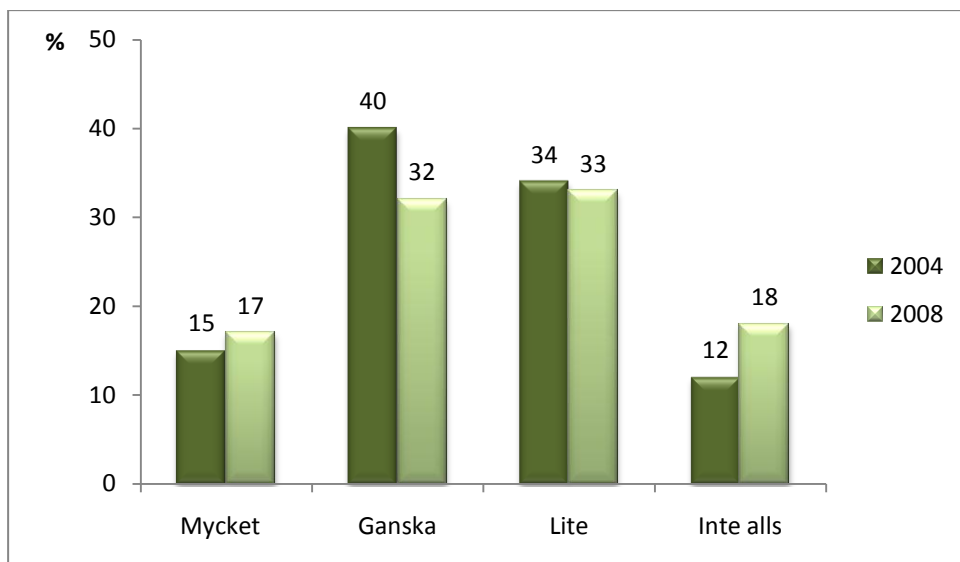
Att bedöma optimal tid och grad av en sjukskrivning (figur 90) visade en viss ökning 2008 av andelen som ansåg det mycket problematiskt och samtidigt en ökning av andelen som inte alls hade problem med detta.



Figur 90. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal tid och omfattning av sjukskrivningen 2004 respektive 2008.

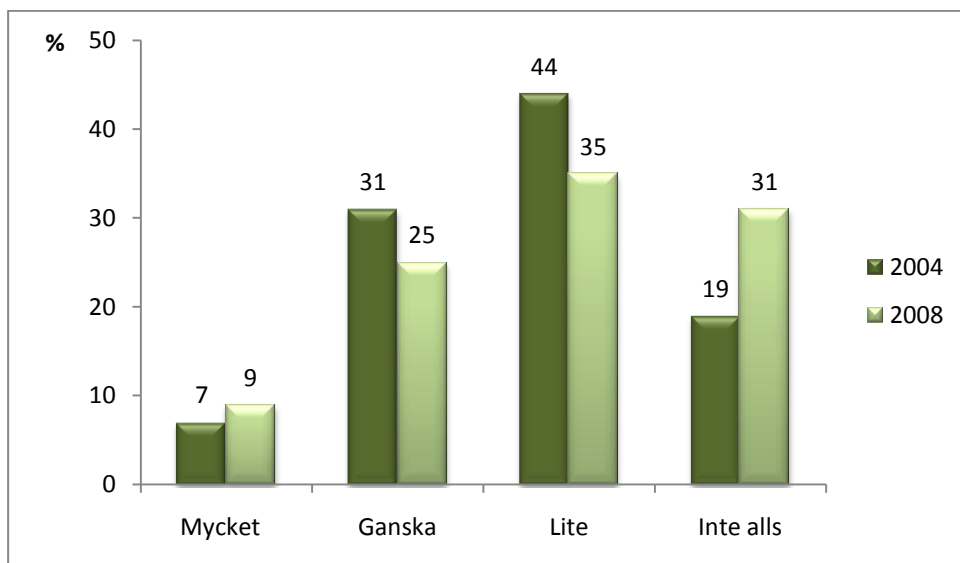
Att förlänga sjukintyg skrivet av kollega

Om man slår samman svarsalternativen ganska problematiskt och mycket problematiskt var det ingen större skillnad mellan åren när det gäller problem med eventuell förlängning av sjukskrivning där någon annan skrivit tidigare läkarintyg (figur 91). Båda åren var det drygt hälften av läkarna som uppgav att detta var ganska eller mycket problematiskt.



