

# Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland

## Resultat från två enkäter 2004 och 2008

**Rapport 2009**

Elsy Söderberg

Elin Södersten

Christina Lindholm

Kristina Alexanderson



**Karolinska  
Institutet**



**Linköpings universitet**

# Förord

---

Mot bakgrund av den s.k. principöverenskommelsen mellan Landstinget och Försäkringskassan har olika insatser genomförts för att påverka ohälsan i Östergötland.

Många insatser har även prövats i projekt och sedan uppdragits åt verksamheterna att utföra inom ramen för den ordinarie verksamheten. Så har t.ex. det strukturerade arbetet inom ramen för sjukskrivningsprocessen legat till grund för överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti.

Den utvecklingsprocess som bedrivits i länet har några karaktäristika som bidragit till att stödja såväl struktur som process inom ramen för principöverenskommelsen. Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen och många åtgärder som vidtagits i Östergötland har riktats till läkares kompetens och praxis, men även omfattat andra professionella yrkesgrupper. Så har t.ex. de försäkringsmedicinska utbildningarna i Östergötland på temat ”ta tillbaka makten över sjukskrivningarna” präglats av en viljeinriktning att låta administrativa förändringar samverka med professionell delaktighet och reflektion. Arbetet med att förbättra praxis inom hälso- och sjukvården och samverka med Försäkringskassan har bidragit till såväl interventioner som utvärderingar. Föreliggande resultatrapport är ett exempel på det senare och ger underlag för värdering av såväl nationella som lokala insatser.

Linköping i oktober 2009

Lena Lundgren

Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Landstinget i Östergötland

*Läkares arbete med sjukskrivning, resultat från Östergötland, 10/11 2009*

Rapporten kan laddas ner från Linköpings Universitet [www.liu.se](http://www.liu.se) där den ligger under [www.imh.liu.se/Samhällsmedicin/Socialmedicin/Publikationer](http://www.imh.liu.se/Samhällsmedicin/Socialmedicin/Publikationer) och från Karolinska Institutet [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im) där den ligger under Publikationer > Nedladdningsbara publikationer.

# Innehållsförteckning

---

Sammanfattning.....	6
Inledning.....	8
<b>Läkares arbete med sjukskrivning .....</b>	<b>9</b>
<b>Östergötland och Stockholm, Läkarenkät år 2004 .....</b>	<b>9</b>
<b>Nationell enkät om läkares arbete med sjukskrivning år 2008 .....</b>	<b>9</b>
<b>Verksamhetsutveckling i Östergötland .....</b>	<b>10</b>
Bakgrund .....	12
Syfte .....	14
Material och Metod.....	14
<b>2004 års enkätundersökning .....</b>	<b>14</b>
<b>2008 års enkätundersökning .....</b>	<b>14</b>
<b>Jämförelse mellan 2004 och 2008 .....</b>	<b>15</b>
<b>Utveckling av frågeformuläret .....</b>	<b>16</b>
<b>Datainsamling.....</b>	<b>17</b>
<b>Dataanalys .....</b>	<b>17</b>
<b>Öppna svar.....</b>	<b>18</b>
Resultat.....	19
<b>Bakgrundsfaktorer .....</b>	<b>20</b>
<b>Kön, och ålder och utbildningsnivå .....</b>	<b>20</b>
<b>Frekvens av sjukskrivningsärenden .....</b>	<b>21</b>
Läkares arbete med sjukskrivning.....	22
<b>Kön, ålder och utbildningsnivå .....</b>	<b>22</b>
<b>Frekvens av sjukskrivningsärenden .....</b>	<b>23</b>
<b>Antal år på arbetsplatsen .....</b>	<b>23</b>
<b>Tillgång till andra yrkesgrupper .....</b>	<b>23</b>
<b>Policy och stöd .....</b>	<b>24</b>
<b>Landstingets satsning .....</b>	<b>27</b>
<b>Hur många använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet? .....</b>	<b>28</b>
<b>Tidsbrist .....</b>	<b>33</b>
<b>Frekvens av olika sjukskrivningssituationer .....</b>	<b>35</b>
<b>Längre sjukskrivning än nödvändigt .....</b>	<b>39</b>
<b>Problem i arbetet med sjukskrivning .....</b>	<b>41</b>
<b>Sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem .....</b>	<b>46</b>

<b>Kontakter med Försäkringskassan .....</b>	<b>47</b>
<b>Kompetens i sjukskrivningsfrågor .....</b>	<b>54</b>
<b>Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.....</b>	<b>61</b>
<b>Ett 4-års perspektiv i Östergötlands län .....</b>	<b>65</b>
<b>Frekvens av sjukskrivningsärenden .....</b>	<b>66</b>
<b>Ledning och styrning .....</b>	<b>66</b>
<b>Frekvens av olika sjukskrivningssituationer 2004 och 2008 .....</b>	<b>68</b>
<b>Längre sjukskrivning än nödvändigt .....</b>	<b>70</b>
<b>Problem i arbetet med sjukskrivning .....</b>	<b>71</b>
<b>Kontakter med Försäkringskassan .....</b>	<b>74</b>
<b>Kompetens i sjukskrivningsfrågor .....</b>	<b>77</b>
<b>Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.....</b>	<b>79</b>
<b>Slutkommentar .....</b>	<b>81</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>83</b>

# Sammanfattning

---

I denna rapport presenteras resultat för Östergötland från den enkät om sjukskrivning som skickades till alla yrkesverksamma läkare i Sverige år 2008. Syftet med enkäten var att få fördjupad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning för att få underlag för interventioner. Resultaten jämförs med de från motsvarande enkät år 2004 till läkarna i Östergötland. I 2008 års enkät var svarsfrekvensen 65 procent, 2004 var den 72 procent. Det efterfrågades hur ofta i det vardagliga arbetet som läkaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Resultaten visar att de flesta, 81 procent, hade sådana konsultationer minst 1 gång i veckan.

Generellt förefaller det försäkringsmedicinska beslutsstödet som infördes 2007 och 2008 ha fått ett gott genomslag. Mer än hälften av läkarna svarade att beslutsstödet underlättar kommunikation med patienter och en tredjedel ansåg att det underlättade kontakten med andra aktörer, såsom Försäkringskassan. Beslutsstödet kan också betraktas ur ett kvalitetsperspektiv, en majoritet av de sjukskrivande läkarna, 78 procent, ansåg att beslutsstödet har ett stort eller måttligt värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Fyra av tio läkare uppgav att de hade stort behov av att utveckla sin kompetens i att använda beslutsstödet.

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 41 procent att en sådan finns. Skillnaden mellan läkare på vårdcentraler och övriga kliniker var relativt stor. Av läkarna på vårdcentraler svarade hela 71 procent att det finns en policy på deras arbetsplats och mer än hälften uppgav att den är väl förankrad. Vid en jämförelse mellan övriga landet och Östergötland finns det även en något högre andel läkare i Östergötland som ansåg att landstinget satsar på att förbättra arbetet med sjukskrivningar.

Förutom om det finns en gemensam policy för arbetet med sjukskrivningsärenden, ställdes en fråga om stöd från den närmaste ledningen i detta arbete. Sjuttio procent upplevde att de har stöd från den närmaste ledningen i sitt sjukskrivningsarbete. Bland läkare på vårdcentraler svarade 95 procent av läkarna att de hade stöd från sin ledning, medan en lägre andel av läkarna på övriga kliniker, 64 procent, ansåg detta.

Det skedde mellan de jämförda åren en minskning av upplevd problematik i de flesta situationer, som 2004 uppfattades som problematiska. Det var en tydlig minskning av andelen läkare som ansåg att det var problematiskt att göra en handlingsplan för vad patientens sjukskrivningstid ska användas till. Motsvarande minskning fanns för följande uppgifter: att hantera situationer där patienten och läkaren har olika åsikt om behovet av sjukskrivning, att handlägga en förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg och att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning. Ett tydligt undantag var att bedöma om patientens funktionsförmåga var nedsatt. Andelen läkare med många sjukskrivningsärenden per vecka var färre 2008 jämfört med 2004.

*Här nedan sammanfattas mera specifika fynd om patientmöten, samarbete, remisser, väntetider, kontakter och kompetensutveckling*

**Frekvenser av olika patientmöten:** Fjorton procent av läkarna uppgav att de minst en gång varje vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada. Tio procent sa lika ofta nej till en patients önskan

om att vara sjukskriven. Fem procent var lika ofta med om att en patient sa nej till den sjukskrivning som läkaren föreslog.

**Sjukskrivningar längre än nödvändigt på grund av väntetider:** Cirka 10 procent av läkarna sjukskrev minst en gång per vecka längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning inom sjukvården eller på grund av väntetider till behandling saknades. Sex procent förlängde minst en gång per vecka en sjukskrivning på grund av att tider för återbesök saknades. Fyra procent av läkarna förlängde en sjukskrivning på grund av att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknades minst en gång per vecka.

**Bedömningar i sjukskrivningsärenden:** Mer än hälften av läkarna uppgav att det var problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter. Nästan lika många uppgav att det var lika problematiskt att göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters arbetsförmåga.

**Kontakten med Försäkringskassan:** Av de läkare som har kontakt med Försäkringskassan var två tredjedelar mycket eller ganska nöjda. Högst prioriterat i framtida kontakter med Försäkringskassan var att ha en kontaktperson som man kan nå snabbt vid behov.

**Kompetensutveckling:** Jämfört med den formella utbildningen; grundutbildningen till läkare, AT- och ST utbildningen, har informella vägar för kompetensutveckling och vardagslärande om handläggning av sjukskrivningsärenden, betytt mycket för kompetensutvecklingen. Det som mest hjälpt till att utveckla kompetensen i sjukskrivningsärenden var kontakten med kollegor och annan vårdpersonal, 69 procent uppgav detta. Mer än hälften önskar kompetensutveckling i försäkringsmedicinska frågor, framförallt vad gäller egna möjligheter och skyldigheter. Lika stort var behovet av kompetensutveckling vad gäller andras möjligheter och skyldigheter såsom Försäkringskassans eller arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden.

# Inledning

---

Det har under 2000 talet genomförts ett antal utredningar rörande sjukskrivningsprocessen. Dessa har t.ex. syftat till ökad effektiviteten såsom tidsgränser i sjukförsäkringen [1]. I budgetpropositionen 2006 (prop. 2005/06:1) presenterades riktlinjer i form av ekonomiska incitament för att stimulera hälso- och sjukvården till att ge sjukskrivningsfrågor högre prioritet och för att aktivt medverka till att utveckla sjukskrivningsprocessen. I slutet av år 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad och enhetlig sjukskrivningsprocess [2]. Därefter har ett omfattande introduktionsarbete genomförts och sammanställt av Sveriges Kommuner och Landsting [3].

Även Socialstyrelsen och Försäkringskassan redogjorde i en rapport till regeringen i december 2006 för olika insatser för en ny och effektivare sjukskrivningsprocess [4]. En central insats i den processen var dels införandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för vägledning vid bedömning av arbetsförmåga, dels lämplig sjukskrivningsstrategi till stöd för läkare och för Försäkringskassans tjänstemän [5]. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av övergripande principer gällande all sjukskrivning [6]. Dessa övergripande principer publicerades i tryckt form och ca 180 000 exemplar av skriften har distribuerats, i första hand till landsting och regioner. Beslutsstödet andra del, de specifika rekommendationerna, finns endast publicerade elektroniskt via Socialstyrelsens webbplats. Detta skapar förutsättningar för att på ett enkelt sätt kunna komplettera och revidera rekommendationerna och att säkra att berörda parter har tillgång till senaste versionen av stödet. Somatiska sjukdomar omfattas av beslutsstödet från mars 2008 och psykiska sjukdomar från augusti 2008. Socialstyrelsens ambition är att det ska finnas specifika rekommendationer för ca 75 procent av alla bedömningar gällande sjukskrivning.

Utbetalningen av den s.k. sjukvårdsmiljarden reglerades enligt en överenskommelse, som tecknades 2006 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Under en treårsperiod betalar staten ut upp till 1 miljard kronor per år fördelat utifrån hur mycket antalet sjukskrivningsdagar minskade i respektive landsting. I villkoren för överenskommelsen om den s.k. sjukvårdsmiljarden för 2007 ingår att landsting och regioner förbinder sig att vidta åtgärder för att öka användandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I den nu gällande överenskommelsen om sjukvårdsmiljarden uppmärksammas införande av rehabiliteringskedjan, och det betonas att denna ställer högre krav på betydelsen av medicinska underlag i sjukpenningärenden.

För att komma tillrätta med några av de svårigheter som identifierats har Socialstyrelsen verkat för att få in det nya läkarintyget i samtliga journalsystem som landstingen använder. Försäkringskassan har dessutom initierat ett samarbete med SKL som syftar till att få till stånd elektronisk överföring av sjukskrivningsblanketten från hälso- och sjukvården in till Försäkringskassan [7]. För år 2009 har ytterligare en överenskommelse slutits, i vilken utbetalningsmodellen från 2006 i huvudsak fortsatt att gälla. Socialstyrelsens beslutsstöd har tillkommit på grundval av ett motiv att få en bättre enhetlighet i bedömningar av behov av sjukfrånvaro och samtidigt en förbättrad dokumentation och användning av de intyg och utlåtanden som aktualiseras i försäkringsmedicinska bedömningar [8]. Socialstyrelsen påbörjade under hösten 2008 arbetet med att kvalitetsutveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Arbetet består av fyra olika moment: att tydliggöra rekommendationernas medicinskt vetenskapliga grund, att validera träffsäkerheten i de angivna tidsgränserna, att komplettera stödet med angelägna rekommendationer, samt att utveckla stödets



användarvänlighet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har två delar: en som omfattar övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar och en del som består av specifika rekommendationer för ett antal diagnoser som är vanliga i sjukskrivningssammanhang.

## *Läkares arbete med sjukskrivning*

En vanligt förekommande arbetsuppgift för många läkare är att ta ställning till frågor som rör patienters sjukskrivning och rehabilitering. Läkares sätt att sköta denna uppgift har stor betydelse för patienters livssituation och hälsa och kan även få betydelse för andra aktörer, inklusive Försäkringskassa, arbetsgivare, andra inom hälso- och sjukvården, liksom för samhället i stort. Enligt vissa studier innebär detta även ett arbetsmiljöproblem för läkare själva. Trots detta finns det förhållandevis få studier om läkares praxis (handlingsmönster i professionell praktik) i samband med sjukskrivning, om förutsättningarna för att i praktiken genomföra den optimalt eller om läkares behov av kompetensutveckling i samband med denna praxis [9].

Merparten av vetenskapliga studier om sjukskrivning har fokus på orsaker till sjukskrivning och då har oftast faktorer hos individen eller arbetsmiljön studerats. Hur själva handläggningen av sjukskrivningsärenden sker i läkarnas vardag är dock inte särskilt väl undersökt. På samma sätt är frågan om hur läkare utvecklar de färdigheter de behöver för att kunna göra sina bedömningar av funktionsförmåga, arbetsförmåga, sjukskrivningars grad och längd, patienters behov av rehabilitering etc., ett eftersatt forskningsområde [10]. Det finns endast sparsamt med kunskap om vilken betydelse just läkares praxis har för sjukskrivning och återgång i arbete, jämfört med andra faktorer och aktörer. Flertalet av studierna som genomförts om detta är dessutom baserade på mycket små studiepopulationer, och ofta är dessa starkt selekterade, vilket innebär att det är svårt att dra generella slutsatser från dem [9]. Dessutom gäller de flesta studierna endast vårdcentralsläkare; man har antagit att sjukskrivning inte är en speciellt vanligt förekommande arbetsuppgift bland läkare inom andra verksamheter. Den enkät om läkares sjukskrivningspraxis, som genomfördes år 2004 och där i princip alla läkare i Stockholms och Östergötlands län inkluderades – ca 22 procent av alla läkare i Sverige under 65 år då visade dock att andelen läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden var mycket större inom flera kliniska verksamheter än inom vårdcentraler [9].

## *Östergötland och Stockholm, Läkarenkät år 2004*

För att få ett kunskapsbaserat underlag för interventioner, och för att kunna basera sådana i läkares situation och på vad läkare ansåg att de föredrog för åtgärder, genomfördes år 2004, i samarbete med landstingen i Östergötland och Stockholm, de två då lokala försäkringskassorna i de länen samt Karolinska Institutet en enkätstudie riktad till de ca 7700 läkarna i de två länen [9]. Dessa utgjorde närmare en fjärdedel av läkarna i Sverige under 65 år och svarsfrekvensen var god; 71 procent. Resultaten från 2004 års enkät visade även på behov av fördjupad och breddad kunskap om bland annat olika specialistgruppers arbete liksom arbetet i samtliga landsting. I en rapport med titeln ”Läkares arbete med sjukskrivning” beskrivs resultaten från projektet [9].

## *Nationell enkät om läkares arbete med sjukskrivning år 2008*

Resultaten från 2004 års enkät har använts som bas för åtgärder i Stockholms läns landsting och i Östergötlands läns landsting liksom i hela landet, bl.a. via Regeringens så kallade miljardsatsning.

Resultaten har dessutom kunnat utgöra baslinjedata för att kunna följa upp eventuella effekter av de olika interventioner som genomförts i Östergötland respektive Stockholm sedan 2004. För att få motsvarande baslinjedata även för övriga landet, samt för att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning genomfördes en motsvarande enkätstudie år 2008 [9]. Den enkäten omfattade samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige och är den största studien av läkares arbete med sjukskrivning som genomförts, inte bara i Sverige utan i hela världen. Projektets datainsamling och huvudrapport [9] har finansierats av Socialdepartementet och Försäkringskassan.

Projektledare för Läkarenkätprojektet är Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI) i Stockholm. I den tvärvetenskapliga och mångprofessionella projektgruppen ingår för närvarande följande personer:

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

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

## *Verksamhetsutveckling i Östergötland*

Det finns i Östergötland en lång tradition av verksamhet för att höja kvalitén i hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Den samverkan som funnits mellan landstinget i Östergötland, Försäkringskassan i Östergötland och Linköpings universitet har varit en förebild för andra landsting [11].

I juni 2002 undertecknades det grunddokument, en principöverenskommelse mellan Landstinget och Försäkringskassan, där parterna enats om sitt gemensamma ansvar för att se till att hälsoläget i Östergötland förbättrades. Strategiskt viktiga grunddrag är långsiktighet och styrningen och ledningen, som bl.a. bestod av landstinget och Försäkringskassans direktörer. Det var en markering av att frågan togs på största allvar. För principöverenskommelsen tillsattes en projektledare på heltid som fick uppdraget att skapa rätt förutsättningar för långsiktig lokal samverkan. Tre hörnpelare identifierades i samverkansarbetet i länet; verksamhetsutveckling, kunskapsutveckling och sjukskrivningskommitté

Arbetet med implementering av beslutsstödet [6] i Östergötland har utgått från två strategier. Den ena innebär dialog- och informationsinsatser i linjeorganisationen generellt och den andra direkt till dem som berörs av beslutsstödet i sitt dagliga arbete, främst läkare. Här följer några exempel på åtgärder som vidtagits: Medlemmar i Sjukskrivningskommittén i Östergötland har fortlöpande besökt vårdcentraler och andra mottagningar och kliniker. Speciella utbildare/informatörer är Sjukskrivningskommittén behjälpliga med att utbilda personal som arbetar med sjukskrivningar. Bl.a. har öppna seminarier i försäkringsmedicin för läkare genomförts och motsvarande satsningar görs till sjuksköterskor m.fl. yrkeskategorier som direkt eller indirekt berörs. Det har även genomförts informationsinsatser till chefer i organisationen samt till läkare i privat organiserad sjukvård. Beslutsstödet ingår i grundutbildningen för läkare. Särskilda seminarier och utbildningar för ST- och AT-läkare har också arrangerats. Viktig information om beslutsstödet publiceras löpande på landstingets intranät. En länk till Socialstyrelsens webbaserade arbetsverktyg för det försäkrings medicinska beslutsstöd finns också på landstingets intranät.

Mycket arbete pågår främst inom primärvården där det sedan flera år finns resursteam som stödjer sjukskrivna. Resursteamerna består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och handläggare från Försäkringskassan. Det strukturerade arbetet i Östergötland med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har legat till grund för överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti [12]. En viktig del av principöverenskommelsen är kunskapsutveckling, denna har avsett områden som rör både sjukskrivningspraxis [13] och arbetslivsinriktad rehabilitering [14].

Sjukskrivningskommittén arbetar i en nätverksmodell mot framförallt distriktsläkare, vilka utgör den största gruppen läkare som utfärdar läkarintyg. Sjukskrivningskommitténs övergripande uppdrag är att bidra till ökad medvetenhet i sjukskrivningsärenden och återkoppling av kvalitet i läkarintyg. Kvalitetsarbetet fokuserar på kunskap om sjukförsäkringen, innehållet i det medicinska underlaget, stöd till samtliga vårdcentraler och kliniker i det lokala arbetet med att skapa riktlinjer och rutiner kring sjukskrivning samt uppföljning och kvalitetssäkring. Arbetet har under 2009 inriktats på rehabiliteringsgarantin och följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutstödet.

# Bakgrund

---

När en sjukskrivning är aktuell är det läkarens uppgift att bl.a. uttala sig om individens sjukdom eller skada, och funktionstillstånd relaterad till detta och hur dessa faktorer påverkar arbetsförmågan nu och över tiden framåt. Definitioner av vad som är respektive vad som inte är sjukdom är därmed centrala. Lagen om allmän försäkring (AFL) utgår från gällande läkarvetenskaplig uppfattning. Enligt den utgångspunkten är sjukdom onormala kropps- eller själstillstånd som inte hänger samman med den normala livsprocessen [15].

I handlingsplanen för ökad hälsa i arbetslivet [16] lämnades förslag som är orienterade mot åtgärder på arbetsplatsen och mot en målinriktad och bättre underbyggd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. I förslaget ingick att landstingens ansvar för rehabilitering ska förtydligas och att sjukvården ska ansvara för att personalen har tillräcklig kompetens i försäkringsmedicin. De negativa konsekvenser som en sjukskrivning kan ha för individen gör att praxis bör granskas, utvärderas och utvecklas med samma kvalitetsanspråk som hälso- och sjukvårdens övriga ordinationer och åtgärder. Det vilar på sjukvårdshuvudmännen och på Försäkringskassan att se till att det finns system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen [4].

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har, på uppdrag av regeringen, i slutet av år 2006 redovisat sitt arbete med att utveckla försäkringsmedicinska riktlinjer i syfte att uppnå en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess [5]. Hur själva sjukskrivningsprocessen sker i läkarnas vardag är dock inte särskilt väl undersökt, i t.ex. ett ersättningsärende ska läkaren först uttala sig om hur patientens medicinska status påverkar funktionsförmågan och i nästa led hur funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan [17].

Bedömningen av funktionsförmåga intar därför en central plats i allt som gäller sjukförmåner. Detta är helt i enlighet med försäkringens bakomliggande syfte och dess konstruktion. I Arbetsförmågeutredningen redovisas att begreppet arbetsoförmåga omfattas av stora oklarheter som med tiden blivit allt mer uppenbara. Arbetsförmåga respektive arbetsoförmåga har kommit att bli en juridiskteknisk term med styreffekter på socialförsäkringars tillämpning men är i grunden likafullt beroende av ett medicinskt innehåll grundat på läkares bedömning [8].

## *Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning*

Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning kan sammanfattas i följande sex punkter [9, 15, 18]:

- Ta ställning till om sjukdom eller skada föreligger enligt de kriterier som gäller för detta, inklusive med sjukdom jämställda tillstånd.
- Bedöma om sjukdomen eller skadan innebär sådan nedsättning av patientens funktionsförmåga att även arbetsförmågan är nedsatt i relation till de krav som patientens arbete innebär, eller till på arbetsmarknaden i övrigt förekommande arbeten, samt särskilt ange vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras.

- Tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning, inklusive hur sjukdomen/skadan påverkas av sjukskrivningen.
- Ta ställning till längd och grad av sjukskrivningen, liksom vad som ska ske under sjukskrivningen t.ex. utredning, behandling, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
- Ta ställning till om det föreligger behov av kontakt med andra inom sjukvården (kurator, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, andra kliniker) eller aktörer utifrån, såsom försäkringskassa, företagshälsovård, arbetsgivare, eller andra aktörer, och i så fall etablera kontakten, samt att på ett adekvat sätt samverka med andra aktörer, inom och utanför hälso- och sjukvården.
- Skriva ett intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att det ger tillräckligt underlag för försäkringskassans handläggare att fatta ett beslut om sjukpenning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.
- Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Läkaren har rollen som ”medicinskt sakkunnig” i relation till Försäkringskassan och andra aktörer och har i denna roll att avge en objektiv bedömning rörande patienten. Parallellt ska läkaren fungera som patientens behandlare med ambitionen att skapa tillit och erbjuda adekvat medicinsk vård och behandling. Det framkommer i olika studier av sjukskrivningar att det kan vara svårt att dra en gräns för att fastställa om en person är arbetsförmögen och i så fall i vilken utsträckning [19].

I SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) systematiska litteraturgenomgång av studier om läkares sjukskrivningspraxis konstaterades att det endast fanns vetenskaplig evidens för två resultat; dels att läkare anser att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt, dels att läkarintygen ofta har undermålig kvalitet. Dessa resultat är alltså på en mycket generell nivå och innebär att det fortfarande saknas resultat som kan ligga till grund för åtgärder i praktiken [18].

Från politiskt håll framhålls förbättringar i arbetet med sjukskrivningar som ett prioriterat område. Inte minst är kunskapsproduktionen kring sjukskrivnings nytta och risker viktig, t.ex. i form av forskning och evidensbyggande utvecklingsarbete kring Socialstyrelsens beslutsstöd. Ett av de områden som därutöver framträder som ytterligare utvecklingsbart gäller själva det personliga mötet mellan läkare och patient [8, 12].

# Syfte

---

Syftet med denna studie har varit att undersöka läkare som var yrkesverksamma i Östergötland, vad avser deras arbete med sjukskrivningsärenden samt att jämföra resultaten 2008 med 2004 års läkarenkät.

# Material och Metod

---

I denna rapport presenteras resultat från en enkät till yrkesverksamma läkare under 65 år som år 2008 hade sin huvudsakliga arbetsplats i Östergötland. Resultat redovisas framförallt för läkare som svarade att de möter patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst någon gång per år. Detta redovisas för tre grupper; samtliga yrkesverksamma läkare i Östergötland, samt uppdelat på läkare som arbetar vid vårdcentral/husläkarmottagning respektive övriga läkare. Vissa jämförelser görs även mellan läkare i Östergötland och läkare i övriga Sverige.

För att få en bild av förändringar över tid presenteras jämförelser av resultaten från en motsvarande enkät som genomfördes år 2004 i Stockholms och Östergötlands läns landsting.

I enkäten fanns även utrymme för att lämna skriftliga kommentarer. Dessa redovisas i resultatredovisningen vid respektive frågeområde. En rapport [20] med resultat från hela landet finns på denna internetadress: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=4841&a=29577&l=sv>

## *2004 års enkätundersökning*

År 2004 inkluderades sammanlagt 7 665 läkare under 65 år, boende i Stockholms och Östergötlands län i en enkätstudie. Dessa utgjorde då ca 22 procent av alla läkare under 65 år i Sverige.

Urvalet i Östergötland gjordes genom Pharma Marketing AB:s adressdatabas (nu Cegedim Sweden AB). I detta urval ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som var aktuella för sjukskrivning. Detta ledde till att 871 läkare från Östergötlands län fick enkäten, varav 628 svarade, vilket ger en svarsfrekvens på 72,1 procent.

Mera information framgår av rapporten: *Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie* [9]. Frågorna i enkäten 2004 togs fram utifrån intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter. De prövades på flera sätt, bl.a. i två referensgrupper, gentemot ett flertal forskare, kollegor samt i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län. Enkätutskick och datainsamling administrerades av SCB.

## *2008 års enkätundersökning*

Undersökningen 2008 var en totalundersökning av yrkesverksamma läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen var yrkesverksamma i Sverige. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Cegedim AB (nu Cegedim Sweden AB), som upprätthåller en adressdatabas över alla läkare i Sverige. Registret förs bland annat på uppdrag av Apoteket.

Cegedim AB förvaltar Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) och har information om år för läkarexamen, legitimation, specialistkompetens i Sverige samt om personen var yrkesverksam. Till skillnad från år 2004 inkluderades 2008 alla yrkesverksamma läkare oavsett ålder. Enkäten skickades ut till 37 047 läkare år 2008. Svarefrekvensen för hela landet var 61 procent. För bortfallsanalysen har SCB, vad gäller län, beräknat svarefrekvenser baserat på postnummer. Av dem som fick enkäten hade 1668 personer en bostadsadress som enligt postnumret låg i Östergötland (Tabell 1). Av dessa svarade 1080 vilket innebär en svarefrekvens på 64,7 procent. Som ofta är fallet var svarefrekvensen högre bland kvinnor än bland män och bland äldre än bland yngre.

**Tabell 1.** Svarefrekvens för läkare boende i Östergötland 2008

	Antal i studiepopulationen	Antal svarande	% svarande
<i>Samtliga</i>	1668	1080	64,7
24 - 44 år	682	447	65,5
45 - 64 år	899	570	63,4
65 år eller äldre	87	63	72,4
Män <sup>1</sup>	981	624	63,6
Kvinnor <sup>1</sup>	686	455	66,3
Specialister	1207	784	65,0

<sup>1</sup>För en person saknades uppgift om kön

I enkäten fanns en fråga om i vilket landsting/region den svarande hade sin huvudsakliga arbetsplats. Resultaten som presenteras i denna rapport var svaren från de 1055 läkare i alla åldrar som svarade att de huvudsakligen arbetar i Östergötland. Detta innebär att det finns en diskrepans mellan antal svarande i bortfallsanalysen ovan och antal svarande i analyserna i resultatet; 25 färre läkare arbetade i Östergötland än som bodde här.

Internbortfall, dvs. bortfall av svar för en specifik fråga, förekommer på samtliga frågor. De redovisas inte för varje fråga i rapporten. Internbortfallet per fråga var i medeltal 5,5 procent bland de läkare som ansåg att de minst någon gång per år möter patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

## *Jämförelse mellan 2004 och 2008*

Analyser har gjorts för vissa frågor för att se skillnader mellan Östergötland och övriga Sverige, samt mellan åren 2004 och 2008.

Jämförelser mellan resultat från åren 2004 och 2008 har gjorts för läkare yngre än 65 år som mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst någon gång per år. Ca 80 frågor var gemensamma i enkäterna de båda åren. Några av frågorna från 2004 omformulerades något i enkäten 2008 vilket innebär att viss bearbetning har genomförts för att resultaten ska kunna jämföras.

