

Läkares arbete med sjukskrivning

- problem och önskemål inom olika kliniska
verksamheter

Anna Löfgren (red)

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap

2006



**Karolinska
Institutet**

Läkares arbete med sjukskrivning
- problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
Stockholm, 2006

Rapporten kan laddas ner från www.ki.se/ip under aktuellt eller beställas av
Vivan Daza-Saucedo på vivian.daza-saucedo@ki.se eller telefon 08-524 832 24 eller
fax 08-524 832 05.

Innehåll

Innehåll	2
Förord	3
Författare	4
Sammanfattning	5
Inledning och syfte	6
Problem i arbetet med sjukskrivning – en kvalitativ studie	8
<i>Inledning och syfte</i>	8
<i>Material och metod</i>	8
<i>Resultat</i>	9
Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie	14
<i>Studiepopulation</i>	14
<i>Inom vilka kliniska verksamheter har läkare mycket sjukskrivningsärenden?</i>	18
<i>Vilka problem upplever läkare i samband med sjukskrivning?</i>	20
<i>Vad anser läkare att de behöver mer kunskap om när det gäller sjukskrivning?</i>	26
<i>Vårdcentralläkares upplevelser av kontakter med försäkringskassan samt önskemål om hur dessa kontakter kan förbättras</i>	34
<i>Upplevelser kring sjukskrivning bland specialistläkare i allmänmedicin och ortopedi</i>	40
<i>Upplevelser av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsarbetet – en analys av läkare vid vårdcentraler och ortopediska kliniker</i>	46
Referenser	50

Förord

Den här rapporten innehåller några resultat från vår forskning om läkares sjukskrivningspraxis. Resultaten baseras på läkares egen beskrivning av sin hantering av sjukskrivningsärenden och bygger på två stora datamaterial, dels från fokusgruppdiskussioner, dels från en omfattande enkät. Resultat från föregående studier av materialet har redovisats i fem tidigare rapporter (1-5).

Resultaten från de studier som redovisas här, liksom de från våra tidigare studier har redan kommit till användning i olika sammanhang i olika län. Enkätstudien som gick ut till 7 600 läkare genomfördes i nära samarbete med landsting och försäkringskassor i två län: Östergötland och Stockholm. Båda länen har mycket aktivt använt resultaten.

Exempel på hur resultaten använts inom Stockholms läns landsting är:

- Planering av insatser kring försäkringsmedicinsk samverkan mellan landstinget och Försäkringskassan
- Nulägesanalys och planering av åtgärdsplan enligt överenskommelsen mellan staten och landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron
- Framtagning av audit om sjukskrivning, ett samarbete mellan Stockholms läns landsting och Familjemedicinska institutet (Fammi)
- Underlag till arbetet i försäkringsmedicinsk kommitté och lokal dialog mellan läkare och handläggare inom Försäkringskassan
- Underlag i dialogen med beställare av vård i Stockholms läns landsting
- Utbildning av husläkare i Försäkringskassans regi
- Underlag i dialogen med närsjukvårdschefer i landstinget

Även i Östergötland, där det redan fanns en handlingsplan kring sjukskrivning när enkätstudien genomfördes, har resultaten givit ett viktigt kunskapsunderlag i det fortsatta arbetet.

De resultat som presenterats hittills har också varit ett underlag för regeringen i dess ställningstagande till satsningar för att förbättra hur sjukvården hanterar patienters sjukskrivning. Resultaten har således i stor utsträckning kommit till praktisk nytta, och vår förhoppning är att även materialet i denna rapport skall komma till användning.

Studierna i rapporten har finansierats av Socialdepartementet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. Vi vill rikta ett stort tack till alla som möjliggjort projektets genomförande!

Kristina Alexanderson
professor, projektledare

Författare

Kristina Alexanderson (projektledare) Med Dr, professor i socialförsäkring vid Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Britt Arrelöv, specialistläkare i allmänmedicin, Med Dr, överläkare vid Försäkringsmedicinska Funktionen, CVU, Forum, Stockholms Läns Landsting, Stockholm.

Jan Hagberg, Fil Dr, statistiker vid Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Anna Löfgren, Med mag folkhälsovetenskap, doktorand vid Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Sari Ponzer, specialistläkare i ortopedi, Med Dr, docent, universitetslektor, prefekt, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet.

Malin Swartling, leg läkare, gör specialistutbildning i rehabiliteringsmedicin, doktorand på avdelningen för Rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för neurovetenskap, Uppsala Universitet.

Elsy Söderberg, Med Dr, MPH, projektledare inom Hälso- och sjukvårdsprogrammet vid huvudkontoret, Försäkringskassan.

Rolf Wahlström, specialistläkare i allmänmedicin, Med Dr, docent, Avdelningen för internationell hälsa, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

Mia Österberg, leg psykolog, universitetsadjunkt i ledarskap och organisationsutveckling, doktorand vid Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Sammanfattning

I denna rapport redovisas ett axplock av resultat från sju vetenskapliga studier av två stora datamaterial insamlade under hösten 2004. Det ena datamaterialet består av sex fokusgruppdiskussioner med läkare och det andra av svar på en enkät utskickad till 7 665 läkare i Stockholm och i Östergötland.

Resultaten från enkätstudien visar att sjukskrivningshantering är en vanligt förekommande arbetsuppgift för läkare, inte bara inom primärvården utan även i högsta grad även inom sjukhusvården. Ortopeder var den grupp som oftast hade patienter som var aktuella för sjukskrivning. Av ortopederna mötte 83 % sådana patienter mer än 6 gånger i veckan jämfört med 62 % bland vårdcentralsläkarna. Inte desto mindre upplevde vårdcentralsläkare generellt sett mer problem än andra läkare i arbetet med sjukskrivning. Det var dock inte bara läkare som arbetade inom vårdcentraler som hade problem i arbetet med sjukskrivning. Flera andra grupper av läkare hade också sådana problem och upplevde stort behov av kunskap inom området. Majoriteten av läkarna uppgav att de behövde mer kunskap kring sjukskrivning. Bland annat ville man ha mer kunskap både om sina egna och andra aktörers skyldigheter och möjligheter.

Många angav problem i kontakten med Försäkringskassan och majoriteten efterfrågade en kontaktperson som man snabbt kunde nå vid behov. De läkare som angav att de på sin enhet hade en gemensam linje för sjukskrivning rapporterade färre problem med sjukskrivningsarbetet. En generell slutsats är att det finns stora skillnader i arbetet med sjukskrivning i olika grupper av läkare.

Resultaten från fokusgruppdiskussionerna visade att de problem läkare upplevde fanns på olika strukturella nivåer och kunde relateras till fyra huvudområden; problem relaterade till samhället och socialförsäkringssystemet i stort, problem relaterade till hur hälso- och sjukvården är organiserad, problem relaterade till andra aktörers agerande, samt problem relaterade till läkarens eget arbete med sjukskrivningsuppgiften. Flera av de arbetsuppgifter som läkarna beskrev som problematiska i arbetet med sjukskrivningsärenden tycktes ligga på gränsen av läkarens kompetensområde och läkarna beskrev en avsaknad av stöd från andra yrkesgrupper i vården, framför allt när det gällde patienter med svårdiagnostiserade symtom som olika former av fysisk och psykisk smärta.

Problem rörande ledning och styrning av sjukskrivningshantering i hälso- och sjukvårdsorganisationen framkommer som ett övergripande problem för samtliga problemområden. Resultaten visar också att den nuvarande situationen när det gäller hanteringen av patienters sjukskrivning riskerar att bli ett psykosocialt arbetsmiljöproblem för läkare. Många uppgav att de har blivit hotade, att de känt oro för att bli anmälda samt upplevt konfliktsituationer i samband med sjukskrivningsärenden.

En slutsats är att flera av de problem som beskrivits här inte är möjliga att lösa enbart genom fortbildning av läkare vilket hittills varit den vanligaste interventionen. Problemen måste också adresseras på ledningsnivå inom hälso- och sjukvården då problemen riskerar att få konsekvenser såväl för patientsäkerhet och vårdkvalitet som för läkares psykosociala arbetsmiljö.

Inledning och syfte

Kristina Alexanderson, Anna Löfgren

Sjukfrånvaro har alltmer börjat ses som ett stort folkhälsoproblem i många västländer (6, 7). I Sverige blev detta mycket tydligt i samband med den dramatiska ökningen av sjukfrånvaron som inträffade i slutet av 1990-talet (8-10). Samtidigt framkom det i olika statliga utredningar att det vetenskapliga kunskapsunderlaget kring sjukfrånvaro var förvånansvärt begränsad med hänsyn till problemets omfattning (6, 7, 11-13).

Sjukfrånvaro är ett oerhört komplext fenomen som kan beforskas med olika frågeställningar, metoder och perspektiv (14). I tabell 1 ges en bild av hur forskningen om sjukfrånvaro ser ut idag. Hittills har den absoluta merparten av studier som gjorts inom sjukfrånvaroområdet handlat om riskfaktorer för att bli sjukskriven. De flesta studier är gjorda ur arbetsgivarens eller ur samhällets perspektiv och har genomförts av forskare inom disciplinerna medicin, sociologi eller ekonomi. Framförallt har faktorer på individnivå och arbetsplatsnivå studerats (14, 15).

Tabell 1 Översikt över området sjukskrivningsforskning

Vad som studeras	Perspektiv som tas i studien	Vetenskaplig disciplin	Strukturell nivå för faktorer som inkluderas i analyser
Riskfaktorer för sjukfrånvaro	Samhällets	Ekonomi	Nationell
Konsekvenser av att vara sjukskriven	Försäkringskassans	Juridik	Lokal
Faktorer som hindrar respektive främjar återgång i arbete	Sjukvårdens	Management	Arbetsplats
Sjukskrivningspraxis	Arbetsplatsens	Medicin	Familj
Metodasppekter	Familjens	Psykologi	Individuell
	Individens	Sociologi	
		Folkhälsovetenskap	

Hittills finns det relativt få studier om sjukskrivningspraxis vilket kan tyckas märkligt mot bakgrund av sjukskrivningsfrågans relevans och omfattningen av sjukskrivningar i samhället. De vetenskapliga studier som finns visar att sjukskrivning är en arbetsuppgift som upplevs som problematisk av många läkare (7). Dessutom visar studier att de medicinska underlagen ofta är av låg kvalitet (7, 16) och att variationen i sjukskrivningspraxis är mycket stor, till exempel mellan olika läkargrupper och, när det gäller Sverige, mellan olika delar av landet (7, 17-19). Med sjukskrivningspraxis avses studier om hur professionella inom t.ex. hälso- och sjukvård, försäkringskassa (FK), arbetsliv och arbetsförmedling i sitt yrke hanterar sjukskrivningsärenden och patienter/klienter/medarbetare som eventuellt är på väg in i en sjukfrånvaro eller står i

begrepp att avsluta en sådan. Aktuella frågor är hur professionaliseringsprocessen går till när det gäller dessa arbetsuppgifter: hur utför man uppgifterna, hur samverkar och samarbetar man med andra, hur reflekterar man och hur mår man i detta arbete? Vad och hur har man lärt och vad och hur önskar man mer för kompetensutveckling för att kunna utföra ett professionellt arbete?

I de studier som presenteras i den här rapporten har fokus varit på läkares sjukskrivningspraxis. Vi har utgått från läkares perspektiv och har inkluderat faktorer på individnivå, arbetsplatsnivå och lokalsamhällsnivå i analyserna. Forskning om sjukfrånvaro har en tvärvetenskaplig karaktär och de discipliner som vi i projektgruppen framför allt är förankrade inom är medicin, folkhälsovetenskap, epidemiologi, management, socialt arbete och psykologi. De resultat som redovisas här kan ge ytterligare pusselbitar för att få kunskap om läkares sjukskrivningspraxis och hur den kan förbättras. De är ett axplock ur några av de studier vi arbetar med för närvarande och vars resultat planeras publiceras i internationella vetenskapliga tidskrifter för att även komma det internationella forskarsamhället till del.

Hälso- och sjukvården, och där i huvudsak läkare, är en av flera aktörer i sjukskrivningsprocessen. Övriga centrala aktörer är framför allt försäkringskassan, arbetsgivaren (eller arbetsförmedlingen) och naturligtvis den (potentiellt) sjukskrivne.

Läkarens roll i socialförsäkringssystemet är att som medicinskt sakkunnig ge arbetsgivare och försäkringskassa underlag för att fatta beslut om rätt till sjuklön/sjukpenning och om behov av ytterligare rehabiliteringsåtgärder utöver de rent medicinska.

Läkaren har flera uppgifter att ta ställning till i ett sjukskrivningsärende. För det första ska läkaren ta ställning till om det en sjukdom eller en skada föreligger och om denna sjukdom eller skada har lett till funktionsnedsättning. Läkaren ska också bedöma patientens arbetsförmåga i relation till funktionsnedsättningen, tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, fastställa optimal längd och grad av sjukskrivning och bedöma vilka åtgärder som ska sättas in under sjukskrivningen. Dessutom hör det till läkares uppgift att samverka med övriga aktörer och att utfärda medicinska underlag, även kallade sjukintyg (7, 14, 20).

De studier som genomförts inom ramen för projektet syftar till att öka kunskapen om läkares sjukskrivningspraxis. Med praxis menar vi här ”handlingsmönster i professionell praktik” (7). Studier av sjukskrivningspraxis är viktiga både för att få ökad empirisk och teoretisk kunskap inom området och för att få vetenskapligt underlag för interventioner.

Syftet med rapporten är att presentera några resultat från de vetenskapliga studier som pågår av två stora datamaterial som samlats in under år 2004. Det ena materialet består av svar på en enkät utskickad till 7 665 läkare och det andra är ett material från sex fokusgruppdiskussioner med läkare. I rapporten presenteras valda delar av de studier som gjorts. Varje författare ansvarar för sina respektive delarbeten. Först redovisas en delstudie baserad på data från fokusgruppmaterialet, därefter sex delstudier baserade på enkätmaterialen.

Problem i arbetet med sjukskrivning – en kvalitativ studie

Mia Österberg, Anna Löfgren, Kristina Alexanderson

Inledning och syfte

Studien baseras på kvalitativa analyser av data från sex fokusgruppsdiskussioner med läkare inom primärvård, ortopedi, obstetrik, rehabiliteringsmedicin respektive psykiatri. Studien syftade till att kartlägga vilka problem läkare upplever i hanteringen av sjukskrivningsärenden.