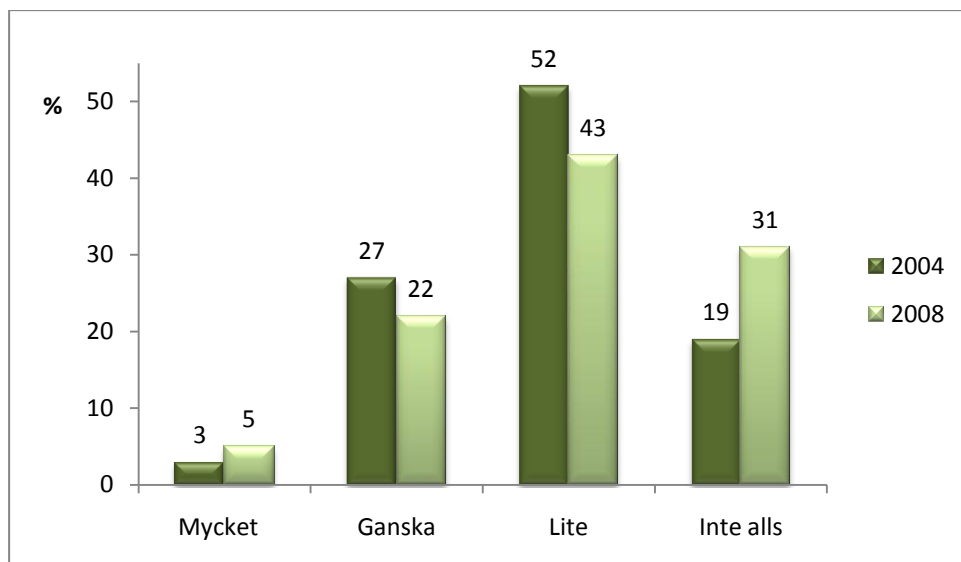
Figur 91. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, 2004 respektive 2008.

Det var en tydlig minskning av andel läkare som tyckte att det var problematiskt att göra en handlingsplan för vad som ska ske under patientens sjukskrivningstid, dvs för vad sjukskrivningstiden ska användas till (figur 92).



Figur 92. Andel (%) läkare som ansåg det mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden 2004 respektive 2008.

Motsvarande minskning kan ses för uppgiften att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning. Andelen som uppgav att de inte alls har problem med detta var betydligt lägre 2008 än 2004 (figur 93).



