

Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län

Resultat från två enkäter till läkarna i
Stockholm, år 2004 och 2008

Rapport 2009

Ylva Skånér
Elin Södersten
Anna Ekmer
Britt Arrelöv
Christina Lindholm
Kristina Alexanderson

**Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län
Reviderad version 13/11 2009

Rapporten kan laddas ner från www.ki.se/im
Publikationer > nedladdningsbara publikationer

Eller beställas från

Sektionen för försäkringsmedicin
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Fax: 08-524 832 05

Förord

Sjukfrånvaron är hög i Sverige och har fluktuerat mycket de senaste årtiondena. Detta medför stora kostnader. En allmän sjukfrånvaroförsäkring är en central del i ett välfärdssamhälle men sjukskrivning kan även leda till negativa konsekvenser för den sjukskrivne eller förtidspensionerade. Med detta som bakgrund har ett flertal åtgärder vidtagits i Stockholm för att påverka såväl omfattningen av sjukfrånvaron som kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Läkare har en central roll i den processen och många åtgärder som vidtagits i Stockholm har riktats just mot läkares kompetens och praxis. Det är centralt att sådana åtgärder baseras även på läkares erfarenheter och syn på sitt arbete med sjukskrivningsärenden, på vad arbetet innebär, på vad läkare har problem med, hur läkare vill åtgärda detta etcetera. Det är även, i en kunskapsbaserad verksamhet som hälso- och sjukvården, av vikt att beforska de interventioner som vidtages. Detta projekt är ett resultat av denna insikt.

År 2003 bildade personer från Stockholms läns landsting (SLL), Försäkringskassan och Karolinska Institutet ett lokalt nätverk, med företrädare för att främja forskning om sjukfrånvaro i Stockholm (SNÄFS). Ett resultat av arbetet i det nätverket blev ett projekt om läkares arbete med sjukskrivningar och en enkät till samtliga läkare i Stockholms län, år 2004.

Resultaten från den enkäten har i stor utsträckning använts av Stockholms läns landsting i de många och olika typer av interventioner som genomförts här, av landstinget självt eller i samverkan med andra aktörer, t.ex. Försäkringskassan och Karolinska Institutet.

Resultatet utgör även baslinjedata som kan användas för att studera förändringar. Det fanns flera anledningar att göra en ny, motsvarande datainsamling fyra år senare. Har de många interventionerna och förändringarna, en del på lokal nivå och en del på nationell nivå, inneburit några förändringar i läkares arbete med sjukskrivning här i Stockholm?

Undertecknad är projektledare för det omfattande projekt om läkares arbete med sjukskrivning som drivs vid Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. I den tvärvetenskapliga och mångprofessionella projektgruppen ingår för närvarande följande personer:

- Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring
- Britt Arrelöv, med dr, specialist i allmänmedicin, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Produktionssamordning, Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting.
- Anna Ekmer, fil mag folkhälsovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, KI.
- Jan Hagberg, fil dr, statistiker, 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, med dr, Linköpings universitet och Försäkringskassan.
- Elin Södersten, fil mag, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, KI.

Av dessa har följande personer varit med i projektgruppen sedan dess start 2003: Kristina Alexanderson, Britt Arrelöv, Anna Löfgren, Elsy Söderberg.

Till projektet har en referensgrupp varit knuten med representanter från centrala aktörer; Försäkringskassan, Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges kommuner och landsting, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen. Dessutom har ett stort antal forskare och kliniker generöst bidragit med synpunkter på enkäten.

Detta är en första rapport med resultat för läkare som huvudsakligen arbetar inom Stockholms län. Det är min förhoppning att Stockholms läns landsting, hälso- och sjukvården i Stockholm samt andra aktörer inom sjukskrivningsprocessen skall kunna använda resultaten som underlag för och utvärdering av interventioner.

Kristina Alexanderson
Professor, Projektledare
Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet, Stockholm

Kristina.alexanderson@ki.se

**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!**

Innehållsförteckning

FÖRORD	2
SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND	7
LÄKARES UPPGIFTER I SAMBAND MED SJUKSKRIVNING.....	8
NATIONELLA SATSNINGAR FÖR ATT PÅVERKA LÄKARES ARBETE MED SJUKSKRIVNING	9
SATSNINGAR I STOCKHOLMS LÄN 2004-2008	9
SYFTE	12
MATERIAL OCH METOD	12
2004 ÅRS ENKÄT	12
2008 ÅRS ENKÄT	12
UTVECKLING AV FRÅGEFORMULÄRET.....	13
DATAINSAMLING	14
DATAANALYS	15
RESULTAT	17
UPPLÄGG	17
YRKESVERKSAMMA LÄKARE I STOCKHOLMS LÄN	18
LÄKARES ARBETE MED SJUKSKRIVNING.....	21
Ålders- och könsfördelning samt utbildningsnivå per typ av klinik/mottagning.....	22
Antal år på arbetsplatsen	23
Frekvens av sjukskrivning	24
Arbetet med sjukskrivning: frekvens av olika situationer	28
Problem i arbetet med sjukskrivningar.....	30
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning	35
SLLs satsning på att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen	50
Gemensam sjukskrivningspolicy och stöd från ledningen	52
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.....	63
Sjukskrivning som arbetsmiljöproblem.....	81
Oro, hot och konflikter.....	83
Orsaker till längre sjukskrivning än nödvändigt	85
Tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.....	94
Samarbete och samverkan med andra i sjukskrivningsprocessen	95
Kontakter med Försäkringskassan	99
Kompetens i sjukskrivningsfrågor	111
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	126
Fördjupad analys av önskemål beträffande insatser för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning ...	136
REFERENSER	142

Sammanfattning

Hösten 2008 skickades en enkät till samtliga 37 047 yrkesverksamma läkare i Sverige om deras arbete med sjukskrivning; svarsfrekvensen var 61 procent. Den enkäten var en uppföljning och en utvidgning av en motsvarande enkät till alla läkare under 65 år i Stockholms och Östergötlands län 2004.

I denna rapport redovisas resultaten från 2008 års enkät för de drygt 5 000 läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholms län och var under 65 år, samt en jämförelse med resultat för motsvarande grupp från 2004. Svaren redovisas dels för samtliga läkare, dels specifikt för läkare inom de fem grupperna vårdcentraler, ortopedi, psykiatri, gynekologi samt övriga läkare.

Majoriteten hade sjukskrivningsärenden: Här sammanfattas resultat från de två tredjedelar av läkarna som hade sjukskrivningsärenden – av dem hade majoriteten (82 %) sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka. Över 80 procent av läkarna inom ortopedi och smärtmottagningar och ca 70 procent av de inom onkologi, företagshälsovård och rehabilitering hade detta minst sex gånger per vecka. Andelen vårdcentralsläkare som hade sjukskrivningsärenden så ofta var betydligt lägre (38 %). Det var även inom vårdcentralerna andelen läkare med många sådana ärenden minskade mest sedan 2004.

Problem: En tredjedel av samtliga läkare, och hälften av dem inom vårdcentraler, psykiatri och ortopedi, upplevde problem i sjukskrivningsarbetet åtminstone någon gång i veckan. Problemet att hantera läkarens dubbla roller i sjukskrivningssituationen var fortsatt stort för vårdcentralens läkare och hade ökat för läkarna inom psykiatri, ortopedi och gynekologi. Hälften upplevde denna del av arbetet som ett *arbetsmiljöproblem*. Dock hade andelen som upplever svårigheter i att hantera åsiktsskillnader med patienter minskat, vilket möjligen har samband med införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri hade i större utsträckning än andra grupper problem i sjukskrivningsarbetet.

De flesta läkare upplevde *tidsbrist* minst någon gång per vecka kring arbetet med sjukskrivning när det gäller tid med patienten, patientrelaterad tid och tid för handledning eller reflektion.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet har haft stort genomslag på kort tid och gav stöd i arbetet på olika sätt; det underlättade t.ex. kontakten med patienterna, men även med andra aktörer. Läkarna vid vårdcentraler och inom företagshälsovård använde beslutsstödet i högre grad än övriga läkare och dessa läkare upplevde också i större utsträckning stödet som värdefullt för utvecklandet av den egna kompetensen. Dock hade en tredjedel av läkarna mycket eller ganska mycket problem med att följa beslutsstödet principer och rekommendationer.

Längre sjukskrivning än nödvändigt pga. väntetider till vård och behandling förekom; högst andel bland läkarna inom ortopedi.

Endast en femtedel av de sjukskrivande läkarna hade stort *stöd från närmaste ledningen* i sjukskrivningsärenden och en *policy* på sin klinik för hantering av sjukskrivningsärenden. I dessa frågor har ingen större förändring skett sedan 2004.

Majoriteten uttryckte ett stort behov av att fördjupa sin försäkringsmedicinska kompetens. Framförallt gällde detta kunskap om egna och andra aktörers möjligheter och skyldigheter i

sjukskrivningsärenden, regelsystemen men även användandet av beslutsstödet. Behovet av att fördjupa kompetensen i arbetsförmågebedömning, bedömning av optimal sjukskrivningslängd och -grad och om krav som ställs i olika yrken är det som ökat mest sedan 2004.

En tredjedel önskade *handledning* i hantering av sjukskrivningsärenden och även försäkringsmedicinska kurser efterfrågades. En annan önskan för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

Majoriteten av läkarna var nöjda med *kontakterna med Försäkringskassan*. De svårigheter som fanns handlade framförallt om att få kontakt med handläggare och att patientens handläggare ofta byttes ut. När det gäller framtida kontakter ansåg majoriteten att en *kontaktperson på Försäkringskassan* som går att nå vid behov var det viktigaste. En generell dialog kring sjukskrivningar och försäkringsmedicin var högt prioriterat båda åren.

En tredjedel av samtliga läkare och över hälften av läkarna inom ortopedi ansåg att landstinget inte alls satsar på att förbättra sjukskrivningsarbetet. Sjuttio procent ansåg att satsningen inte är tillräcklig.

I korthet: Sjukskrivning är fortsatt en en problematisk arbetsuppgift för läkare. En tredjedel av alla läkare och hälften av dem vid vårdcentraler och inom psykiatri och ortopedi upplevde problem varje vecka, och nästan hälften av läkarna upplevde sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem. Beslutsstödet hade gott genomslag och underlättade arbetet. Majoriteten hade stort behov av att fördjupa sin försäkringsmedicinska kompetens, många upplevde olika typer av problem. Det fanns fortfarande brister i ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning.

Bakgrund

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

Sjukfrånvaro är dock en mycket vanlig ordination i svensk sjukvård och Socialstyrelsen har konstaterat att denna ordination skall hanteras som andra ordinationer inom hälso- och sjukvården. Det vill säga, det ska finnas policy kring handläggning av dessa ärenden, kvalitetsgranskning av detta, kunskapsgenerering, kompetensutveckling, samarbete och samverkan. Detta skall ledas och styras på alla nivåer, från högsta chefsnivå ner till verksamhetschefsnivå. I avtalen med t.ex. privata vårdgivare bör detta framgå (1, 6, 7).

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen både i rollen 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). Läkares kompetensutveckling i försäkringsmedicin är inte vetenskapligt studerad i någon större omfattning, men det finns studier som tyder på att läkares utbildning och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningspraxis på olika sätt (8, 9). Resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

För sjukskrivningsfall som överstiger sju dagar behövs ett intyg från en läkare och i vissa fall redan tidigare. Läkares arbete med detta styrs av många olika lagar och förordningar och skall, som all annan vård och behandling, vara grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. När en person behöver vara sjukskriven är flera olika aktörer inblandade. Förutom läkaren och personen själv, kan bland annat arbetsgivaren, andra delar av hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara involverade.

Ett flertal studier och utredningar har visat att läkares sjukskrivningspraxis inte varit optimal, dvs inte är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte sker enligt Hälso- och sjukvårdslagens målparagraf; 'god vård på lika villkor' (1, 6). Dessutom har det framkommit att det fanns stora brister i styrning och ledning av detta arbete samt att många läkare upplever dessa uppgifter som problematiska (1, 2, 7, 10-35). I Sverige, liksom i andra länder, har olika initiativ tagits för att påverka läkares sjukskrivningspraxis.

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 (36).

Baslinjedata för Stockholm

För att få ett kunskapsbaserat underlag för sådana interventioner, och för att kunna basera dem även på vad läkare själva anser om sjukskrivningsarbetet, genomförde Karolinska Institutet år 2004, i samarbete med de två landstingen för Stockholm och Östergötland respektive de då lokala försäkringskassorna i Östergötland och Stockholm, en enkätstudie riktad till de ca 7700 läkarna under 65 år i dessa län (37). De utgjorde närmare en fjärdedel av läkarna i Sverige under 65 år och svarsfrekvensen var god; 71 %.

En viktig anledning till att göra studien så bred var att i tidigare studier om läkares sjukskrivningspraxis ingick få läkare (mellan 14 och 650 stycken – även när studier från andra

länder togs med) och deltagarna var ofta selekterade på olika sätt och resultaten därför svåra att generalisera (1). Resultaten från enkäten 2004, som delvis var oväntade, har legat till grund för många interventioner inom Stockholm, men även i andra delar av landet.

Resultaten från 2004 års enkät visade även på behov av såväl fördjupad som breddad kunskap om bland annat arbetet inom olika kliniska verksamheter.

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I Sverige har vi en allmän sjukförsäkring som omfattar de allra flesta i landet. 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 minst 25 procents nedsättning av arbetsförmågan i förhållande till kraven i personens ordinarie arbete alternativt på den reguljära arbetsmarknaden (38, 39). De första sju dagarna kan personen själv intyga att hon eller han är arbetsoförmögen på grund av sjukdom. När ett sjukfall blir längre än sju dagar skall det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som ett underlag för arbetsgivarens bedömning om rätt till sjuklön, och efter 14 dagar, Försäkringskassans bedömning om rätt till sjukpenning föreligger. Om nedsättningen av arbetsförmågan är bestående kan istället en mer permanent ersättningsform bli aktuell, så kallad aktivitetsersättning, för de yngre, eller sjukersättning. Även här, liksom för andra typer av ersättningar enligt Lagen om allmän försäkring, t.ex. vårdbidrag, handikappersättning, vård av närstående, vård av sjukt barn, har medicinska utlåtande från läkare central betydelse (1, 24).

I konsultationer kring sjukskrivning har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju (1, 2, 40, 41):

1. Att ta ställning till om sjukdom, skada eller med sjukdom jämslida 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 den reguljära arbetsmarknaden (39).
3. Att tillsammans med patienten överväga såväl för- som nackdelar med att vara sjukfrånvarande på hel- eller deltid ett visst antal dagar.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt göra en handlingsplan för vad som skall 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.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, ca 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, ca 5 år), ingår viss organiserad undervisning i försäkringsmedicin, dock av mycket begränsad omfattning, särskilt med hänsyn tagen till hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för den enskilde och samhället (22, 32, 42-46). För vidare- och efterutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel SLL och Försäkringskassan, ofta omfattande en eller några få dagar. Den mesta utbildningen i

försäkringsmedicin får dock läkare under sin utbildning genom att se hur handledare och andra gör, dvs genom så kallad modellinläring.

Nationella satsningar för att påverka läkares arbete med sjukskrivning

Många interventioner har genomförts i Sverige de senaste åren för att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen och flera av dessa har riktats mot hälso- och sjukvården. Regeringen har, via den så kallade miljardsatsningen, gett ekonomiskt stöd på upp till en miljard kronor per år under åren 2006-2009 till landstingen för att de ska förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. De fyra områden som regeringen sagt att landstingen särskilt ska satsa på är att stärka ledning och styrning av sitt arbete med patienters sjukskrivning, kompetensutveckling – inklusive kunskapsgenerering, samverkan i sjukskrivningsprocessen samt kvinnors hälsa (47). Denna prioritering av områden baserades bland annat på resultat i en utredning från Karolinska Institutet om problem med hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning (2, 23) och Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens arbete med sjukskrivningar (32-35).

En annan intervention, som bl.a. baserats på dessa utredningar, är införandet i hela landet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (41, 48, 49). Detta består av två delar: Övergripande principer för arbetet med sjukskrivning, vilka finns publicerade i tryckt form (41) och det diagnosspecifika beslutsstödet, med rekommendationer för sjukskrivningslängd och -grad vid specifika diagnoser vilket 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. Stockholms läns landsting och Försäkringskassan har genomfört betydande utbildnings- och informationsinsatser kring detta.

Satsningar i Stockholms län 2004-2008

Sedan 2004 har ett antal åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning genomförts i Stockholms läns landsting. Ett flertal av dessa åtgärder har enskilda vårdgivare och landstinget vidtagit i egen regi, andra i samverkan med olika aktörer, t.ex. i de s.k. samordningsförbunden (finansiell samverkan mellan Försäkringskassan, sjukvården, Socialtjänsten och arbetsförmedlingen) eller tillsammans med Försäkringskassan. Även Försäkringskassan har separat vidtagit åtgärder direkt riktade till hälso- och sjukvården i Stockholm.

Olika sjukvårdsverksamheter har ansvaret att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, ingångna avtal och regelboken för vårdval (50). Centralt inom Stockholms läns landsting finns en försäkringsmedicinsk funktion och en Försäkringsmedicinsk kommitté (FÖRKOM) inom Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF). Ansvaret för arbetet inom den så kallade miljardsatsningen och rehabiliteringsgarantin finns inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN). Projektet ”Ögat på sjukskrivning – åtgärder för minskad sjukfrånvaro” arbetar med miljardsatsningen och är organiserat i fem ansvarsområden: ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan, utsatta grupper samt kvinnors ohälsa.

Nedan följer en beskrivning av ett antal av de aktiviteter som genomförts från central nivå inom SLL under 2007 och 2008, fördelat på huvudrubrikerna för de aktiviteter som ska genomföras inom Miljardsatsningen i enlighet med avtalet mellan staten och Sveriges

kommuner och landsting (47, 51). En del av nedanstående aktiviteter finns redovisat i rapportform (52-62).

Kompetensutveckling

Ett flertal utbildningar och seminarier kring det försäkringsmedicinska beslutsstödet har hållits under 2007- 2008. Ett stort antal läkare i Stockholms län har deltagit vid dessa undervisningstillfällen. Speciella utbildningar och seminarier avsedda för AT- och ST-läkare har dessutom genomförts. Förutom det försäkringsmedicinska beslutsstödet har utbildningsinsatserna innehållit FÖRKOMs rekommendationer för sjukskrivningar i Stockholms län, de förändringar i sjukförsäkringen som den så kallade Rehabiliteringskedjan innebär (från 1 juli 2008) (39) och satsningarna inom projektet Ögat på sjukskrivning (60, 61).

Seminarierna har genomförts både i form av stormöten, med flera deltagande vårdverksamheter och på hemmaplan, dvs i samband med läkarmöten inom den egna verksamheten på sjukhuskliniker, psykiatriska mottagningar eller husläkarmottagningar. Under 2008 har många möten även genomförts tillsammans med samverkansansvariga från Försäkringskassan ute på lokala vårdverksamheter.

Ett hundratal handledare för kognitivt inriktade gruppsamtal har utbildats. Utbildningarna har genomförts av vårdgivare med erfarenhet från vård av aktuella patientgrupper och vänt sig till alla personalkategorier inom primärvården. Flera regionala vårdprogram som tagits fram under denna period t.ex. innehåller de för Stressutlöst psykisk ohälsa och Fibromyalgi avsnitt med rekommendationer kring arbetsförmågebedömning och sjukskrivning.

Försäkringsmedicinsk information har integrerats i VISS (Vårdinformation i Stor-Stockholm) som finns tillgängligt via Internet. (www.viss.nu)

Omkring 400 läkare har deltagit i de så kallade sjukskrivningsaudits som arrangerats 2006 och 2008 i samarbete mellan projektet Ögat på sjukskrivning och LSF. Tanken bakom audit är att reflektion tillsammans med kollegor om den egna praktiken leder till utveckling. Underlag kring den egna sjukskrivningspraktiken har tagits fram och sedan använts som utgångspunkt för gemensam reflektion och diskussion samt för framtagande av lokala handläggningsrutiner (53-56, 63).

Ett flertal forsknings- och utvecklingsprojekt pågår kring utbildningsbehov, kostnader, sjukskrivningsaudit, kvaliteten hos de medicinska underlagen, sjukskrivningspraxis vid olika kliniska verksamheter för specifika diagnoser, t.ex. bröstcancer, uppföljning av försäkringsmedicinska utredningar, mm. Dessa aktiviteter genomförs huvudsakligen genom ett forskarnätverk i samverkan mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

Ledning och styrning

Inom ramen för deltagande i de så kallade sjukskrivningsaudits har verksamheterna erbjudits stöd för att ta fram lokala policys/riktlinjer (54) och handläggningsrutiner (53) för arbetet med sjukskrivningspatienter. Särskilda seminarier om försäkringsmedicin har också hållits för chefer inom sjukvården och en plan för policy och riktlinjer har tagits fram.

Den Försäkringsmedicinska kommittén, FÖRKOM, har tagit fram rekommendationer om förhållningssätt i samband med sjukskrivning som utgår från de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet och det som kommit fram i kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ställt sig bakom dessa rekommendationer som utgångspunkt för arbetet med sjukskrivningar inom sjukvården i Stockholm.

Kvalitetsindikatorer och uppföljningsmått för sjukskrivningsarbetet har tagits fram utifrån dessa rekommendationer och uppföljning av sjukskrivningar utfärdade inom sjukvården i samverkan med Västra Götalandsregionen, region Skåne samt landstinget Västerbotten.

Samverkan/samarbete

Samverkan mellan Stockholms läns landsting och Försäkringskassan äger rum på flera nivåer. På övergripande nivå möts regelbundet representanter för de bägge organisationerna.

Samverkan sker även i samordningsförbunden, via FÖRKOM och sakkunnigstrukturen samt i olika utsträckning mellan lokala samverkansansvariga från Försäkringskassan och olika vårdgivare. Samverkan sker också kring den gemensamma rehabiliteringsgarantin som gäller de två stora sjukdomsgrupperna psykisk ohälsa och smärta.

Samverkan sker även med stora arbetsgivare kring åtgärder för kvinnor som riskerar att bli långtidssjukskrivna.

I FÖRKOM ingår ledamöter från flera medicinska specialiteter, ortopedi, primärvård, psykiatri och rehabiliteringsmedicin. Dessutom ingår privatläkare och företagsläkare samt Försäkringskassan. Kommitténs uppdrag är att vara rådgivande i försäkringsmedicinska frågeställningar till landstings- och verksamhetsledningar samt att ge stöd till personal i sjukvården som arbetar med försäkringsmedicinska frågeställningar. FÖRKOM avrapporterar till sjukvårdsledningarna genom chefläkargruppen och samarbetar med Stockholms medicinska råd, de olika Specialitetsråden, Stockholms läkarförening och Försäkringskassans samverkansansvariga.

Kvinnors ohälsa och utsatta grupper

En kartläggning av kvinnors ohälsa och hur den hanteras inom Stockholms län har genomförts (64). Samverkan med stora arbetsgivare kring kvinnors ohälsa sker inom projektet Ögat på sjukskrivning tillsammans med landstinget och Stockholms stad som arbetsgivare, liksom olika insatser för andra utsatta grupper.

Utvärdering av satsningarna

För att kunna utvärdera eventuella effekter av vidtagna åtgärder, såväl från nationell nivå som inom de olika landstingen, har Karolinska Institutet genomfört en ny datainsamling, fyra år senare, baserad bl.a. på 2004 års enkät (37). Enkäten år 2004 innehöll 83 frågor medan den nya enkät som genomfördes 2008 innehöll 153 frågor.

Enkäten skickades till yrkesverksamma läkare i hela landet, för att få baslinjeinformation för samtliga landsting inför kommande uppföljningar. Övergripande resultat från denna enkät har presenterats i en rapport, där även jämförelser mellan 2004 och 2008 har gjorts (36). *I denna rapport redovisas resultaten för de läkare som arbetar i Stockholms län, och jämförelser görs mellan 2004 och 2008.*

I studien har fokus varit på läkares arbete med sjukskrivningsärenden, och att få deras syn på detta som underlag för interventioner. Många andra studier har snarare samlat in data om kvaliteten på läkares arbete, t.ex. i termer av hur de fyller i medicinska underlag/sjukintyg eller dokumenterar sitt arbete i medicinska journaler alternativt på hur många de sjukskriver eller hur länge dessa blir sjukskrivna. För att kunna vidta åtgärder, som är baserade på läkares vardag och önskemål är det dock centralt att få kunskap om just detta.

Syfte

I denna rapport redovisas resultat från de enkätstudier om läkare i Stockholms län arbete med sjukskrivning som genomförts 2004 och 2008, med syfte att

- få detaljerad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning av patienter
- utvärdera effekten av de interventioner som genomförts nationellt, på landstingsnivå och lokalt,
- få underlag för kommande interventioner.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från en enkätstudie år 2008 riktad till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige vad avser de läkare under 65 år som hade sin huvudsakliga arbetsplats i Stockholm. 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 (37). Vissa jämförelser görs även med läkare i övriga Sverige, dvs. de i hela Sverige minus de i Stockholm. Huvuddelen av resultatet visas endast för de läkare som svarade att de minst någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. En rapport (36) med resultat från hela landet finns på denna internetadress:

<http://ki.se/content/1/c6/01/40/39/Lakares%20arb%20med%20sjukskrivn%20Rapport%20reviderad%20090904.pdf>

2004 års enkät

År 2004 gjordes en enkätstudie riktad till 7 665 läkare under 65 år, boende i Stockholms och Östergötlands län. Dessa utgjorde då ca 22 procent av alla läkare under 65 år i Sverige. 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. Detta ledde till att 6 794 läkare boende i Stockholms län fick enkäten, varav 4 827 svarade, vilket ger en svarsfrekvens på 71 procent. Mer information finns i rapporter och artiklar från det projektet (12-14, 16, 18, 31, 37, 65) .

Frågorna i enkäten 2004 togs fram utifrån intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter (1, 10). De prövades i två referensgrupper, gentemot ett flertal forskare, kollegor och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (37). Enkätutskick och datainsamling administrerades av Statistiska Centralbyrån (SCB).

2008 års enkät

Undersökningen 2008 var en totalundersökning av 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 bl.a. information om år för läkarexamen, legitimation, specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

Till skillnad från år 2004 inkluderades 2008 alla yrkesverksamma läkare oavsett ålder. 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. Svarefrekvensen för hela landet var 61 procent. För bortfallsanalysen har SCB, vad gäller län, beräknat svarefrekvensen baserat på postnummer. Av dem som fick enkäten hade 10 236 en bostadsadress som enligt postnumret låg i Stockholm. Av dessa svarade 6 013 vilket innebär en svarefrekvens på 59 procent (Tabell 1). Som ofta är fallet var svarefrekvensen högre bland kvinnor och bland äldre personer.

Tabell 1. Svarefrekvensen 2008 för läkare boende i Stockholms län uppdelat på kön respektive åldersgrupper. (För två personer saknas uppgift om kön.)

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarefrekvens %
Samtliga	10 236	6 013	59
Kvinnor	4 898	3 028	62
Män	5 336	2 985	56
24-44 år	3 911	2 194	56
45-64 år	5 506	3 203	58
65 + år	817	616	75

I enkäten fanns en fråga om i vilket landsting/region den svarande hade sin huvudsakliga arbetsplats. Resultaten som presenteras i denna rapport är baserade på svaren från de 5 831 läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar i Stockholm. Detta innebär att det finns en diskrepans mellan antal svarande i bortfallsanalysen ovan och antal svarande i analyserna i resultatet.

Internbortfallet, dvs. bortfall av svar för en specifik fråga, var i medeltal 6,3 procent bland de läkare som svarade att de minst någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. För två delfrågor var internbortfallet högre, nämligen fråga 7, delfråga 2 (26 %) samt fråga 17, delfråga 2 (15 %). Man kunde även se ett mönster i att de första delarna i enkäten hade lägre internbortfall jämfört med de sista delarna, vilket möjligen har samband med att antalet frågor var mycket stort.

Utveckling av frågeformuläret

En enkät, baserad på enkäten från 2004 (37), utvecklades. Frågorna från 2004 användes och reviderades i några fall 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 enligt resultatet från 2004 visade sig vara viktiga att specificera, alternativt som framkommit i nya studier på området eller i samarbete med olika experter.

Frågeområden som finns i både 2004 och 2008 års enkäter:

- demografi, utbildningsnivå och inriktning, kliniktilhörighet,
- Frekvens av olika uppgifter i samband med sjukskrivningsärenden
- faktorer som påverkar arbetet med sjukskrivningar
- problem i arbetet med sjukskrivning; typ av problem, frekvens och svårighetsgrad

- samverkan med Försäkringskassan; hur ofta, problem, önskemål om framtida kontakter
- samverkan med andra aktörer
- kompetens för arbetet med sjukskrivning: nuvarande kompetens i sjukskrivningsarbetet, hur den utvecklats, behov av kompetensutveckling och önskemål om former för detta
- onödigt lång sjukskrivning; förekomst och orsaker
- ledningens stöd respektive policy för arbetet med sjukskrivning

Frågeområden som tillkommit i 2008 års enkät:

- socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- arbetsmiljöproblem
- resurser i sjukskrivningsärenden.

Flera av frågorna inom flera av de tidigare områdena specificerades ytterligare bland annat för att kunna följa effekter av de interventioner som gjorts.

Antalet frågor utökades från 83 stycken i 2004 års enkät till 153 i 2008 års enkät, vilket innebar en viss ökad risk för bortfall. Bedömningen var dock att kompletteringarna behövdes för att kunna få svar på frågor om interventionernas betydelse och få fördjupad kunskap om aspekter som 2004 års resultat visade på betydelsen av. En referensgrupp, och andra intressenter, praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården, 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. Svarefrekvensen var 62 procent. Smärre förändringar gjordes till den slutliga enkäten.

Fullständiga frågeformulär från 2004 och 2008 (66, 67) finns på

http://ki.se/content/1/c6/01/40/39/Lakares_arbete_med_sjukskrivning_2009_Bilaga_1_frageformular_2004.pdf

respektive

http://ki.se/content/1/c6/01/40/39/Lakares_arbete_med_sjukskrivning_2009_Bilaga_2_frageformular_2008.pdf

Datainsamling

Statistiska centralbyrån (SCB) fick uppdraget att administrera datainsamlingen och inskanningen av svaren, inklusive pilotstudien. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt hos SCB, som sedan levererade avidentifierade data till projektgruppen.

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor, och 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.

Enkäten skickades till läkarens hemadress, förutom för det fåtal personer där sådan inte fanns tillgänglig. För dessa användes arbetsplatsens adress. Hemadress valdes för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger. 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.

Dataanalys

Projektgruppen erhöll aidentifierade data (dvs. utan personnummer, namn, adress) och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder. Mann-Whitneys U-test och korrelationsanalyser med Kendalls tau-b har genomförts för att undersöka eventuella skillnader mellan åren och mellan Stockholm och övriga landet. Eftersom studiegruppen är så stor är många av skillnaderna statistiskt signifikanta. För att inte tynga texten ytterligare redovisas inte alla resultat av dessa tester.

Svaren på två av frågorna har justerats inför analyserna:

- De läkare som först svarat att de inte hade några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan och som sedan svarat de har vissa typer av sådana konkreta svårigheter har i analyserna betraktats som att de 'upplever svårigheter' på den första frågan (Fråga 16).
- 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 som på denna sista fråga uppgav att de inte använder beslutstödet ingår ej i analyserna av de första fyra frågorna (Fråga 18).

Observera att för vart och ett av de två åren är detta en tvärsnittsstudie vilket innebär att när svar från frågor jämförs visar detta endast ett tidsmässigt samband. De kan inte användas för att undersöka eventuella orsakssamband, dvs. vilken riktning sambandet har mellan två faktorer.

Jämförelse mellan 2004 och 2008

Jämförelser av svaren mellan åren 2004 och 2008 har gjorts på aggregerad nivå, dvs ej på individnivå då svaren från de två åren inte kunnat kopplas på individnivå. Cirka 80 frågor fanns med i båda enkäterna. Några av frågorna från 2004 omformulerades något i enkäten 2008 vilket innebär att viss bearbetning har genomförts för att resultaten ska kunna jämföras, enligt följande.

- På fråga 6: om det *på Din klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden* lades två svarsalternativ till 2008, nämligen: *Vet inte* och *Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet*. De läkare som valt *Ej aktuellt* har behandlats som bortfall i jämförelserna mellan åren.

- Även till fråga 23; *har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden* lades två svarsalternativ till 2008, nämligen: *Ej aktuellt, har ingen chef* och *Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet*. De läkare som valt *Ej aktuellt* har behandlats som bortfall i jämförelserna mellan åren.

- Frågan 2004 *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)?* delades 2008 upp i två, där den ena specifikt handlade om kognitiv beteendeterapi, för att få bättre underlag för åtgärder. Vid jämförelser med 2004 slogs dessa ihop och det högsta värde som varje person angav för något av dessavaldes. Till exempel: en läkare svarade *dagligen* på den ena frågan och *någon gång per månad* på den andra frågan, i jämförelsen valdes då *dagligen* som svar från denna läkare (Fråga 13).

- På frågan i enkäten 2008 om vilka svårigheter Du upplever i Dina kontakter med Försäkringskassan slogs alternativen *Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina*

bedömningar och Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar ihop för att kunna jämföras med den fråga 2004 som innehöll båda dessa aktörer. De läkare som kryssade i minst ett av dessa två alternativ 2008 jämförs med de som kryssade i *Du upplever att Försäkringskassan ifrågasätter Dig/Dina bedömningar 2004* (Fråga 16).

- Till frågan *När det gäller Dina framtida kontakter med Försäkringskassan, hur viktiga är nedanstående alternativ* fanns år 2008 först alternativet *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 då. Att jämföra dessa frågor mellan åren var därför något komplicerat. När svaren jämfördes rakt av blev det en övervärdering av *mycket viktigt* och *ganska viktigt* 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 viktigt* och *ganska viktigt* för år 2008. Ett tredje alternativ, vilket redovisas i rapporten, utgår från dem som både svarat att de inte kommer att ha några kontakter och som sedan även har svarat på frågan om 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. (Fråga 17).

- På tre frågor om kompetensutveckling fanns år 2004 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 (Fråga 19).

Resultat

Upplägg

Först redovisas bakgrundsfaktorer för **samtliga svarande läkare** samt svar på frågan om de möter patienter aktuella för sjukskrivning – **dessa figurer och tabeller är röda.**

Därefter presenteras resultat från enkätfrågorna för de ”sjukskrivande” läkarna, dvs. de som svarat att de åtminstone någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. I de fall data finns från både 2004 och 2008 redovisas resultatet i **gröna figurer och tabeller**, i de fall data endast finns från 2008 redovisas data i **blåa figurer och tabeller**. I några fall redovisas även **jämförelser med läkare i hela Sverige, och en orange figur ges för detta**. I tabell- och figurtexterna finns angivet vilken fråga i enkätformuläret 2008 som refereras till (Fråga 1 – Fråga 23).

Svaren på enkätfrågorna är redovisade i tabeller och stapeldiagram i stort sett i samma ordning som de återfinns i enkäten. Svaren på frågorna som handlade om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är dock samlade under samma rubrik för att underlätta läsningen.

Vid uppdelningen av läkare efter vid vilken typ av klinik/mottagning de huvudsakligen arbetar har, i vissa fall alla kliniker som efterfrågades i enkäten redovisats, men i de flesta fall har enligt önskemål från Stockholms läns landsting uppdelning gjorts i följande grupper:

- vårdcentral/husläkarmottagning,
- psykiatri/missbruksvård,
- gynekologi/obstetrik/mödrahälsovård,
- ortopedi samt
- övriga kliniker/mottagningar.

Vi har förenklat dessa beteckningar i tabeller, figurer och även i texten nedan och skriver istället vårdcentral, psykiatri, gynekologi/MVC respektive övriga.

På samma sätt förkortas gruppen som huvudsakligen arbetar med administration, undervisning eller utbildning till adm/utb/forskn.

I analyserna av de olika frågorna när det gäller sjukskrivningsfrekvens och problem har vi inte funnit signifikanta skillnader mellan kvinnor och män, vare sig i resultatet från 2004 års enkät (37) eller för hela landet (36) varför vi inte redovisar resultat stratifierade för kön mer än inledningsvis. Åldersfördelning redovisas också inledningsvis, men inte sedan. Då ett syfte med denna rapport är att ge underlag för interventioner och utvärdering av dessa, och interventionerna framförallt riktas mot grupper baserade på var de arbetar eller vilken utbildningsnivå de har (t.ex. AT eller ST) och inte vilken ålder eller kön man har, har vi valt att inte belasta det digra materialet med dessa uppgifter.

Yrkesverksamma läkare i Stockholms län

Av de läkare som svarade på enkäten 2008 svarade 5 831 att de huvudsakligen arbetade inom Stockholms län (Tabell 2). Av dessa var 50 procent kvinnor, något högre andel än i hela riket, där 45 procent var kvinnor. Av de svarande i 2008 års enkät var 600 läkare 65 år eller äldre, en åldersgrupp som inte inkluderades i 2004 års enkät.

Tabell 2. Antal yrkesverksamma läkare uppdelat på kön och åldersgrupper, 2008.

	Antal svarande n	Kvinnor n (%)	Män n (%)	24-44 år n (%)	45-64 år n (%)	65+ år n (%)
2004	4 827	2 464 (51)	2 363 (49)	1 654 (34)	3 173 (66)	—
2008	5 831	2 931 (50)	2 900 (50)	2 070 (35)	3 161 (54)	600 (10)

Resultat för läkare över 65 års ålder redovisas inte i denna rapport (68). I Tabell 3 visas antal läkare som huvudsakligen var verksamma vid olika kliniker/mottagningar/verksamheter, hur stor andel av dessa grupper som var kvinnor respektive män, åldersfördelning, andel specialister samt hur stor andel som någon gång möter patienter aktuella för sjukskrivning.

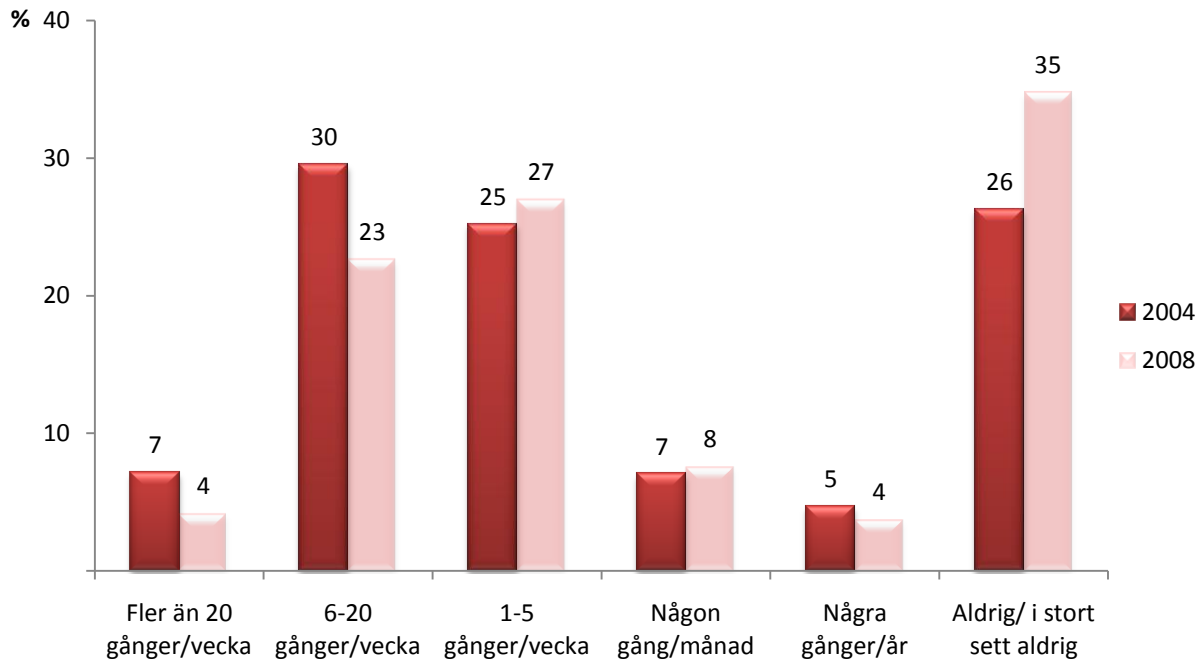
Av de 5 231 läkare som var yngre än 65 år och hade sitt huvudsakliga arbete i Stockholms län, var det 3 303 (63 %) som svarade att de hade patienter aktuella för sjukskrivning – här kallade sjukskrivande läkare - åtminstone några gånger per år.

Tabell 3. Antal läkare verksamma vid olika kliniker/mottagningar samt andel (%) kvinnor/män, yngre/äldre, specialister samt sjukskrivande läkare.

	Antal n	Kvinnor %	Män %	24-44 år %	45-64 år %	Specialister %	Sjukskrivande läkare %
Barn och ungdom	414	64	36	46	54	70	26
Företagshälsovård	110	53	47	7	93	93	97
Geriatrisk	219	68	32	34	66	63	11
Hud	67	69	31	33	67	82	69
Infektion	64	47	53	55	45	70	95
Invärtesmedicin	446	54	46	59	41	60	92
Kirurgi	350	34	66	53	47	69	87
Neurologi	60	50	50	47	53	67	90
Gynekologi/MVC	275	74	26	41	59	76	81
Onkologi	102	61	39	52	48	61	96
Ortopedi	163	24	76	50	50	68	95
Psykiatri	385	59	41	38	62	67	88
Rehabilitering	54	63	37	22	78	80	96
Reumatologi	44	57	43	45	55	77	100
Smärtmottagning	26	31	69	12	88	96	73
Vårdcentral	879	59	41	41	59	62	97
Ögon	88	53	47	22	78	92	60
Öron-, näs- och halssjukdomar	94	44	56	37	63	78	89
Annan klinik	759	48	52	37	63	79	30
Adm/utbild/forskn	299	35	65	18	82	72	7
Ingen klinik	170	41	59	22	78	68	5
<i>Ej svarat</i>	163	45	55	31	69	74	7
Samtliga	5 231	53	47	40	60	70	63

Grupperna Ingen klinik och Ej svarat redovisas inte i det följande när resultat ges för kliniknivå.

I enkäten efterfrågades hur ofta i det vardagliga kliniska arbetet som läkaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning (Figur 1). En större andel läkare svarade aldrig/i stort sett aldrig år 2008 (35 %) jämfört med 2004 (26 %). På denna fråga fanns det båda åren ett internbortfall på tre procent. Dessa läkare finns med i nämnaren för andelen sjukskrivande läkare som visas i Tabell 3, men de är inte med i nämnaren i Figur 1. Därför finns en viss diskrepans mellan dessa andelar.



Figur 1. Andel (%) läkare med olika frekvens av konsultationer med patienter som är aktuella för sjukskrivning 2004 och 2008 (Fråga 8 2008).

Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden ofta har alltså minskat sedan 2004, vilket står i samklang med den kraftiga minskningen av sjuktalen i Stockholm, liksom i övriga Sverige, under dessa år.

Läkares arbete med sjukskrivning

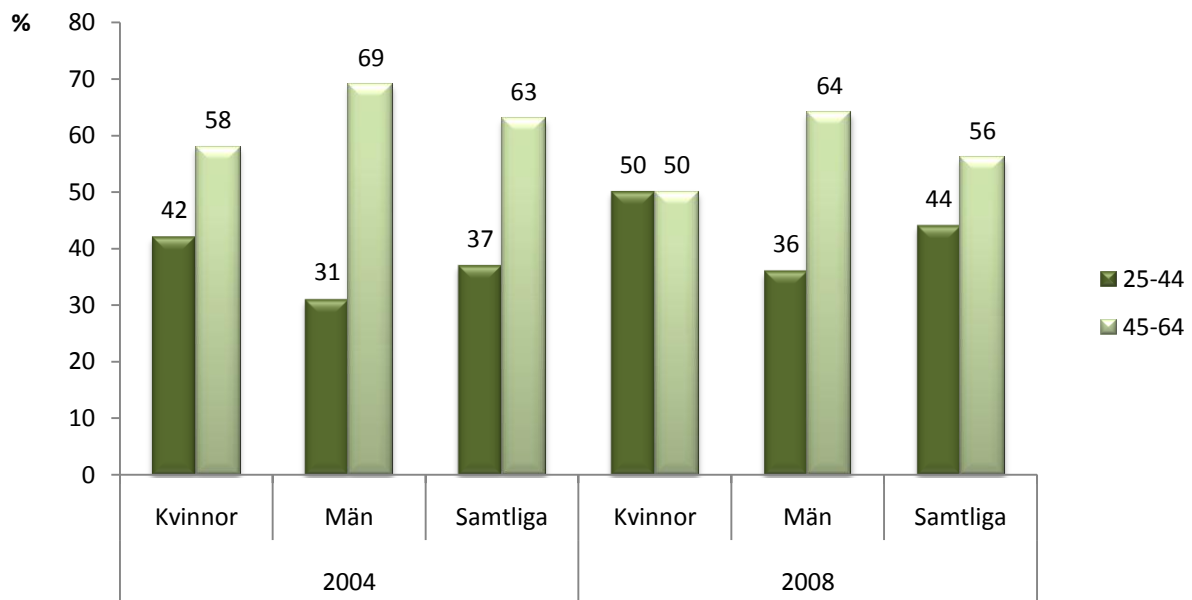
I detta avsnitt redovisas resultaten för de 3 303 läkare som

- var under 65 år
- huvudsakligen arbetade inom Stockholms län
- svarade 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 andelen kvinnor 52 procent år 2004 och 54 procent år 2008, dvs kvinnor hade i något större utsträckning än männen sjukskrivningsärenden.

År 2004 var 63 procent (n=2 184) av de sjukskrivande läkarna över 44 år och 2008 var motsvarande andel 56 procent (n=1 862). En viss förskjutning i ålderssammansättningen har alltså skett – genom att en högre andel av de som svarade 2008 var yngre (Figur 2).



Figur 2. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kön, 2004 och 2008.

Ålders- och könsfördelning samt utbildningsnivå per typ av klinik/mottagning

Det var stora skillnader mellan de olika klinikerna vad gäller andel kvinnor bland läkarna (Tabell 4). Andelen kvinnor var störst inom gynekologi/MVC och hud (75 respektive 74 %) och lägst inom ortopedi (23 %). Inom psykiatri och vid vårdcentraler var könsfördelningen jämnare (59 respektive 58 % kvinnor). Åldersfördelningen visar att andelen läkare över 45 år, är hög bl.a. inom företagshälsovård (93 %) och smärtmottagningar (84 %). Andelen specialistutbildade läkare var 69 procent, men varierar mellan 60 och 96 procent för de olika klinikerna/mottagningarna.

Tabell 4. Andel (%) sjukskrivande läkare uppdelat på kön, ålder och utbildningsnivå för respektive klinik/mottagning.

2008	Antal n	Andel kvinnor	Andel män	Andel 24-44 år	Andel 45-64 år	Medel-ålder	Andel specialister
Barn och ungdom	109	57	43	35	65	49	83
Företagshälsovård	107	53	47	7	93	55	96
Geriatrisk	24	63	38	33	67	48	71
Hud	46	74	26	37	63	49	83
Infektion	59	49	51	58	42	44	68
Invärtes	411	55	45	60	40	43	60
Kirurgi	303	35	65	53	47	44	71
Neurologi	54	52	48	50	50	45	67
Gynekologi/MVC	223	75	25	49	51	46	72
Onkologi	98	61	39	52	48	44	61
Ortopedi	155	23	77	51	49	45	68
Psykiatri	337	59	41	41	59	47	66
Rehabilitering	52	63	37	23	77	51	79
Reumatologi	44	57	43	45	55	48	80
Smärtmottagningar	19	26	74	16	84	55	95
Vårdcentral	855	58	42	42	58	47	62
Ögon	53	55	45	32	68	49	91
Öron/näsa/hals	84	45	55	40	60	47	76
Annan klinik	228	50	50	33	67	50	81
Adm/utbild/forskn	22	41	59	14	86	50	77
Ingen klinik/ Ej svarat	20	55	45	30	70	46	75
Samtliga	3 303	54	46	44	56	47	69

I

Tabell 5 visas motsvarande siffror för år 2004, då de möjliga kategorier för typ av klinik/verksamhet var något färre. Andelen kvinnor i hela gruppen är i stort sett oförändrad medan andelen läkare över 45 år har minskat något sedan 2008. Likaså har andelen specialistutbildade läkare bland de som har sjukskrivningsärenden minskat mellan åren.

Tabell 5. Andel (%) sjukskrivande läkare uppdelat på kön, ålder och utbildningsnivå för respektive klinik/mottagning där man haft sin huvudsakliga verksamhet. (2004)

2004	Antal n	Andel kvinnor	Andel män	20-44 år	45-64 år	Medel- ålder	Andel specialister
Företagshälsovård	106	55	45	5	95	55	94
Invärtes	302	48	52	59	41	43	56
Kirurgi	245	27	73	43	57	46	72
Gynekologi/MVC	236	70	30	36	64	48	77
Onkologi	92	67	33	52	48	44	63
Ortopedi	146	24	76	35	65	48	77
Psykiatri	365	59	41	31	69	50	78
Rehabilitering	47	53	47	17	83	51	87
Vårdcentral	795	56	44	34	66	48	70
Annan klinik	1 071	50	50	35	65	48	78
Ingen klinik/ Ej svarat	41	63	37	49	51	44	44
Samtliga	3 446	52	48	37	63	48	73

Antal år på arbetsplatsen

Nästan hälften (48 %) av alla läkare hade arbetat färre än fem år på sin nuvarande arbetsplats (Tabell 6); Detta gällde en något större andel vid vårdcentraler och inom psykiatri (57 respektive 55 %).