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

- Skalan på svarsalternativen till frågorna *Hur ofta i Ditt kliniska arbete...* ändrades från 2004 till 2008. De två första svarsalternativen ändrades från ”fler än 20 ggr/vecka” och ”6-20 ggr/vecka” år 2004 till ”fler än 10 ggr/vecka” och ”6-10 ggr/vecka” år 2008. Vid jämförelserna slogs båda alternativ ihop för vardera året till ”fler än 5 ggr/vecka”.

- Följande fråga i 2004 års enkät delades 2008 upp i två frågor ”*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?*” där den ena endast handlade om kognitiv beteendeterapi. Vid analyserna valdes det svarsalternativ som uppgavs oftast. 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.

- På frågan i enkäten 2008 om vilka svårigheter Du upplever i Dina kontakter med Försäkringskassan slogs på motsvarande sätt alternativen ”*Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar*” och ”*Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar*” ihop för att jämföras med den fråga 2004 som innehöll båda dessa aktörer.

- 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 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. För att inte få en över- eller undervärdering av resultatet har vi utgått från dem som både svarat att de inte kommer att ha några kontakter och sedan även har värderat framtida kontakter med Försäkringskassan. Dessa svar har använts som grund för en viktning av svaren på delfrågorna om kontakten med Försäkringskassan vid jämförelsen med 2004. (Fråga 17).

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

## *Utveckling av frågeformuläret*

En enkät, baserad på enkäten från 2004 [9] utvecklades. Frågorna från 2004 behölls i princip oförändrat, några reviderades varsamt baserat på analys av resultaten från enkäten. Dessutom kompletterades enkäten med frågor för att fånga eventuella effekter av interventioner och andra förändringar sedan 2004, samt inkludera aspekter som resultatet från 2004 visade vara viktiga att specificera eller som framkommit i nya studier på området eller i samarbete med olika experter.

Frågeområden som finns i både 2004 och 2008 års enkät:

- demografi, utbildningsnivå och inriktning, kliniktilhörighet,
- ledningens stöd respektive policy för arbetet med sjukskrivning
- 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



- kompetens för arbetet med sjukskrivning: nuvarande kompetens i sjukskrivningsarbetet, hur den erhållits, behov av kompetensutveckling och önskemål om former för detta.

Frågeområden som tillkommit i 2008 års enkät:

- Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Frågeformuläret 2008 innehöll även komplettering med flera frågor för ytterligare specificering inom varje frågeområde, bland annat för att kunna följa effekter av miljardsatsningen. Enkäten kompletterades dessutom med tolv frågor om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Antalet frågor utökades från 83 år 2004 till 153 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 den fördjupade kunskap som 2004 års resultat visades sakna. En referensgrupp och andra intressenter, praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt forskare från Sverige och andra länder har gett synpunkter på frågeformuläret. Frågorna prövades i flera omgångar och slutligen även i en pilotstudie i augusti 2008. Pilotstudiens enkät skickades till ett slumpmässigt urval av 100 läkare ur Cegedim Sweden AB:s register. Svarsfrekvensen var 62 procent. Smärre förändringar gjordes till den slutliga enkäten.

Fullständiga frågeformulär från 2004 och 2008 finns i anslutning till den nationella rapporten [20]: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=4841&a=29577&l=sv>

## *Datainsamling*

Statistiska centralbyrån (SCB) fick uppdraget att administrera datainsamlingen och inskanningen av svaren, inklusive administration av pilotstudien. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt hos SCB, som sedan lämnade över avidentifierade data till projektansvarig vid Karolinska Institutet.

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

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

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

## *Dataanalys*

Projektgruppen erhöll avidentifierade 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 de två grupperna som jämförs i analyserna; läkare vid vårdcentral/husläkarmottagning och övriga läkare.

Svaren på två av frågorna 2008 har justerats inför analyserna:

- En fråga (fråga F 16) om kontakten med Försäkringskassan har justerats beroende på hur läkaren har svarat på andra frågor om denna kontakt. De läkare som svarade att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan på första frågan och även besvarat ett eller flera alternativ om vilka svårigheter de upplevde har i analyserna betraktats som att de 'upplever svårigheter' på den första frågan.

- Det fanns i enkäten frågor om huruvida beslutstödet underlättar kontakten med fyra angivna aktörer. Dessa frågor följdes av en fråga (fråga F 18) om läkaren inte använder beslutstödet. De läkare som på denna sista fråga ansåg att de inte använder beslutstödet beräknas som bortfall på de fyra första frågorna om kontakten med andra aktörer.

### *Öppna svar*

I de avidentifierade svaren ingick också öppna svar, som läkare skrivit på den sista sidan i enkäten under rubriken: Egna kommentarer. En tredjedel av de sjukskrivande läkarna i Östergötland använde möjligheten att lämna öppna svar. Dessa svar har kodats och kategoriserats. Analysen har genomförts med en systematisk genomgång av materialet, textsvar för textsvar, för att identifiera meningsbärande enheter.

I den procedur som genomförts har texter valts ut som bär med sig kunskap om ett eller flera frågeområden i enkäten. Arbetet med att läsa, koda och tolka har primärt tagit sikte på att fånga upp och klassificera alla meningsbärande enheter, som anknyter till enkätens frågeområden [21]. Dessa redovisas i anknytning till det frågeområde som kommentaren anknyter till i resultatredovisning.

# Resultat

---

Läkare som minst någon gång per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning benämns ”sjukskrivande” läkare. I allmänt språkbruk används ofta termen ”läkarintyg” eller ”sjukintyg” som samlingsbegrepp för många av de olika medicinska underlag, intyg och utlåtanden som läkare skriver i samband med sjukskrivning. Även om det inte är helt korrekt, används här dessa termer för att inte i onödan tynga språket.

I resultatredovisningen presenterat i huvudsak signifikanta förändringar för olika frågor. I analyserna av de olika frågorna när det gäller sjukskrivningsfrekvens och problem förekom inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män, var sig i resultatet från 2004 års enkät [9] eller för hela landet [20], varför resultat stratifierade för kön och ålder redovisas endast inledningsvis. I det följande presenteras resultaten från enkäten uppdelat på hur läkare som uppgett att de huvudsakligen arbetade på vårdcentral/husläkarmottagning svarat i relation till läkare på övriga kliniker. För att underlätta läsningen benämns vårdcentral eller husläkarmottagning för ”vårdcentral”.

## *Resultatredovisningen disponeras enligt följande:*

1. Först redovisas bakgrundsfaktorer för samtliga svarande läkare under 65 år samt svar på frågan om de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning,  **dessa figurer och tabeller är röda.**
2. Därefter presenteras resultat från enkätfrågorna för de ”sjukskrivande” läkarna, dvs. de som svarat att de åtminstone någon gång per år möter patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning i **blåa figurer och tabeller.**
3. Sedan följer ett kapitel där de frågor som förekom både 2004 och 2008 presenteras i **gröna figurer och tabeller.** Svaren på enkätfrågorna är redovisade i tabeller och i stapeldiagram i stort sett i samma ordning som de återfinns i enkäten. Relaterade frågor presenteras dock under samma rubrik för att underlätta läsningen, t.ex. redovisas svaren på frågorna som handlade om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd under samma rubrik. I några figurer presenteras resultat där de från Östergötland jämförs med läkare från övriga landet, dessa är **i orange färg.**
4. Eftersom enkäten utgår från läkares perspektiv, deras syn på och upplevelser av arbetet med sjukskrivning, har även de öppna svaren som läkare har skrivit analyserats. Dessa redovisas i samband med respektive frågeområde med **kursiverad text.**

## Bakgrundsfaktorer

Av de 22 498 läkare som svarade på enkäten 2008 var 20 594 under 65 år. Av dessa uppgav 991 att de huvudsakligen arbetar i Östergötland (Tabell 2). I enkätundersökningen 2004 inkluderades inte läkare som var 65 år eller äldre. För att kunna jämföra mellan åren exkluderas därför läkare som var 65 år eller äldre vid 2008 års enkätundersökning. 2004 exkluderas även läkare som man ansåg inte sjukskriver så ofta, se metoddelen, vilket till viss del kan förklara skillnaden i studiepopulation (de som fick enkäten) och svarsfrekvens (se även metodkapitlet).

**Tabell 2.** Antal läkare under 65 år i studiepopulationen och antal svarande läkare under 65 år för år 2004 och 2008.

	2004	2008
Antal i Studiepopulationen	871	1 581
Svarsfrekvens för läkare under 65 år	72 %	64 % <sup>1</sup>
Antal svarande läkare under 65 år	628	991 <sup>2</sup>
Antal sjukskrivande läkare under 65 år	572	690 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Beräknat på de som enligt postnummer bor i Östergötland

<sup>2</sup>Som uppgav att har sin huvudsakliga arbetsplats i Östergötland

## Kön, och ålder och utbildningsnivå

I enkäten fanns en fråga om högsta utbildningsnivå med svarsalternativen; Läkarexamen, Legitimerad läkare, Pågående ST-utbildning samt Specialist. Antal specialistutbildningar per läkare baseras på Socialstyrelsens register. Det fanns en viss liten differens mellan dessa uppgifter på cirka en procentenhet, som troligen härrör från några nyligen avslutade specialistutbildningar som ännu inte hunnit registreras eller ännu inte godkänts för registrering (Tabell 3).

**Tabell 3.** Andel (%) läkare relaterat till kön, utbildningsnivå respektive antal specialistutbildningar

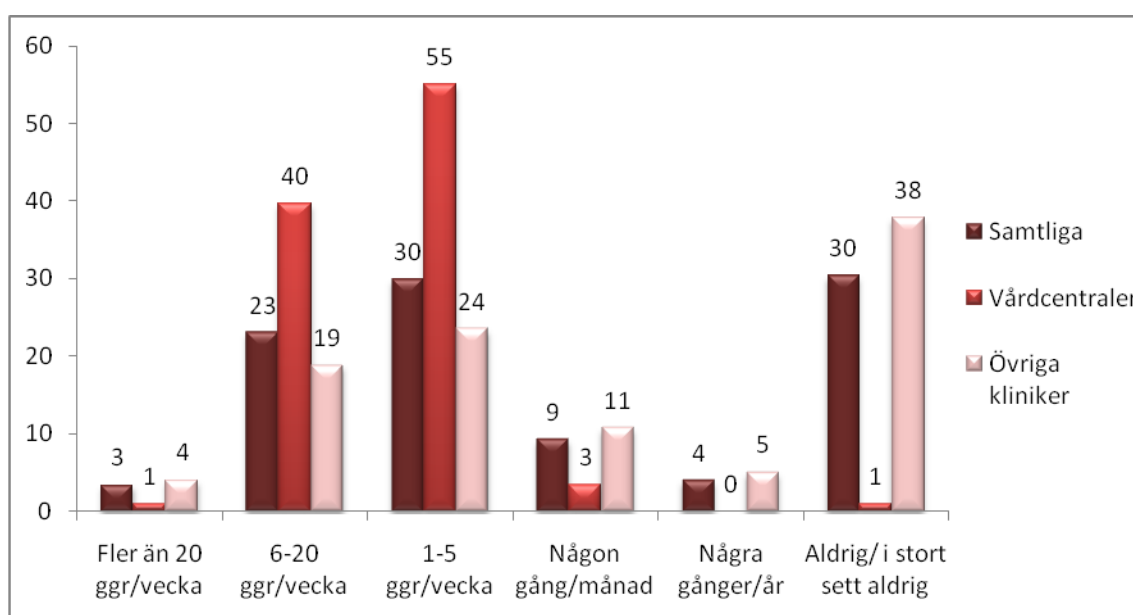
		Samtliga n=1055	Vårdcentraler n=209	Övriga kliniker n=846
Kön	Andel kvinnor	43	52	40
	Andel män	57	48	60
Ålder	20-44 år	42	48	40
	45-64 år	52	51	52
	65 år eller äldre	6	1	7
	Medelålder	48	45	48
Utbildningsnivå <sup>1</sup>	Läkarexamen	6	13	4
	Leg. läkare	3	6	2
	Pågående ST-utbildning	17	15	18
	Specialist	74	66	76
Antal specialiteter <sup>2</sup>	Saknar specialitet	27	36	25
	En specialitet	54	60	53
	Två eller fler specialiteter	18	5	22

<sup>1</sup>enkätuppgift <sup>2</sup> registeruppgift, Socialstyrelsen

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

Det var stor skillnad på hur ofta läkare på vårdcentraler och läkare på övriga kliniker träffade patienter som var aktuella för sjukskrivning (Figur 1). Mer än hälften (55 %) av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de hade patienter som var aktuella för sjukskrivning en till fem gånger per vecka, medan motsvarande andel för läkare vid övriga kliniker var 30 procent. En tredjedel av läkarna hade aldrig/i stort sett aldrig sjukskrivningsärenden.

Andelen läkare som har sjukskrivningsärenden ofta har alltså minskat sedan 2004, vilket står i samklang med den kraftiga minskningen av sjuktalet i Östergötland, liksom i övriga Sverige, under de aktuella åren.



**Figur 1.** Andel (%) läkare och olika frekvens av möte med patienter som var aktuella för sjukskrivning.

# Läkares arbete med sjukskrivning

Under denna rubrik redovisas resultaten för de 690 läkare som var yngre än 65 år och som minst någon gång per år mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning; s.k. sjukskrivande läkare. Av dessa uppgav 30 procent att de hade sitt huvudsakliga arbete på vårdcentral. De flesta sjukskrivande läkarna, 59 procent, svarade att slutenvård ingår i deras arbete, medan det på vårdcentralerna var det en betydligt lägre andel, 9 procent som uppgav detta (ej i figur).

## Kön, ålder och utbildningsnivå

Utbildningsnivå var en självrapporterad uppgift från enkäten (I enkäten fanns en fråga om högsta utbildningsnivå med svarsalternativen; Läkarexamen, Legitimerad läkare, Pågående ST-utbildning samt Specialist) och antalet specialiteter var en uppgift som var hämtad från Socialstyrelsens register. Det fanns en viss liten differens mellan dessa uppgifter på cirka en procentenhet, som troligen härrör från några nyligen avslutade specialistutbildningar som ännu inte hunnit registreras eller ännu inte godkänts för registrering.

Medelåldern var 46 år och 44 procent var kvinnor (Tabell 4). För att bli legitimerad läkare krävs två års allmäntjänstgöring under handledning. Därefter kan den legitimerade läkaren välja att påbörja en utbildning för att bli specialist. En sådan utbildning, ST-utbildning, tar minst fem år. Knappt tre fjärdedelar av läkarna var specialistutbildade, och var femte hade en pågående specialistutbildning. Skillnaden mellan läkare på vårdcentraler respektive övriga kliniker var signifikant för kön, ålder och utbildningsnivå.

**Tabell 4.** Andel (%) sjukskrivande läkare fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå samt antal specialiteter.

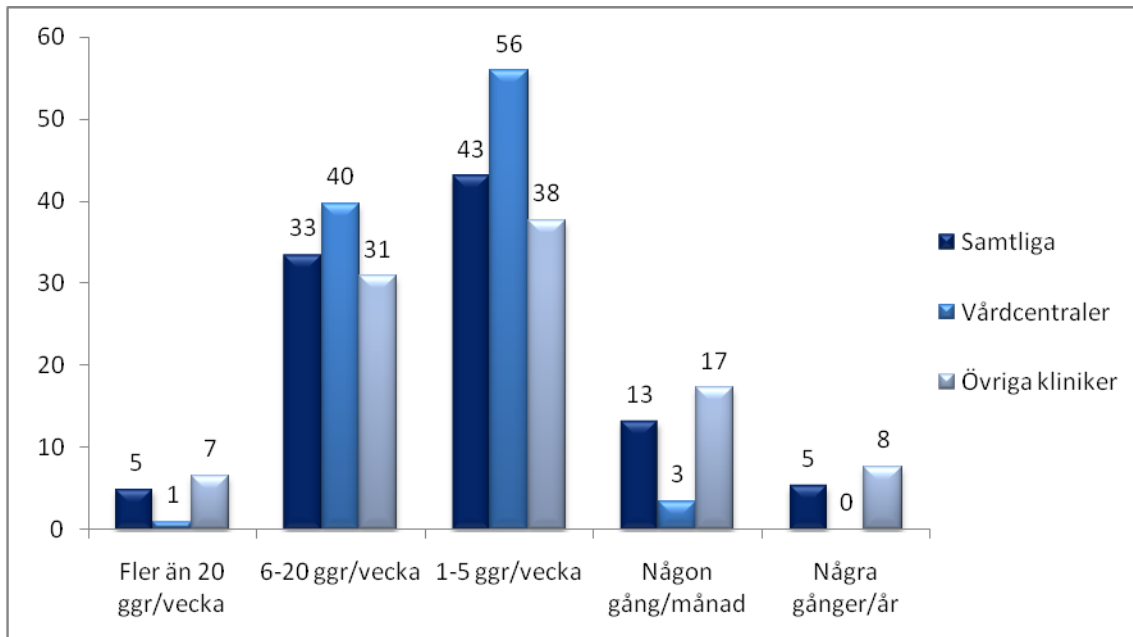
		Samtliga n=690	Vårdcentraler n=204	Övriga kliniker n=486
Kön	Andel kvinnor (%)	44	52	40
	Andel män (%)	56	48	60
Ålder	20-44 år (%)	47	48	46
	45-64 år (%)	53	52	54
	Medelålder	46	45	46
Utbildningsnivå <sup>1</sup>	Läkarexamen	8	13	6
	Leg. läkare	3	6	2
	Pågående ST-utbildning	18	15	20
	Specialist	71	66	72
Antal specialiteter <sup>2</sup>	saknar specialitet	31	35	29
	en specialitet	53	60	50
	två eller fler specialiteter	16	4	21

<sup>1</sup>enkätuppgift <sup>2</sup> registeruppgift, Socialstyrelsen

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

I enkäten efterfrågades hur ofta i det vardagliga arbetet som läkaren möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

I Figur 2 visas hur ofta läkare i sitt kliniska arbete mötte patienter som var aktuella för sjukskrivning eller som var sjukskrivna. Resultaten visar att de flesta, 81 procent, hade sådana konsultationer minst 1 gång i veckan. Ytterst få, 5 procent, hade sjukskrivningsärenden oftare än 20 gånger per vecka. Av läkare på vårdcentral var det 97 procent som minst 1 gång per vecka hade sjukskrivningsärenden. Något färre, 76 procent, av läkare vid övriga kliniker uppgav detta.



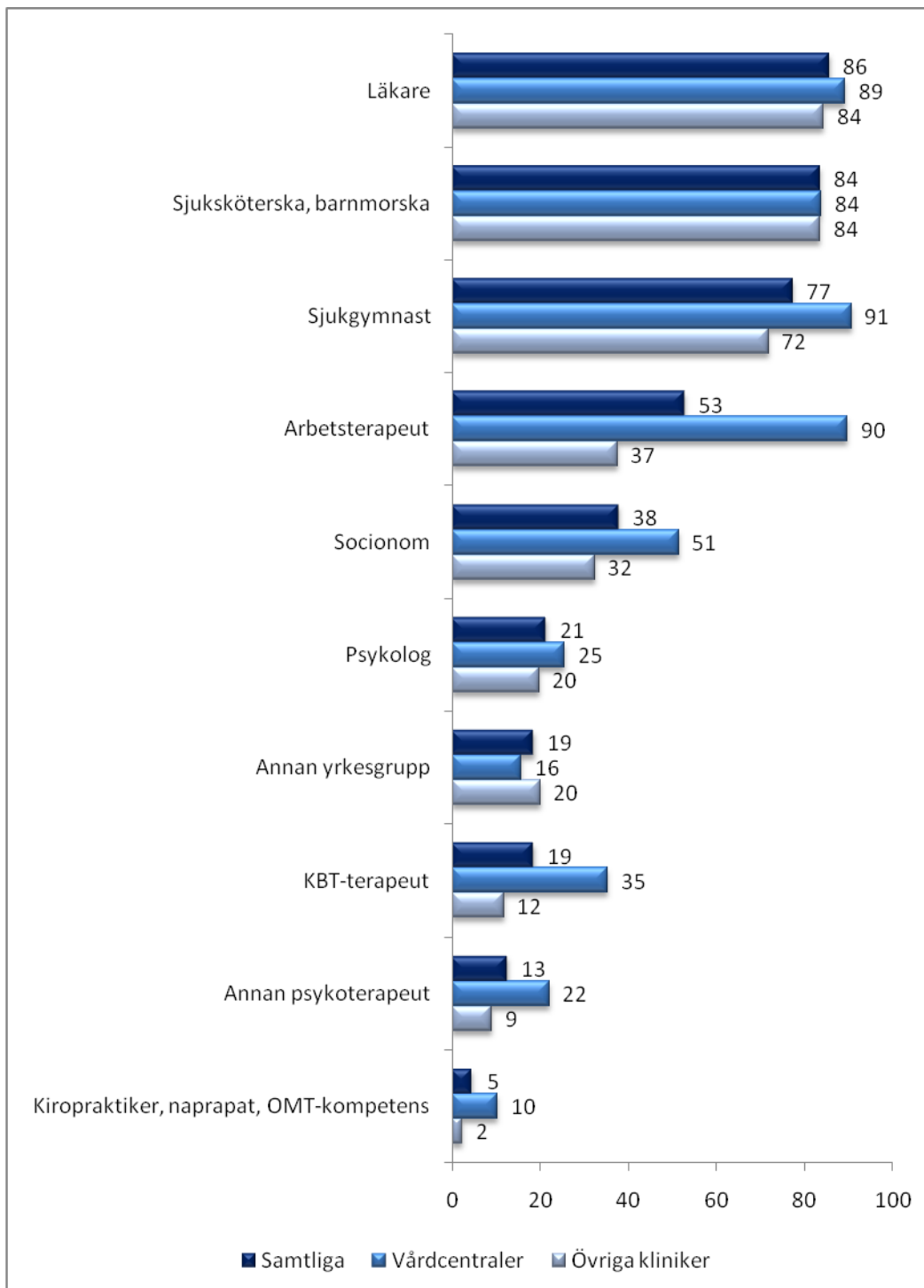
**Figur 2.** Andel (%) läkare och frekvens av konsultationer med patienter som är aktuella för sjukskrivning.

## Antal år på arbetsplatsen

Av de sjukskrivande läkarna hade 44 procent arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, och 34 procent hade arbetat på samma arbetsplats mer än nio år (fråga 3). Av läkarna på vårdcentral hade 57 procent arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, medan 39 procent av läkarna på övriga kliniker hade det (ej i figur).

## Tillgång till andra yrkesgrupper

I sjukskrivningsprocessen kan och bör många olika professionella yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården vara involverade, såsom sjuksköterskor, socionomer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter [22]. I Figur 3 presenteras tillgång till andra yrkesgrupper. I den dagliga patientverksamheten hade en majoritet av läkarna på vårdcentraler tillgång till sjukgymnast, socionom och arbetsterapeut. Det var betydligt färre som har tillgång till en KBT terapeut. Det visar sig att i Östergötland hade en lägre andel av läkarna tillgång till psykolog jämfört med i övriga landet, 21 procent respektive 33 procent.



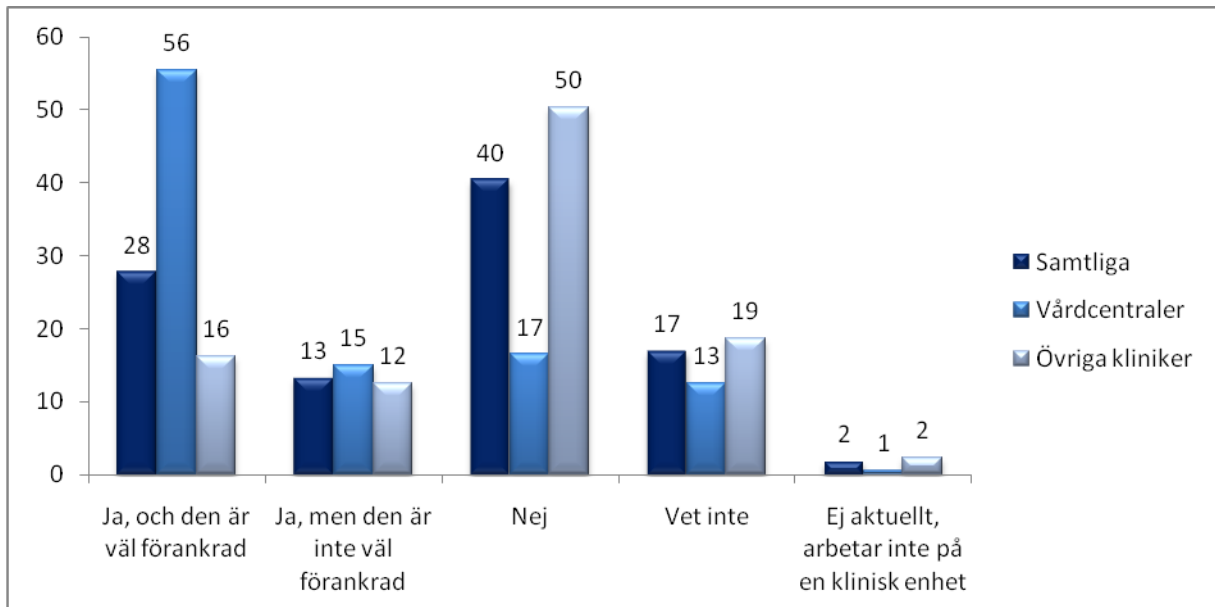
**Figur 3.** Andel (%) läkare som hade tillgång till andra professioner i sitt kliniska arbete

### *Policy och stöd*

Det har i flera utredningar redovisats brister i ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning [23, 24]. I enkäten fanns två frågor som berörde detta, dels om det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna enheten, och i så fall om den var förankrad. Dels en fråga om det fanns stöd från den närmaste ledningen när läkaren hanterar sjukskrivningsärenden.

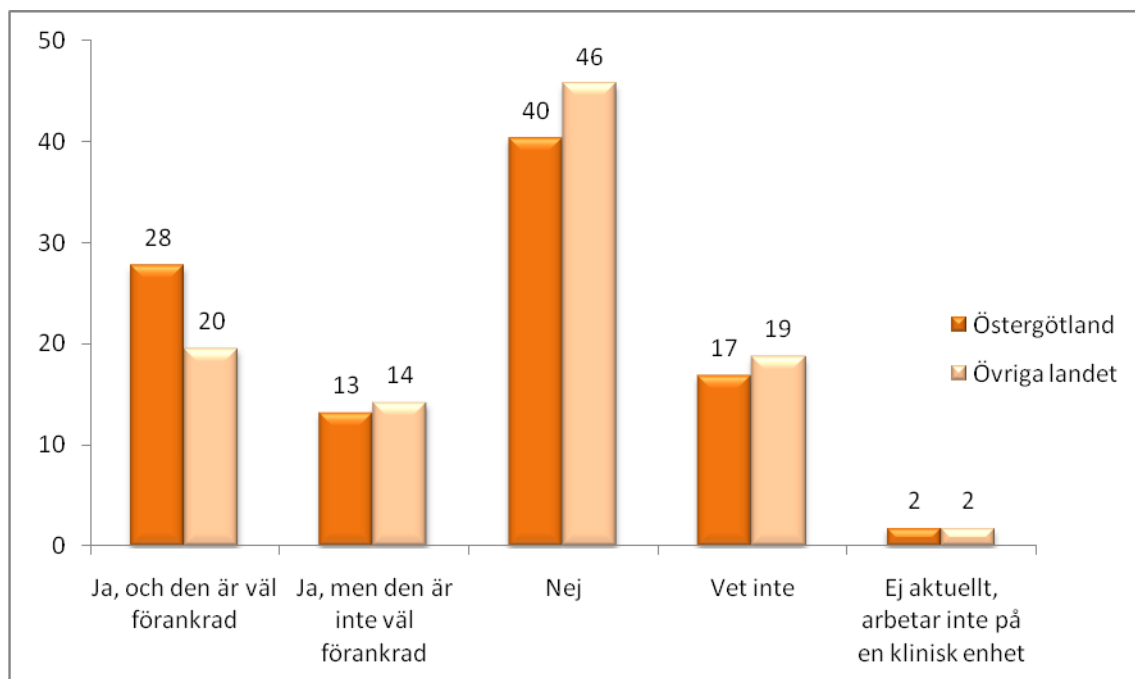


När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 41 procent att en sådan finns, 28 procent av dem ansåg att den var väl förankrad. Skillnaden mellan läkare på vårdcentraler och övriga kliniker var relativt stor. Av läkarna på vårdcentraler svarade 71 procent att det finns en sådan på deras arbetsplats och 56 procent av dem uppgav att den även var väl förankrad (Figur 4).



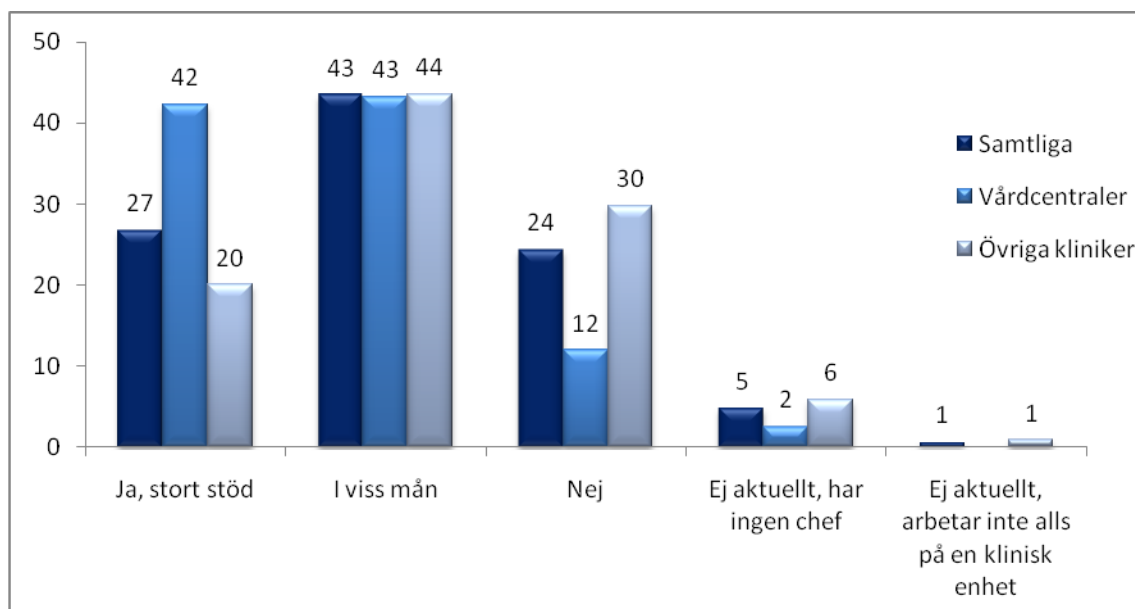
Figur 4. Andel (%) läkare som angav att de har respektive inte har en gemensam policy för sjukskrivningsärenden på sin klinik/mottagning.