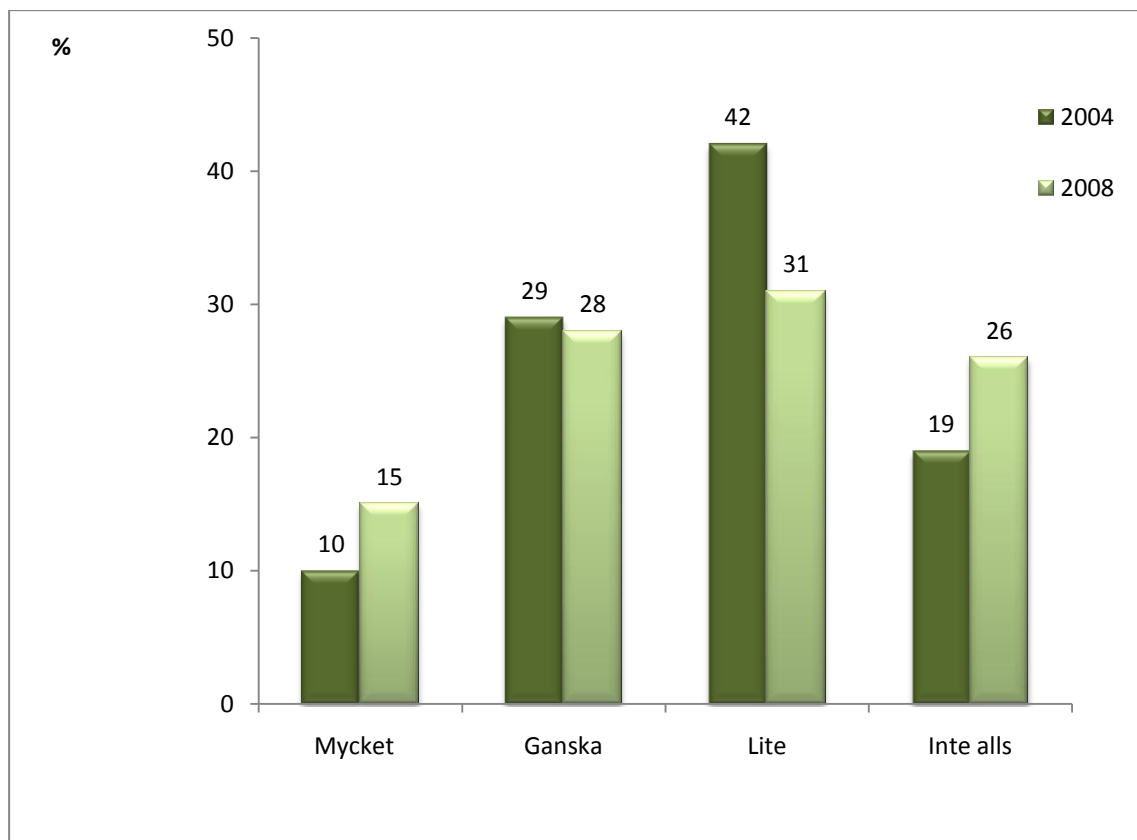
Figur 93. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, 2004 respektive 2008.

Det skedde således en minskning av situationer som uppfattades som problematiska från 2004 till 2008 förutom när det gällde bedömningar av patienters funktions- och arbetsförmåga som tycks vara mer problematiska 2008.

Att hantera rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig

En central kompetens, dvs kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, vid sjukskrivning är att hantera de båda roller en läkare har i arbetet med sjukskrivning. Dessa är rollen som behandlande läkare och rollen som medicinskt sakkunnig. I rollen som medicinskt sakkunnig ingår att skriva sakligt grundade intyg, medicinska underlag, som ska användas som underlag för beslut i andra organisationer, oftast Försäkringskassan (2).

År 2008 ansåg en högre andel att det var mycket problematiskt (15 % år 2008, 10 % år 2004) att hantera de två rollerna (figur 94). Samtidigt var det även en högre andel som inte tyckte att detta var problematiskt. Vid en dikotomisering av svaren framkommer att 39 respektive 43 procent tyckte det var mycket eller ganska problematiskt de två åren, medan 61 respektive 57 procent inte tyckte det. Andelen som upplevde det som problematiskt har alltså ökat överlag.



Figur 94. Andel (%) läkare som uppgav att det var problematiskt att hantera sina roller som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter.