Material och metod

Urval

Ett strategiskt urval av läkare gjordes, i syfte att rekrytera deltagare från olika delar av Sverige, från stad och landsbygd, samt från olika typer av kliniska verksamhetsområden inom vilka sjukskrivning är en vanlig arbetsuppgift. Inbjudningar skickades till sammanlagt 380 läkare som uppfyllde urvalskriterierna, varav 26 kom att delta i fokusgrupperna. Grupperna bestod av 2 till 6 deltagare (tabell 2). I gruppindelningen eftersträvades homogenitet avseende typ av verksamhetsområde och geografiskt område för att underlätta fri kommunikation mellan deltagarna (21).

Tabell 2 Beskrivning av fokusgrupperna

Fokus-grupp	Läkarnas kliniska verksamhetsområde	Antal kvinnor	Antal män
1	Obstetrik, ortopedi, primärvård	1	3
2	Obstetrik, rehabiliteringsmedicin, psykiatri	4	2
3	Primärvård	3	-
4	Ortopedi	-	2
5	Primärvård	4	1
6	Psykiatri	1	5

Genomförande

Den övergripande frågan som ställdes i fokusgrupperna var: "Vilka problem upplever du inom hälso- och sjukvården när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden?". En diskussionsguide med frågeområden rörande kompetens, väntetider, rollkonflikter, samarbete, läkarens ansvar, remisser, ledarskap och styrning användes för att stämma av olika teman om dessa inte spontant kom upp till diskussion. Fokusgruppdiskussionerna genomfördes i anslutning till deltagarnas arbetsplatser och leddes av två erfarna fokusgruppleddare, en moderator och en bisittare, som båda ingick i forskargruppen. Fokusgruppdiskussionerna tog omkring 1,5 timme, spelades in på band och skrevs sedan ut ordagrant. Datainsamlingen avslutades när mättnad i materialet uppstod.

Analys

En kvalitativ analys av data gjordes i enlighet med principerna i grounded theory (22). Deltagarna i forskargruppen identifierade först var för sig och sedan i gemensamma diskussioner uttalanden i materialet som på olika sätt beskrev problem som läkare

upplevde. Flera hundra sådana uttalanden om problem identifierades. I arbetet med kodning och kategorisering av uttalandena användes dataprogrammet NVivo. I diskussioner och seminarier nådde forskargruppen kring vilka problemområden som fanns och vilka kategorier som fanns inom varje område.

Resultat

Fyra huvudsakliga problemområden identifierades i materialet: problem relaterade till A) samhället och socialförsäkringssystemet i stort, B) hur hälso- och sjukvården är organiserad, C) andra aktörers agerande, samt D) läkarens eget arbete i patientärenden där sjukskrivning aktualiseras. Inom vart och ett av dessa områden identifierades flera kategorier och underkategorier av problem (tabell 3).

Tabell 3 Områden, kategorier och underkategorier av läkares upplevda problem i arbetet med sjukskrivning

A Problem relaterade till samhället och socialförsäkringssystemet i stort
<ul style="list-style-type: none">• Lagar och regler• Skilda ersättningsnivåer i olika delar av socialförsäkringen• Ökade krav i arbetslivet• Brist på helhetssyn och styrning
B Problem relaterade till hur hälso- och sjukvården är organiserad
<ul style="list-style-type: none">• Ledning och styrning• Bemanning• Väntetider samt fragmentisering av vården• Kontaktvägar och tillgänglighet
C Problem relaterade till andra aktörer
<ul style="list-style-type: none">• Aktörer utanför hälso- och sjukvården<ul style="list-style-type: none">a) försäkringskassanb) övriga aktörer utanför hälso- och sjukvårdenc) samarbetet mellan olika aktörer• Aktörer inom hälso- och sjukvården<ul style="list-style-type: none">a) andra läkareb) övrig hälso- och sjukvårdspersonal• Patienter
D Problem relaterade till läkarens eget arbete
<ul style="list-style-type: none">• Patienter med svårdiagnostiserade symtom (t.ex. somatisk och/eller psykisk smärta)• Arbetsförmågebedömning• Brist på råd och stöd från andra professionella• Att hantera läkarens olika roller i samband med sjukskrivningsärenden• Brist på vetenskaplig kunskap om konsekvenser av att vara sjukskriven• Handlingsorientering• Etiska dilemman• Läkarens psykosociala arbetsmiljö• Medikalisering• Att bidra till ej optimal (till exempel för lång) sjukfrånvaro

Nedan följer en beskrivning av de fyra områdena och de kategorier som identifierats inom varje område.

A. Problem relaterade till samhället och socialförsäkringssystemet i stort

Många läkare upplevde att de lagar och regler som styr sjukskrivningshanteringen inte stämde överens med den komplexa bild som deras patienter beskrev och att många patienter därmed riskerade att "falla mellan stolarna". Att ersättningsnivån i sjukförsäkringen i de flesta fall är högre än i andra delar av socialförsäkringen upplevdes också som ett problem genom att det riskerade att leda till onödiga eller för långa sjukskrivningar. Ökade krav på arbetsmarknaden och en upplevd minskad satsning på rehabilitering från arbetsgivarnas sida beskrevs som ett stort hinder för många patienter för att få ett arbete, för att stanna kvar i arbete trots sjukdom eller för att återgå i arbete. Flera läkare upplevde en brist på helhetssyn i socialförsäkringssystemet, liksom brist på styrning, med otydlighet från politiskt håll både kring ansvarsfördelning och kring syfte. Några uttryckte en stark övertygelse om en dold agenda i systemet, där man uppfattade att "politikerna" medvetet försökte dölja arbetslöshet genom sjukförsäkringen.

B. Problem relaterade till hur hälso- och sjukvården är organiserad

Ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen inom hälso- och sjukvården beskrevs som obefintlig, kontraproduktiv eller som otillräcklig vad gällde policies, stöd och kvalitetssäkring. Läkarna uttryckte stor osäkerhet och tveksamhet inför var inom hälso- och sjukvården ansvaret för sjukskrivningsfrågor låg; ingen av läkarna kunde nämna någon ansvarig på någon nivå inom landstinget att vända sig till med mer övergripande eller generella frågor rörande hanteringen av patienters sjukskrivningar. Befintliga styrsystem, där till exempel ersättning till vårdgivaren ofta baseras på antal patientbesök i stället för på konsultationernas innehåll, beskrevs som kontraproduktiva för att som läkare ta den tid som krävdes för att motivera patienter för återgång i arbete. Bristande bemanning i primärvården, samt brister i patientflödet genom väntetider och fragmenterad vård mellan sjukhuskliniker samt mellan sjukhusvård och primärvård beskrevs också leda till för långa och passiva sjukskrivningsperioder. Långa väntetider i primärvården upplevdes i vissa fall uppmuntra patienter att söka akutmottagningar för att få sjukintyg. Ett "akut-tänkande" vid akutmottagningar beskrevs också leda till att läkare lätt utfärdade sjukintygen "akut", med få frågor till patienten och utan instruktioner om t.ex. uppföljning och handlingsplan.

C. Problem relaterade till andra aktörers agerande

Den absoluta majoriteten av problemen inom detta område rörde samarbetet med handläggare inom försäkringskassan. Läkare beskrev en frustration över att kommunikationen med handläggarna oftast skedde via sjukintygen - även i långvariga patientärenden var det vanligt att muntlig kontakt med handläggare vid försäkringskassan helt saknades. I vissa delar av landet tycktes en "mental kamp" utspela sig mellan läkare och försäkringskassa, manifesterad i kommunikationsmönstret mellan dem. Man beskrev till exempel långa serier av returnerade intyg med "löjliga" krav på förtydliganden och att handläggare inte svarade på inbjudningar till avstämningsmöten. Problem beskrevs också i viss utsträckning i kontakten med arbetsgivare, arbetsförmedling och socialtjänst.

När det gällde problem relaterade till andra aktörer inom hälso- och sjukvården var det framförallt andra läkares agerande som beskrevs leda till förlängda

sjukskrivningsperioder för patienterna; sjukhusläkare som upplevdes "dumpa" sjukskrivningsärenden i primärvården, primärvårdsläkare som "för lätt" remitterade patienten vidare till ortoped, samt att privatläkare regelmässigt hänvisade sina patienter till primärvården när patienten behövde utökade sjukintyg, till exempel inför bedömning av rätt till sjukersättning. Sjukskrivning beskrevs också som ett område där läkares personliga åsikter och attityder lätt kom till uttryck och därmed riskerade att bli styrande för hur de hanterade sina patienters sjukskrivning.

Problem beskrevs även i relation till andra yrkesgrupper, som till exempel barnmorskor och psykoterapeuter, ofta i termer av att dessa "lovat" patienten sjukskrivning eller hade en annan uppfattning än läkaren om behovet av sjukskrivning. Ytterligare ett problem som beskrevs var relaterad till läkares upplevelse av patientens agerande: till exempel patienter som upplevdes vara alltför tillfreds med att vara sjukskrivna, eller det omvända, inte ville vara sjukskrivna trots uppmaning från läkaren.

D. Problem relaterade till läkares eget arbete i patientärenden där sjukskrivning är aktuellt

Inom detta problemområde fanns ett brett spektrum av problem. Läkare, särskilt inom primärvården, beskrev bristande kunskap när det gäller diagnos, behandling och rehabilitering av patienter med olika typer av smärta - somatisk eller psykisk sådan. Läkarna beskrev detta som mycket problematiskt, vilket även accentuerades av att antalet patienter med den typen av symptom upplevdes ha ökat betydligt inom primärvården. Man beskrev också sina kunskaper när det gällde bedömning av arbetsförmåga som mycket otillräckliga. Flera läkare beskrev det som ett problem att inte ha tillgång till stöd eller handledning från andra yrkesgrupper med kompetens inom dessa områden, som till exempel av psykologer, kuratorer, sjukgymnaster eller specialistläkare inom psykiatri eller ortopedi. Bristen på vetenskaplig kunskap om konsekvenserna av att vara sjukskriven var ett annat problem. Att skilja på och hantera läkares olika roller i relation till sjukskrivningsuppgiften beskrevs också som problematiskt; roller som att vara "patientens advokat", medicinsk sakkunnig respektive "grindvakt" till ersättningssystemet. Vidare gjorde förväntningar, inte minst läkarnas egna förväntningar, på att ständigt vara handlingsinriktad det ibland svårt för dem att låta bli att skriva ett sjukintyg. Flera läkare beskrev att de genom att skriva intyget kände att de åtminstone hade gjort någonting för patienten. Olika typer av etiska dilemman beskrevs också; till exempel att "tvinga" redan svaga patienter in i en lägre arbetslöshetsersättning genom att inte förlänga sjukskrivningen.

Problem kopplade till läkares psykosociala arbetsmiljö beskrevs också. Detta kan ses som en konsekvens av övriga problem, men beskrevs även direkt påverka hur läkarna hanterade sjukskrivningsuppgiften. Flera beskrev känslor av utmattning, vanmakt och bristande stolthet i relation till sitt arbete. Det här gällde särskilt primärvårdsläkarna. Många upplevde att de, på grund av den pressade arbetssituationen och många av problemen som beskrivits här, bidrog till en medikalisering av patienters psykosociala problematik och till för långa eller inte optimala sjukskrivningsperioder - vilket ytterligare urholkade yrkesstoltheten.

Diskussion och slutsatser

I studien framkom ett stort antal problem på skilda strukturella nivåer i samhället och av olika karaktär. Sedan tidigare finns vetenskapligt stöd för att läkare upplever

sjukskrivningsuppgiften som en problematisk del av sin yrkesutövning (7), men mycket få studier har på en mer detaljerad nivå adresserat vilka problem läkarna egentligen upplever. Trots få studier är det värt att notera att det, oavsett tidpunkt eller land där dessa studier genomförts, i stor utsträckning är samma typ av problem som identifieras. Problemen rörande ledning och styrning av sjukskrivningshantering som framkommer i den här studien har dock inte tidigare beskrivits i vetenskapliga studier. Tidigare studier har inte heller så tydligt visat att den nuvarande situationen när det gäller hanteringen av patienters sjukskrivning är eller riskerar att bli ett arbetsmiljöproblem för läkare – något som ytterligare indikerar att sjukskrivningshanteringen inom hälso- och sjukvården bör ses som en ledningsfråga.

Flera av de arbetsuppgifter som läkarna beskriver som problematiska i arbetet med sjukskrivningsärenden tycks ligga på gränsen till vad man upplever ingår i den egna professionens kompetens. Till exempel när det gäller sjukskrivningsärenden för patienter med svårdiagnosticerade symptom beskriver läkarna att de saknar stöd från andra yrkesgrupper i vården i arbetet med dessa patienter. Fortsatt forskning krävs här om hur ledning av sjukskrivningshanteringen inom hälso- och sjukvården utövas och om hur olika kompetenser används och kan samverka i arbetet för att kunna förbättra situationen.

Flera av de problem som beskrivits här är inte möjliga att lösa enbart genom fortbildning av läkare, vilket hittills har varit den främsta interventionen när det gäller att förbättra sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden. Problemen måste också adresseras på ledningsnivå inom sjukvården t.ex. genom att etablera strategier för kvalitetssäkring, kompetensutveckling och kompetensutnyttjande. Fortsatt forskning krävs om ledning och styrning av sjukskrivningshantering, om vilka strategier läkare använder för att hantera de problem de upplever, samt om konsekvenser både för patienter och för läkare.

Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie

Anna Löfgren, Britt Arrelöv, Jan Hagberg, Sari Ponzer, Elsy Söderberg, Kristina Alexanderson

I det här avsnittet beskrivs den enkätstudie som ligger till grund för de resultat som presenteras i de följande sex kapitlen. De olika studier om läkares sjukskrivningspraxis som tidigare publicerats har ofta varit av kvalitativ natur och genomförts i relativt små studiegrupper. Antalet deltagare i tidigare studier har varierat mellan 14 och 607 personer och i medeltal varit 111 stycken (7, 23). De deltagande läkarna har dessutom sällan varit ett representativt urval av läkare. För att testa resultaten i de studierna samt även undersöka några andra frågeställningar genomförde vi en enkätstudie där ett betydligt större antal läkare inbjöds att delta än i någon tidigare studie i Sverige eller något annat land. Framförallt ville vi få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning med fokus på problem de upplever i arbetet, läkares samarbete med andra aktörer samt läkares kompetens och behov av kompetensutveckling gällande hantering av sjukskrivningsärenden. Studien genomfördes i samarbete med Försäkringskassan i Östergötland och i Stockholm, Östergötlands läns landsting och Stockholms läns landsting (1). Ett centralt syfte var att få underlag för åtgärder, till exempel i form av utbildningsinsatser.

Studiepopulation

En enkätstudie som inkluderade 7 665 läkare i Stockholms och Östergötlands län genomfördes hösten 2004. Detta utgjorde 21 % av alla legitimerade läkare under 65 år i Sverige. Urvalet av läkare gjordes på två olika sätt.