Tabell 6. Andel (%) läkare som uppgav att de arbetat mindre än 5 år, 5-9 år respektive 10 år eller längre på sin nuvarande arbetsplats. (Fråga 3)

	Vårdcentral	Psykiatri	Gynekologi	Ortopedi	Övriga läkare	Samtliga
Mindre än 5 år	57	55	41	42	44	48
5 - 9 år	23	21	29	23	25	24
10 år eller längre	20	24	30	34	32	28

Slutenvård ingick i arbetsuppgifterna för 52 procent av samtliga läkare. Högst andel läkare med slutenvårdsarbete fanns inom ortopedi (90 %) och gynekologi (78 %) (data ej i tabell). Ungefär hälften (47 %) av läkarna inom psykiatri hade slutenvårdsarbete, men bara fyra procent av vårdcentralsläkarna hade detta.

Frekvens av sjukskrivning

I tabellen nedan visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Sådana möten med patienter förekom bland läkare inom alla typer av kliniker/mottagningar/verksamheter. Drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst någon gång i veckan (Tabell 7). Oftare än fem gånger per vecka förekom detta för 90 procent av läkarna vid smärtmottagningar och 82 procent inom ortopedi. Inom psykiatri var det 59 procent, inom gynekologi 39 procent och vid vårdcentraler 39 procent av läkarna som uppgav att de hade sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger i veckan.

Inom gruppen som huvudsakligen hade sina arbetsuppgifter inom administration, undervisning eller forskning kan några ha så kallade kombinationstjänster, dvs vara anställda såväl inom hälso- och sjukvård som inom Karolinska Institutet, eller haft chefspositioner, kombinerad med viss egen klinisk verksamhet.

Tabell 7. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning varje vecka, månad respektive år, uppdelat på typ av klinik/mottagning. (Fråga 8)

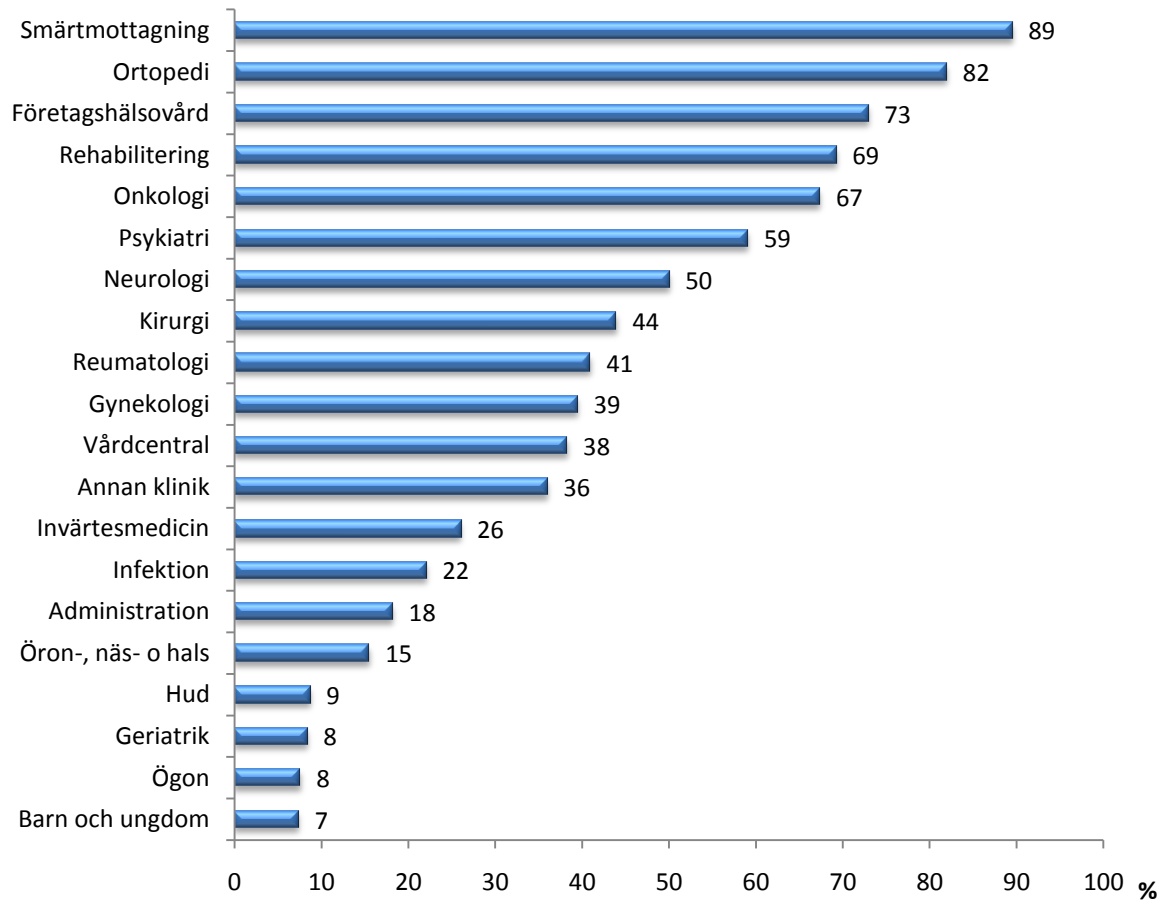
2008	Fler än 20 ggr/vecka	6-20 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gång/år
Barn och ungdom	1	6	27	26	40
Företagshälsovård	11	62	25	2	
Geriatrisk	4	4	13	29	50
Hud	–	9	15	30	46
Infektion	2	20	64	12	2
Invärtes	4	22	47	23	4
Kirurgi	5	39	41	13	3
Neurologi	2	48	46	4	–
Gynekologi/MVC	4	35	43	13	4
Onkologi	16	51	28	3	2
Ortopedi	21	61	15	2	1
Psykiatri	10	49	31	7	3
Rehabilitering	19	50	23	6	2
Reumatologi	–	41	57	2	–
Smärtmottagning	32	58	5	–	5
Vårdcentral	3	36	55	6	1
Ögon	–	8	23	45	25
Öron-, näs- och hals	1	14	64	13	7
Annan klinik	12	24	39	15	11

Adm/utbild/forskn	14	5	32	23	27
Ingen	–	25	38	–	38
Samtliga	6	35	41	12	6

I Figur 3 visas andelen läkare som har sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger per vecka inom olika kliniker/mottagningar, dvs ett urval av siffrorna från ovanstående tabell. Att även läkare inom t.ex. geriatrik och barn- och ungdomsvård har sådana ärenden kan synas överraskande. För barn- och ungdomsvård kan detta gälla såväl sjukskrivning av äldre tonåringar, av föräldrar, liksom sjukintyg för barn för att föräldrar skall kunna få ersättning för vård av sjukt barn – intyg behövs om barnet p.g.a. sjukdom inte kan få ordinarie barnomsorg. För geriatriker kan det gälla sjukskrivning av anhöriga. I båda grupperna kan det, liksom för de inom administration etc, även handla om att ha annan klinisk verksamhet utöver huvudarbetsuppgifterna.

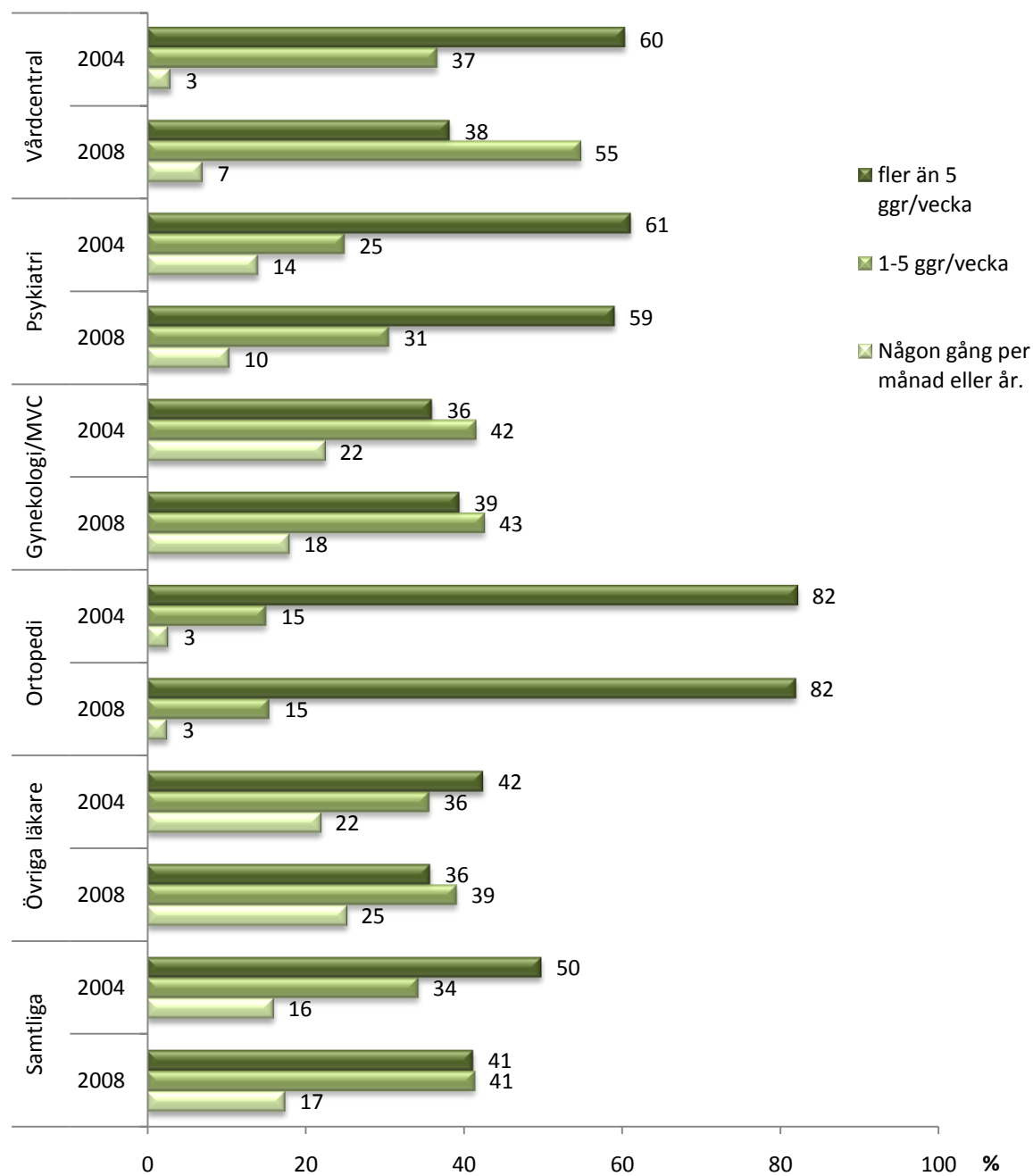
Av Figur 3 framgår att endast 38 procent av vårdcentralsläkarna har sjukskrivningsärenden mer än fem gånger i veckan, en betydligt lägre andel än inom flera andra kliniker. Att ha en patient där sjukskrivning är aktuell innebär inte att konsultationen leder till att ett sjukintyg skrivs, bedömningen under konsultationen kan lika gärna vara att detta inte ska ske. Det innebär att även sådana konsultationer innefattas i dessa 38 procent. För hela landet var denna siffra något men inte mycket högre; 43 procent (1).

Vårdcentralsläkarna utgör 26 procent av de sjukskrivande läkarna, men endast 17 procent av samtliga läkare - inklusive de som inte är sjukskrivande. Det innebär att även om bara 38 procent har sjukskrivningsärenden så ofta som dagligen, innebär det en hel del sjukskrivningar. Hittills har merparten av åtgärderna i Stockholm riktats mot läkare vid vårdcentraler.



Figur 3. Andel (%) läkare som möter patienter aktuella för sjukskrivning oftare än fem ggr/vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning. (Fråga 8)

En jämförelse med 2004 visar att andelen läkare som sjukskriver oftare än 5 gånger i veckan hade minskat från 60 till 38 procent för vårdcentralsläkarna, medan de övriga klinikerna låg kvar på samma nivå, dock oftast med viss minskning (Figur 4).



Figur 4. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning varje vecka, månad respektive år, uppdelat på typ av klinik/mottagning, för 2004 och 2008. (Fråga 8)

Arbetet med sjukskrivning: frekvens av olika situationer

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

Sjuttio procent av läkarna svarade att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada. Det var stor skillnad mellan olika kliniker/mottagningar: en betydligt högre andel av vårdcentralsläkare, läkare inom psykiatri, gynekologi (samtliga 26 %) och ortopedi (24 %) gjorde detta minst en gång per vecka, medan bara tio procent av övriga läkare gjorde detta lika ofta (Tabell 8). Utvecklingen från 2004 till 2008 har sett olika ut inom de olika klinikerna/mottagningarna, med en minskning inom vårdcentraler och ortopedi men samtidigt en ökning inom psykiatri och gynekologi.

Tio procent av läkarna sade minst någon gång i veckan nej till en patients önskan om sjukskrivning (Tabell 8). Läkare inom ortopedi gjorde detta i högre utsträckning (28 %) än övriga läkargrupper. Å andra sidan var sex procent av läkarna varje vecka med om att en patient sade nej till en sjukskrivning som läkaren föreslog, en siffra som stämmer väl överens med resultat från andra studier (1, 69). Av läkare inom ortopedi och gynekologi upplevde 16 respektive 10 procent detta minst någon gång per vecka, medan bara sju procent av läkarna inom psykiatri eller vid vårdcentraler var med om detta lika ofta.

Tabell 8. Andel (%) läkare som svarade att de minst någon gång per vecka respektive aldrig/i stort sett aldrig var med om de angivna alternativen. (Fråga 12 i enkäten 2008)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?				... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?		... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	
	Minst någon gång/v		Aldrig/ i stort sett aldrig		Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
	2004	2008	2004	2008				
Vårdcentral	36	26	6	7	7	26	16	6
Psykiatri	19	26	23	17	7	31	13	12
Gynekologi	17	26	26	14	10	30	10	10
Ortopedi	33	24	12	12	16	20	28	3
Övriga läkare	11	10	32	30	4	47	5	21
Samtliga	19	17	24	21	6	38	10	15

Det var mycket ovanligt att läkare sjukskrev en patient för att denne skulle få högre ersättning än arbetslöshetskassa eller försörjningsstöd/socialbidrag. Mindre än en procent uppgav att de gjorde detta någon gång i veckan eller oftare, och detta gällde både 2004 och 2008 (Tabell 9).

Sex procent sjukskrev en patient utan att träffa denne minst en gång i veckan (Tabell 9). Inom ortopedi var denna andel betydligt större; 25 procent. Mönstret har förändrats från 2004 genom att fler läkare någon gång per år sjukskriver efter telefonkontakt, men sammantaget sker detta vid färre tillfällen (Tabell 9).

Tabell 9. Andel (%) läkare som uppger att de minst någon gång per vecka respektive aldrig/i stort sett aldrig var med om de angivna alternativen. (Fråga 12)

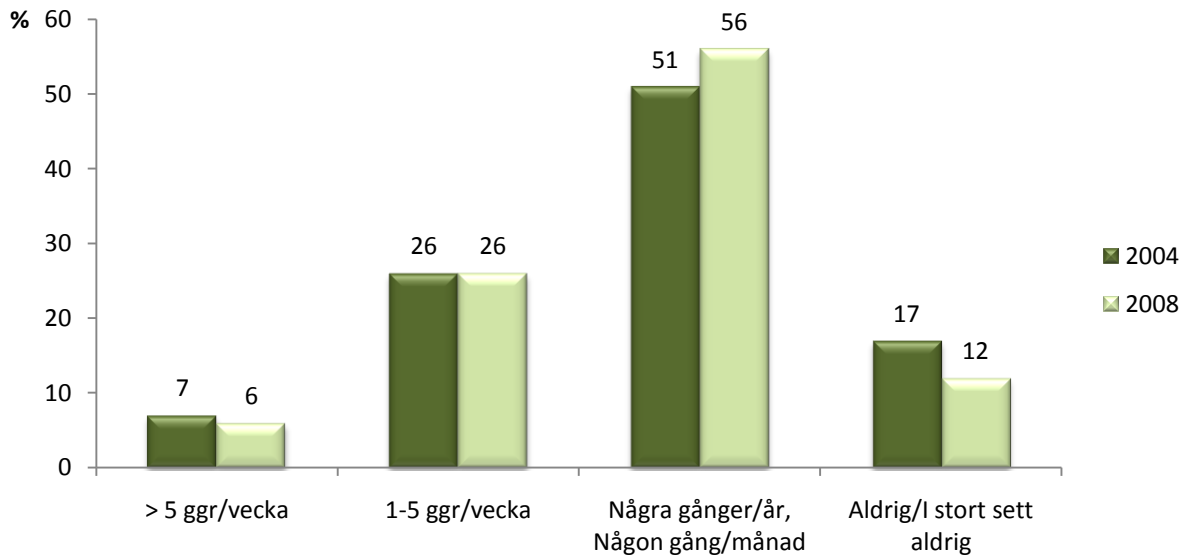
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... sjukskriver Du för att en patient ska få högre ersättning än arbetslöshetsersättning eller socialbidrag/ försörjningsstöd?				... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t ex vid telefonkontakt)?			
	Minst någon gång/v		Aldrig/ i stort sett aldrig		Minst någon gång/v		Aldrig/ i stort sett aldrig	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Vårdcentral	1	0	90	90	12	4	35	43
Psykiatri	1	1	90	86	12	10	55	43
Gynekologi	3	2	89	87	5	5	54	36
Ortopedi	2	1	89	91	30	25	25	13
Övriga läkare	0	0	94	95	4	4	57	47
Samtliga	1	1	92	92	8	6	50	43

Problem i arbetet med sjukskrivningar

Det finns vetenskaplig evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt, dvs. tillräckligt många studier av tillräckligt god vetenskaplig kvalitet har genomförts för att kunna visa detta (1). Däremot saknas det kunskap på en mer detaljerad nivå om vilka faktorer som upplevs som problematiska. 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 allvarlighetsgrad av olika problem.

Frekvens av problem

Trettiofyra procent rapporterade att de minst en gång i veckan upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska (Figur 5). Motsvarande siffra för övriga landet var något högre, 35 procent. Som framgår av figuren är det inga stora förändringar mellan de fyra åren. Emellertid minskade andelen läkare som aldrig eller i stort sett aldrig hade problem från 17 till 12 %.



Figur 5. Andel (%) läkare som upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska med olika frekvens. (Fråga 12, delfråga 1)

Frekvens av problem per typ av klinik/mottagning

Det var en stor variation i hur ofta läkare på olika kliniker/mottagningar upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska (Tabell 10). Hög andel läkare som upplevde detta minst en gång per vecka fanns vid vårdcentraler (50 %) och inom ortopedi (49 %) och psykiatri (47 %). Inom gynekologi var detta ungefär lika vanligt som genomsnittet för läkarna i Stockholms län (31 respektive 32 %). För vårdcentralerna ses en viss minskning över de fyra åren, men samtidigt en ökning inom psykiatrin.

Tabell 10. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som fler än fem gånger i veckan, 1-5 gånger i veckan, någon gång per månad eller år, respektive aldrig upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska. (Fråga 12, delfråga 1)

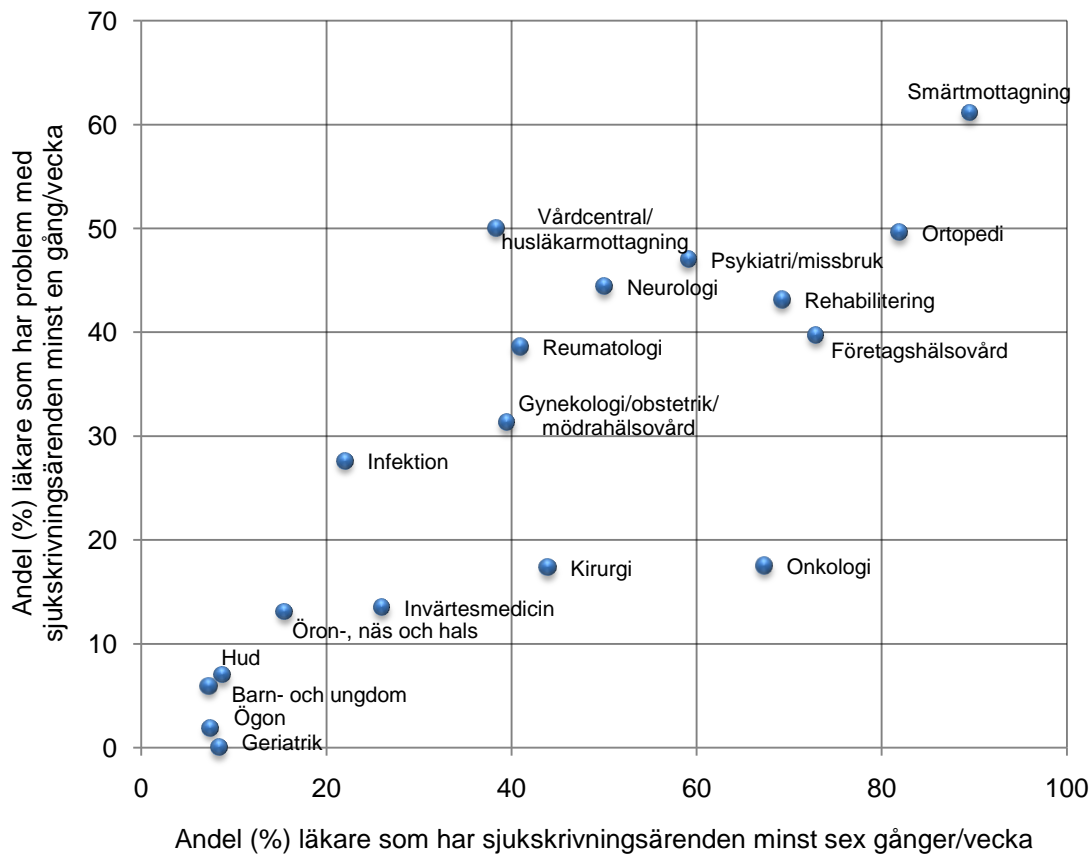
Hur ofta i ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?		Fler än 5 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2004	14	45	32	7	2
	2008	8	42	37	10	3
Psykiatri	2004	6	32	31	17	14
	2008	12	35	32	13	8
Gynekologi	2004	5	17	36	23	20
	2008	7	24	38	20	11
Ortopedi	2004	13	40	29	11	7
	2008	13	36	33	13	5
Övriga läkare	2004	3	16	28	29	24
	2008	3	16	32	31	18
Samtliga	2004	7	26	30	21	17
	2008	6	26	34	22	12

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 Figur 6 och Figur 7 visas relationen mellan förekomst av sjukskrivningsärenden och förekomst av problem. I Figur 6 visas andelen läkare som uppgav förekomst av sjukskrivningsärenden minst fem gånger i veckan och förekomst av problem minst en gång i veckan inom olika typer av kliniska verksamheter. I

Figur 7 visas motsvarande siffror för fem grupper: vårdcentraler, psykiatri, gynekologi, ortopedi och övriga läkare för åren 2004 och 2008.

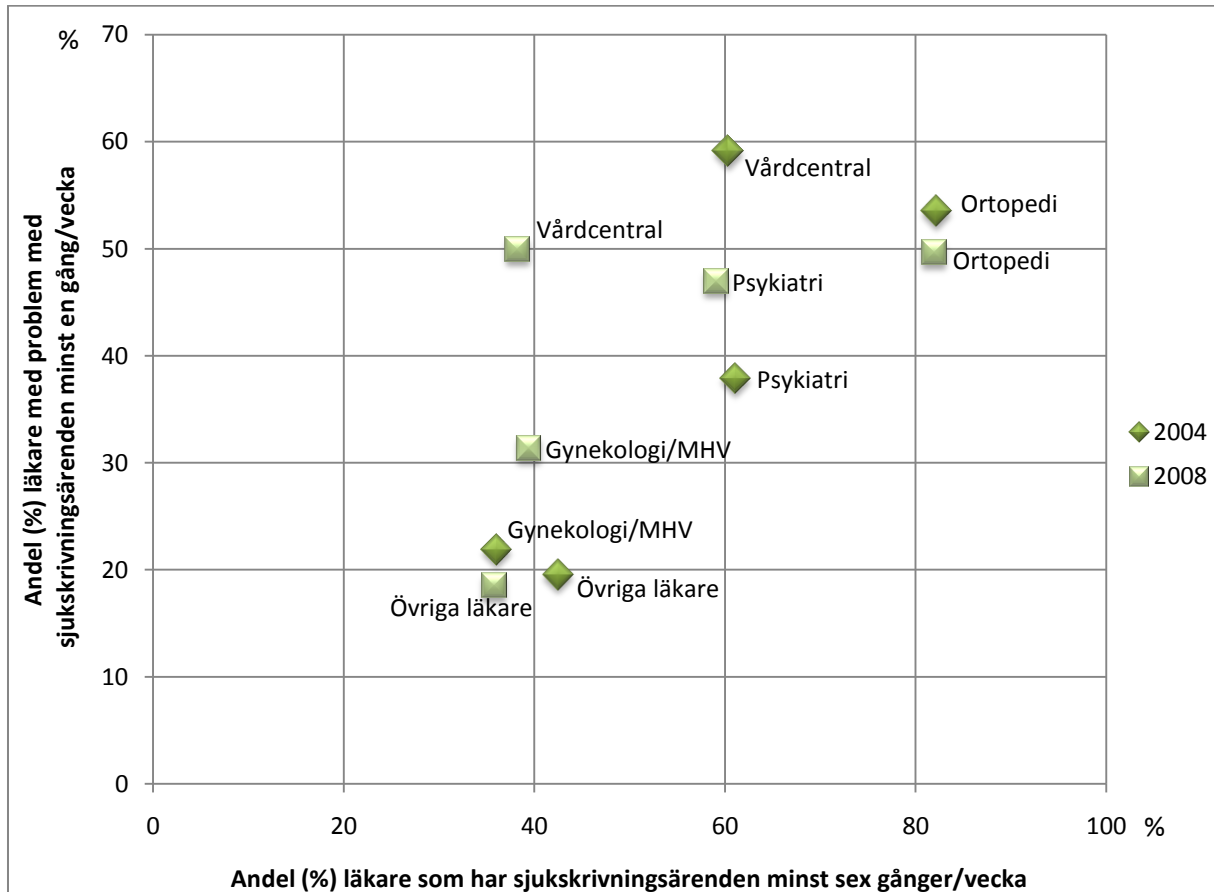
I Figur 6 framgår förhållandet mellan att ha sjukskrivningsärenden ofta och ha problem ofta för de olika verksamheterna. I de flesta verksamheter som har sjukskrivningsärenden ofta har en stor andel relativt ofta även problem med dessa. Här finns dock flera undantag. Bland läkare inom onkologi är det t.ex. en relativt hög andel som ofta har sjukskrivningsärenden men en låg andel av dem har problem minst en gång i veckan. Motsatt förhållande gäller för läkare vid vårdcentraler, där en lägre andel av läkarna har en hög sjukskrivningsfrekvens men andelen som upplever detta som problematiskt är hög. Läkare vid smärtmottagningar har mycket hög andel med många sjukskrivningsärenden men också hög andel med problem minst varje vecka. För hela Sverige ligger denna grupp på ungefär samma plats som Företagshälsovård i nedanstående figur (66, 67).



Figur 6. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 8; Fråga 12, delfråga 1)

Vissa förändringar har skett i detta mellan 2004 och 2008 (Figur 7).

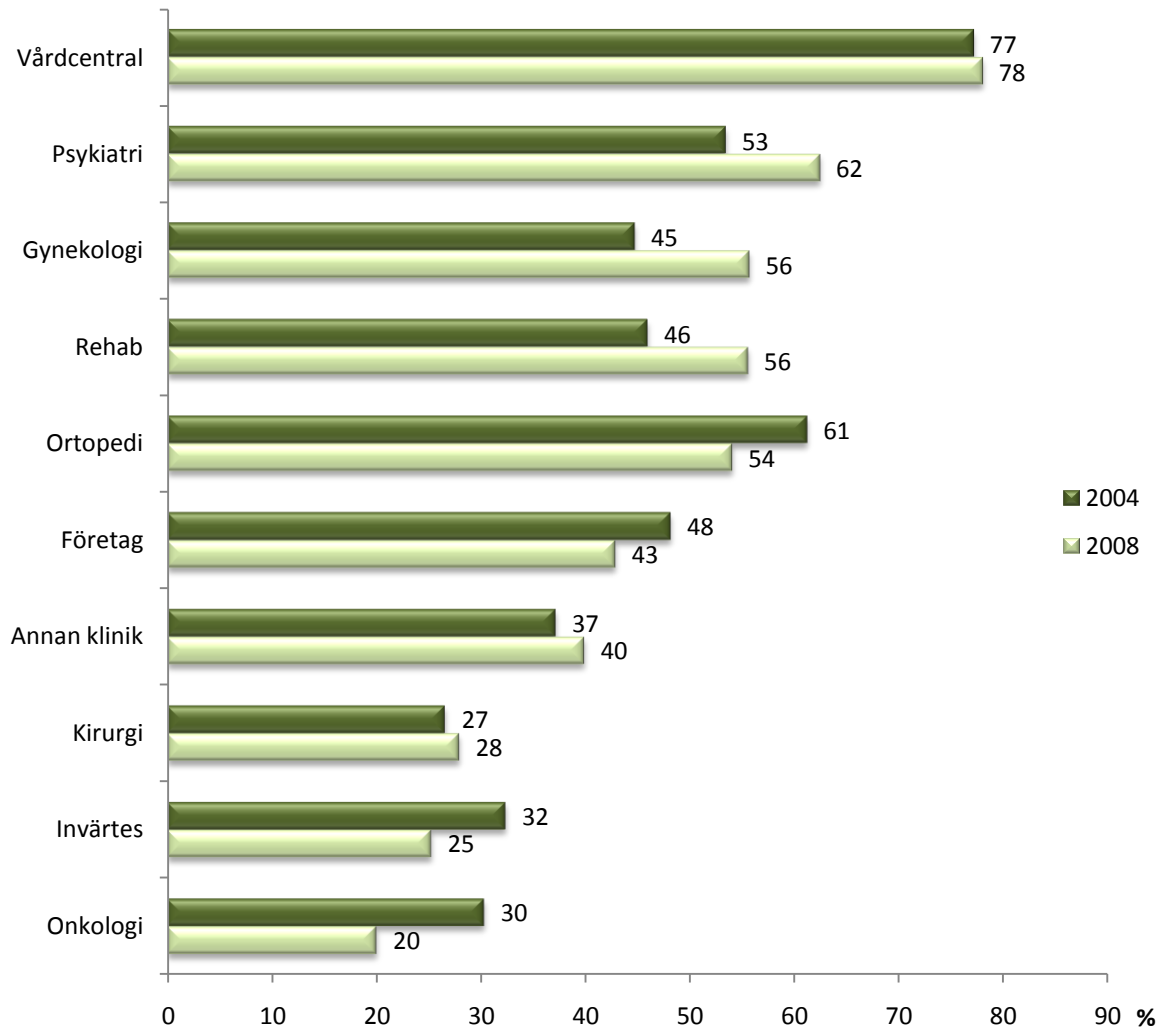
Andel läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska har ökat inom psykiatri och gynekologi, samtidigt som andelen med många sjukskrivningsärenden inte ökat nämnvärt. På vårdcentralerna har det, som vi sett ovan, skett en kraftig minskning av andelen läkare som ofta har sjukskrivningsärenden och en viss, men lägre minskning i andelen som upplever dessa som problematiska. Bland ortopedi och gruppen övriga läkare är det ingen större förändring över de fyra åren.



Figur 7. Andel (%) läkare med patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till upplevda problem minst en gång i veckan, uppdelat på utvalda kliniker/mottagningar för år 2004 och 2008. (Fråga 8; Fråga 12, delfråga 1)

Nedan visas relationen mellan förekomst av sjukskrivningsärenden och förekomst av problem 2004 och 2008 på ett annat sätt, och för samtliga de kliniker/mottagningar som specificerades i enkäten 2004 (Figur 8). Här redovisas bara andelen som upplevde problem mer än en gång per vecka för de som hade sjukskrivningsärenden mer än fem gånger per vecka.

Av de vårdcentralsläkare som svarade att de hade patienter aktuella för sjukskrivning mer än fem gånger i veckan, upplevde 78 procent problem med dessa minst en gång i veckan. Detta var den läkargrupp där störst andel läkare upplevde problem ofta, och detta har inte förändrats sedan 2004. Bland läkare inom psykiatri, gynekologi och rehabilitering har motsvarande andel ökat, medan den har minskat bland läkare inom ortopedi och onkologi mellan åren.



Figur 8. Andel (%) läkare, av dem som har sjukskrivningsärenden mer än fem gånger i veckan, som upplever problem med sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, uppdelat på kliniker/mottagningar för 2004 och 2008. (Fråga 8; Fråga 12, delfråga 1)

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

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 och i vilken utsträckning olika specificerade aspekter av arbetet upplevdes som problematiska

Allvarlighetsgrad av problem med sjukskrivning per klinik/mottagning

Sex procent av läkarna ansåg att det var mycket problematiskt och 21 procent att det inte alls var problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Tabell 11).

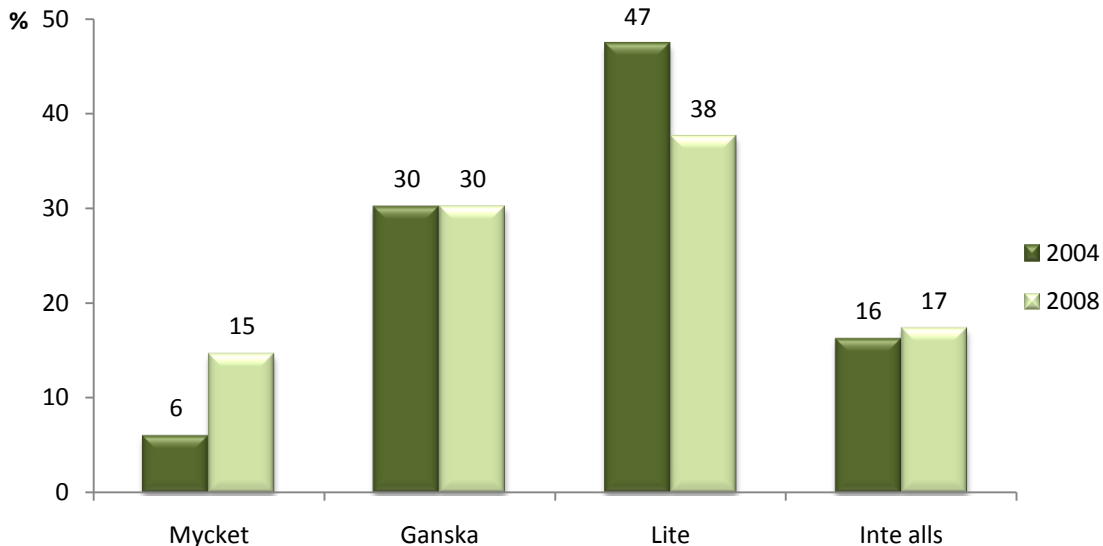
Problemens svårighetsgrad varierade mellan olika kliniker/mottagningar. En majoritet (59 %) av läkare på vårdcentraler ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden, motsvarande siffra för läkare inom psykiatri var 45 procent.

Tabell 11. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, litet respektive inte alls problematisk. (Fråga 14, delfråga 1)

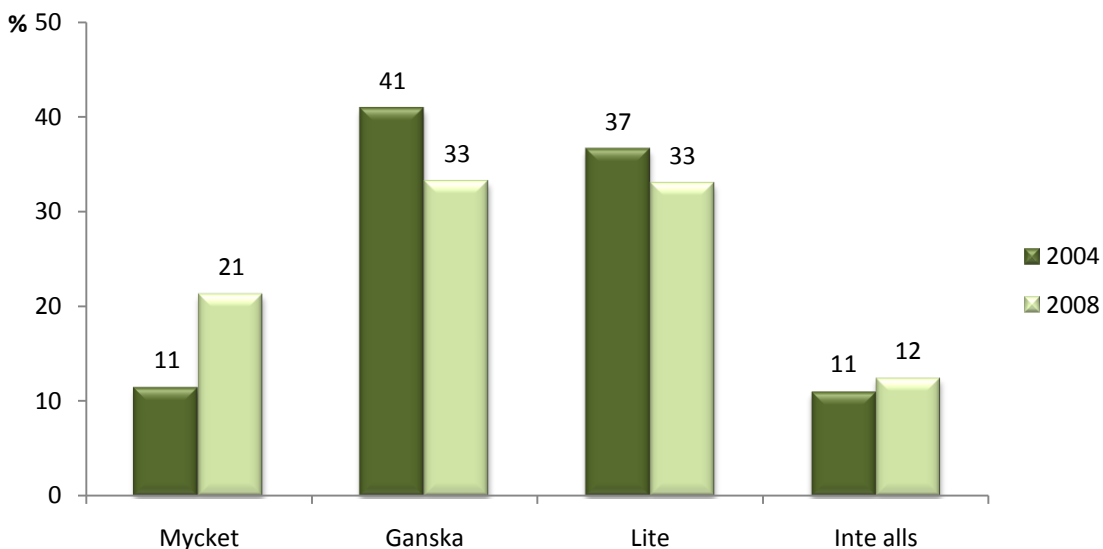
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga patientens sjukskrivning?	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Vårdcentral	9	50	34	7
Psykiatri	10	35	41	13
Gynekologi	6	26	48	21
Ortopedi	8	31	47	15
Övriga läkare	3	22	46	29
Samtliga	6	31	42	21

Problem med att bedöma funktions- och arbetsförmåga

Enkäterna innehöll frågor om huruvida olika aspekter av arbetet med sjukskrivning i allmänhet upplevdes som mycket, ganska mycket, litet eller inte alls problematiska. En signifikant högre andel läkare svarade år 2008 än 2004 att det var mycket problematiskt att bedöma patienters funktionsförmåga (Figur 9) och i vilken grad denna begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter (Figur 10).

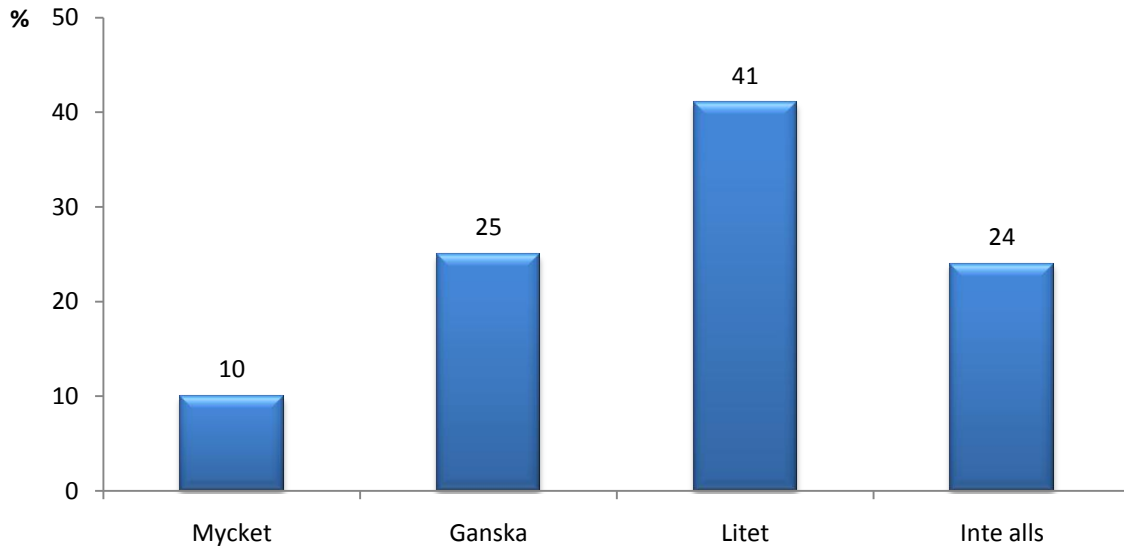


Figur 9. Andel (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma patientens funktionsnedsättning, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 2).



Figur 10. 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 resp. 2008. (Fråga 14, delfråga 4)

I 2008 års enkät frågades också efter hur problematiskt det var att bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada. Trettiofem procent av läkarna tyckte att detta var mycket eller ganska problematiskt, medan 24 procent ansåg att detta inte alls var det (Figur 11).



Figur 11. Andelen (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada. (Fråga 14, delfråga 3)

Svårigheten att bedöma patienters funktions- och arbetsförmåga varierade med klinik/mottagning (Tabell 12). För dessa tre uppgifter var det en högre andel bland läkare på vårdcentraler jämfört med de övriga läkargrupperna som uppgav att uppgiften var mycket eller ganska problematisk.

Att bedöma patientens funktionsförmåga uppgav 72 procent av läkare vid vårdcentraler var mycket eller ganska problematiskt; det har ökat med sju procentenheter från 2004. Ökningen av andelen läkare som uppgav detta var däremot större inom psykiatri, gynekologi (12 procentenheter) och ortopedi (14 procentenheter).

Majoriteten av vårdcentralsläkarna (59 %) svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada, jämfört med 35 procent av samtliga läkare. Av läkare inom ortopedi var det 26 procent som ansåg denna bedömning vara mycket eller ganska problematisk.

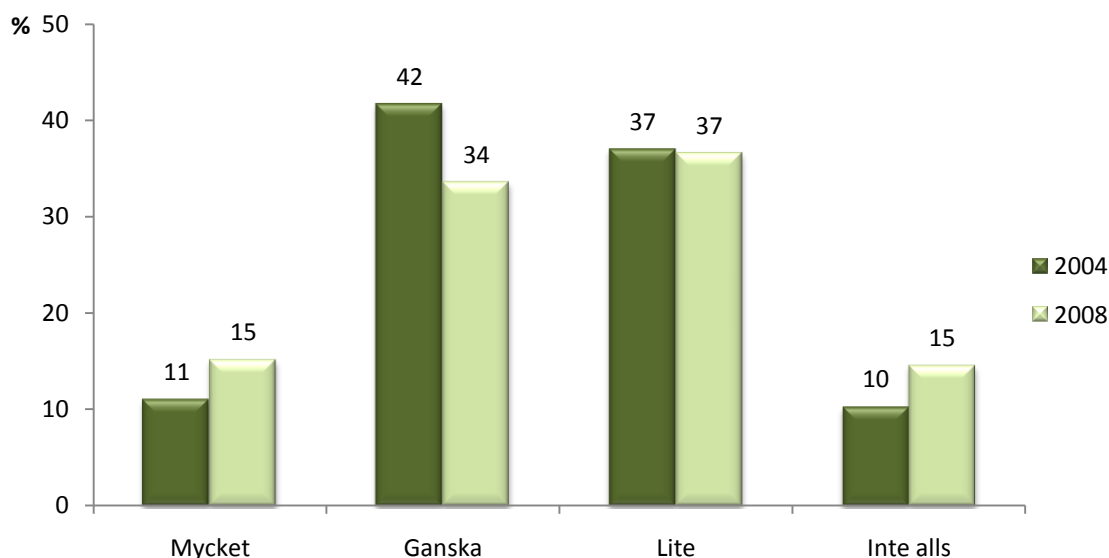
När det gällde att bedöma arbetsförmågan var det 80 procent av vårdcentralsläkarna som uppgav att detta var mycket eller ganska problematiskt och det var ingen förändring jämfört med 2004 (Tabell 12). Andelen läkare inom psykiatri och ortopedi som upplevde detta som mycket eller ganska problematiskt hade ökat från omkring 50 procent till omkring 60 procent. Även bland läkare inom gynekologi hade det skett en viss ökning, från 46 till 52 procent. Arbetsförmågebedömning är en av de två uppgifter som fler än hälften upplevde som mycket eller ganska problematisk.

Tabell 12. Andel (%) läkare som uppgav att olika situationer var mycket eller ganska problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar, 2004 och 2008. (Fråga 14, delfrågorna 2, 3 och 4)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?		... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada	... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	
	2004	2008	2008	2004	2008
Vårdcentral	65	72	59	81	80
Psykiatri	38	50	40	51	61
Gynekologi	27	39	33	46	52
Ortopedi	23	37	26	51	59
Övriga läkare	25	32	22	41	40
Samtliga	36	45	35	52	55

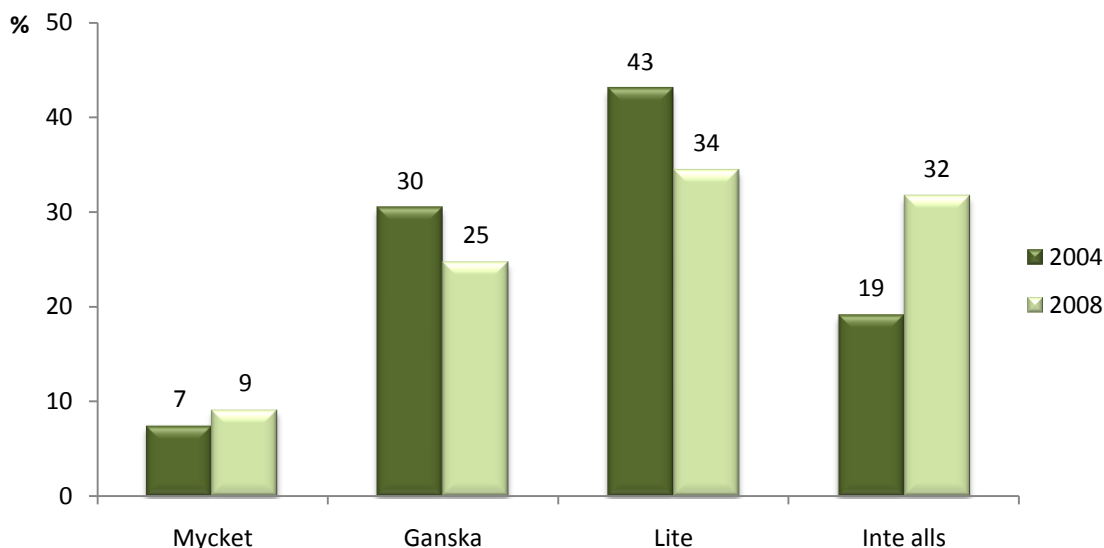
Problem med att bedöma optimal tid och grad av sjukskrivning, göra en långsiktig prognos och att göra en handlingsplan

I Figur 12 framkommer en viss ökning av andelen läkare som ansåg att det är mycket problematiskt att bedöma optimal tid och grad av sjukskrivning (15 %, jämfört med 11 % 2004), såväl som en ökning av andelen som ansåg att detta inte alls är problematiskt (15 % 2008, jämfört med 10 % 2004).



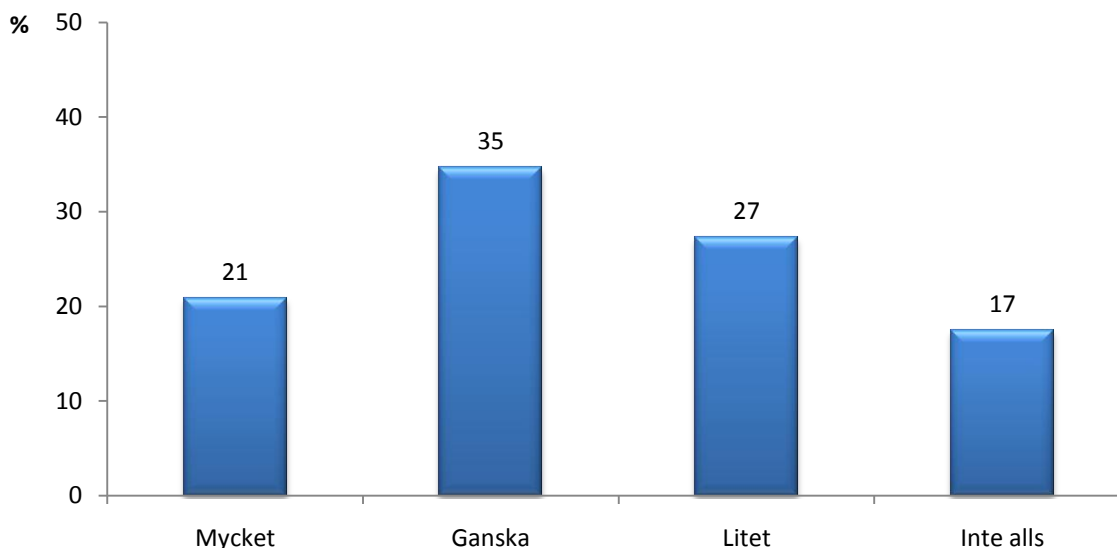
Figur 12. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal sjukskrivningstid och grad, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 13)

På frågan hur problematiskt läkarna ansåg det vara att göra en handlingsplan för vad som ska ske under patientens sjukskrivningstid, dvs. vad sjukskrivningstiden ska användas till, hade andelen som inte alls tyckte det var problematiskt ökat (Figur 13).