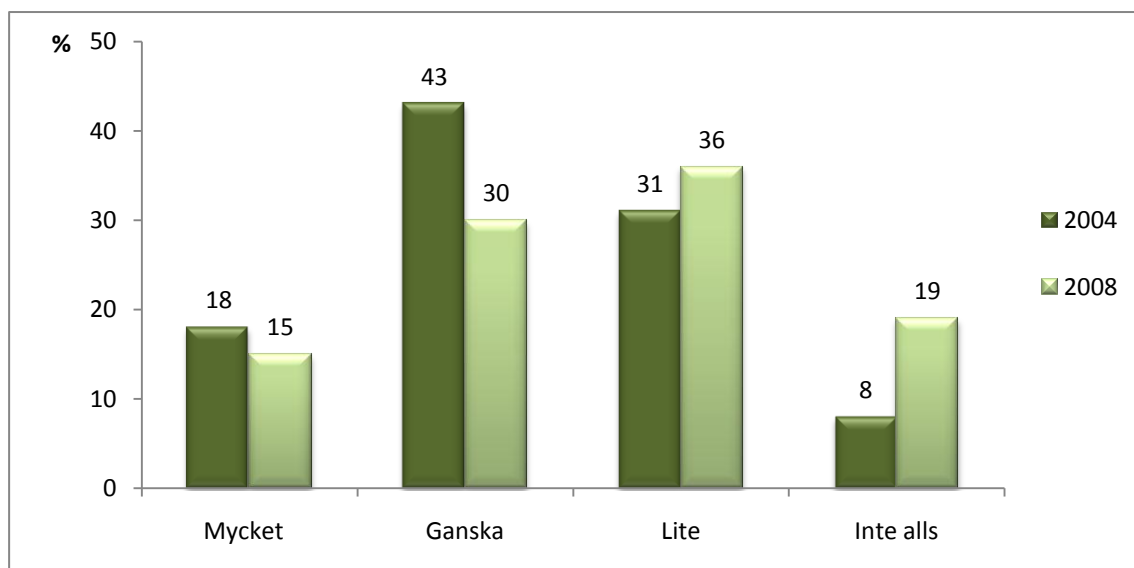
Oro, hot och konflikter

Det skedde inte någon förändring mellan åren när det gäller oro för att bli anmälda av en patient kring sjukskrivning eller att känna sig hotad av en patient, möjligen en tendens till att färre upplevde konflikt med patienten så ofta som minst varje vecka (tabell 50).

Tabell 50. Andel (%) läkare som uppgav hur ofta de upplever konflikter, hot eller oro i samband med sjukskrivning, år 2004 respektive 2008.

Hur ofta...		Minst någon gång/vecka	Ngn/ngr ggr/mån eller år	Aldrig/i stort sett aldrig
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning	2004	10	60	30
	2008	8	62	31
... är Du orolig att bli anmäld av en patient	2004	2	13	85
	2008	1	13	85
... känner Du dig hotad av en patient	2004	2	17	81
	2008	1	17	82

Det var en signifikant skillnad mellan 2004 och 2008 i andelen läkare som uppgav att det var ett problem att hantera situationer där den egna åsikten skilde sig från patientens när det gällde behov av sjukskrivning (figur 95).



Figur 95. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning, år 2004 respektive 2008.

Längre sjukskrivning än nödvändigt pga väntetider

Att sjukskrivningsfall har blivit längre än vad som varit medicinskt motiverat p.g.a. väntetider till utredning och/eller behandling har setts som ett problem. Mellan 2004 och 2008 skedde en liten minskning av andelen läkare som uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning och behandling (tabell 51).

Tabell 51. Andel (%) läkare som uppgav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2004 respektive 2008.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/mån	Några ggr/år	Aldrig/i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården	2004	2	11	21	28	38
	2008	1	9	22	36	32
... väntetider till utredning hos Försäkringskassan	2004	2	10	18	22	48
	2008	1	5	15	24	54
... väntetider till utredning hos arbetsförmedlingen	2004	1	5	13	20	61
	2008	1	3	9	21	67
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare	2004	1	5	14	25	55
	2008	0	3	11	26	61
... väntetider till behandling	2004	2	11	21	33	32
	2008	1	8	23	38	29
... tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex KBT)	2004	2	7	15	22	55
	2008	1	4	13	24	58

Frågan om adekvat behandling var 2004 en enda fråga, som 2008 delades upp i två mer preciserade frågor för att få svar på om tillgång till eller brist på kognitiv beteendeterapi (KBT) var en anledning till längre sjukskrivningsperioder. I tabell 51 presenteras en sammanslagning av de två frågorna från 2008 med hjälp av en viktning av svaren (se metod sid. 16). Resultatet visar att en lägre andel läkare sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på adekvat behandling.