Urval Stockholms län

Alla medlemmar i Sveriges Läkarförbund som var under 65 år och som bodde eller arbetade i Stockholm år 2004. Omkring 95 % av läkarna i Sverige är medlemmar i Läkarförbundet. Enkäterna skickades till läkarnas hemadresser. Studiepopulationen i Stockholms län uppgick till 6 794 läkare.

Urval Östergötlands län

I Östergötlands län tillät inte Läkarförbundets lokalförening användning av sitt medlemsregister för studien. I stället användes företaget Pharma Marketing AB som handhar register över samtliga legitimerade läkare i landet. Läkare som vanligtvis inte hade sjukskrivningsärenden exkluderades, till exempel pediatriker och geriatriker (detta var inte möjligt i Läkarförbundets register). Läkare över 64 år och läkare som arbetade eller bodde utomlands exkluderades också. Studiepopulationen i Östergötlands län uppgick till 871 läkare.

Utformning och utskick av enkäten

En enkät (24) konstruerades för att inhämta information från läkare om deras arbete med sjukskrivning och behov av kompetensutveckling inom området. Enkätfrågorna baserades dels på tidigare forskning, dels på diskussioner i referensgrupper med hälso-

och sjukvårdspersonal samt personal från försäkringskassan. Synpunkter på tidiga versioner av enkäten inhämtades även från andra forskare inom området. I juni 2004 genomfördes en pilotstudie med 102 slumpvis utvalda läkare verksamma i Uppsala län. Efter viss justering kom enkäten att innehålla 83 slutna frågor samt möjlighet att ge öppna svar och synpunkter. Två påminnelser skickades till de personer som ej svarat. Statistiska Centralbyrån (SCB) skötte distribution, hantering av inskickade enkäter, inskanning av enkätsvar, basal datahantering och bortfallsanalys (1).

Svarsfrekvensen var 71 % (n=5 455) (tabell 4). Av dem som svarade uppgav 26 % att de "aldrig eller i stort sett aldrig" mötte patienter som var aktuella för sjukskrivning. Av dessa kom de flesta från Stockholms län, eftersom urvalsmetoden för Stockholms län inte möjliggjorde att vi kunde exkludera läkare som inte har sjukskrivningsärenden. I de analyser som presenteras här ingår bara de 74 % (n=4 019) som faktiskt hade sjukskrivningsärenden, åtminstone några gånger per år. De olika delarbetena har fokuserat på olika frågeställningar och gjort snävare urval bland de 4 019 sjukskrivande läkarna.

Tabell 4 Svarsfrekvens och karaktäristika hos studiepopulationen

	Studiepopulation	Respondenter	Sjukskrivande respondenter (minst några gånger per år)
	n	n (% av studiepopulationen)	n (% av respondenterna)
Kvinnor	3646	2710 (74)	2007 (74)
Män	4019	2745 (68)	2012 (73)
Stockholms län	6794	4827 (71)	3446 (71)
Östergötlands län	871	628 (72)	573 (91)
Ej specialist	— ¹	1381	1046 (76)
Specialist	— ¹	3995	2947 (74)
Information saknas	— ¹	79	26 (33)
Medelålder	48.2	48.3	47.7
Alla	7665	5455 (71)	4019 (74)

1 Information om utbildningsnivå var ej tillgänglig för studiepopulationen

Genom att materialet innehåller svar från en stor grupp läkare och genom den höga svarsfrekvensen har vi fått ett gediget material att använda för analyser. Resultaten från studien har redan kommit till praktisk användning i de deltagande länens arbete med sjukskrivningsfrågan. Pågående och kommande analyser kommer att ytterligare öka vår kunskap om läkares arbete med sjukskrivning, så att adekvata interventioner t.ex. i form av utbildningsinsatser kan sättas in.

Alla legitimerade läkare i Sverige har rätt att utfärda medicinska underlag (sjukintyg) angående sjukskrivning. I kolumnen "sjukskrivande respondenter" i tabell 4 visas den andel läkare som angav att de hade sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år

(dvs. vi har exkluderat läkare som angav alternativet ”aldrig/i stort sett aldrig”). I Östergötland kunde urvalet av läkare göras på ett sådant sätt att läkare för vilka sjukskrivning inte är en del av arbetet, till exempel geriatriker och pediatriker, är exkluderade. Frekvensen ”sjukskrivande respondenter” var därför hög i Östergötland, 91 %. Andelen som gäller Stockholms län är lägre, eftersom enkäten skickades till alla läkare oavsett specialitet. Att 71 % av alla läkare i Stockholm ändå svarade att de mötte patienter aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller mer är en hög andel. Detta kan tyda på att fler grupper än de som normalt adresseras i frågor om sjukskrivning borde tas med i denna typ av studier. Den höga svarsfrekvensen, 71 % i hela gruppen och i båda länen, tyder också på att sjukskrivning är en problematik som intresserar många grupper av läkare. I de kommande avsnitten beskrivs analyser av svaren på enkäten utifrån ett antal perspektiv.

Inom vilka kliniska verksamheter har läkare mycket sjukskrivningsärenden?

Anna Löfgren, Britt Arrelöv, Jan Hagberg, Sari Ponzer, Kristina Alexanderson

Som framgick av tabell 4 hade en mycket stor del av läkarna sjukskrivningsärenden minst några gånger per år. Här redovisas svar för de 4 019 läkare som uppgett att de hade sådana arbetsuppgifter.

I tabell 5 ges information om inom vilken klinisk verksamhet de sjukskrivande läkarna huvudsakligen arbetade. I enkäten specificerades 13 verksamheter, varav vissa slagits samman i tabellen. De läkare som angett ”annan” eller ”ingen” verksamhet placerades i gruppen ”annan” och där fanns en stor del av läkarna: 31 %. Av de 11 specificerade kliniska grupperna var gruppen vårdcentral störst, 24 % av de sjukskrivande läkarna arbetade huvudsakligen på en vårdcentral.

Den verksamhet där störst andel av läkarna ofta träffade patienter aktuella för sjukskrivning var ortopedi, där 83 % gjorde detta mer än 6 gånger per vecka. Andra grupper där en hög andel av läkarna ofta träffade patienter aktuella för sjukskrivning var företagshälsovård, rehabilitering och onkologi. Av läkare inom primärvården hade 62 % av läkarna sjukskrivningsärenden mer än 6 gånger per vecka (tabell 5). Det senare illustreras även i figur 1. Som framgår av tabell 5 är det stora skillnader i andelen kvinnliga läkare inom de olika verksamhetsområdena. Lägst andel kvinnliga läkare fanns inom ortopedi och högst andel inom gynekologi/obstetrik.

Tabell 5 Karaktäristika hos läkare inom olika kliniker

Klinik	Huvudsaklig arbetsplats		Genomsnittligt antal år i yrket	Medelålder	Andel med många ärenden ¹	Andel specialist utbildade	Andel kvinnliga läkare
	n	%	år	år	%	%	%
Företagshälsovård	123	3	24	55	78	93	49
Gynekologi/obstetrik	282	7	19	48	38	78	71
Internmedicin	363	9	14	43	33	57	45
Kirurgi	294	7	18	46	53	72	27
Missbruksvård	39	1	18	52	54	82	51
Onkologi	105	3	15	45	74	64	64
Ortopedi	189	5	19	48	83	79	20
Psykiatri	360	9	17	49	64	77	58
Vårdcentral	954	24	17	48	62	71	55
Rehabilitering etc ²	58	1	20	51	79	86	50
Annan ³	1230	31	19	48	34	77	49
Information saknas	22	1	18	50	0,5	65	67
Alla ⁴	4019	100	18	48	50	74	50

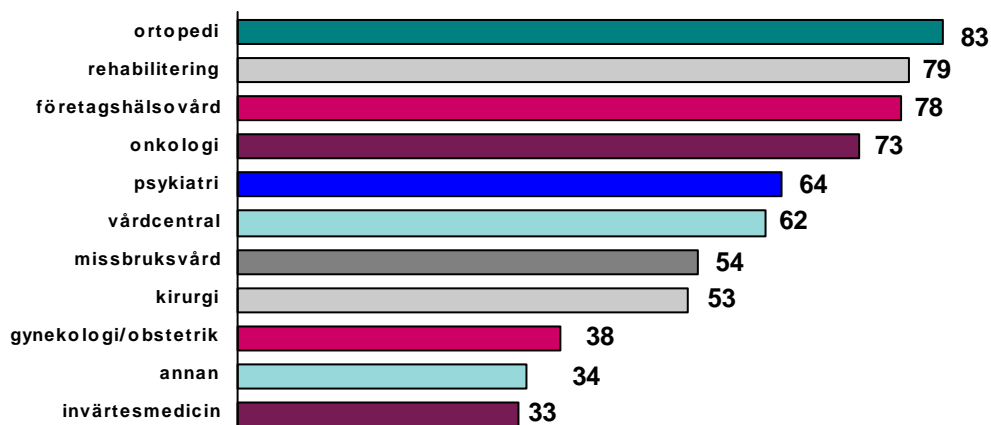
¹ Andel som möter patienter aktuella för sjukskrivning 6 gånger i veckan eller mer

² Här, liksom i fortsättningen slås läkarna som hade sin huvudsakliga verksamhet inom rehabilitering (n= 52), försäkringskassa/försäkringsbolag (n=6) ihop eftersom de var så få.

³ Andra typer av kliniker eller annan arbetsplats

Som framgår av tabell 5 återfinns ett mycket stort antal av de sjukskrivande läkarna i gruppen ”annan”. I enkäten gavs möjlighet att kryssa i var man hade sin huvudsakliga verksamhet som läkare. Vi hade då listat 11 olika områden där vi antog – baserat på tidigare studier – att den absoluta merparten av sjukskrivande läkare fanns. Det visade sig dock att även i gruppen annan/ingen fanns det många sjukskrivande läkare, hela 34 % av dessa läkare angav att de har sådana ärenden mer än 6 gånger per vecka (figur 1, tabell 5).

Figur 1 Andel läkare som har sjukskrivningsärenden mer än 6 gånger/vecka



Diskussion och slutsatser

Sjukskrivningsärenden är alltså en mycket vanligt förekommande uppgift inom ett stort antal kliniska verksamheter i sjukvården. Hälften av de läkare som regelbundet mötte sådana patienter gjorde detta mer än sex gånger per vecka. Tidigare har framförallt utbildningsinsatser och andra interventioner riktats mot läkare inom primärvården. Dessa resultat innebär att det finns anledning att rikta insatser även mot andra grupper av läkare.

Vilka problem upplever läkare i samband med sjukskrivning?

Anna Löfgren, Britt Arrelöv, Jan Hagberg, Sari Ponzer, Kristina Alexanderson

I detta kapitel analyseras svar från alla de 4 019 läkare som angav att de hade sjukskrivningsärenden minst några gånger per år. Syftet var att få mer kunskap om vilka problem dessa läkare upplever.

Femtio procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger i veckan (tabell 6). Arbetsuppgiften upplevdes ofta som problematisk. En tredjedel av alla läkare hade problem med sjukskrivningsärenden en gång i veckan eller mer. Endast 15,6 % av de läkare som hade sjukskrivningsärenden uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig hade problem med denna arbetsuppgift.

Tabell 6 Andel läkare med olika frekvens av sjukskrivningsärenden respektive problem relaterade till sjukskrivning

Hur ofta i sitt vanliga arbete	n	6 ggr/vecka eller mer ¹	1-5 ggr/vecka	Några gånger/år ²	Aldrig/i stort sett aldrig	Alla
		% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	%
möter läkarna patienter som är aktuella för sjukskrivning	4019	50,4 (48,9-51,9)	34,3 (32,8-35,8)	15,2 (14,1-16,3)	— ³	100
upplever läkarna sjukskrivningsärenden som problematiska	3925	6,5 (5,7-7,3)	26,7 (25,3-28,1)	51,2 (49,6-52,8)	15,6 (14,5-16,7)	100

1 Innehåller svarsalternativen "fler än 20 ggr/vecka" och "6-20 ggr/vecka"

2 Innehåller svarsalternativen "någon gång/månad" och "några gånger/år"

3 Svar från de läkare som svarat att de "aldrig/i stort sett aldrig" möter patienter aktuella för sjukskrivning är inte med här

Typ av problem

De delar av arbetet med sjukskrivning som framför allt upplevdes som problematiska var att hantera meningsskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning, att hantera förlängning av annan läkares tidigare sjukintyg, att bedöma patienters arbetsförmåga samt att bedöma längd och grad av sjukskrivning (tabell 7). Hela 18 % upplevde det som problematiskt att hantera att man hade annan åsikt än en patient om behovet av sjukfrånvaro. Detta var det signifikant största problemet. På motsvarande sätt angav bara 8 % att detta var oproblemiskt. Det som störst andel läkare tyckte var mycket problematiskt var att hantera förlängning av en annan läkares intyg, det var 15 % av alla läkare som tyckte att detta var mycket problematiskt. Mot bakgrund av tidigare studier som visat att sjukintygets kvalitet ofta är otillräcklig (7) upplevde färre läkare än förväntat det som problematiskt att skriva sjukintyg; endast 5,5 % upplevde det som mycket problematiskt (tabell 7).

Tabell 7 Upplevelse av problem relaterade till sjukskrivning

Typ av problem	Mycket problematiskt		Ganska problematiskt	Knappast problematiskt	Oproblematiskt	Alla
	n	% (95 % KI ¹)	% (95 % KI ¹)	% (95 % KI ¹)	% (95 % KI ¹)	%
Bedöma funktionsförmåga	3921	5,7 (4,9-6,4)	30,8 (29,4-32,3)	47,6 (46,1-49,2)	15,9 (14,8-17,1)	100
Bedöma arbetsförmåga	3908	11,5 (10,5-12,5)	42,1 (40,6-43,7)	35,8 (34,3-37,3)	10,6 (9,6-11,5)	100
Bedöma sjukskrivnings- tid- och grad	3895	10,8 (9,8-11,8)	42,8 (41,2-44,3)	36,8 (35,3-38,3)	9,7 (8,8-10,6)	100
Diskutera sjukskrivning med patienter	3911	3 (2,5-3,5)	26,7 (26,2-29,0)	51,7 (50,1-53,3)	18,6 (17,4-19,8)	100
Hantera rollerna som läkare och sakkunnig	3879	9,8 (8,9-10,8)	29,2 (27,8-30,6)	41,6 (40,0-43,1)	19,4 (18,2-20,7)	100
Hantera menings- skiljaktigheter med patienter	3892	18,2 (17,0-19,4)	42,8 (41,3-44,4)	30,6 (29,2-32,0)	8,4 (7,6-9,3)	100
Göra en handlingsplan/ åtgärdsförslag	3856	7,1 (6,3-7,9)	30,5 (29,1-32,0)	43,6 (42,1-45,2)	18,7 (17,5-19,9)	100
Hantera förlängning av annan läkares intyg	3871	15 (13,9-16,2)	39,7 (38,1-41,2)	33,8 (32,3-35,3)	11,5 (10,5-12,5)	100
Skriva sjukintyg	3897	5,5 (4,8-6,2)	27,6 (26,2-29,0)	45,7 (44,1-47,2)	21,2 (19,9-22,5)	100

1 KI = Konfidensintervall

Problem inom olika kliniker

I tabell 8 specificeras några utvalda problem som läkare kan uppleva i samband med sjukskrivning uppdelat på de olika kliniker läkarna har sin huvudsakliga verksamhet vid.