Figur 13. Andel (%) läkare som ansåg det mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska göras under sjukskrivningstiden, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 6)

År 2008 ställdes också frågan om hur problematiskt läkarna ansåg det vara att göra en långsiktig prognos för patientens arbetsförmåga (Figur 14). Över hälften av läkarna (56 %) svarade att detta var mycket eller ganska problematiskt. Samtidigt skall läkare i samband med sjukskrivning göra en sådan prognos för sin patient.



Figur 14. Andel (%) läkare som uppgav att det är mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga (Fråga 14, delfråga 7).

Även här skilde sig resultaten avsevärt mellan olika kliniker/mottagningar (Tabell 13). För samtliga dessa tre arbetsuppgifter var det en högre andel av vårdcentralsläkarna som tyckte att uppgifterna var mycket eller ganska problematiska, även om andelen minskat något.

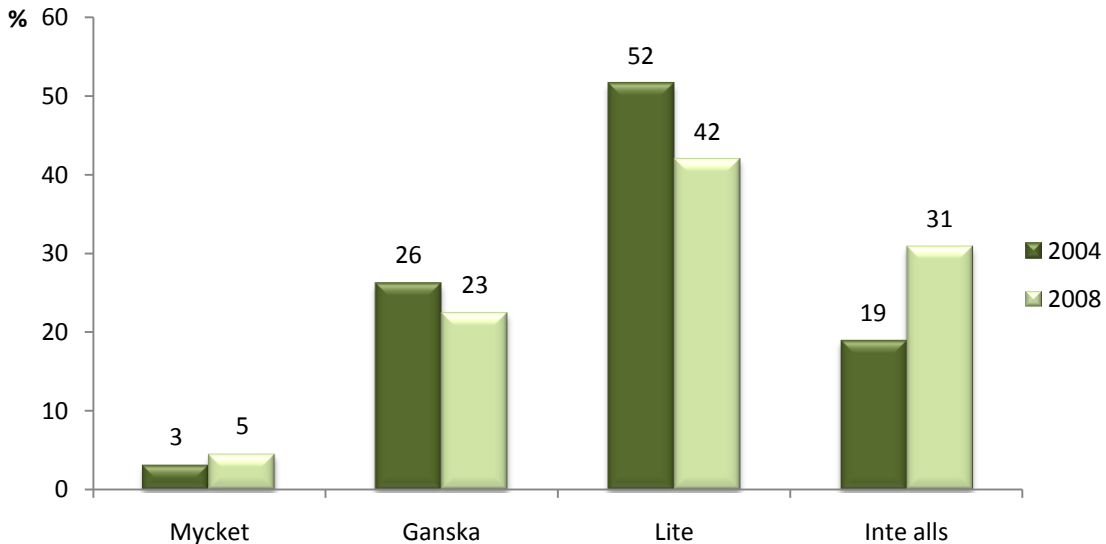
Även en mycket stor andel av läkare inom psykiatri tyckte det var problematiskt med långsiktiga prognoser av arbetsförmågan, och detta var den uppgift som högst andel läkare tyckte var problematisk (55 %).

Tabell 13. Andel (%) läkare som uppgav att olika situationer var mycket eller ganska problematiska, respektive litet eller inte alls problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar. (Fråga 14, delfrågorna 13, 6 och 7)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?		... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?		... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?
	2004	2008	2004	2008	2008
Vårdcentral	78	71	58	47	78
Psykiatri	54	53	34	38	71
Gynekologi	38	45	23	27	26
Ortopedi	50	53	40	42	56
Övriga läkare	44	37	31	26	44
Samtliga	53	49	38	34	55

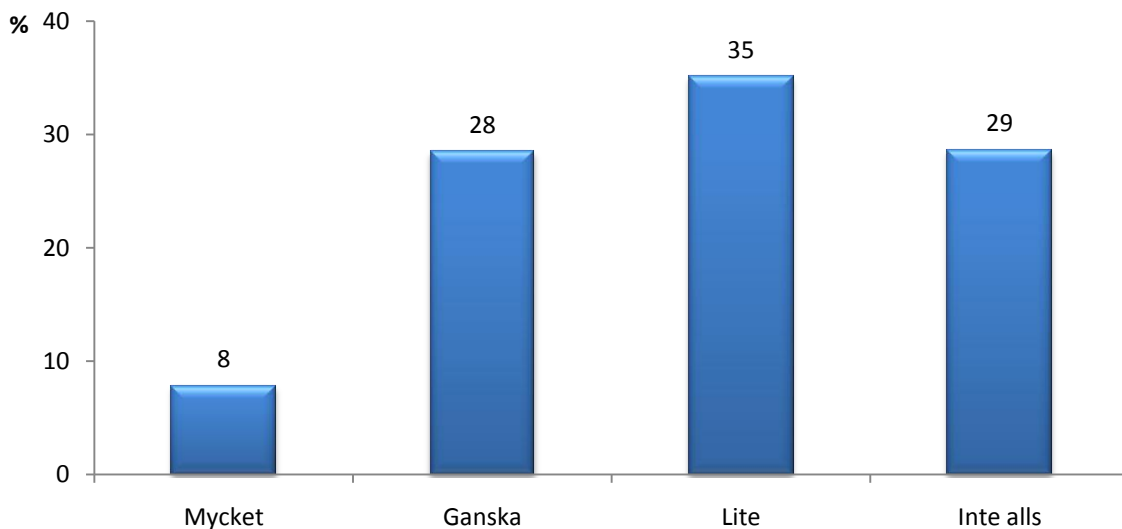
Problem som gäller patientkontakten i sjukskrivningssituationen

Några frågor behandlade problem i patientkontakten i samband med sjukskrivning. När det gäller uppgiften att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning var det fler som ansåg att detta inte alls var problematiskt 2008 (31 %) än det var 2004 (19 %) (Figur 15).



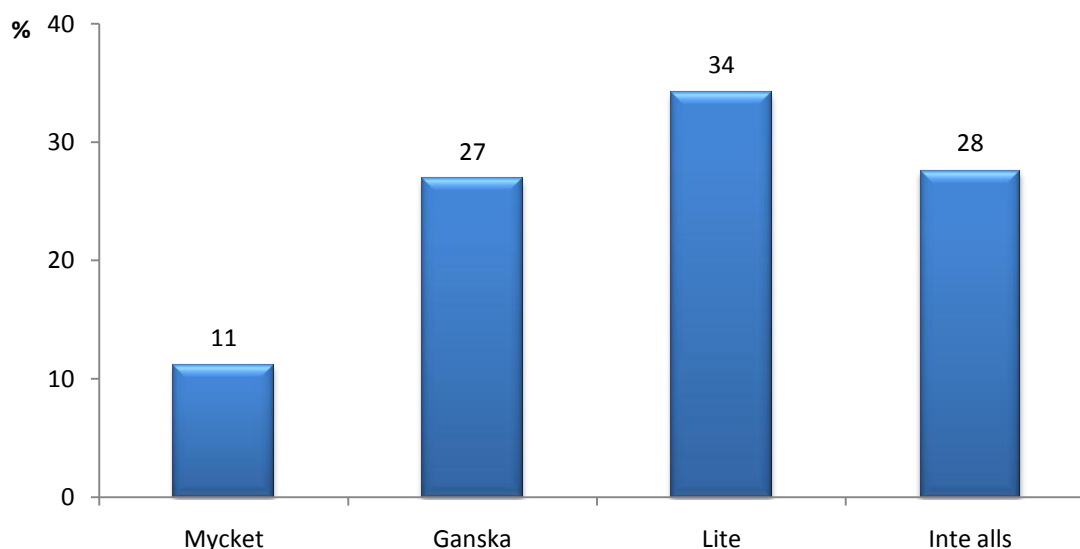
Figur 15. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 5)

År 2008 ställdes också frågan om hur problematiskt det är att tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor (Figur 16). Detta upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av 37 procent av läkarna, vilket var samma andel som i övriga Sverige.



Figur 16. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor. (Fråga 14, delfråga 9)

Att diskutera annan psykosocial problematik (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk) med patienten och att veta hur sådan problematik kan hanteras, ansåg 38 procent av läkarna var mycket eller ganska problematiskt, medan 28 procent inte tyckte att detta alla var problematiskt (Figur 17).



Figur 17. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan. (Fråga 14, delfråga 10)

När det gällde att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning var det en högre andel vårdcentralsläkare som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt (43 %), jämfört med de övriga grupperna. Skillnaden mellan vårdcentraler och de övriga klinikgrupperna har dock minskat mellan 2004 och 2008 (Tabell 14).

Att diskutera livsstilsförändringar och psykosocial problematik med patienterna tyckte drygt hälften av både vårdcentralsläkare och läkare inom ortopedi var mycket eller ganska mycket problematiskt.

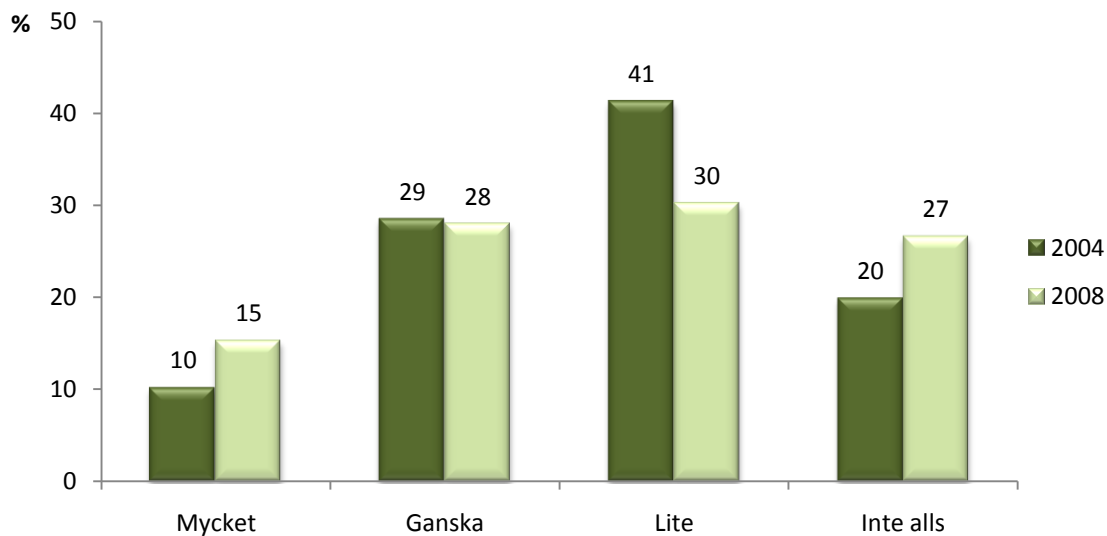
Tabell 14. Andel (%) som svarade att olika situationer var mycket eller ganska problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar och för 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfrågorna 5, 9 och 10)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?		... tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor i samband med sjukskrivning?	... diskutera annan psykosocial problematik i samband med sjukskrivning med patienten och veta hur hantera sådan?
	2004	2008	2008	2008
Vårdcentral	51	43	53	53
Psykiatri	25	27	37	31
Gynekologi	25	31	31	40
Ortopedi	28	30	51	56
Övriga läkare	22	18	27	30
Samtliga	29	27	36	38

Att hantera dubbla roller och olika åsikter

En central kompetens i sjukskrivningsärenden är att hantera de båda roller en läkare då har, dvs. 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).

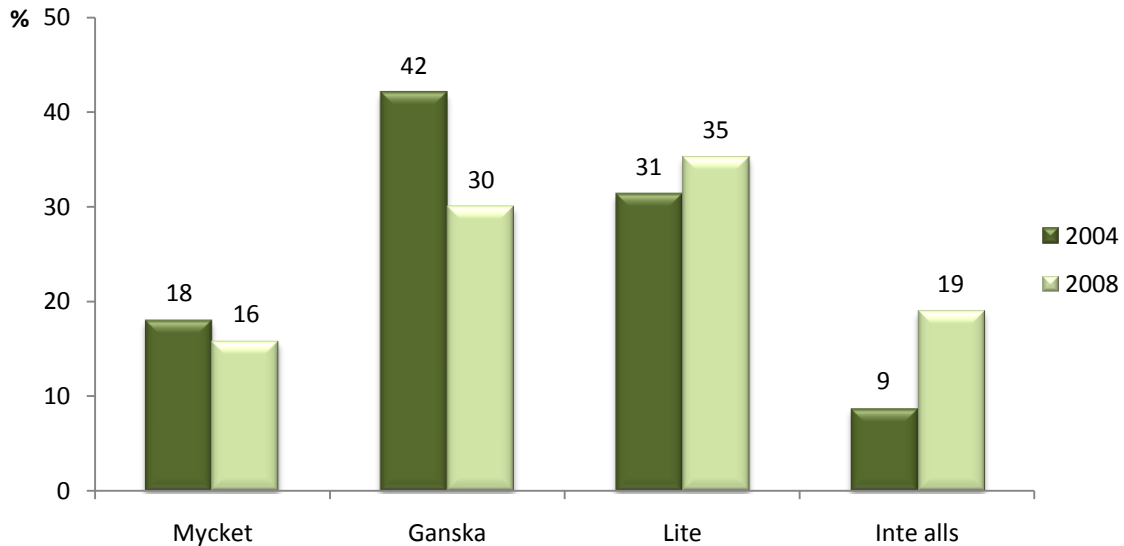
Det var en högre andel läkare som ansåg att det var mycket problematiskt att hantera de två rollerna 2008 (15 %) än det var 2004 (10 %) (Figur 18). Samtidigt hade även andelen läkare som inte alls tyckte det var problematiskt ökat.



Figur 18. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina roller som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 8)

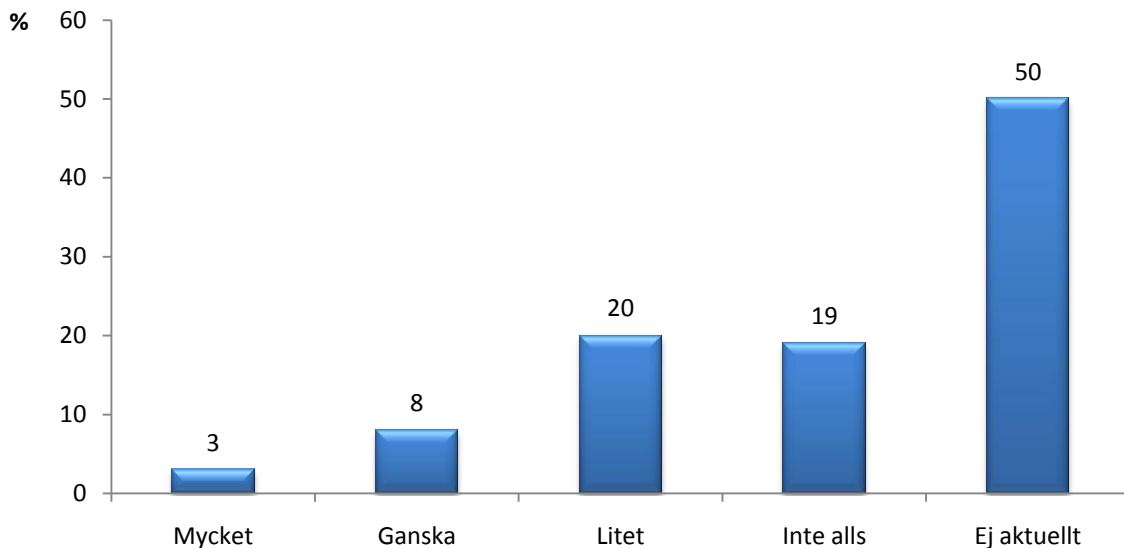
När det gäller att hantera situationer där läkare och patient har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, så har andelen läkare som upplever detta som mycket eller ganska problematiskt minskat (Figur 19). Fyrtiosex procent anser att detta är mycket eller ganska problematiskt 2008 jämfört med 60 procent 2004. För 19 procent av läkarna är detta inte alls problematiskt 2008, jämfört med 9 procent 2004.

För denna fråga skedde den största förändringen i positiv riktning mellan åren. Införandet av beslutsstödet kan ha bidragit till detta, eftersom många läkare svarade att det underlättat kontakten med patienten (se Figur 44).



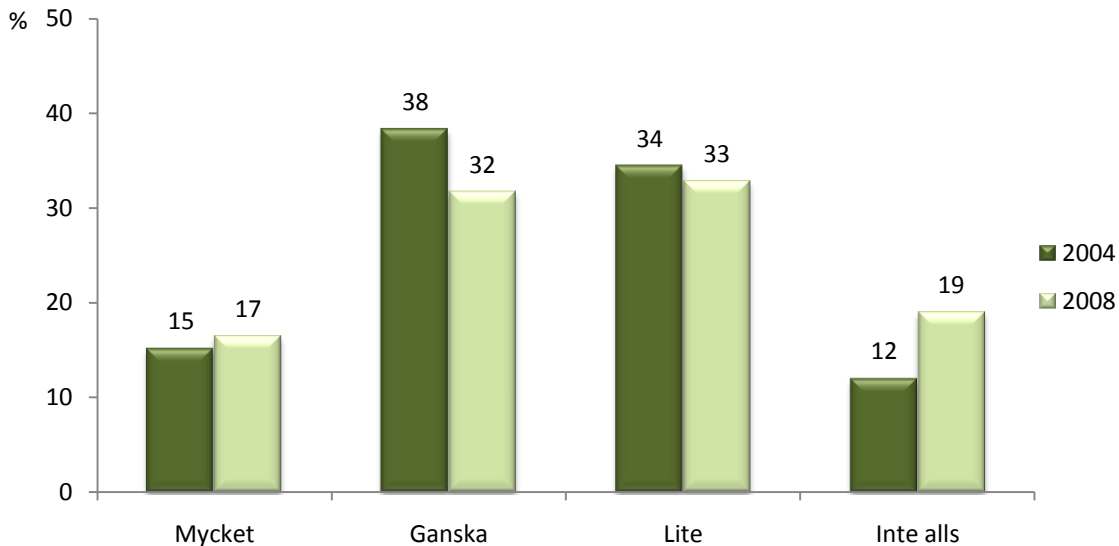
Figur 19. Andel (%) läkare som ansåg det mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkare och patient har olika uppfattning om behovet av sjukskrivning. (Fråga 14, delfråga 14)

I 2008 års enkät frågades hur problematiskt det var att hantera situationer där man hade olika åsikter inom vårdteamet om en patients sjukskrivning. Denna situation var inte aktuell för hälften av läkarna, men för dem där detta var aktuellt tyckte 21 procent att det var mycket eller ganska problematiskt (Figur 20).



Figur 20. Andel (%) läkare som ansåg det mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och vårdteamet har olika åsikter om patientens sjukskrivning. (Fråga 14, delfråga 19)

En högre andel läkare 2008 (19 %), jämfört med 2004 (12 %) ansåg att det inte alls var problematiskt att ta ställning till eventuell förlängning av sjukskrivning som utfärdats av en kollega (Figur 21).



Figur 21. Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 12)

Även när det gällde dessa frågor fanns det skillnader i hur problematiska de upplevdes av läkarna inom olika kliniker/mottagningar (Tabell 15). Att hantera läkarens två roller var i betydligt större utsträckning problematiskt för vårdcentralsläkarna. Två tredjedelar av dem (68 %) tyckte detta var mycket eller ganska problematiskt, och det var oförändrat jämfört med 2004. Bland läkare inom psykiatri, gynekologi och ortopedi var andelen lägre, men hade ökat.

När det gällde att hantera situationer där läkare och patient har olika åsikt om behovet av sjukskrivning upplevde en större andel vårdcentralsläkare det som mycket eller ganska problematiskt, men andelen hade minskat från 83 procent 2004 till 67 procent 2008 (Tabell 15). Denna tendens till minskning gällde även de andra läkargrupperna.

Att hantera olika åsikter om patientens sjukskrivning inom vårdteamet var inte aktuellt för hälften av läkarna, och för dem där detta var aktuellt svarade en femtedel att det var mycket eller ganska problematiskt (Tabell 15). Bland läkare inom gynekologi var det störst andel som upplevde detta som problematiskt (35 %).

Att förlänga en sjukskrivning som påbörjats av en annan läkare upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av 70 procent av vårdcentralsläkarna, andelen hade minskat från 76 procent 2004 (Tabell 15). Även inom de andra grupperna hade andelen minskat utom bland läkare inom gynekologi, där andelen ökat från 41 till 48 procent.

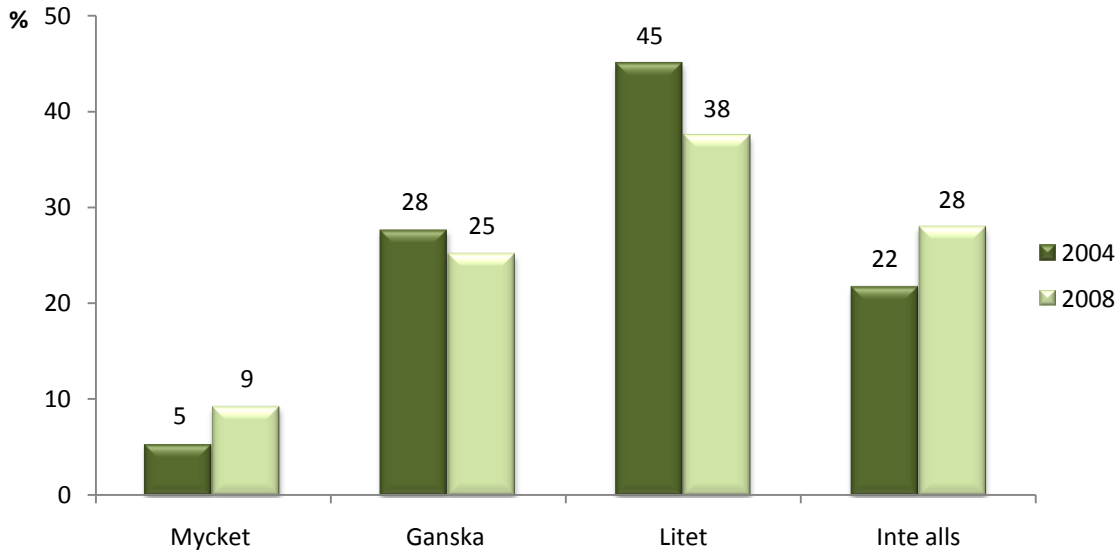
Tabell 15. Andel (%) läkare som uppgav att olika situationer var mycket eller ganska problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar, för 2004 och 2008. (Fråga 14, delfrågorna 8, 14, 19 och 12)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	... hantera Dina två roller; dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?		... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?		... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning ¹	... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	
	2004	2008	2004	2008	2008	2004	2008
Vårdcentral	67	68	83	67	26	76	70
Psykiatri	37	47	57	44	26	50	45
Gynekologi	27	37	59	56	35	41	48
Ortopedi	35	43	57	46	24	57	48
Övriga läkare	29	31	51	34	14	46	38
Samtliga	39	43	60	46	21	54	48

¹På denna fråga fanns svarsalternativet ej aktuellt med, 50 % av läkarna svarade det. Här är dessa svar räknade som bortfall.

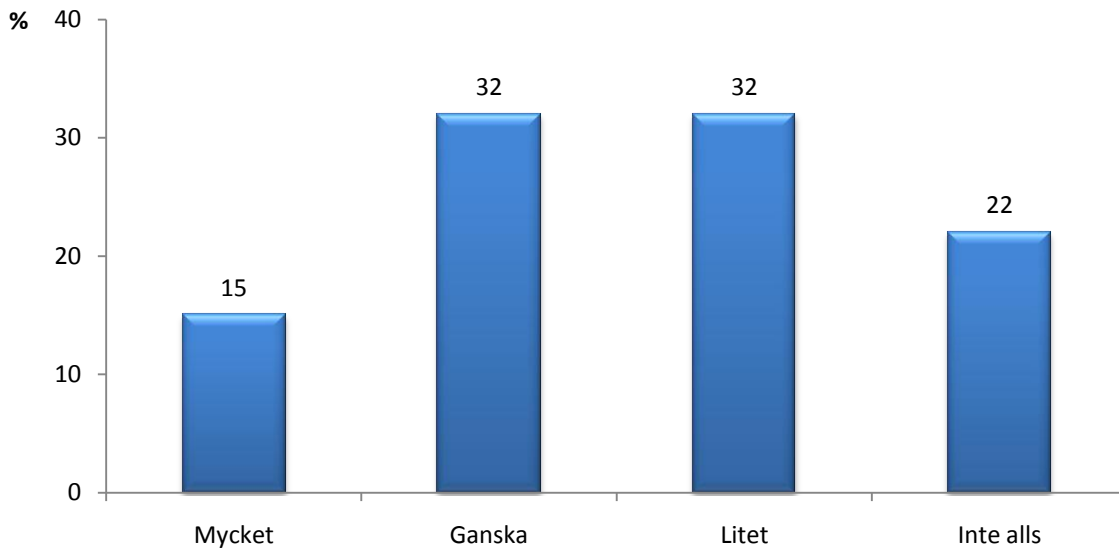
Intyg och dokumentation

Tre frågor handlade om mer administrativa frågor, som att skriva intyg och vad som ska dokumenteras i journalen. Den fråga som gällde det medicinska underlaget, ”sjukintyget”, ställdes både 2004 och 2008 (Figur 22). Här var det något fler läkare (28 %) som upplevde att detta inte alls var problematiskt 2008 än det var 2004 (22 %), och det var nästan dubbelt så stor andel som ansåg denna uppgift mycket problematisk 2008 (9 %) jämfört med 2004 (5 %). Detta kan eventuellt ha samband med att en ny blankett för sjukskrivning infördes när det försäkringsmedicinska beslutsstödet kom, där fler uppgifter och bedömningar än tidigare ska fyllas i.



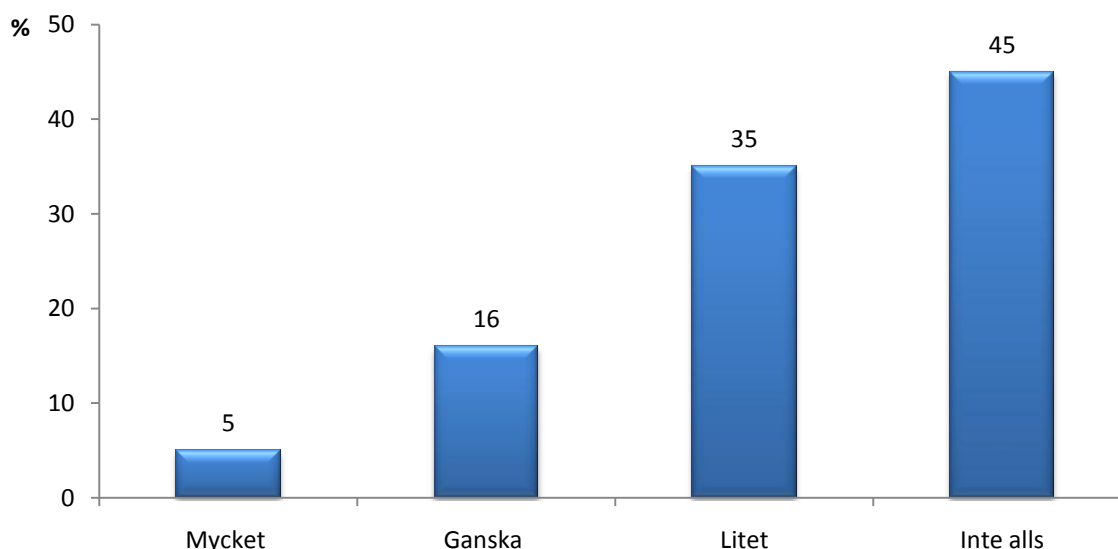
Figur 22. Andel (%) läkare som svarade att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att skriva sjukintyg (medicinska underlag) till Försäkringskassan, 2004 respektive 2008. (Fråga 14, delfråga 15)

Nästan hälften av läkarna (47 %) ansåg att det var ganska eller mycket problematiskt att skriva andra intyg/utlåtanden till Försäkringskassan än sjukintyget (Figur 23).



Figur 23. Andel (%) läkare som svarade att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att skriva andra intyg/utlåtanden till Försäkringskassan? (Fråga 14, delfråga 16)

På frågan om hur problematiskt det var att veta vad som ska dokumenteras i journalen när det gäller sjukskrivning, ansåg nästan hälften (45 %) att det inte alls var några problem, medan 21 procent ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt (Figur 24). Detta kan ställas i relation till Socialstyrelsens kritik av hur dokumentationsuppdraget utfördes inom olika verksamheter, när det gäller sjukskrivning av patienter (32, 35).



Figur 24. Andel (%) läkare som svarade att det var mycket, ganska, litet eller inte alls problematiskt att veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen. (Fråga 14, delfråga 11)

Intygsskrivning och dokumentationsfrågor var problematiska uppgifter framför allt för vårdcentralsläkare och läkare inom ortopedi (Tabell 16). Att skriva det medicinska underlaget till Försäkringskassan, ”sjukintyget”, upplevdes som ganska eller mycket problematiskt av hälften av vårdcentralsläkarna (51 %), det har ökat sedan 2004 med 6 procentenheter. En hög andel läkare inom ortopedi uppgav också hög nivå av problem (42 %) men för dem hade det minskat från 2004 (48 %). Att skriva andra intyg/utlåtanden till Försäkringskassan var ännu mer problematiskt; 62 procent av vårdcentralsläkarna och 58 procent av läkarna inom ortopedi ansåg att detta var mycket eller ganska problematiskt. Dokumentation kring sjukskrivning i patientens journal upplevdes som mindre problematisk, mellan 17 och 25 procent av läkare inom de fem kategorierna ansåg att detta var en mycket eller ganska problematisk uppgift.

Tabell 16. Andel (%) läkare som svarade att olika situationer var mycket eller ganska problematiska, uppdelat på olika kliniker/mottagningar. (Fråga 14, delfrågorna 15, 16 och 11)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) till FK?		... skriva andra intyg/utlåtanden till FK?	... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?
	2004	2008	2008	2008
Vårdcentral	45	51	62	24
Psykiatri	27	34	47	17
Gynekologi	28	23	38	20
Ortopedi	48	42	58	25
Övriga läkare	29	27	38	19
Samtliga	33	34	46	20

Kort om problematik i sjukskrivningsarbetet

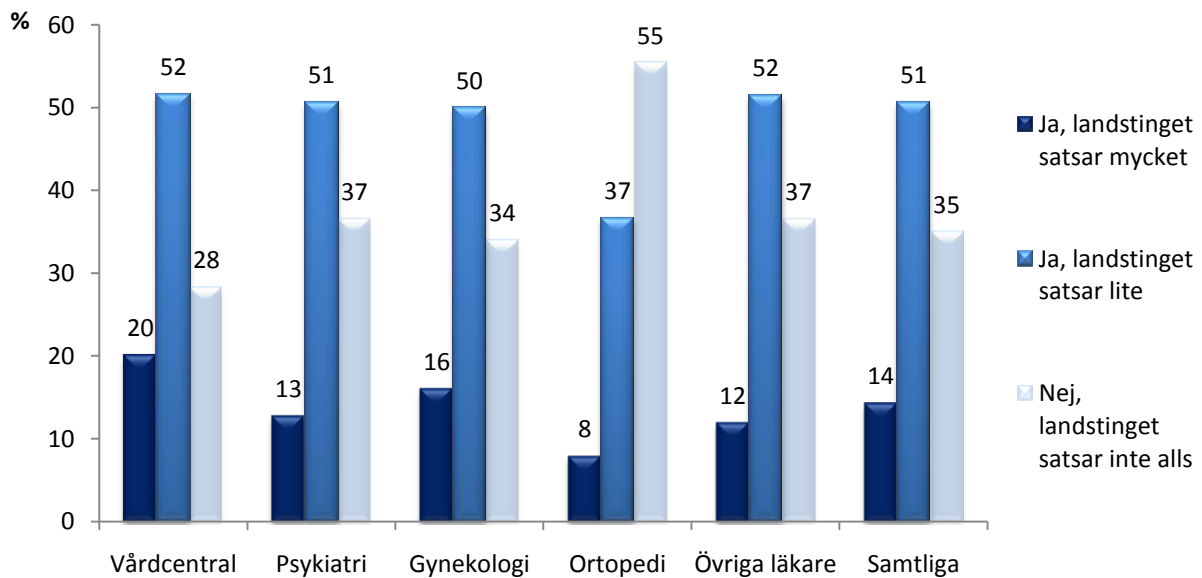
En tredjedel av samtliga läkare och så mycket som hälften av läkarna vid vårdcentraler och inom psykiatri och ortopedi upplevde problem i sjukskrivningsarbetet åtminstone någon gång i veckan. För flera verksamheter fanns det ett samband mellan att sjukskriva ofta och ofta ha problem, men t.ex. läkare inom onkologi sjukskrev ofta men upplevde i relativt liten utsträckning problem med sjukskrivning, medan vårdcentralsläkare sjukskrev något mer sällan men upplevde problem betydligt oftare.

Andelen läkare som ansåg att det var problematiskt att bedöma patienternas funktions- och arbetsförmåga hade ökat, främst inom psykiatri, ortopedi och gynekologi. Högst andel som uppgav att dessa bedömningsfrågor var problematiska fanns dock bland vårdcentralsläkarna. Vårdcentralsläkarna var också de som uppgav störst problem när det gäller att bedöma längd och grad av sjukskrivning, göra handlingsplaner och göra långsiktiga prognoser. När det gäller att göra långtidsprognoser för patienternas sjukskrivning hade en stor del av läkarna inom psykiatri också mycket problem.

Drygt hälften av vårdcentralsläkarna och läkarna inom ortopedi tyckte att det var problematiskt att diskutera livsstilsförändringar och psykosocial problematik med sina patienter. När det gällde problemet med att hantera läkarens dubbla roller i sjukskrivningssituationen var problemet störst för vårdcentralsläkarna, två tredjedelar av dem ansåg detta problematiskt, men problematiken hade ökat även för läkare inom psykiatri, ortopedi och gynekologi. Två tredjedelar av vårdcentralsläkarna och knappt hälften av läkare inom psykiatri, gynekologi och ortopedi upplevde det som problematiskt att förlänga en sjukskrivning som påbörjats av annan läkare.

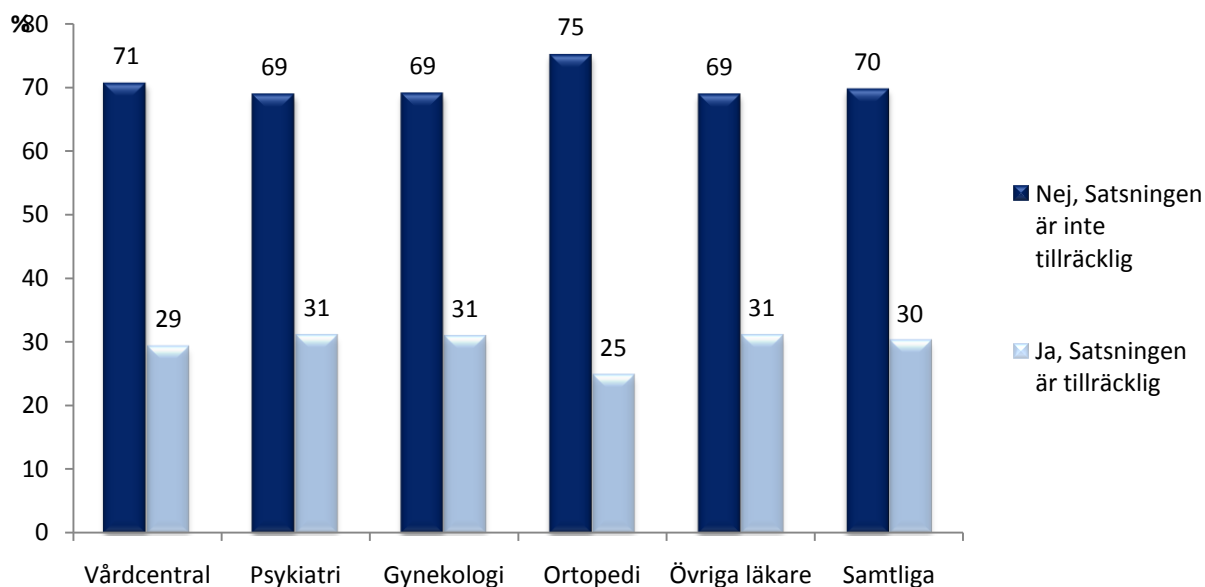
SSLs satsning på att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen

På frågan om landstingets satsning för att förbättra sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning svarade 14 procent att landstinget satsar mycket, 51 procent att de satsar lite och 35 procent att de inte satsar alls på detta (Figur 25). Läkare vid olika kliniker/mottagningar skilde sig i sina åsikter om detta. Vårdcentralsläkarna ansåg i högst utsträckning att landstinget satsar mycket (20 %) eller lite (52 %) på detta. För läkare inom gynekologi var motsvarande siffror 16 respektive 50 procent. Den grupp som sticker ut mest från de andra är läkare inom ortopedi, där 55 procent ansåg att landstinget inte satsar alls.



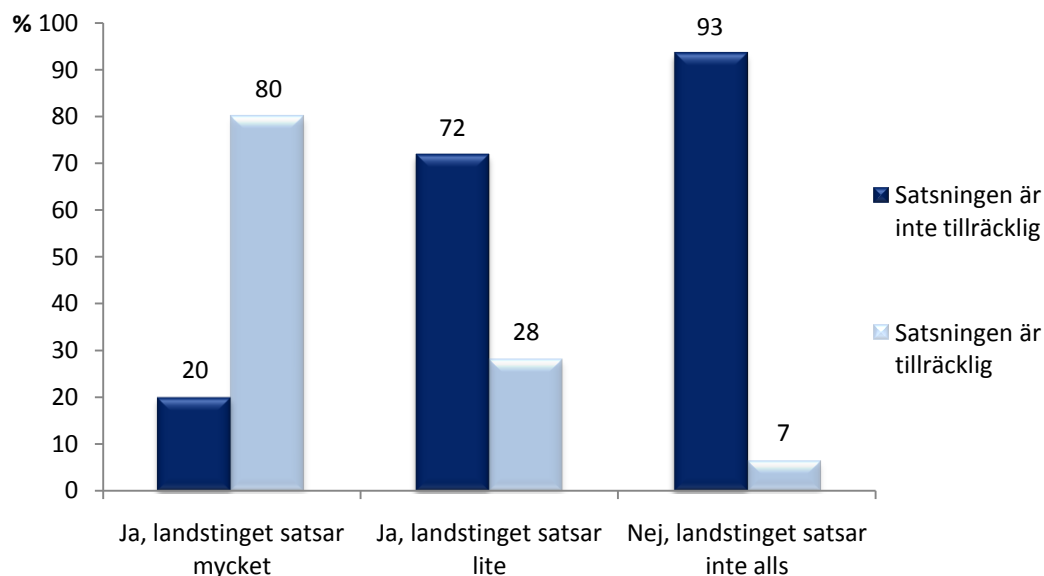
Figur 25. Andel (%) läkare som svarade att de uppfattar landstingets satsning på att förbättra sjukskrivningsarbetet som tillräcklig, uppdelat på läkare som uppgav att landstinget satsat mycket, litet eller inte alls. (Fråga 7)

I Figur 26 visas hur läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar besvarade frågan om denna satsning varit tillräcklig. Mellan 69 och 75 procent av läkarna svarade att satsningen inte varit tillräcklig. Även här sticker läkare inom ortopedi ut från övriga grupper.



Figur 26. Andel (%) läkare som svarade att de uppfattar landstingets satsning på att förbättra sjukskrivningsarbetet som tillräcklig respektive tillräcklig, för olika kliniker/mottagningar. (Fråga 7)

I nedanstående figur visas sambandet mellan hur mycket läkarna svarade att landstinget satsat på att förbättra sjukskrivningsarbetet och om detta uppfattades som tillräckligt (Figur 27). Det finns ett samband mellan uppfattningen om storleken på satsningen och om satsningen uppfattades som tillräcklig. Dock upplever tjugo procent av dem som tycker att landstinget satsar mycket ändå att den satsningen inte är tillräcklig. På motsvarande sätt upplever sju procent av dem som tycker att landstinget inte alls satsar, att denna icke-satsning är tillräcklig.



Figur 27. Andel (%) läkare som svarade att de uppfattar landstingets satsning på att förbättra sjukskrivningsarbetet som tillräckligt respektive otillräckligt, uppdelat på om man ansåg att landstinget satsat mycket, litet eller inte alls. (Fråga 7)

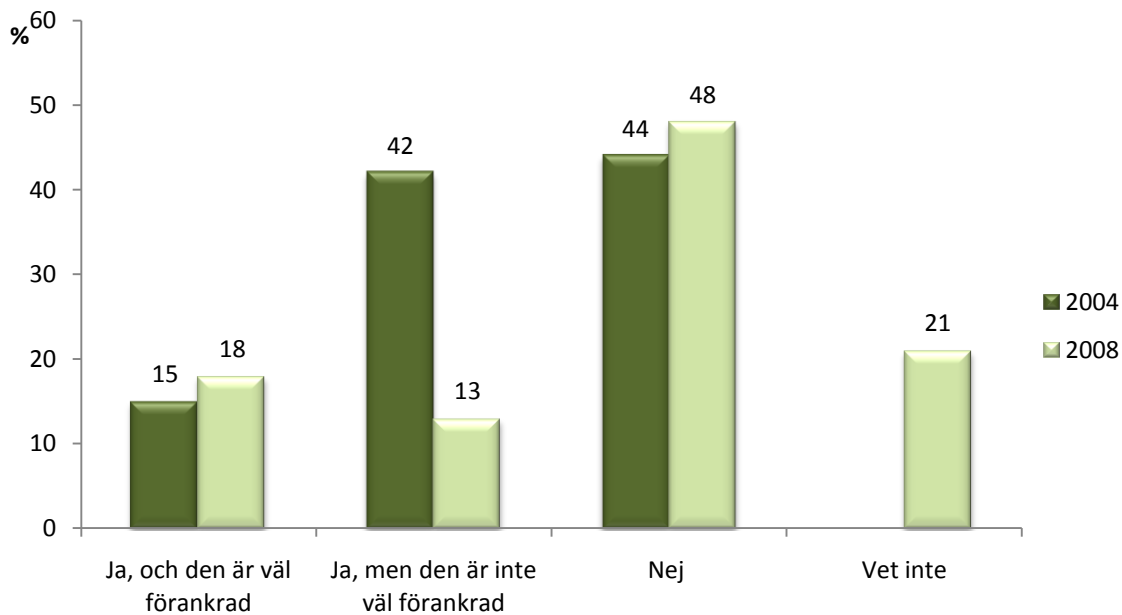
Gemensam sjukskrivningspolicy och stöd från ledningen

Ett huvuduppdrag för landstingen i den så kallade miljardsatsningen har sedan 2006 varit att förbättra ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter (47). I enkäten var ett stort antal frågor avsedda att spegla en eventuell effekt av sådan ledning och styrning, medan två frågor mer direkt berörde detta. Dessa två frågor handlade dels om ifall läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i detta arbete dels om ifall det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna kliniken/mottagningen. En sådan policy skall finnas inom varje verksamhet (6).

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

En gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

En något större andel läkare svarade att det fanns en gemensam, väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna arbetsplatsen år 2008 jämfört med 2004 (18 % respektive 15 %) (Figur 28). Däremot var det en betydligt lägre andel 2008 som svarade att det fanns en policy som inte är väl förankrad. Svarsalternativet "Vet ej" fanns inte år 2004. Det fanns således en möjlighet att det år 2004 fanns ett antal personer som skulle ha svarat "Vet ej" om det alternativet hade funnits. Stockholms län skiljer sig inte signifikant från övriga landet.



Figur 28. Andel (%) läkare som svarade att det fanns en gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på den egna kliniken/mottagningen, 2004 respektive 2008. (Svarsalternativet Vet inte fanns inte 2004). (Fråga 6)

Bland läkare på vårdcentraler var det en dubbelt så stor andel som angav att de har en väl förankrad policy 2008 jämfört med 2004 (21 % respektive 11 %). Bland läkarna inom gynekologi skedde det däremot en minskning mellan åren av andelen som angav detta, och en större ökning av andelen läkare som angav att de inte har en gemensam policy på kliniken/mottagningen. Det var överlag en låg andel av läkarna vid de olika klinikerna/mottagningarna som svarade att de hade en väl förankrad policy (Tabell 17).

Tabell 17. Andel (%) läkare som hade/inte hade en gemensam policy för sjukskrivningsärenden, uppdelad på kliniker/mottagningar, 2004 respektive 2008. (Fråga 6)

Klinik	År	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte
Vårdcentral	2004	11	55	33	
	2008	21	17	46	16
Psykiatri	2004	18	42	40	
	2008	19	11	46	24
Gynekologi	2004	19	52	30	
	2008	16	17	48	19
Ortopedi	2004	8	39	54	
	2008	9	13	58	20
Övriga läkare	2004	16	35	50	
	2008	17	12	49	22
Samtliga	2004	15	42	44	
	2008	18	13	48	21

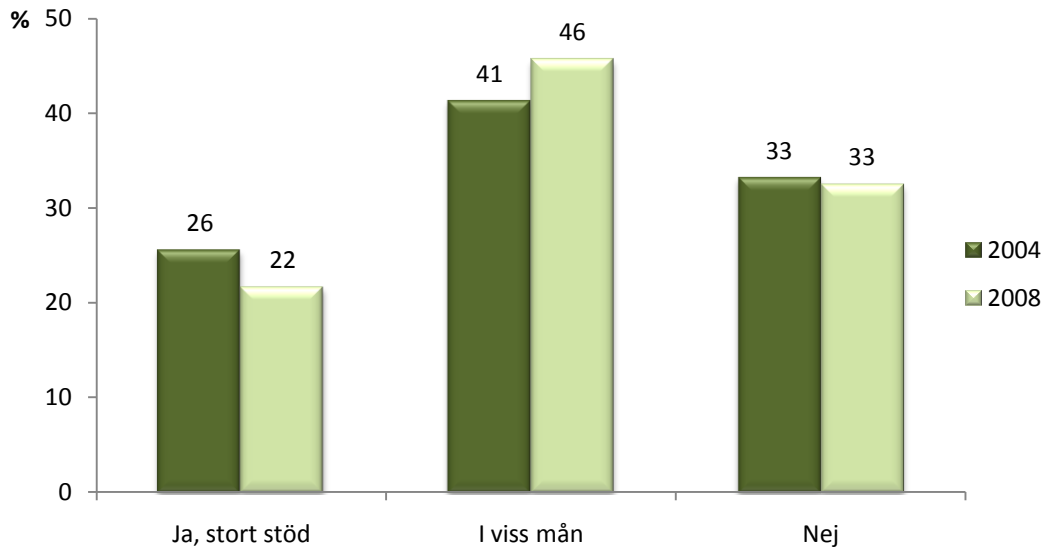
I Tabell 18 finns uppgifter från 2008 för flera kliniker/mottagningar. Högst andel läkare som svarade att det fanns en policy och att den var väl förankrad, fanns inom smärtmottagningar (53 %), företagshälsovård (46 %) och rehabilitering (42 %), dvs. kliniker/mottagningar som både har en hög andel läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden och som ofta hade problem med dessa.

Tabell 18. Andel (%) läkare som hade/inte hade en gemensam policy för sjukskrivningsärenden 2008, uppdelat på typ av klinik/mottagning. (Fråga 6)

	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	27	12	41	19	1
Företagshälsovård	46	12	37	3	2
Geriatrisk	8	4	71	17	
Hud	13	11	61	13	2
Infektion	10	3	57	29	
Invärtesmedicin	8	11	50	30	1
Kirurgi	13	16	52	19	0
Neurologi	9	13	50	26	2
Gynekologi/MVC	15	17	46	19	3
Onkologi	13	9	50	28	
Ortopedi	9	13	57	20	1
Psykiatri	18	11	45	23	2
Rehab	42	19	23	12	4
Reumatologi	14	16	52	16	2
Smärtmottagning	53	5	26	11	5
Vårdcentral	21	17	45	16	1
Ögon	25	8	53	15	
Öron-, näs- och hals	11	16	54	19	
Annan klinik	18	7	41	22	13
Adm/utbildn/forskn	14	5	33	24	24
Samtliga	17	13	47	20	2

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

Förutom frågan om gemensam policy för arbetet ställdes en fråga om läkaren hade stöd från sin närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden. Av Figur 29 framgår att 68 procent kände stort stöd eller stöd i viss mån från sin närmaste ledning i sitt sjukskrivningsarbete, medan 33 procent svarade att de inte hade något stöd i detta arbete. Baserat på erfarenheterna från tidigare enkät lade vi till två svarsalternativ i enkäten 2008: ”Ej aktuellt, har ingen chef” och ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet”. Elva procent av läkarna kryssade i något av dessa alternativ och i Figur 29 är de räknade som bortfall.



Figur 29. Andel (%) läkare som svarade att de har/inte har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden. (Fråga 23)

Inom samtliga kliniker har andelen som hade stort stöd från sin ledning minskat mellan åren (Tabell 19). Den största minskningen av andelen som hade stort stöd fanns bland läkare inom ortopedi (24 till 14 %). Det är även bland dessa läkare, samt bland ”övriga läkare”, som andelen som uppgav att de saknar stöd var störst (39 respektive 38 %).