Kort om skillnader mellan 2004-2008

I stora drag var det samma problem och möjligheter som framkom både 2004 och 2008, även om detta varierade något mellan landstingen. Läkares arbete med sjukskrivning tycks alltså inte ha förändrats dramatiskt de senaste fyra åren, trots de kraftfulla insatser som satts in för att stimulera ökad kvalitet i arbetet. En något lägre andel hade riktigt många sjukskrivningsärenden per vecka år 2008. Detta kan hänga samman med den kraftiga minskning av antalet sjukskrivna personer som pågått sedan 2003. Att bedöma patienters arbetsförmåga tyckte över hälften av läkarna var mycket eller ganska problematiskt, här fanns en viss ökning jämfört med fyra år tidigare. Över hälften av läkarna uppgav behov av fördjupad kompetens när det gällde att bedöma arbetsförmåga, att bedöma vilka krav som ställs i olika yrken, att avgöra optimal längd och omfattning av sjukskrivning, detta utgjorde en ökning sedan 2004. Att ha en kontaktperson på Försäkringskassan som läkaren snabbt kan nå vid behov, var ett mycket vanligt önskemål såväl i 2004 som 2008 års enkäter.

Behov av kompetensutveckling när det gäller frågor om egna och andras möjligheter och skyldigheter har minskat mellan åren. Interventionerna kan ha bidragit till en större tydlighet i ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna.

Slutkommentar

Övergripande resultaten och slutsatserna återfinns i sammanfattningen på sidan 5. Delresultat har kommenterats i samband med att de presenterats. Här följer några övergripande kommentarer.

Detta projekt är den hittills största studien, inte bara i Sverige, utan i hela världen, om läkares arbete med sjukskrivning, både vad gäller antal deltagare och antal frågor. En styrka är att detta är en totalundersökning och inte ett urval. Enkäten skickades ut inte bara till de läkare som på förhand antogs arbeta mycket med sjukskrivning, utan till samtliga yrkesverksamma läkare. Det innebar en ökad risk för bortfall då vissa läkare möjligen inte ansåg att studien berörde deras arbete, och därför inte svarade på enkäten. Studien 2004 klargjorde dock att man tidigare underskattat omfattningen av läkares arbete med sjukskrivning inom olika typer av kliniker/mottagningar. Att få bättre kunskap om det var ett syfte med denna studie. Vårt frågeformulär var dessutom mycket omfattande, 153 frågor, vilket kan ha minskat svarsfrekvensen. Enligt Statistiska Centralbyrån har svarsfrekvenser allmänt gått ner mycket de senare åren. Många läkare berättade även att de fått ett stort antal andra enkäter under hösten 2008, minst en per vecka, vilket minskat beredvilligheten att svara. Svarsfrekvensen på 61 procent får sålunda betecknas som förhållandevis god.

Tre typer av förändringar har skett under åren mellan 2004 och 2008: den omfattande så kallade miljardsatsningen med insatser i varje landsting inklusive införandet av ett nationellt försäkringsmedicinskt beslutsstöd (15, 94), förändringar i sjukförsäkringen där bl.a. den tidigare 'sjustegsmodellen' har kompletterats med tydligare tidsgränser via 'Rehabiliteringskedjan' samt en kraftig minskning av antalet personer som är sjukskrivna, speciellt av personer som är långtidssjukskrivna. Samtliga dessa tre faktorer torde påverka situationen för sjukskrivande läkare, både i vad uppgiften innebär, hur vanligt förekommande den är, läkares möjlighet till stöd och ledning samt eventuellt ökad kompetens som en följd av olika utbildningsinsatser.