Generellt sett verkade läkarna anse det lättare att bedöma funktionsförmåga än att bedöma arbetsförmåga. Detta stämmer väl överens med att det finns fler instrument för bedömning av funktionsförmåga än för att bedöma arbetsförmåga (7). Den kliniska verksamhet där i särklass högst andel läkare upplevde problem var vårdcentral.

Majoriteten av läkarna på vårdcentral upplevde funktionsförmågebedömning som problematiskt. Samma sak gällde bedömning av arbetsförmåga, i båda fallen var andelen läkare som upplevde problem med detta signifikant högre än inom andra kliniker.

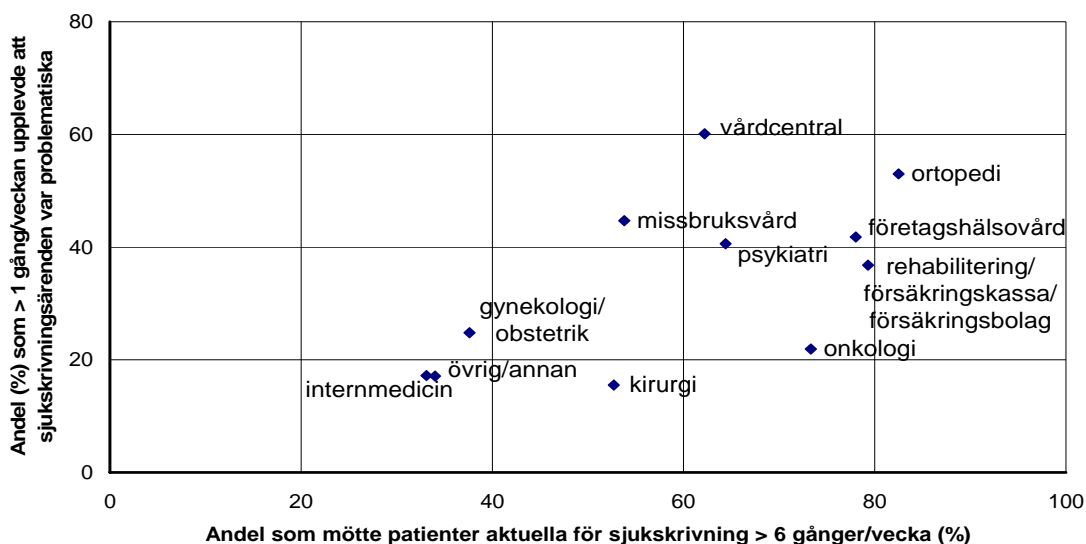
De kliniska verksamheter där lägst andel läkare angav stora problem med arbetsförmågebedömning var företagshälsovård, rehabilitering och kirurgisk klinik. Att uppleva det problematiskt att ha annan åsikt än patienten kring sjukskrivning uppgav en signifikant större andel bland vårdcentralsläkarna än bland alla andra läkargrupper. Åtta av tio läkare på vårdcentral tyckte detta var problematiskt, jämfört med fyra av tio inom företagshälsovården. När det gäller att skriva sjukintyg till försäkringskassan var ortopedi den verksamhet där störst andel av läkarna rapporterade stora problem; 46 % av läkarna inom ortopedisk verksamhet angav problem med att skriva intyg.

Tabell 8 Problem med olika delar av sjukskrivningsarbetet inom olika kliniker

Typ av klinik	Ganska eller mycket problematiskt att:											
	bedöma patientens funktionsförmåga			bedöma patientens arbetsförmåga			hantera fall där patienten har annan åsikt om behovet av sjukskrivning			skriva sjukintyg till försäkringskassan		
	n	%	(95% KI)	n	%	(95% KI)	n	%	(95% KI)	n	%	(95% KI)
Kirurgi	290	20,0	(15,4-24,6)	291	36,8	(31,3-42,3)	290	46,6	(40,9-52,3)	288	30,6	(25,3-35,9)
Företagshälsovård	122	22,1	(14,7-29,5)	120	32,5	(24,1-40,9)	121	39,7	(31,0-48,4)	121	17,4	(10,6-24,2)
Ortopedi	189	22,2	(16,3-28,1)	188	52,7	(45,6-59,8)	188	58,5	(51,5-65,5)	188	45,7	(38,6-52,8)
Rehabilitering	58	24,1	(13,1-35,1)	58	36,2	(23,8-48,6)	57	61,4	(48,8-74,0)	57	24,6	(13,4-35,8)
Annan/ingen	1154	24,3	(21,8-26,8)	1150	40,4	(37,6-43,2)	1136	49,1	(46,2-52,0)	1145	30,0	(27,3-32,7)
Onkologi	105	24,8	(16,5-33,1)	105	45,7	(36,2-55,2)	104	54,8	(45,2-64,4)	105	27,6	(19,0-36,2)
Gynekologi/obstetrik	281	28,8	(23,5-34,1)	280	48,9	(43,0-54,8)	281	63,0	(57,4-68,6)	279	27,6	(22,4-32,8)
Missbruksvård	39	30,8	(16,3-45,3)	39	38,5	(23,2-53,8)	39	46,2	(30,6-61,8)	38	21,1	(8,1-34,1)
Internmedicin	360	34,7	(29,8-39,6)	359	52,9	(47,7-58,1)	358	64,5	(59,5-69,5)	358	31,3	(26,5-36,1)
Psykiatri	353	40,8	(35,7-45,9)	352	54,3	(49,1-59,5)	351	59,0	(53,9-64,1)	351	28,2	(23,5-32,9)
Vårdcentral	953	64,5	(61,5-67,5)	949	81,8	(79,3-84,3)	950	82,8	(80,4-85,2)	950	43,4	(40,2-46,6)
Alla	3904			3891			3875			3880		

Figur 2 visar att det fanns ett samband mellan att ha många patienter som är aktuella för sjukskrivning och att uppleva problem med sjukskrivningsärenden. Även här antog vårdcentralsläkarna en särställning. Andelen vårdcentralsläkare som hade sjukskrivningsärenden mer än 6 gånger i veckan, ungefär 62 %, var betydligt lägre än bland ortopederna. Trots detta hade en större andel av vårdcentralsläkarna problem kring sjukskrivning jämfört med ortopederna. Läkare inom företagshälsovård, rehabilitering och onkologi upplevde problem mer sällan än väntat med tanke på deras höga andel sjukskrivningsärenden. Det skulle kunna tyda på att läkare som sjukskriver ofta ökar sina färdigheter och upplever mindre problem med denna arbetsuppgift. Dock stämmer inte denna hypotes för alla grupper, till exempel inte för vårdcentralsläkare.

Figur 2 Relationen mellan andelen läkare inom olika kliniker som ofta möter patienter aktuella för sjukskrivning relaterat till andelen läkare som ofta upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska



I tabell 9 visas relationen mellan antalet läkare som angav en viss frekvens av sjukskrivningsärenden och antalet läkare som angav en viss frekvens av att uppleva problem. Mönstret som uppträder är att de flesta läkarna hade sjukskrivningsärenden betydligt oftare än de har problem. De individer som hamnade i det gråmarkerade fältet har dock angett att de har problem oftare än de har patienter som är aktuella för sjukskrivning. Av dessa sammanlagt 31 läkare arbetade hälften på vårdcentral, det vill säga det finns en klar överrepresentation av denna grupp inom primärvården eftersom endast en fjärdedel av alla läkare i hela studien var vårdcentralsläkare. Att ha problem oftare än man har patienter kan tolkas som att det arbete man ägnar sig åt kring sjukskrivning även sker vid sidan av själva konsultationerna.

Tabell 9 Korstabell; frekvens av upplevda problem respektive sjukskrivningsärenden, Antal läkare som upplevde problem kring sjukskrivningsärenden oftare än man angav att man hade sådana patienter är gråmarkerade

Hur ofta man möter patienter aktuella för sjukskrivning	Hur ofta man upplever sjukskrivningsärenden som problematiska						Alla
	Fler än 20 gånger/vecka	6-20 gånger/vecka	1-5 gånger/vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig/i stort sett aldrig	
Fler än 20 gånger/vecka	11	59	112	79	45	50	356
6-20 gånger/vecka	6	160	700	447	207	101	1621
1-5 gånger/vecka	4	9	232	599	343	180	1367
Någon gång per månad	0	1	4	52	176	135	368
Några gånger per år	1	3	1	2	60	146	213
Alla	22	232	1049	1179	831	612	3925 ¹

1 Information saknas för 94 personer av de 4019

Diskussion och slutsatser

Att hantera sjukskrivningsärenden angavs av majoriteten av läkarna vara problematiskt och en tredjedel upplevde sådana problem varje vecka. Det som framför allt upplevdes som problematiskt var att hantera meningsskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning, att hantera förlängning av annan läkares tidigare sjukintyg, att bedöma patienters arbetsförmåga samt att bedöma längd och grad av sjukskrivning.

Vad anser läkare att de behöver mer kunskap om när det gäller sjukskrivning?

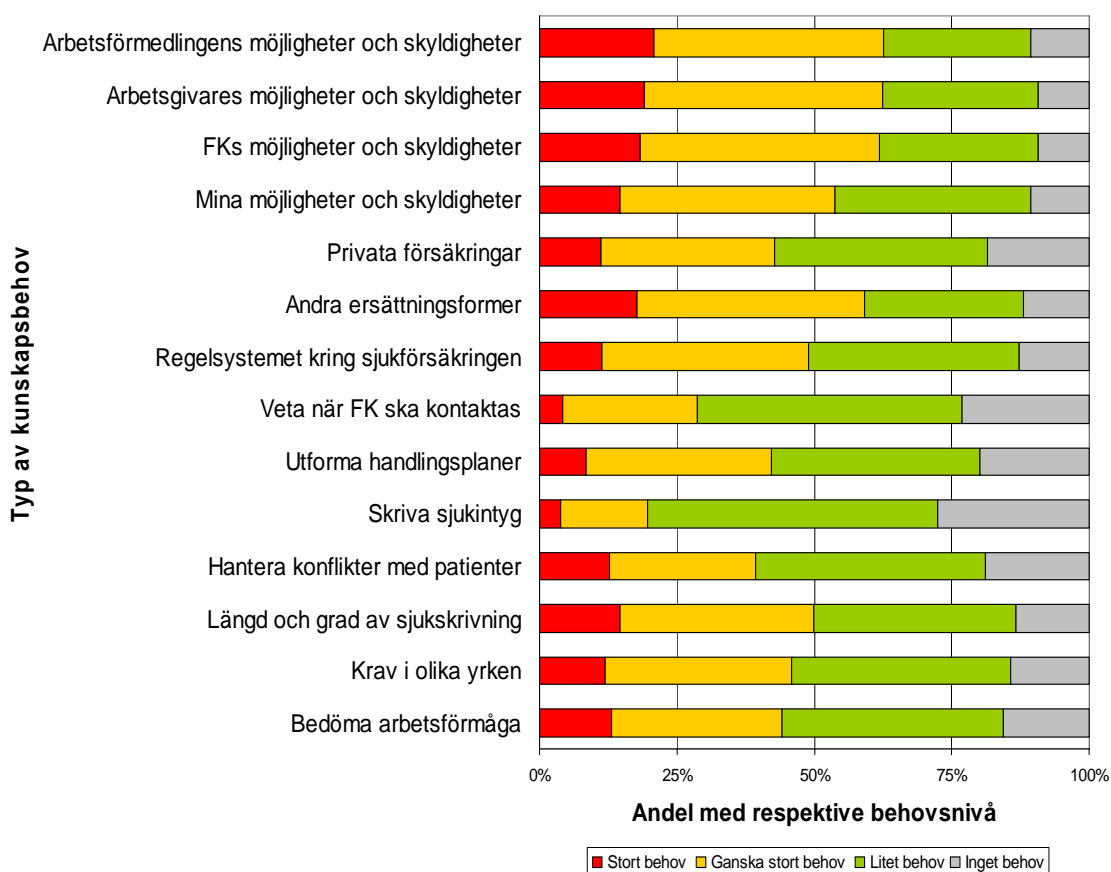
Anna Löfgren, Britt Arrelöv, Jan Hagberg, Sari Ponzer, Kristina Alexanderson

Studiepopulation

I detta kapitel analyseras svar från alla de 4 019 läkare som angav att de hade sjukskrivningsärenden minst några gånger per år. I enkäten listades 14 olika områden där de svarande kunde ange sitt behov av kunskap inom området i fråga. De fasta svarsalternativen var ”stort behov”, ”ganska stort behov”, ”litet behov” respektive ”inget behov”.

Vad vill läkare ha mer kunskap om?

Figur 3 Behov av kunskap inom olika områden



Den kunskap som läkarna främst angav att de hade behov av inom sjukskrivning var kunskap om vilka möjligheter och skyldigheter de själva har kring sjukskrivning och de möjligheter och skyldigheter andra aktörer har i samband med sjukskrivna personer. Över 60 % av läkarna uttryckte att de behövde ytterligare sådan kunskap.

När det gäller att skriva sjukintyg så var behovet av kunskap litet, vilket motsvaras av att få upplevde problem med detta (tabell 7 och 8). Detta bör ses i relation till att det finns vetenskaplig evidens för att sjukintyg ofta har otillräcklig kvalitet (7).