I Figur 5 redovisas att 41 procent av de sjukskrivande läkarna i Östergötland svarade att det finns en policy för sjukskrivningsärenden på den egna arbetsplatsen. Nästan en tredjedel, 28 procent, svarade att den var väl förankrad. Andelen läkare i övriga landet som svarade att det finns en policy för sjukskrivningsärenden var 34 procent, och 20 procent svarade att den var väl förankrad.



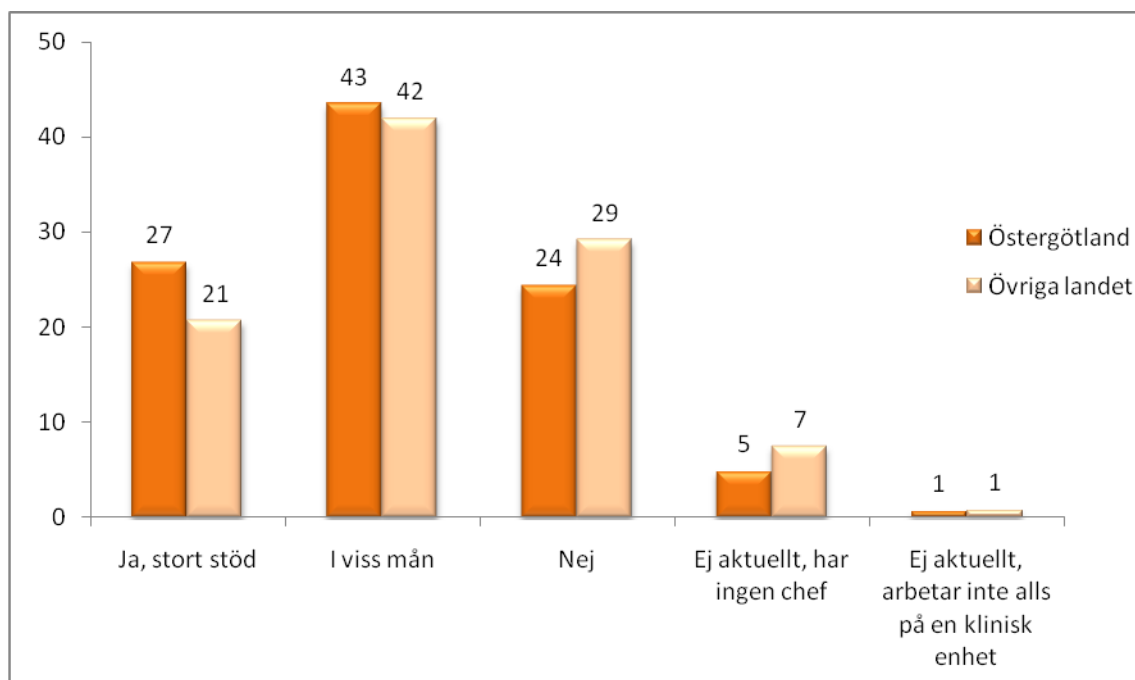
**Figur 5.** Andel (%) läkare som angav att de har respektive inte har en gemensam policy för sjukskrivningsärenden på sin klinik/mottagning i Östergötland respektive övriga landet.

Förutom om det finns en gemensam policy för arbetet ställdes en fråga om stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 6 visas att 70 procent upplevde att de hade stöd från den närmaste ledningen i sitt sjukskrivningsarbete. Bland läkare på vårdcentraler svarade 42 procent av läkarna att de upplevde stort stöd från sin ledning, medan en lägre andel av läkarna på övriga kliniker, 20 procent, upplevde detta. Nästan en fjärdedel uppgav att de inte har något stöd i detta arbete (Figur 6).



**Figur 6.** Andel (%) läkare som angav att de har/inte har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

I Figur 7 redovisas att andel läkare i Östergötland som uppgav att de har stort stöd är högre än i övriga landet. Sjuttio procent av de svarande i Östergötland uppgav att de har stort stöd eller i viss mån, medan 63 procent i övriga landet upplevde detta.

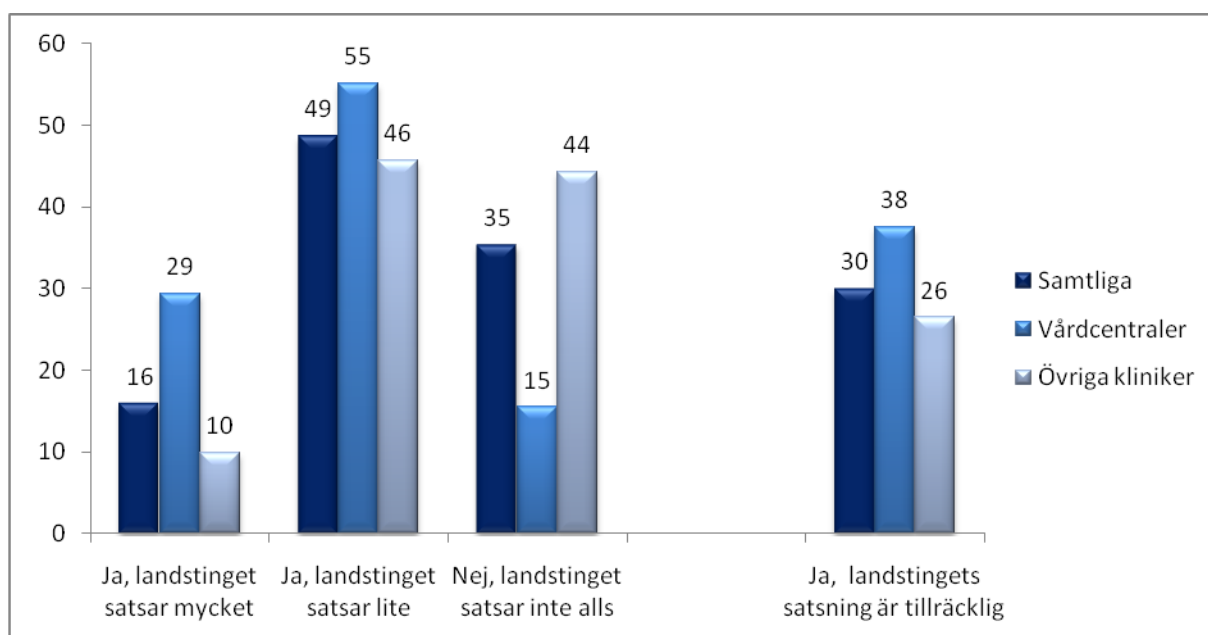


**Figur 7.** Andel (%) läkare som uppgav att de har/inte har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden i jämförelse med övriga landet.

### *Landstingets satsning*

I figur 8 visas sambandet mellan hur mycket läkarna uppgav att landstinget satsar på att förbättra sjukskrivningsarbetet och om detta uppfattades som tillräckligt. Av resultaten framgår att 16 procent ansåg att landstinget satsar mycket, 49 procent att de satsar lite och 35 procent att landstinget inte satsar alls.

Bland läkare på vårdcentraler var andelen som uppgav att landstinget satsar mycket på att förbättra arbetet betydligt högre (29 %) än bland läkare på övriga kliniker (10 %), (Figur 8).



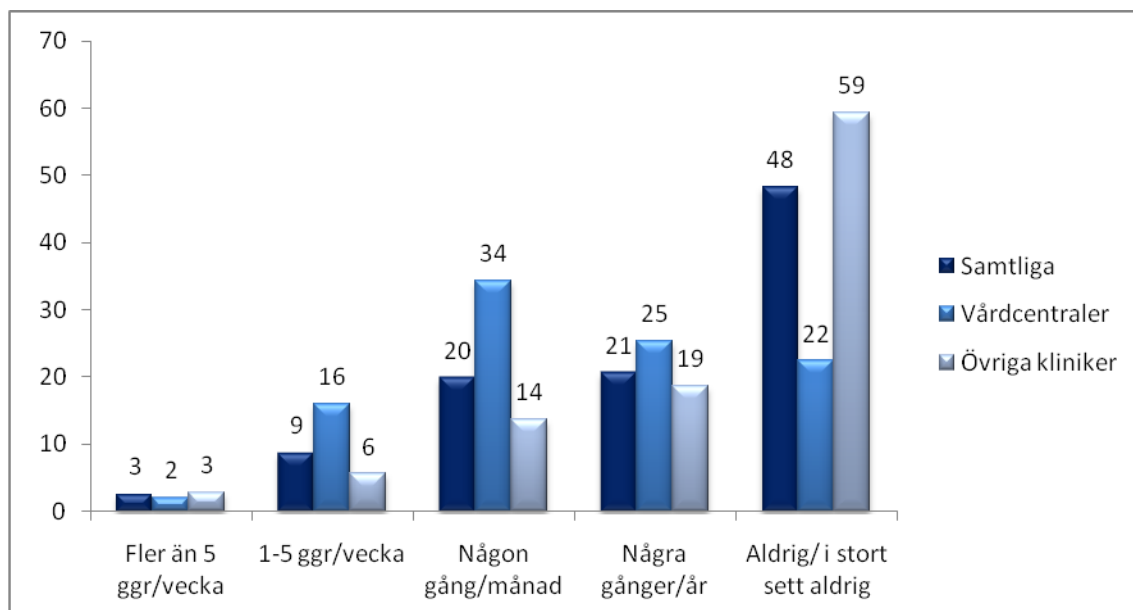
**Figur 8.** Andelen (%) läkare som ansåg att landstinget satsar på att förbättra sjukvårdens behandling av patienters sjukskrivning samt om de uppgav att landstingets satsning var tillräcklig.

### *Hur många använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet?*

Under år 2007 och 2008 infördes Socialstyrelsens nationella försäkringsmedicinska beslutsstöd [6]. Totalt fanns det tolv frågor i enkäten om det försäkringsmedicinska beslutsstödet. De handlade t.ex. om hur ofta man använt sig av detta, om det underlättade kontakter med patienter och andra, om det har ett värde för sjukskrivningsarbetet, om det upplevdes problematiskt att använda, och om det fanns behov av kompetensutveckling.

Mer än hälften av läkarna uppgav att de använde beslutsstödet minst någon gång per år (Figur 9). Det kan vara möjligt att det används oftare än så beroende på att man har god kännedom om ”sin” eller ”sina” diagnoser och därmed inte behöver använda hemsidan.

Tolv procent uppgav att de använde beslutsstödet minst 1 gång per vecka. Skillnaden mellan läkare på vårdcentral och läkare på övriga kliniker är stor när det gäller hur ofta beslutsstödet används. Knappt hälften använder aldrig eller i stort sett aldrig beslutsstödet.



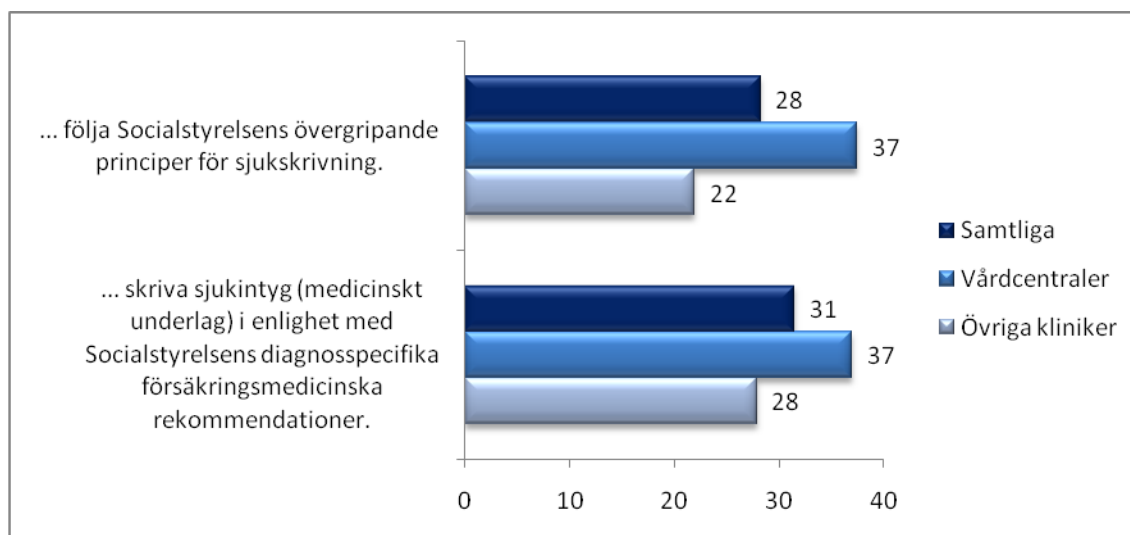
**Figur 9.** Andel (%) läkare som angav att de använder beslutsstödet samt hur ofta de gör detta.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet bygger på två olika delar dels de övergripande principerna och dels de diagnosspecifika rekommendationerna. Resultaten visar att 15 procent uppgav att det var mycket eller ganska svårt att följa de övergripande principerna och ungefär lika många svarade att det var svårt att skriva läkarintyg i enlighet med de diagnosspecifika rekommendationerna. Cirka 10 procent ansåg att det inte alls var svårt att använda vare sig de övergripande principerna eller att skriva läkarintyg enligt de specifika rekommendationerna (Tabell 5).

**Tabell 5.** Andel (%) läkare som hade problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet i jämförelse de som angav att det inte använt detta alls

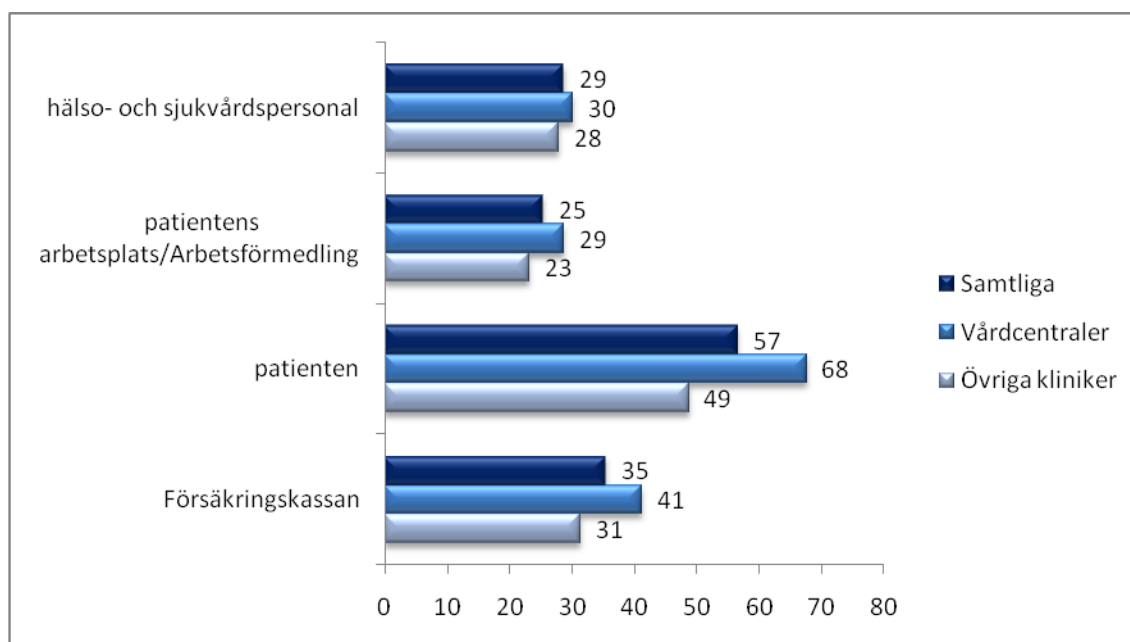
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... följa Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning?	Mycket	3	5	2
	Ganska	12	21	8
	Lite	26	34	23
	Inte alls	11	9	12
	<i>Ej använt</i>	<i>48</i>	<i>31</i>	<i>55</i>
... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?	Mycket	3	4	3
	Ganska	11	19	8
	Lite	22	30	19
	Inte alls	9	8	9
	<i>Ej använt</i>	<i>54</i>	<i>40</i>	<i>60</i>

Tabell 5 redovisas i Figur 10, som är en sammanslagning av kategorierna *mycket och ganska*. Svartalernativet "Ej använt" är beräknat som bortfall, vilket innebär att Figur 10 visar hur stor andel av läkarna som använde beslutstödet, som svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att följa. Av de läkare som använde Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning uppgav 28 procent av läkarna att det var svårt att följa dessa. Något större andel, 31 procent, ansåg att det var svårt att skriva läkarintyg i enlighet med diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationerna (Figur 10).



**Figur 10.** Andel (%) läkare som uppgav att det var svårt att följa de övergripande principerna respektive att skriva läkarintyg i enlighet med de diagnosspecifika rekommendationerna.

Det försäkringsmedicinska beslutstödet kan ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient samt med samverkansparter. Figur 11 visar att beslutstödet är en god hjälp i kontakten med patienten. Nästan tre fjärdedelar svarade att det underlättar denna kontakt. Även övriga kontakter visade sig ha underlättats (Figur 11).



**Figur 11.** Andel (%) läkare som uppgav att det försäkringsmedicinska beslutstödet underlättat kontakten med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, Försäkringskassan och patientens arbetsplats/arbetsförmedlingen.

Frågan om beslutsstödet betydelse kan även ses ur ett kompetensperspektiv. I tabell 6 visas hur mycket stödet betytt för den egna kompetensutvecklingen i handläggningen av sjukskrivningsärenden. När enkäten genomfördes var det försäkringsmedicinska beslutsstödet relativt nytt, och det kan förklara varför en relativt låg andel av läkarna svarade att detta hjälpt dem mycket/ganska mycket i deras kompetensutveckling (Tabell 6). Något högre andel bland läkare på vårdcentraler uppgav detta.

**Tabell 6.** Andel (%) läkare som uppgav att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd hjälpt dem att utveckla sin kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden.

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?	Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker	
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	Mycket	2	3	2
	Ganska mycket	13	17	11
	Lite	35	49	29
	Inte alls	50	31	59

Kompetensperspektivet inrymmer även frågan om behovet av ökad kompetens gällande beslutsstödet. På den frågan svarade drygt fyrtio procent att de upplevde stort eller ganska stort behov av kompetensutveckling (Tabell 7).

**Tabell 7.** Andel (%) läkare som uppgav att de har behov av att fördjupa sin kompetens i att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

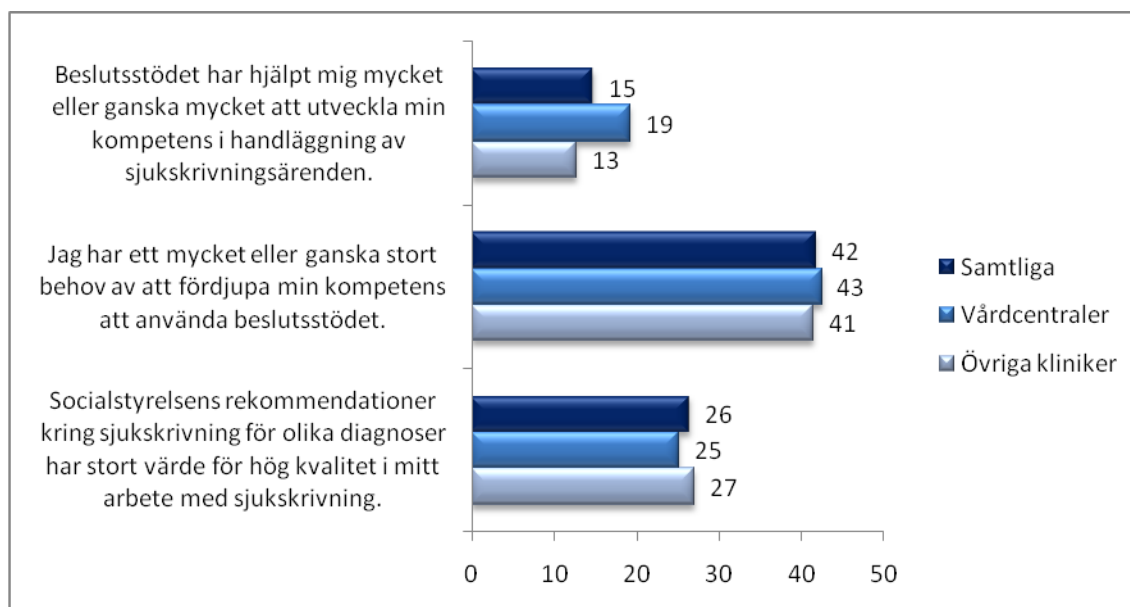
Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?	Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker	
Att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	Mycket stort	12	9	13
	Ganska stort	30	34	29
	Litet	41	50	37
	Inget	17	8	21

Slutligen kan beslutsstödet betraktas ur ett kvalitetsperspektiv. På frågan om hur stort värde de svarande ansåg att beslutsstödet hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden uppgav drygt en fjärdedel, 26 procent, att det hade ett stort värde, 52 procent att det hade ett måttligt värde och 21 procent att det inte hade något värde (Tabell 8).

**Tabell 8.** Andel (%) läkare som uppgav att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd har stort, måttligt eller inget värde i deras arbete med sjukskrivning.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker	
Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser	Stort värde	26	25	27
	Måttligt värde	52	60	49
	Inget värde	21	15	24

En sammanslagning av tabellerna 6, 7, och 8 visas nedan (Figur 12). Det framgår att cirka en fjärdedel av läkarna svarade att beslutsstödet diagnosspecifika rekommendationer har stort/måttligt värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, samt att drygt 40 procent ansåg att de hade mycket eller ganska stort behov av att fördjupa kompetensen att använda beslutsstödet.



**Figur 12.** Andel (%) läkare som angav att beslutsstödet varit till hjälp med att utveckla kompetens, deras behov av att fördjupa sin kompetens och hur stort värde Socialstyrelsens rekommendationer för olika diagnoser har i deras arbete med sjukskrivning.

### ***Kommentarer angående det försäkringsmedicinska beslutsstödet***

Enligt det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska sjukskrivning vara en aktiv åtgärd, som kombinerat med råd och stöd, ska bidra till att en individ kan använda sin förmåga trots eventuella begränsningar. Det ska finnas ett tydligt syfte med en sjukskrivning [6].

Av läkarnas egna kommentarer om det försäkringsmedicinska beslutstödet framgår dels att läkarna börjat använda beslutsstödet, alternativt att de kommer att använda det, men också att det var tidskrävande att leta efter beslutsstödet. Detta uttrycks i följande citat:

*- Jag tittar sällan, numera, i SoS:s sjukskrivningsriktlinjer. Men vi gick igenom dem noggrant när/innan de kom (vi var en av de s.k. pilot vårdcentralerna). Och sen dess vet jag att våra riktlinjer, på min VC, står i god överensstämmelse med SoS:s dito. Vi har ingen skriven policy. Men vi har en tämligen enhetlig hållning ang. sjukskrivningar (även om några av oss är lite "snällare" än andra) välkänd genom återkommande diskussioner i vårt rehabteam med vår psykiaterkonsult. (24785651)*

*- Sjukskrivningsprocessen är viktig och komplicerad. Det nya "regelverket" och socialstyrelsens riktlinjer har inte nått ut – ibland oss doktorer. Personligen har jag ej fått någon utbildning i nya "verktyget". Stor brist råder då det gäller tid att skriva intyg – tid för analys – eftertanke. Sker idag under stor tidspress = ej särskilt bra intyg. (24792459)*

*- Jag har just kommit tillbaka till jobbet efter 12 månaders föräldradighet. Har sjukskrivit 1 patient/vecka. Har nyligen varit på kurs där vi träffade bl.a. representanter från FK. Känner mig ganska uppdaterad vad det gäller nya regler och riktlinjer angående sjukskrivningsärenden, har ej behövt använda SOS rekommendationer än men jag (vet) har kännedom om*



dem och vet att de är lättillgängliga på [www.sos.se](http://www.sos.se). Tänker använda dem vid komplicerade sjukskrivningar (24778169)

- Vi har inte gått igenom beslutsstödet systematiskt i vår läkargrupp. Trots att jag hittills inte använt mig av det, gör själva existensen av det, att det går att föra en bättre diskussion m. pat. (24786337)

- Beslutsstödet ploppar inte automatiskt upp under sjukintygsskrivandet. Det är ett jobbigt tidskrävande letande som ändå inte påverkar mina sjukskrivningsbeslut i större utsträckning.(24797177)

- Önskar det försäkringsmedicinska beslutsstödet var mer lätt tillgängligt – snabbare få tag på, läsa igenom. (24792863)

- Det försäkringsmedicinska beslutsstödet fungerar säkert bra som behandlingsråd för oerfarna läkare men ger ingen hjälp för ställningstagande till sjukskrivning i det enskilda fallet. (24784704)

## Tidsbrist

Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist, vad avser hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, dvs. under patientkonsultationen, 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 det direkta patientarbetet uppgav drygt 20 procent tidsbrist, något högre andel av läkare på vårdcentral uppgav detta (Tabell 9).

**Tabell 9.** Andel (%) läkare som uppgav tidsbrist när det gäller tid med patienten, tid för att skriva intyg etc, och tid för kompetensutveckling.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... tid med patienten?	Dagligen	23	29	20
	Någon gång/vecka	34	43	30
	Någon gång/månad	18	18	18
	Några ggr/år	9	6	10
	Aldrig/ i stort sett aldrig	17	4	23
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	Dagligen	33	44	29
	Någon gång/vecka	31	34	30
	Någon gång/månad	16	17	16
	Några ggr/år	9	4	11
	Aldrig/ i stort sett aldrig	10	2	13
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Dagligen	32	37	31
	Någon gång/vecka	26	27	26
	Någon gång/månad	15	20	13
	Några ggr/år	11	7	13
	Aldrig/ i stort sett aldrig	15	9	18

### ***Kommentarer angående tidsbrist***

Frågan om tidsbrist för kompetensutveckling, handledning eller reflektion togs inte upp i de egna kommentarerna som läkarna skrivit. Däremot kommenterades brist på tid för patienter, brist på patientrelaterad tid och hur detta påverkar patientverksamheten. Detta uttrycks i följande citat:

- *Detta tar för mycket av min tid! Andra medarbetare (kontaktperson, behandlare av olika slag) skall delta i olika möten med FK, AF osv. Jag arbetar i team, denna funktion kan och skall delegeras för att på ett vettigt sätt använda resurser (24781437)*
- *All sjukskrivningsadministration sker som regel på marginalen, utan att tid avsätts. (24785784)*
- *Tidsbrist stort problem. Skriver ofta intygen efter mottagningens slut, såvida den inte rör korta intyg med uppenbar arbetsförmåga pga feber, smittrisk etc. (24786857)*
- *I min verksamhet är problemet att få tid att fylla i alla uppgifter på det tvåsidiga formuläret. Enstaka gånger ifrågasätts sjukskrivning, men klarar ut det per telefon. I övrigt är sjukskrivning inget stort problem. (24797409)*

## Frekvens av olika sjukskrivningsituationer

I mötet mellan patient och läkare ingår att överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, att kartlägga behov av livsstilsförändringar, att hantera psykosocial problematik, att hantera sina två roller dels som behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter. Frågan om upplevelser av konflikter med patienter, om man var orolig för att bli anmäld, om man känner sig hotad, känner oro för att patienter byter läkare eller att patienten säger att hon/han tänker byta läkare framgår nedan (Tabell 10).

En fjärdedel uppgav att det varje vecka eller någon gång per månad var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när patient och läkare har olika åsikt om sjukskrivning. Det var betydligt mera ovanligt att känna oro för att bli anmäld, att vara hotad av en patient eller att en patient hotade med att byta läkare.

**Tabell 10.** Andel läkare som uppgav olika frekvenser av konflikter, oro, hot eller risk för att bli anmäld i samband med sjukskrivningsärenden

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	Minst en gång/vecka	6	10	5
	Någon gång/månad	21	31	17
	Några gånger/år	43	48	41
	Aldrig/ i stort sett aldrig	29	10	37
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	Minst en gång/vecka	1	2	1
	Någon gång/månad	2	1	2
	Några gånger/år	9	10	8
	Aldrig/ i stort sett aldrig	88	87	89
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	Minst en gång/vecka	1	2	1
	Någon gång/månad	2	2	2
	Några gånger/år	11	16	10
	Aldrig/ i stort sett aldrig	85	81	87
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	Minst en gång/vecka	1	0	1
	Någon gång/månad	1	1	0
	Några gånger/år	6	12	4
	Aldrig/ i stort sett aldrig	92	87	95
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	Minst en gång/vecka	1	1	1
	Någon gång/månad	2	2	1
	Några gånger/år	13	22	9
	Aldrig/ i stort sett aldrig	85	74	90

Signifikanta skillnader mellan vårdcentraler och övriga kliniker finns på samtliga frågor i tabell 10 -14 *utom* för följande tre; att läkaren sjukskriver för att patienten ska få högre ersättning, att man är orolig för att bli anmäld och att man saknar en person som samordnar åtgärder för patienten.

I Tabell 11 visas att det i sjukskrivningsärenden var vanligast att en läkare samråder med en läkarkollega. Drygt tjugo procent svarade att det gör detta varje vecka. Betydligt fler bland läkare på vårdcentral uppgav detta.

Av läkare vid vårdcentraler uppgav mer än fyrtio procent att de någon gång per månad remitterar till sjukgymnast respektive kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden.

Hälften av läkarna remitterar aldrig eller i stort sett aldrig till företagshälsovård (Tabell 11).

**Tabell 11.** Andel (%) läkare som uppgav olika frekvenser av remisser, samarbeten med annan sjukvårdspersonal i sjukskrivningsärenden.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Minst en gång/vecka	2	2	2
	Någon gång/månad	11	24	5
	Några gånger/år	35	52	27
	Aldrig/ i stort sett aldrig	52	22	65
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Minst en gång/vecka	1	0	1
	Någon gång/månad	22	46	11
	Några gånger/år	27	22	29
	Aldrig/ i stort sett aldrig	37	5	51
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast eller arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Minst en gång/vecka	0	0	0
	Någon gång/månad	25	49	15
	Några gånger/år	24	9	30
	Aldrig/ i stort sett aldrig	30	3	41
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsfrågor?	Minst en gång/vecka	21	38	13
	Någon gång/månad	26	41	20
	Några gånger/år	37	31	40
	Aldrig/ i stort sett aldrig	28	12	34

I tabell 12 visas att åtta procent av läkarna uppgav att de själva eller deras vårdteam minst 1 gång varje vecka deltog i avstämningsmöten med arbetsgivare. Det var i övrigt sparsamt med kontakter med arbetsgivare. Av läkarna på vårdcentral uppgav drygt hälften att de själva, eller deras vårdteam, deltog någon gång per månad i s.k. avstämningsmöten kring patienter. Kontakter med arbetsförmedling eller socialförvaltning var mera ovanliga (Tabell 12).