Tabell 19. Andel (%) läkare som svarade att de har/inte har stöd från sin ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelad på kliniker/mottagningar, 2004 respektive 2008. (Fråga 23)

Klinik	År	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej, saknar stöd
Vårdcentral	2004	32	47	22
	2008	26	50	23
Psykiatri	2004	28	39	33
	2008	25	48	27
Gynekologi	2004	26	44	31
	2008	23	46	30
Ortopedi	2004	24	39	37
	2008	14	46	39
Övriga läkare	2004	22	39	39
	2008	19	43	38
Samtliga	2004	26	41	33
	2008	22	46	33

År 2008 fanns störst andel läkare som hade stort stöd från sin ledning i dessa frågor vid smärtmottagningar (37 %) (Tabell 20). Störst andel läkare som saknade stöd från sin ledning fanns inom geriatrik (50 %) och vid infektionskliniker (45 %).

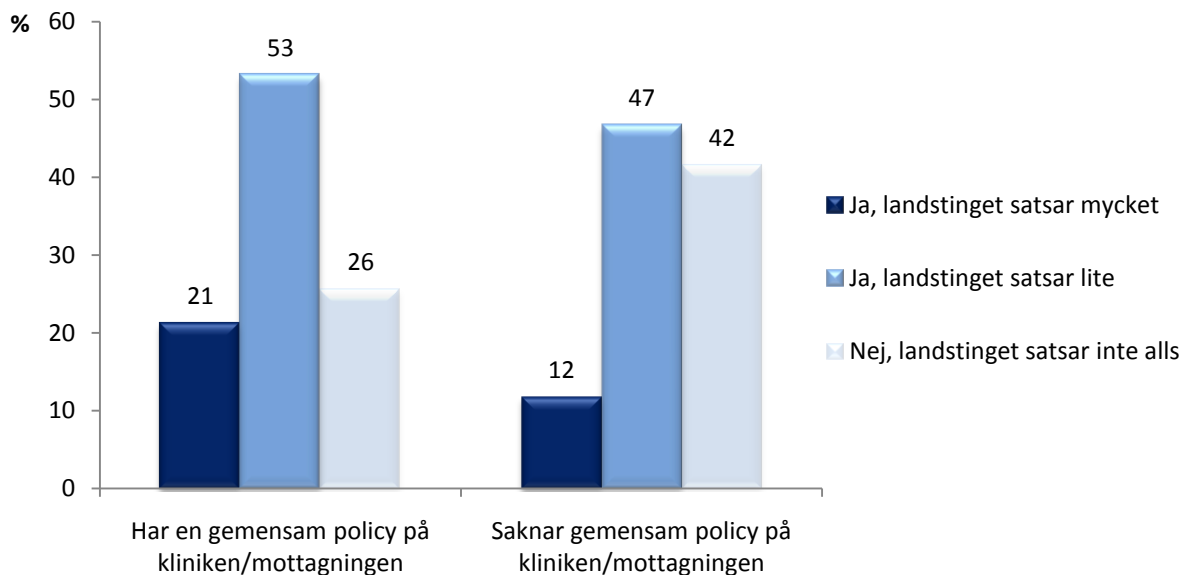
Tabell 20. Andel (%) läkare som svarade att de har/inte har stöd från sin ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på klinik/mottagning. (Fråga 23)

	Ja, stort stöd	I viss mån	Nej	Ej aktuellt, har ingen chef	Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet
Barn och ungdom	22	44	30	1	3
Företagshälsovård	29	31	25	11	4
Geriatrisk	5	35	50	10	
Hud	15	34	27	24	
Infektion	9	43	45	3	
Invärtes	16	42	35	7	1
Kirurgi	18	35	37	9	0
Neurologi	13	39	39	9	
Gynekologi/MVC	21	41	26	11	1
Onkologi	15	47	37	1	
Ortopedi	13	42	36	8	1
Psykiatri	23	43	25	9	1
Rehab	31	37	20	12	
Reumatologi	14	45	30	11	
Smärtmottagning	37	5	32	26	
Vårdcentral	24	46	21	8	1
Ögon	11	49	25	13	2
Öron-, näs- och hals	5	38	29	28	
Annan klinik	12	27	36	22	3
Administration	24	35	18	24	
Samtliga	19	41	29	10	1

Sjukskrivningspolicy, stöd från ledningen och andra faktorer

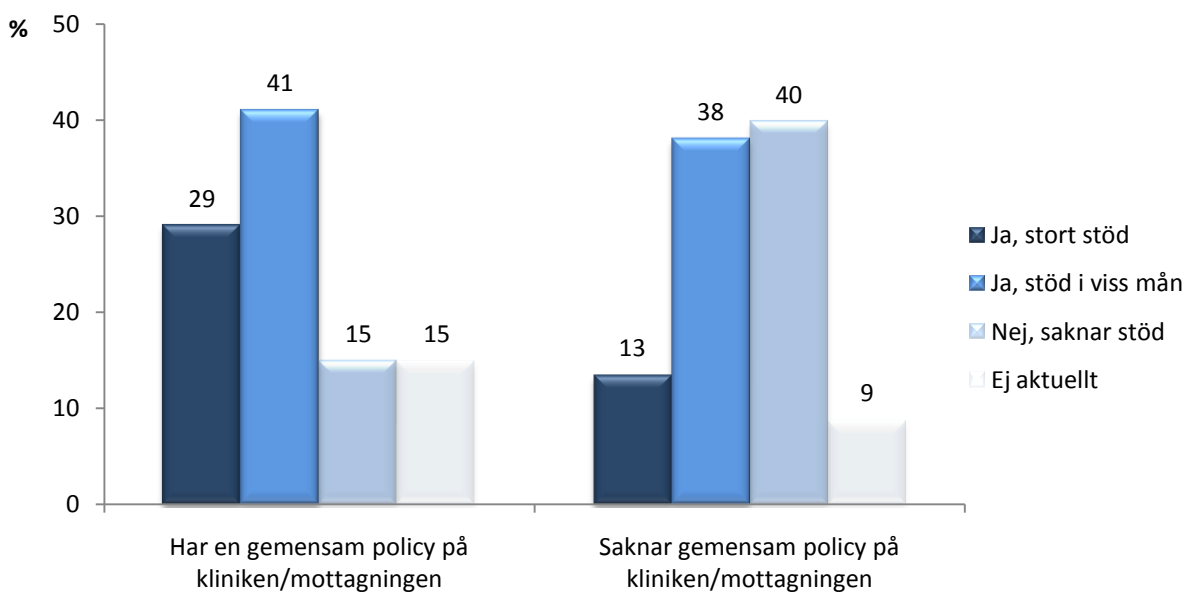
På de kommande sidorna visas tidsmässiga samband mellan förekomst av policy och ledningsstöd och vissa andra faktorer. Om det finns ett samband mellan exempelvis om en klinik/mottagning har en policy och om läkarna får tid för utbildning, så säger detta inte något om huruvida det finns ett orsakssamband mellan policy och utbildning, bara att vissa kombinationer verkar vara vanligare än andra. Sådan information kan stimulera till fortsatta reflektioner och kanske nya studier.

I Figur 30 visas i vilken utsträckning läkare som hade respektive inte hade en policy för sjukskrivningsarbetet upplevde att landstinget satsade på att förbättra handläggningen av patienters sjukskrivning. De som hade en policy upplevde i högre utsträckning att landstinget satsat på detta.



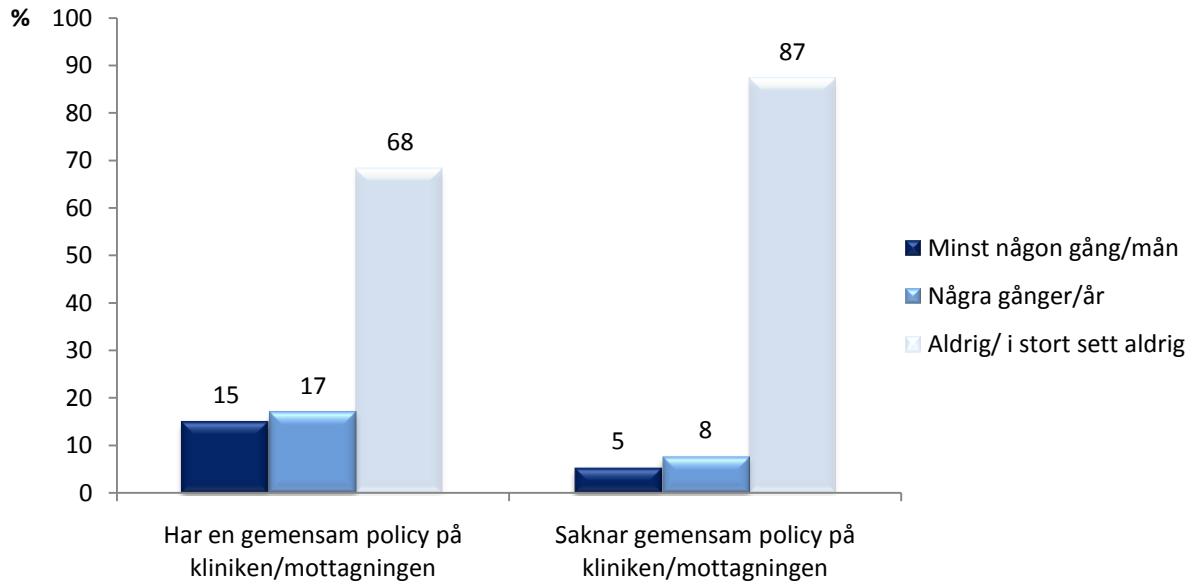
Figur 30. Andel (%) läkare som upplevde att landstinget satsade mycket litet eller inte alls på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på förekomst av gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen. (Fråga 6 och Fråga 7)

De läkare som hade en policy angav i större utsträckning att de hade stort stöd eller stöd i viss mån (70 %) jämfört med läkare som uppgav att de inte hade någon policy eller att det inte var aktuellt (51 %) (Figur 31)



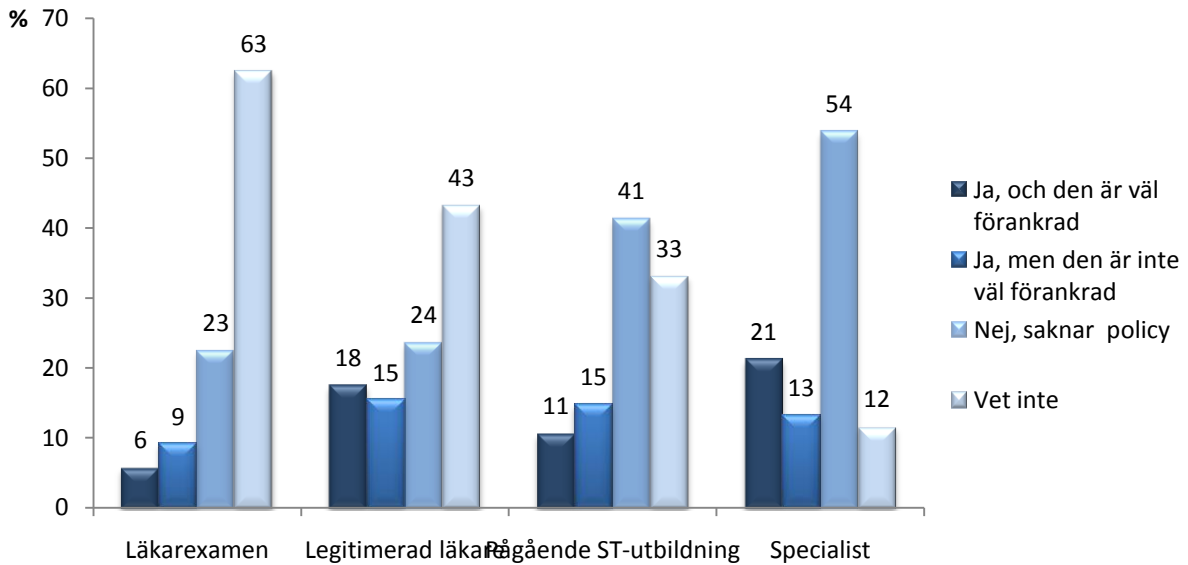
Figur 31. Andel (%) läkare som upplevde stöd från ledningen i olika grad i sjukskrivningsärenden, uppdelat på förekomst av gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen. (Fråga 6 och Fråga 23)

Bland de läkare som hade en gemensam policy för sjukskrivningsfrågor var det något vanligare att ha tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion åtminstone någon gång per år, jämfört med dem som inte hade en gemensam policy, 32 procent respektive 13 procent (Figur 32).



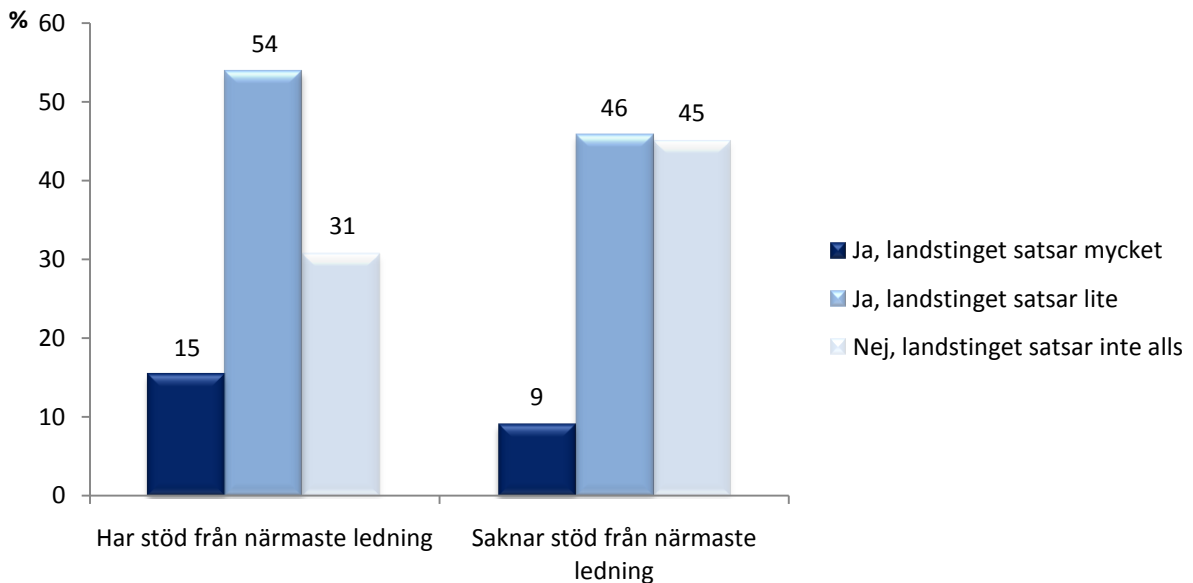
Figur 32. Andel (%) läkare som hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i relation till förekomst av gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen. (Fråga 6 och fråga 12, delfråga 14)

Om man tittar på hur läkare på olika utbildningsnivåer svarade när det gäller frågan om det finns en gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på deras arbetsplats så kan man se att kunskapen om klinikernas policy varierar med utbildningsnivå (Figur 33). Ju lägre utbildningsnivå, desto mer sannolikt att läkaren inte visste om det finns någon policy. Det var bara 12 procent av specialisterna som svarade "vet ej", medan så många som 63 procent av de läkare som bara har läkarexamen svarade detta. De läkare som är yngst, minst erfarna och i störst behov av stöd i arbetet med sjukskrivning, verkar alltså vara de som är minst informerade om det stöd som en gemensam policy kan erbjuda.



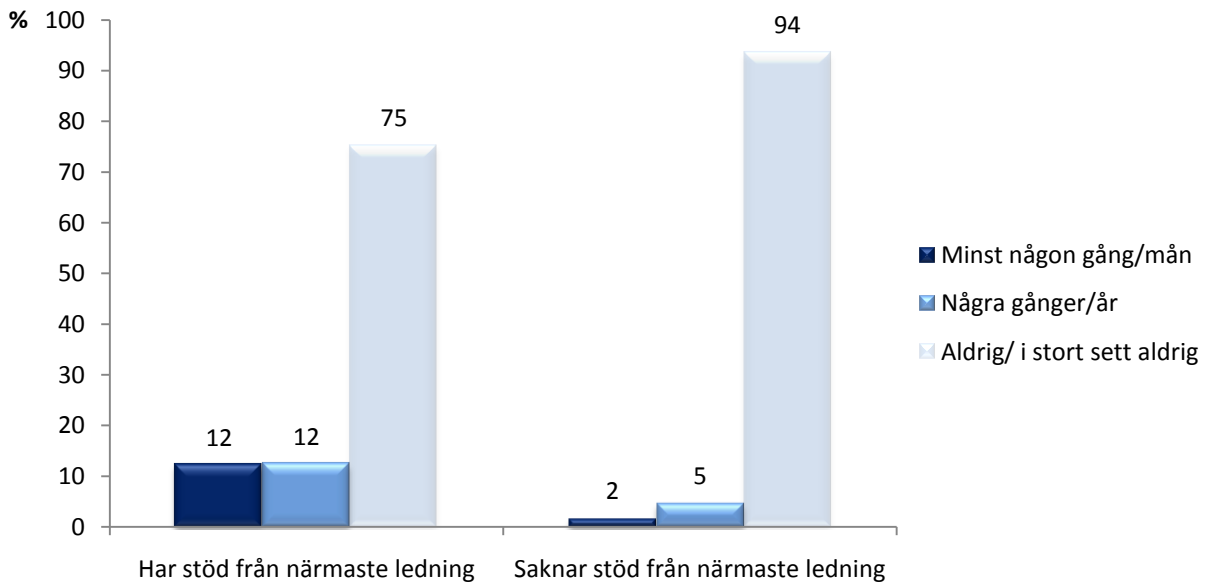
Figur 33. Andel (%) läkare med olika högsta utbildningsnivå i relation till förekomst av gemensam policy för sjukskrivningsfrågor på arbetsplatsen. (Fråga 6 och fråga 1)

Av de läkare som svarade att de har stöd i sjukskrivningsarbetet från sin närmast ledning är det en större andel som svarade att de anser att landstinget satsar mycket (15 %) eller litet (54 %) jämfört med dem som saknar stöd (9 % respektive 46 %) (Figur 34).

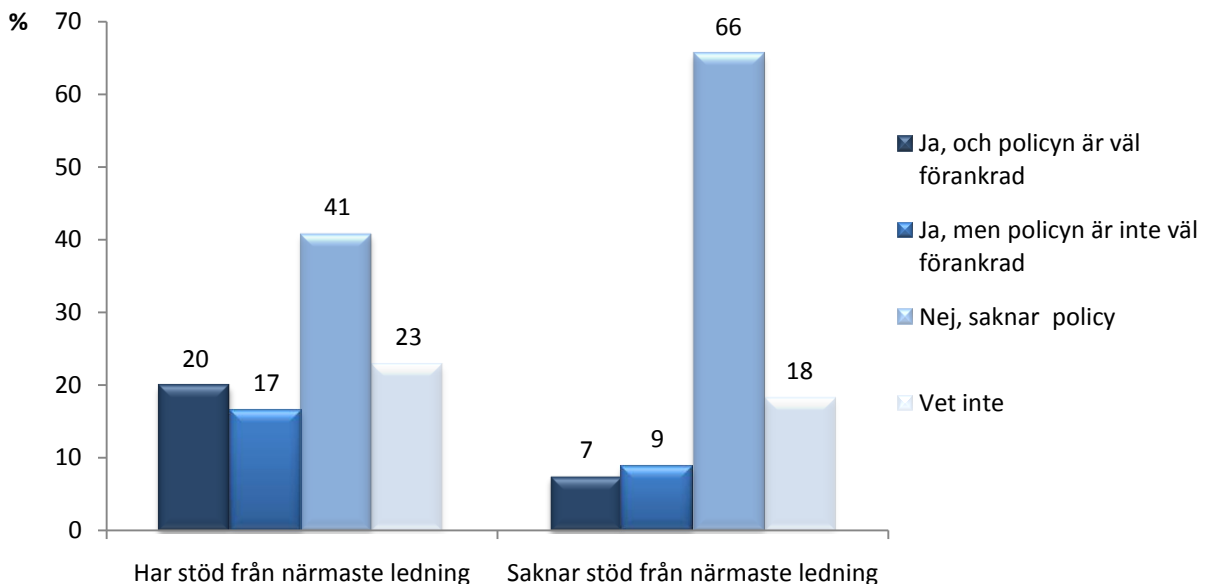


Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde att landstinget satsade mycket litet eller inte alls på att förbättra sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden, i relation till om man har eller saknar stöd från sin närmaste ledning. (Fråga 23 och Fråga 7)

Av de läkare som svarade att de har stöd från sin närmaste ledning var det en större andel som svarade att de har tid avsatt för handledning eller reflektion åtminstone några gånger årligen (24 %), jämfört med dem som svarade att de saknar sådant stöd (7 %) (Figur 35). I Figur 36 visas motsvarande siffror för dem som finns på en arbetsplats med policy kring sjukskrivning av patienter och dem som har stöd av sin närmaste ledning i dessa frågor.

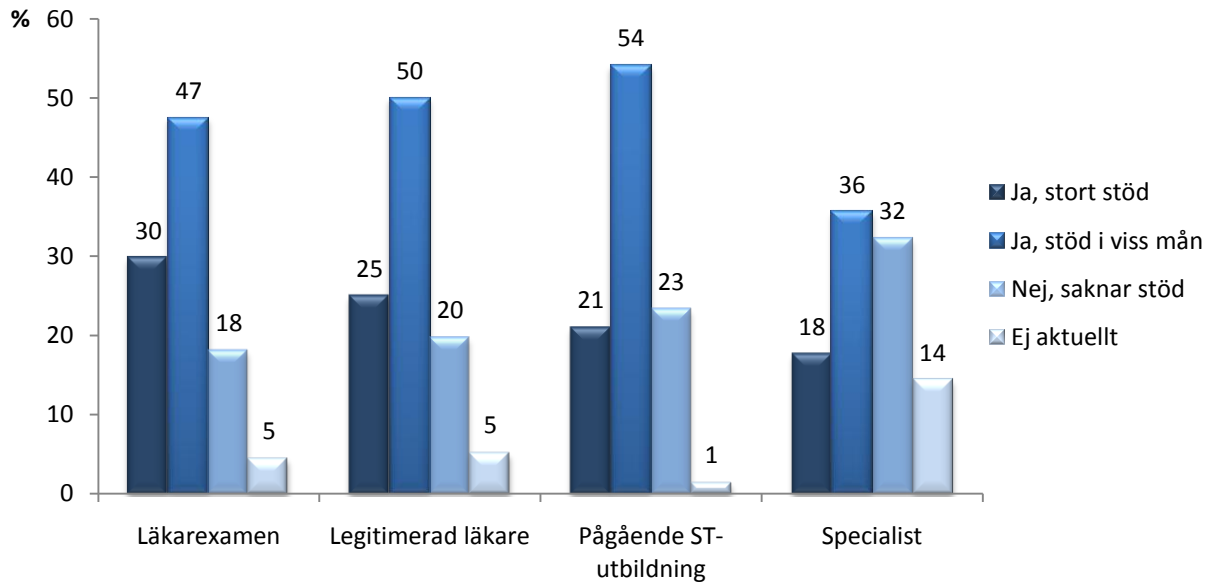


Figur 35. Andel (%) läkare som hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion, i relation till att ha eller inte ha stöd från sin närmaste ledning. (Fråga 23 och Fråga 12, delfråga 14)



Figur 36. Andel (%) läkare som svarade att de har en policy som är/inte är väl förankrad, saknar eller inte känner till någon policy på kliniken, i relation till att ha eller inte ha stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden. (Fråga 23 och fråga 6)

Om man tittar på hur läkare på olika utbildningsnivåer svarade när det gäller frågan om stöd från ledningen när det gäller sjukskrivningsfrågor, så ser man att ungefär tre fjärdedelar av både läkare med läkarexamen, legitimerade läkare och läkare under pågående specialistutbildning ansåg att de har stort stöd eller i viss mån stöd (77 %, 75 % respektive 75 %) (Figur 37). Specialisterna svarade i högre utsträckning att det inte är aktuellt med stöd (14 %), men också i högre utsträckning att de saknar stöd.



Figur 37. Andel (%) läkare med olika högsta utbildningsnivå i relation till olika grad av stöd från ledningen. (Fråga 23 och fråga 1)

Kort om policy och stöd från ledningen

Knappt en femtedel av läkarna arbetar vid en enhet där det fanns en väl förankrad policy för sjukskrivningsfrågor, och detta har ökat något sedan 2004. Det var dock stora skillnader mellan olika klinikgrupper, det varierade mellan åtta och 53 procent. Omkring en femtedel av läkarna hade stort stöd från ledningen i sjukskrivningsfrågor, detta har minskat något sedan 2004. Även här varierade det mellan de olika klinikgrupperna, mellan 5 och 37 procent. De flesta läkare hade alltså inte någon väl förankrad policy för sjukskrivning på sin arbetsplats och de hade inte heller stort stöd från sin närmaste ledning i dessa frågor. Ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet är fortfarande ett område som behöver förbättras.

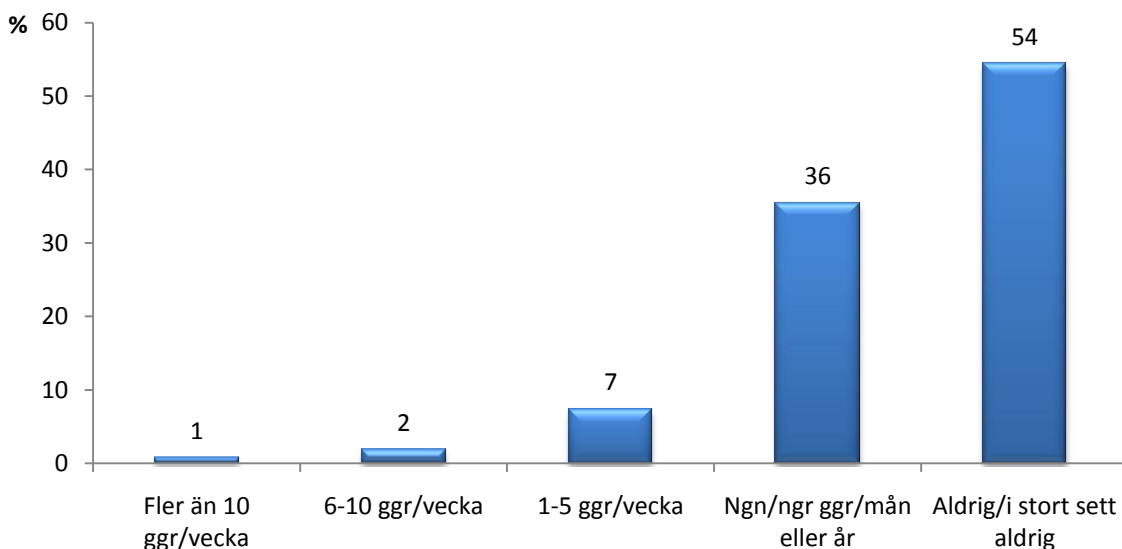
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Som beskrivs i bakgrunden, infördes Socialstyrelsens nationella försäkringsmedicinska beslutsstöd i hela landet under åren 2007-2008. Dessa finns dels i form av övergripande principer för arbetet med sjukskrivning, dels i form av beslutsstöd vad gäller längd och grad av sjukskrivning 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 kontakten 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 när det gäller att använda beslutsstödet och hur läkaren värderade beslutsstödet för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Hur många använder beslutsstödet?

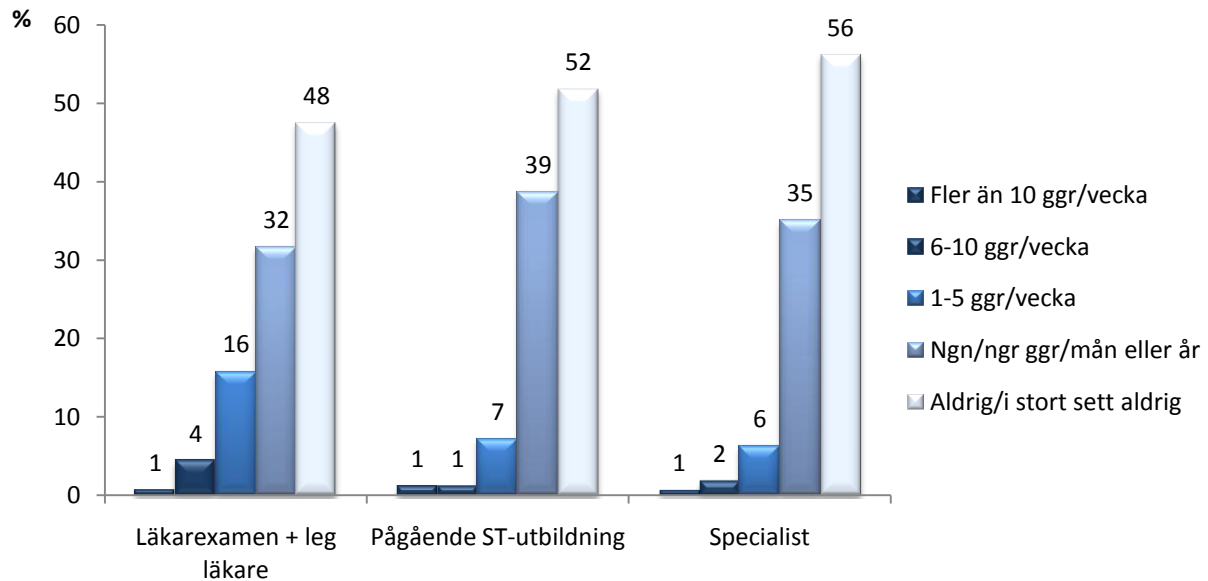
Knappt hälften av läkarna, 46 procent, svarade att de använder beslutsstödet minst någon gång per år (Figur 38). Stockholms län hade den lägsta siffran för detta av landstingen, i de andra landstingen svarade mellan 49 och 67 procent av läkarna att de använder beslutsstödet (36).

Tio procent svarade att de använder beslutsstödet minst en gång i veckan, 36 procent att de använder det någon gång i månaden eller några gånger per år och 54 procent att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet. Uppgifterna om användandet kan innebära en underskattning. Resultat från en intervjustudie (70) visar att det är vanligt att man, på frågan om man använder beslutsstödet, svarar om man går in på Socialstyrelsens hemsida och tar del av texten där. Eftersom man oftast minns rekommendationerna för de diagnoser man själv kommer i kontakt med i sitt dagliga arbete, så "använder" man sig av kunskaperna från beslutsstödet oftare än man går in på hemsidan.



Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att de använder beslutsstödet varje vecka, månad, år eller aldrig. (Fråga 12, delfråga 13)

Hur ofta beslutsstödet användes varierade med utbildningsnivå (Figur 39). 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 39. Andel (%) läkare som uppgav att de använder beslutsstödet varje vecka, månad, år eller aldrig, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå. (Fråga 12, delfråga 13)

Det fanns stora skillnader i hur beslutsstödet användes på de olika klinikerna/mottagningarna (Tabell 21), dels på grund av att behovet av beslutsstöd är olika och dels på grund av att denna fråga omfattade både de generella principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna i beslutsstödet. Läkarna har olika typer av patienter och det saknas ännu beslutsstöd för ett stort antal diagnoser. Läkare som har patienter inom ett begränsat diagnosområde kan snabbt lära sig innehållet i respektive rekommendation och behöver inte slå upp vad som gäller för enskilda patienter. Den grupp där störst andel läkare svarade att de minst en gång per vecka använder beslutsstödet, övergripande principer och/eller diagnosspecifika rekommendationer, var läkarna inom företagshälsovården (30 %). Bland läkarna vid vårdcentraler använder 19 procent beslutsstödet minst en gång per vecka.

Tabell 21. Andel (%) läkare som uppgav hur ofta de använder beslutsstödet, per klinik/mottagning. (Fråga 12, delfråga 13)

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	1	10	83
Företagshälsovård	12	18	41	19
Geriatrisk	0	0	28	72
Hud	2	2	24	71
Infektion	0	2	17	81
Invärtesmedicin	1	4	33	62
Kirurgi	1	4	23	72
Neurologi	4	6	20	70
Gynekologi/MVC	3	6	31	60
Onkologi	0	1	24	75
Ortopedi	3	5	30	62
Psykiatri	3	6	42	49
Rehabilitering	8	8	48	36
Reumatologi	0	0	40	61
Smärtmottagning	6	0	17	78
Vårdcentral	4	15	53	29
Ögon	0	4	20	76
Öron-, näs- och hals	0	1	13	86
Annan klinik/mottagning	1	4	21	75
Adm/utbild/forskn	0	6	18	77
Samtliga	3	7	36	55

Svårigheter i att använda beslutsstödet

Två av frågorna kring beslutsstödet handlade specifikt om de två typerna av beslutsstöd; de övergripande principerna respektive de diagnosspecifika rekommendationerna, och hur problematiska de är att använda. Sexton procent av samtliga läkare uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att använda de övergripande rekommendationerna, vilket motsvarar en tredjedel (33 %) av dem som använt dem (Tabell 22). Sexton procent uppgav också att det var mycket eller ganska problematiskt att följa de diagnosspecifika rekommendationerna, vilket motsvarar 37 procent av dem som använt rekommendationerna (Tabell 21).

Det var stora skillnader mellan hur problematiskt läkare av olika klinisk tillhörighet ansåg att det var att följa de övergripande principerna (Tabell 22). Bland läkare vid vårdcentraler och inom rehabiliteringsmedicin svarade 31 respektive 30 procent att det var mycket eller ganska

problematiskt att följa dem, vilket motsvarar nästan hälften av de läkare som använt sig av stödet. Inom företagshälsovården, som var den specialitet där störst andel (78 %) av läkarna uppgav att de använde sig av övergripande principerna, var det ändå 20 procent som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att använda sig av dem, vilket motsvarar en fjärdedel av de läkare som använt sig av dem.

Tabell 22. Andel (%) som uppgav att det är problematiskt att följa Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning, per klinik/mottagning. (Fråga 14, delfråga 17)

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Litet	Inte alls	Har inte använt
Barn och ungdom	1	1	8	18	72
Företagshälsovård	3	17	36	23	22
Geriatrisk	0	10	15	10	65
Hud	2	5	14	7	71
Infektion	4	13	13	7	64
Invärtesmedicin	2	6	19	14	60
Kirurgi	2	8	15	14	62
Neurologi	2	4	9	4	81
Gynekologi/MVC	2	9	24	11	55
Onkologi	0	2	19	13	66
Ortopedi	4	9	16	9	63
Psykiatri	5	12	23	10	50
Rehabilitering	8	22	22	12	36
Reumatologi	2	16	14	2	65
Smärtmottagning	6	17	6	17	56
Vårdcentral	6	25	27	8	35
Ögon	0	2	17	19	62
Öron-, näs- och hals	1	7	11	11	70
Annan klinik/mottagning	2	7	15	15	61
Adm/utbild/forskn	0	0	24	0	77
Samtliga	3	13	21	11	52

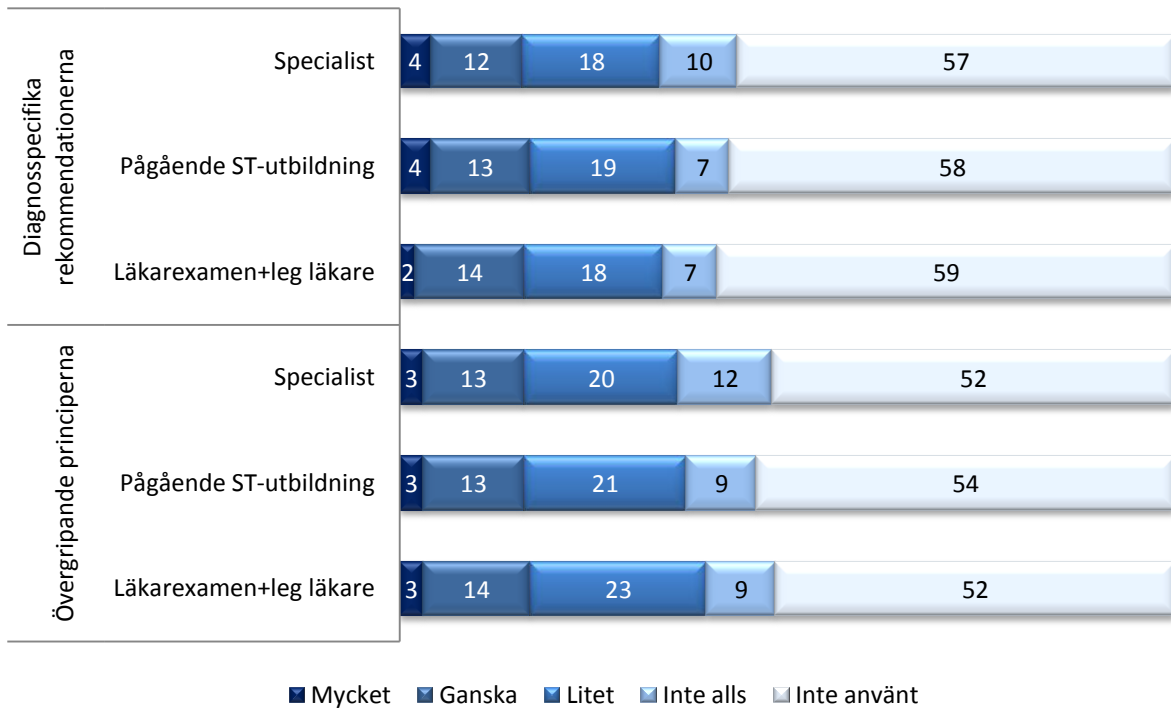
När det gällde de diagnosspecifika rekommendationerna var det också stora skillnader mellan läkare från olika kliniker/mottagningar, och de följde ungefär samma mönster (Tabell 23). Trettio procent av läkarna vid vårdcentralerna och 28 procent vid rehabiliteringsmottagningarna svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att följa rekommendationerna, vilket motsvarar ungefär hälften av dem som använt stödet. Inom företagshälsovården, som var den specialitet där störst andel (78 %) av läkarna uppgav att de använde sig av de diagnosspecifika rekommendationerna, var det ändå 23 procent som ansåg

att det var mycket eller ganska problematiskt att använda sig av dem, vilket motsvarar 29 procent av de läkare som använt sig av dem.

Tabell 23. Andel (%) läkare som uppgav att det är problematiskt att skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika rekommendationer. (Fråga 14, delfråga 18)

Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Litet	Inte alls	Har inte använt
Barn och ungdom	1	2	10	13	74
Företagshälsovård	6	17	33	23	22
Geriatrisk	0	5	20	5	70
Hud	3	3	23	8	65
Infektion	5	5	13	7	70
Invärtesmedicin	2	4	19	9	66
Kirurgi	2	9	11	13	65
Neurologi	2	4	9	6	79
Gynekologi/MVC	1	8	20	8	63
Onkologi	0	9	11	12	69
Ortopedi	5	11	16	7	60
Psykiatri	4	10	18	8	60
Rehabilitering	6	22	20	19	42
Reumatologi	2	16	14	2	65
Smärtmottagning	16	11	5	16	53
Vårdcentral	6	24	23	5	42
Ögon	0	0	16	20	65
Öron-, näs- och hals	2	6	7	9	76
Annan klinik/mottagning	3	7	12	13	65
Administration/forskning/undervisning	0	0	29	0	71
Samtliga	4	12	18	9	57

Hur mönstret såg ut för läkare med olika utbildningsnivåer framgår av Figur 40. Det var inte någon större skillnad mellan grupperna. Mellan 16 och 17 procent ansåg att både de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna var mycket eller ganska problematiska att följa, vilket motsvarar 37-40 procent av dem som använt de övergripande principerna och 33-35 procent av dem som använt de diagnosspecifika rekommendationerna.



Figur 40. Andel (%) läkare som hade problem med att använda Socialstyrelsens övergripande respektive diagnosspecifika beslutsstöd, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå. (Fråga 14, delfråga 17 och 18)

Beslutsstödet betydelse för läkarnas kompetens

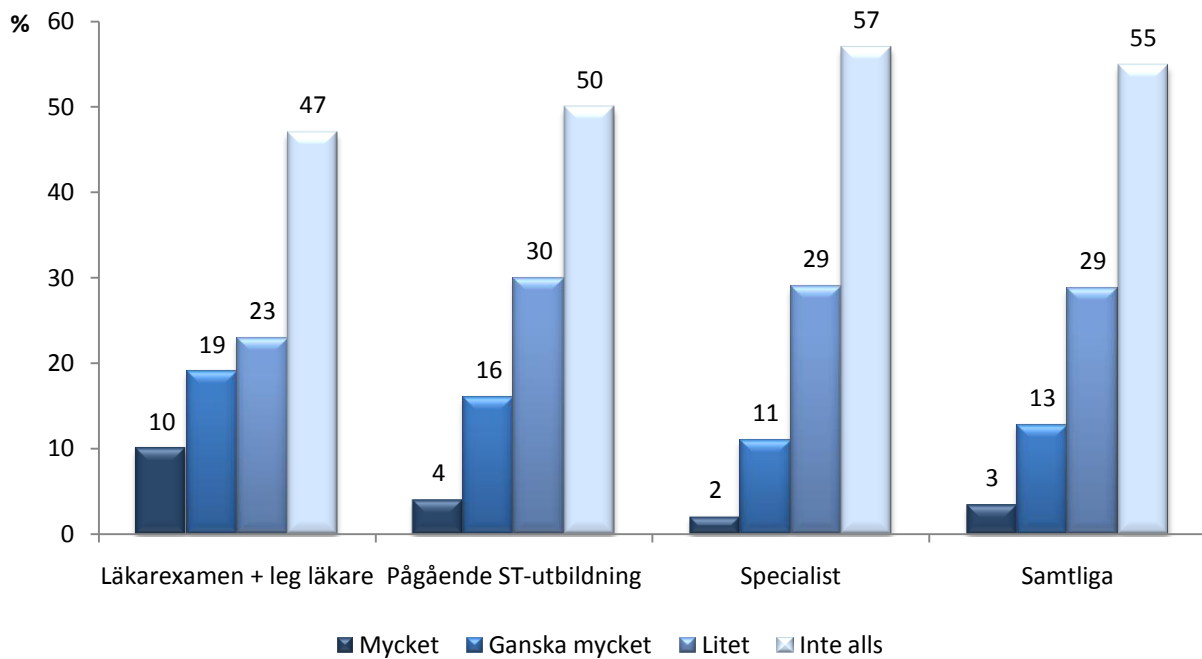
Frågan om beslutsstödet betydelse kan även ses ur ett kompetensperspektiv. I Tabell 24 redovisas hur mycket beslutsstödet betytt för den egna kompetensutvecklingen i handläggning av sjukskrivningsärenden. Sexton procent av läkarna svarade att beslutsstödet utvecklat deras kompetens i sjukskrivningsärenden mycket eller ganska mycket.

Läkare vid olika kliniker/mottagningar upplevde i olika grad att beslutsstödet hjälpt dem att utveckla sin kompetens. Störst betydelse har beslutsstödet haft för vårdcentralsläkarna, där 28 procent svarade att det har hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla den egna kompetensen. Nästan lika betydelsefullt har det varit för företagsläkarna (26 %) och rehabiliteringsläkarna (24 %).

Tabell 24. Andel (%) läkare som svarade att beslutsstödet i olika grad hjälpt dem att utveckla den egna kompetensen, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 19, delfråga 16)

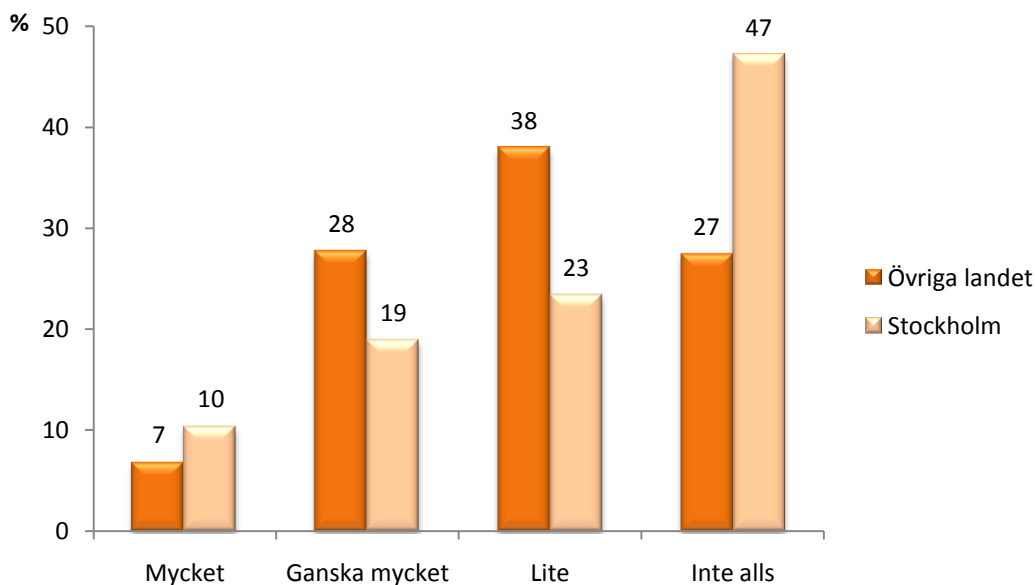
	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls
Barn och ungdom	1	3	11	85
Företagshälsovård	6	20	45	30
Geriatrisk	0	6	22	72
Hud	3	5	31	62
Infektion	0	4	17	79
Invärtes	2	12	25	60
Kirurgi	2	6	18	74
Neurologi	0	4	27	69
Gynekologi/MVC	3	10	26	62
Onkologi	2	5	23	70
Ortopedi	1	13	25	61
Psykiatri	4	12	37	47
Rehab	4	20	34	42
Reumatologi	0	5	26	69
Smärtmottagning	6	11	22	61
Vårdcentral	6	22	38	34
Ögon	4	4	24	69
Öron-, näs- och hals	3	3	17	77
Annan klinik	2	9	19	70
Administration	0	12	0	88
Samtliga	3	13	29	55

När frågan om beslutsstödet betydelse för kompetensutvecklingen kopplades till högsta läkarutbildningsnivå visade det sig att beslutsstödet varit till större hjälp i utveckling av kompetensen för de mindre erfarna läkarna än för läkare som hade en pågående specialistutbildning eller var specialister (Figur 41).



Figur 41. Andel (%) läkare, uppdelat efter utbildningsnivå, som svarade att beslutsstödet mycket, ganska mycket, litet eller inte alls utvecklat den egna kompetensen. (Fråga 19, delfråga 16)

Av läkare med läkarexamen eller läkarlegitimation ansåg 53 procent i Stockholm att det försäkringsmedicinska beslutsstödet åtminstone i någon mån bidragit till deras kompetens, jämfört med 73 procent i övriga landet. När det gällde läkare med pågående specialistutbildning eller specialister var det ingen större skillnad mellan Stockholm och övriga landet (Figur 42).



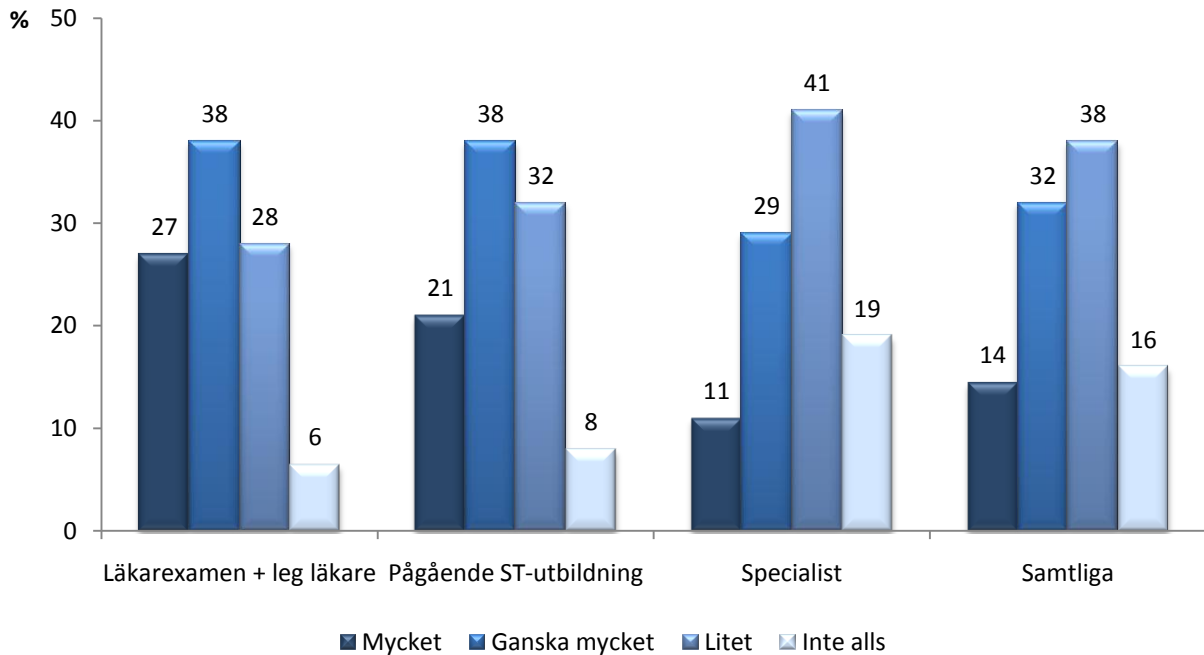
Figur 42. Andel (%) läkare, av dem med endast läkarexamen eller läkarlegitimation, som svarade att beslutsstödet mycket, ganska mycket, litet eller inte alls utvecklat den egna kompetensen. (Fråga 19, delfråga 16)

Kompetensperspektivet inrymmer även frågan om behovet av ökad kompetens gällande själva beslutsstödet (Tabell 25). På den frågan svarade nästan hälften (46 %) att de upplevde ett stort eller ganska stort behov av kompetensutveckling. Läkarna vid vårdcentraler (55 %), inom psykiatri (54 %) och rehabilitering (54 %) var de som i störst utsträckning ansåg att de hade behov av detta.