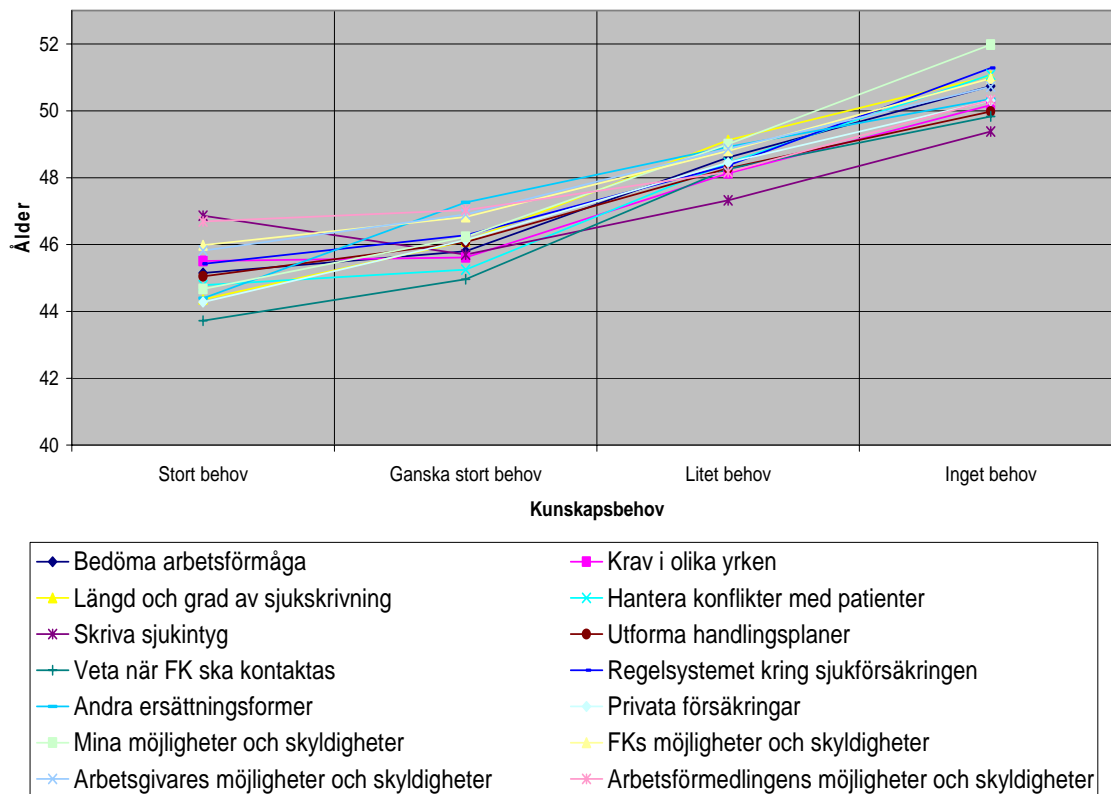
Trots att många angav att de upplevde det som mycket problematiskt att hantera meningsskiljaktigheter med patienter angående behov av sjukskrivning (tabell 7) var det relativt få som ville ha kompetensutveckling för att bättre kunna hantera sådana konflikter (figur 3).

Behov av kunskap i olika läkargrupper

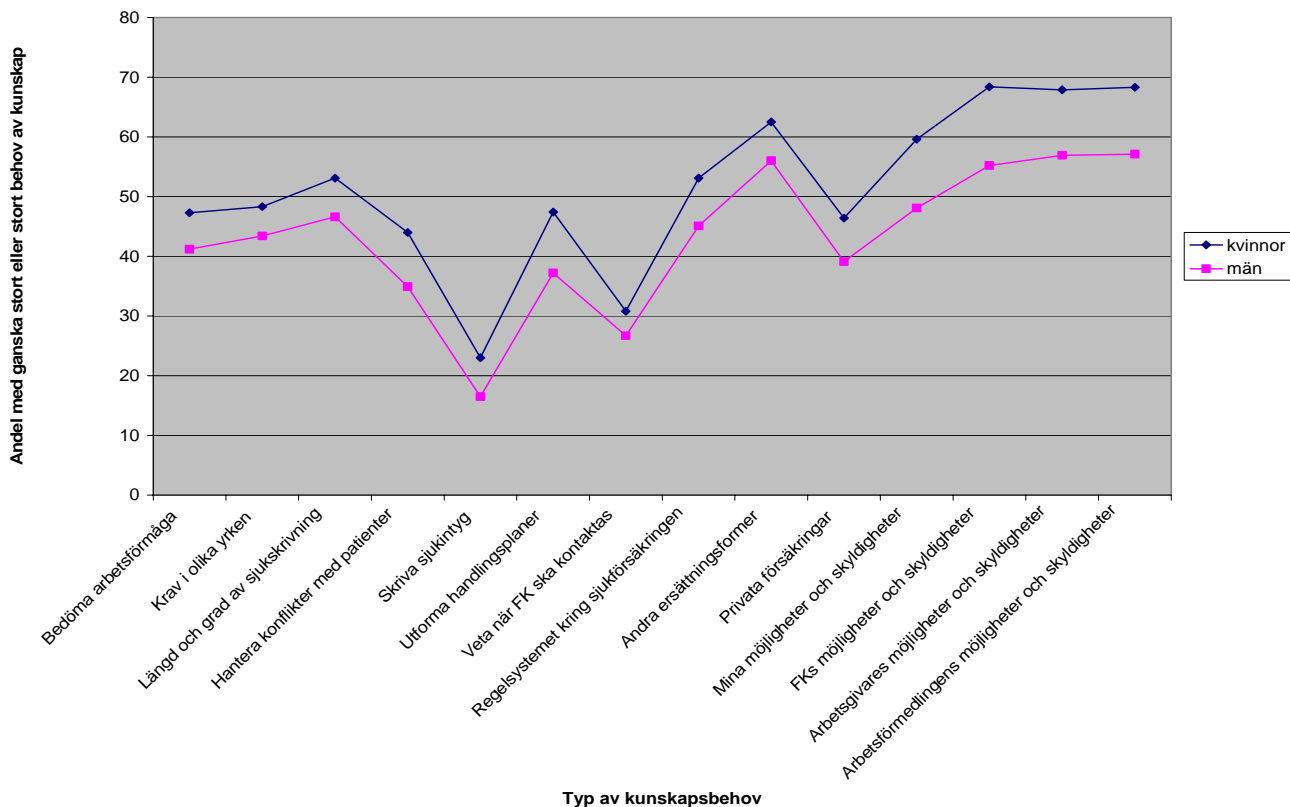
Läkares behov av kunskap om sjukskrivningsfrågor beskrivs i figur 4-8 utifrån bakgrundsfaktorer som kön, ålder, år i yrket, utbildningsnivå och förekomst av gemensam linje för sjukskrivning på arbetsplatsen. Sambanden mellan ålder, kön, utbildningsnivå, antal år i yrket och olika faktorer är komplexa. Ålder, år i yrket och utbildningsnivå kan vara tre mått på ungefär samma sak, nämligen erfarenheten i yrket (figur 4, 7, 8). I figur 4 presenteras medelåldrarna inom de fyra svarsalternativen kring behov av kunskap. Det tycks som att äldre läkare har ett lägre behov av kunskap än yngre.

Genomgående angav en större andel av de kvinnliga läkarna behov av ytterligare kunskap inom de olika områdena (figur 5). Könsskillnaden var störst när det gällde kunskap om andra aktörers möjligheter och skyldigheter. Skillnaderna mellan könen minskar eller försvinner helt om man statistiskt kontrollerar för antal år i yrket och/eller för utbildningsnivå. Trots vissa könsskillnader är dock de stora likheterna mellan kvinnor och män slående vad gäller vilka områden man önskar mer kunskap inom. En stor andel av läkarna angav att de önskar kunskap om andra aktörer och om regelsystemet. Färre av de läkare som angav att de har en gemensam linje för sjukskrivning på sin mottagning hade behov av ny kunskap (figur 6). Hur orsakssambanden ser ut kring detta går inte att uttala sig om med bas i dessa data.

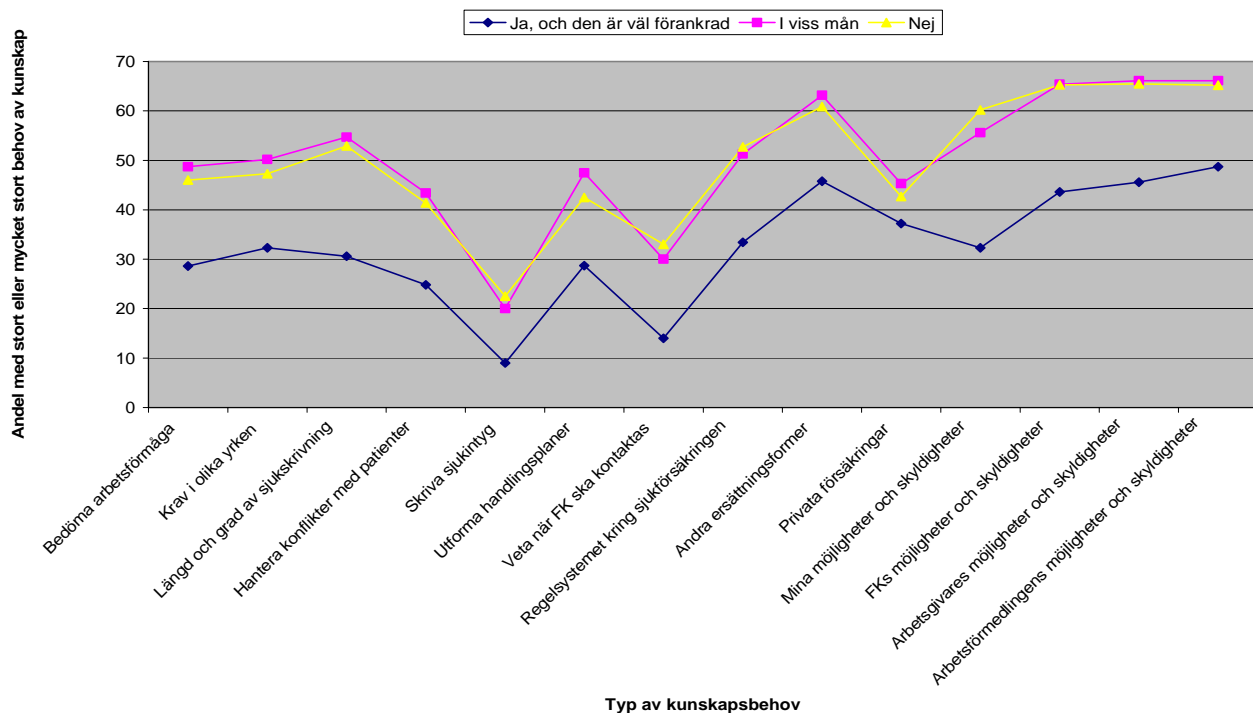
Figur 4 Behov av fördjupade kunskaper inom olika områden relaterat till läkarnas genomsnittsålder



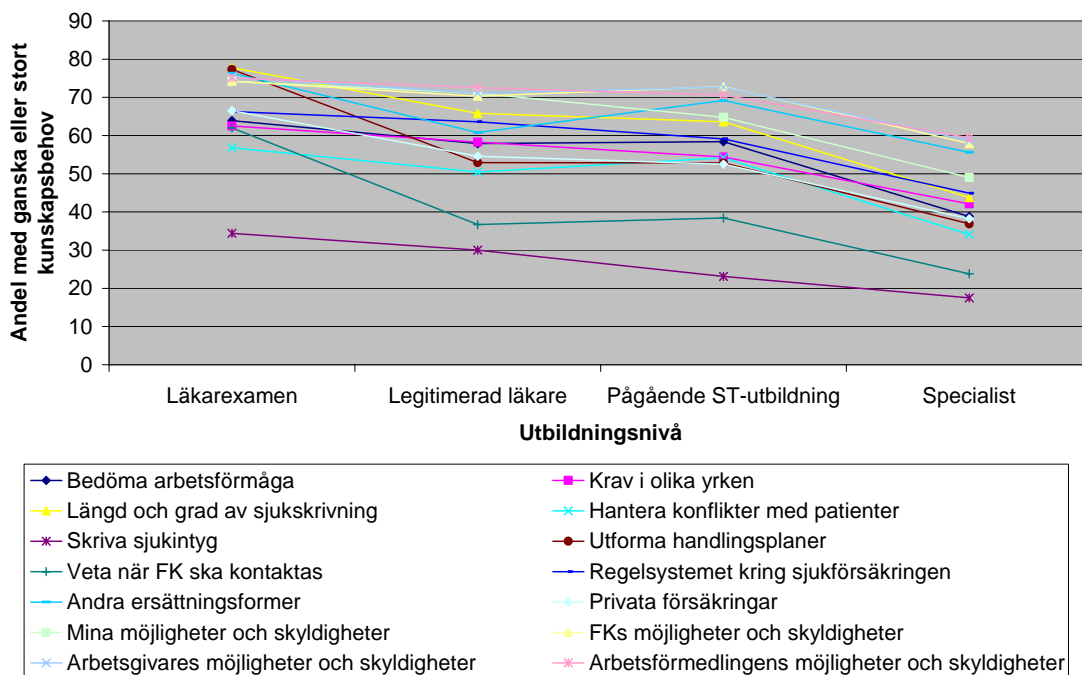
Figur 5 Läkares behov av fördjupade kunskaper inom olika områden relaterat till läkarnas kön



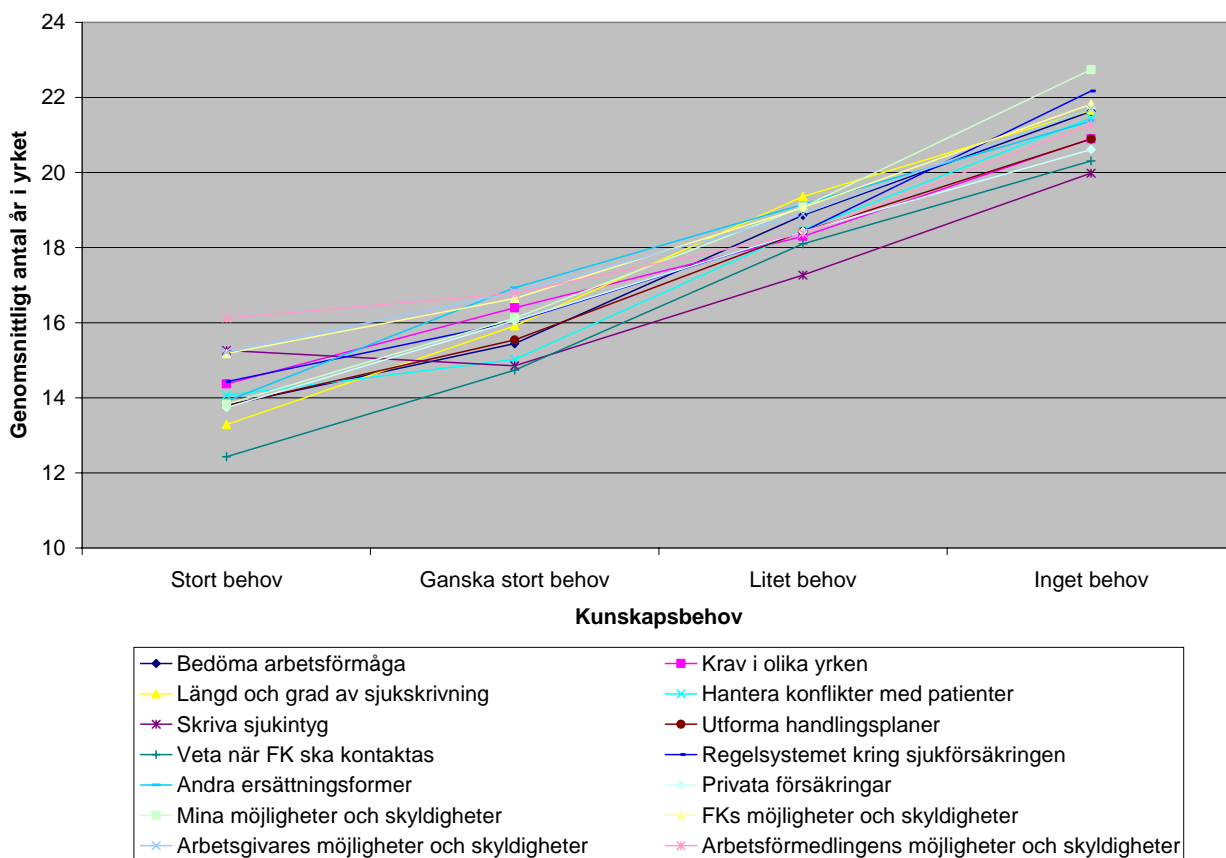
Figur 6 Kunskapsbehov relaterat till huruvida läkarna har en gemensam linje för sjukskrivning på sin arbetsplats eller ej