Mot bakgrund av den stora satsning på att stärka hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av handläggning av patienters sjukskrivning som "miljardsatsningen" skulle leda till kan de ytterst små förändringar som skett på verksamhetsnivå sedan 2004 synas förvånande. Detta kan innebära två olika saker. Antingen att miljardsatsningen, hittills, inte haft någon större effekt på verksamhetschefsnivå. En studie av chefer inom hälso- och sjukvården visade att år 2006 hade detta knappats alls ännu haft effekt på verksamhetsnivå, däremot på högre ledningsnivåer (52). En annan möjlighet till dessa resultat är att interventionerna kan ha inneburit en ökad medvetenhet om att stöd behövs och kan förväntas, och därav ökade krav på sådana. Även de kompetensutvecklingsinsatser som skett och de tydligare krav på funktions- och arbetsförmågebedömningar som kommit, kan ha lett till en ökad medvetenhet om de problem som finns i sjukskrivningsarbetet. Det tar i allmänhet lång tid innan implementeringar förankras i verksamheter och medvetenhet om problemet är endast det första steget. Resultatet tyder på att implementeringen har gett en ökad kompetensutveckling

och medvetenhet om att den behövs för sjukskrivningsarbetet. Resultatet indikerar även att det finns en hel del kvar att göra när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet

Ett av miljardsatsningens fokusområden var samverkan, framför allt med Försäkringskassan. Våra resultat visar att två tredjedelar av de läkare som hade haft kontakt med Försäkringskassan var mycket eller ganska nöjda samt att läkare önskar mer kontakt och kontakt tidigare i sjukskrivningsprocessen. Den absoluta majoriteten vill ha en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kan nås och även att snabbt få information om beslut som Försäkringskassan fattar rörande patienten. Dessa önskemål var mycket tydliga även i 2004 års rapport. Former för hur samverkan ska ske mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tycks behöva utvecklas ytterligare.

Några resultat har redovisats för varje landsting och visar i vissa fall på stora skillnader mellan landstingen. Anledningarna till detta kan vara många och bör analyseras separat för varje landsting liksom i fördjupade jämförelser mellan landsting.

Jämförelsen mellan olika typer kliniker/verksamheter måste göras med försiktighet. Arbetet med sjukskrivning är komplext och kan påverkas av många olika faktorer, inte minst av olika typer av patientkategorier. En ingående analys av dessa skillnader mellan olika typer kliniker/verksamheter kan och bör göras men ligger inte inom ramen för denna rapport.

Det finns också anledning att problematisera svaren på ett flertal olika sätt. Ett fynd här är att andelen läkare som upplever att de får stöd av sin närmaste chef i hantering av sjukskrivningsärenden inte har ökat över de fyra åren. Detta trots att ett centralt syfte med miljardsatsningen varit just att stärka hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av hantering av patienters sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Beror utfallet på att detta inte skett alternativt inte hunnit ända ut till verksamhetsnivå ännu? Eller beror resultatet på att insatserna som gjorts innebär en betydligt större medvetenhet bland läkarna komplexiteten i dessa arbetsuppgifter och därmed om behovet av stöd liksom om vad en gemensam policy för hantering av detta skulle kunna innebära? I det senare fallet kan resultatet tolkas som positivt utifrån intentionerna i sjukvårdsmiljarden. Att så många som en tredjedel svarar att de önskar handledning i hantering av dessa ärenden skulle kunna tyda på det. Liksom att majoriteten inte tycker att det egna landstinget satsat tillräckligt på att förbättra sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning.

Referenser

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2003.
2. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2005.
3. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet. 2002. SOU 2002:5.
4. SOU. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet. 2000. SOU 2000:5.
5. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar. 2008. SOU 2008:66.
6. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
7. 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.
8. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
9. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005. Artikelnummer 2005-109-2.
10. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
11. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
12. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
13. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
14. 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.
15. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. 2007.
16. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
17. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
18. Palmer E. Sjukförsäkring kulturer och attityder. Stockholm: Försäkringskassan. 2006.
19. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. Scandinavian Journal of Public Health. 2005;33:314-20.
20. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 1998;317:28-32.

21. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
22. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006 Jun;24(2):104-9.
23. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *Eur J Public Health*. 2005 Oct;15(5):470-4.
24. Waddell G, Burton K. *Is working good for your health and well-being?* Cardiff & Huddersfield: Cardiff University & University of Huddersfield. 2006.
25. Waddell G, Burton AK, Kendall N. *Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when?* 2008.
26. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006 Oct;124(3):330-7.
27. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006 Apr;23(2):246-52.
28. Löfvander M, Engström A. An observer - participant study in primary care of assessments of inability to work in immigrant patients with ongoing sick leave. *Scandinavian Journal Prim Health Care*. 2003(21):1 - 6.
29. Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
30. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jan;56(1):46-50.
31. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006 Jul;63(7):495-502.
32. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahirnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2002.
33. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum. 2003.
34. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004. 2.
35. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland. 2003.
36. 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.
37. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. *Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa: Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg*. 1996.
38. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
39. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):125-30.

40. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *J Occup Rehabil.* 2003 Mar;13(1):45-61.
41. Palmer E. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv. SKA-projektet. 2006. 16.
42. Svensson T, Karlsson A, Nordqvist C, Alexanderson K. Shame-evoking encounters. Negative emotional aspects of sick-absentees' interactions with rehabilitation agents. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2003;13(3):183-95.
43. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work.* 2007;27:57-65.
44. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work.* 2004;22:247-54.
45. Klanghed U, Söderberg E, Svensson T, Alexanderson K. Encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. Manuscript. 2003.
46. Upmark M, Borg K, Alexanderson K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2007;35:577-84.
47. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2001;29(4):285-91.
48. Östlund G. Promoting return to work [PhD]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2002.
49. Östlund G, Borg K, Wide P, Hensing G, Alexanderson K. Clients' perceptions of contacts within health care and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2003 275-282;31(4):275-82.
50. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Soc Work Health Care.* 2008;46(2):71-87.
51. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract.* 2008 Feb 2.
52. 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.
53. 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 Mar;26(1):22-8.
54. 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 Jan 10;328(7431):88.
55. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice.* 2007;8(44).
56. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care.* 2007 Mar;25(1):20-6.
57. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002 Aug 20;122(19):1874-9.
58. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn.* 2007 May;29(4):497-514.
59. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain.* 2007 Jan;11(1):21-9.

60. Bollag U, Rajeswaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007 Jun 16;137(23-24):341-6.
61. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
62. Svensk författningssamling (SFS) Lag (1962:381) om allmän försäkring. Sveriges Riksdag; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1962%3a381>
63. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
64. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993: Försäkringskassan i Robertsfors. 1993.
65. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
66. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
67. 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 Nov 10;24(16):867-74.
68. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
69. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen. 2005.
70. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
71. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Psychosomatic Medicine*. 2005;3:201-4.
72. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
73. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
74. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet. 2005.
75. Getz L, Westin S. Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1994;114(12):1435-40.
76. Larsen BA, Förde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 1994;114(12):1442-44.
77. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
78. Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Sep;25(3):172-7.
79. Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlström RA. Barriers to good sickness certification - an interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*. 2008 Jun;36(4):408-14.
80. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a delicate task for physicians. *Scand J Public Health*. 2009;37:57-63.
81. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svardsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy*. 2003 Mar;63(3):259-68.
82. Söderberg E, Alexanderson K. Litteraturgenomgång - av publicerade studier om gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Linköping: Försäkringsmedicinskt Centrum, Linköpings universitet. 2001. 2001:1.

83. Dorsett R. Pathways to work for new and repeat incapacity benefits claimants: Evaluation synthesis report. 2008.
84. 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.
85. 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.
86. 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 Sep;17(3):398-408.
87. 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.
88. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap. 2006.
89. 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(147):273.
90. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. 2008.
91. Goyeryd L, Liljedahl M. Magisteruppsats i försäkringsmedicin: Karolinska Institutet, in manuscript; 2009.
92. God vård på lika villkor: om statens styrning av hälso- och sjukvården: slutbetänkande från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation Stockholm: Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. 1999. SOU 1999:66.
93. Ludvigsson M, Svensson T, Alexandersson K. Begreppet arbetsförmåga - en litteraturgenomgång. *Arbete och Hälsa*. 2006;8; 1-19
94. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen. 2009.

www.ki.se/im



**Karolinska
Institutet**