Tabell 25. Andel (%) läkare som hade behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. (Fråga 20, delfråga 16)

	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Barn och ungdom	8	20	32	40
Företag	8	25	49	19
Geriatrisk	15	25	40	20
Hud	13	29	39	18
Infektion	11	35	35	19
Invärtes	14	33	35	18
Kirurgi	12	26	38	23
Neurologi	15	36	40	9
Gynekologi/MVC	14	31	41	14
Onkologi	12	39	37	12
Ortopedi	16	31	37	16
Psykiatri	19	35	34	12
Rehab	14	40	36	10
Reumatologi	9	43	39	9
Smärtmottagning	21	21	32	26
Vårdcentral	18	37	37	8
Ögon	6	21	57	17
Öron-, näs- och hals	17	24	37	21
Annan klinik	9	22	44	25
Administration	0	29	47	24
Samtliga	14	32	38	16

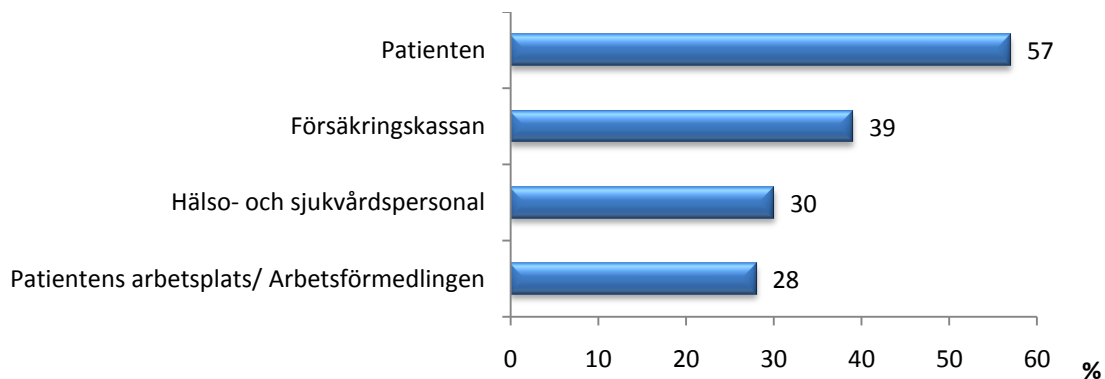
När frågan om behovet att fördjupa kompetensen i att använda beslutsstödet kopplades till läkarutbildningsnivå uppgav de minst erfarna läkarna ett större behov av fördjupad kompetens (Figur 43). Av läkare med endast läkarexamen eller legitimation var det 65 procent som uppgav ett mycket eller ganska stort behov av fördjupning. Motsvarande siffror för läkarna under ST-utbildning var 59 procent och för specialisterna 40 procent.



Figur 43. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som uppgav olika stort behov av att fördjupa sin kompetens i att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet. (Fråga 20, delfråga 16)

Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse för kontakten med andra

Beslutsstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient samt mellan läkare och olika samarbetsparter. I Figur 44 visas att beslutsstödet är en god hjälp i kontakten med patienten. Nästan tre femtedelar (57 %) av de läkare som använde beslutsstödet svarade att det 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 beslutsstödet har räknats som bortfall.



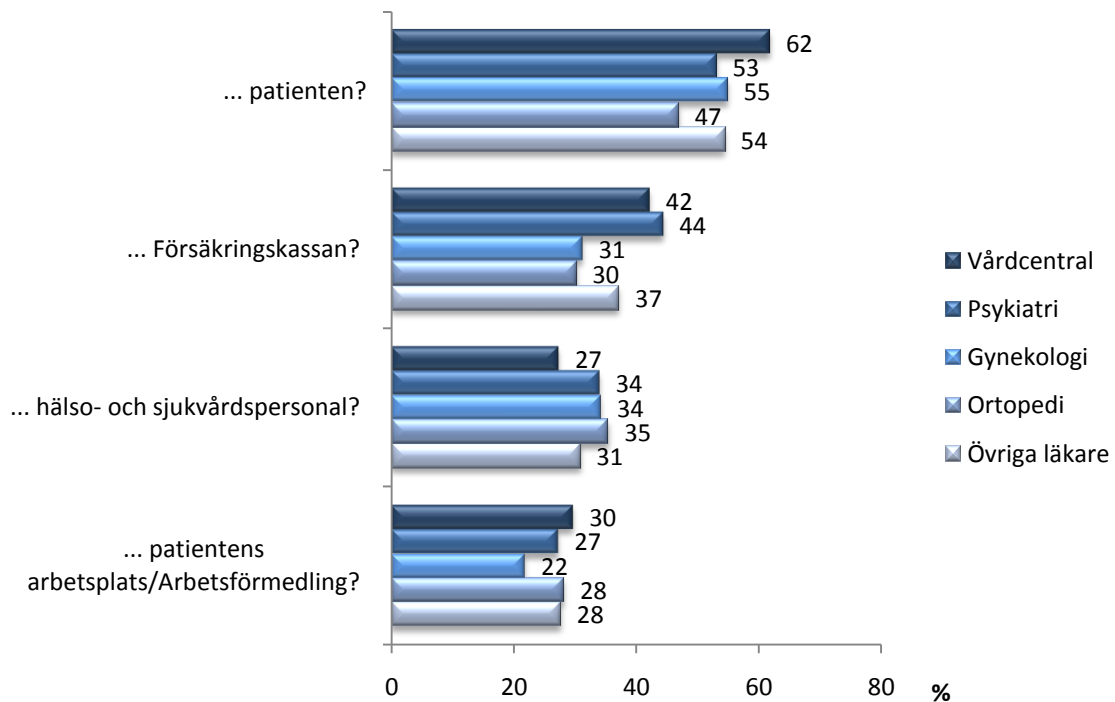
Figur 44. Andel (%) av de läkare som använde beslutsstödet som svarade att det underlättat kontakten med patienten, Försäkringskassan, vårdpersonalen respektive patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen. (Fråga 18)

Av Tabell 26 framgår i vilken utsträckning beslutstödet underlättar kontakten med patienten och andra inom och utanför vården. Som tidigare påpekats finns det ännu inte beslutstöd för alla diagnoser, vilket kan ha betydelse för hur läkare med olika klinisk specialitet har besvarat denna fråga.

Tabell 26. Andel (%) läkare per klinik/mottagning som svarat att de använder det försäkringsmedicinska beslutstödet och som svarat att det underlättar kontakten med patienter och andra. (Fråga 18)

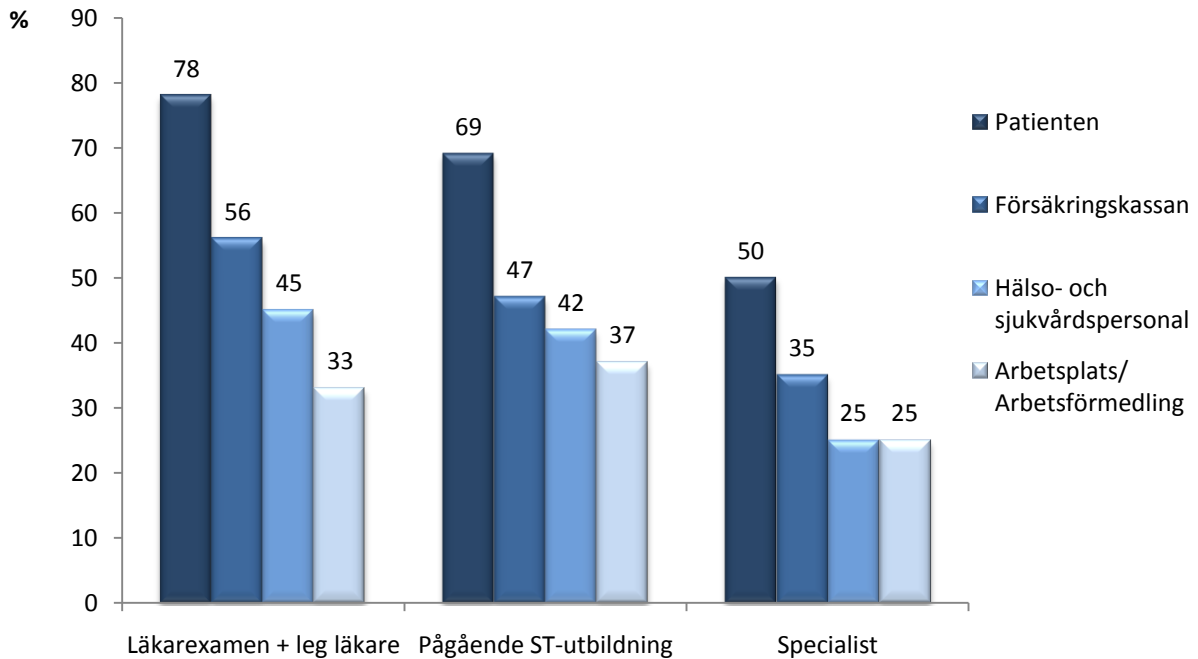
Klinik/mottagning	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal.	Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen
Barn och ungdom	53	35	47	29
Företagshälsovård	55	37	27	33
Geriatrisk	40	40	40	40
Hud	54	46	46	46
Infektion	25	33	8	8
Invärtesmedicin	66	38	37	28
Kirurgi	60	45	34	24
Neurologi	39	21	0	8
Gynekologi/MVC	55	31	34	22
Onkologi	50	30	27	23
Ortopedi	47	30	35	28
Psykiatri	53	44	34	27
Rehabilitering	44	32	29	27
Reumatologi	47	21	20	14
Smärtmottagning	44	44	22	22
Vårdcentral	62	42	27	30
Ögon	64	55	55	55
Öron-, näs- och hals	39	31	36	23
Annan klinik/mottagning	42	37	23	29
Administration/forskning/undervisning	100	25	25	50
Samtliga	57	39	30	28

Resultaten i Tabell 26 redovisas även i nedanstående figur för de fem grupperna.



Figur 45. Andel (%) läkare per klinik/mottagning, av de som svarade att de använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet och som svarade att det underlättar kontakten med patienter och andra.

Frågan om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med patienter och andra samverkansparter kopplades även den till högsta läkarutbildningsnivå (Figur 46). Ju lägre läkarutbildningsnivå, ju mer nytta hade man av beslutsstödet, och högst andel som hade nytta av det fanns alltså bland de läkare som ännu endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation. Gemensamt för alla grupperna var dock att majoriteten svarade att beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten; bland dem med lägst utbildning svarade 78 procent detta.



Figur 46. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal och/eller arbetsplats/Arbetsförmedling. (Fråga 18)

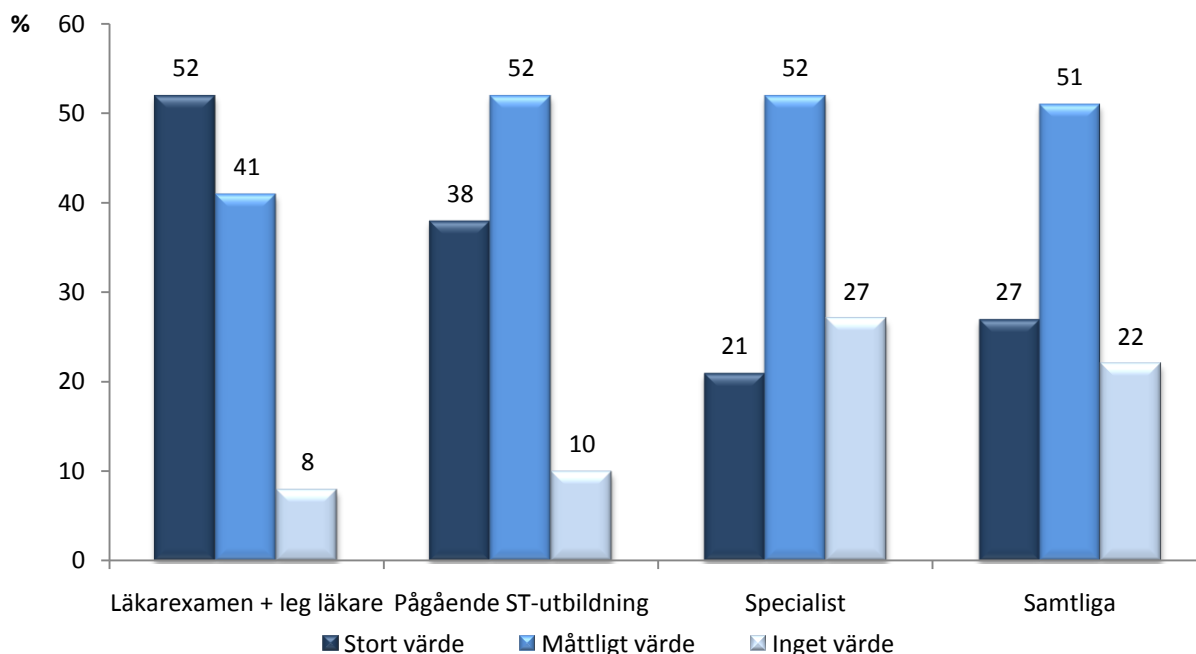
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse för kvalitet i sjukskrivningsarbetet

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 dryg fjärdedel (27 %) ansåg att det hade stort värde för kvaliteten, hälften (51 %) att det hade måttligt värde och en femtedel (21 %) att det inte har något värde (Tabell 27). De som främst värdesatte beslutsstödet med avseende på kvaliteten var läkare geriatrik, gynekologi, hudkliniker och vårdcentraler.

Tabell 27. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 21, delfråga 7)

	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Barn och ungdom	15	42	43
Företagshälsovård	24	54	22
Geriatrisk	37	37	26
Hud	36	49	15
Infektion	22	49	29
Invärtes	30	51	19
Kirurgi	26	49	25
Neurologi	25	47	28
Gynekologi/MVC	33	46	20
Onkologi	24	53	23
Ortopedi	27	47	27
Psykiatri	28	52	20
Rehab	16	65	20
Reumatologi	9	66	25
Smärtmottagning	21	47	32
Vårdcentral	33	56	11
Ögon	17	40	42
Öron-, näs- och hals	23	48	29
Annan klinik	17	47	36
Administration	20	27	53
Samtliga	27	51	21

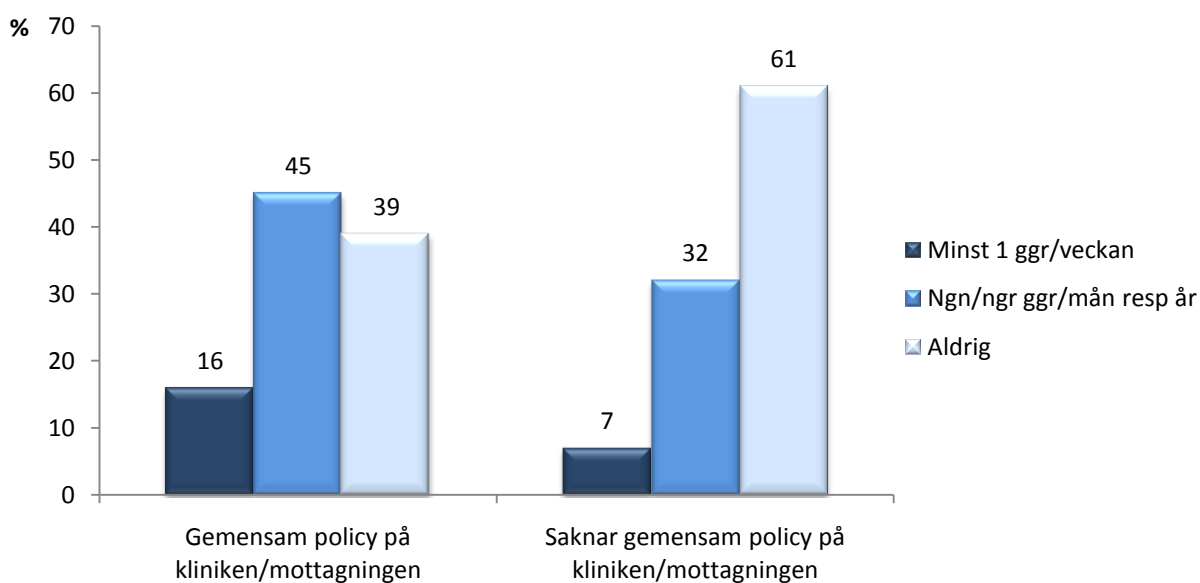
När frågan om beslutsstödet värde för hög kvalitet i arbetet kopplades till högsta läkarutbildningsnivå framkom att de mindre erfarna läkarna i större utsträckning ansåg att beslutsstödet var av betydelse för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivningar (Figur 47). En större andel av läkarna som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation svarade att beslutsstödet hade stort värde för kvaliteten (52 %), medan en större andel av specialisterna svarade att beslutsstödet inte hade något värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning (27 %).



Figur 47. Andel (%) läkare, uppdelat efter högsta läkarutbildningsnivå, som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning. (Fråga 21, delfråga 7)

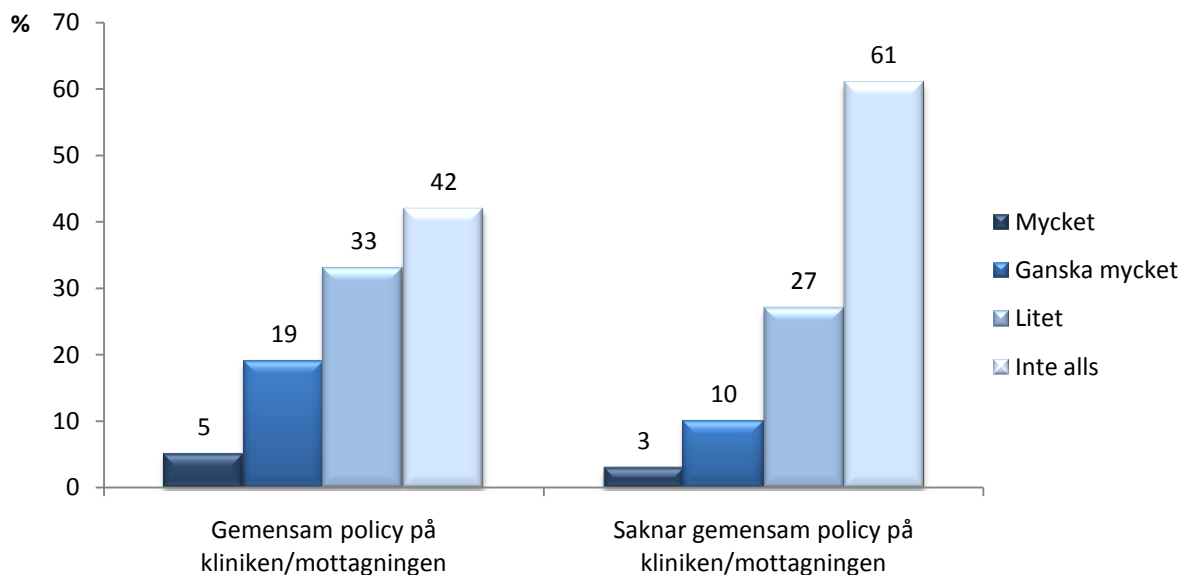
Användande av beslutsstödet; samband med policy i sjukskrivningsarbetet

Beslutsstödet användes i högre utsträckning av de läkare som hade en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin arbetsplats (Figur 48). Av läkare som arbetade där det fanns en gemensam policy svarade 61 procent att de använder beslutsstödet minst någon gång per år. Motsvarande siffra för läkare utan gemensam policy var 39 procent.



Figur 48. Andel (%) läkare på en arbetsplats med respektive utan gemensam sjukskrivningspolicy, som svarade att de använde beslutsstödet varje vecka, varje månad/år alternativt aldrig. (Fråga 12, delfråga 13)

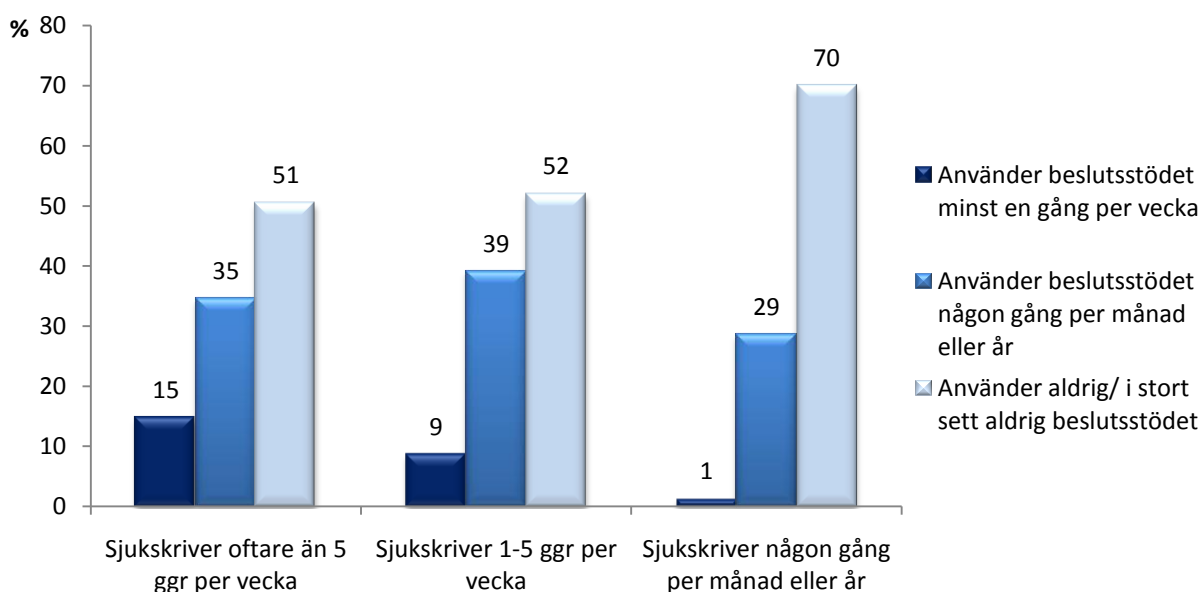
Det fanns också ett samband mellan att ha tillgång till en gemensam policy och hur läkarna uppfattade att beslutsstödet hjälpt till att utveckla deras kompetens. En högre andel läkare bland dem som hade en policy på arbetsplatsen ansåg att beslutsstödet hade bidragit mycket, ganska eller litet till att utveckla deras kompetens (Figur 49).



Figur 49. Andel (%) läkare, med respektive utan gemensam sjukskrivningspolicy, som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet mycket, ganska mycket, litet eller inte alls hjälpt till att utveckla den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden. (Fråga 19, delfråga 16)

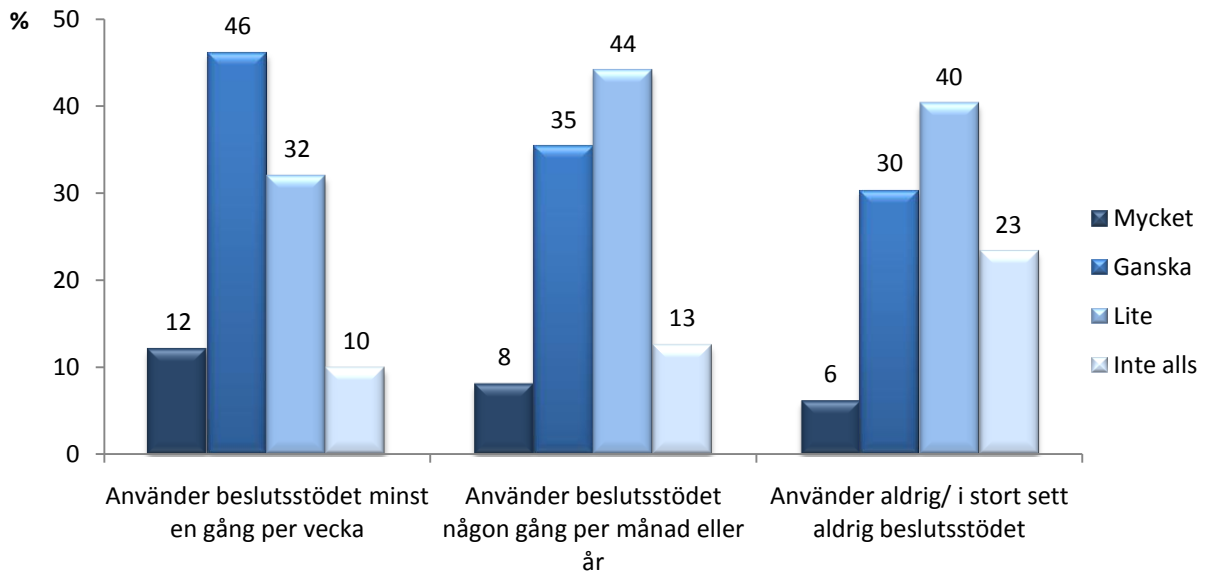
Användande av beslutsstödet; samband med sjukskrivningsärenden och problem

Hälften av de läkare som möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan använder beslutsstödet minst någon gång per år (Figur 50).



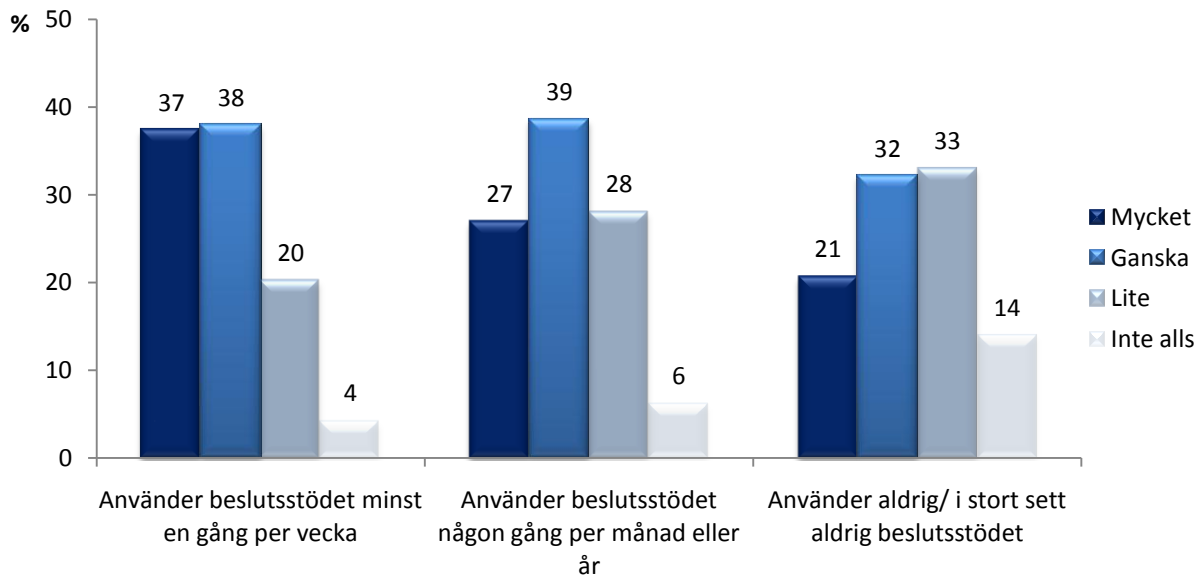
Figur 50. Relationen mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av användande av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. (Fråga 8 samt Fråga 12, delfråga 18)

Vid en undersökning av endast de läkare som ofta har sjukskrivningsärenden, mer än fem gånger i veckan (vilket motsvarar 41 % av samtliga läkare), framkommer att de av dessa som oftare använde beslutsstödet var de som också i högre utsträckning upplevde sjukskrivningsarbetet som problematiskt. Ganska eller mycket problem med patienters sjukskrivning hade 58 procent av dem som använde beslutsstödet minst en gång i veckan, 43 procent av dem som använde det mer sällan och 36 procent av dem som inte använde det (Figur 51). Återigen vill vi påpeka att dessa siffror troligen är en stor underrapportering vad gäller användandet av beslutsstödet.



Figur 51. Andel (%) läkare, av dem som hade sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger per vecka; i vilken utsträckning de tyckte det var problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (mycket, ganska, lite, inte alls), uppdelat på om de använde beslutsstödet eller inte. (Fråga 14, delfråga 1)

De läkare som använde beslutsstödet ofta, svarade också i större utsträckning att arbetsförmågebedömning är mycket eller ganska problematisk. Av dem som använde beslutsstödet minst en gång i veckan var det 75 procent som ansåg detta, medan 53 procent av dem som aldrig använde beslutsstödet ansåg det (Figur 52). Detta kan tolkas som att de som har mycket problem med dessa bedömningar också anser sig få hjälp från beslutsstödet. Resultatet i Figur 52 bygger på samma urval som Figur 51, dvs. läkare som har sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger i veckan.



Figur 52 För de läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger per vecka: relationen mellan att tycka att arbetsförmågebedömning var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, och hur ofta de använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet. (Fråga 8, 12; 13 samt 14; 4)

Kort om det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Resultaten visar att *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd*, som infördes under 2007 och 2008, har fått ett gott genomslag på denna korta tid. 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 används hittills beslutsstödet betydligt oftare än inom andra typer av kliniker/mottagningar, och där upplever man också att det varit mest värdefullt för utvecklandet av den egna kompetensen.

Majoriteten svarade att de hade nytta av beslutsstödet. Det underlättade t.ex. kontakten med patienten för mer än hälften av läkarna som använde det. Även kontakter med vårdpersonal, Försäkringskassan och patientens arbetsgivare alternativt Arbetsförmedlingen underlättades för ungefär en tredjedel av läkarna. Få läkare, endast fyra procent (Figur 72), hade problem med att Försäkringskassan tolkade beslutsstödet på annat sätt än man själv.

En tredjedel av läkarna som använt beslutsstödet hade mycket eller ganska mycket problem med att följa dess principer och rekommendationer. Läkare vid vårdcentraler och rehabiliteringskliniker var de som uppgav att de hade störst problem med att följa både de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna.

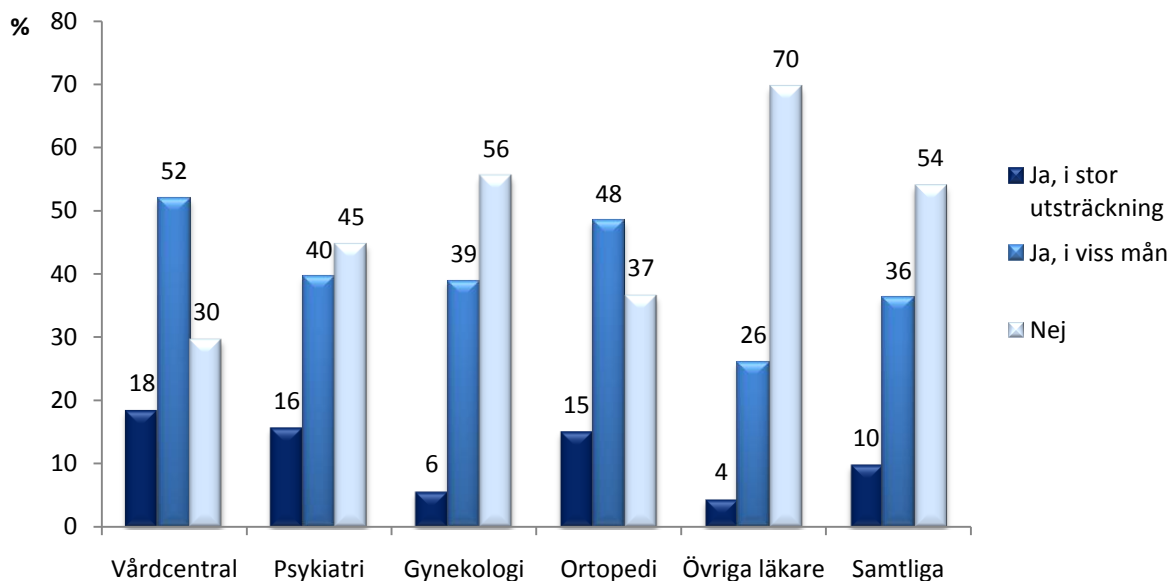
Beslutsstödet har alltså fått ett stort genomslag, det används och tycks fungera som ett stöd. Implementeringen av det behöver dock förstärkas, generellt och inom vissa verksamheter. Svaren indikerar även att det kan utvecklas för att underlätta användandet av dem. Som i andra interventioner krävs en långsiktighet för att kunna utvärdera effekten och vidare uppföljning av användandet av beslutsstödet behövs.

Sjukskrivning som arbetsmiljöproblem

Tidigare undersökningar har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem och en fråga gällde därför i vilken utsträckning sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem.

Arbetsmiljöproblem per typ av klinik/mottagning

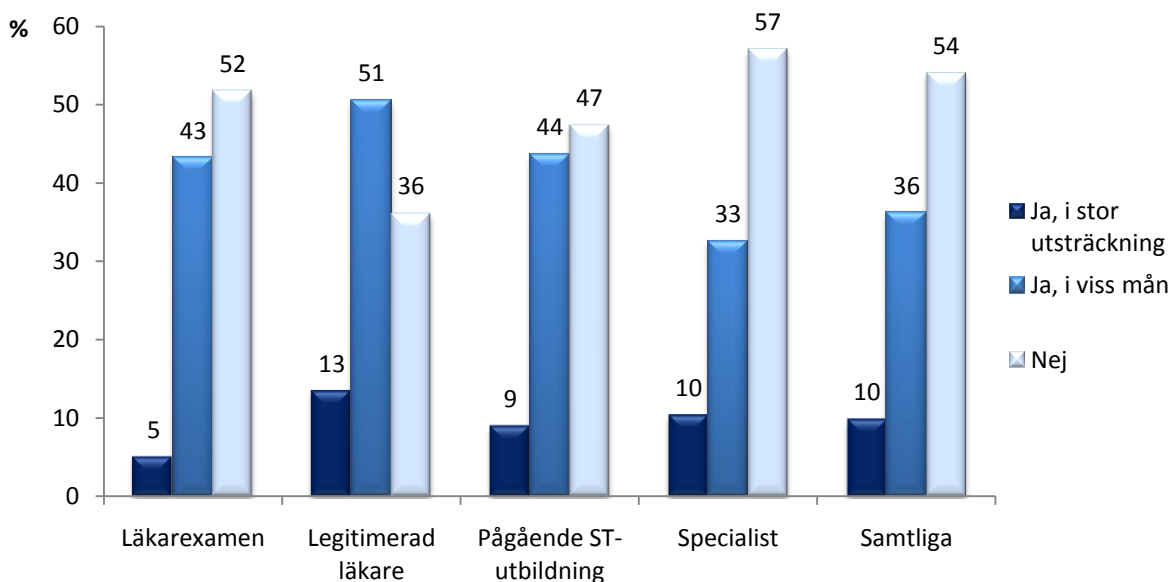
Problemen med sjukskrivning varierade med typ av klinik/mottagning och det gjorde även svaren på frågan om huruvida sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem eller inte. Nästan hälften av samtliga läkare (46 %) ansåg att detta var fallet, i åtminstone viss mån. (Figur 53). Nästan var femte läkare vid vårdcentralerna svarade att sjukskrivningsärenden i stor utsträckning innebär ett arbetsmiljöproblem, och drygt hälften att det i viss mån innebär ett arbetsmiljöproblem. Inom ortopedin ansåg 63 procent av läkarna att sjukskrivningsärenden i stor utsträckning eller i viss mån var ett arbetsmiljöproblem, och inom psykiatri och gynekologi var motsvarande siffror 56 respektive 45 procent.



Figur 53. Andel (%) läkare, för vilka sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem, per klinik. (Fråga 22)

Per utbildningsnivå

I Figur 54 visas andel läkare som svarade att arbetet med sjukskrivning innebar ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på utbildningsnivå. Av läkare med läkarlegitimation var det 64 procent som ansåg att sjukskrivning i stor utsträckning eller i viss mån var ett arbetsmiljöproblem. Motsvarande siffra för specialistläkarna var 43 procent.



Figur 54. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden i stor utsträckning, i viss mån alternativt inte, innebar ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på högsta utbildningsnivå. (Fråga 22)

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 stor utsträckning eller i viss mån som ett arbetsmiljöproblem av 46 procent av läkarna.

Oro, hot och konflikter

Oro, hot och konflikter som läkare kan uppleva i patientkontakter kan användas som indikatorer på den psykosociala arbetsmiljön. Mindre än en tiondel (8 %) av läkarna upplevde konflikt med patienten angående sjukskrivning minst en gång i veckan, medan 31 procent aldrig upplevde detta (Tabell 28). Läkare inom ortopedi upplevde konflikt minst en gång i veckan i något större utsträckning än övriga grupper (16 %). Oro för att bli anmäld eller hotad av en patient i sjukskrivningssituationen var ovanligt. Över 80 procent av läkarna upplevde aldrig detta och bara en procent så ofta som någon gång i veckan.

Att däremot en femtedel av samtliga läkare minst någon gång per år känner sig hotade av en patient i samband med sjukskrivning kan ses som mycket allvarligt. Det skedde inte någon större förändring mellan 2004 och 2008 när det gäller konflikt, oro eller hot i samband med sjukskrivning när man tittar på samtliga läkare, även om det finns en liten tendens till minskning. På kliniknivå kan man däremot se vissa förändringar, speciellt *bland läkare vid vårdcentralerna, där andel läkare som upplever konflikter minst någon gång per vecka har halverats.*

Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde konflikter, oro eller hot i sjukskrivningssituationen minst någon gång/vecka alternativt aldrig, uppdelat på kliniker/mottagningar. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 12, delfråga 7, 8 och 9)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?		... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?		... känner Du Dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	
		Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2004	22	9	5	72	4	64
	2008	12	15	2	78	1	72
Psykiatri	2004	12	28	1	83	3	78
	2008	13	21	3	81	2	72
Gynekologi	2004	9	29	2	89	1	86
	2008	13	28	2	84	2	81
Ortopedi	2004	18	11	1	78	1	77
	2008	16	13	1	84	1	77
Övriga läkare	2004	5	41	1	90	1	89
	2008	3	43	1	90	0	89
Samtliga	2004	10	30	2	84	2	81
	2008	8	31	1	85	1	82

Läkarna svarade att de sällan kände oro för att patienter ska byta läkare om de vägras sjukskrivning, och även att de sällan upplevt att patienter sagt att de ämnar göra detta (Tabell 29).

Tabell 29. Andel (%) läkare som kände oro för att patienter ska byta läkare eller har varit med om att patienter sagt att de ska byta läkare, minst någon gång/vecka alternativt aldrig, uppdelat på kliniker/mottagningar. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 12, delfråga 11 och 12)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?		... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	
	Minst någon gång/v	Aldrig/i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/i stort sett aldrig
Vårdcentral	2	82	1	70
Psykiatri	1	90	2	74
Gynekologi	1	88	0	83
Ortopedi	1	91	1	83
Övriga läkare	0	93	1	90
Samtliga	1	90	1	82

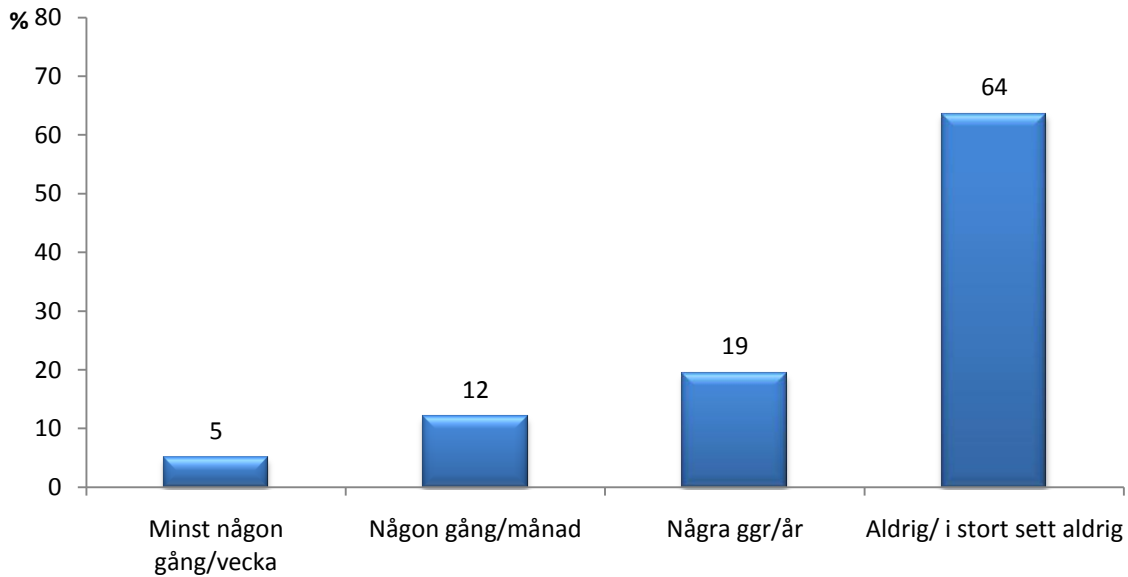
Orsaker till längre sjukskrivning än nödvändigt

Ett flertal frågor rörde hur ofta läkare sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av flera möjliga orsaker. Några sådana frågor rörde väntetider, bland annat till utredningar eller behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. År 2008 svarade fem procent av läkarna att de minst någon gång per vecka sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på återbesökstider, medan 64 procent svarade att de aldrig gjorde detta (Tabell 30). Läkare inom ortopedi gjorde detta i större utsträckning än de övriga fyra kategorierna av läkare; 15 procent svarade att detta hände minst någon gång per vecka. Väntetider till utredning och behandling inom hälso- och sjukvården var något oftare orsak till längre sjukskrivningar än nödvändigt; nio procent svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt pga detta minst någon gång i veckan, medan omkring 30 procent svarade att detta aldrig förekom. Även detta var vanligast för läkare inom ortopedi, omkring 20 procent gjorde detta minst någon gång per vecka.

Tabell 30. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika väntetider inom hälso- och sjukvården. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 13, delfrågor 1, 2 och 6)

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga....		... brist på återbesökstider?		... väntetider till utredning inom sjukvården?		... väntetider till behandling?	
		Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2004	-	-	24	9	24	7
	2008	5	56	16	8	14	5
Psykiatri	2004	-	-	12	47	10	42
	2008	11	57	11	34	11	36
Gynekologi	2004	-	-	2	66	2	51
	2008	8	63	3	54	1	51
Ortopedi	2004	-	-	32	23	39	13
	2008	15	37	21	19	24	13
Övriga läkare	2004	-	-	7	49	7	43
	2008	2	71	5	43	5	40
Samtliga	2004	-	-	12	39	12	34
	2008	5	64	9	32	9	30

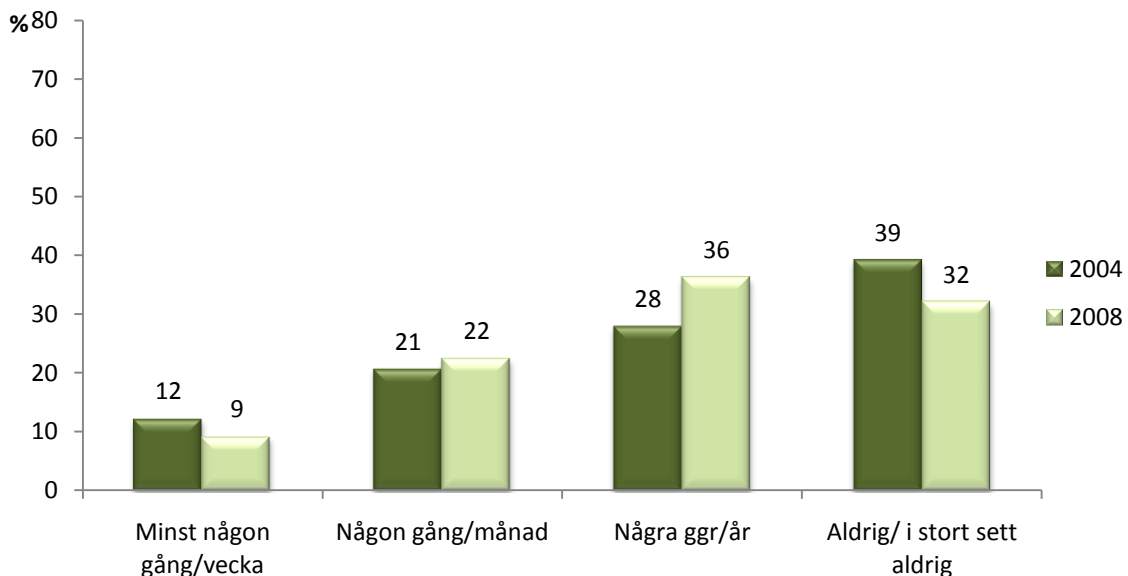
I Figur 55 visas svaren för alla svarsalternativen på frågan om läkarna sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på återbesökstider.



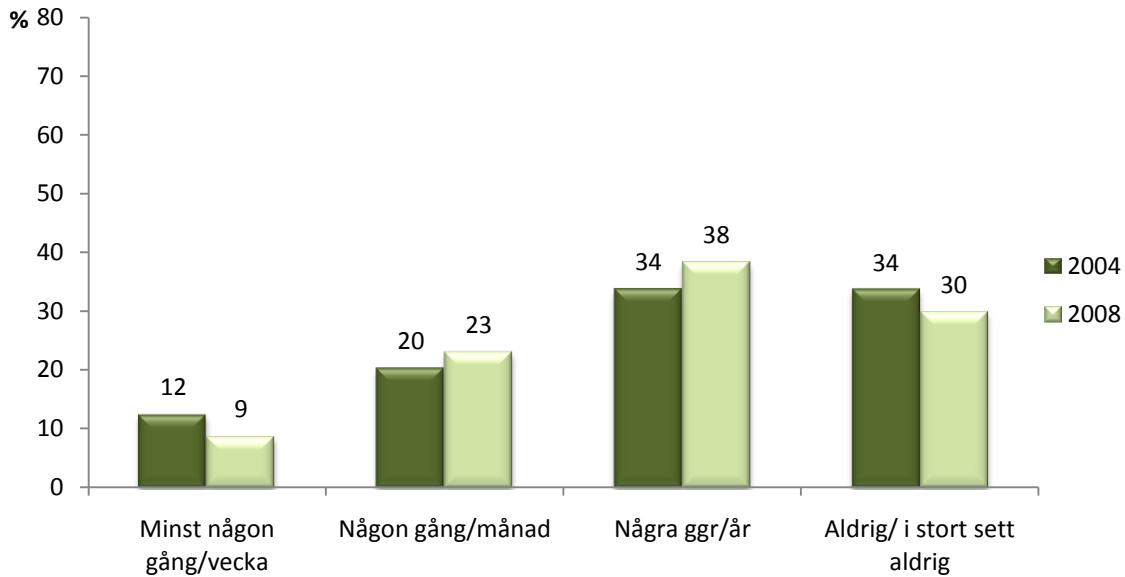
Figur 55. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av brist på återbesökstider. (Fråga 13, delfråga 1)

Frågorna om längre sjukskrivning än nödvändigt på grund av väntetider till utredning (Figur 56) och behandling (Figur 57) ställdes även 2004. Förändringarna mellan åren ser ut så att andelarna läkare som minst en gång per vecka sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider inom vården har minskat, samtidigt som andelarna som aldrig sjukskrivit längre än nödvändigt av samma orsak även de minskade.

När det gällde väntetider till utredning så förekom detta mer sällan 2008 (9 %) än det gjorde 2004 (13 %). Å andra sidan är det färre som uppger att detta aldrig förekommer 2008 (32 %) jämfört med 2004 (39 %). När det gäller väntetider för behandling är mönstret ungefär detsamma.