Figur 7 Behov av kunskap inom olika områden relaterat till läkarnas utbildningsnivå



Figur 8 Kunskapsbehov relaterat till genomsnittligt antal år i yrket



Behov av kunskap inom olika kliniker

I detta avsnitt har läkarnas upplevda behov av kunskap delats upp i två dimensioner, dels teoretiska kunskaper som läkarna har behov av att tillägna sig och dels läkarnas färdigheter i att göra vissa bedömningar kring sjukskrivning. Med teoretisk kunskap avses här kognitiva yrkeskvalifikationer av typen "veta att", medan färdighetskunskap är av karaktären "veta hur" (25). Båda dessa är kognitiva faktorer som utgör en del av en läkares kompetens i att framgångsrikt utföra sitt arbete. Exempel på färdigheter kan i detta sammanhang vara förmåga att lösa problem eller att fatta beslut (25, 26).

I tabell 11 och 12 rangordnas läkare som arbetar inom olika kliniska verksamheter efter hur stort behovet av teoretisk kunskap respektive färdighetskunskap var. Dimensionen "veta hur" handlar här om förmågan att kunna göra olika bedömningar av en patient och en patients arbetskrav i relation till sjukskrivning. Hur de olika kunskapstyperna är definierade här visas i tabell 10. Dimensionen teoretisk kunskap består av sammanlagt sju kunskapsområden. Det innebär att en person lägst kan få värdet sju i denna sammanräkning. Maximalt behov av kunskap, det vill säga att ha svarat högsta behov på alla sju variabler, ger värdet 28. Tabell 12 visar de genomsnittliga värdena inom varje verksamhet.

Tabell 10 Behov av fördjupade färdighetskunskaper bland läkare inom olika verksamheter

Frågor kring behov av teoretisk kunskap	Frågor kring behov av färdighetskunskap
<i>Hur stort behov har du av att fördjupa dina kunskaper och färdigheter inom följande områden?</i>	<i>Hur stort behov har du av att fördjupa dina kunskaper och färdigheter inom följande områden?</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Regelsystemet kring sjukförsäkringen2. Andra ersättningsformer inom socialförsäkringssystemet3. Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har4. Mina möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning5. FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning6. Arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning7. Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<ol style="list-style-type: none">1. Bedöma patienters arbetsförmåga2. Vilka krav som ställs i olika yrken/arbetsplatser3. Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning4. Utforma optimala handlingsplaner

Behov av färdighetskunskap är definierat som framgår av tabell 10. Som lägst kan en person få värdet 4, och som mest värdet 16. Tabell 11 visar det genomsnittliga värdet för varje klinik. Vissa kliniker hamnar på olika nivå i de olika typerna av kunskap. Läkare som arbetade inom vårdcentral, rehabilitering och företagshälsovård hamnar högre på behov av färdighetskunskap jämfört med teoretisk. En tolkning av detta skulle kunna vara att man inom dessa verksamheter är van vid sjukskrivningsärenden och kan regelverket, men man vill ha mer kunskap om att göra själva bedömningarna, vilket kan

vara mycket svårt, även om man kan regelverken. Det skulle kunna tolkas som att läkare inom dessa verksamheter har ärenden med en högre svårighetsgrad i sjukskrivningshänseende, jämfört med i andra verksamheter.

Tabell 11 Behov av fördjupade färdighetskunskaper bland läkare inom olika kliniska verksamheter

Klinik	Behov av färdighetskunskap ¹
	min=4 max=16 medel
Vårdcentral	11,6
Psykiatri	10,61
Internmedicin	9,66
Missbruksvård	9,55
Rehabiliteringsmedicin	9,38
Onkologi	9,09
Ortopedi	9,01
Företagshälsovård	9,0
Övrig/annan	8,7
Gynekologi/obstetrik	8,64
Kirurgi	7,92

1 Behov av kunskap kring bedömning av arbetsförmåga, krav i olika yrken, bedömning av sjukskrivningslängd samt utforma handlingsplaner

Tabell 12 Behov av fördjupade teoretiska kunskaper bland läkare inom olika verksamheter

Klinik	Behov av teoretisk kunskap ¹
	min=7 max=28 medel
Psykiatri	20,05
Vårdcentral	19,77
Onkologi	18,83
Internmedicin	18,61
Missbruksvård	18,49
Ortopedi	17,94
Rehabiliteringsmedicin	17,54
Övrig/annan	17,29
Gynekologi/obstetrik	17,24
Företagshälsovård	16,82
Kirurgi	15,97

1 Behov av kunskap kring regelsystemet, olika ersättningsformer, privata försäkringar, mina möjligheter och skyldigheter som läkare, andra aktörers möjligheter och skyldigheter

Diskussion och slutsatser

Kunskap om regelsystemet och de olika aktörernas ansvar och möjligheter var det som läkarna angav sig ha störst behov av. Yngre läkare, läkare på vårdcentral och läkare som saknade gemensamma riktlinjer om sjukskrivning inom verksamheten angav ett större behov av mer kunskap.

Vårdcentralsläkares upplevelser av kontakter med försäkringskassan samt önskemål om hur dessa kontakter kan förbättras

Elsy Söderberg, Jan Hagberg, Anna Löfgren, Kristina Alexanderson

Syfte och studiepopulation

Syftet med det här kapitlet är att redovisa resultat från analyser av vårdcentralsläkares upplevelser av kontakten med försäkringskassan (FK) i sjukskrivningsärenden och önskemål om hur dessa kontakter kan förbättras. Studiepopulationen utgörs av de 954 läkare (521 kvinnor och 430 män) som angett att de har sin huvudsakliga verksamhet vid en vårdcentral. Av dessa var 75 % av männen och 67 % av kvinnorna specialistutbildade (tabell 13).

Tabell 13 Beskrivning av studiepopulationen

Vårdcentralsläkare	Män (n=430)	Kvinnor (n=521)	KI ¹ (95 %) för differensen	p-värde för differensen
	Andel %	Andel %		
Icke specialist	25	33	- 0,13 – -0,02	0,01
Specialist	75	67	0,02 – 0,13	0,01

¹ KI = konfidensintervall

Följande frågor i enkäten ligger till grund för resultatredovisningen:

- Hur ofta i ditt vanliga arbete möter du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?
- Hur ofta i ditt vanliga arbete upplever du att sjukskrivningsärenden är problematiska?
- Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden?
- Hur lätt eller svårt tycker du att det är att få kontakt med handläggare på försäkringskassan?
- I de fall du upplever svårigheter i kontakter med försäkringskassan, vari består dessa?
- När det gäller dina framtida kontakter med försäkringskassan, vad önskar Du?

Redovisningen av svaren ges nedan i form av tabeller följda av korta kommentarer och slutsatser.

Resultat

I tabell 14 redovisas hur vanligt det är att vårdcentralsläkare möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning samt hur ofta man upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Tabell 14 Andel vårdcentralsläkare med olika frekvens av sjukskrivningsärenden respektive av upplevda problem kring sjukskrivning

	Mer än 6 gångar per vecka	1 – 5 gånger per vecka	Några gångar/år	Aldrig/i stort sett aldrig	Totalt	
	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	%	n
Hur ofta i ditt vanliga arbete möter du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?	62 (59,1 – 65,2)	35 (32,0 – 38,0)	3 (1,8 – 3,9)	-	100	954
Hur ofta i ditt vanliga arbete upplever du att sjukskrivningsärenden är problematiska?	14 (11,5 – 15,9)	46 (43,2 – 49,6)	38 (35,2 – 41,4)	2 (0,8 – 2,4)	100	944

Nästan alla vårdcentralsläkare (97 %) hade sjukskrivningsärenden mer än 1 gång i veckan. Hela 62 % hade sjukskrivningsärenden mer än 6 gånger i veckan. Majoriteten av läkarna (60 %) upplevde även problem med sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan och 14 % mer än sex gånger per vecka. Endast 2 % upplevde aldrig problem med sjukskrivningsärenden (tabell 14).

I tabell 15 redovisas vilken typ av problem som läkarna vid vårdcentral upplevde i de fall där de haft svårigheter i kontakten med försäkringskassan. Varje läkare kunde ange flera alternativ. Den svårighet som flest vårdcentralsläkare (53 % av männen och 56 % av kvinnorna) angav, var att det var svårt att komma fram till försäkringskassan per telefon. Nästan lika stor andel (45 % av männen och 51 % av kvinnorna) angav att försäkringskassan inte tog kontakt med läkarna när de bett om detta. Andra vanliga problem var att patientens handläggare ofta byttes ut och att kontakter med försäkringskassan tog för mycket tid; 4 av 10 vårdcentralsläkare angav problem med detta (tabell 15).

När det gäller frågan om försäkringskassans öppethållande och tillgänglighet angav en fjärdedel att det var problematiskt att försäkringskassan var stängd de tider när läkaren hade möjlighet att ta kontakt.

Det var 12 % av vårdcentralsläkarna som ansåg att försäkringskassans personal och de själva ”tycktes tala olika språk”. Däremot ansåg endast ett fåtal av de tillfrågade läkarna (3 % av männen och 5 % av kvinnorna) att de möttes av en negativ attityd från försäkringskassans sida (tabell 15). Det fanns en tydlig könsskillnad i de flesta fall på så sätt att större andel av kvinnorna angav problem i kontakten med försäkringskassan. Exempelvis angav 57 % av de kvinnliga icke-specialisterna att försäkringskassan inte kontaktade dem medan ”bara” 48 % av de manliga uppgav detta som ett problem.

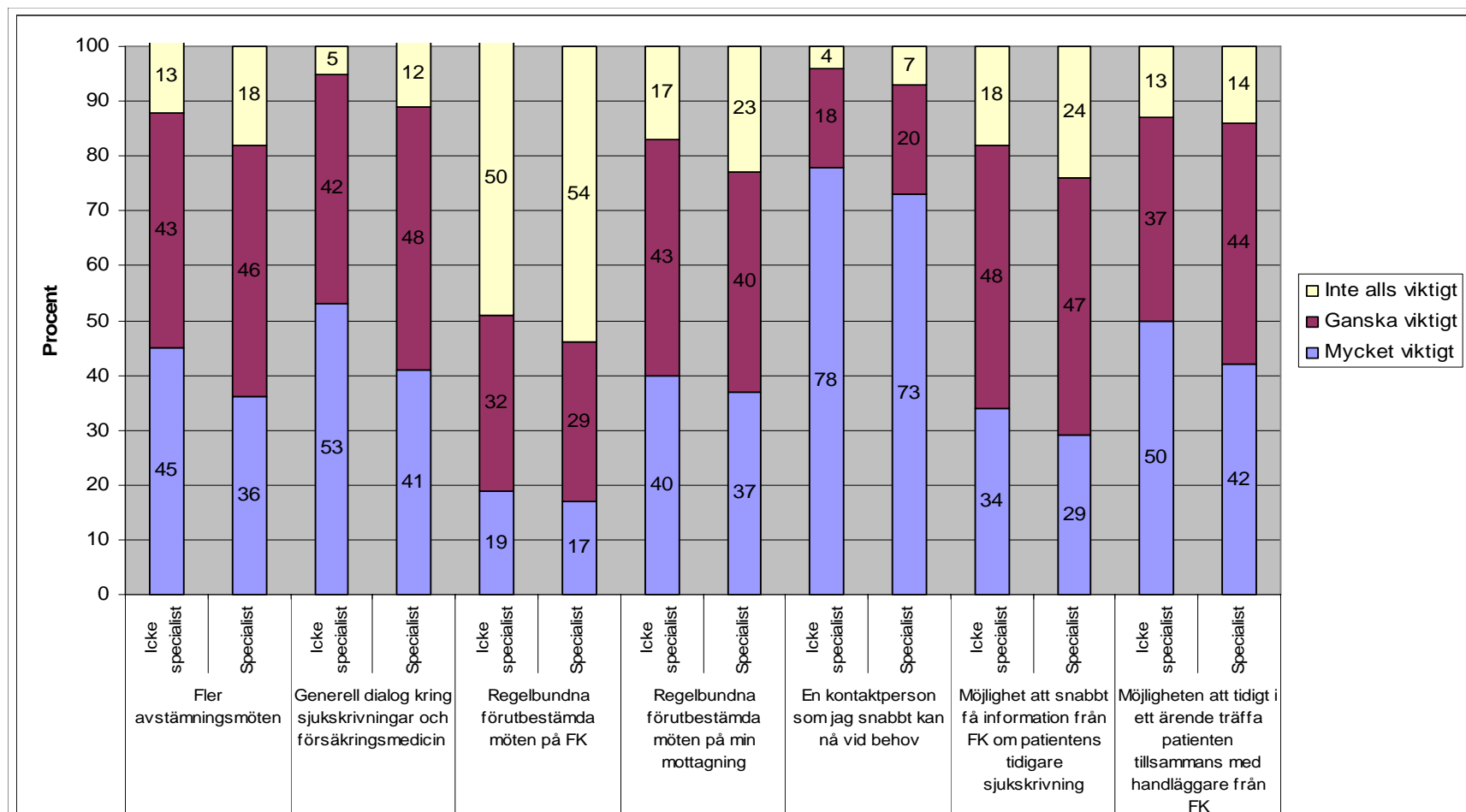
Tabell 15 Svårigheter vårdcentralsläkare upplevde i kontakten med försäkringskassan. Varje läkare kunde ange flera alternativ.