**Tabell 12.** Andelen (%) läkare som uppgav olika frekvenser av kontakter med andra aktörer i sitt kliniska arbete.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Minst en gång/vecka	8	15	6
	Någon gång/månad	20	56	5
	Några gånger/år	18	29	14
	Aldrig/ i stort sett aldrig	56	9	76
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Minst en gång/vecka	0	0	0
	Någon gång/månad	7	13	5
	Några gånger/år	16	30	10
	Aldrig/ i stort sett aldrig	73	55	80
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Minst en gång/vecka	5	5	5
	Någon gång/månad	5	8	3
	Några gånger/år	19	31	14
	Aldrig/ i stort sett aldrig	76	60	82
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Minst en gång/vecka	4	2	5
	Någon gång/månad	8	16	4
	Några gånger/år	30	46	24
	Aldrig/ i stort sett aldrig	60	35	71

Tre procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka avsatt tid för handledning, återkoppling, reflektion i sjukskrivningsfrågor. Elva procent uppgav att de lika ofta saknar en person som samordnar åtgärder för patienten (Tabell 13).

**Tabell 13.** Andel (%) läkare som uppgav olika frekvenser av tid för handledning eller behov av att någon samordnar åtgärder för patienten.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... har Du tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, enskilt eller i grupp?	Minst en gång/vecka	3	7	1
	Någon gång/månad	12	31	4
	Några gånger/år	11	18	8
	Aldrig/ i stort sett aldrig	74	44	87
... saknar Du en person (t ex s k coach eller lots) som samordnar åtgärder för patienten	Minst en gång/vecka	11	13	10
	Någon gång/månad	18	18	18
	Några gånger/år	29	26	30
	Aldrig/ i stort sett aldrig	42	43	42

Tabell 14 visar att fjorton procent av läkarna uppgav att de minst en gång per vecka träffade en patient som ville vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada. Tio procent sa lika ofta nej till en patients önskan om att vara sjukskriven. Å andra sidan var fem procent av läkarna med om att en patient sa nej till den sjukskrivning som läkaren föreslog. Det var ovanligt att en patient blev sjukskriven för att denne skulle få en högre ersättning än t.ex. arbetslöshetsersättning (Tabell 14).

**Tabell 14.** Andel (%) läkare som uppgav olika frekvenser av olika patientmöten eller att sjukskrivning sker utan att man träffar patienten.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	Minst en gång/vecka	14	19	12
	Någon gång/månad	30	44	24
	Några gånger/år	34	32	35
	Aldrig/ i stort sett aldrig	22	5	29
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	Minst en gång/vecka	5	5	5
	Någon gång/månad	18	22	17
	Några gånger/år	35	46	30
	Aldrig/ i stort sett aldrig	42	27	48
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	Minst en gång/vecka	10	15	8
	Någon gång/månad	30	42	25
	Några gånger/år	43	39	44
	Aldrig/ i stort sett aldrig	17	4	23
... sjukskriver Du för att en patient ska få högre ersättning än arbetslöshetsersättning eller socialbidrag/försörjningsstöd?	Minst en gång/vecka	0	0	0
	Någon gång/månad	2	1	2
	Några gånger/år	4	6	3
	Aldrig/ i stort sett aldrig	94	93	94
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t ex vid telefonkontakt)?	Minst en gång/vecka	15	20	12
	Någon gång/månad	23	26	22
	Några gånger/år	30	30	30
	Aldrig/ i stort sett aldrig	32	24	35

## Längre sjukskrivning än nödvändigt

I enkäten fanns ett antal frågor om eller hur ofta en läkare sjukskriver längre än nödvändigt beroende på väntetider, tillgång till behandling, tid för återbesök etc. I tabell 15 visas att cirka 10 procent av läkarna sjukskrev längre än nödvändigt minst 1 gång per vecka på grund av väntetider till utredning inom sjukvården eller på grund av väntetider till behandling.

Något högre andel bland läkare på vårdcentraler uppgav att de minst någon/några gånger månad sjukskrev längre än vad som egentligen vore nödvändigt på grund av väntetider till utredning inom sjukvården (34 %), eller på grund av väntetider hos Försäkringskassan (30 %), eller på grund av väntetider till behandling (38 %) (Tabell 15).

**Tabell 15.** Andel (%) läkare som uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av olika typer av väntetider.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...	Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker	
... väntetider till utredning inom sjukvården?	Dagligen	2	2	2
	Någon gång/vecka	11	18	9
	Någon gång/månad	22	34	17
	Några ggr/år	34	38	32
... väntetider till utredning hos FK?	Aldrig/ i stort sett aldrig	30	7	40
	Dagligen	1	1	1
	Någon gång/vecka	6	10	5
	Någon gång/månad	16	30	9
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	Några ggr/år	24	33	20
	Aldrig/ i stort sett aldrig	53	26	65
	Dagligen	1	1	0
	Någon gång/vecka	3	4	3
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	Någon gång/månad	10	19	6
	Några ggr/år	22	31	17
	Aldrig/ i stort sett aldrig	65	44	74
	Dagligen	0	1	0
... väntetider till behandling?	Någon gång/vecka	3	5	2
	Någon gång/månad	10	20	6
	Några ggr/år	26	37	22
	Aldrig/ i stort sett aldrig	60	38	69
... väntetider till behandling?	Dagligen	2	0	3
	Någon gång/vecka	9	13	7
	Någon gång/månad	25	38	20
	Några ggr/år	38	40	38
... väntetider till behandling?	Aldrig/ i stort sett aldrig	26	8	34

I tabell 16 visas att 6 procent av läkarna minst 1 gång per vecka förlängde en sjukskrivning på grund av att återbesökstider saknades. Fyra procent gjorde detta på grund av att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknades. Att förlänga en sjukskrivning på grund av att tillgång till annan adekvat behandling saknades var än mera ovanligt, 3 procent, uppgav att detta skedde varje vecka (Tabell 16).

Signifikanta skillnader mellan vårdcentral och övriga kliniker finns på samtliga frågor i tabell 16 *utom* en; att påverkan från andra i vårdteamet gör att man sjukskriver längre än nödvändigt.

**Tabell 16.** Andel (%) läkare som uppgav att de sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på återbesökstider, speciella resurser respektive påverkan från någon i vårdteamet.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	Minst någon gång/vecka	4	9	2
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	26	51	15
	Aldrig/ i stort sett aldrig	70	41	83
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	Minst någon gång/vecka	3	5	2
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	25	41	19
	Aldrig/ i stort sett aldrig	72	53	79
... påverkan från andra i vårdteamet?	Minst någon gång/vecka	1	0	1
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	28	34	25
	Aldrig/ i stort sett aldrig	71	66	74
... brist på återbesökstider?	Minst någon gång/vecka	6	7	5
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	35	38	33
	Aldrig/ i stort sett aldrig	60	55	62

### ***Kommentarer till att sjukskrivningar blir längre än nödvändigt***

I de egna kommentarerna om att sjukskrivningar blir längre än nödvändigt lämnades synpunkter. Detta kommer till uttryck i t.ex. följande citat:

*- Tillgång till KBT är ett stort problem i min verksamhet, men orsakar inte ytterligare sjukskrivning av mig. (24782757)*

*- Brister i psykiatrin och neuropsykiatrin gör att rätt diagnoser ej ställs dvs vår KBT-riktade personal kan ej verka på rätt sätt då ordentlig diagnos t.ex. typ av psykisk ohälsa saknas. Väntetid för neuropsykiatrisk utredning i NP teamet = 3 år!! Samma regler gäller ungdomar. Många olika folk kan vara engagerade men grundläggande utredning saknas p.g.a. brister inom psykiatrin/psykolog i öppenvården. Vi gör därför inte rätt. (24797201)*

*- Långa väntetider inom vården och brist av psykolog/psykiatrikunskap som man kan användas som hjälp för sin bedömning är ett väldigt stort problem! (24797698)*



- Tyvärr långa sjukskrivningar i väntan på specialistbedömning inom den slutna vården (Ortopedi och psykiatri specifikt). Denna ger ofta problem med bedömning av funktionsförmågan och därmed sjukskrivnings grad och längd. (24773244)

## Patientrelaterade situationer

Var tredje läkare uppgav att sjukskrivningen blir längre än nödvändigt någon/några gånger per månad/år beroende på att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering.

En av tre sjukskrev längre än nödvändigt någon/några gånger per månad/år för att undvika konflikter med patienten (Tabell 17).

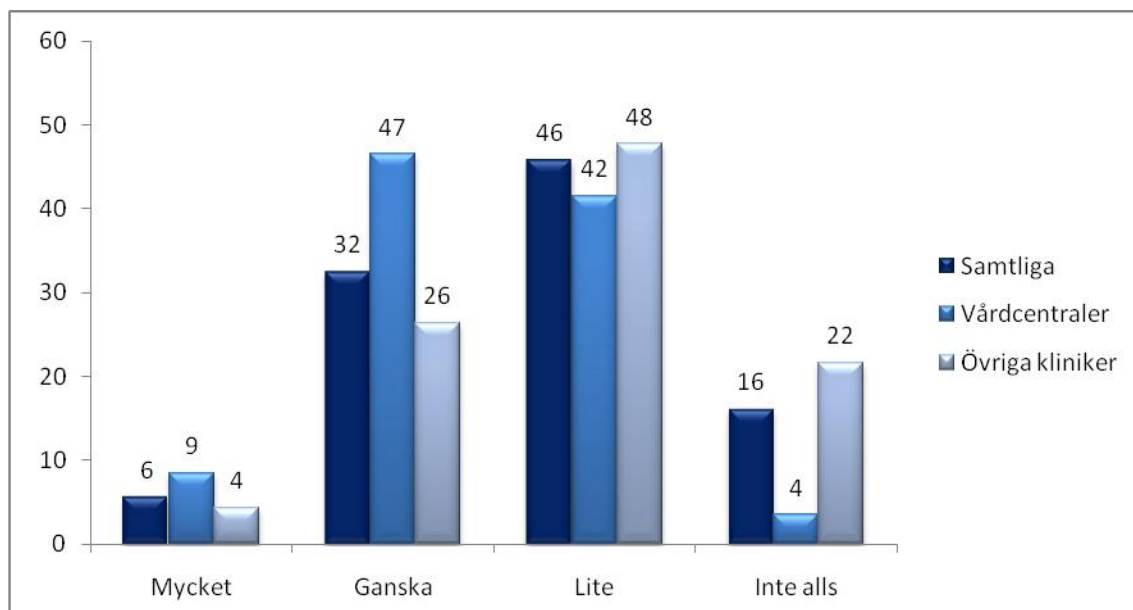
Signifikanta skillnader finns mellan vårdcentral och övriga kliniker på samtliga frågor i tabell 17 utom en; att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning.

**Tabell 17.** Andel (%) läkare som angav att de sjukskrev längre än nödvändigt på grund av att patienten inte följer rekommendation, att man vill undvika patienten, att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	Minst någon gång/vecka	3	4	2
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	35	58	24
	Aldrig/ i stort sett aldrig	62	37	73
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	Minst någon gång/vecka	1	0	1
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	29	42	24
	Aldrig/ i stort sett aldrig	70	58	75
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	Minst någon gång/vecka	2	0	2
	Ngn/ngr ggr/mån resp år	17	21	15
	Aldrig/ i stort sett aldrig	81	78	83

## Problem i arbetet med sjukskrivning

Trettioåtta procent av läkarna uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att arbeta med sjukskrivning, nästan hälften svarade att det var lite problematiskt, sexton procent svarade att det inte alls var problematiskt (Figur 13).



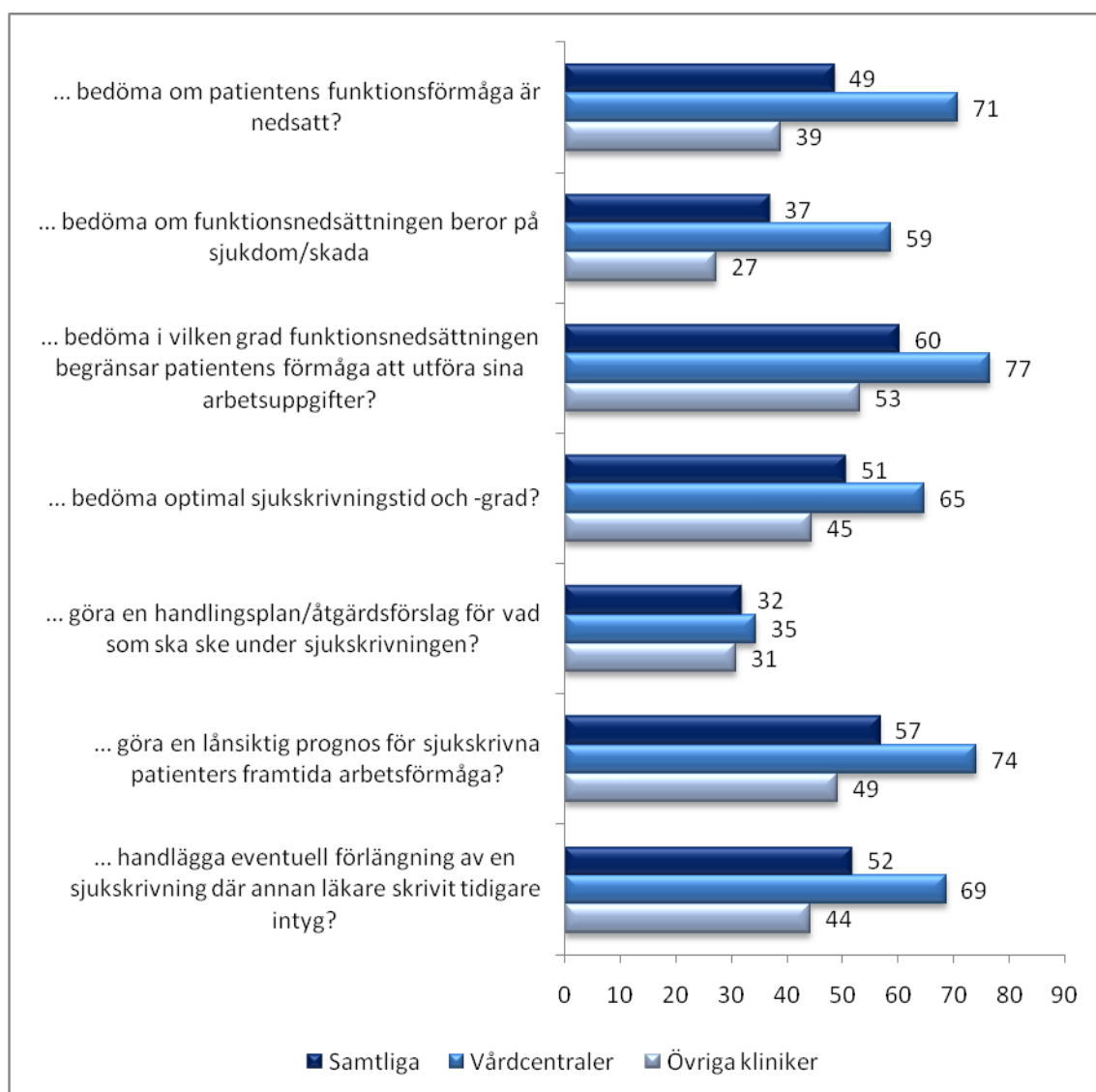
**Figur 13.** Andel (%) läkare som uppgav olika frekvens av problem i handläggning av patienters sjukskrivningsärenden.

### *Problem med bedömningar*

I enkäten ingick frågor om hur problematiskt det var att bedöma patientens funktionsförmåga, och att fastställa om nedsättningen av funktionsförmåga beror på sjukdom/skada samt i vilken utsträckning det begränsar patientens förmåga att utföra sitt arbete. Det efterfrågades också hur problematiskt det var att bedöma optimal sjukskrivningsperiod, göra en åtgärdsplan och långsiktig prognos för att bedöma framtida arbetsförmåga.

I nedanstående Figur 14 visas en sammanslagning av kategorierna *mycket/ganska problematiskt* att göra de aktuella bedömningarna. Sextio procent av läkarna uppgav att det var problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter. Nästan lika många uppgav att det var lika problematiskt att göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga.

Att det var problematiskt att bedöma optimal sjukskrivningstid- och grad ansåg hälften av läkarna. Minst problematiskt var det att upprätta en handlingsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen.



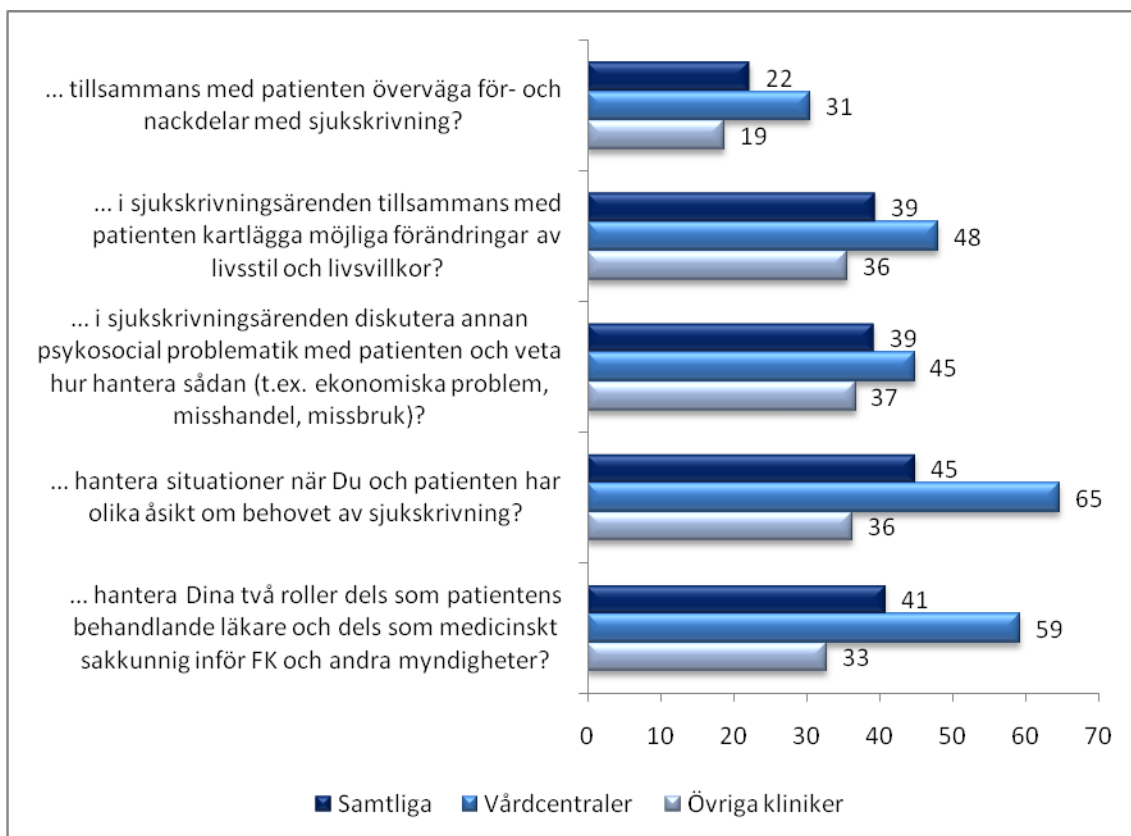
**Figur 14.** Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket/ganska problematiskt att bedöma de i figuren angivna frågorna

### *Problem med sjukskrivningssituationer där känsliga ämnen diskuteras med patienten*

I mötet mellan patient och läkare ingår att överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, att kartlägga behov av livsstilsförändringar, att hantera psykosocial problematik och situationer där patienten och läkaren kan ha olika åsikter om behov av sjukskrivning samt att hantera sina två roller dels som behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter.

I Figur 15, visas en sammanslagning av kategorierna *mycket/ganska problematiskt* med avseende på dessa överväganden. Fyrtiofem procent av läkarna svarade att det var svårt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning. Något fler bland läkare på vårdcentral uppgav att detta var problematiskt.

Mer än fyrtio procent av läkarna svarade att det var problematiskt att hantera sina två roller; som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. Något fler av läkare vid vårdcentraler uppgav detta.



**Figur 15.** Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket/ganska problematisk att hantera olika sjukskrivningssituationer.

### ***Kommentarer kring de två rollerna***

De egna kommentarerna som läkare lämnade om mötet med patienten och de två rollerna som läkaren har att hantera kommer till uttryck i t.ex. följande citat:

*- Det flesta sjukskrivningsärenden är inga problem. Man kan lätt diskutera förslag tillsammans med patienten som bygger på den medicinska bedömningen. Här finns mycket sällan heltidssjukskrivningar. Den patient som trots din medicinska bedömning inte upplever sig arbetsför alls, där du inte hittar fel i status eller undersökning, kan inte bedömas enbart av läkare. I sjukskrivningsintyget skriver man att man inte kan göra en arbetsförmåga bedömning. Men att patientens bedömning av sin arbetsförmåga är att hon inte kan arbeta. Här blir det FK-uppgift att besluta om sjukskrivning eller om ytterligare arbetsförmågetester skall göras. På detta sätt kommer du som läkare inte i konflikt med patienten (24792525)*

*- Den viktigaste faktorn för en hög kvalitet på sjukskrivningen är att konsultationen/mötet med patienten håller hög kvalitet. Är för övrigt viktig faktor för allt allmänmedicinskt arbete – förutsatt att rent medicinska/regelverks kunskaper är tillräckliga. (24784571)*

*- En människa som söker önskemål om sjukledighet från arbete har enligt min mening alltid rätt. Min uppgift då att på medicinsk kunskapsbas rekommendera lämplig omfattning och längd på denna sjukledighet. Många gånger landar det i en kortare och mindre omfattande frånvaro än människan själv föreställt sig inför besöket. Det blir dock nästan aldrig någon strid kring detta, utan människan "patienten" godkänner att människan "doktorn" har en bredare förståelse av sjukskrivningsinstrumentet ur hälsobefrämjande synpunkt. Däremot blir det nästan alltid svårt att formulera intygsunderlaget på ett sådant sätt att försäkringskassan finner det lämpligt att utan argumentation instämma i bedömningen, det dröjer dessutom*

*många gånger tills patienten redan är åter i arbete innan besked från FK att sjukpenning inte godkänns.(24787863)*

### *Problem med dokumentation och medicinska utlåtanden*

I läkarens uppgifter ingår att veta vad som ska dokumenteras i journaler, skriva medicinska underlag, skriva andra intyg till Försäkringskassan, och att samarbeta med annan vårdpersonal kring bedömningar. Arton procent av läkarna svarade att det var mycket/ganska problematiskt att veta vad som ska dokumenteras i journalen. Trettiosju procent uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan (Tabell 18).

**Tabell 18.** Andel (%) läkare som uppgav problem med att veta vad som ska dokumenteras eller att skriva sjukintyg.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	Mycket	4	3	4
	Ganska	14	14	14
	Lite	34	42	31
	Inte alls	48	42	51
... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) till FK?	Mycket	11	13	9
	Ganska	26	31	23
	Lite	38	40	38
	Inte alls	25	16	29
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK?	Mycket	17	21	15
	Ganska	34	42	31
	Lite	31	29	31
	Inte alls	19	10	23
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	Mycket	3	3	2
	Ganska	8	13	6
	Lite	25	37	20
	Inte alls	20	22	19
	<i>Ej aktuellt</i>	45	25	53

Skillnaderna var signifikanta mellan vårdcentralers läkare och läkare på övriga kliniker på samtliga frågor i tabell 18 *utom* för en; om det var problematiskt att veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras.

### *Egna kommentarer angående läkarintygen*

Egna kommentarer lämnades i enkätsvaren vad gäller läkarintyget. Detta kommer till uttryck i t.ex. följande citat:

- Sjukskrivningsblanketten borde förenklas! Det tar lång tid att fylla i. Vissa diagnoser och sjukskrivning som följer SoS stöd borde inte motiveras. (24782021)

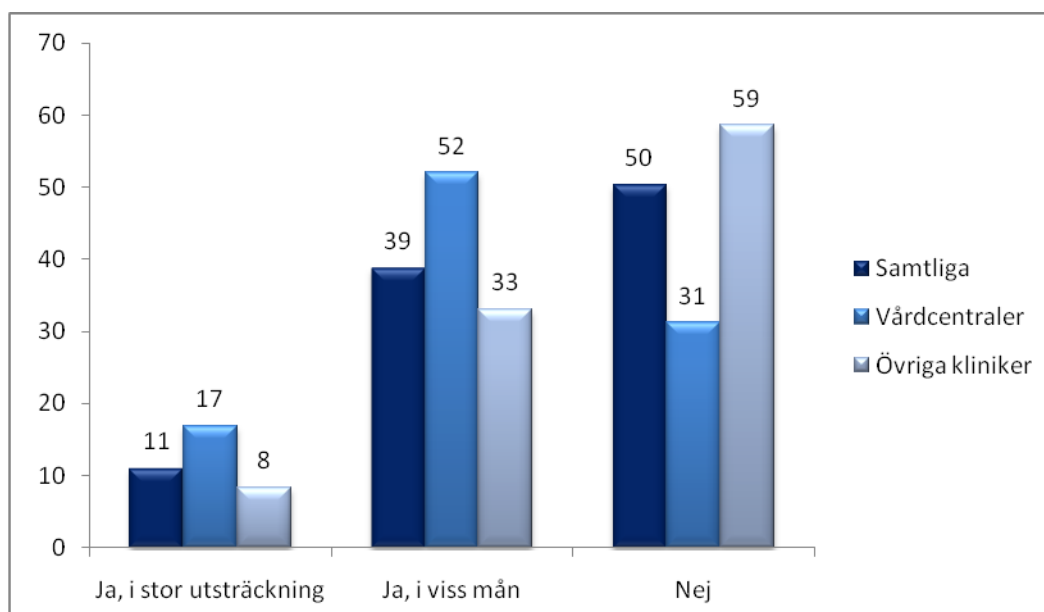
- Blanketten alltför omfattande och kan leda till onödigt långa sjukskrivningstider eftersom man inte kan lägga ner tid på förlängningsintyg (24784530)

- Sjukskrivningsblanketter fungerar dåligt i datasystem. Det tar alldeles för lång tid att fylla. Skulle önska mig mer överskådliga och enklare sätt att fylla i dessa intyg (24792517)

- Jag sjukskriver patienter efter operationer. Har då inga problem med patienter eller FK. Kollegor som handlägger sjukdomar under graviditet har det värre. Då gäller det att hitta de nyckelformuleringar som medför att intygen godkänns. (24797748)

### **Sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem**

Tidigare undersökningar har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem och en fråga ställdes om i vilken utsträckning sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem. Ungefär hälften av läkarna svarade att det i viss mån eller stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem och hälften av det inte var det. Något fler bland läkarna på vårdcentral ansåg att sjukskrivningsärenden i stor utsträckning var ett arbetsmiljöproblem. På motsvarande sätt ansåg något fler bland läkare på vårdcentral att sjukskrivningsärenden i viss mån är ett arbetsmiljöproblem (Figur 16).



**Figur 16.** Andel (%) läkare som uppgav olika frekvens av arbetsmiljöproblem.

### **Kommentarer till att sjukskrivningsärenden kan vara ett arbetsmiljöproblem**

Egna kommentarer lämnades i enkätsvaren om sjukskrivningsärenden och arbetsmiljön. Detta kommer till uttryck i t.ex. följande citat:

- Arbetar som verksamhetschef inom obstetrik och gynekologi. Vi diskuterar ofta sjukskrivning på kliniken. Nuvarande rutiner är ett arbetsmiljöproblem för läkare. Synd att jag inte kunde fylla i enkäten. Känner till problemen väl även om jag inte var i kliniskt arbete just nu. (24794711)

- Jag arbetar på Hematologi klinik med patienter som är SVÅRT sjuka varför sjukskrivning sällan känns som ett problem (24780777)

- Arbetar som ST-läkare inom neurokirurgi där behovet av samt beslut kring sjukskrivning sällan är kontroversiella pga. kvarvarande uppenbara handikapp, behov av rehabilitering samt postoperativ läkning/återhämtning. Ofta övertas sjukskrivningarna av kollega på patientens hemort eller rehadoktor (24780835)

- Ett svårt problem som inte tas upp men som är av betydelse för oss som arbetar med cancer är hur man skriver/regler för när patienten kommer att dö av sin sjukdom. Svårt och oklart! (24792053)

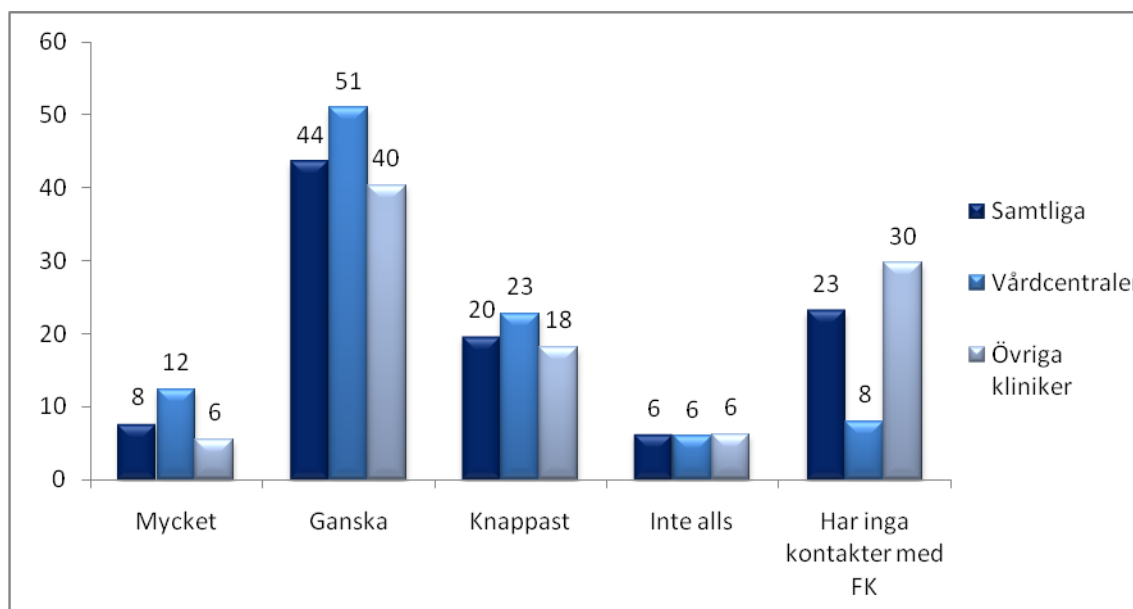
## Kontakter med Försäkringskassan

I enkäten fanns det tre övergripande frågor om kontakter med Försäkringskassan. Den första handlade om hur nöjd man var med sina kontakter med Försäkringskassan och hur ofta man har kontakt med någon därifrån. Den andra handlade om svårigheter i dessa kontakter. Sist efterfrågades önskemål vad avser framtida kontakter med Försäkringskassan.