Figur 56. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider för utredning inom hälso- och sjukvården. (Fråga 13, delfråga 2)



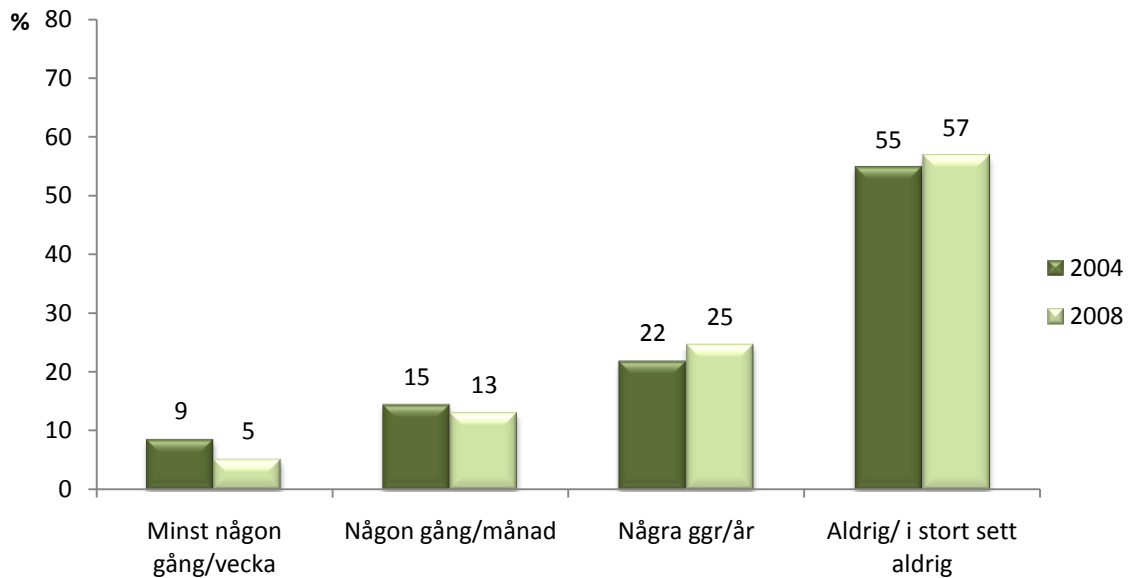
Figur 57. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till behandling inom sjukvården. (Fråga 13, delfråga 6)

När det gäller längre sjukskrivningar än nödvändigt på grund av avsaknad av kognitiv beteendeterapi eller andra mer specifika behandlingar så svarade fyra respektive tre procent av läkarna att de gjorde detta minst en gång per vecka (Tabell 31). Detta var vanligast inom psykiatri, där 10 respektive 9 procent av läkarna svarade att de gjorde detta minst en gång per vecka. Vid vårdcentralerna gjorde 7 respektive 5 procent av läkarna detta. Längre sjukskrivning än nödvändigt på grund av påverkan från andra inom vårdteamet förekom ganska sällan; en procent av läkarna svarade att detta förekommer minst någon gång per vecka.

Tabell 31. Andel (%) läkare som 2008 uppgav att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av övriga förhållanden och brister inom hälso- och sjukvården. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 13, delfrågorna 7, 8 och 12)

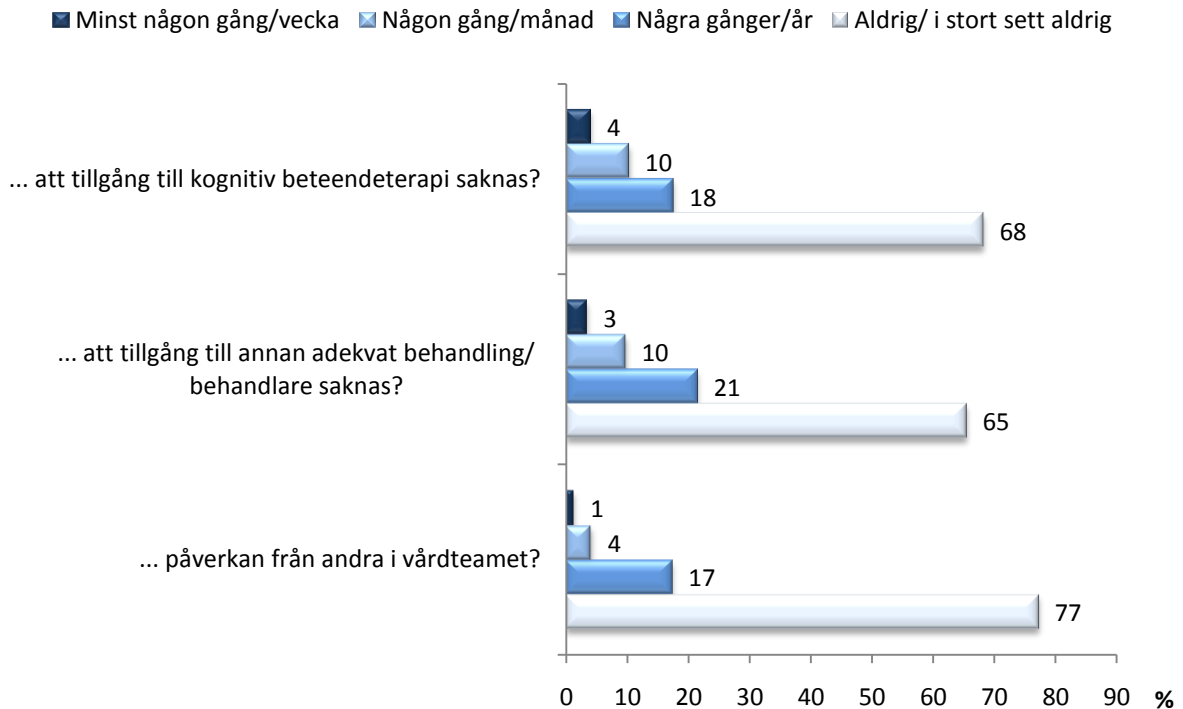
Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...	... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?		... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?		... påverkan från andra i vårdteamet?	
	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	7	39	5	43	1	74
Psykiatri	10	47	9	49	3	54
Gynekologi	1	85	1	76	5	70
Ortopedi	2	85	2	67	1	76
Övriga läkare	2	83	2	78	1	85
Samtliga	4	68	3	65	1	77

I 2004 års enkät fanns det bara en fråga om: ”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)?” I Figur 58 visas svarsfrekvenserna för samtliga läkare för denna fråga, i en jämförelse med en sammanslagning av två frågor från Tabell 31 (se metoddelen). Andelen läkare som minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling saknades, minskade något mellan åren.



Figur 58. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/ behandlare saknas. (Fråga 13, delfråga 7 och 8).

Figur 59 visar resultaten från Tabell 31 för samtliga läkare.



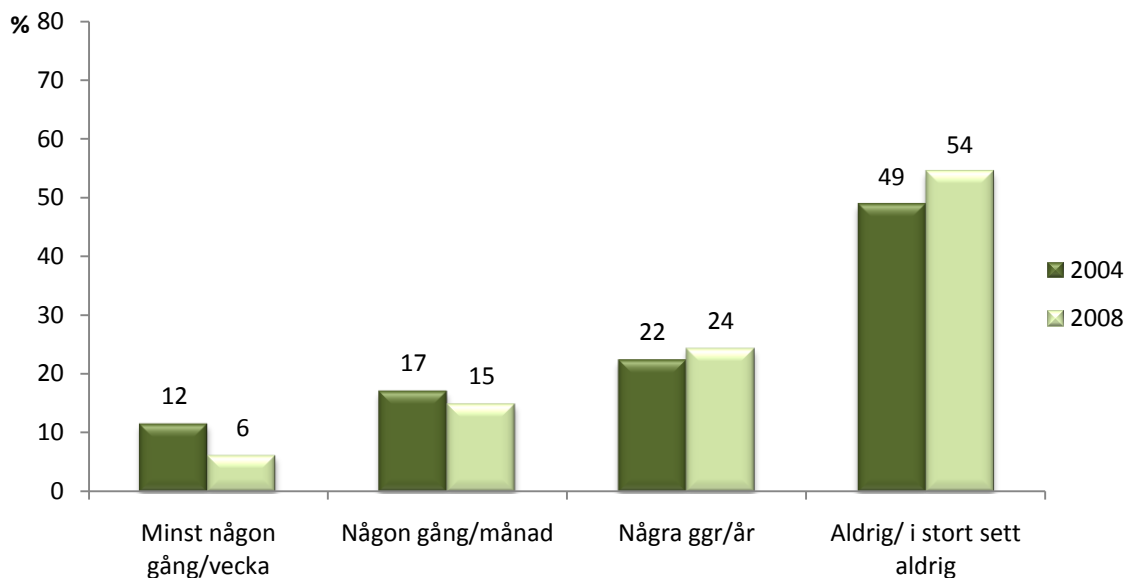
Figur 59. Andel (%) läkare som sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av viss behandling saknades eller på grund av påverkan från övriga vårdteamet. (Fråga 13, delfrågorna 7, 8 och 12)

Längre sjukskrivningsperioder än nödvändigt kan också bero på väntetider hos andra aktörer (Tabell 32). Sex procent av läkarna sjukskrev minst en gång i veckan patienter längre än nödvändigt på grund av väntetider för utredning hos Försäkringskassan. Detta var något vanligare vid vårdcentraler, där 10 procent av läkarna gjorde detta minst någon gång i veckan och bara 22 procent aldrig gjorde detta. Det var också vanligt inom psykiatri, där motsvarande siffror var 13 respektive 36 procent. Längre sjukskrivning på grund av väntetider till Arbetsförmedling och arbetsgivare var något mindre vanlig men gjordes minst en gång per vecka av 3 procent av samtliga läkare.

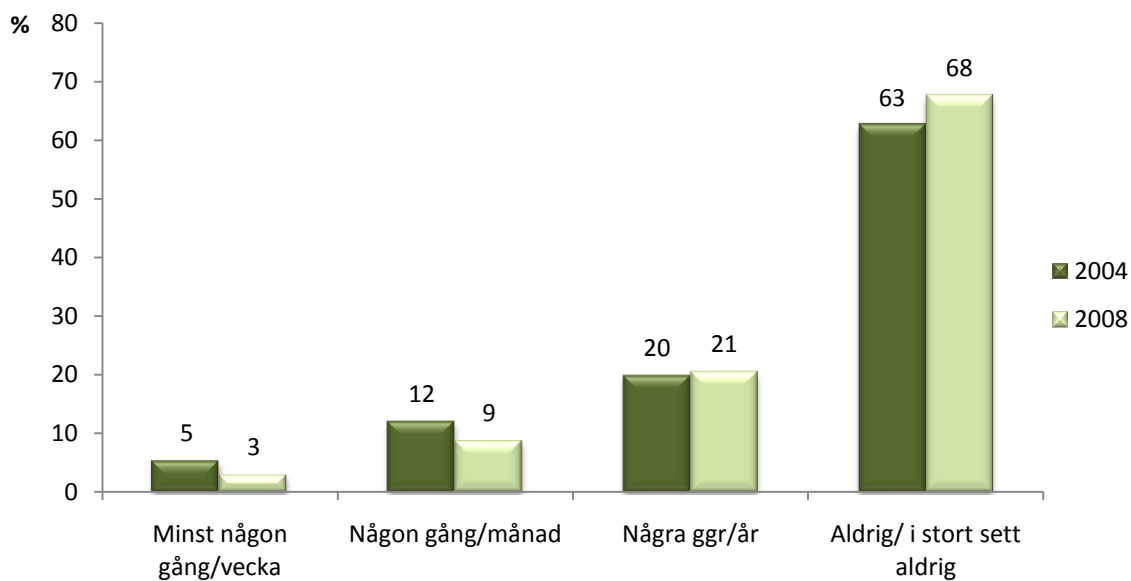
Tabell 32. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika väntetider hos samarbetsparter. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 13, delfrågorna 3, 4 och 5)

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...		... väntetider till utredning hos Försäkringskassan?		... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?		... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	
		Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2004	25	10	12	30	13	25
	2008	10	22	5	43	5	35
Psykiatri	2004	18	33	10	44	8	46
	2008	13	36	8	47	6	46
Gynekologi	2004	0	88	1	90	2	78
	2008	4	81	0	91	3	79
Ortopedi	2004	17	40	8	53	9	49
	2008	7	56	2	65	2	64
Övriga läkare	2004	6	64	2	78	3	70
	2008	3	71	1	81	2	74
Samtliga	2004	12	49	5	63	6	57
	2008	6	54	3	68	3	61

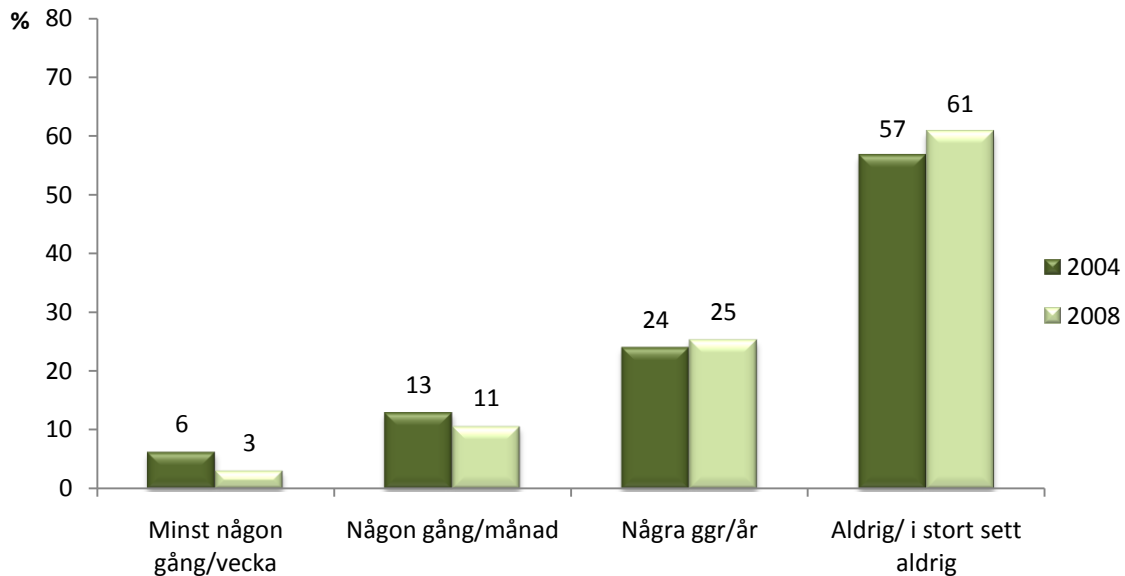
Frågorna som gällde väntetider till andra aktörer ställdes också 2004. En något lägre andel 2008 än 2004 sjukskrev patienter längre än nödvändigt pga väntetider till Försäkringskassan (Figur 60). Femtiofyra procent av läkarna gjorde aldrig detta år 2008, jämfört med 49 procent 2004 och andelen hade minskat något både när det gällde förekomst någon gång per månad/år och minst någon gång i veckan. Samma mönster sågs också när det gällde väntetider för utredning hos Arbetsförmedlingen (Figur 61) och väntetider för åtgärder hos arbetsgivaren (Figur 62).



Figur 60. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan (Fråga 13, delfråga 3)



Figur 61. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos arbetsförmedlingen (Fråga 13, delfråga 4)



Figur 62. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider för åtgärder hos patientens arbetsgivare. (Fråga 13, delfråga 5).

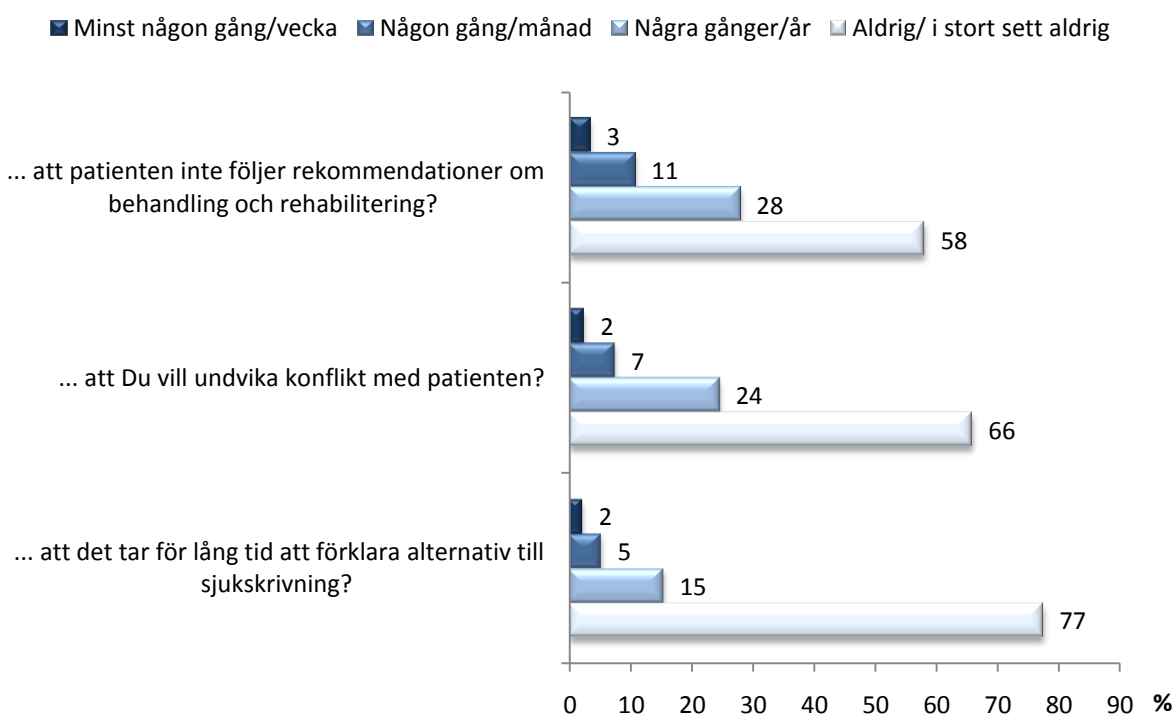
År 2008 ställdes också frågor om förekomst av längre sjukskrivning än nödvändigt på grund av några patientrelaterade faktorer (Tabell 33). Tre procent av läkarna svarade att minst någon gång per vecka sjukskrev de längre än nödvändigt pga att patienten följde rekommendationerna om behandling och rehabilitering, medan 58 procent uppgav att detta aldrig inträffade. Inom psykiatri uppgav 10 procent att detta inträffade minst en gång per vecka och 35 procent att det aldrig inträffade.

En tredjedel av läkarna svarade att de åtminstone någon gång årligen sjukskrev längre än nödvändigt för att undvika konflikter med patienten. Mellan 40 och 50 procent av läkarna vid vårdcentraler och inom gynekologi, psykiatri och ortopedi gjorde detta minst någon gång årligen. Att sjukskriva längre än nödvändigt på grund av att det skulle ta för lång tid att förklara alternativen till sjukskrivning för patienten förekom något mer sällan, en fjärdedel av läkarna inom psykiatri och en tredjedel av läkarna inom de övriga tre klinikkategorierna svarade att detta skedde åtminstone någon gång årligen.

Tabell 33. Andel (%) läkare som svarade att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av patientrelaterade faktorer. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 13, delfrågor 9, 10 och 11)

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...	... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?		... att Du vill undvika konflikt med patienten?		... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	
	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång per vecka	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	6	35	3	50	3	64
Psykiatri	10	35	3	61	2	75
Gynekologi	1	73	6	49	5	68
Ortopedi	3	47	2	61	3	66
Övriga läkare	1	73	1	77	1	87
Samtliga	3	58	2	66	2	77

Figur 63 visar resultaten från Tabell 33 för samtliga läkare.



Figur 63. Andel (%) läkare som sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av patientrelaterade faktorer. (Fråga 13, delfrågor 9, 10 och 11)

Tidsbrist i arbetet med sjukskrivning

Tid för patientkonsultation, pappersarbete och kompetensutveckling vid sjukskrivning

Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist: hur ofta läkarna hade 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 34 visas att över hälften av läkarna upplevde tidsbrist när det gällde alla dessa tre situationer minst en gång i veckan. Tre fjärdedelar av läkarna vid vårdcentraler och inom ortopedi upplevde tidsbrist minst någon gång per vecka både när det gällde tid med patienten och patientrelaterad tid. Lika ofta upplevde ungefär två tredjedelar av vårdcentralsläkare, läkare inom ortopedi och psykiatri tidsbrist när det gällde kompetensutveckling, handledning och reflektion.

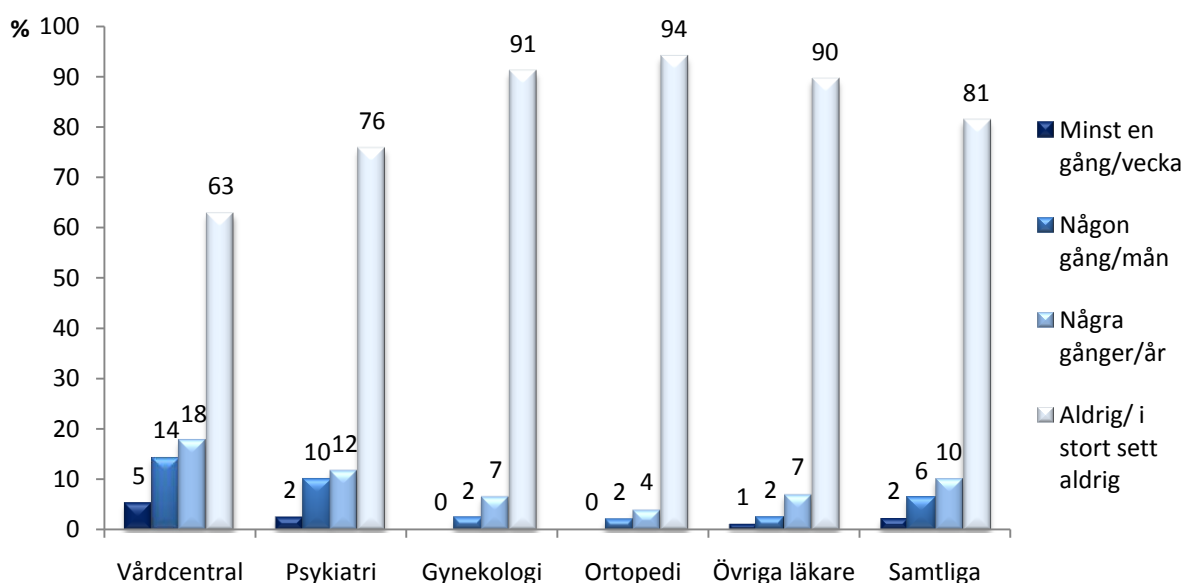
Tabell 34. Andel (%) läkare som hade tidsbrist minst någon gång i veckan respektive aldrig i arbetet med sjukskrivning. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 11)

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	... tid med patienten?		... patientrelaterad tid? ¹		... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	
	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	72	8	74	5	65	9
Psykiatri	56	19	70	10	64	14
Gynekologi	53	22	50	20	47	22
Ortopedi	74	14	77	7	69	15
Övriga läkare	40	28	48	18	44	25
Samtliga	53	21	59	14	53	19

¹ skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.

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 stor betydelse, inte minst för att etablera ”beprovad erfarenhet” – något som bl.a. innebär reflektion över erfarenheter (1). Så många som 81 procent av läkarna uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion och detta varierade mellan olika kliniker/mottagningar (Figur 64). Andel läkare som hade tid avsatt för reflektion minst en gång i månaden var störst vid vårdcentralerna; dock endast 19 %. Det är också här som man uppger störst problem med sjukskrivningarna. Inom psykiatri hade 12 procent av läkarna tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor minst en gång i månaden, men bara två procent inom gynekologi och ortopedi.



Figur 64. Andel (%) läkare som svarade att viss tid var avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 12, delfråga 14)

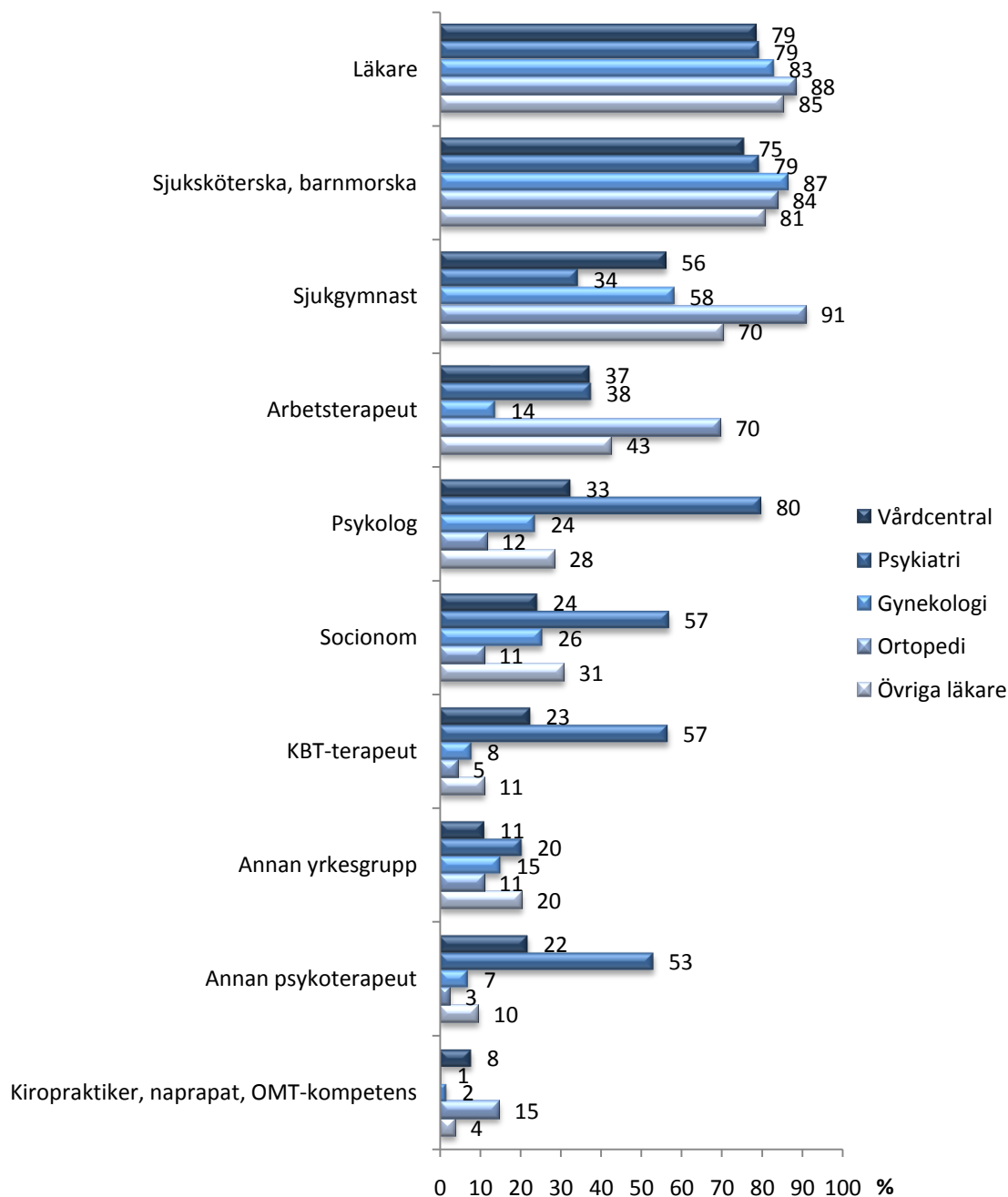
Samarbete och samverkan med andra i sjukskrivningsprocessen

Läkaren är en av många aktörer som är involverade i sjukskrivningsprocessen. Samarbete med patienten, annan vårdpersonal, Försäkringskassans personal, arbetsgivare med flera är en viktig del av handläggningen av sjukskrivningsärenden. Att i det dagliga arbetet ha tillgång till andra yrkeskompetenser kan underlätta samarbetet. Regeringen har bl.a. diskuterat vikten av att ha tillgång till beteendevetenskaplig kompetens i vissa sjukskrivningsärenden. Därför innehöll enkäten 2008 frågor om detta.

Tillgång till annan vårdpersonal

I sin dagliga patientverksamhet hade 84 procent av läkarna tillgång till läkarkolleger, 80 procent till sjuksköterskor/barnmorskor, 63 procent till sjukgymnast, 40 procent till arbetsterapeut, 34 procent till psykolog, 31 procent till socionom, 18 procent till kognitiv beteendeterapeut (KBT), 17 procent till annan psykoterapeut och 5 procent till kiropraktor, naprapat eller specialist inom ortopedisk manuell terapi (OMT).

I Figur 65 visas förhållandena för de olika klinikerna/mottagningarna. En större andel av läkarna inom psykiatrin har i sitt dagliga arbete tillgång till psykologer (80 %), KBT-terapeuter (57 %), socionomer (57 %) och andra psykoterapeuter (53 %). Läkare inom ortopedi har istället främst tillgång till sjukgymnaster (91 %) och arbetsterapeuter (70 %). Svaren visar även att mellan 12 och 21 procent av läkarna inom de fem grupperna arbetar i miljöer där de är ensamma läkare.



Figur 65. Andel (%) läkare som svarade att de hade tillgång till olika yrkesgrupper/kompetenser i sin dagliga patientverksamhet, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 10)

Samverkan och kontakter

En annan fråga var hur ofta läkare samarbetar med eller remitterar till andra aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Vanligt var att samarbeta med/remittera till sjukgymnast eller arbetsterapeut, vilket 16 procent av läkarna uppgav att de gjorde minst en gång per vecka (Tabell 35). Här skilde sig de olika klinikerna/mottagningarna; 31 procent av läkare inom ortopedi och 23 procent av de vid vårdcentralerna hade ett sådant samarbete minst en gång i veckan. Att samarbeta med kurator eller psykolog var också ganska vanligt, framför allt inom psykiatrin (31 %) och mindre så vid vårdcentralerna (17 %). *Det var*

däremot få som remitterade till eller samarbetade med företagshälsovården, bara 3 procent. Detta är dock ett vanligt resultat även i de få andra studierna om detta som finns (1).

Tabell 35. Andel (%) läkare som svarade att de samarbetar med/remitterar till företagshälsovård, kurator/psykolog eller sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsprocessen minst någon gång/vecka respektive aldrig, uppdelat på kliniker/mottagningar. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 12, delfråga 5, 17 och 18)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?				... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?		... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	
	Minst någon gång/v		Aldrig/ i stort sett aldrig		Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
	2004	2008	2004	2008				
Vårdcentral	9	4	20	30	17	13	23	15
Psykiatri	3	4	47	49	31	32	12	46
Gynekologi	1	1	76	80	4	48	13	36
Ortopedi	10	11	28	40	1	76	31	32
Övriga läkare	4	2	57	62	10	52	11	49
Samtliga	5	3	47	52	13	40	16	38

Samarbete med socialtjänsten och Arbetsförmedlingen var inte så vanligt, två (år 2004) respektive en procent (år 2008) av läkarna hade sådan kontakt minst en gång i veckan (Tabell 36). En stor del av läkarna, framför allt inom gynekologi och ortopedi, svarade att de aldrig hade någon sådan kontakt. Tio procent av läkarna inom psykiatrin hade dock kontakt med socialtjänsten minst en gång per vecka, vilket till en del kan bero på samarbetet inom missbruksvården. Att samarbeta med andra läkare var vanligare. Inom psykiatrin och vid vårdcentralerna var det 12 respektive 9 procent av läkarna som svarade att de gör detta minst en gång i veckan.

Tabell 36. Andel (%) läkare som svarade att de samarbetar med/remitterar till andra läkare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsprocessen minst någon gång/vecka respektive aldrig, uppdelat på kliniker/mottagningar. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 12, delfråga 19, 20 och 21)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsfrågor?		... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?		... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	
	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	9	15	1	60	1	41
Psykiatri	12	26	10	29	4	33
Gynekologi	4	39	0	88	0	90
Ortopedi	5	37	0	87	0	69

Övriga läkare	6	38	1	85	1	78
Samtliga	7	31	2	73	1	64

En låg andel läkare deltog i avstämningsmöten, fem procent gjorde detta minst någon gång per vecka (Tabell 37). Över 60 procent deltog aldrig i sådana möten. Deltagande var vanligare inom psykiatri och vid vårdcentralerna, där omkring 70 procent av läkarna deltar åtminstone någon gång per år. Andra kontakter med patientens arbetsgivare var också ovanliga. Över 90 procent av läkarna inom ortopedi och gynekologi deltog aldrig i samverkansmöten eller hade några kontakter med patientens arbetsgivare.

På frågan om man saknade en ”coach” eller lots som kunde samordna åtgärder för patienten var det relativt hög procent som gjorde detta minst någon gång per vecka: 30 procent av läkare inom psykiatri, 18 procent av läkarna vid vårdcentraler och 15 procent av läkarna inom ortopedi.

Tabell 37. Andel (%) läkare som svarade att de deltar i avstämningsmöten eller har andra kontakter med arbetsgivare, andra läkare, respektive saknar en samordnande ”coach” för patienten, minst någon gång/vecka respektive aldrig, uppdelat på kliniker/mottagningar. Siffror för mellangruppen (ngr gånger per år månad eller år) redovisas inte. (Fråga 12, delfråga 15, 16 och 22)

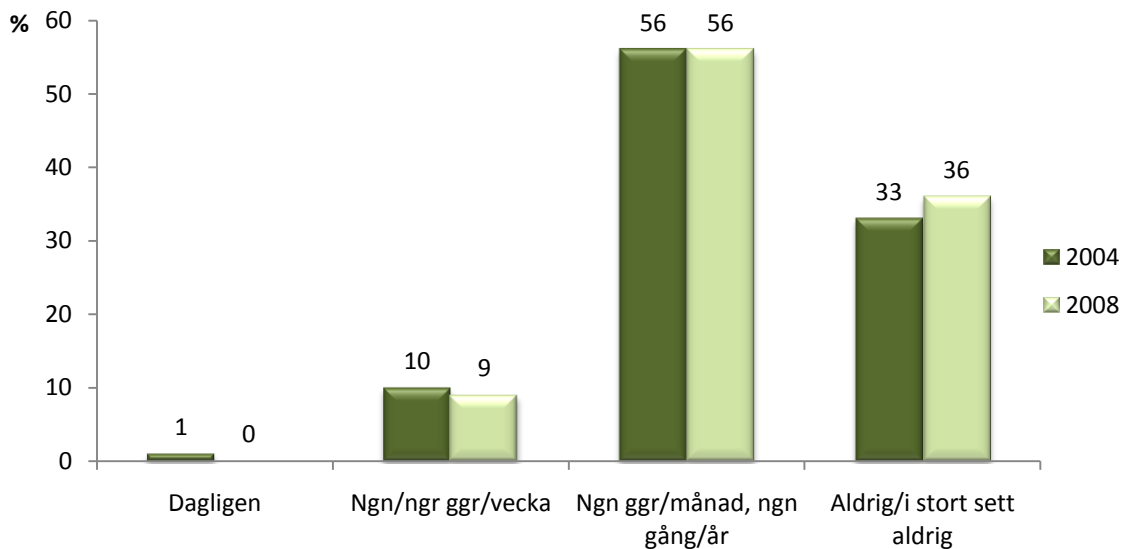
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?		... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?		... saknar Du en person (t ex s.k. coach eller lots) som samordnar åtgärder för patienten?	
	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig	Minst någon gång/v	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2	31	1	72	18	25
Psykiatri	15	30	4	39	30	26
Gynekologi	0	90	0	91	9	54
Ortopedi	0	94	0	93	15	32
Övriga läkare	6	77	6	81	8	51
Samtliga	5	62	4	76	13	40

Kontakter med Försäkringskassan

Många läkare har inte kontakt med Försäkringskassan annat än via det läkarintyg, medicinska underlag, som de skriver. Intern och extern samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsarbetet var ett av de prioriterade områdena för miljardsatsningen och Försäkringskassan är den vanligaste externa samverkansparten.

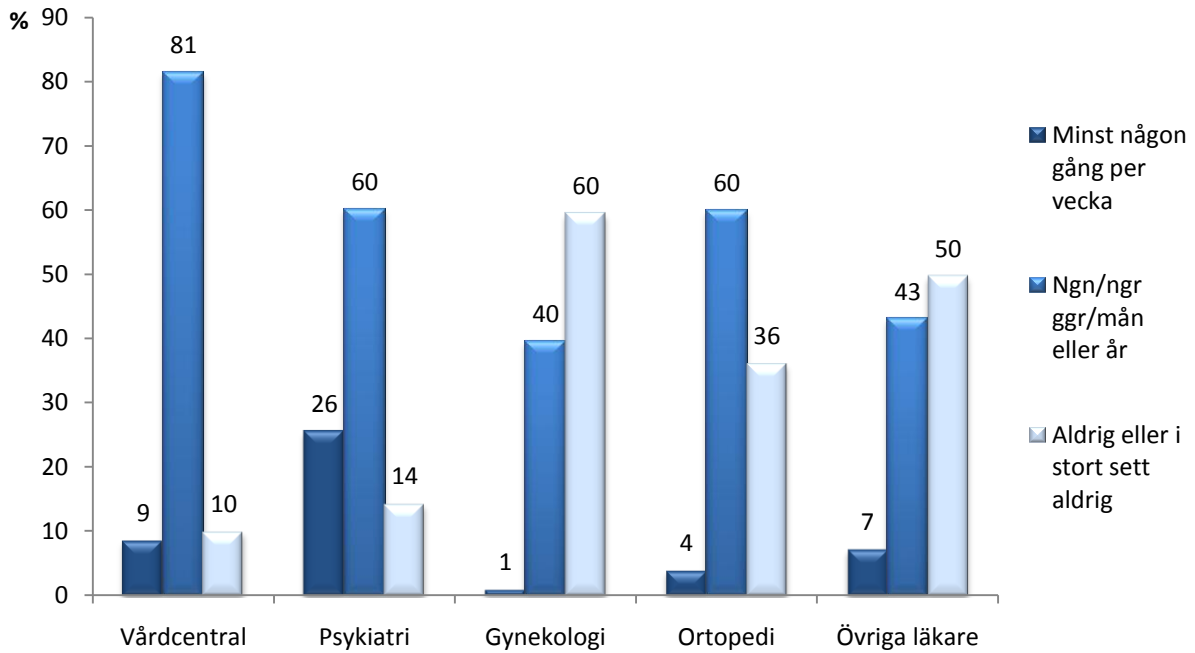
Frekvens av kontakter med Försäkringskassan

Elva procent svarade att de hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per vecka eller oftare 2004. Denna siffra hade sjunkit till nio procent 2008 (Figur 66). Trettiosex procent av läkarna svarade att de aldrig hade kontakt med Försäkringskassan på annat sätt än via intyget 2008, vilket är en viss ökning sedan 2004. Detta kan relateras till den kraftiga nedgången i sjukskrivningar över de fyra åren.



Figur 66. Andel (%) läkare och frekvens av kontakter med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden (avser ej skrivande av intyg). (Fråga 15, delfråga 2)

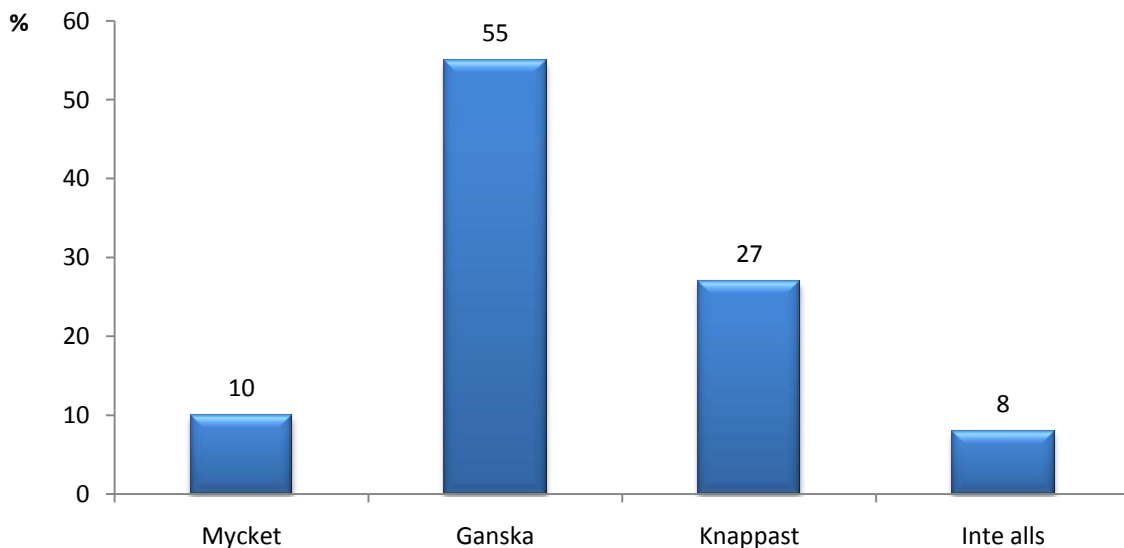
Hur ofta samverkan med Försäkringskassan skedde varierade med typ av klinisk verksamhet. De kliniker/mottagningar som kan antas ha fler patienter som är långtidssjukskrivna och som har större behov av rehabilitering kan också förväntas ha mer kontakt med Försäkringskassan. Detta gäller även för kliniker/mottagningar som oftare möter patienter där diagnos är svårare att sätta. Andel läkare som svarade att de hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång varje vecka var högst inom psykiatrin (26 %) och vid vårdcentralerna (9 %) (Figur 67). Nittio procent av läkarna vid vårdcentralen och 86 procent av läkarna inom psykiatrin hade kontakt med Försäkringskassan åtminstone någon gång per månad eller år.



Figur 67. Andel (%) läkare som hade kontakt med Försäkringskassan varje vecka, någon gång/månad eller år respektive aldrig, uppdelat per klinik/mottagning. (Fråga 15, delfråga 2)

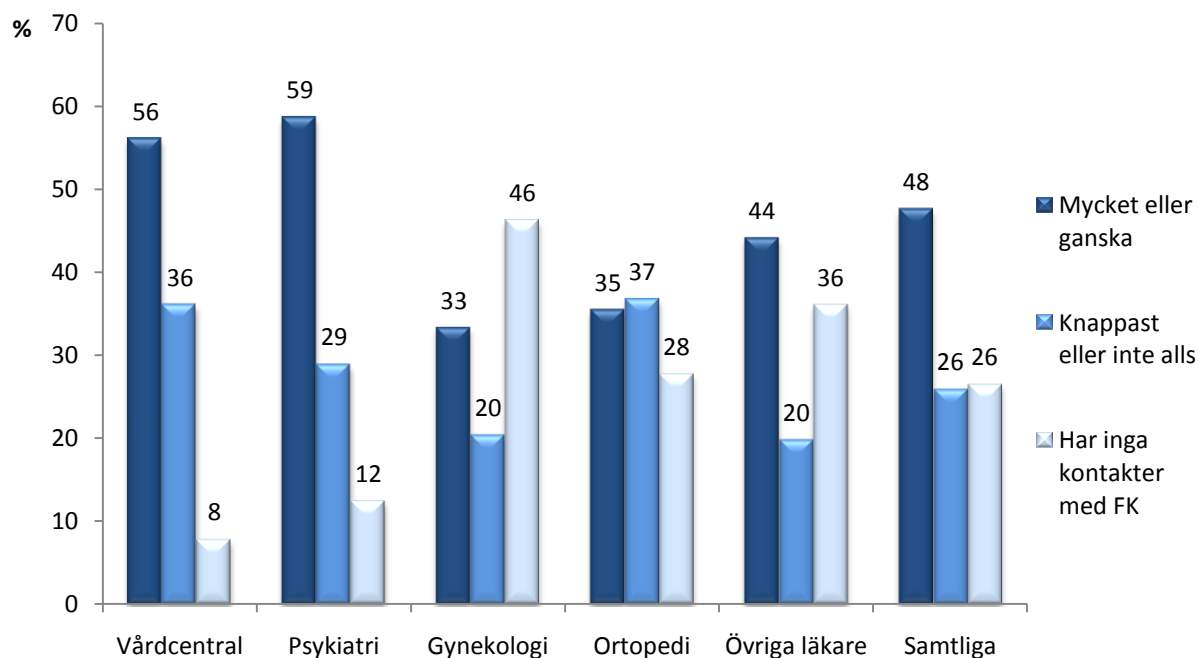
Hur nöjd är läkarna med kontakterna med Försäkringskassan

Av de sjukskrivande läkare som svarat att de hade kontakt med Försäkringskassan svarade två tredjedelar (65 %) att de var mycket eller ganska nöjda med kontakten (Figur 68). Även svarsalternativet ”Har inga kontakter med Försäkringskassan” fanns med för denna fråga; 26 procent av läkarna svarade detta, de har räknats som bortfall i Figur 68.



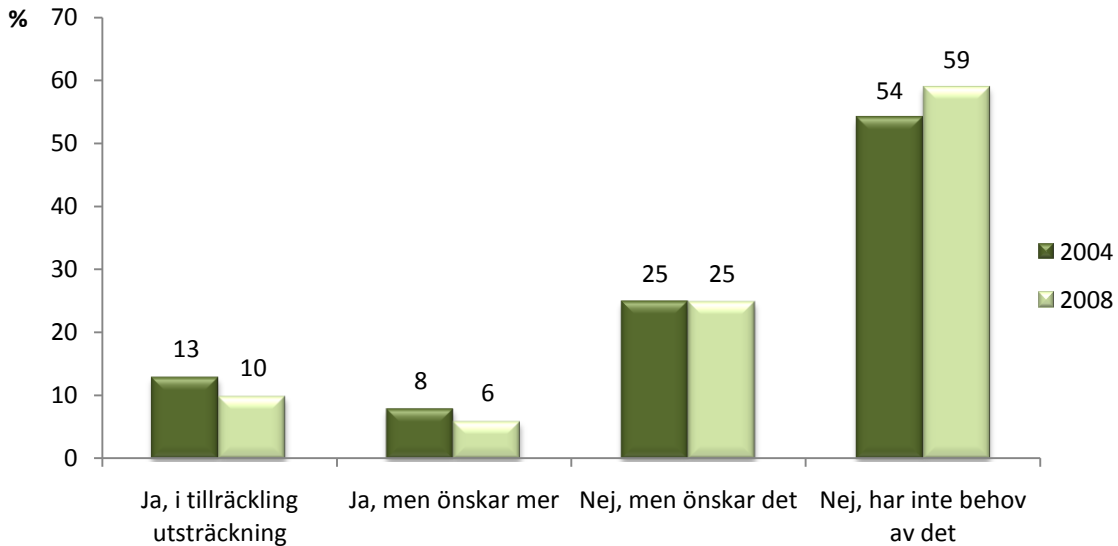
Figur 68. Andel (%) läkare som svarade att de var mycket, ganska, knappast eller inte alls nöjda med sin kontakt med Försäkringskassan. (Fråga 15, delfråga 1)

Hur nöjda läkarna var med sina kontakter med Försäkringskassan varierade mellan klinikerna. I Figur 69 visas också hur stor andel av läkarna som uppgav att de inte hade någon kontakt, vilket var en fjärdedel av samtliga (26 %).



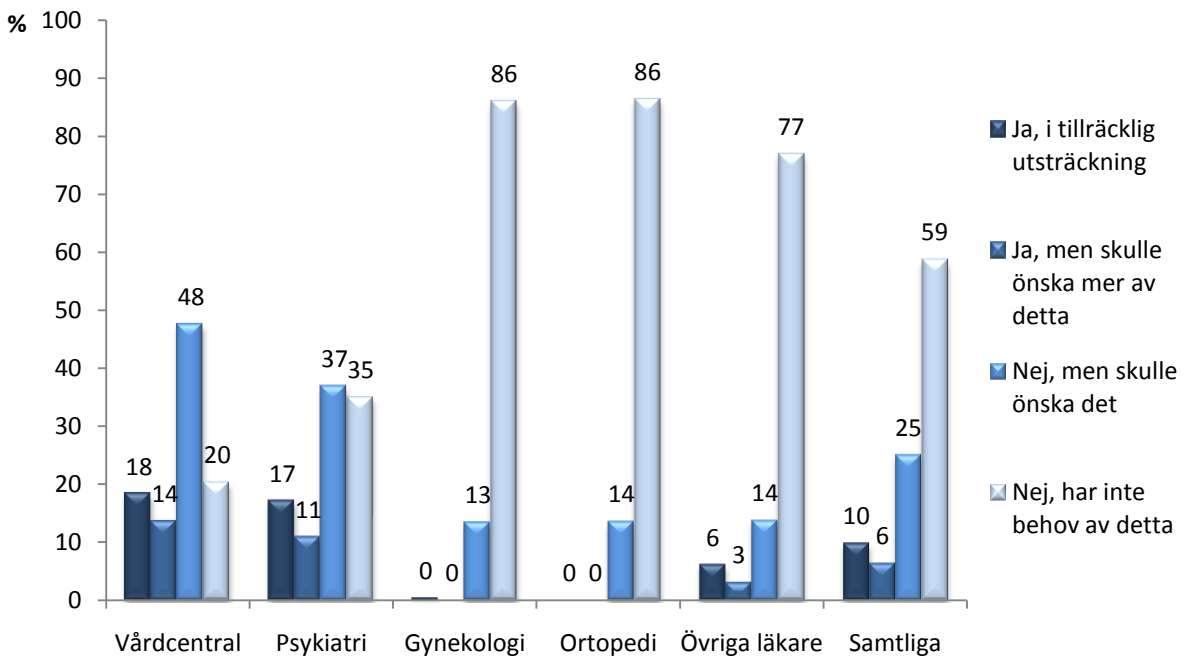
Figur 69. Andel (%) läkare som svarade att de var mycket/ ganska, knappast/ inte alls nöjda med sin kontakt med Försäkringskassan respektive inte hade några kontakter, uppdelat på typer av kliniker/mottagningar. (Fråga 15, delfråga 1)

På frågan om läkarna hade regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten, rehabiliteringsmöten eller möten med Försäkringskassans handläggare vid mottagningen, svarade 10 procent att de hade tillräcklig kontakt medan 31 procent önskade mer sådan kontakt med Försäkringskassan (Figur 70). Samma fråga ställdes 2004 och då var det en något större andel läkare som svarade att de hade tillräcklig kontakt (13 %) men även en något större andel som svarade att de önskade kontakt eller önskade mer kontakt (33 %). Något fler svarade att de inte hade behov av kontakt 2008 (59 %) jämfört med 2004 (54 %).