	Icke specialister		Specialister		Alla	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	n = 85	n = 141	n = 287	n = 312	n = 372	n = 453
	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %
Det tar för mycket tid i anspråk	47	36	38	44	40	41
Det är svårt att få reda på vem jag ska prata med	33	34	26	28	27	30
Det är svårt att komma fram per telefon	48	57	54	55	53	56
FK har stängt när jag har tid att ta kontakt	20	16	25	31	24	26
FK kontaktar inte mig, trots att jag bett om det	38	53	47	50	45	51
FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	28	29	32	46	31	40
FK tar inte kontakt med patienten	19	24	26	34	24	31
Jag möts av en negativ attityd	2	4	3	6	3	5
Jag upplever att jag/mina bedömningar ifrågasätts	13	10	18	21	17	17
Oklarheter kring sekretessfrågor	6	11	5	7	5	8
Patientens handläggare byts ofta ut	22	27	45	53	40	45
Patienten är negativ till att jag tar kontakt med FK	2	4	1	1	2	2
Vi tycks tala olika språk	7	6	13	15	12	12
Andra problem	1	2	7	5	6	4

När vårdcentralsläkarna fick ta ställning till vad man önskar i framtiden gällande kontakter med försäkringskassan angav majoriteten att de önskade en kontaktperson som man snabbt kan nå vid behov. Detta angav 67 % av männen och 80 % av kvinnorna som mycket viktigt (ej i tabell), samt 78 % av icke-specialisterna respektive 73 % av specialisterna (figur 9). Andra områden som rapporterades som mycket viktiga var möjligheten att tidigt i ett ärende träffa patienten tillsammans med en handläggare från försäkringskassan. Därutöver svarade 45 % av icke-specialisterna och 36 % av specialisterna att de önskade fler avstämningsmöten.

Att föra en generell dialog om försäkringsmedicin bedömdes som mycket viktigt av 53 % av icke-specialisterna. Motsvarande andel bland specialister uppgick till 41 %. Mindre viktigt ansågs regelbundna förutbestämda möten på försäkringskassan vara, det var 19 % respektive 17 % som önskade detta. Omkring dubbelt så många önskade regelbundna förutbestämda möten på den egna mottagningen (figur 9).

Figur 9 Vårdcentralsläkares önskemål i kontakten med försäkringskassan



Tabell 16 Relationen mellan gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden och graden av upplevda problem bland vårdcentralsläkare

Grad av problem	Gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden		
	Ja, och den är förankrad	I viss mån	Nej
<i>Hur ofta man upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska</i>	<i>n = 132</i>	<i>n = 505</i>	<i>n = 291</i>
	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>
Fler än 6 gånger per vecka	11	12	19
1 – 5 gånger per vecka	41	50	46
Någon gång/månad	49	38	36
Totalt	100	100	100
<i>Hur problematiskt/ oproblematiskt man i allmänhet tycker det är att skriva sjukintyg till försäkringskassa</i>	<i>n = 135</i>	<i>n = 518</i>	<i>n = 289</i>
	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>
Mycket problematiskt	4	7	11
Ganska problematiskt	33	37	35
Knappast problematiskt	47	47	45
Oproblematiskt	16	9	9
Totalt	100	100	100
<i>Hur lätt/svårt man tycker att det är att få kontakt med handläggare på försäkringskassa</i>	<i>n = 132</i>	<i>n = 498</i>	<i>n = 289</i>
	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>	<i>Andel (%)</i>
Mycket/ganska lätt	48	38	27
Varken lätt eller svårt	25	26	26
Mycket/ganska svårt	27	36	47
Totalt	100	100	100

I tabell 16 visas att det finns ett samband mellan att ha angett att det finns en gemensam linje för sjukskrivning på den egna vårdcentralen med hur ofta läkaren upplever problem med sjukskrivning. Bland läkare som arbetade på en vårdcentral där det fanns en gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden, rapporterade 11 % problem mer än sex gånger i veckan jämfört med 19 % bland för dem som inte hade någon gemensam linje.

Av de läkare som arbetade på en vårdcentral där det fanns en gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden rapporterade 16 % att det var oproblematiskt att hantera dessa ärenden. Om det saknades en gemensam linje eller om en sådan fanns i viss mån rapporterade endast 9 % av vårdcentralsläkarna att det var oproblematiskt att hantera dessa ärenden. De läkare som arbetade på en vårdcentral som hade en gemensam linje för hantering av sjukskrivningsärenden rapporterade oftare att det var lätt eller mycket lätt att komma i kontakt med försäkringskassan (48 %) jämfört de läkare som arbetade på en klinik där detta saknades (27 %) (tabell 16).

Eftersom detta är en tvärsnittstudie kan vi inte uttala oss om orsaken till dessa samband. En tolkning kan vara att om en enhet har en gemensam linje medför det att läkare får, eller upplever att de har, färre problem. En annan är att själva processen med att utveckla en gemensam linje har lett till färre problem. En tredje är att läkare på en enhet där det från början fanns mindre problem lättare tagit initiativ till att fastställa en gemensam linje. Flera skeden kan också ha varit verksamma samtidigt.

Diskussion och slutsatser

Kunskapen är fortfarande begränsad kring hur samverkan ser ut mellan de olika professioner som har inflytande över sjukskrivningsprocessen, till exempel läkare och försäkringskassans handläggare (20). Vidare finns det endast ett fåtal studier som analyserat läkares egna upplevelser av att handlägga sjukskrivningsärenden (27, 28). I detta avsnitt har vi identifierat vilka olika problemställningar och förslag till åtgärder i kontakten med försäkringskassan som läkarna själva betonar.

Enligt tidigare studier står primärvården för en stor del av de utfärdade läkarintygen (20, 29) och en stor andel läkare inom primärvården har erfarenheter av kontakt med försäkringskassan.

Följande slutsatser kan dras av studien:

Upplevda svårigheter

Den svårighet som flest vårdcentralsläkare upplevde i kontakten med försäkringskassan var att det var svårt att komma fram per telefon. Ett nästan lika stort problem var att försäkringskassan inte tog kontakt med dem trots att de bett om det. Tillgängligheten ansågs också vara ett hinder genom att försäkringskassan hade stängt när man själv kunde ta kontakt.

Åtgärder som kan underlätta framtida kontakter

En majoritet ansåg att det skulle underlätta med en kontaktperson som man kan nå snabbt vid behov. Likaså betonades behovet av flera avstämningmöten, och att man snabbt kan nå en handläggare som man kan träffa tillsammans med patienten.

Gemensamma linjer vid kliniken underlättar patient - läkarkontakt

Flera av de problem som redovisats ovan är inte av den karaktären att de kan lösas av en enskild läkare eller en arbetsgrupp. Det framkom att i de fall en klinik eller primärvårdsenhet har en gemensam linje för hur man arbetar med sjukskrivningsärenden så uppfattar de vårdcentralsläkare som arbetar där hanteringen av sjukskrivningsärenden som mindre problematisk och även att det är lättare att få kontakt med försäkringskassan. En förankrad strategi för hantering av sjukskrivningsärenden kan sannolikt bidra till att stödja såväl kliniker som läkare i deras interaktion med patienter och andra professioner i syfte att utveckla en effektiviserad sjukskrivningsprocess. De underliggande sambanden måste dock studeras vidare.

Upplevelser kring sjukskrivning bland specialistläkare i allmänmedicin och ortopedi

Britt Arrelöv, Sari Ponzer, Jan Hagberg, Anna Löfgren, Kristina Alexanderson

Studiepopulation

I denna delstudie inkluderades alla specialistutbildade läkare som arbetade på en ortopedisk klinik eller på en vårdcentral. Läkargrupperna på dessa kliniker liknade varandra gällande ålder och antal år de arbetat i yrket (tabell 17). När det gällde könsfördelningen var däremot skillnaderna stora; 85 % av ortopederna var män i jämförelse med 48 % av vårdcentralsläkarna.

Tabell 17 Beskrivning av studiepopulationen

	Alla		Ortopedi		Vårdcentral			P-värde för differensen
	antal	antal	%	SD ¹	antal	%	SD ¹	p
Medelålder, år	822	149	51,1	7,08	673	52,2	7,00	0,097
Antal år man arbetat som läkare, medelvärde	797 ²	140	22,3	7,60	657	20,6	7,30	0,019
Andel män %	822	127	85,2		322	47,8		0,000

1 Standardavvikelse

2 Uppgift om antal år i yrket saknas för 25 läkare

Skillnader mellan ortopedier och vårdcentralsläkare

I stort sett alla (97 %) specialistutbildade läkare på både vårdcentral och ortopedisk klinik hade sjukskrivningsärenden en gång i veckan eller mer. Över hälften av dessa upplevde också att sjukskrivningsärenden var problematiska mer än en gång i veckan.

Vårdcentralsläkarna upplevde problem oftare än de inom ortopedi. Majoriteten av läkarna mötte ibland patienter som ville bli sjukskrivna av annan anledning än nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada. Bara 16 % (ortopedisk klinik) respektive 5 % (vårdcentral) av läkarna mötte sällan eller aldrig patienter som ville detta. Var femte vårdcentralsläkare upplevde konflikter kring sjukskrivning minst varje vecka i jämförelse med drygt var tionde ortoped. Var tredje vårdcentralsläkare upplevde sig någon gång hotad av en patient i samband med sjukskrivning i jämförelse med femte ortoped. Vårdcentralsläkare hade mer kontakter med försäkringskassan (FK) än ortopederna. Bland läkarna inom ortopedi angav 18 % att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med försäkringskassan (tabell 18).

Det var ungefär dubbelt så hög andel bland de på ortopedisk klinik än på vårdcentral som sjukskrev patienter utan att träffa dessa, 37 % respektive 18 % (tabell 18).

Tabell 18 Förekomst av vissa problem relaterade till sjukskrivning

Andel läkare som i sitt vanliga arbete -	Ortopedi				Vårdcentral				p
	1 gång/vecka eller mer	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig	1 gång/vecka eller mer	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig	
- möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning	97,3	2,7	0	0	97,1	2,2	0,7	0	0,544
- upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska	53,0	26,5	12,9	7,5	61,4	31,3	6,0	1,4	0,000
- möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada	26,3	33,1	24,3	16,2	35,3	39,8	19,7	5,2	0,000
- upplever konflikter med patienter kring sjukskrivning	12,2	30,6	39,5	16,3	19,9	32,2	39,0	8,8	0,024
- känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning	0,7	2,0	16,1	81,2	2,2	5,5	25,0	66,0	0,002
- har vanligtvis kontakt med någon från försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden	10,7	28,9	42,3	18,1	23,4	50,7	23,2	2,7	0,000
- sjukskriver en patient utan att träffa denne (t ex vid telefonkontakt)	36,5	23,0	16,2	24,3	18,3	33,2	22,0	26,3	0,000

Andelen specialistläkare på vårdcentral som upplevde problem med olika delar av sjukskrivningsarbetet var betydligt högre än på ortopediska kliniker. Det enda området där andelen som upplevde problem var lika höga i de båda grupperna var när det gällde att skriva sjukintyg. De största problemen för vårdcentralsläkarna var att bedöma patienters arbetsförmåga och att hantera situationer där läkare och patient hade olika åsikt om behovet av sjukskrivning (tabell 19). Att bedöma arbetsförmåga och att hantera situationer när läkaren hade annan uppfattning än patienten om behovet av sjukskrivning angav båda grupperna av läkare som mest problematiskt. Att bedöma funktionsförmåga var det som ortopederna angav minst problem med, medan vårdcentralsläkarna angav läkarintygutfärdandet som minst problematiskt.

Tabell 19 Skillnader i upplevda problem mellan ortopedier och vårdcentral

Andel som tycker det är problematiskt	Ortopedi	Vårdcentral	p
	Andel %	Andel %	
- att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	19,4	63,6	0,000
- att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	53,4	80,9	0,000
- att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	37,8	55,2	0,000
- att skriva sjukintyg (medicinskt underlag) till FK	47,0	46,4	0,889
- att bedöma optimal sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad	44,3	77,6	0,000
- att hantera eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	52,0	75,1	0,000
- att hantera Dina två roller som patientens läkare och rollen som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	39,9	65,1	0,000
- att hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	52,4	81,0	0,000
- att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	30,2	50,7	0,000

Tabell 20 Frekvens av att sjukskriva längre än nödvändigt

Orsak till förlängd sjukskrivning	Ortopedi				Vårdcentral				p
	1 gång/ vecka eller mer	Några gångar/ månad	Några gångar/år	Aldrig	1 gång/ vecka eller mer	Några gångar/ månad	Några gångar/år	Aldrig	
	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %	Andel %	Andel (%)	Andel (%)	
<i>Inom sjukvården</i>									
Väntetider till utredning inom sjukvården	37,2	25,7	18,2	18,9	29,0	39,8	23,7	7,5	0,000
Väntetider till behandling	42,2	27,2	19,7	10,9	28,9	36,1	29,3	5,7	0,000
Att tillgång till adekvat behandling/behandlare saknas (t ex kognitiv beteendeterapi)?	5,4	9,5	19,6	65,5	20,4	35,9	31,5	12,1	0,000
<i>Utanför sjukvården</i>									
Väntetider till utredning hos FK	19,6	23,6	27,7	29,1	30,1	38,4	24,2	7,4	0,000
Väntetider för åtgärder hos arbetsgivare	6,9	17,9	31,7	43,4	14,5	31,8	32,4	21,3	0,000
Väntetider för åtgärder hos arbetsgivare	7,5	18,9	31,8	41,9	12,5	28,1	34,7	24,6	0,000

Fyra av tio ortopedier inom ortopedisk klinik sjukskrev varje vecka patienter längre tid än vad som egentligen skulle vara nödvändigt, beroende på väntetider till behandling inom sjukvården. Motsvarande siffra för specialister inom allmänmedicin verksamma på en vårdcentral var tre av tio (tabell 20). Ortopederna angav att de sjukskrev längre än nödvändigt i större utsträckning på grund av väntetider inom sjukvården än på väntetider hos aktörer utanför sjukvården, medan vårdcentralsläkarna i lika stor utsträckning angav att de sjukskrev i avvaktan på åtgärder inom försäkringskassan som beroende på väntetider till utredning inom sjukvården.

Tabell 21 Korrelation mellan dikotomiserade svar (≥ 1 gång/vecka resp. < 1 gång/vecka) på frågan "Hur ofta i Ditt vanliga arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?" med dikotomiserade svar på utvalda variabler.