### Nuvarande kontakter med Försäkringskassan

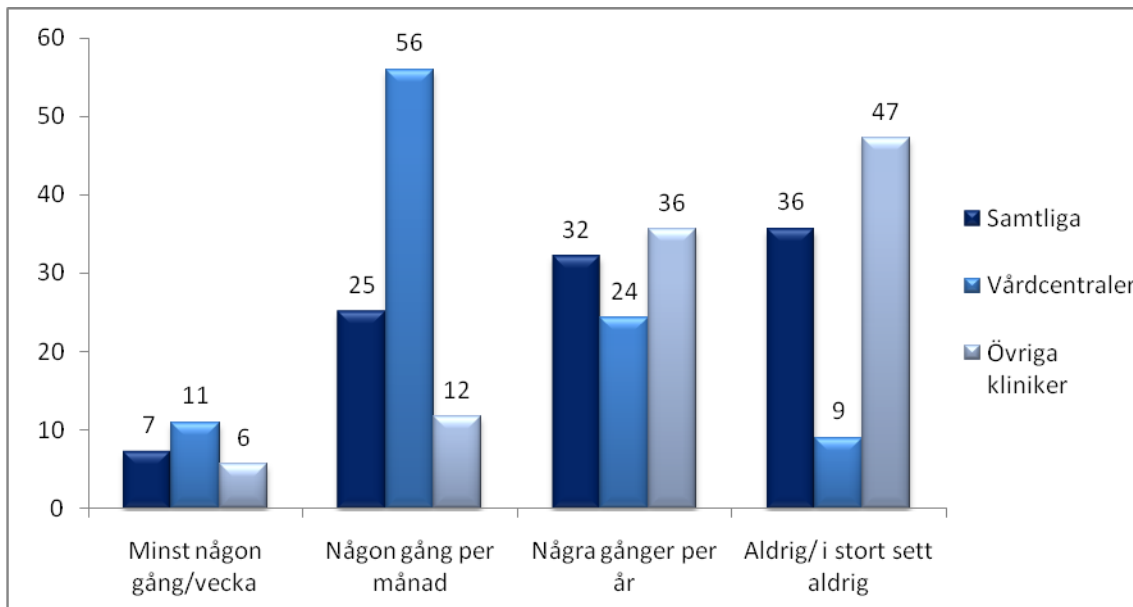
Alla läkare har inte kontakt med Försäkringskassan annat än via läkarintyget, det medicinska underlaget, hon eller han skriver och som patienten får. Tjugotre procent av läkarna uppgav att de aldrig hade kontakt med Försäkringskassan.

Av läkare som har kontakt med Försäkringskassan var två tredjedelar mycket eller ganska nöjda. Skillnaderna mellan läkare på vårdcentraler och övriga läkare ligger i om de har kontakter med Försäkringskassan eller inte. Beaktar man endast de läkare som uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan framkom inte längre några skillnader för denna fråga mellan dessa två läkargrupper (Figur 17).



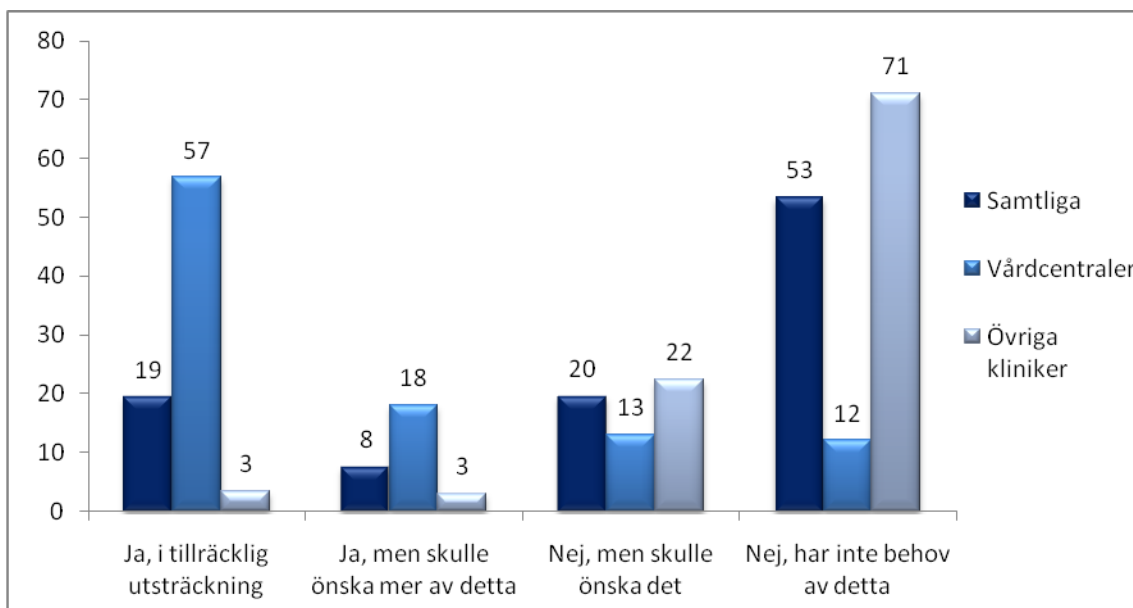
**Figur 17.** Andel (%) läkare som har kontakt med Försäkringskassan och grad av nöjdhet med Kontakten.

Av de sjukskrivande läkarna hade 64 procent kontakter med Försäkringskassan. Sju procent hade kontakt varje vecka, 25 procent varje månad. En tredjedel av läkarna svarade att de hade kontakt några gånger per år. Hur ofta samverkan skedde med Försäkringskassan varierade mellan vårdcentraler och övriga kliniker. Mer än hälften av läkare vid vårdcentraler hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per månad medan andelen läkare vid övriga kliniker hade betydligt färre kontakter varje månad (Figur 18).



**Figur 18.** Andel (%) läkare och frekvens av kontakt med Försäkringskassan.

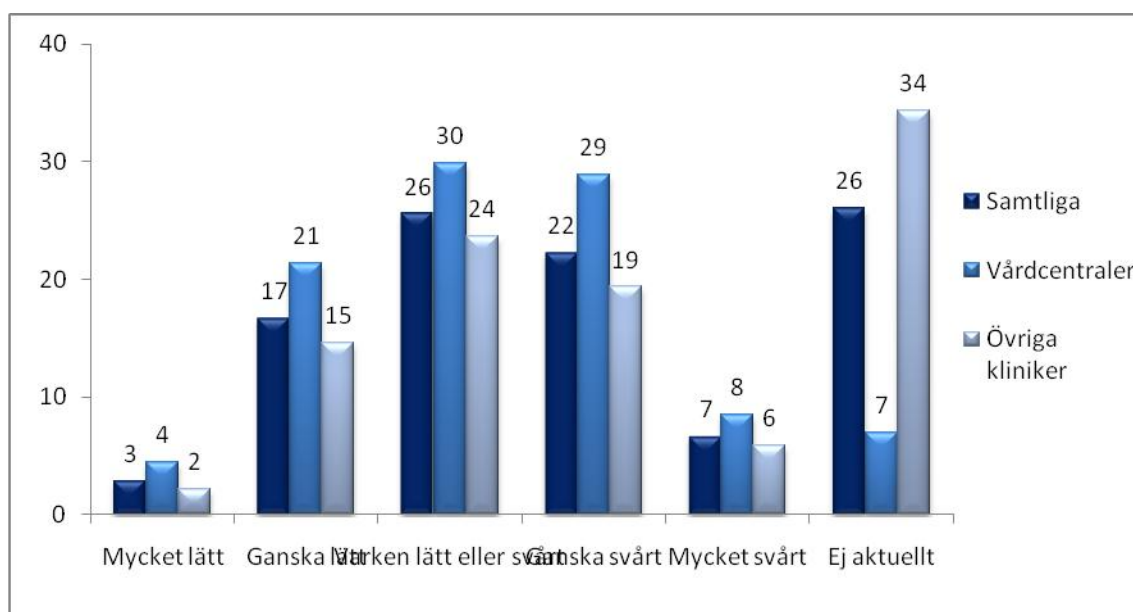
På frågan om att ha regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, t.ex. avstämningsmöten eller rehabiliteringsmöten svarade 19 procent att de hade tillräcklig kontakt medan 28 procent önskade kontakt eller önskade mer sådan kontakt med Försäkringskassan (Figur 19).



**Figur 19.** Andel (%) läkare som har kontakt med Försäkringskassan och uppgav behov av mera/mindre kontakt.



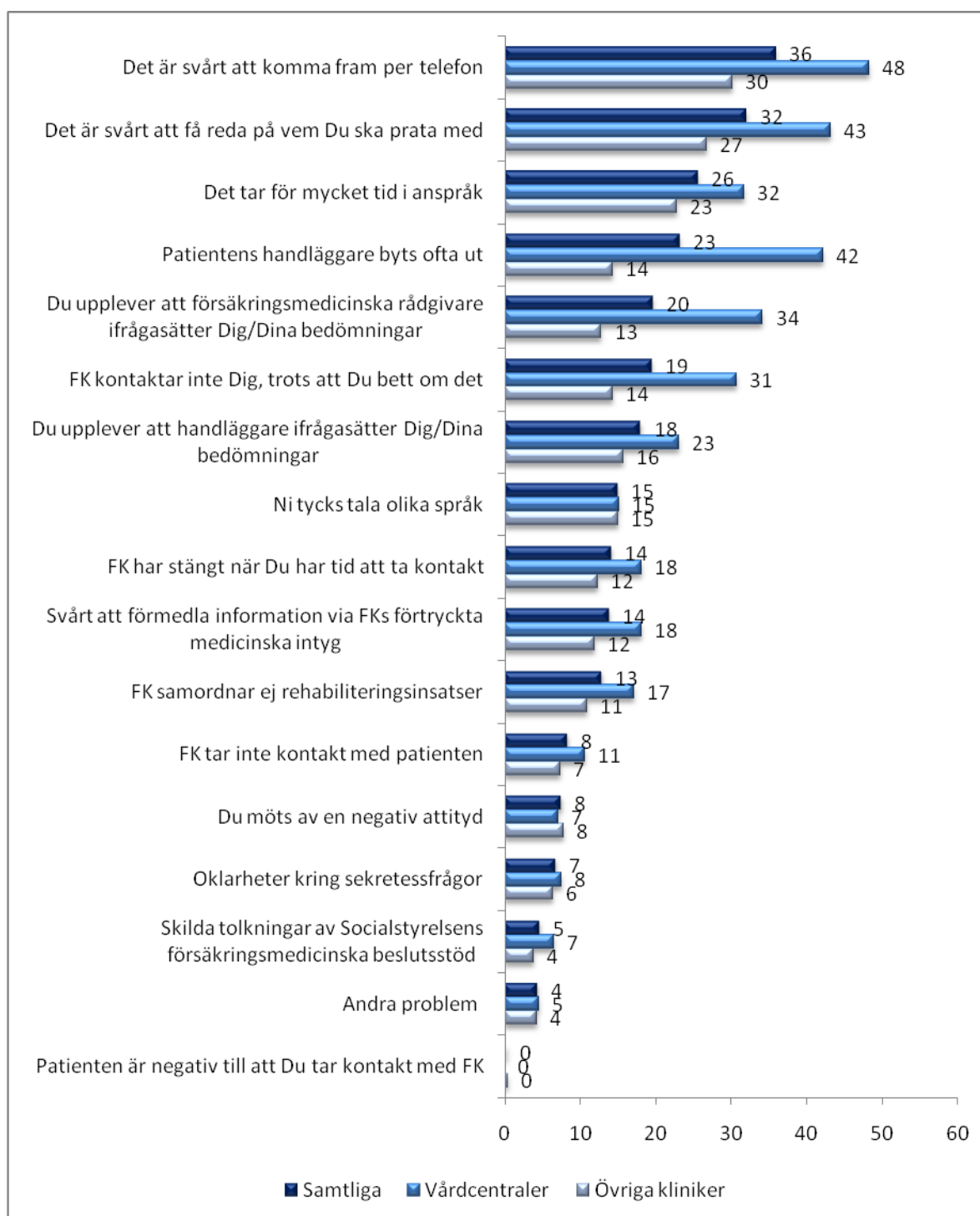
På frågan om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassan svarade drygt 20 procent av läkarna att det var lätt att få kontakt med Försäkringskassan (Figur 20). Även här ligger skillnaden mellan läkare på vårdcentraler och övriga läkare i att det inte var aktuellt med kontakt med Försäkringskassan. Beaktar man endast svaren från de läkare som hade kontakt med Försäkringskassan framkom inte längre några skillnader mellan läkargrupperna, i hur lätt eller svårt de hade att få kontakt.



**Figur 20.** Andel (%) läkare som uppgav hur lätt eller svårt det var att få kontakt med Försäkringskassan.

### *Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan*

På frågan om det fanns några svårigheter i läkarnas kontakter med Försäkringskassan svarade en tredjedel av alla läkare i Östergötland att de inte upplevde några svårigheter i kontakten. I figur 21 listas olika typer av svårigheter och andel som uppgav att de hade dessa. Skillnaderna mellan läkare på vårdcentral och övriga kliniker var relativt stor när det gäller svårigheter att komma fram per telefon, att veta vem man ska prata med, att patientens handläggare byts ut etc. Betydligt högre andel av läkarna på vårdcentral ansåg att deras bedömningar ifrågasattes och att Försäkringskassan inte tar kontakt trots att läkaren bett om det. Med systematiska insatser och professionalisering av kontaktvägar/mötesformer mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, kan sannolikt förutsättningarna för att intentioner med beslutsstödet ska bli verkningsfulla öka (Figur 21).



**Figur 21.** Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan.

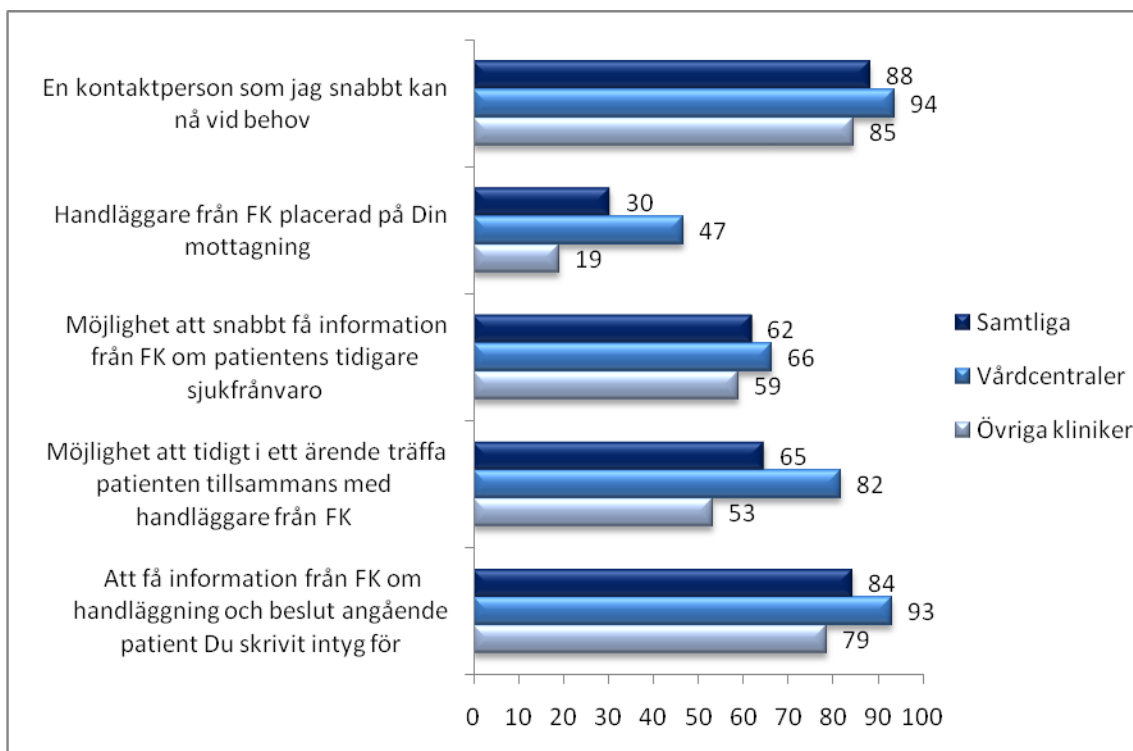
### *Önskemål kring framtida kontakter med Försäkringskassan*

Betydelsen av olika alternativ i framtida kontakter med Försäkringskassan efterfrågades. Flest läkare, 88 procent, prioriterade en kontaktperson som läkaren snabbt kan nå vid behov (Figur 22).

I sina önskemål om framtida kontakter med Försäkringskassan prioriterade en majoritet av de sjukskrivande läkarna att få information om handläggning och beslut angående de patienter som läkaren sjukskrivit. Denna information har sannolikt även betydelse för den kvalitet som Försäkringskassan efterfrågar i läkarintygen.

Mer än hälften av läkarna svarade att det var viktigt att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med en handläggare från Försäkringskassan, och att få information om patientens tidigare sjukfrånvaro.

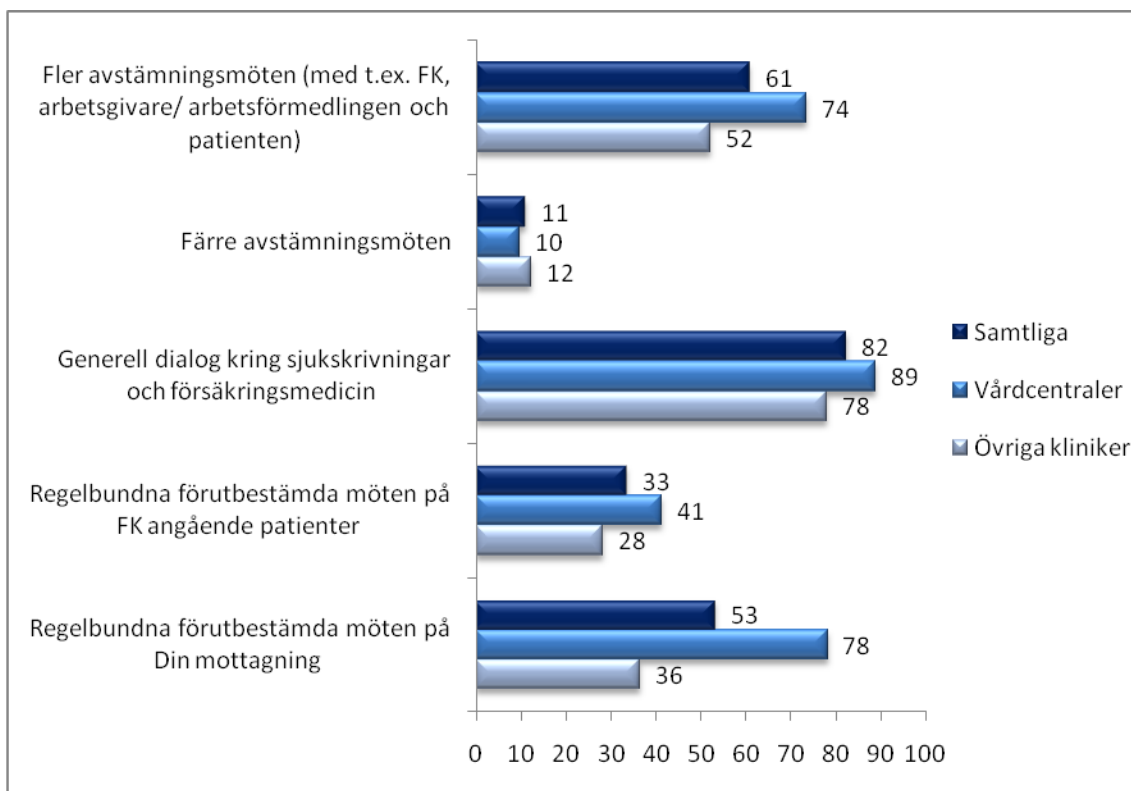
Minst viktigt ansågs det vara att ha en handläggare från Försäkringskassan på den egna mottagningen. Bland läkare på vårdcentral uppgav endast 4 procent att de inte kommer att ha framtida kontakter med Försäkringskassan, medan betydligt fler läkare på övriga kliniker uppgav detta.



**Figur 22.** Andel (%) läkare och framtida kontakter med Försäkringskassan utifrån att de var mycket viktiga eller ganska viktiga.

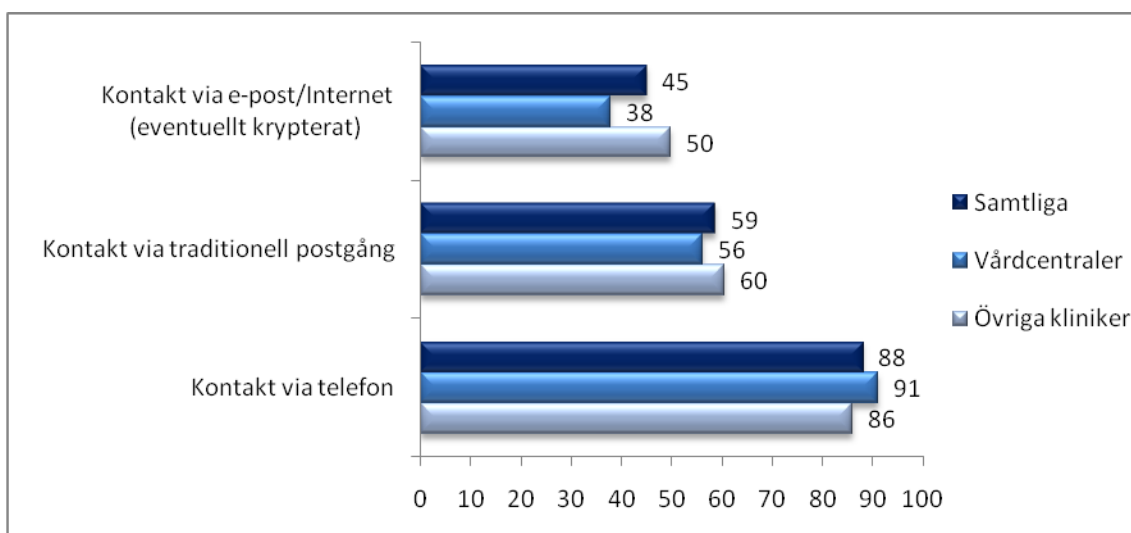
Läkare som uppgav att de kommer att ha framtida kontakt med Försäkringskassan prioriterade nedanstående samarbete och kontaktvägar som *mycket eller ganska viktiga* (Figur 23).

Av figur 23 framgår att generell dialog kring försäkringsmedicin och sjukskrivningar ansågs viktigt av 82 procent av läkarna. Mer än hälften, 61 procent, svarade att fler avstämningsmöten med t.ex. Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling och patienten var viktigt. Även förutbestämda möten på den egna kliniken/mottagningen ansågs som viktigt av mer än hälften av läkarna.



**Figur 23.** Redovisar en sammanslagning av kategorierna mycket och ganska viktigt vad gäller framtida samarbete/kontaktytor

Det ställdes även några frågor om betydelsen av andra framtida kontaktvägar med Försäkringskassan. I figur 24 visas att flest läkare, 88 procent, prioriterade kontakt via telefon. Mer än hälften ansåg att kontakt via traditionell postgång var viktig, medan 45 procent önskade kontakt vis e-post/Internet (eventuellt krypterad), (Figur 24).



**Figur 24.** Redovisar en sammanslagning av kategorierna mycket och ganska viktigt när det gäller kontaktvägar till Försäkringskassan.

Skillnaden mellan läkargrupperna var signifikant för samtliga frågor i figur 22-24 *utom* när det gäller färre avstämningsmöten, kontakt via traditionell postgång, kontakt via telefon och

möjligheten att få snabb information från Försäkringskassan om patientens tidigare sjukfrånvaro.

Det fanns relativt stora skillnader mellan läkare på vårdcentraler och övriga kliniker när det gällde hur lätt eller svårt man ansåg att det var att få kontakt och vilka svårigheter man upplevde, figur 20-21. Däremot var skillnaderna när det gäller önskemål om framtida samarbete och kontaktvägar mindre mellan de båda läkargrupperna, Figur 22-24.

### ***Kommentarer till kontakter med Försäkringskassan och förslag till förbättringar***

De läkare som lämnat kommentarer kring svårigheter i samarbetet med Försäkringskassan ansåg att det var svårt att få kontakt med handläggare, och att handläggare ofta byts ut. Detta kommer till uttryck i t.ex. följande citat:

*- Behandlande läkare bör informeras direkt när sjukpenning avslås och få motivering. Ej få information via patienten. (24781502)*

*- Om kontakten med handläggare/FK vore smidigt skulle behovet av avstämningsmöten minska. Avstämningsmöten tar ofta lång tid och ofta framkommer inget nytt. (24786865)*

*- Om man skrivit att en patient genomgått en stor operation ex.vis för aortaaneurysm, känns det rätt trist när FK återsänder intyget för att man inte specificerat exakt vad patienten kan och inte kan göra även om sjukskrivningstiden är helt rimlig(24794349).*

*- Bristande förståelse för vad olika onkologiska terapier innebär. Onödiga begäran om förtydliganden (24780934).*

Andra läkare hade andra erfarenheter, och uppgav i de egna kommentarerna att det inte haft problem i kontakterna. Detta kommer till uttryck i följande citat:

*- Har många års erfarenhet av försäkringsmedicinska utredningar och även handledning. Goda kontakter med FK. Enstaka försäkringsläkare kan vara problematiska och enögda (tex det finns bara anmälda sjukdomen) (24774523)*

*- Jag har tidigare haft ett gott samarbete med FK-representant knuten till en vårdcentral som jag tidigare arbetade vid – det var fantastiskt bra! En personlig kontaktperson var oerhört värdefull (24784688)*

*- Vi har en rehabsamordnare hos oss sedan några år. Hon är en ovärderlig person som hjälper mig, Försäkringskassan, arbetsgivaren, patienterna och samhället. Det avlastar mig enormt och förkortar sjukskrivningarna. Satsa på detta – välj rätt person för jobbet. Vi har arbetsterapeut som alltså är den bästa person man kan ha. Snacka om samhällelig besparing (24788184)*

Vissa kommentarer tog upp kontakten med försäkringsmedicinska rådgivare. Detta kommer till uttryck i följande citat:

*- Tycker att problemet med sjukskrivningar har minskat men många gamla ärenden ”surdegar” ställer till problem och kräver finesse för att ej såra patienten. Upplever försäkringsläkare som fyrkantiga som har för lite förståelse för psykiska sjukdomar och för patienter med personlighetstörningar (24797375)*

*- Det ”försäkringsmedicinska rådgivarna” borde få ”praoa” på några av de arbetsplatser de tror sig ha kunskap om. Vore inte fel om de fick se några av ”de försäkrade” IRL! (24793937)*

Även förslag till förbättringar i kontakten mellan Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården lämnas i de egna kommentarerna. Detta uttrycks i följande citat:

- *Försäkringskassan är ett samhällets försäkringsbolag med en relation mellan bolaget och individen. Sjukvården/läkaren skall endast behöva lämna underlag – när det är nödvändigt. Försäkringskassan får ta vilka beslut de själv vill – alltså är det inte läkarna som "sjukskriver"*.

- *Detta innebär att försäkringskassan i större utsträckning borde våga ta egna beslut. T.ex. När en individ behöver förlängd sjukskrivning i väntan på FK's (eller AF's) åtgärder. Då skulle inte läkare behöva besväras med detta (24780454)*

- *Vid förändringar i försäkringssystemet får vi vanligen information via media. Ingen information från FK vad man vill eller förväntar sig. Man tycks tro att "några frågor till eller en sida till på intyget" löser alla problem. Mitt förslag är att vi på golvet intygar diagnosen och försäkringsläkare sköter resten ev. i samarbete med företagshälsovård som har unika kunskaper om patientens arbetsuppgifter (24782864)*

- *Jag tycker att FK skulle ta över bedömningen av restarbetsförmåga och sjukskrivningens grad och längd. Läkare skulle då stå för det rena medicinska underlaget. Det övriga, som inte är medicin, utan andra omständigheter, så som vilket jobb man har och om man bråkar med chefen skulle FK ta ställning till. Läkare utreder och behandlar sjukdom/skada FK sköter försäkringen. Samhället skulle spara både på försäkringen och på sjukvårdsresurser! (24786998)*

## *Kompetens i sjukskrivningsfrågor*

I detta avsnitt redovisas resultat avseende på vilket sätt läkarna tillägnade sig sin kompetens i sjukskrivningsfrågor. Det efterfrågades inom vilka områden läkaren önskade fördjupa sin kompetens samt läkares värdering av vad som behövs för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Frågorna handlade om på vilket sätt läkaren har utvecklat sin kompetens i att hantera sjukskrivningsärenden. Alternativen var olika utbildningar och kurser, kontakter med andra och olika typer av informationskanaler.

I tabell 19 visas att andelen läkare som uppgav att grundutbildningen hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i sjukskrivningsärenden var 23 procent. Motsvarande siffror för AT-utbildning var 31 procent och för ST utbildning 38 procent. I tabell finns de frågor redovisade som även hade "Ej aktuellt" som svarsalternativ. Utbildning i Försäkringskassans regi bidrog mycket eller ganska mycket för 27 procent av läkarna. Betydligt fler bland läkare på läkare på vårdcentral, 44 procent, uppgav att utbildning i Försäkringskassans regi hjälpt dem mycket eller ganska mycket att utveckla kompetens i handläggningen av sjukskrivningsärenden. Tjugoåtta procent svarade att det inte varit aktuellt med utbildning i Försäkringskassans regi. Det kan tolkas på olika sätt, antingen att man fått utbildning på annat sätt eller att man redan tidigare deltagit i utbildning i Försäkringskassans regi (tabell 19).

**Tabell 19.** Andel (%) som uppgav att följande hjälpt till att utveckla kompetens

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
Grundutbildning	Mycket	6	3	8
	Ganska mycket	17	16	18
	Lite	40	42	39
	Inte alls	37	40	36
AT-utbildning	Mycket	9	6	10
	Ganska mycket	22	18	24
	Lite	37	42	35
	Inte alls	19	23	17
	<i>Ej aktuellt</i>	13	11	14
ST-utbildning	Mycket	12	12	12
	Ganska mycket	26	29	25
	Lite	31	29	33
	Inte alls	13	10	15
	<i>Ej aktuellt</i>	17	20	15
Vidareutbildning i landstingets regi	Mycket	4	7	2
	Ganska mycket	17	31	11
	Lite	24	31	21
	Inte alls	28	13	35
	<i>Ej aktuellt</i>	27	18	31
Andra utbildningar än ovanstående	Mycket	5	10	4
	Ganska mycket	12	18	10
	Lite	16	23	13
	Inte alls	27	18	30
	<i>Ej aktuellt</i>	39	31	43
Utbildning i FK:s regi	Mycket	7	11	5
	Ganska mycket	20	34	14
	Lite	21	28	18
	Inte alls	24	12	29
	<i>Ej aktuellt</i>	28	16	34

I Tabell 20 visas olika informella vägar för kompetensutveckling, och vardagslärande om handläggning av sjukskrivningsärenden och hur mycket det betytt för kompetensutvecklingen.