Figur 70. Andel (%) läkare som svarade att de har eller önskar regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan. (Fråga 15, delfråga 3)

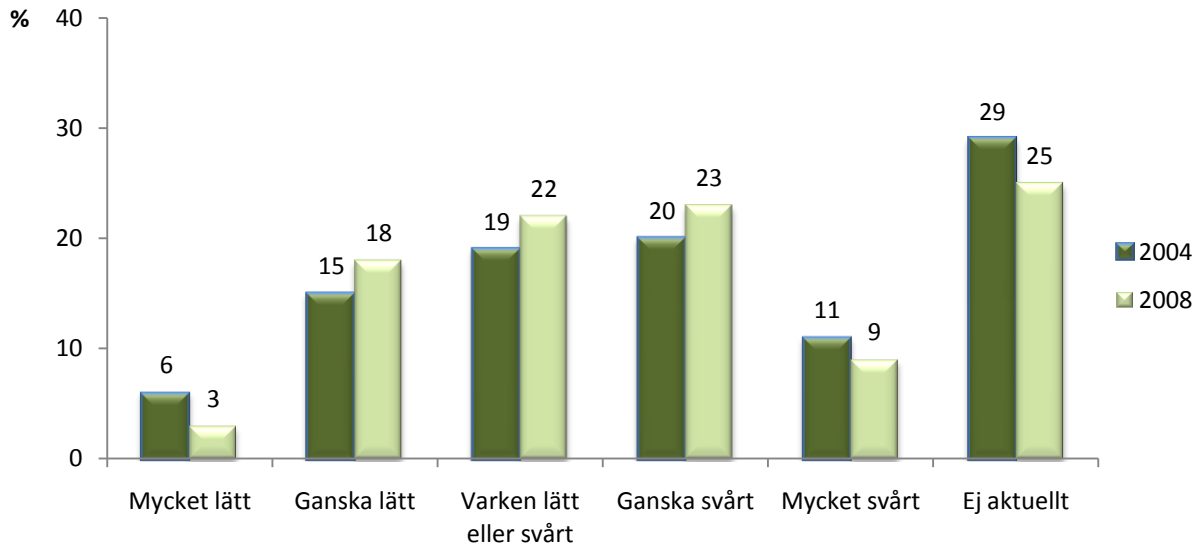
Kliniker/mottagningar skiljer sig kraftigt åt när det gäller uttryckt behov av regelbundna möten med Försäkringskassan (Figur 71). En mycket hög andel av läkarna inom gynekologi och ortopedi (86 %) anser sig inte behöva regelbundna kontakter med Försäkringskassan, medan läkarna inom psykiatri och vid vårdcentralerna inte har, men önskar, regelbunden sådan kontakt (37 respektive 48 %).



Figur 71. Andel (%) läkare som svarade att de har eller önskar regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 15, delfråga 3)

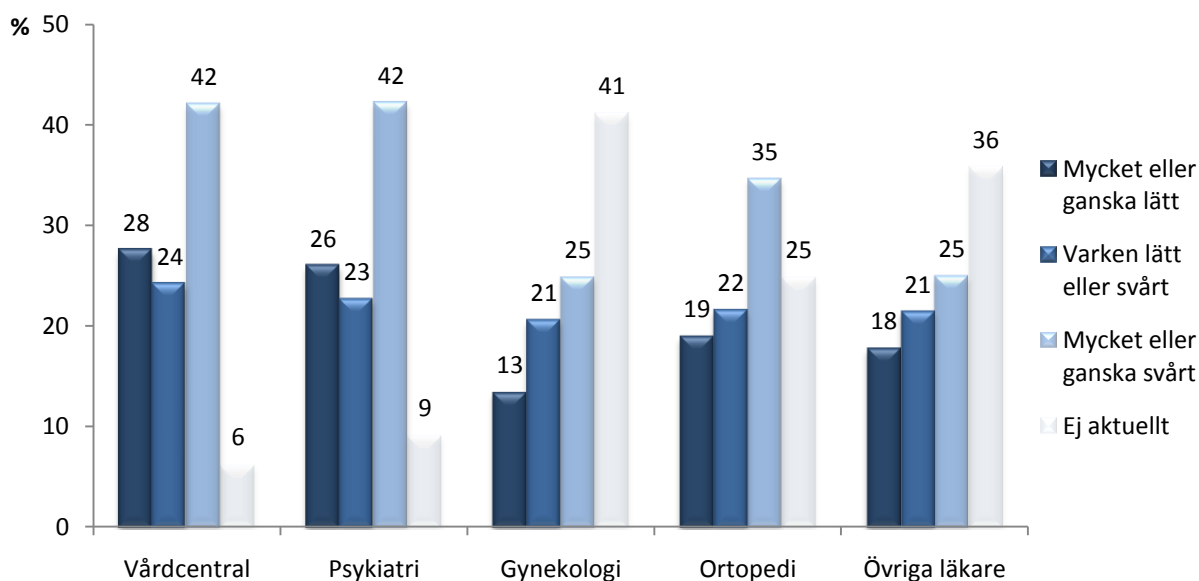
Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan

På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare har andelen som svarade att detta inte var aktuellt minskat från 29 till 25 procent mellan 2004 och 2008 (Figur 72). Andelen som ansåg det mycket eller ganska lätt att få kontakt var oförändrad (21 %). En tredjedel av läkarna ansåg båda åren att det var ganska eller mycket svårt att få kontakt. En minskning kan ses av andelen som uppgav att samverkan med Försäkringskassan inte är aktuell.



Figur 72. Andel (%) läkare som svarade hur lätt respektive svårt det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, 2004 och 2008. (Fråga 15, delfråga 4)

I frågan om kontakt med Försäkringskassan skiljer sig de olika klinikerna/mottagningarna åt, vilket visas i Figur 73. Det var 42 procent av vårdcentralsläkarna och läkare inom psykiatri som svarade att det var mycket eller ganska svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan. Högst andel läkare som uppgav att kontakten inte var aktuell var inom gynekologi (41 %).



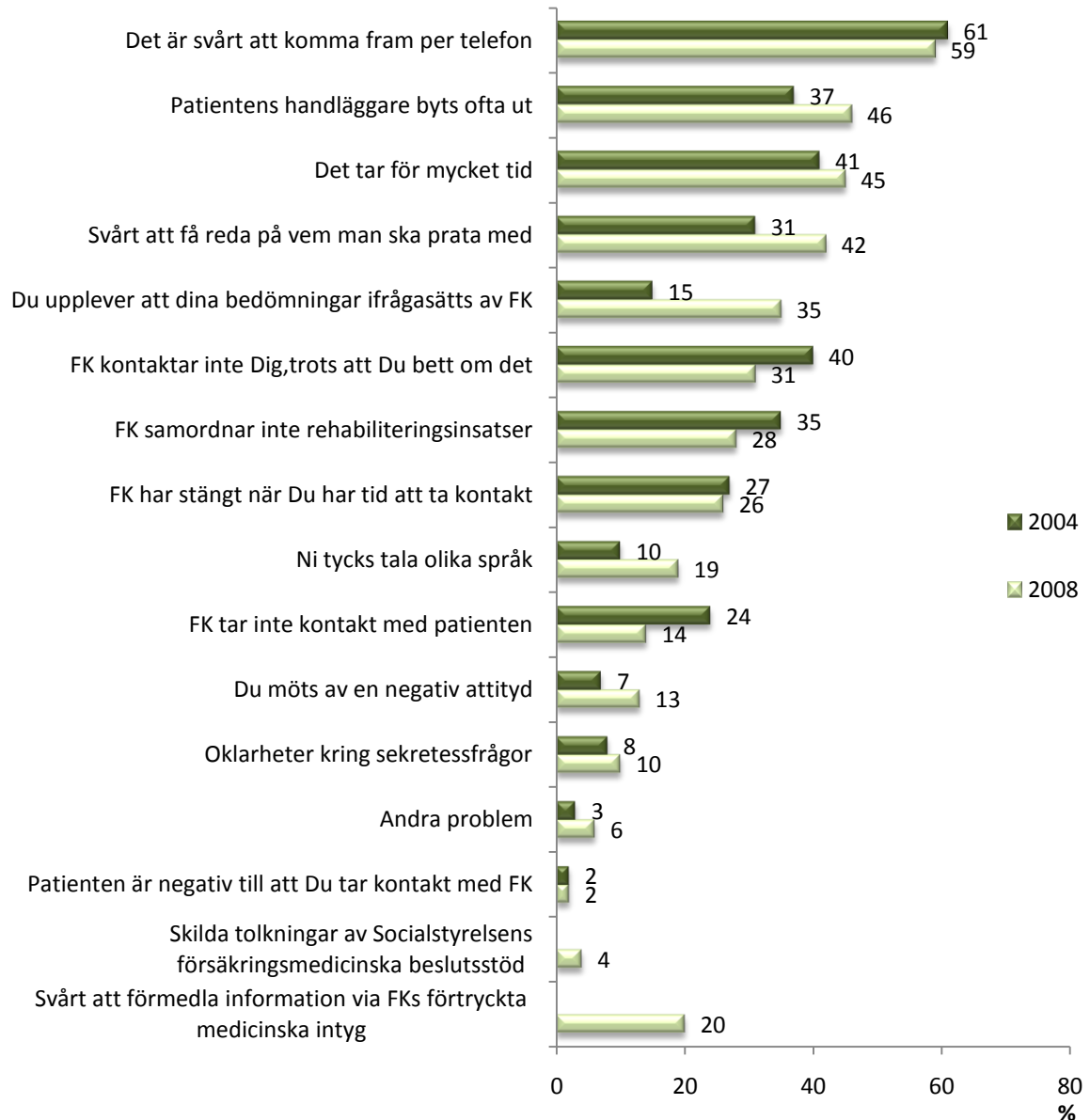
Figur 73. Andel (%) läkare som uppgav hur lätt respektive svårt det var att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 15, delfråga 4)

På frågan om olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var den svårighet de flesta angav både 2004 (61 %) och 2008 (59 %) att det var *svårt att komma fram per telefon* (Figur 74).

Den kraftigaste ökningen mellan 2004 och 2008 när det gäller svårigheter var andelen läkare som svarade att Försäkringskassan ifrågasatte deras bedömningar. År 2004 svarade 15 procent av läkarna detta, medan 35 procent svarade detta år 2008. Detta kan delvis förklaras av skillnaden i hur frågorna ställdes 2004 respektive 2008. 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 om Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (f.d. försäkringsläkare) ifrågasatte läkarens bedömningar, vilket kan påverka resultatet i jämförelsen (se metodavsnittet för hur detta hanterats), men detta kan inte förklara hela den ökning som skett.

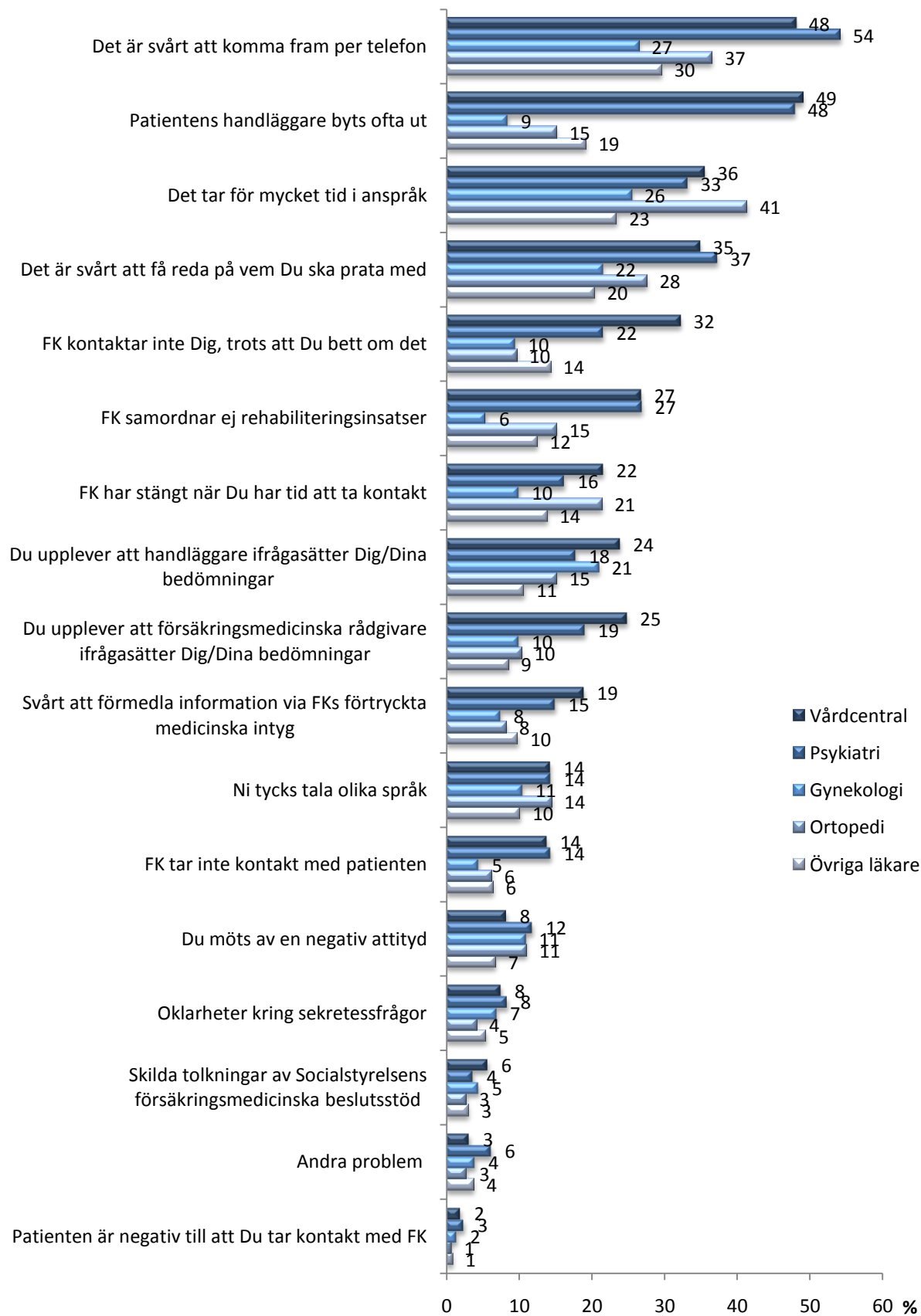
En ökning syntes även av svårigheter med att patientens handläggare ofta byts ut, svårigheter att få reda på vem man ska tala med, svårigheter i att handläggare och läkare tycks tala olika språk och att läkarna tycker att de möts av en negativ attityd. En lägre andel läkare ansåg 2008 att det var ett problem att Försäkringskassan inte kontaktade patienten eller inte kontaktade läkaren eller att de inte samordnade rehabiliteringen.

Två frågor var inte med 2004, svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans förtryckta intyg, vilket 20 procent av läkarna upplevde, och skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, något som fyra procent av läkarna upplevde.



Figur 74. Andel (%) läkare som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, 2004 och 2008. (Fråga 16)

I de flesta avseenden var det bland vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri som den största andelen läkare svarade att de upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, vilket visas i Figur 75. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 16). Den svårighet störst andel av läkarna inom ortopedi upplevde, var att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk.



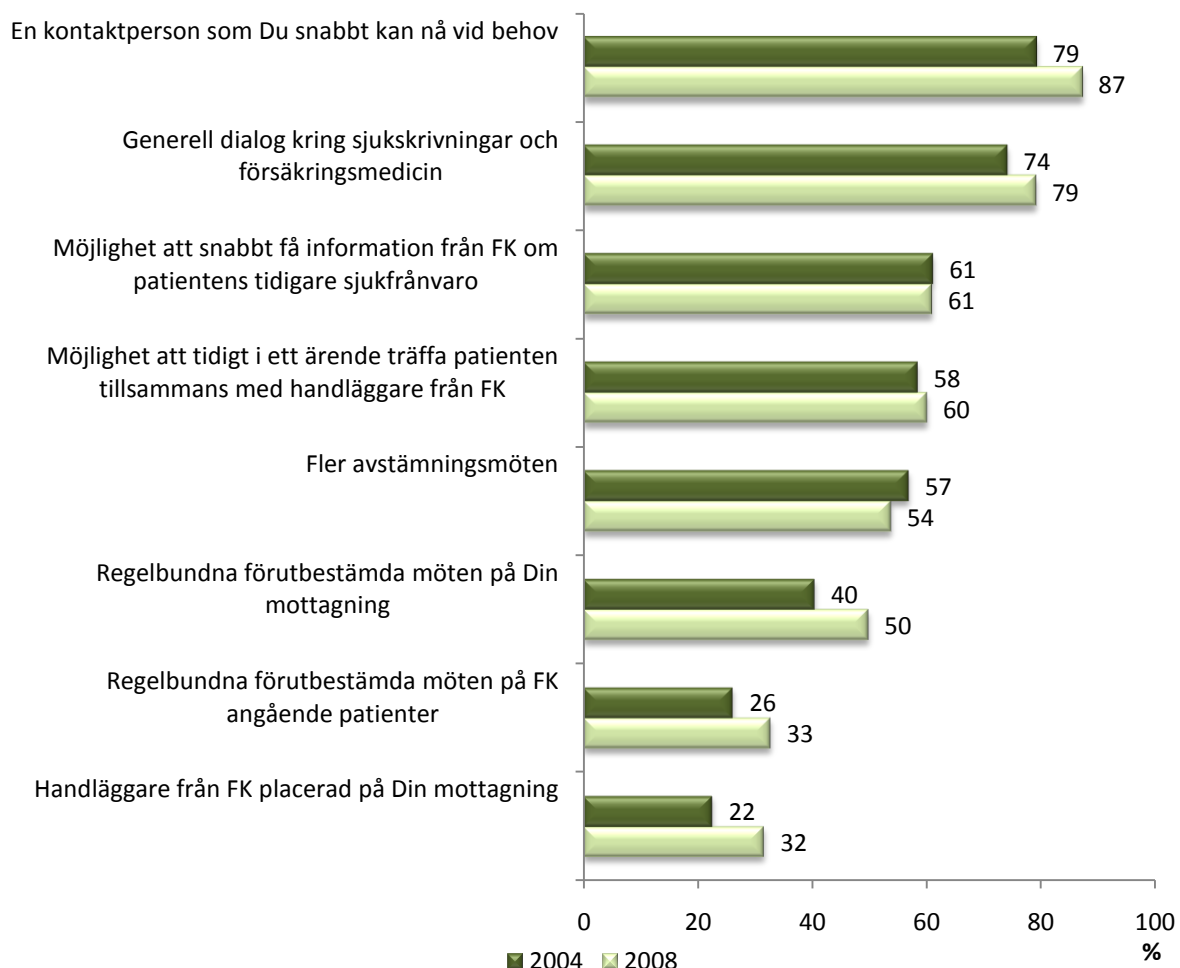
Figur 75. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 16).

Läkares önskemål kring framtida kontakter med Försäkringskassan

Ett antal frågor handlade om läkarnas önskemål när det gäller framtida kontakter med Försäkringskassan (Figur 76). Tjugotvå procent av läkarna uppgav att de inte kommer att ha kontakter med Försäkringskassan. En hög andel (79 %) svarade 2004 att en *kontaktperson på Försäkringskassan var mycket eller ganska viktigt för framtida kontakter med Försäkringskassan*. År 2008 hade denna andel ökat till 87 procent. Den åtgärden var den absolut viktigaste år 2004 och kvarstår alltså som den viktigaste 2008.

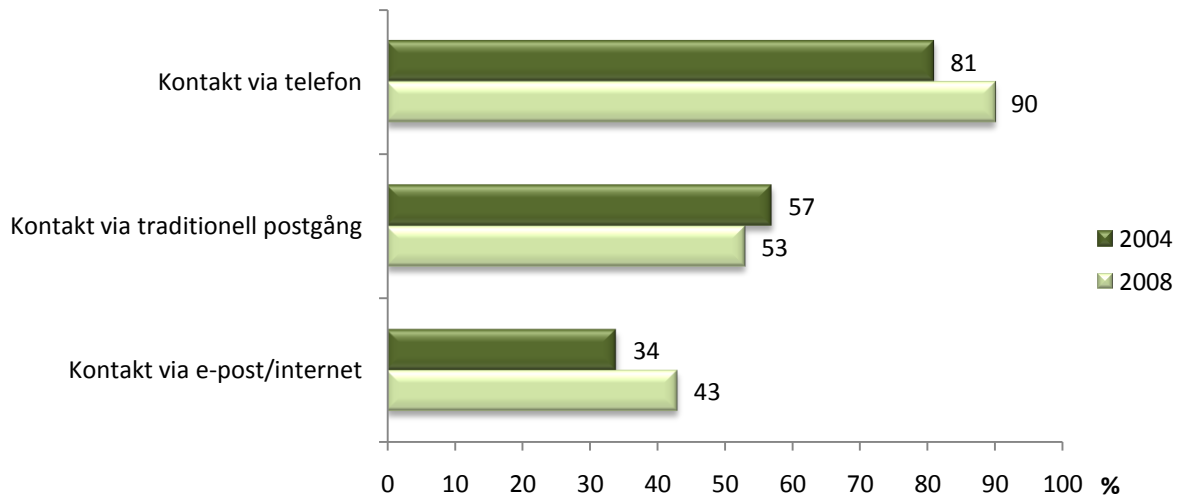
En generell dialog kring sjukskrivning och försäkringsmedicin var det fortfarande en hög andel läkare som önskade, även den andelen hade ökat något från 2004. *Möjligheten till snabb information om patientens tidigare sjukskrivningar och att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med handläggare* tycks även de vara viktigare än regelbundna möten. Önskan om regelbundna möten har ökat något mellan 2004 och 2008.

Ett nytt alternativ i enkäten 2008 var ”Att få information från Försäkringskassan om handläggning och beslut angående patient Du skrivit intyg för”. Hela 82 procent svarade att detta var mycket eller ganska viktigt (ej i figur).



Figur 76. Andel (%) läkare som svarade att olika alternativ var mycket eller ganska viktiga för de egna framtida kontakterna med Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008. (Svarsalternativen är viktade pga. att alternativet ”Kommer inte att ha kontakt med Försäkringskassan” inte fanns med år 2004, se metodavsnittet.) (Fråga 17, delfråga 1-5 och 9-11)

När det gäller kontaktvägar med Försäkringskassan svarade 81 procent av läkarna 2004 att *telefonkontakt var viktigast*. År 2008 var detta fortfarande viktigast och hade ökat till 90 procent (Figur 77).

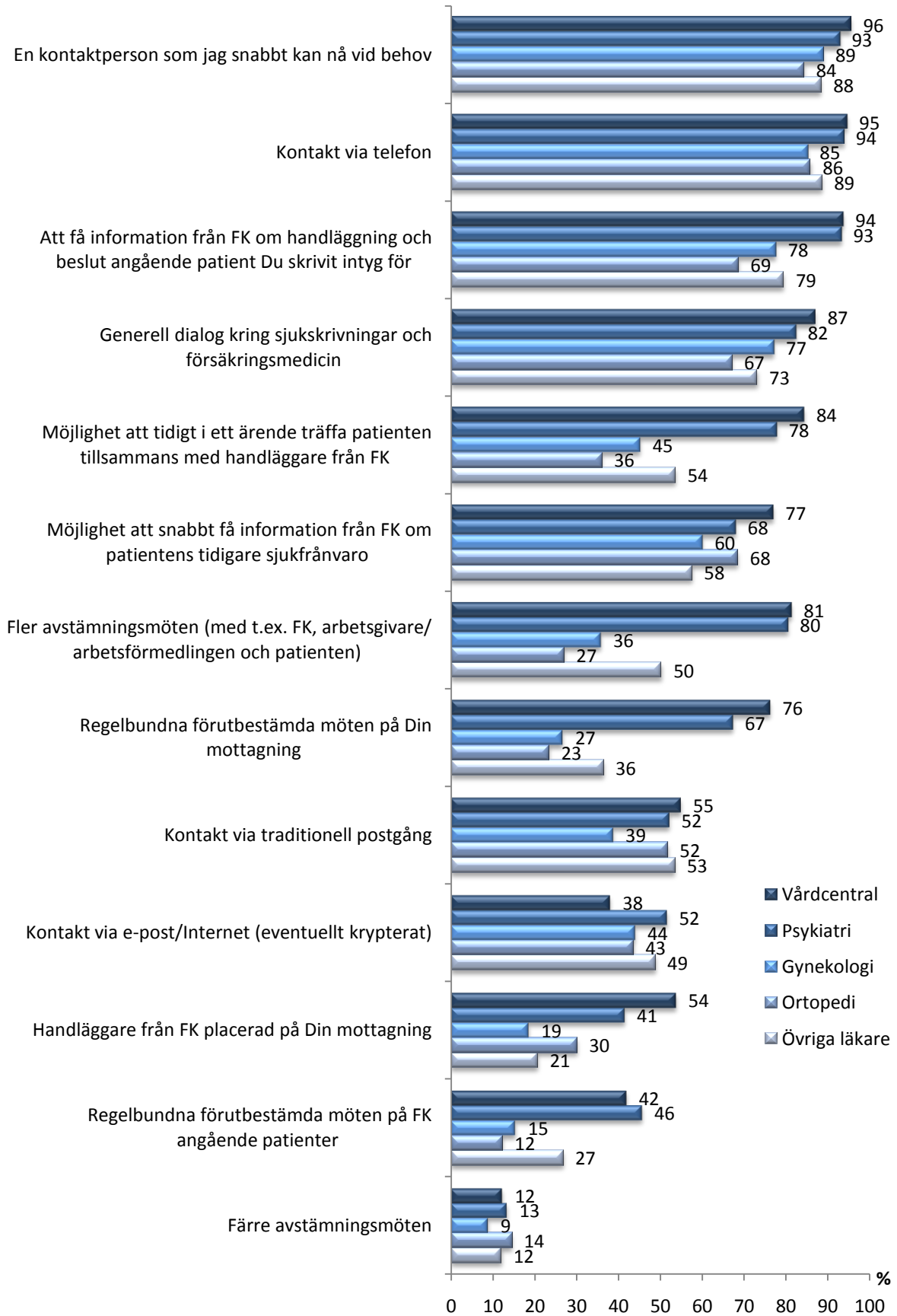


Figur 77. Andel (%) läkare som svarade att olika kontaktvägar var mycket eller ganska viktiga för framtida kontakter med Försäkringskassan, år 2004 respektive 2008. (Svarsalternativen är viktade pga. att alternativet ”Kommer inte att ha kontakt med Försäkringskassan” inte fanns med år 2004, se metodavsnittet.) (Fråga 17, delfrågorna 6-8).

I Figur 78 visas resultaten för de olika klinikerna/mottagningarna. Minst skillnad mellan klinikerna/mottagningarna visade svaren att det var mycket eller ganska viktigt att snabbt kunna nå en kontaktperson på Försäkringskassan och att kunna få kontakt via telefon.

Vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri skiljer sig från övriga läkare genom att en högre andel av dem svarade att de önskar olika former av kontakt. De svarade i betydligt högre utsträckning än övriga läkare att de ville få information om Försäkringskassans beslut, få möjlighet att i ett tidigt skede träffa patienten tillsammans med handläggare från Försäkringskassan, ha fler avstämningsmöten samt ha regelbundna möten på den egna mottagningen eller på Försäkringskassan. De största skillnaderna mellan klinikerna var i frågorna om fler avstämningsmöten och regelbundna möten.

En mer jämn fördelning mellan de olika klinikerna/mottagningarna fanns även när det gällde att ha en generell dialog kring sjukskrivningar och försäkringsmedicin, att snabbt få information om patientens tidigare sjukfrånvaro och att få kontakt via e-post.



Figur 78. Andel (%) läkare som svarade att olika alternativ var mycket eller ganska viktiga för de egna framtida kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på olika kliniker/mottagningar. (Fråga 17)

Kort om samverkan med Försäkringskassan

Över hälften av de läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var mycket eller ganska nöjda med kontakterna. De svårigheter som störst andel läkare upplevde var att inte kunna komma fram på telefon, att patienternas handläggare ofta byts ut och att kontakterna tar för mycket tid. Större andel läkare upplevde sig också ifrågasatta av Försäkringskassan. Vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri upplevde på nästan alla områden problem i större utsträckning än övriga läkare. Det vanligaste önskemålet inför framtiden var att få en kontaktperson på Försäkringskassan som snabbt kunde nås vid behov. Detta behov var starkast både 2004 och 2008.

Kompetens i sjukskrivningsfrågor

I detta kapitel presenteras resultat som gäller på vilket sätt läkare tillägnat sig kompetens i sjukskrivningsfrågor och inom vilka områden de önskade fördjupa sin kompetens. Två typer av frågor om kompetens ingick i enkäterna:

- i vilken utsträckning ett antal olika formella och informella utbildningar och kontakter hjälpt läkarna att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden,
- behov av fördjupad kompetens.

I nästa kapitel redovisas resultat vad avser *hur* de ville tillägna sig denna kompetens, dvs former för detta.

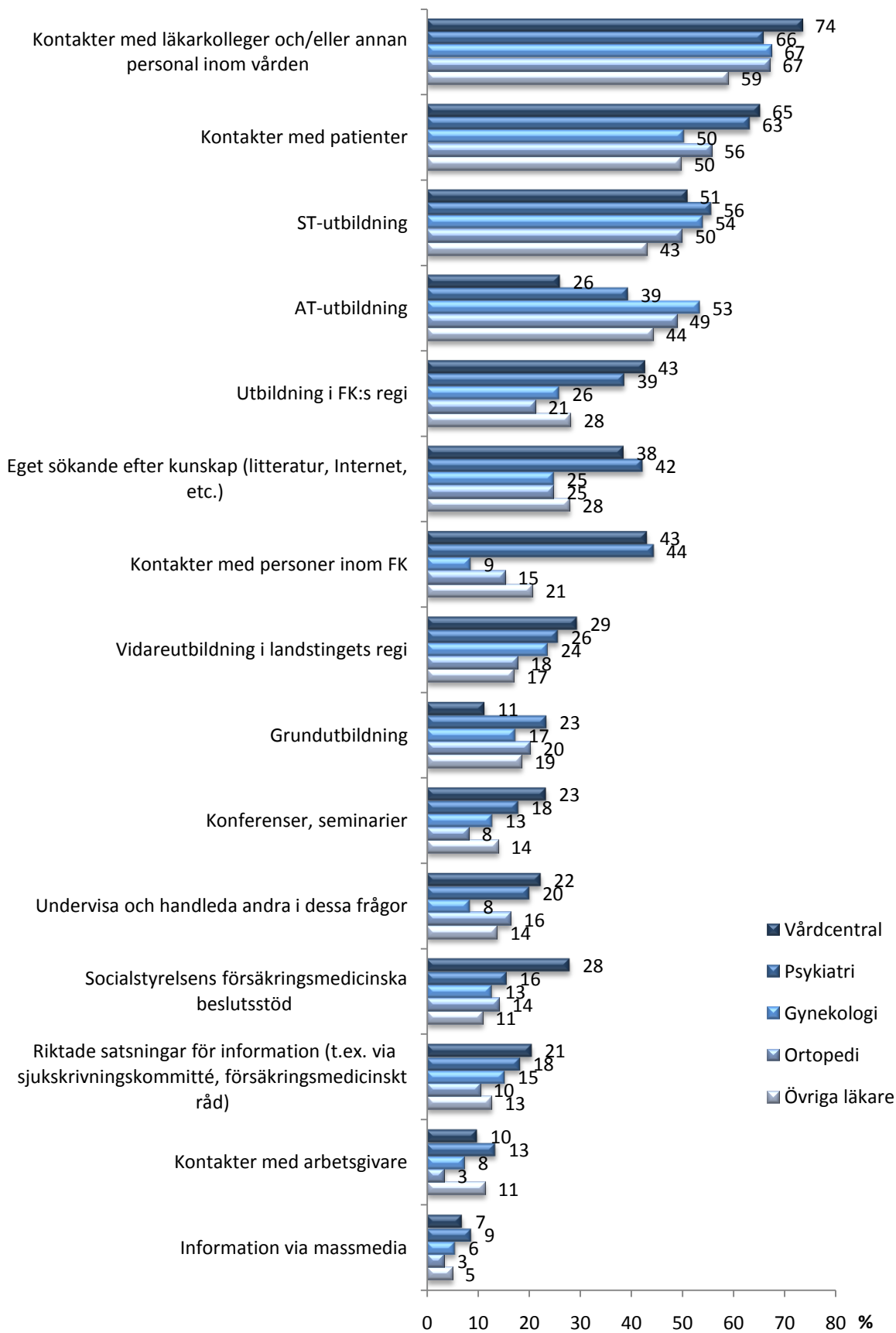
Hur försäkringsmedicinsk kompetens utvecklats

Här presenteras först i en figur resultaten för 2008 när det gäller i vilken utsträckning olika alternativ hjälpt att utveckla kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden. Därefter presenteras en tabell med jämförelser mellan resultaten 2004 och 2008 för samtliga läkare och därefter ett antal tabeller med resultaten från 2004 och 2008 uppdelade på kliniker/mottagningar.

Av Figur 79 framgår att kontakter med läkarkolleger och/eller annan vårdpersonal var det som av samtliga läkare upplevdes som det som framförallt hjälpt dem utveckla denna kompetens, tätt följt av kontakter med patienterna. När det gäller patientkontakterna var det framför allt vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri som svarade att de värderade dessa högt. ST-utbildningen hade också varit viktig för alla grupperna. AT-utbildningens hade haft relativt stor betydelse men något lägre andel vårdcentralsläkare hade haft hjälp av den än övriga läkarkategorier. Grundutbildningens betydelse ansågs inte lika stor, och värderades också något lägre av vårdcentralsläkarna. Kontakter med massmedia och arbetsgivare hade en mycket lägre andel haft hjälp av.

En större andel av vårdcentralsläkarna och läkarna inom psykiatri hade haft stort hjälp av eget sökande efter kunskap och de värderade även utbildningar i Försäkringskassans regi och kontakter med personer inom Försäkringskassan högre än övriga.

Läkare inom gynekologi var de som värderade kontakter med personer inom Försäkringskassan och undervisning och handledning av andra lägst. En mycket liten andel av läkarna inom ortopedi ansåg att utbildning i form av konferenser och seminarier eller utbildning i Försäkringskassans regi bidrog till deras kompetens.



Figur 79. Andel (%) läkare som svarade att olika alternativ hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 19)

Frågan om vidareutbildning i landstingets regi ställdes bara 2008 och kan därför inte användas för att se någon förändring.

Den formella läkarutbildningens betydelse för kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden har ökat något mellan åren, utom för läkare inom gynekologi (Tabell 38).

Tabell 38. Andel (%) läkare som svarade att olika typer av utbildningar hjälpt mycket eller ganska mycket för utveckling av den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004 och 2008. (Fråga 19, delfråga 1-3)

		Grundutbildning		AT-utbildning		ST-utbildning	
		Mycket/ ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ ganska mycket	Ej aktuellt
Vårdcentral	2004	8	-	23	4	41	9
	2008	11	-	25	5	44	14
Psykiatri	2004	16	-	30	10	44	8
	2008	23	-	35	12	48	14
Gynekologi	2004	18	-	41	10	42	9
	2008	17	-	47	13	47	14
Ortopedi	2004	13	-	38	5	40	7
	2008	20	-	44	9	42	15
Övriga läkare	2004	14	-	38	7	34	12
	2008	19	-	40	9	37	15
Samtliga	2004	13	-	34	7	38	11
	2008	17	-	36	8	41	14

En något större andel av läkare inom gynekologi och ortopedi svarade att utbildningar i Försäkringskassans regi bidragit till deras kompetens 2008 jämfört med 2004 (Tabell 39). När det gäller läkare inom psykiatri är det en oförändrad andel och av vårdcentralsläkarna en lägre andel som svarade att dessa kurser bidragit till deras kompetens, men de låg å andra sidan högre från början. En högre andel av läkare vid vårdcentraler, inom psykiatri och gynekologi ansåg att andra utbildningar bidragit till kompetensen 2008 jämfört med 2004, men det var också en större andel av läkarna som ansåg att detta utbildningsalternativ inte var aktuellt. Om detta beror på att det tillkommit andra alternativa vidareutbildningar eller kursalternativ kan inte utläsas. Betydelsen av konferenser och seminarier hade inte ändrats mellan 2004 och 2008. Läkare inom ortopedi skattar överlag dessa alternativ lägre än övriga läkare.

Tabell 39. Andel (%) läkare som svarade att olika typer av utbildningar hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004 och 2008. (Fråga 19, delfråga 4-5, 10, 15).

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Vidareutbildning i landstingets regi		Andra utbildningar		Utbildning i FK:s regi		Konferenser, seminarier	
		Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt
Vårdcentral	2004	-	-	15	16	44	6	14	15
	2008	23	22	21	32	36	15	18	22
Psykiatri	2004	-	-	12	26	29	20	12	22
	2008	18	29	21	37	30	22	13	29
Gynekologi	2004	-	-	4	39	12	27	4	39
	2008	13	44	10	55	17	34	7	46
Ortopedi	2004	-	-	18	24	20	24	7	28
	2008	10	44	12	47	14	34	5	43
Övriga läkare	2004	-	-	10	30	20	20	9	29
	2008	10	40	13	48	19	33	8	41
Samtliga	2004	-	-	11	27	26	17	10	26
	2008	15	35	16	43	24	27	11	35

Kontakter med läkarkolleger och/eller annan vårdpersonal är det som betytt mest för den egna kompetensutvecklingen både 2004 och 2008 (Tabell 40). Andelen läkare inom gynekologi och ortopedi som såg detta som mycket eller ganska betydelsefullt har ökat något mellan åren. Kontakten med patienter hade stor betydelse båda åren och är efter kontakten med kolleger det som störst andel läkare anser mycket eller ganska betydelsefullt för sin kompetensutveckling. Bland läkare inom psykiatri och ortopedi finns en liten minskning av andelen som ansåg denna kontakt betydelsefull. När det gäller betydelsen av kontakten med Försäkringskassan för den egna kompetensen finns en viss minskning bland vårdcentralens läkare och bland läkare inom gynekologi. Andelen som uppger att frågan inte är aktuell har ökat.

Tabell 40. Andel (%) läkare som svarade att olika typer av utbildningar hjälpt mycket eller ganska mycket i utvecklingen av den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004 och 2008. (Fråga 19, delfråga 7-9, 11).

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Kontakter med läkarkolleger och/eller annan personal inom vården		Kontakter med patienter		Kontakter med personer inom FK		Kontakter med arbetsgivare	
		Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt
Vårdcentral	2004	74	0	66	1	45	2	6	25
	2008	74	-	65	-	41	4	8	17
Psykiatri	2004	66	2	66	2	42	3	14	26
	2008	66	-	63	-	41	7	11	17
Gynekologi	2004	64	3	49	3	10	13	3	47
	2008	67	-	50	-	7	21	4	42
Ortopedi	2004	61	1	59	2	11	8	3	35
	2008	67	-	56	-	13	17	2	42
Övriga läkare	2004	58	3	51	4	19	9	10	35
	2008	59	-	50	-	17	18	7	34
Samtliga	2004	63	2	56	3	27	7	9	32
	2008	65	-	56	-	25	13	8	29

Det finns en klar ökning av andelen som svarade att eget sökande efter kunskap hjälpt dem mycket eller ganska mycket (Tabell 41). Den minskning i betydelse som vissa andra former för kompetensutveckling visar kan ha ersatts av det egna sökandet efter kunskap. Införandet av det övergripande och diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet, som finns sökbart på Socialstyrelsens hemsida, kan ha bidragit till denna uppgång.

I alla kunskapsbaserade organisationer spelar utbytet med kollegor stor roll för professionellas kompetensutveckling. Ju fler år som gått sedan den egna grundutbildningen ju mindre betydelse får denna rimligen för aktuell kunskap.

Tabell 41. Andel (%) läkare som svarade att olika alternativ hjälpt mycket eller ganska mycket i utvecklingen av den egna kompetensen i handläggning av sjukskrivningsärenden. Endast det första delalternativet fanns även med i enkäten år 2004. (Fråga 19, delfråga 6, 12-14)

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Eget sökande efter kunskap (litteratur, Internet, etc.)		Information via massmedia		Riktade satsningar för information		Undervisa och handleda andra i dessa frågor	
		Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt	Mycket/ganska mycket	Ej aktuellt
Vårdcentral	2004	35	4	-	-	-	-	-	-
	2008	38	-	7	-	17	16	16	29
Psykiatri	2004	37	4	-	-	-	-	-	-
	2008	42	-	9	-	14	22	12	39
Gynekologi	2004	21	16	-	-	-	-	-	-
	2008	25	-	6	-	10	36	4	48
Ortopedi	2004	22	9	-	-	-	-	-	-
	2008	25	-	3	-	7	30	9	43
Övriga läkare	2004	22	10	-	-	-	-	-	-
	2008	28	-	5	-	9	31	8	43
Samtliga	2004	26	8	-	-	-	-	-	-
	2008	32	-	6	-	12	26	10	39

Fördjupad kompetens i sjukskrivningsfrågor

Ett antal frågor handlade om hur stort behov läkaren hade av att fördjupa sin kompetens inom olika områden av betydelse för sjukskrivning. Här presenteras först resultaten för 2008 i en figur, uppdelat på kliniker/mottagningar. Därefter presenteras en tabell med en jämförelse mellan resultaten 2004 och 2008 för samtliga läkare och sist ett antal tabeller med resultaten från 2004 och 2008 uppdelade på kliniker/mottagningar.

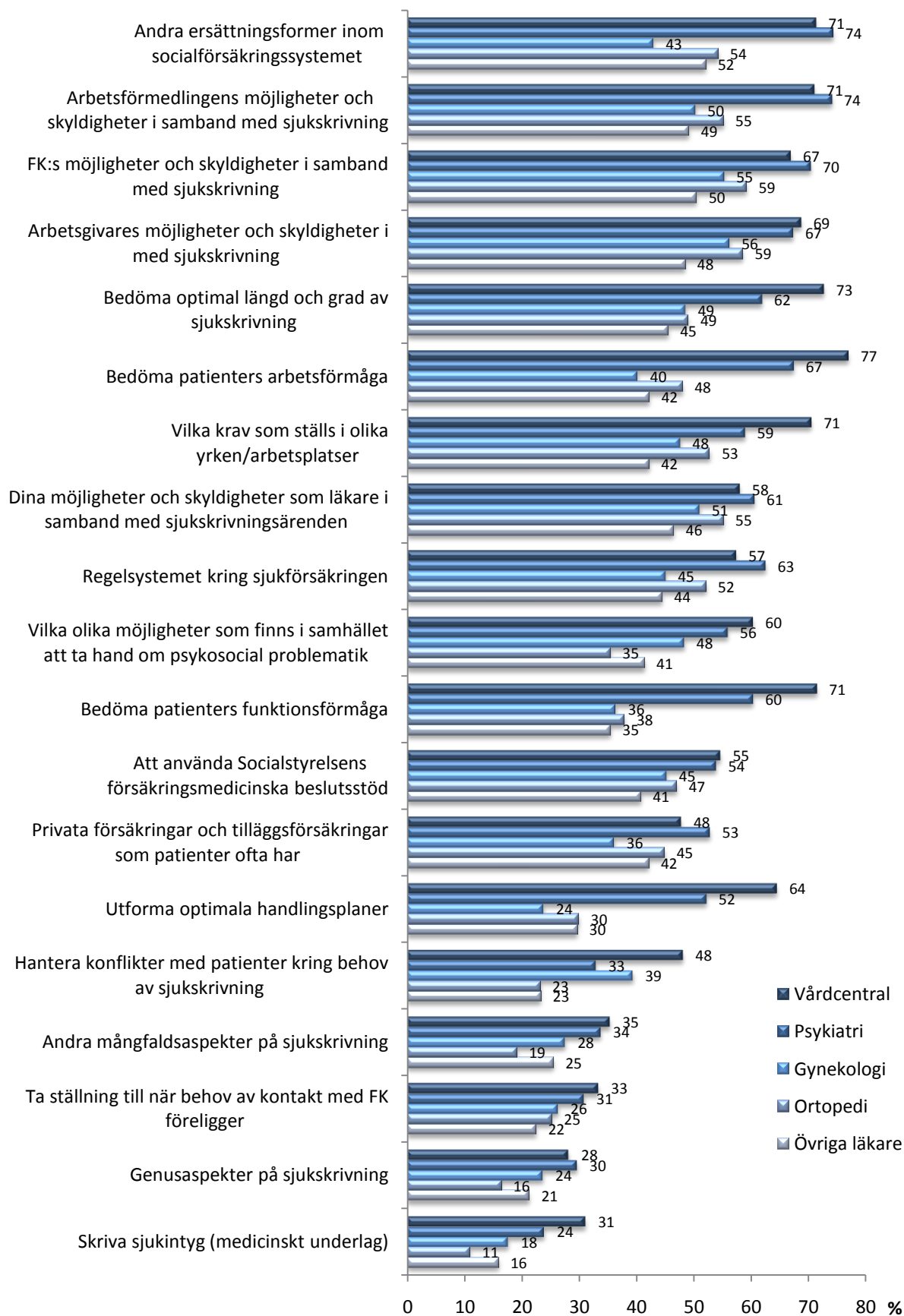
Av Figur 80 framgår att *det stora flertalet av läkarna hade stort behov av att fördjupa sin kompetens inom ett flertal områden.*

Framförallt önskade vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri fördjupa sin kompetens inom de flesta områden och i betydligt högre grad än övriga läkare. Konflikthantering är det enda område där inte läkarna inom psykiatri ligger högst tillsammans med vårdcentralsläkarna, vilket kanske kan tolkas som att de i större utsträckning har en god kompetens i konflikthantering genom sin specialistutbildning.

En något lägre andel av läkarna inom gynekologi, jämfört med de vid vårdcentral eller inom psykiatri, hade stort behov av fördjupad kompetens inom de angivna alternativen. Ett undantag var konflikthantering.

Även läkare inom ortopedi bedömde i stor utsträckning sitt behov av fördjupad kompetens som lågt, t.ex. när det gäller genus- och mångfaldsaspekter på sjukskrivning, psykosocial problematik och kunskaper i att skriva sjukintyg. De områden som den största andelen av dessa läkare svarade att de ville ha fördjupad kompetens inom, var olika aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, krav inom olika yrken samt regelsystemet kring försäkringssystemet.

De frågor som visade störst skillnad mellan klinikerna/mottagningarna var svårigheterna att bedöma patienters funktionsförmåga och att utforma en handlingsplan under sjukskrivningstiden. Likheten var störst när det gällde behov av att fördjupa kompetensen om de egna möjligheterna och skyldigheterna i samband med sjukskrivning.



Figur 80. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 20)

Generellt uppgav en stor andel läkare behov av fördjupad kompetens inom flera områden (Tabell 42). 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 man antingen har 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. Nästan hälften av läkarna (48 %) hade ett mycket stort eller ganska stort behov av ökade kunskaper om bedömning av patientens funktionsförmåga. Denna fråga var ny 2008 och kan således inte jämföras med 2004.

Den största förändringen mellan åren är att andelen läkare som angav att de ville ha ökad kompetens i att bedöma patienters arbetsförmåga har ökat från 44 till 54 procent. En närliggande aspekt är att 53 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 ansåg sig behöva kompetensutveckling. Detta kan sättas i relation till att ett flertal studier funnit att läkarintygen ofta inte har tillräcklig kvalitet för att kunna utgöra underlag för beslut om sjukpenning (1, 11).

Tabell 42. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom olika områden, listade efter grad av förändring mellan år 2004 och 2008. (Fråga 20)

Områden där andelen...	2004	2008
...ökade		
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	50	55
Bedöma patientens arbetsförmåga	44	54
Vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser	45	53
...minskade		
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	29	27
Hantera konflikter med patienter kring behovet av sjukskrivning	39	32
Mina möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	54	52
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	57
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	58
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	62	58
...var oförändrad		
Skriva läkarintyg (medicinskt underlag)	20	21
Utforma optimala handlingsplaner	42	41
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	50	50
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	59	59
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienterna ofta har	43	44

Majoriteten av vårdcentralsläkarna och läkarna inom psykiatri hade stort behov av fördjupad kompetens när det gäller att bedöma patienters funktions- och arbetsförmåga samt optimal sjukskrivningslängd och -grad. Resultatet i Tabell 43 visar en stark ökning av detta behov mellan 2004 och 2008 för samtliga läkargrupper, utom för vårdcentralens läkare, där en stor andel angav ett stort behov både 2004 och 2008.

Tabell 43. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 1, 2, 4)

Mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom att		Bedöma patienters funktionsförmåga ¹	Bedöma patienters arbetsförmåga	Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning
Vårdcentral	2004	-	73	73
	2008	71	77	73
Psykiatri	2004	-	51	55
	2008	60	67	62
Gynekologi	2004	-	27	34
	2008	36	40	49
Ortopedi	2004	-	29	36
	2008	38	48	49
Övriga läkare	2004	-	33	41
	2008	35	42	45
Samtliga	2004	-	44	49
	2008	48	54	55

1. Frågan fanns ej med i enkäten 2004

Behovet av fördjupad kompetens om vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser har ökat, främst bland läkare inom gynekologi och ortopedi men även bland övriga läkargrupper (Tabell 44). Det finns inte samma behov av fördjupad kompetens när det gäller kontakten med Försäkringskassan förutom bland läkare inom gynekologi, där en högre andel hade stort behov av denna kompetens. Det fanns skillnader mellan grupperna i behov av kompetensutveckling när det gäller att utforma optimala handlingsplaner. Det fanns en viss minskning av andelen med ett stort behov av detta bland vårdcentralsläkare (fortfarande högt) men en liten ökning bland övriga. Det kan tyda på effekt av de riktade insatser som har gjorts för fördjupad kompetens bland vårdcentralsläkare.