	Ortopedi		Vårdcentral	
	korrelation	p	korrelation	p
<i>Frekvens av problem med följande (≥ 1 gång/vecka eller < 1 gång/vecka)</i>				
Hur ofta möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada	0,343	0,000	0,494	0,000
Hur ofta upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning	0,290	0,000	0,372	0,000
<i>Grad av problem relaterat till sjukskrivning (problematiskt eller ej problematiskt)</i>				
Problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	0,325	0,000	0,184	0,000
Problematiskt att hantera eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	0,093	0,263	0,113	0,004
Problematiskt att hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	0,399	0,000	0,209	0,000
<i>Förlänger sjukskrivning på grund av väntetider (≥ 1 gång/vecka eller < 1 gång/vecka)</i>				
På grund av väntetider till utredning hos FK	0,078	0,315	0,268	0,000
På grund av väntetider för åtgärder hos arbetsgivare	0,155	0,064	0,190	0,000
På grund av väntetider till utredning hos arbetsförmedling	0,010	0,902	0,211	0,000

Det fanns skillnader i gruppernas svar när det gällde orsaken till upplevelse av problem. Den starkaste korrelationen med frekvens upplevda problem var för ortopederna att hantera situationer när läkaren och patienten hade olika åsikt om behovet av sjukskrivning, hur ofta man mötte patienter som ville vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada samt bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsade patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter. För vårdcentralsläkarna var korrelationen starkast för hur ofta man mötte patienter som ville vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada och hur ofta man upplevde konflikter i arbetet med patienter kring sjukskrivning. Det tycks alltså som att det är olika saker som bidrar till upplevelsen av problem bland specialistläkare på vårdcentral respektive ortopedisk klinik. Vårdcentralsläkarna hade en högre korrelation mellan problem och olika former av förlängd sjukskrivning på grund av väntetider än vad ortopederna hade.

Diskussion och slutsatser

Specialistläkare på vårdcentral och inom ortopedi möter regelbundet sjukskrivningspatienter och upplever en hel del problem i relation till detta arbete. Svaren indikerar att de problem de möter delvis ser olika ut och att de har olika möjligheter att hantera dem. Orsaker till detta kan vara att de möter olika typer av patienter som är aktuella för sjukskrivning, arbetar inom verksamheter med olika uppdrag och förutsättningar.

Upplevelser av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsarbetet – en analys av läkare vid vårdcentraler och ortopediska kliniker

Malin Swartling, Kristina Alexanderson, Anna Löfgren, Rolf Wahlström, Jan Hagberg

Bakgrund

Tidigare studier har indikerat att läkare ibland mår dåligt, upplever rädsla och oro i samband med arbetet med sjukskrivning. Dessa problem verkar vara vanligare bland allmänläkare (3, 4). För att få ökad kunskap om detta studerades upplevelser av hot, oro för anmälan och upplevelser av konflikter med patienter kring sjukskrivning. I den här studien jämfördes läkare verksamma vid ortopediklinik och vårdcentralsläkare med andra läkare.

Studiepopulation

I detta kapitel redovisas analyser av svar från de läkare som hade sin huvudsakliga arbetsplats på en på vårdcentral (954 personer) eller inom ortopedi (189 personer). Dessa svar jämförs också med de för övriga läkare. Majoriteten av läkarna var specialistutbildade (tabell 22).

Tabell 22 Beskrivning av studiepopulationen

	Alla	Ortoped- klinik	Vård- central	Övriga arbetsplatser
Antal, totalt	3997	189	954	2854
Andel specialistutbildade %	73,8	79,3	70,8	74,5
Andel män %	50,1	79,9	45,2	49,8
Medelålder, (SD) ¹	47,7 (9,8)	48,1 (9,1)	48,0 (9,5)	47,6 (9,9)
År i yrket, medeltal, (SD) ¹	17,6 (9,8)	19,2 (9,6)	16,6 (9,4)	17,9 (9,9)
Andel med stöd från ledningen %	67,3	61,3	79,1	63,4
Andel med gemensam linje %	57,0	44,0	68,8	53,7
Andel med många ärenden ² %	50,5	82,5	62,2	44,5

¹ Standardavvikelse

² Andel som möter patienter aktuella för sjukskrivning 6 gånger i veckan eller mer

Upplevelser av hot i samband med sjukskrivningsärenden

Nästan var tionde vårdcentralsläkare upplevde hot minst en gång i månaden. Motsvarande siffra för ortopedier är knappt var tjugonde. Bland övriga läkare var det endast 3,1 % som upplevde hot minst en gång per månad eller oftare (tabell 23).

Tabell 23 Hur ofta läkaren i sitt vanliga arbete kände sig hotad av en patient kring sjukskrivning

	1 gång/mån eller oftare	Högst några gångar/år
	% (antal)	% (antal)
Ortopedklinik	4,8 (9)	92,5 (179)
Vårdcentral	9,8 (93)	90,2 (853)
Övriga arbetsplatser	3,1 (85)	96,9 (2698)
Alla	4,8 (187)	95,2 (3730)

Risken (här uttryckt som oddskvot) för att en vårdcentralsläkare ska uppleva hot minst någon gång per månad är drygt tre gånger så stor som att läkare verksamma på annan plats ska göra det. Överrisken kvarstod efter att vi kontrollerat för stöd från ledningen, förekomst av gemensam linje på arbetsplatsen i sjukskrivningsfrågor och år i yrket, faktorer som alla minskade risken, samt för att träffa mer än 6 patienter i veckan aktuella för sjukskrivning, vilket ökade risken. Det fanns däremot inga könsskillnader i upplevelsen av hot (tabell 24).

Tabell 24 Risk att känna sig hotad av en patient kring sjukskrivning

	Ojusterad oddkvot (konfidens- intervall 95%)	Odkkvot ⁴	Konfidens intervall (95%)	P- värde
Övriga arbetsplatser ¹	1,00	1,00		
Ortopedklinik	1,60 (0,79 - 3,23)	1,11	0,52 - 2,37	0,793
Vårdcentral	3,46 (2,55 - 4,69)	2,97	2,14 - 4,12	0,000
Manligt kön		0,90	0,65 - 1,24	0,514
Inte känna stöd från ledningen		1,52	1,06 - 2,20	0,025
År i yrket ²		0,96	0,96 - 0,98	0,000
Ingen gemensam linje för sjukskrivning		1,50	1,06 - 2,13	0,021
Många sjukskrivningsärenden ³		2,96	2,04 - 4,29	0,000

1 Alla utom läkare som arbetar vid vårdcentral respektive ortopedklinik

2 $1/0,964 = 1,0417$ = genomsnittlig minskning med 4,2 % per år

3 Möter patienter aktuella för sjukskrivning 6 gånger i veckan eller mer

4 Kontrollerad för kön, ledningsstöd, år i yrket, gemensam linje beträffande sjukskrivning på arbetsplatsen, många sjukskrivningsärenden

Oro för att bli anmäld av en patient i samband med sjukskrivningsärenden

Drygt en av tio läkare på vårdcentral upplevde minst någon gång per månad oro för att bli anmäld av en patient i samband med sjukskrivning. Bland läkare på ortopedklinik var det en av tjugo. Bland övriga läkare upplevde 2,8 % oro för anmälan en gång i månaden eller mer (tabell 25).

Tabell 25 Oro för att bli anmäld av en patient i samband med sjukskrivning

	1 gång/månad eller oftare	Högst några gångar/år
	% (antal)	% (antal)
Ortopedklinik	5,3 (10)	94,7 (178)
Vårdcentral	11,6 (110)	88,4 (839)
Övriga arbetsplatser	2,8 (77)	97,2 (2707)
Alla	5,0 (197)	95,0 (3724)

Logistiska regressionsanalyser av data visade att risken (uttryckt som oddskvot) för att en läkare verksam på vårdcentral skulle känna oro för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning minst någon gång per månad var hela fyra gånger så hög som för en läkare verksam vid övriga arbetsplatser. Att ha många sjukskrivningsärenden fördubblade risken. Avsaknad av stöd från ledning ökade risken med 62 %. Det fanns inga könsskillnader i att känna sådan oro. Mer erfarna läkare hade lägre risk och risken för att uppleva oro för anmälan minskade med i genomsnitt 3,8 % per år i yrket (tabell 26).

Tabell 26 Risk för att uppleva oro för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning

	Ojusterad oddskvot (konfidens- intervall 95%)	Oddsquot ⁴	Konfidens- intervall (95%)	P- värde
Övriga arbetsplatser ¹	1,00	1,00		
Ortopedklinik	1,98 (1,00 - 3,88)	1,230	0,57 - 2,64	0,594
Vårdcentral	4,61 (3,41 - 6,23)	4,044	2,93 - 5,59	0,000
Manligt kön		1,204	0,88 - 1,64	0,241
Inte känna stöd från ledningen		1,616	1,13 - 2,32	0,009
År i yrket ²		0,963	0,95 - 0,98	0,000
Ingen gemensam linje för sjukskrivning		1,253	0,89 - 1,76	0,194
Många sjukskrivningsärenden ³		2,093	1,49 - 2,94	0,000

1 Alla utom läkare som arbetar vid vårdcentral respektive ortopedklinik

2 $1/0,963 = 1,0384$ = genomsnittlig minskning med 3,8 % per år

3 Möter patienter aktuella för sjukskrivning 6 gånger i veckan eller mer

4 Kontrollerad för kön, ledningsstöd, år i yrket, gemensam linje beträffande sjukskrivning på arbetsplatsen, många sjukskrivningsärenden

Upplevelser av konflikter med patienter kring sjukskrivning

Av läkare verksamma på vårdcentral upplevde 21,5 % konflikter med patienter om sjukskrivning minst en gång i veckan. Motsvarande siffra bland läkare på ortopedklinik och övriga arbetsplatser var 15,6 % respektive 6,1 % (tabell 27). Både vårdcentralsläkare och ortopedier upplevde alltså detta betydligt oftare än andra läkare.

Tabell 27 Konflikter med patienter i samband med sjukskrivningsärenden

	1 gång/vecka eller oftare	Högst någon gång/månad
	% (antal)	% (antal)
Ortopedklinik	15,6 (29)	84,4 (157)
Vårdcentral	21,5 (204)	78,5 (745)
Övriga arbetsplatser	6,1 (169)	93,9 (2618)
Alla	10,2 (402)	89,8 (3520)

Läkare på ortopedklinik och på vårdcentral hade nästan dubbelt respektive nästan fyra gånger så hög risk att uppleva konflikter med patienter kring sjukskrivning varje vecka eller oftare, jämfört med läkare på annan arbetsplats, enligt logistiska regressionsanalyser. Varje extra år man arbetat som läkare innebar att risken att uppleva konflikter om sjukskrivning i denna utsträckning minskade med 3,1 %. De läkare som hade sjukskrivningsärenden ofta hade drygt fem gånger högre risk att uppleva konflikter om sjukskrivning varje vecka eller oftare. Män hade 21 % högre risk att uppleva konflikter jämfört med kvinnor (tabell 28).

Tabell 28 Risk att uppleva konflikter med patienter kring sjukskrivning

	Ojusterade oddskvoter	Konfidens intervall (95%) för ojusterade oddskvoter	Oddskvot ⁴	Konfidens intervall (95%)	P- värde
Övriga arbetsplatser ¹	1,00		1,00		
Ortopedklinik	2,86	1,87 - 4,38	1,90	1,21 - 3,00	0,006
Vårdcentral	4,24	3,41 - 5,28	3,76	2,95 - 4,78	0,000
Manligt kön			1,29	1,02 - 1,63	0,033
Inte känna stöd från ledningen			1,03	0,78 - 1,36	0,840
År i yrket ²			0,97	0,96 - 0,98	0,000
Ingen gemensam linje för sjukskrivning			1,39	1,08 - 1,79	0,011
Många sjukskrivningsärenden ³			5,16	3,83 - 6,95	0,000

1 Alla läkare utom de läkare som arbetar vid vårdcentral respektive ortopedklinik

2 $1/0,97 = 1,031$ = genomsnittlig minskning med 3,1 % per år

3 Möter patienter aktuella för sjukskrivning 6 gånger i veckan eller mer

4 Kontrollerad för kön, ledningsstöd, år i yrket, gemensam linje beträffande sjukskrivning på arbetsplatsen, många sjukskrivningsärenden

Diskussion och slutsatser

Sammanfattningsvis är förekomsten av upplevelser av hot från patienter kring sjukskrivning, oro för att bli anmäld av en patient samt konflikter i samband med sjukskrivningsärenden inte helt ovanlig bland läkare. Cirka 5 % av läkarna upplevde sådana hot eller sådan oro minst en gång per månad, och risken för att göra det var betydligt högre bland ortopedier och 3-4 gånger så hög för läkare på vårdcentral. Att uppleva konflikter med patienter kring sjukskrivningsärenden var ännu vanligare. 10 % av alla läkarna gjorde detta minst en gång per vecka; 16 % av läkarna inom ortopedi och 22 % av läkarna på vårdcentral. Detta kan vara en anledning till att läkare mår dåligt i samband med sjukskrivningsärenden och kan ses som ett allvarligt arbetsmiljöproblem.

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie: Försäkringskassan, Länskontoren i Stockholm och Östergötland; 2005:46.
2. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Försäkringskassan Länskontoret Stockholm, Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet; 2006:49.
3. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
4. Alexanderson K, red. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
5. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden: Försäkringskassan, Länskontoret Stockholm; 2005:47.
6. Holland-Elliott K. What about the workers? London: The Royal Society of Medicine Press; 2004.
7. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2003.
8. Rydh J, Lundgren R, Målsäter B, Härmä S. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5.
9. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron: problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
10. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
11. Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
12. SOU. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; 2000:5.
13. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5.
14. Järholm B, Olofsson C, red. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
15. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. Scandinavian Journal of Social Medicine. 1998;26(4):241-9.
16. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. Scand J Public Health. 2005;33(4):314-20.
17. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
18. Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005-109-2.

19. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
20. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures Promoting Return to Work - Perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings Universitet; 2005.
21. Krueger R. Focus groups. A practical guide for applied research. London: Sage Publication, Inc.; 1994.
22. Starrin B, Larsson G, Dahlgren L, Styrborn S. Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund. Lund: Studentlitteratur; 1991.
23. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004 Jan 10;328(7431):88.
24. Läkares arbete med sjukskrivningar (enkät): Karolinska Institutet; 2004.
25. Ellström P-E. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Stockholm: Publica; 1997.
26. Kjellgren K, Ahlner J, Dahlgren LO, Haglund L. Problembaserad inläring - erfarenheter från Hälsouniversitetet. Lund: Studentlitteratur; 1993.
27. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
28. Brage S, Bentsen B, Bjerkedal T, Nygard J, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Family Practice*. 1996;13(4):391-6.
29. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health*. 2005;33(4):314-20.