Det som hjälpt högst andel av läkarna mycket eller ganska mycket var kontakter med läkarkollegor och annan vårdpersonal samt kontakter med patienter. Jämfört med de formella utbildningarna är detta betydligt högre.

En högre andel av läkare på vårdcentral, 84 procent, svarade att kontakten med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal varit till hjälp, motsvarande andel läkare vid övriga kliniker som haft hjälp av kontakten med patienter var 63 procent. Även kontakten med Försäkringskassan hade varit till mycket eller ganska stor hjälp för relativt många av läkarna på vårdcentral (Tabell 20).

Tabell 20. Andel (%) läkare som uppgav att kontakten med kollegor/annan personal inom vården, patienter, Försäkringskassan respektive arbetsgivare hjälpt till att utveckla kompetens.

I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
Kontakter med läkarkollegor och/eller annan personal inom vården	Mycket	24	35	19
	Ganska mycket	45	49	43
	Lite	26	15	31
	Inte alls	5	1	7
Kontakter med patienter	Mycket	17	24	14
	Ganska mycket	37	43	34
	Lite	26	21	28
	Inte alls	20	12	23
Kontakter med personer inom FK	Mycket	6	10	4
	Ganska mycket	17	29	12
	Lite	36	42	34
	Inte alls	28	13	34
	<i>Ej aktuellt</i>	13	6	17
Kontakter med arbetsgivare	Mycket	2	2	1
	Ganska mycket	4	3	5
	Lite	22	36	16
	Inte alls	42	40	44
	<i>Ej aktuellt</i>	30	19	35

I Tabell 21 visas att var tredje läkare uppgav att det egna sökandet efter kunskap har varit till mycket eller ganska mycket hjälp för att utveckla kompetens (

Tabell 21). Framför allt läkare på vårdcentraler ansåg att riktade satsningar via t.ex. sjukskrivningskommittén var till hjälp.



**Tabell 21.** Andel (%) läkare som uppgav att eget sökande, information via massmedia, satsningar via sjukskrivningskommittén, egen undervisning samt konferenser hjälpt till att utveckla kompetens.

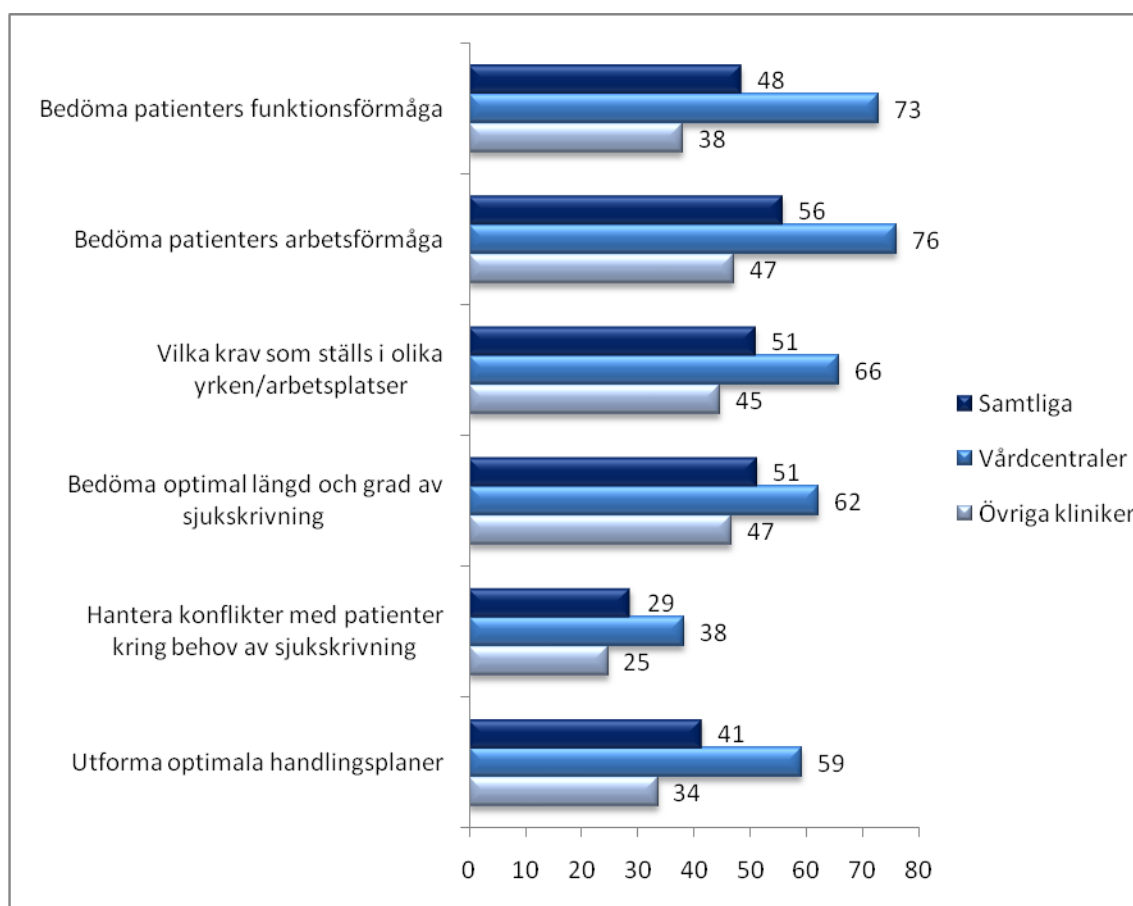
I vilken utsträckning har följande hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?		Samtliga	Vårdcentraler	Övriga kliniker
Eget sökande efter kunskap (litteratur, Internet, etc.)	Mycket	6	4	7
	Ganska mycket	25	34	21
	Lite	41	46	38
	Inte alls	28	15	33
Information via massmedia	Mycket	1	1	1
	Ganska mycket	5	6	5
	Lite	31	32	31
	Inte alls	63	62	63
Riktade satsningar för information (t.ex. via sjukskrivningskommitté, försäkringsmedicinskt råd)	Mycket	3	5	2
	Ganska mycket	14	25	9
	Lite	30	40	26
	Inte alls	29	20	33
	<i>Ej aktuellt</i>	24	10	30
Undervisa och handleda andra i dessa frågor	Mycket	2	4	2
	Ganska mycket	9	14	7
	Lite	17	27	13
	Inte alls	33	26	36
	<i>Ej aktuellt</i>	38	29	42
Konferenser, seminarier	Mycket	2	3	2
	Ganska mycket	11	15	9
	Lite	22	37	16
	Inte alls	33	25	36
	<i>Ej aktuellt</i>	32	21	36

Läkaren ombads svara på hur stort behov hon/han hade av att fördjupa sin kompetens inom olika områden. Bland annat handlade det om bedömningar, dokumentation, regelsystem och olika aktörers möjligheter och skyldigheter.

Nedanstående figur (Figur 25) visar en sammanslagning av kategorierna *mycket och ganska stort* behov av att fördjupa kompetensen vad gäller bedömning av patientens funktions- och arbetsförmåga, krav i olika yrken, att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning, att hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning, att upprätta optimala handlingsplaner.

Omkring hälften av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens inom följande delar av sjukskrivningsarbetet: bedöma funktionsförmåga (48 %), bedöma arbetsförmåga (56 %), veta vilka krav som ställs i olika yrken (51 %) samt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning (51 %).

En betydligt högre andel, cirka 70 procent, av läkare på vårdcentral svarade att det har behov av kompetensutveckling för att bedöma patientens funktions- och arbetsförmåga och vilka krav som ställs på olika arbetsplatser (Figur 25).



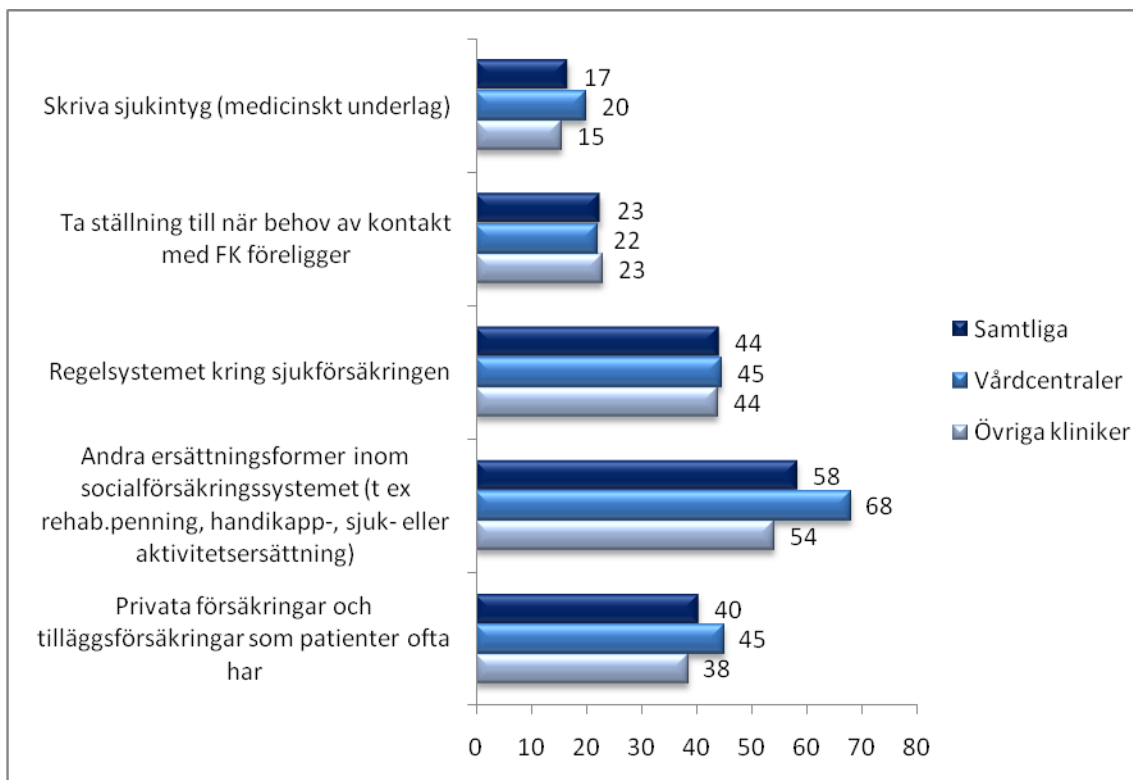
**Figur 25.** Andel (%) läkare som uppgav behov av kompetens för att bedöma funktions- och arbetsförmåga, krav i olika yrken, grad och längd av sjukskrivning, hantera konflikter kring behov av sjukskrivning samt optimala handlingsplaner.

I de egna kommentarerna fanns beskrivningar av bland annat problem med att bedöma arbetsförmåga. Detta uttrycks t.ex. i följande citat:

*- Vad gäller läkarens förmåga att bedöma patientens funktions och arbetsförmåga saknar vi tyvärr både kompetens och tid. Arbetsplatsbesök och arbetsförmåga bör utföras av annan kompetens, ex arbetsterapeut eller företagshälsovården. Inom primärvården är det svårt att verkligen sätta sig in i de arbetsuppgifter patienten har och således ofta svårt att kunna bedöma om patienten kan klara av arbetet och vilken utsträckning patienten har arbetsförmåga på aktuell arbetsplats. (24797961)*

Nedanstående figur (Figur 26) visar en sammanslagning av kategorierna *mycket* och *ganska stort* behov av att fördjupa kompetensen inom följande områden; att skriva läkarintyg, ta

ställning till behov av sjukskrivning, regelsystemet kring sjukförsäkringen, andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet samt privata försäkringar och tilläggsförsäkringar. Endast 17 procent av läkarna uppgav att de har mycket eller ganska stort behov av fördjupad kompetens för att skriva intyg, medicinska underlag, medan 44 procent hade behov av kunskap om regelsystemet för sjukförsäkringen. Kunskap om andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet (t.ex. sjuk- eller aktivitetsersättning) var det 58 procent som hade mycket eller ganska stort behov av. Tjugotre procent ville ha ökad kompetens i att ta ställning till när behov finns av att kontakta Försäkringskassan. Även kunskap om privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har var det 40 procent som hade behov av (Figur 26).



**Figur 26.** Andel (%) läkare som uppgav att de har mycket/ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens i att skriva läkarintyg, ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger, regelsystem kring sjukförsäkringen, andra ersättningsformer, och privata försäkringar.

### ***Kommentarer till regelverket i sjukförsäkringen***

De egna kommentarer som lämnats avsåg dels regelverket i sig, men också de konsekvenser som läkare erfarit mera specifikt i sin handläggning av sjukskrivningsärenden. Detta uttrycks i följande citat:

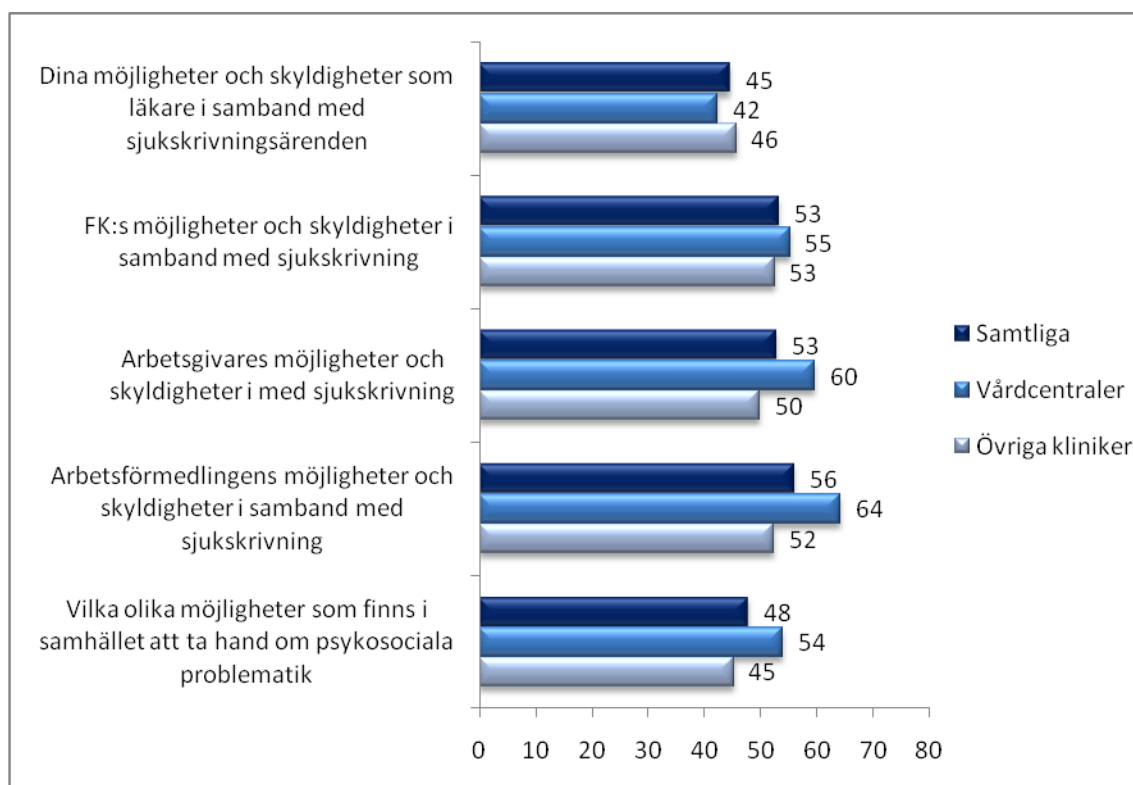
*- Ett stort problem är olika tolkningar av de nya sjukersättningsreglerna vad gäller arbetsförmåga och eventuell nedsättning – i förhållande till vad?? Ytterst få torde uppfylla kravet att inte kunna klara ”något på arbetsmarknaden förekommande arbete”. (24700700)*

*- Stort problem med timanställda och deltidssjukskrivningar de får ofta inte några arbetspass alls på sitt arbete om de inte kan ta hela dagar – följden blir heltidssjukskrivning som inte är medicinskt motiverande.(24781544)*

- FRÅGA: En patient blir plötsligt oåterkalleligt blind på ett öga och arbetar som yrkeschaufför. Enl. körkortslagen får han ej köra. Enl. FK får han inte vara sjukskriven för han kan ju jobba med "allt annat" i samhället. När jag sitter med patienten framför mig som akut både förlorat synen på ett öga och samtidigt sitt yrke; ska jag då säga: tyvärr kan jag inte sjukskriva dig – gå till arbetsförmedlingen! Lycka till! Detta är de sjukskrivningsärenden ögonläkare kommer i kontakt med. (24793994)

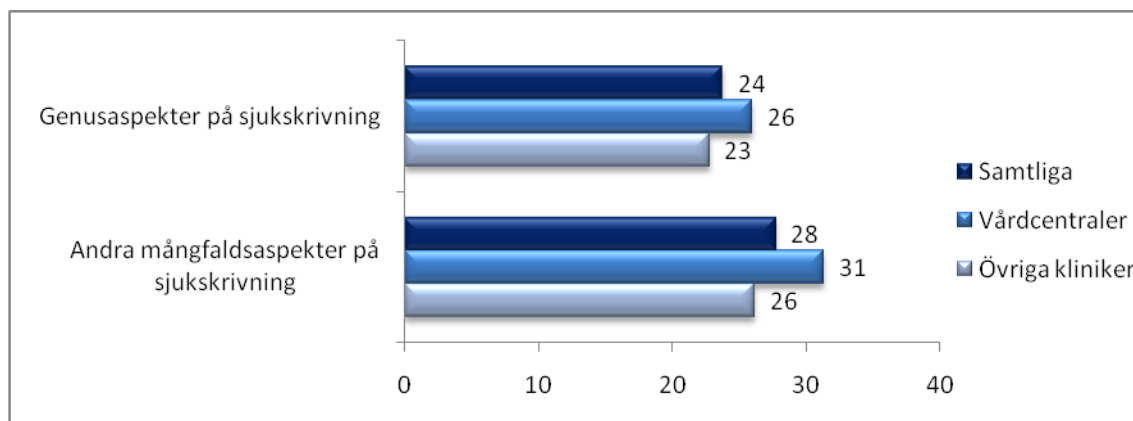
Det ställdes frågor om behov av att fördjupa kompetens med avseende på läkarens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, om arbetsgivarens, arbetsförmedlingens, försäkringskassans respektive möjligheter och skyldigheter samt om samhällets olika möjligheter att ta hand om psykosocial problematik.

Här nedan redovisas en sammanställning av kategorierna *stort/mycket stort* behov (Figur 27) vad gäller dessa. Mer än hälften av läkarna svarade att de hade mycket eller ganska stort behov av ökade kunskaper om vilka möjligheter och skyldigheter Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsgivaren har. Vidare uppgav ungefär varannan läkare att de hade mycket eller ganska stort behov av kunskap kring vilka möjligheter som finns i samhället för att ta hand om psykosocial problematik. Något fler bland läkare på övriga kliniker, 46 procent, uppgav att de hade stort eller mycket stort behov av kunskap om deras egna möjligheter och skyldigheter som läkare, motsvarande andel bland läkare på vårdcentral var 42 procent.



**Figur 27.** Andel (%) läkare som svarade att de har behov av fördjupad kompetens om möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning hos läkare, Försäkringskassan, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, och samhällets skyldigheter att ta hand om psykosocial problematik.

Det efterfrågades vilket behov av fördjupad kompetens som man ansåg sig ha om genus- och mångfaldsaspekter. I figur 28 redovisas behovet av kunskap för kategorierna *stort/mycket stort*. Behovet av kompetens om genusaspekter respektive andra mångfaldsaspekter på sjukskrivning uppgavs som stort eller mycket stort av 24 procent respektive 28 procent (Figur 28).



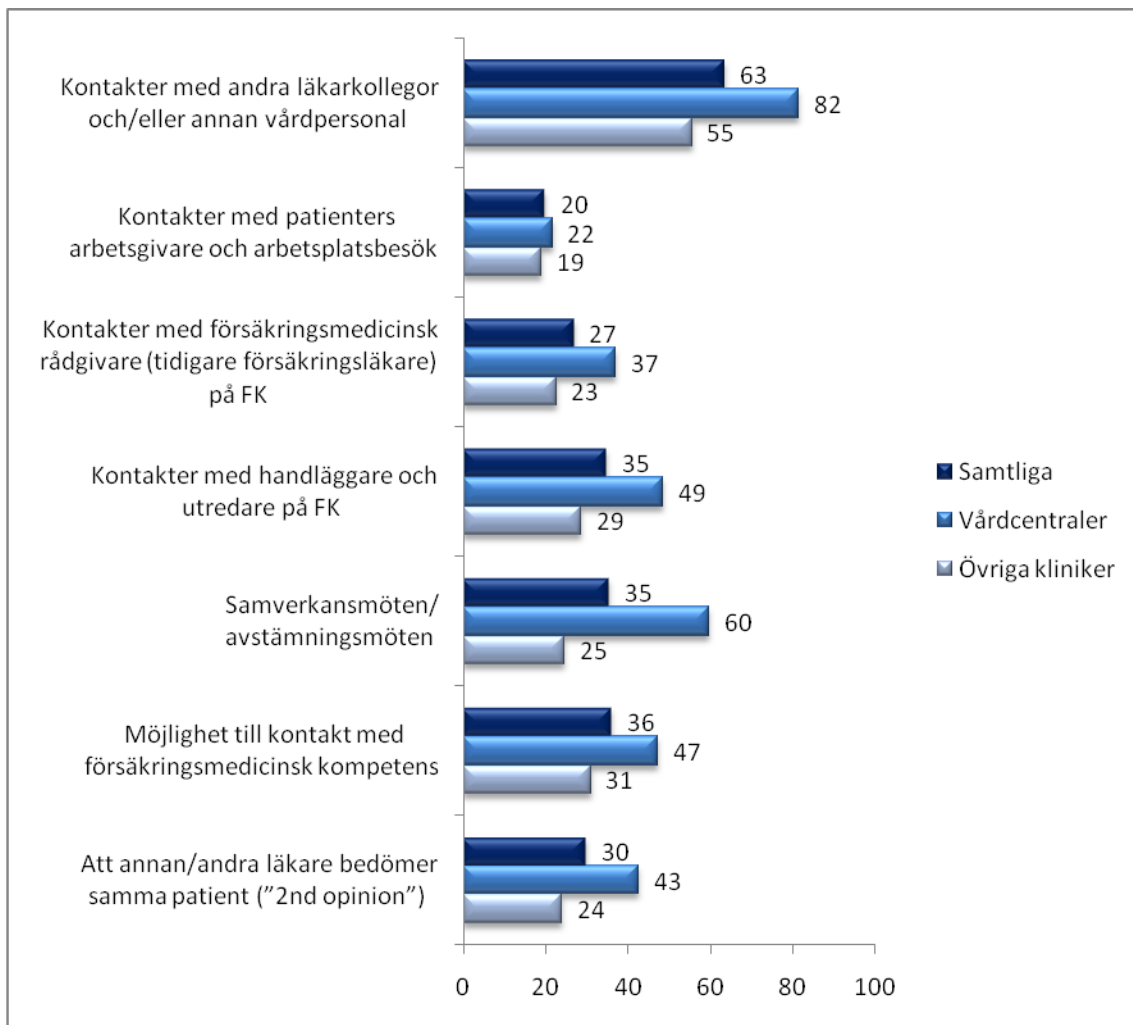
**Figur 28.** Andel (%) läkare som uppgav att kunskap om genusaspekter och mångfald har stort/mycket stor värde.

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

I enkäten ombads läkaren värdera olika alternativ för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivningar. Frågorna handlade t.ex. om kontakter med andra, olika informationskanaler och kurser. Kontakten med kollegor och/eller annan vårdpersonal ansågs viktigast, 63 procent ansåg detta. Drygt var tredje läkare uppgav att kontakten med handläggare, att ha avstämningsmöten, och möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens var av stort värde för deras kvalitet i arbetet med sjukskrivningsärenden.

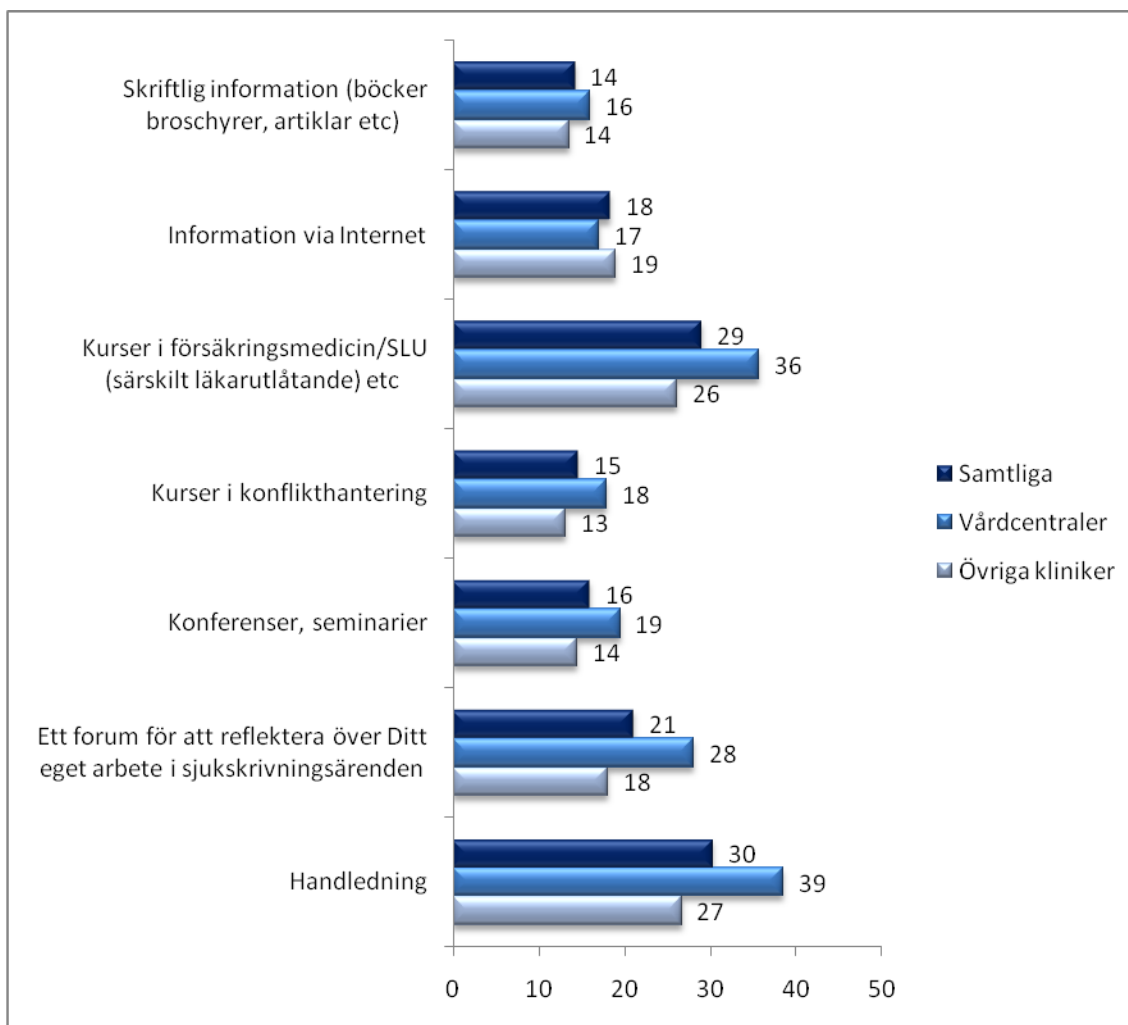
En av fyra uppgav att kontakt med försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan var av stort värde. På motsvarande sätt uppgav 20 procent att kontakten med patientens arbetsgivare och arbetsplatsbesök var av stort värde.

Hela 82 procent av läkarna på vårdcentral svarade att kontakten med kollegor och/eller annan vårdpersonal var av stort värde. Sextio procent svarade att avstämningsmöten var av stort värde för att hålla hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Även möjligheten till kontakter med handläggare på Försäkringskassan och kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens var av stort värde, enligt läkarna på vårdcentral (Figur 29).



**Figur 29.** Andel (%) läkare som uppgav att olika alternativ av kontakter/möten har stort/måttligt värde för kvalitet i arbetet med sjukskrivningsärenden.

När det gäller värdet av olika fortbildningsaktiviteter visade resultaten att handledning, kurser i försäkringsmedicin, och forum för reflektion var av störst värde (Figur 30). En lägre andel satte värde på kurser i konflikthantering, konferenser/seminarier, information via Internet eller skriftlig information. Fler bland läkare på vårdcentral uppgav att handledning och kurser i försäkringsmedicin, SLU (särskilt läkarutlåtande) och forum för reflektion var av stort värde för deras arbete.



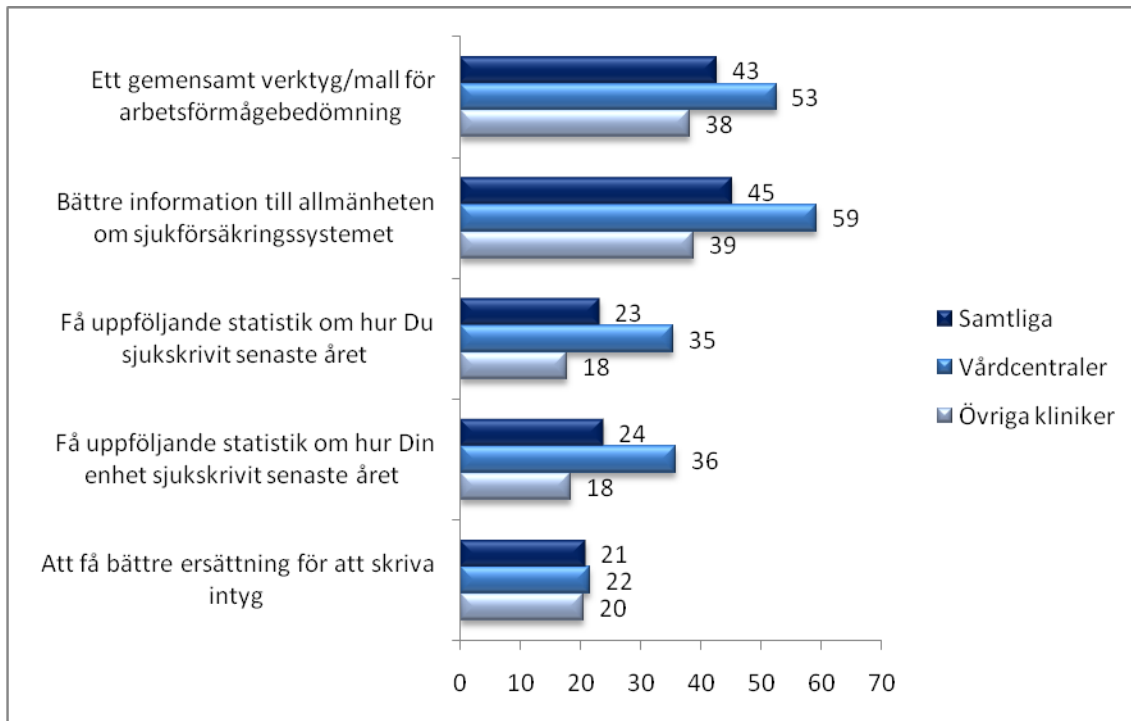
**Figur 30.** Andel (%) av läkare som uppgav att olika kurser, forum, respektive handledning har betydelse för kvaliteten i arbetet med sjukskrivning.