Tabell 44. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 7-8, 3)

		Utforma optimala handlingsplaner	Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	Vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser
Vårdcentral	2004	70	37	70
	2008	64	33	71
Psykiatri	2004	52	33	52
	2008	52	31	59
Gynekologi	2004	22	22	33
	2008	24	26	48
Ortopedi	2004	27	28	43
	2008	30	25	53
Övriga läkare	2004	32	26	36
	2008	30	22	42
Samtliga	2004	42	29	45
	2008	41	27	52

Mer än hälften av läkarna i Stockholms län har stort behov av att fördjupa sin kompetens vad avser de egna möjligheterna och skyldigheterna i samband med sjukskrivningsärenden, liksom motsvarande möjligheter och skyldigheter hos andra aktörer, såsom Försäkringskassan, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen har (Tabell 45). Det finns en minskning av behovet, vilket främst är en minskning bland läkare vid vårdcentraler och inom psykiatri, som båda upp gav ett större behov än övriga läkargrupper 2004.

Tabell 45. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 12-15)

Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?		Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivning.	FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.	Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.	Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.
Vårdcentral	2004	64	75	76	79
	2008	58	67	69	71
Psykiatri	2004	59	76	75	77
	2008	61	70	67	74
Gynekologi	2004	51	54	57	52
	2008	51	55	56	50
Ortopedi	2004	52	61	61	62
	2008	55	59	59	55
Övriga läkare	2004	49	54	54	53
	2008	46	50	48	49
Samtliga	2004	54	62	62	62
	2008	52	58	57	58

Resultatet i Tabell 46 visar ett minskat behov av fördjupad kompetens om hur man kan hantera konflikter med patienter. En tredjedel av vårdcentralsläkarna uppgav fortsatt behov av fördjupad kompetens att skriva sjukintyg. Bland läkare inom gynekologi hade behovet ökat från 13 procent år 2004 till 18 procent år 2008.

Tabell 46. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 5-6)

Mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens		Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	Skriva sjukintyg (medicinskt underlag)
Vårdcentral	2004	61	30
	2008	48	31
Psykiatri	2004	34	23
	2008	33	24
Gynekologi	2004	40	13
	2008	39	18
Ortopedi	2004	33	12
	2008	23	11
Övriga läkare	2004	31	16
	2008	23	16
Samtliga	2004	39	20
	2008	32	21

Det fanns ett fortsatt stort behov av kompetensutveckling om de regelsystem som finns inom socialförsäkringen och de privata försäkringarna (Tabell 47). Nästan tre fjärdedelar av vårdcentralens och psykiatrins läkare svarade att de har behov av att lära mer om de övriga ersättningsformerna inom socialförsäkringen. Det finns ett större behov av kännedom om privata försäkringar 2008 jämfört med 2004, utom hos vårdcentralsläkarna.

Tabell 47. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 9-11)

Mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens		Regelsystemet kring sjukförsäkringen	Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har
Vårdcentral	2004	57	72	50
	2008	57	71	48
Psykiatri	2004	60	71	48
	2008	63	74	53
Gynekologi	2004	44	42	33
	2008	45	43	36
Ortopedi	2004	54	60	34
	2008	52	54	45
Övriga läkare	2004	45	53	40
	2008	44	52	42
Samtliga	2004	50	59	43
	2008	50	59	44

De största förändringarna av kompetensbehov ses i ovanstående (Tabell 43 - Tabell 47) bland läkare inom gynekologi och ortopedi. En stor andel av läkare vid vårdcentraler och inom psykiatri svarade 2004 att de hade stora behov av fördjupad kompetens, och detta var fallet även 2008, även om ökningen inte var så stor.

Frågor kring tre kompetensområden fanns endast med i 2008 års enkät: Genusaspekter och andra mångfaldsaspekter på sjukskrivning och samhällets möjlighet att ta hand om psykosocial problematik (Tabell 48). Nästan hälften av läkarna svarade att de behövde fördjupad kompetens om samhällets möjligheter att ta hand om psykosocial problematik. Störst behov hade vårdcentralläkarna och läkarna inom psykiatri (60 % respektive 56 %).

Tabell 48. Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens inom följande områden, år 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Figur 20, delfråga 17-19)

Mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens	Genusaspekter på sjukskrivning	Andra mångfaldsaspekter på sjukskrivning	Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik
Vårdcentral	28	35	60
Psykiatri	30	34	56
Gynekologi	24	28	48
Ortopedi	16	19	35
Övriga läkare	21	25	41
Samtliga	24	29	48

Kort om kompetensutveckling i sjukskrivningsfrågor

Majoriteten av läkarna hade 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 och 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 ha skett genom kontakter med kolleger och annan vårdpersonal och läkarna önskar mer sådana kontakter i framtiden. Samtidigt som kollegialt stöd i vardagsarbetet är mycket betydelsefullt, kan det finnas en viss risk att det uppstår lokala "sjukskrivningskulturer" ifall lärandet i försäkringsmedicin i allt för stor utsträckning sker på detta sätt. Värdet av grundutbildning, AT- och ST-utbildning var inte så stort när det gällde kompetens kring sjukskrivning som kanske vore önskvärt, men föreföll ha ökat något mellan åren. En tredjedel efterfrågade handledning i hantering av sjukskrivningsärenden och många ville ha försäkringsmedicinska kurser.

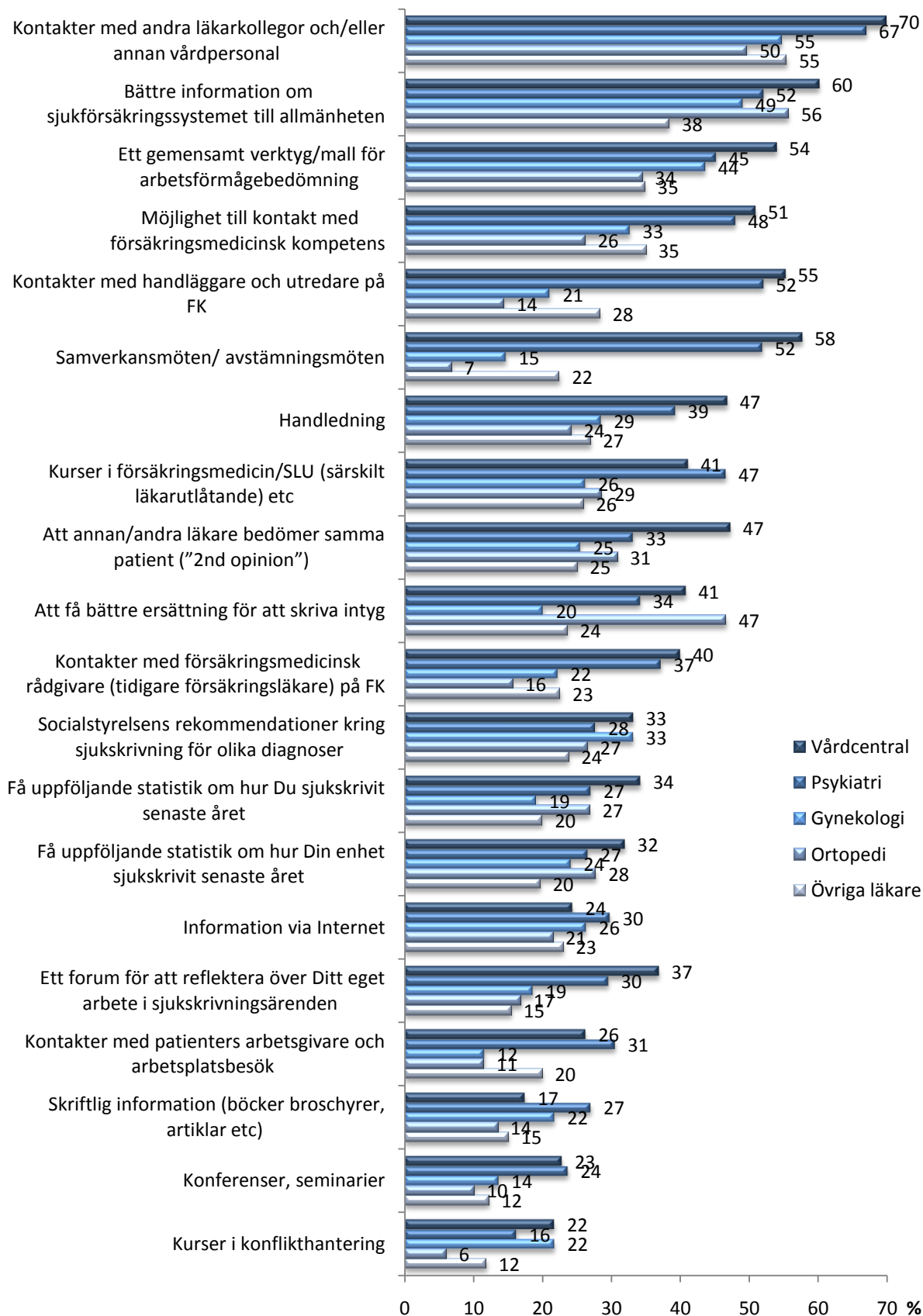
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning

Ett antal frågor handlade om hur läkaren värderar olika alternativ för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Här presenteras först resultaten för 2008 i en figur, uppdelat på kliniker/mottagningar. Därefter presenteras en tabell med en jämförelse mellan resultaten 2004 och 2008 för samtliga läkare och sist ett antal tabeller med resultaten från 2004 och 2008 uppdelade på kliniker/mottagningar.

De alternativ som värderades högst av samtliga var kontakter med kolleger och/eller annan vårdpersonal, bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten och ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (Figur 81). Av figuren framgår att en större andel av vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri värderade nästan alla aktiviteter högre än vad övriga läkarkategorier gjorde.

En mindre andel av läkare inom gynekologi än av läkare vid vårdcentraler och inom psykiatri svarade att de ansåg kontakter med handläggare på Försäkringskassan, samverkansmöten och statistikuppföljning på den egna eller den egna enhetens sjukskrivningar som viktiga för kvaliteten. När det gäller kurser i konflikthantering hade dock lika stor andel intresse av detta som bland vårdcentralsläkarna.

Läkare inom ortopedi är den grupp där störst andel svarade att det var viktigt för kvaliteten att man fick bättre ersättning för att skriva intyg. När det gäller de flesta andra alternativ var det en mindre andel av dessa läkare än av övriga läkare som ansåg att t.ex. olika former av kontakter med Försäkringskassan, kontakter med arbetsgivare och konferenser och seminarier hade stort värde för kvaliteten. De är också den grupp som i minst utsträckning anser att kurser i konflikthantering skulle bidra till högre kvalitet i arbetet med sjukskrivning.



Figur 81. Andel (%) läkare som svarade att olika områden är av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 21)

Det som störst andel av läkarna angav som viktigt för hög kvalitet i arbetet 2004 var ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (45 %). En viss minskning av detta alternativ kan ses, liksom även när det gäller värdet av kontakter med handläggare på Försäkringskassan (Tabell 49). Den största minskningen mellan åren gäller värdet av konferenser/seminarier och av kontakter med Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare. Den största ökningen mellan 2004 och 2008 gällde värdet av kontakten med kolleger (42 % 2004 och 60 % 2008) och information via internet (19 % respektive 24 %). Det senare kan delvis vara en konsekvens av det diagnosspecifika beslutsstödet som endast är tillgängligt via internet.

Tabell 49. Andel (%) läkare som svarade att följande områden är av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008. (Fråga 21)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning? Områden där andelen ...	2004	2008
... ökade		
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	42	60
Information via Internet	19	24
... var oförändrat		
Handledning	31	33
Kurser i försäkringsmedicin/SLU	30	32
Samverkansmöten/avstämningsmöten	32	34
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	22
... minskade		
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	45	42
Skriftlig information (böcker broschyrer, artiklar etc.)	21	17
Kontakter med handläggare och utredare på FK	43	37
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	37	28
Konferenser, seminarier	28	16

Vid en uppdelning på kliniker blir värderingen av kontakter med kolleger för hög kvalitet i arbetet än tydligare (Tabell 50). År 2004 var det främst vårdcentralsläkarna som svarade att det hade ett stort värde. När undersökningen gjordes 2008 ökade andelen för övriga läkargrupper så att över hälften svarade att detta var det viktigaste för hög kvalitet. Även andelen vårdcentralsläkare som uppgav att kontakten med kollegor hade stort värde för kvaliteten ökade från 60 till 70 procent. Andelen som svarade att kontakten med Försäkringskassans handläggare var av stort värde för kvaliteten minskade, främst bland läkare på vårdcentraler och inom ortopedi. Bland läkarna inom psykiatri ökade andelen som ansåg att samverkansmöten hade stort värde för kvaliteten (48 % respektive 52 % åren 2004 och 2008).

Tabell 50. Andel (%) läkare som svarade att följande områden varit av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. Mittenalternativet, Måttligt värde, redovisas ej här. (Fråga 21, delfråga 1, 2, 6, 4)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning		Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal		Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök		Kontakter med handläggare och utredare på FK		Samverkansmöten/avstämningsmöten	
		Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
Vårdcentral	2004	60	4	29	13	66	3	57	6
	2008	70	2	26	17	55	4	58	5
Psykiatri	2004	44	8	29	15	60	5	48	11
	2008	67	5	31	15	52	8	52	8
Gynekologi	2004	36	15	11	41	21	29	14	44
	2008	55	6	12	48	21	30	15	39
Ortopedi	2004	28	15	10	44	24	32	9	52
	2008	50	8	11	38	14	32	7	44
Övriga läkare	2004	35	17	20	35	33	24	22	37
	2008	55	8	20	36	28	27	22	37
Samtliga	2004	42	13	22	29	43	18	32	28
	2008	60	6	22	30	37	19	34	26

Två av frågorna om vad som är av stort värde för kvaliteten ställdes endast 2008: Värdet av kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och värdet av så kallad 'second opinion', dvs. att ytterligare en läkare bedömer patienten.

I Tabell 51 ses en minskning av andelen läkare på samtliga kliniker som ansåg att kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan hade stort värde och störst var minskningen bland läkare vid vårdcentraler och inom psykiatri. Om denna minskning är relaterad till möjligheten till annan försäkringsmedicinsk kompetens framgår inte av enkätsvaren, men det kan vara en förklaring till den kraftiga minskning som skett.

Tabell 51. Andel (%) läkare som svarade att följande områden varit av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. Mittenalternativet, Måttligt värde, redovisas ej här. (Fråga 21, delfråga 5, 14, 15)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK		Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens ¹		Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	
		Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
Vårdcentral	2004	58	6	-	-	-	-
	2008	40	12	51	8	47	10
Psykiatri	2004	50	9	-	-	-	-
	2008	37	19	48	10	33	20
Gynekologi	2004	22	33	-	-	-	-
	2008	22	32	33	21	25	28
Ortopedi	2004	22	36	-	-	-	-
	2008	16	30	26	21	31	21
Övriga läkare	2004	28	28	-	-	-	-
	2008	23	32	35	22	25	27
Samtliga	2004	37	21	-	-	-	-
	2008	28	25	40	17	32	22

¹ - indikerar att frågan eller svarsalternativet inte fanns i enkäten detta år.

Resultatet i Tabell 52 visar att andelen som ansåg att konferenser och seminarier var av stort värde för kompetensen minskade betydligt från 2004 till 2008 bland samtliga läkare. För alla läkare utom vårdcentralsläkarna ses däremot en ökad andel som anser att kurser i försäkringsmedicin har stort värde för hög kvalitet.

Tabell 52. Andel (%) läkare som svarade att följande områden varit av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. Mittenalternativet, Måttligt värde, redovisas ej här. (Fråga 21, delfråga 11-13)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Kurser i försäkringsmedicin/ SLU (särskilt läkarutlåtande) etc.		Kurser i konflikthantering		Konferenser, seminarier	
		Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
Vårdcentral	2004	46	8	-	-	40	10
	2008	41	14	22	32	23	21
Psykiatri	2004	44	13	-	-	40	13
	2008	47	12	16	52	24	24
Gynekologi	2004	19	38	-	-	21	33
	2008	26	30	22	37	14	40
Ortopedi	2004	23	25	-	-	20	29
	2008	29	27	6	55	10	46
Övriga läkare	2004	23	33	-	-	22	34
	2008	26	32	12	55	12	44
Samtliga	2004	30	25	-	-	28	26
	2008	32	25	15	48	16	35

-? indikerar att frågan eller svarsalternativet inte fanns i enkäten detta år.

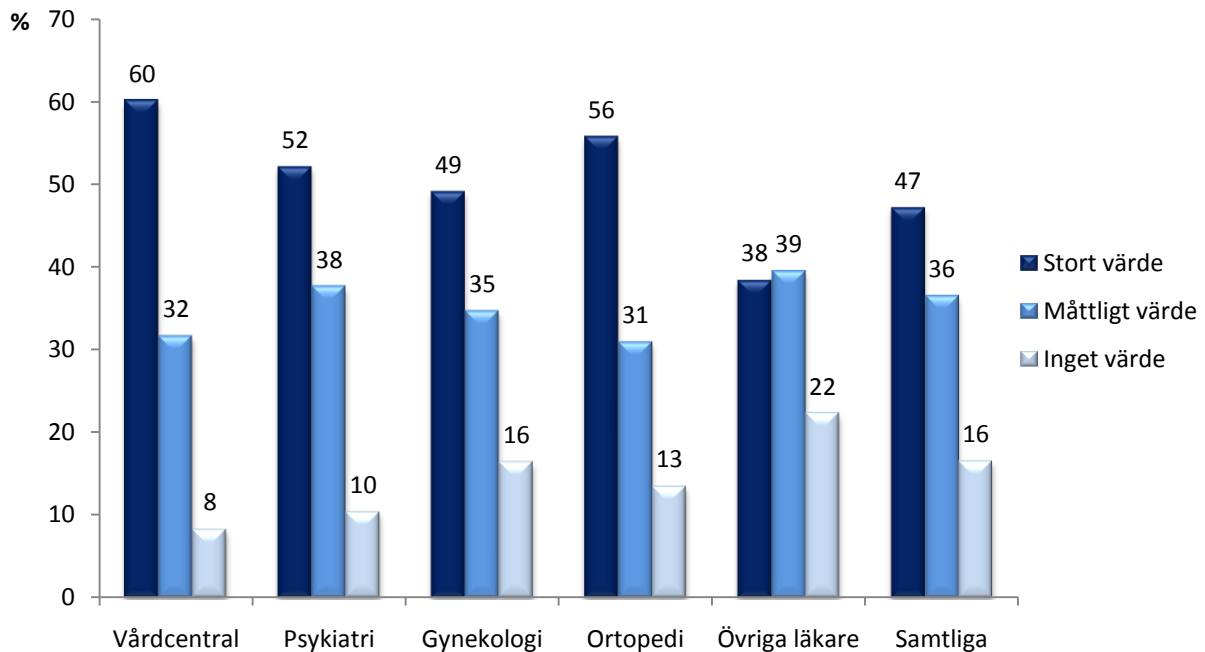
Det har skett en förskjutning i värderingen av informationskanaler från skriftlig information till internet. Tabell 53 visar att ökningen av den andel som anser att information via internet har stort värde är i genomsnitt fem procentenheter. Största ökningen är bland läkare inom gynekologi och på vårdcentraler (7 respektive 8 procentenheter).

Tabell 53. Andel (%) läkare som svarade att följande områden varit av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. Mittenalternativet, Måttligt värde, redovisas ej här. (Fråga 21, delfråga 9, 10)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Skriftlig information (böcker broschyrer, artiklar etc.)		Information via Internet	
		Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
Vårdcentral	2004	22	17	16	28
	2008	17	23	24	23
Psykiatri	2004	30	17	27	22
	2008	27	19	30	20
Gynekologi	2004	27	20	19	32
	2008	22	30	26	28
Ortopedi	2004	20	31	19	44
	2008	14	30	21	32
Övriga läkare	2004	18	28	18	33
	2008	15	31	23	28
Samtliga	2004	21	24	19	31
	2008	17	28	24	26

'-' indikerar att frågan eller svarsalternativet inte fanns i enkäten detta år.

Mer än hälften av läkarna på vårdcentraler, inom psykiatri och inom ortopedi svarade att bättre information till allmänheten om socialförsäkringssystemet skulle ha stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning (Figur 82). Detta alternativ var det som störst andel läkare ansåg ha stort värde för sjukskrivningsarbetet, förutom kontakten med annan vårdpersonal. Detta resultat är i samklang med resultat från andra studier om betydelsen av information via massmedia (71).



Figur 82. Andel (%) läkare som svarade att bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 21, delfråga 18)

En tredjedel av läkarna ansåg att handledning är av stort värde för hög kvalitet i arbetet (Tabell 54). Andelen har ökat bland alla läkargrupper utom vårdcentralsläkarna där en viss minskning kan ses. En minskning av andelen som uppgav att det var av stort värde att ha ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning ses bland alla läkare utom bland läkare inom gynekologi, där andelen som uppgav att det har stort värde ökat. Mer än en tredjedel av läkare inom psykiatri och vårdcentralsläkare svarade att ett forum för reflektion skulle ha stort värde, år 2008. Frågan ställdes endast det året.

Tabell 54. Andel (%) läkare som svarade att följande alternativ skulle ha stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, jämförelse mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. Mittenalternativet, Måttligt värde, redovisas ej här. (Fråga 21, delfråga 3, 8, 20)

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?		Handledning		Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning		Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	
		Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
Vårdcentral	2004	49	12	62	9	-	-
	2008	47	11	54	10	37	17
Psykiatri	2004	34	19	50	16	-	-
	2008	39	14	45	18	30	24
Gynekologi	2004	23	35	38	23	-	-
	2008	29	27	44	19	19	39
Ortopedi	2004	15	40	45	19	-	-
	2008	24	33	34	18	17	45
Övriga läkare	2004	24	33	38	24	-	-
	2008	27	30	35	26	15	46
Samtliga	2004	31	27	45	19	-	-
	2008	33	23	42	20	23	35

-/- indikerar att frågan eller svarsalternativet inte fanns i enkäten detta år.

Tre frågor som behandlade möjlighet till feedback i form av sjukskrivningsstatistik respektive ersättning fanns endast i enkäten 2008 (Tabell 55). En fjärdedel värderade i genomsnitt att uppföljande statistik om den egna respektive enhetens sjukskrivning skulle ha stort värde och en tredjedel att högre ersättning skulle ha stort värde för kvaliteten. Läkare inom ortopedi och vårdcentralsläkare var de som framför allt framhöll värdet av högre ersättning.

Tabell 55. Andel (%) läkare som svarade att följande områden varit av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning och hur detta förändrats mellan 2004 och 2008, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 21, delfråga 16, 17, 19)

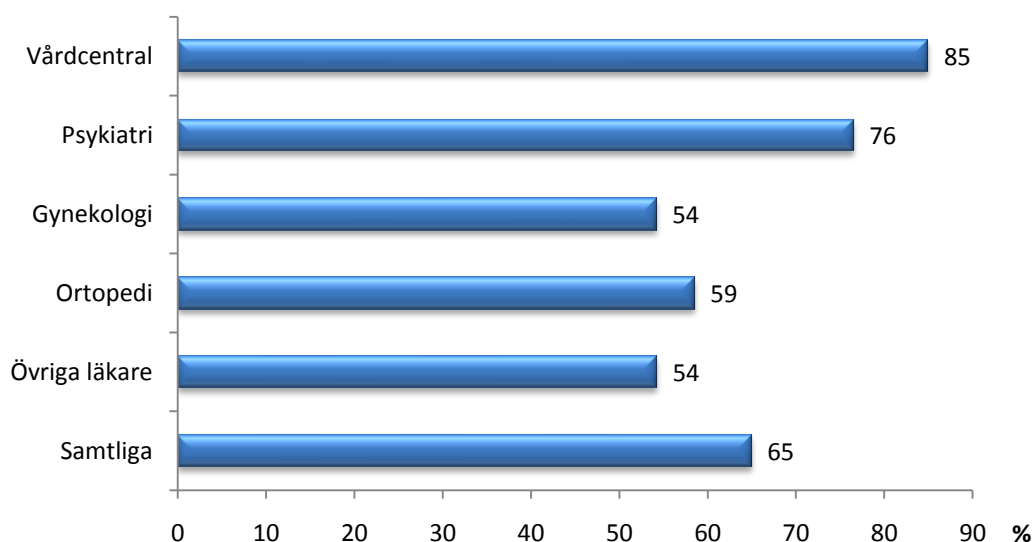
Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året		Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året		Att få bättre ersättning för att skriva intyg	
	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde	Stort värde	Inget värde
<i>Vårdcentral</i>	34	21	32	23	41	27
Psykiatri	27	34	27	38	34	37
Gynekologi	19	40	24	37	20	49
Ortopedi	27	32	28	36	47	26
Övriga läkare	20	44	20	45	24	46
Samtliga	25	36	24	38	30	39

Fördjupad analys av önskemål beträffande insatser för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning

Genom analyser där upplevda kunskaps- eller resursbrister, behov av fördjupning av kompetens och faktorer som kan bidra till ökad kvalitet kombineras går det att få ytterligare kunskap som kan vara värdefull för att planera framtida insatser. Nedan visas analyser som gäller läkare som svarat att de har behov av fördjupning när det gäller att göra bedömningar, som svarat att de saknar tid för handledning och reflektion och som svarat att de upplever konflikter i samband med sjukskrivning.

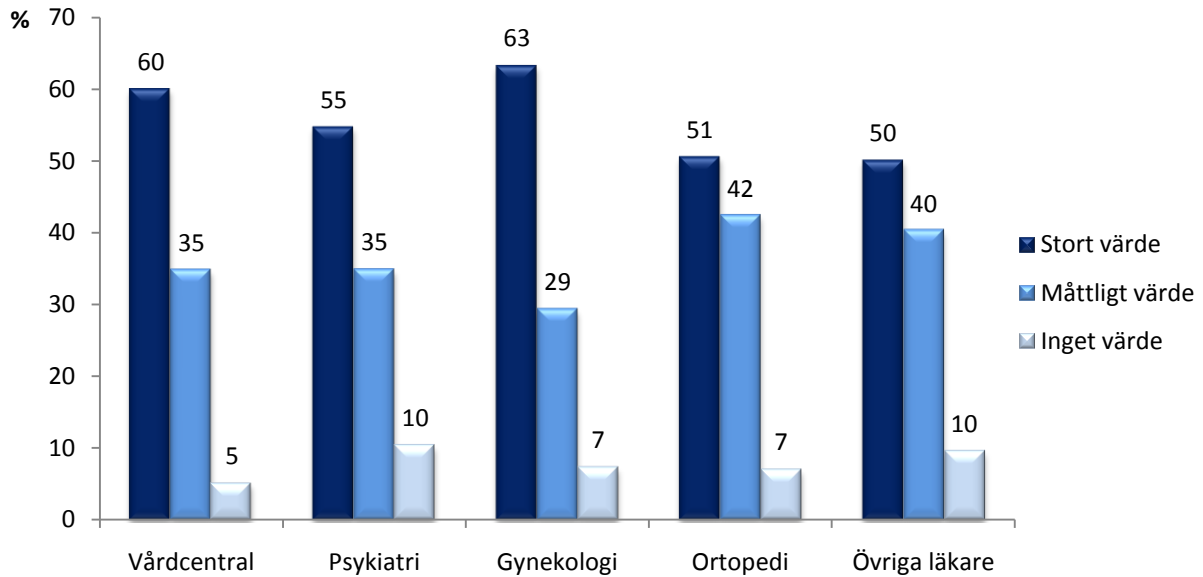
Bedömningskompetens

I Figur 83 visas hur stor andel av läkarna inom de olika klinikerna/mottagningarna som svarat att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens när det gäller minst en av de frågor som handlar om bedömning: 1) att bedöma patienters funktionsförmåga, 2) att bedöma patienters arbetsförmåga eller 3) att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning. Två tredjedelar av samtliga läkare hade svarat att de hade ett sådant behov (65 %). Andelen var högst bland vårdcentralsläkarna (85 %) och läkarna inom psykiatri (76 %).



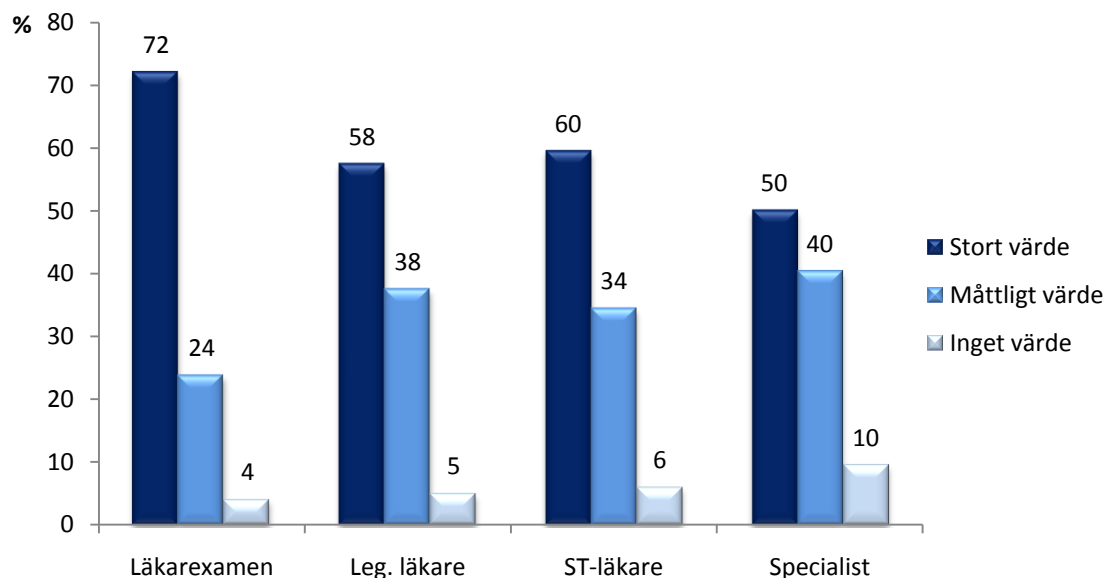
Figur 83. Andel (%) läkare inom de olika klinikgrupperna som svarade att de har ett mycket eller ganska stort behov att fördjupa sin kompetens inom minst ett av de tre frågorna som behandlar bedömning av funktionsförmåga, arbetsförmåga eller av optimal sjukskrivningslängd och -grad. (Fråga 20 delfrågorna 1, 2 och 4)

Vi har sedan tittat på hur dessa läkare (n=2 003) svarat när det gäller önskemål om ett verktyg/mall som stöd för att göra dessa bedömningar. I Figur 84 visas svaren uppdelat på olika kliniker/mottagningar. Andelen läkare som svarade att ett verktyg/mall skulle ha stort värde var hög, över hälften inom samtliga läkargrupper ansåg detta, störst andel bland läkare inom gynekologi (63 %). Andelen som ansåg att det skulle ha ett stort eller måttligt värde var över 90 procent.



Figur 84. Andel (%) läkare, av dem som svarat att de hade behov av fördjupning inom någon av de tre bedömningsfrågorna, som också svarade att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på kliniker/mottagningar. (Fråga 21 delfråga 8)

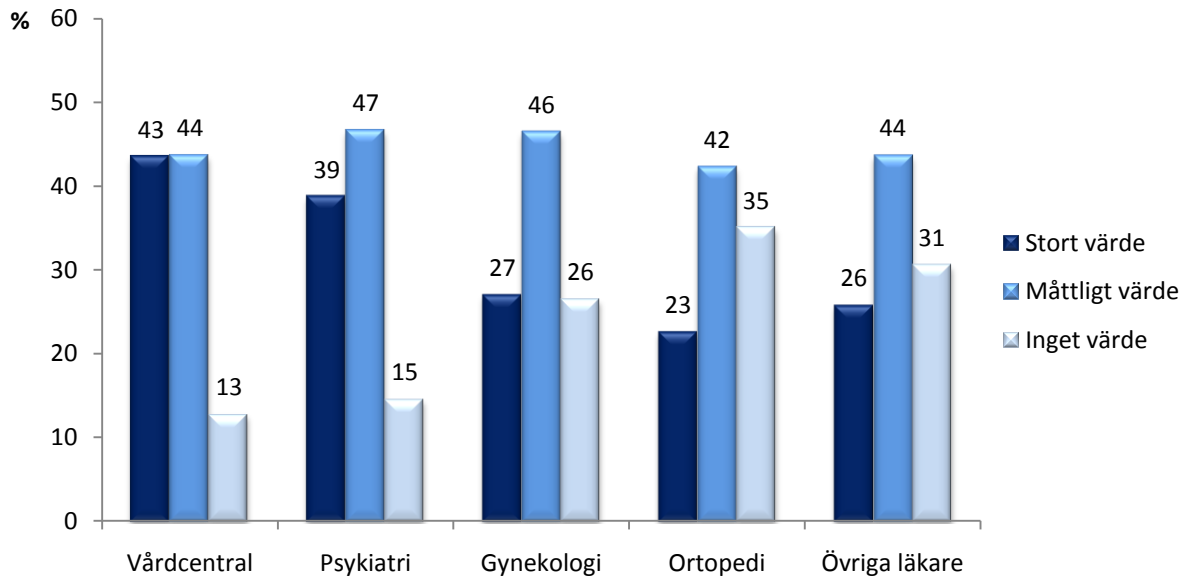
I Figur 85 visas motsvarande, uppdelat på utbildningsnivå. De läkare som har en lägre utbildningsnivå svarade i ännu högre utsträckning att ett verktyg/mall som stöd för bedömningarna skulle vara värdefullt; 72 procent av de läkare som bara hade läkarexamen ansåg detta ha ett stort värde.



Figur 85. Andel (%) läkare, av dem som svarat att de hade behov av fördjupning inom någon av de tre bedömningsfrågorna, som också svarade att ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på utbildningsnivå. (Fråga 21 delfråga 8)

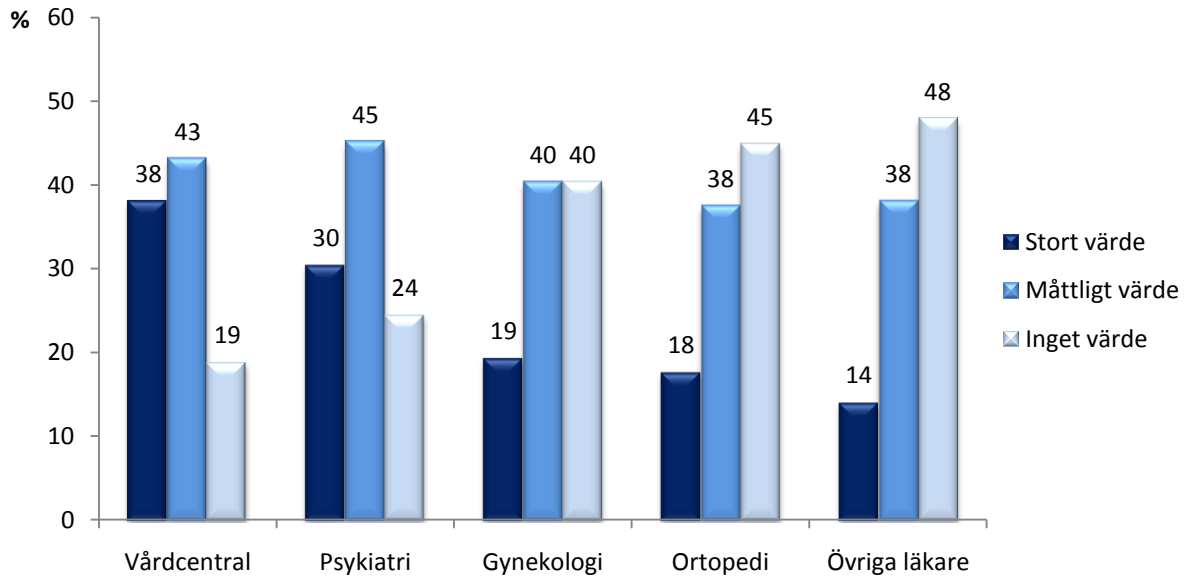
Handledning och reflektion

Tidigare i rapporten redovisas svaren på frågan om läkarna har tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion (Figur 64). Det var nästan 80 procent av läkarna som svarat att de aldrig eller i stort sett aldrig hade någon tid avsatt för detta (n=2 572). I Figur 86 visas hur denna grupp svarat på frågan om handledning skulle vara av värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på kliniker/mottagningar. En större andel av vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri (87 % respektive 86 %) svarade att det skulle ha ett stort eller måttligt värde, jämfört med läkare inom gynekologi (73 %) och ortopedi (65 %).



Figur 86. Andel (%) av de läkare som svarat att de inte hade tid avsatt för handledning/reflektion, som svarade att handledning har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. (Fråga 21 delfråga 3)

I Figur 87 visas hur samma grupp läkare svarat när det gäller frågan om ett forum för reflektion skulle vara av värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning. Även här var det en större andel av vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri (81 % respektive 75 %) som svarade att det skulle ha ett stort eller måttligt värde, jämfört med läkare inom gynekologi (59 %) och ortopedi (56 %).

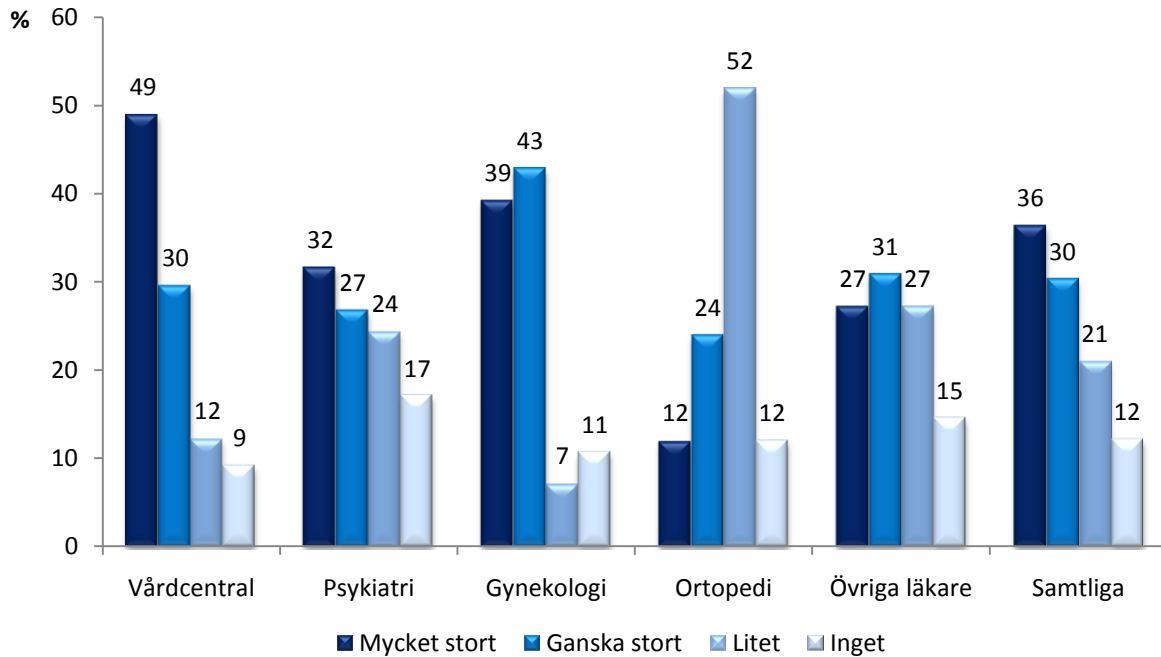


Figur 87. Andel (%) av de läkare som svarat att de inte hade tid avsatt för handledning/reflektion, som svarade att ett forum för reflektion har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. (Fråga 21 delfråga 20)

Konflikter

Mindre än tio procent av läkarna svarade att de upplevde konflikt med patienter kring sjukskrivning minst en gång per vecka (Tabell 28). I Figur 88 visas hur denna grupp (n=247) svarat på frågan om de har behov av att fördjupa sin kompetens att hantera konflikter med patienter, uppdelat på kliniker/mottagningar.

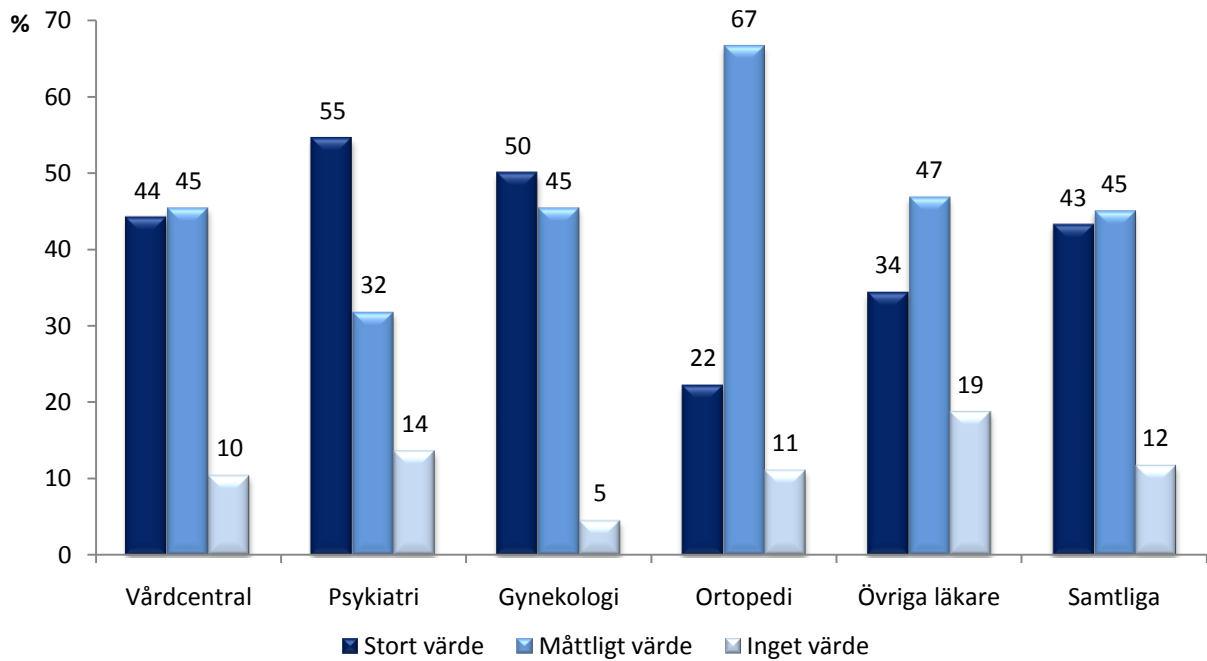
Sextiosex procent av läkare som upplever konflikter med patienter svarade att de hade ett mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i konflikthantering. Läkare inom olika kliniker/mottagningar varierade i sina svar. Av vårdcentralsläkarna (n=98) svarade 79 procent att de upplevde ett mycket stort eller ganska stort behov av fördjupad kompetens att hantera konflikter, av läkare inom psykiatri (n=41) var det 59 procent, inom gynekologi (n=28) 82 procent och inom ortopedi (n=25) 36 procent och av övriga läkare (n=55) 58 procent som svarade detta. Läkare inom gynekologi och vårdcentralsläkare upplevde alltså störst behov medan läkare inom ortopedi, trots att de upplevde konflikter så ofta som en gång i veckan, i minst utsträckning ansåg att de hade behov av fördjupade kunskaper inom området.



Figur 88. Andel (%) av de läkare som svarat att de minst en gång i veckan upplevde konflikter i samband med sjukskrivning, som uppgett att de har mycket till inget behov att fördjupa sin kompetens att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning. (Fråga 20 delfråga 5)

Vid en analys av de, som enligt ovanstående, *både* hade konflikter med patienter om sjukskrivning minst en gång i veckan *och* som dessutom hade mycket stort eller ganska stort behov av fördjupning av sin kompetens i att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning (n=162), framkom att 43 procent av dem ansåg att kurser i konflikthantering skulle ha stort värde för att ha en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden (Figur 89).

Mönstret när det gäller att sätta stort värde på kurser i konflikthantering, där en betydligt lägre andel av läkare inom ortopedi än andel av övriga grupper sätter stort värde på detta, är dock i princip detsamma som visades i Figur 81 för samtliga läkare.



Figur 89. Andel (%) av de läkare som *både* svarat att de minst en gång i veckan upplevde konflikter i samband med sjukskrivning *och* att de har ett mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens i konflikthantering – som svarat att kurser i konflikthantering har ett stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. (Fråga 21 delfråga 20)

Kort om kvalitet i sjukskrivningsarbetet

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

Vårdcentralsläkare och läkare inom psykiatri skiljer sig ofta från läkare inom gynekologi och ortopedi i sina svar både när det gäller frågor om kontakt med Försäkringskassan, kompetensfrågor och kvalitetsfrågor.

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.
4. SOU. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
5. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2008.
6. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Löfgren A. Läkarens arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
13. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST -läkarens problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
14. 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.
15. Arrelöv B. Towards understanding of determinants of physicians' sick-listing practice and their interrelations. A population-based epidemiological study. Uppsala: Uppsala University; 2003.
16. 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.
17. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).

18. 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.
19. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
20. 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.
21. 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.
22. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. *Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin*; 1996.
23. 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.
24. Cohen D. *The sickness certification consultation in general practice [MD]*. Cardiff: Cardiff University; 2008.
25. Donceel P, Prins R, editors. *Tasks and training of social insurance doctors. An international exploration*. EUMASS, European Union of Medicine in Insurance and Social Security; 2004.
26. Donceel P, Mortelmans K, editors. *Problems in cooperation between social insurance and occupational health care in Belgium*. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: *European Journal of Public Health*.
27. 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.
28. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. An analysis of the communication during an enhanced and structured information exchange between social insurance physicians and occupational physicians in disability management in Belgium. *Disabil Rehabil*. 2007 Jul 15;29(13):1011-20.
29. 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.
30. Shiels C, Gabbay MB. Patient, clinician, and general practice factors in long-term certified sickness. *Scand J Public Health*. 2007;35(3):250-6.
31. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a delicate task for physicians. *Scand J Public Health*. 2009;37:57-63.
32. *Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
33. *Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
34. *Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
35. *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
36. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, et al. *Läkarens arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.

37. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
38. 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>.
39. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga: Fritzes; 2009.
40. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
41. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning; 2007.
42. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! Läkartidningen. 2001;98(11):1261-4.
43. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen; 2005.
44. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
45. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. Psychosomatic Medicine. 2005;3:201-4.
46. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001;98(11):1262-3.
47. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
48. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen; 2009.
49. Försäkringskassan. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönstret före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Stockholm; 2009.
50. <http://www.uppdragsguiden.sll.se/auktorisering>. 2009.
51. 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.
52. Hur får vi bra kvalitet i sjukskrivningsprocessen? Dokumentation från seminarium arrangerat av Ögat på sjukskrivning/Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samverkan med Produktionssamordning/Landstingsstyrelsens förvaltning; 2009.
53. Arrelöv B, Falkenberg A, Laur A, Andreen Sachs M. Sjukskrivningsaudit 2008 Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.
54. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Sjukskrivningsaudit 2006 - en beskrivning av deltagande läkare, deras svar på frågor om sjukskrivningar samt synpunkter på autditmetoden; 2007.
55. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Utfärdande av Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång; 2007.
56. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 2 - Samverkansmöten kring sjukskrivna patienter - en studie av tid- och resursåtgång. Stockholm; 2007.
57. Falkenberg A. Rapport från seminarier - Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen för verksamhetschefer i samverkan med SKL den 27 januari och 10 februari 2009. Stockholm; 2009.
58. Falkenberg A, Wenke J. Kan samtalsstöd i grupp användas i förebyggande syfte för att minska risken för långtidssjukskrivning? - erfarenheter från en central satsning inom landstinget på samtalsstöd för kvinnliga läkare. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.

59. Gonäs L. Nätverk av socioekonomiska experter inom icke-diskriminering. Landrapport 1, Sverige. Karlstad; 2009.
60. Grönqvist A-C. Implementering av Nationellt Försäkringsmedicinskt Beslutsstöd, Seminarier under hösten 2008 - slutrapport. Stockholm; 2008.
61. Grönqvist A-C. Slutrapport seminarier om det Nationella Försäkringsmedicinska Beslutsstödet. Stockholm; 2008.
62. Khan J, Arrelöv B, Laur A, Rehnberg C. Landstingets kostnader för sjukskrivningsuppdraget - medicinska och försäkringsmedicinska kostnader samt samhällsekonomiska aspekter: Centrum för folkhälsa, Enheten för Hälsoekonomi och Centrum för Vårdutveckling; 2008.
63. Arrelöv B, Laur A. Utfärdande av läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång. Ögat på sjukskrivning. Delrapport 1. Stockholm: Stockholms läns landsting FORUM/HSN förvaltning; 2007.
64. Upmark M. Kvinnors ohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
65. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan; 2006.
66. Alexanderson K. Enkät: Läkares arbete med sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
67. Alexanderson K. Enkät: Läkares arbete med sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
68. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
69. Palmer E. Sjukförsäkring kulturer och attityder. Stockholm: Försäkringskassan; 2006.
70. Goyeryd L, Liljedahl M. Familjeläkares syn på försäkringsmedicinskt beslutsstöd och på dess implementering inom primärvården Gävleborg
Magisteruppsats i försäkringsmedicin: Karolinska Institutet; 2009.
71. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004. p. 7-62.

www.ki.se/im



**Karolinska
Institutet**