Nästan hälften av läkarna, 45 procent, ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten var av stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 31).

Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning uppgavs ha ett stort eller måttligt värde av 53 procent av läkarna vid vårdcentraler respektive 38 procent av läkarna på övriga kliniker.

Var fjärde läkare ansåg att det var av stort värde att få uppföljande statistik på egen sjukskrivning och på enhetens sjukskrivning. Fler bland läkare på vårdcentral ansåg att statistik på egen sjukskrivning respektive den egna enhetens statistik var av stort värde.

Drygt tjugo procent ansåg att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha stort värde för kvaliteten.



**Figur 31.** Andel (%) läkare som uppgav att verktyg för arbetsförmågebedömning, information, statistik samt ersättning för att skriva intyg har stort/måttligt värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning



## Ett 4-års perspektiv i Östergötlands län

Syftet med detta kapitel är att redovisa i huvudsak signifikanta förändringar för olika frågor.

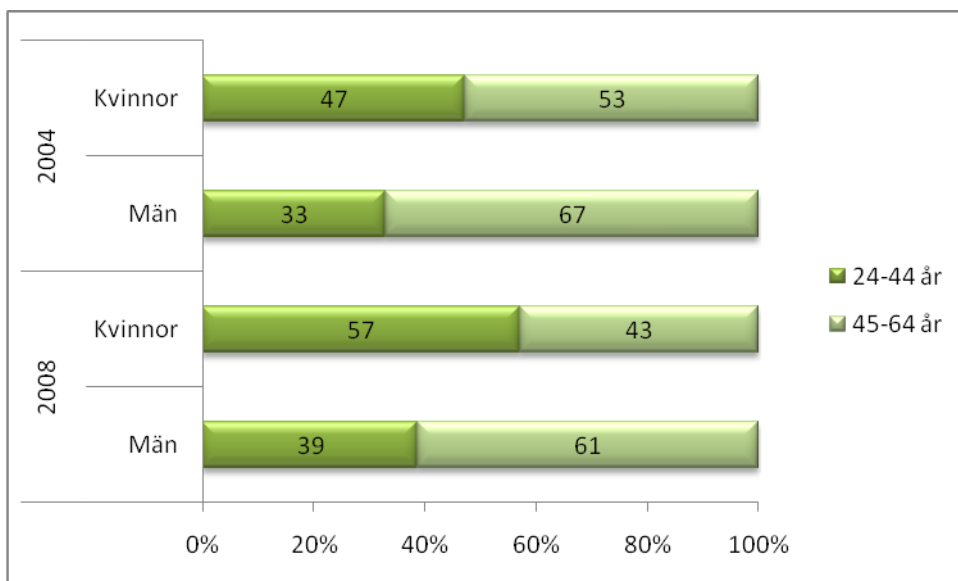
Här nedan redovisas resultat från jämförelser mellan svaren på 2004 och 2008 års enkäter för läkare yngre än 65 år som var yrkesverksamma i Östergötlands län under de båda åren och som mötte patienter som var aktuella för sjukskrivning. Först redovisas antal svarande, därefter kön, ålder och utbildningsnivå. Därefter följer jämförelser i ett 4-års perspektiv. Metoder och urval har redovisats tidigare.

Andelen yngre läkare har ökat, medelåldern har sjunkit något, från 48 år till 46 år, samtidigt som andelen med specialistutbildning har minskat något. Endast en mindre förskjutning har skett mellan klinikgrupperna, andelen läkare vid vårdcentraler har ökat med två procentenheter och utgör 30 procent i 2008 års enkät (Tabell 22).

**Tabell 22.** Kön, ålder och utbildningsnivå bland sjukskrivande läkare år 2004 och 2008

		2004 n=572	2008 n=690
Kön	Andel kvinnor	39	44
	Andel män	61	56
Ålder	20-44 år	39	47
	45-64 år	61	53
	Medelålder	48	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen	2	8
	Leg. läkare	2	3
	Pågående ST-utbildning	20	18
	Specialist	76	71
Klinikgrupp	Vårdcentraler	28	30
	Övriga kliniker	72	70

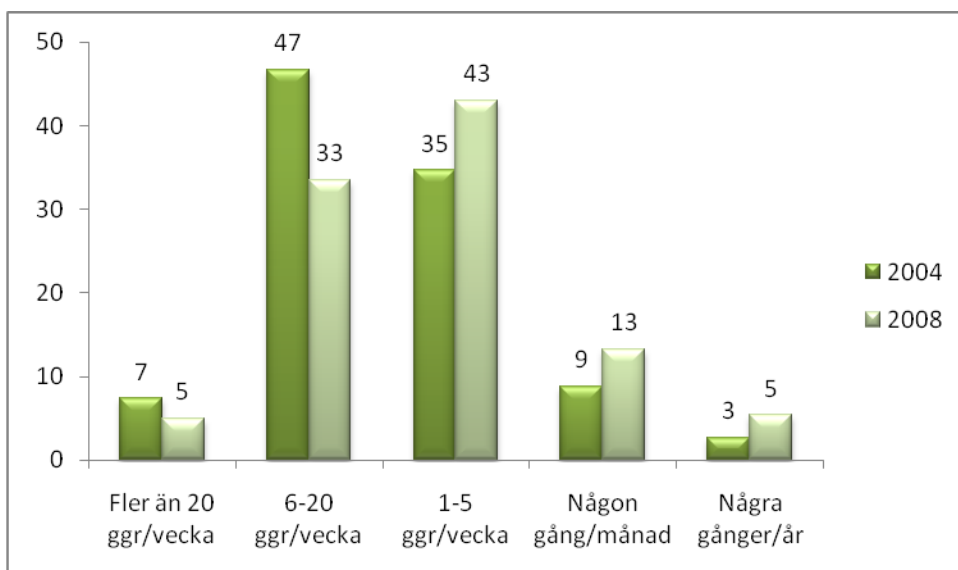
En förändring i åldersfördelningen har skett. År 2008 var en högre andel av läkarna som svarade yngre, dvs. mellan 24-44 år. Särskilt andelen yngre kvinnor har ökat, från 47 procent till 57 procent mellan de jämförda åren (Figur 32).



**Figur 32.** Sjukskrivande läkares ålder, ålders- och könsfördelning, 2004 respektive 2008

### *Frekvens av sjukskrivningsärenden*

Andelen läkare som träffar patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning ofta, minst sex gånger per vecka, har minskat med mellan 2004 och 2008, från 54 procent till 38 procent (Figur 33).

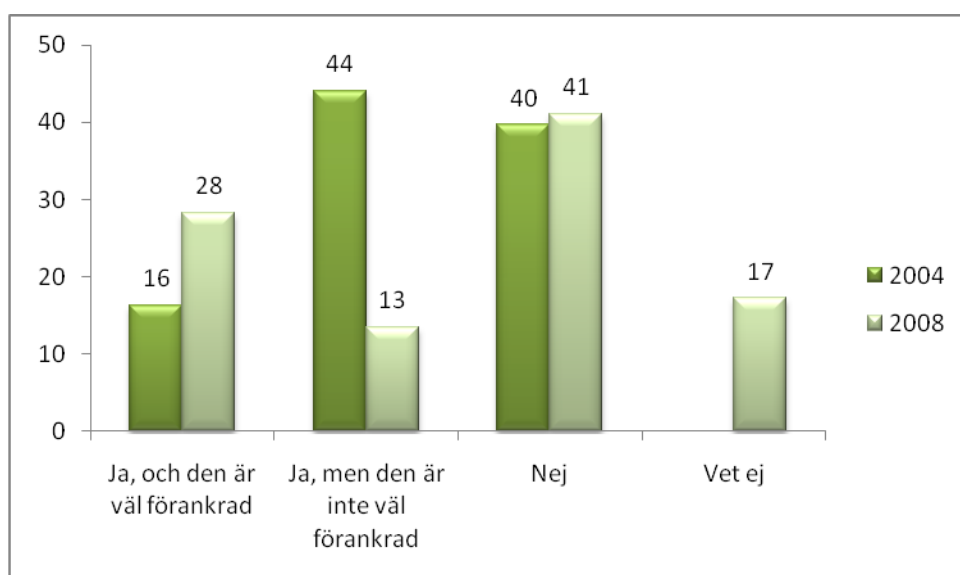


**Figur 33.** Andel (%) läkare och hur ofta de träffar patienter.

### *Ledning och styrning*

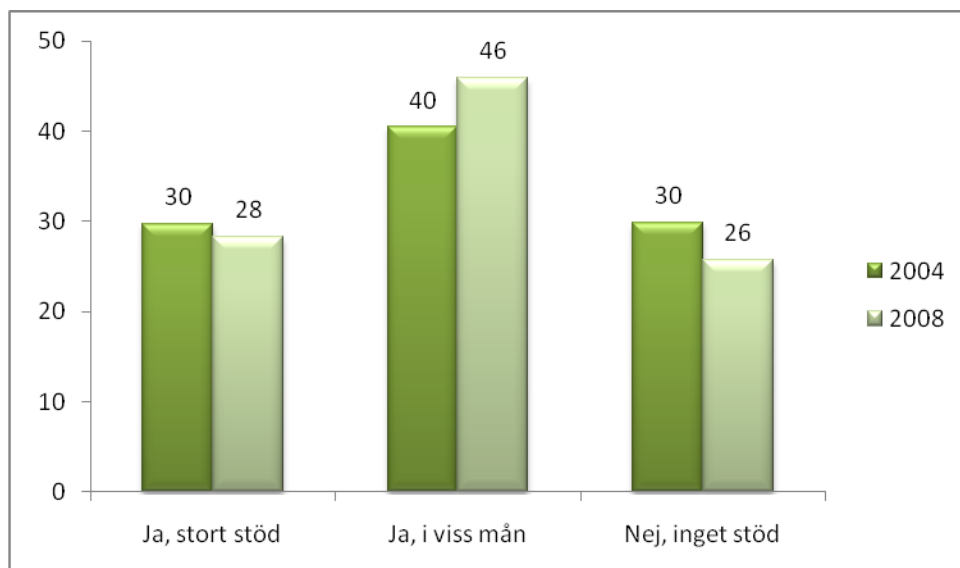
De två frågor som förekom i både 2004 och 2008 års enkäter och som berör området ledning och styrning är; om det fanns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen respektive om läkaren hade stöd från den närmaste ledningen.

Utifrån intentionerna i miljardsatsningen om att stärka ledning och styrning av dessa frågor, liksom utifrån de föreskrifter som finns om ledningssystem i hälso- och sjukvården [23, 25], där det tydligt framgår att sådana riktlinjer/policys ska finnas på verksamhetsnivå, visar resultaten att andelen läkare som ansåg detta ökat. Det är en betydligt högre andel 2008 jämfört med 2004, en ökning från 16 till 28 procent, som svarade att det finns en policy för hantering av sjukskrivningsärenden på den egna kliniken/mottagningen och att denna är väl förankrad (Figur 34). I 2008 års enkät fanns det två nya svarsalternativ på frågan, ”Vet ej” och ”Ej Aktuellt”. I figuren är alternativet ”Ej aktuellt” beräknade som bortfall.



**Figur 34.** Andel (%) läkare som 2004 respektive 2008 arbetade på en klinik/mottagning där det fanns en policy för hantering av sjukskrivningsärenden som var väl förankrad respektive inte väl förankrad respektive saknades.

När det gäller stöd från närmaste ledningen är förändringarna mellan de jämförda åren små, en något mindre andel, 2008 jämfört med 2004, svarade att de upplevde ett stort stöd från sin närmaste ledning (Figur 35). Resultaten kan tolkas på olika sätt t.ex. att medvetenheten ökat om att stöd behövs och att detta i sig leder till ökade krav. En alternativ tolkning är att den s.k. miljardsatsningen ännu inte lett till några större effekter på kliniknivå.

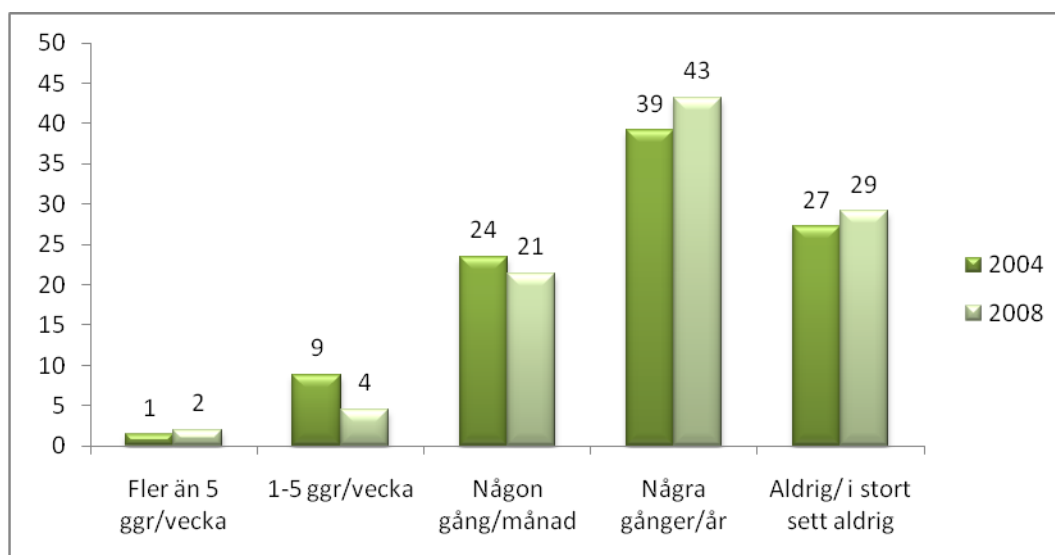


**Figur 35.** Andel (%) läkare som anser stort stöd, stöd i viss mån, alternativt inget stöd kring handläggningen av sjukskrivningsärenden från närmaste ledningen på sin klinik/mottagning.

### *Frekvens av olika sjukskrivningssituationer 2004 och 2008*

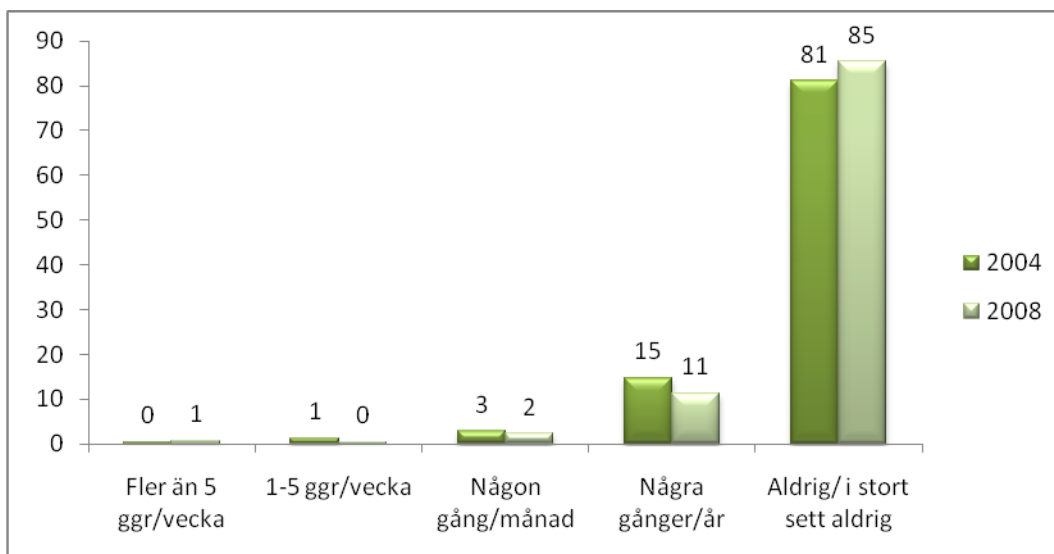
Det efterfrågades hur ofta dvs. frekvensen av olika sjukskrivningssituationer i läkarnas arbete med sjukskrivningsärenden. Situationerna som beskrevs var bl. a. problem med sjukskrivningsärenden, konflikter med patienter, hot och oro, andra patientrelaterade situationer samt hur ofta läkaren remitterar till företagshälsovård.

Andel läkare som ofta (flera gånger i veckan eller någon gång per månad) upplevde konflikter med patienten minskade. År 2008 uppgick andelen läkare som ofta upplevde konflikter med patienter i sjukskrivningsärenden till 27 procent, andelen som uppgav detta 2004 uppgick till 34 procent (Figur 36).



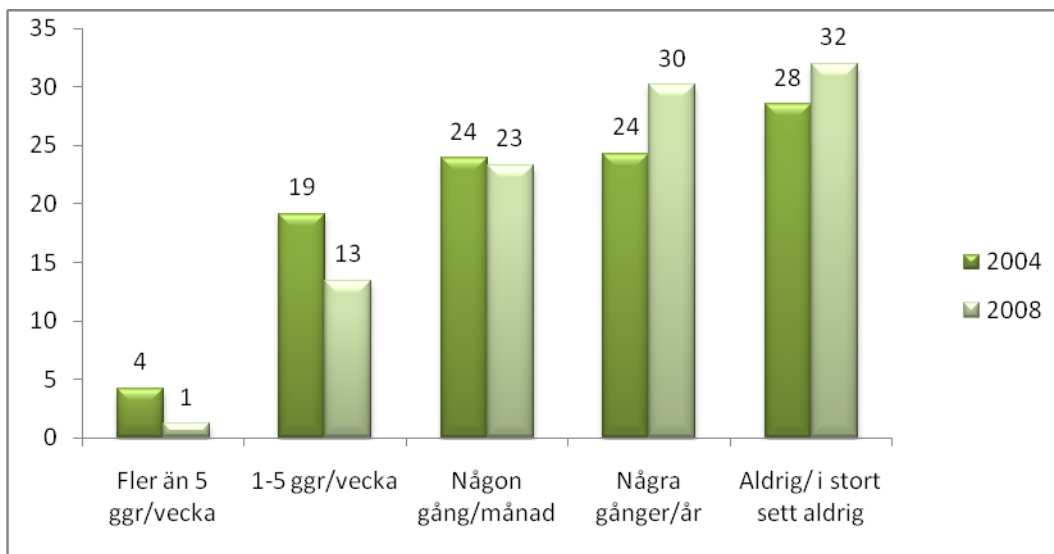
**Figur 36.** Andel (%) läkare och hur ofta de upplevde konflikter med patienten 2004 respektive 2008.

Frekvensen av upplevda hot sjönk mellan de jämförda åren. Även andelen läkare, 85 procent, som aldrig eller i stort sett aldrig hade upplevt hot hade ökat något (Figur 37).



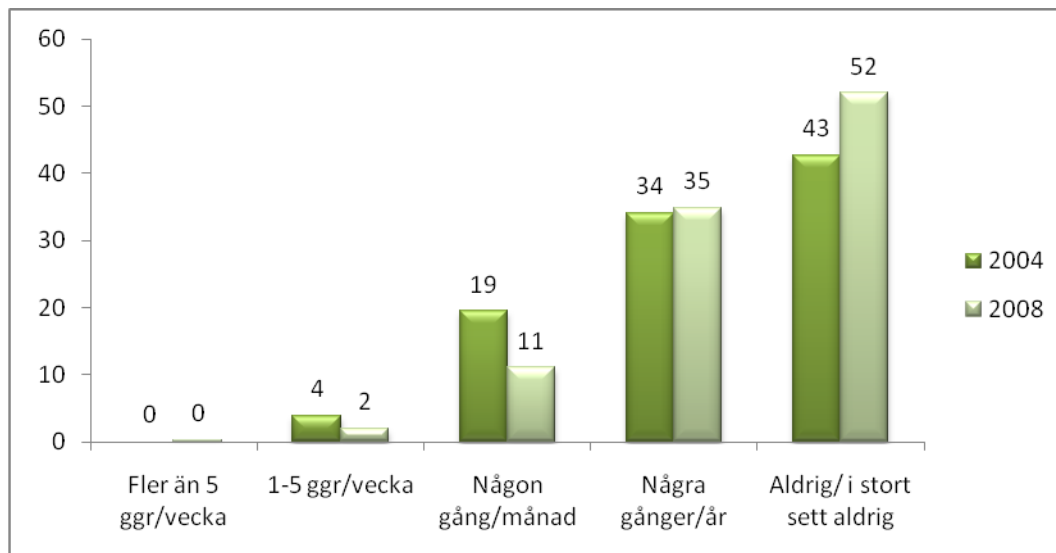
**Figur 37.** Andel (%) läkare och hur ofta de kände sig hotade, 2004 respektive 2008.

Det var mera ovanligt att sjukskriva en patient utan att träffa denne 2008 jämfört med 2004. Andelen som uppgav att detta skedde minst 1 gång per vecka minskade från 23 till 14 procent (Figur 38).



**Figur 38.** Andel (%) läkare och hur ofta de sjukskrev en patient utan att träffa denne, 2004 respektive 2008.

Att läkaren remitterar en patient till företagshälsovården var mera ovanligt år 2008 jämfört med 2004. Andelen läkare som sällan (några gånger per år eller aldrig) remitterar till företagshälsovård ökade med tio procentenheter, medan läkare som remitterar oftare har minskat (Figur 39).



**Figur 39.** Andel (%) läkare och hur ofta de remitterade till företagshälsovård, 2004 respektive 2008.

De sjukskrivningssituationer där det fanns skillnader mellan de jämförda åren och där problemen minskat avsåg konflikter med patienten och upplevelser av hot från patienter. Att läkaren sjukskriver utan att träffa patienten var mera ovanligt, det senare kan hänga samman med den kraftiga minskningen av antalet sjukskrivna personer som pågått sedan 2003. Även andelen remisser till företagshälsovården minskade.

Däremot fanns inga signifikanta skillnader mellan 2004 och 2008 vad gäller; hur ofta läkaren i sitt kliniska arbete upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska, möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga på grund av sjukdom/skada, säger nej till en patient som önskar sjukskrivning, sjukskriver för att en patient ska få högre ersättning, känner oro för att bli anmäld, upplever att en patient säger att hon/han tänker byta läkare, har tid för handledning, deltar i avstämningsmöten eller har andra kontakter med arbetsgivare.

### *Längre sjukskrivning än nödvändigt*

Att sjukskrivningstider har blivit längre än vad som varit medicinskt motiverat p.g.a. väntetider till utredning och/eller behandling har setts som ett problem. I tabell 23 visas andel läkare som sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider. Mellan år 2004 och 2008 skedde en minskning av andel läkare som uppgav att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning och behandling.

**En av frågorna, den om adekvat behandling var 2004 en fråga, som 2008 delades upp i två mer preciserade frågor för att få svar på om tillgång till eller brist på kognitiv beteendeterapi (KBT) var en anledning till längre sjukskrivningstider. Svaren på de båda frågorna skiljde sig mest åt när det gäller tillgång till KBT (**

Tabell 23).

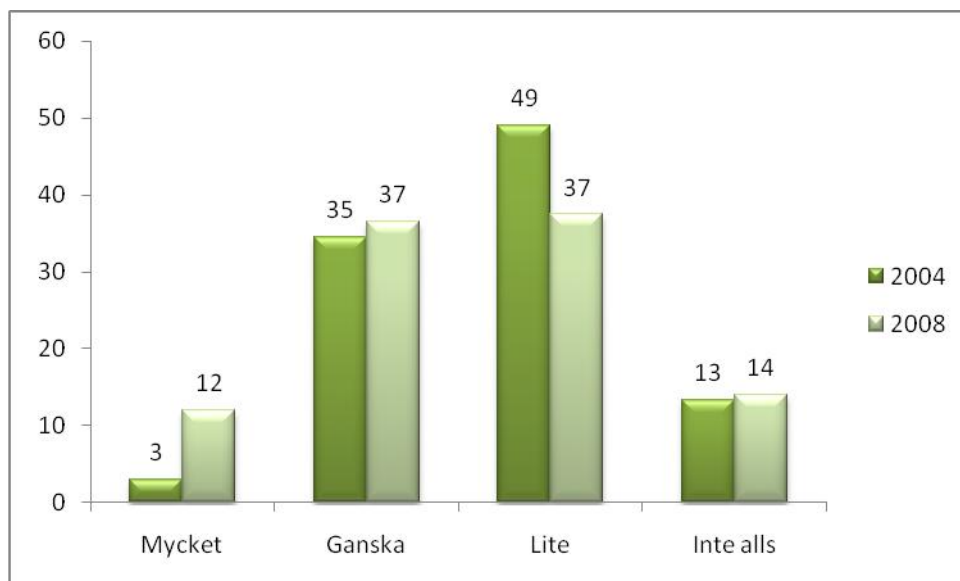
**Tabell 23.** Andel (%) läkare som svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider; inom sjukvården, hos Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsgivaren eller p.g.a. att tillgång till adekvat behandling saknas.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt pga...		Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/mån	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	3	17	24	29	27
	2008	2	11	22	34	30
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	14	21	23	40
	2008	1	6	16	24	53
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	2004	1	5	18	22	54
	2008	1	3	10	22	65
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	6	18	28	47
	2008	0	3	10	26	60
... väntetider till behandling?	2004	3	16	26	31	23
	2008	2	9	25	38	26
... tillgång till adekvat behandling saknas (t.ex. KBT) <sup>1</sup>	2004	2	8	18	19	53
	2008	1	4	12	22	61

<sup>1</sup>Denna fråga var uppdelad i två frågor 2008, här visas en sammanslagning, se metoddelen.

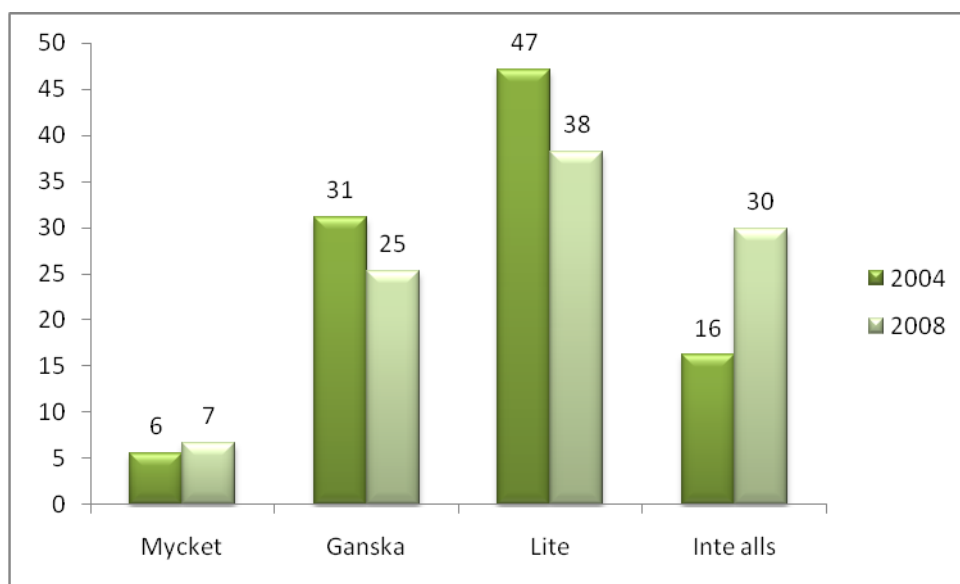
### *Problem i arbetet med sjukskrivning*

Enkäten innehöll ett antal delfrågor där det efterfrågades om olika situationer upplevdes som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, dvs. allvarlighetsgrad snarare än frekvens av problemet. En betydligt högre andel läkare uppgav 2008 i jämförelse med 2004 att det var mycket/ganska problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga var nedsatt (Figur 40).



**Figur 40.** Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga var nedsatt, 2004 respektive 2008.

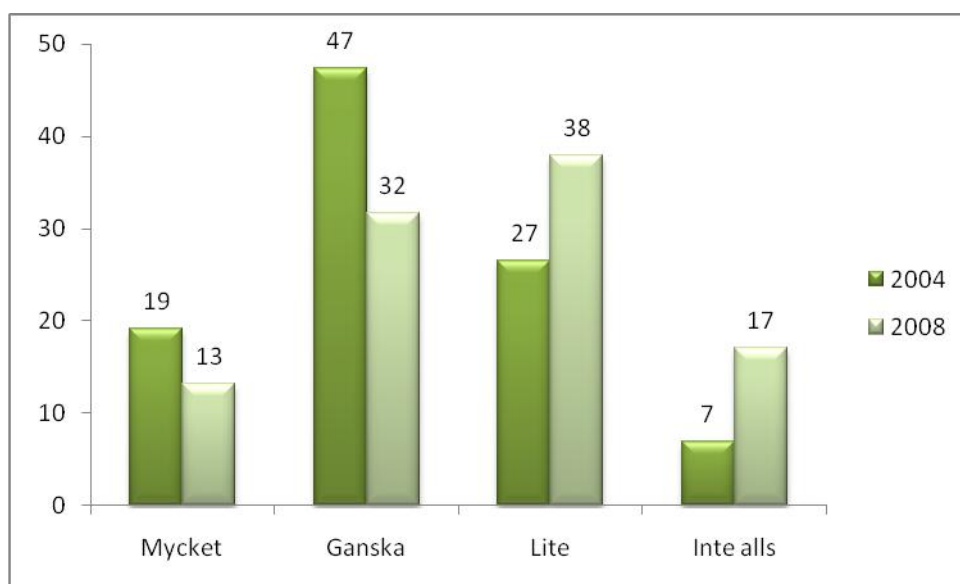
Att göra en handlingsplan för vad som ska ske under patientens sjukskrivningstid dvs. vad sjukskrivningen ska användas till uppgavs av 32 procent vara problematiskt år 2008, medan andelen som svarade detta 2004 var 38 procent. Nästan en tredjedel uppgav att detta inte alls var problematiskt jämfört med år 2004 då 16 procent uppgav detta (Figur 41).



**Figur 41.** Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen, 2004 respektive 2008.

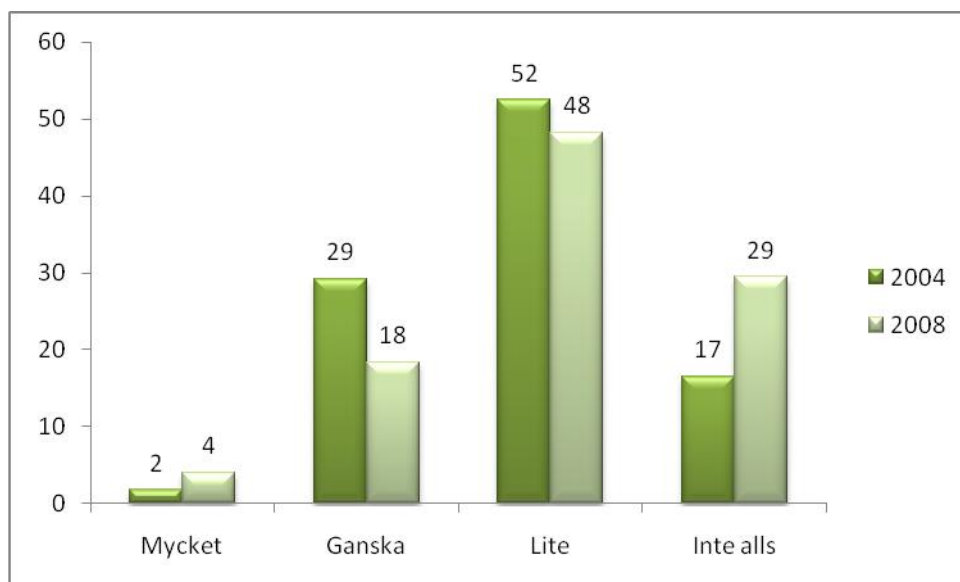
Att hantera situationer där patienten och läkaren har olika åsikter om behovet av sjukskrivning ansågs 2004 vara mycket eller ganska problematiskt av 66 procent av läkare, 2008 var motsvarande andel lägre och uppgick till 45 procent. Sjuttion procent, uppgav att detta inte alls var problematiskt jämfört med år 2004 då 7 procent uppgav detta (Figur 42).





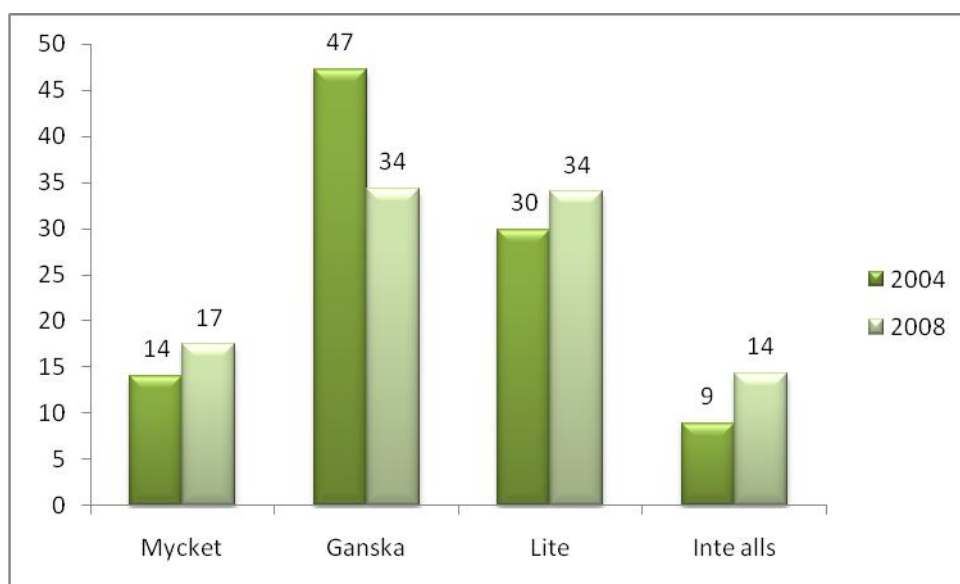
**Figur 42.** Andel (%) läkare som uppgav att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning, 2004 respektive 2008.

I mötet mellan patient och läkare ingår att överväga och kartlägga för- och nackdelar med sjukskrivning. Det var en tydlig minskning av andelen läkare som tyckte att det var problematiskt att tillsammans med patienten göra dessa överväganden inför en eventuell sjukskrivning. Nästan en tredjedel, 29 procent, uppgav att detta inte alls var problematiskt jämfört med år 2004 då 17 procent uppgav detta (Figur 43).



**Figur 43.** Andel (%) läkare som anser att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, 2004 respektive 2008.

Det skedde även en minskning av andelen läkare som uppgav att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg (Figur 44).



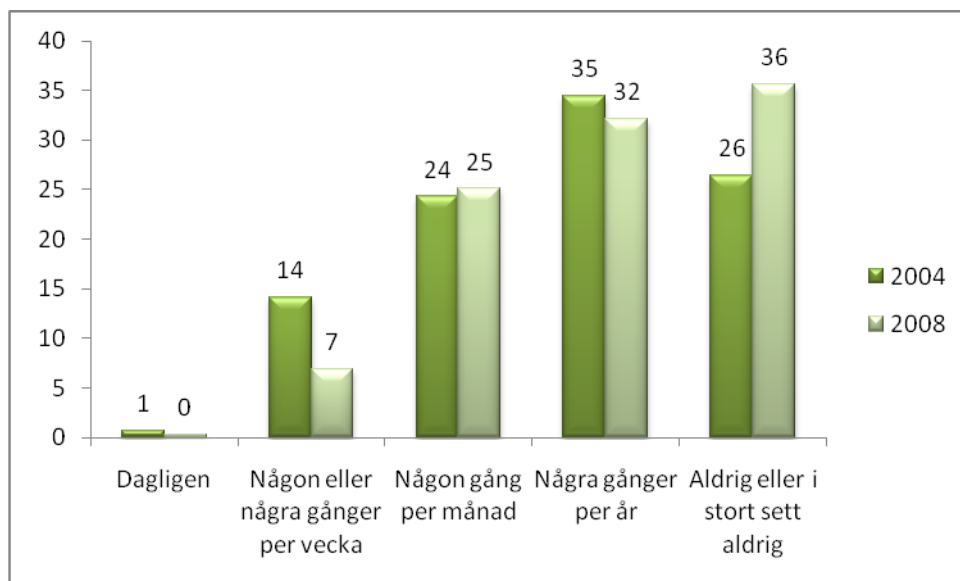
**Figur 44.** Andel (%) läkare som svarade att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg, 2004 respektive 2008.

Det skedde således en minskning av andel läkare som uppfattade olika situationer, som problematiska från 2004 till 2008. För resterande delfrågor fanns inga signifikanta skillnader mellan de jämförda åren avseende; hur problematiskt läkaren i allmänhet ansåg att det var att; bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, skriva läkarintyg till Försäkringskassan, hantera de två rollerna dels som patientens läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter, bedöma optimal sjukskrivningstid och grad.

### *Kontakter med Försäkringskassan*

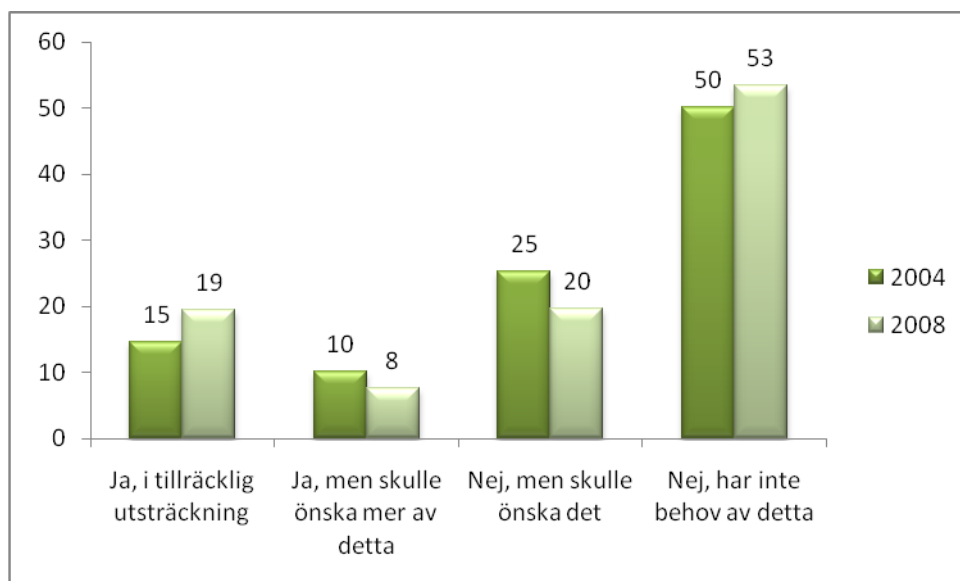
Tre frågor i enkäterna handlade om med kontakter med Försäkringskassan; nuvarande kontakter, svårigheter i dessa kontakter samt önskemål om framtida kontakter.

Läkare som uppgav att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan har ökat med 10 procentenheter mellan de jämförda åren (Figur 45). En majoritet uppgav att de hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per månad eller några gånger per år, endast några procentenheter skiljde mellan år 2004 och 2008.



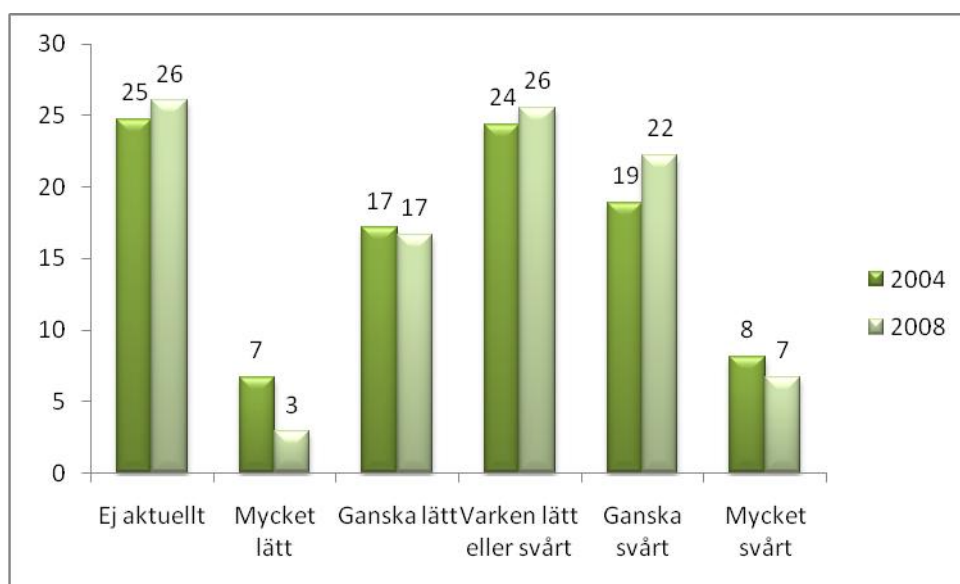
**Figur 45.** Andel (%) läkare och hur ofta de hade kontakt med Försäkringskassan.

I figur 46 visas att det var små skillnader mellan åren, och andelen läkare som inte hade kontakt men skulle önska detta minskade något. Nästan en tredjedel av läkarna önskar mer kontakt med Försäkringskassan. Ungefär lika stor andel som 2004 uppgav att de inte har behov av detta (Figur 46).



**Figur 46.** Andel (%) läkare som uppgav att de hade regelbunden inplanerad kontakt med Försäkringskassan och som önskade fler sådana.

I figur 47 visas om det var lätt eller svårt att få kontakt med Försäkringskassan var. Det var små skillnader mellan åren. Andelen läkare som ansåg att det var mycket lätt att få kontakt med Försäkringskassan minskade, och andelen som ansåg att det var ganska svårt ökade något (Figur 47).



**Figur 47.** Andel (%) läkare som uppgav hur lätt eller svårt det var att få kontakt med Försäkringskassan.

År 2008 var det en större andel läkare, 50 procent, som inte vet vem de ska prata med på Försäkringskassan, i jämförelse med 2004. Andra svårigheter som ökade var: att patientens handläggare ofta byts ut (36 %), att man tycks tala olika språk (23 %) och att man möts av en negativ attityd (12 %). Ett problem som minskade var att Försäkringskassan inte tog kontakt med läkaren trots att man bett om det (Tabell 24).

**Tabell 24.** Andel (%) läkare som uppgav olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan, 2004 respektive 2008.

Svårigheter där andelen läkare ...	2004	2008
<b>... ökade:</b>		
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	39	50
Patientens handläggare byts ofta ut	29	36
Ni tycks tala olika språk	8	23
Du möts av en negativ attityd	4	12
Mina bedömningar ifrågasätts <sup>1</sup>	12	42
<b>... var oförändrad:</b>		
Det är svårt att komma fram per telefon	50	56
Det tar för mycket tid i anspråk	39	40
FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	23	22
Oklarheter kring sekretessfrågor	7	11
Andra problem	7	7
Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK	2	1
<b>... minskade:</b>		
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	43	30
FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	27	20
FK tar inte kontakt med patienten	25	13

<sup>1</sup>Denna fråga var uppdelad i två frågor 2008, här visas en sammanslagning, se metoddelen.

Läkare som uppgav att de kommer att ha framtida kontakt med Försäkringskassan prioriterade nedanstående områden som mycket eller ganska viktiga (Tabell 25).

I Tabell 25 visas att det var högst prioriterat att ha en kontaktperson som de kan nå snabbt vid behov (85 %) och att ha kontakt via telefon (88 %). Lägst prioritet hade att ha en handläggare från Försäkringskassan på den egna mottagningen.

De största förändringarna mellan åren skedde för alternativen regelbundna förutbestämda möten på min mottagning och att ha kontakt via telefon.

**Tabell 25.** Andel (%) läkare som uppgav att nedanstående alternativ var mycket eller ganska viktiga för framtida kontakter med Försäkringskassan, 2004 respektive 2008.

Alternativ där andelen läkare...	2004	2008
<b>... ökade</b>		
Regelbundna förutbestämda möten på Din mottagning	37	50
Kontakt via telefon	77	88
En kontaktperson som Du snabbt kan nå vid behov	76	85
Regelbundna förutbestämda möten på FK angående patienter	24	33
Kontakt via e-post/internet	35	43
Handläggare från FK placerad på Din mottagning	23	28
<b>... var oförändrad</b>		
Möjlighet att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med handläggare från FK	58	59
Möjlighet att snabbt få information från FK om patientens tidigare sjukfrånvaro	57	58
Generell dialog kring sjukskrivningar och försäkringsmedicin	77	74
Fler avstämningmöten	55	52
Kontakt via traditionell postgång	61	57

## Kompetens i sjukskrivningsfrågor

Det efterfrågades hur läkare utvecklat sin kompetens i sjukskrivningsfrågor.

I tabell 26 visas att andelen läkare som uppgav att ST utbildningen och utbildning i Försäkringskassans regi har bidragit mycket eller ganska mycket till deras kompetens ökade mellan de jämförda åren.

Något färre av läkarna uppgav att andra utbildningar än grundutbildningen, AT-utbildningen och ST-utbildningen har bidragit mycket eller ganska mycket till utveckling av kompetens (Tabell 26). Nästan en tredjedel ansåg att det som hjälpt till mest var det egna sökandet efter kunskap.

Även andelen som uppgav att det inte varit aktuellt med utbildning har ökat, detta kan tolkas på flera sätt t.ex. att andelen läkare som har sjukskrivningsärenden har minskat alternativt att andelen som redan deltagit i utbildning har ökat, och att de därmed inte haft behov av utbildning.

**Tabell 26.** Andel (%) läkare som svarade att olika alternativ av nedanstående utbildningar hjälpt till att utveckla kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden år 2004 respektive 2008.

		Mycket eller ganska mycket	Lite	Inte alls	<i>Ej aktuellt</i>
Grundutbildning	2004	19	40	41	-
	2008	23	40	37	-
AT-utbildning	2004	32	44	25	8
	2008	36	42	22	13
ST-utbildning	2004	40	39	21	7
	2008	46	38	16	17
Andra utbildningar än ovanstående	2004	14	31	54	23
	2008	29	27	44	39
Utbildning i FK:s regi	2004	24	31	45	16
	2008	38	29	33	28
Konferenser, seminarier	2004	16	36	48	20
	2008	19	33	48	32
Eget sökande efter kunskap	2004	29	45	26	8
	2008	32	41	28	-

I tabell 27 visas att det inte var stora förändringar mellan åren i andelen läkare som ansåg att de utvecklat sin kompetens genom kontakter med annan personal, med patienter, med personer inom Försäkringskassan eller med arbetsgivare (Tabell 27).

**Tabell 27.** Andel (%) läkare som svarade olika frekvens av kontakter som hjälpt till att utveckla deras kompetens i sjukskrivningsärenden år 2004 respektive 2008.

		Mycket eller ganska mycket	Lite	Inte alls	<i>Ej aktuellt</i>
Kontakter med annan personal inom vården	2004	65	30	5	0
	2008	69	26	5	-
Kontakter med patienter	2004	56	34	10	1
	2008	55	26	20	-
Kontakter med personer inom FK	2004	31	39	29	4
	2008	26	42	32	13
Kontakter med arbetsgivare	2004	10	20	70	27
	2008	8	31	61	30

I tabell 28 visas att andelen läkare som uppgav att de har ett mycket eller ganska stort behov av att fördjupa sin kompetens för att bedöma patientens arbetsförmåga har ökat från 47 procent till 56 procent.

För övriga områden var behovet att fördjupa kompetens oförändrat eller minskat (Tabell 28). Mer än hälften svarade att de hade behov av att fördjupa sin kunskap om arbetsförmedlingen och Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter.

Mer än hälften av läkarna svarade att de har behov av att fördjupa sin kunskap om arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter.

I studier [26, 27] av läkarintygens kvalitet i Östergötland framkom att kvaliteten har förbättrats i flera avseenden, men minst när det gäller arbetsplatsrelaterad information och t.ex. rekommendationer om kontakt med arbetsplatsen. En möjlig förklaring kan vara att det finns behov av fördjupad kunskap om vad som är arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter i samband med en sjukskrivning. Det kan t.ex. innebära att möjligheten till olika former av tillfälliga lättnader i arbetskraven för patienter med övergående och återkommande besvär inte beaktas i tillräcklig omfattning.

**Tabell 28.** Andel (%) läkare som svarade att de har mycket eller ganska stort behov att fördjupa sin kompetens inom olika områden, 2004 respektive 2008.

Områden där andelen läkare...	2004	2008
<b>... ökade:</b>		
Bedöma patienters arbetsförmåga	47	56
<b>... var oförändrat:</b>		
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	46	44
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	53	51
Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet	60	58
Privata försäkringar och tilläggförsäkringar som patienter ofta har	42	40
Utforma optimala handlingsplaner	41	41
Vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser	48	51
<b>... minskade:</b>		
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	40	29
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i sjukskrivningsärenden	55	45
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden	63	53
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden	66	56
Försäkringskassans möjligheter och skyldigheter i sjukskrivningsärenden	63	53
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	27	23
Skriva sjukintyg (medicinskt underlag)	19	17

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

Flera frågor tog upp aspekter av hur läkaren värderar olika alternativ för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Värderingen av kontakten med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal, handledning, avstämningsmöten, information via Internet och kurser i försäkringsmedicin/SLU, har ökat i betydelse sedan 2004 (Tabell 29).

Kontakten med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal var det alternativ som värderades högst. Andelen läkare som uppgav detta var 63 procent i jämförelse med 2004 då denna andel var 40 procent. De alternativ som värderades något lägre var kontakten med försäkringsmedicinsk rådgivare, handläggare och utredare på Försäkringskassan liksom konferenser och seminarier.

Däremot var behovet oförändrat med avseende på verktyg för att bedöma arbetsförmåga, kontakt med arbetsgivare. Detta gällde också för användningen av skriftlig information (böcker artiklar, etc).

**Tabell 29.** Andel (%) läkare och förändringar mellan 2004 och 2008 i hur de värderar olika alternativ för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Områden där andelen läkare...	2004	2008
<b>... ökade:</b>		
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	40	63
Handledning	22	30
Samverkansmöten/ avstämningsmöten	29	35
Information via Internet	15	18
Kurser i försäkringsmedicin/SLU (särskilt läkarutlåtande) etc.	26	29
<b>... var oförändrat:</b>		
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	44	43
Skriftlig information (böcker broschyrer, artiklar etc.)	16	14
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	20
<b>... minskade:</b>		
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare på FK	31	27
Kontakter med handläggare och utredare på FK	42	35
Konferenser, seminarier	24	16



# Slutkommentar

---

En resultatsammanfattning finns i rapportens inledning. I Östergötland finns en lång tradition av samverkan, redan 2002 skrevs den första principöverenskommelsen om samverkan mellan Landstinget och Försäkringskassan. Genom denna överenskommelse skapades en långsiktig inriktning och en tydlig intention att stötta läkarna i sjukskrivningsprocessen.

Arbetet med sjukskrivning är komplext och kan påverkas av många olika faktorer, inte minst av olika typer av patientkategorier. Det innebär att jämförelser mellan läkargrupper/kliniker bör ske med försiktighet.

## ***Rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet***

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, som infördes 2007 och 2008, har fått ett förhållandevis gott genomslag på denna korta tid. Det används och tycks fungera väl, i synnerhet av läkare på vårdcentraler. Implementeringen behöver fortsätta och även omfatta läkare vid övriga kliniker.

## ***Policy och stöd från den närmaste ledningen***

Tjugoåtta procent uppgav att det fanns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras arbetsplats och att den var väl förankrad. Motsvarande andel år 2004 var betydligt lägre. Sjuttio procent av läkarna upplever stöd från den närmaste ledningen i sitt sjukskrivningsarbete, i synnerhet läkare på vårdcentraler.

## ***Kvalitetsaspekter på handläggning av sjukskrivningsärenden***

De situationer som upplevdes som mindre problematiska bestod i att andelen läkare som ofta upplevde konflikter med patienten minskade något mellan de jämförda åren. På motsvarande sätt svarade nästan en tredjedel att det inte alls var problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning, eller att göra en handlingsplan för vad som ska ske under patientens sjukskrivningstid.

Även att hantera situationer där patienten och läkaren har olika åsikter om behovet av sjukskrivning uppgavs vara mindre problematiskt 2008 jämfört med 2004. För flera av dessa överväganden/situationer kan beslutsstödet ha haft betydelse och bidragit till minskningen av upplevda problem. Samtidigt har frekvensen av patientkonsultationer i sjukskrivningsärenden minskat mellan de jämförda åren. Även andelen läkare som uppgav att det sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning och behandling minskade.

Det kan också finnas skäl att problematisera svaren på olika sätt. Även om vissa av de undersökta problemen minskat mellan de jämförda åren visar resultaten t.ex. att mer än hälften av läkarna ansåg att bedömningen av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter är problematisk. Detta relaterar dels till den arbetsplatsrelaterade bedömningen som läkaren ska göra och som kan vara problematisk, som en konsekvens av oklarheter både avseende patientens sjukdom/aktivitetsbegränsning och vilka krav olika yrken ställer. För patienter som, enligt rehabiliteringskedjan, ska prövas mot den ”reguljära arbetsmarknaden” vid 180 dagar, uppstår ytterligare svårigheter när en aktivitetsbegränsning ska relateras till ett ospecificerat arbete på en ”reguljär arbetsmarknad” samtidigt som läkarintygen ställer krav på dessa bedömningar. Läkarna efterfrågade dels instrument för bedömning av arbetsförmåga men lika ofta kunskap om Försäkringskassans,

arbetsgivarens och arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter. I samband med sjukskrivning förekommer ofta medicinskt komplicerade förlopp med många aktörer inblandade. Resultaten bekräftar tidigare studier [28-30], som identifierat att det finns behov av kunskapsöverföring mellan organisationer avseende roller och ansvar i det patientinriktade arbetet. Detta kan vara särskilt angeläget i samband med reformer inom t.ex. sjukförsäkringen.

### ***Behov av kompetensutveckling***

Såväl Sjukskrivningskommittén i Östergötland som Försäkringskassan har genomfört utbildningsinsatser för att stärka den försäkringsmedicinska kompetensen, framförallt till läkare på vårdcentraler. Resultaten från enkäten visar tydligt att behovet av kompetensutveckling är aktuellt även för läkare på övriga kliniker.

I enkäten efterfrågades hur läkare värderar olika kompetensutvecklingsalternativ och samarbete. En tredjedel uppgav att de värderade handledning, kurser i att skriva särskilt läkarutlåtande, kurser i försäkringsmedicin, för att nå hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Värderingen av kontakten med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har ökat i betydelse 2008 jämfört med 2004. Vidare svarade ungefär varannan läkare att de hade mycket eller ganska stort behov av kunskap kring vilka möjligheter som finns i samhället för att ta hand om psykosocial problematik.

### ***Samarbetet med Försäkringskassan***

Ett av miljardsatsningens nyckelområden var att förbättra samarbetet med Försäkringskassan. Av de läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var två tredjedelar nöjda. Samma önskemål som framkom i enkäten 2004 uttrycktes även 2008, och i de öppna kommentarerna lämnades synpunkter och förslag till förbättringar av samarbetet. Därtill finns mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ett fortlöpande behov av informationsutbyte och åtta läkare av tio önskade information från Försäkringskassan om handläggning och beslut för de patienter som de skrivit intyg för.

Många av de frågor som besvarats i enkäten hör hemma inom hälso- och sjukvården enbart medan andra finns i skärningspunkten mellan i huvudsak tre olika arenor, medicin, myndigheter och arbetsliv. En sådan fråga avser det s.k. avstämningsmötet som ska klarlägga patientens möjlighet att arbeta alternativt behov av rehabiliteringsåtgärder. Att tidigt i en sjukskrivning stämma av genom just avstämningsmöten har ansetts som något av en nyckelfaktor för att fler ska återgå till arbete tidigare [31]. På frågan om läkarnas önskemål kring framtida kontakter med Försäkringskassan svarade en majoritet att de önskade fler avstämningsmöten med t.ex. Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling och patienten. Det har å andra sidan visat sig att avstämningsmöten, ur Försäkringskassans perspektiv [32], tycks handla om svårigheter att sammanföra olika parter tidsmässigt och i det konkreta samspelet.

# Referenser

---

1. SOU, *Socialförsäkringsutredningen*. 2006, Socialdepartementet: Stockholm.
2. Socialdepartementet, *Uppdrag att utforma en mer enhetlig och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess* 2005: Stockholm.
3. SKL, *Rapport över vidtagna åtgärder för att implementera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Gäller både SKL:s respektive landstingens insatser. Period 2007-2008*. 2008, Sveriges Kommuner och Landsting: Stockholm.
4. Socialstyrelsen and Försäkringskassan, *Uppföljning av en ny sjukskrivningsprocess – Socialstyrelsens och Försäkringskassans plan för hur ett nytt arbete med sjukskrivning kan utvärderas och kvalitetssäkras*. 2007: Stockholm.
5. Socialstyrelsen and Försäkringskassan, *Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig, och rättssäker sjukskrivningsprocess*. 2006: Stockholm.
6. Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning*. 2007: Stockholm.
7. Försäkringskassan, *Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården, Delrapport* 2007: Stockholm.
8. SOU, *Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/medicinska förutsättningar/försörjningsförmåga*. 2009.
9. Alexanderson, K., m.fl., *Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie*. 2005, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan, Länskontoren i Stockholm och Östergötland: Stockholm.
10. Söderberg, E., *Sickness Benefits and Measures Promoting Return to Work - Perspectives of Different Actors*, in *Division of Social Medicine and Public Health, Department of Health and Society*. 2005, Linköping University: Linköping.
11. Landstinget i Östergötland and Försäkringskassan, *Fyra års samverkan - några perspektiv på verksamhetsplanering, sjukskrivningskommitté och kunskapsutveckling*. 2006, Försäkringskassan och Landstinget i Östergötland. .
12. SOU, *Bättre samverkan Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring*. 2009, Socialdepartementet: Stockholm.
13. Söderberg, E. och K. Alexanderson, *Sickness certificates as a basis for decision regarding entitlement to sickness insurance benefits*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005. **33**: p. 314-20.
14. Andersson, A., m.fl., *Vad är god arbetslivsinriktad rehabilitering?* . 2003, Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet. Försäkringskassan och Landstinget i Östergötland: Linköping.
15. Järvholm, B. and C. Olofsson, *Försäkringsmedicin* 2002, Lund: Studentlitteratur.
16. SOU, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. 2002, Socialdepartementet: Stockholm.

17. Socialstyrelsen, *Uppdrag att fullfölja arbetet med de försäkringsmedicinska riktlinjerna*. 2007.
18. SBU, *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser, praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Vol. 167. 2003, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
19. Wadell G and B. A.K., *Is work good for your health and well-being?* 2006, TSO: London.
20. Alexanderson, K., m.fl., *Läkares arbete med sjukskrivning - enkät till alla läkare i Sverige 2008 - utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm*. 2009, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. : Stockholm
21. Patton, M.Q., *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 1990, London: Sage Publications, Inc.
22. Alexanderson, K., m.fl., *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning*. 2007, Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet: Stockholm.
23. Socialstyrelsen, *God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. 2006: Stockholm.
24. Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser*. 2006: Stockholm.
25. SOU, *God vård på lika villkor: om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation*. 1999: Stockholm.
26. Söderberg, E., *Underlag för beslut - En studie av läkarintyg i åtta län ur ett socialförsäkringsperspektiv*. 2002, Försäkringskassan Östergötland: Linköping.
27. Söderberg, E. och S.-U. Marnetoft, *Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv* 2004, Försäkringskassan Östergötland, Linköpings Universitet, Försäkringskassan Jämtland, Mitthögskolan Östersund: Linköping.
28. Söderberg, E., V. Vimarlund, och K. Alexanderson, *Experiences of professionals participating in inter-organisational projects aimed at promoting RTW among unemployed sickness benefit recipients*. Accepted, Work, 2009.
29. Marklund, S., red. *Arbetsliv och hälsa*. 2000, Arbetslivsinstitutet, Arbetskyddstyrelsen.: Solna.
30. Overbye, E., *Dilemmas in Disability Activation and How Scandinavians Try to Live with Them*, in *Welfare to work in practice. Social Security and Participation in Economic and Social Life*, P. Saunders, Editor. 2005, Ashgate Publishing Limited: Hants and Burlington.
31. SOU, *Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och försäkring. Delbetänkande om Utredning om patientens rätt 2009:49*: Stockholm.
32. Bengtsson-Malmebland, L., E. Stiwne, och K. Ekberg, *Avstämningsmötet: En utredningsmetod*. 2007, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet: Linköping.