

Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan

- kvalitativa och kvantitativa analyser
av enkätsvar år 2017
och jämförelser med tidigare år

Kristina Alexanderson

Azadé Azad

Mahbuba Haque

Christina Lindholm

Veronica Svärd

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport 12/4 2020

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

Den kan även beställas, se Kontakt på: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

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

Telefon: 08-524 832 24 (adm ass)

ISBN 978-91-7831-755-4

Förord

I denna rapport presenteras resultat om läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Resultaten baseras på svar på enkätfrågor och fritextsvar från en enkät som år 2017 skickades hem till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Sverige¹. Resultaten jämförs även med svar från motsvarande enkäter från 2012, 2008 och 2004¹⁻⁴. Dessa enkätstudier är de fyra hittills största i sitt slag, även internationellt. Det innebär därmed goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan och om läkares uppfattning av Försäkringskassan som samverkanspart samt om eventuella förändring av detta över tid.

Läkare och handläggare vid Försäkringskassan har båda en central roll i sjukskrivningsprocessen och det är av stor betydelse att samverkan mellan dem är optimal^{5,6}. Under de senare åren har flera röster höjts om ökande problem i denna samverkan och Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick år 2018 i uppdrag av regeringen att verka för att samverkan och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården skulle förbättras och kvalitén i sjukskrivningsprocessen höjas^{7,8}. Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till att förstå problem och möjligheter i samverkan mellan läkare och Försäkringskassan samt utgöra underlag för att förbättra sådan samverkan i Försäkringskassans och Socialstyrelsens fortsatta arbete med dialogprojektet⁹.

I *projektgruppen* för detta delprojekt har följande personer (i bokstavsordning) ingått, samtliga anställda vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr
- Azadé Azad, postdoktor, fil dr
- Annika Evolahti, administrativ assistent, med dr
- Mahbuba Haque, statistiker
- Christina Lindholm, forskare, med dr
- Veronica Svärd, postdoktor, fil dr

Till detta projekt med återkommande enkäter till läkare har en referensgrupp varit knuten med representanter från följande centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges kommuner och landsting, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Inspektionen för socialförsäkring samt Socialstyrelsen.

Vi tackar alla de läkare som generöst bidragit genom att via enkäten dela med sig av sina erfarenheter!

Kristina Alexanderson
Professor i socialförsäkring, projektledare
Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet, Stockholm

Sammanfattning

Syftet med detta projekt var att få kunskap om läkares erfarenheter av samverkan med och syn på Försäkringskassan genom kvantitativa och kvalitativa analyser av svar på en enkät som år 2017 skickades till 34 585 yrkesverksamma läkare i Sverige. Svaren jämfördes även med svar från tidigare enkäter. I tabellen nedan framgår studiepopulationers storlek och svarsfrekvens för respektive enkätår.

Enkätår	Studiepopulation	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	7665 (läkare i Stockholm och Östergötland <65 år)	71 %	96
2008	37 047 (samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige)	61 %	163
2012	33 144 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige <68 år)	58 %	163
2017	34 585 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige ≤68 år)	54 %	133

Resultaten speglar alltså ett perspektiv, läkarnas, på samverkan med Försäkringskassan. De baseras på svar på enkätfrågor och på 15 500 fritextsvar år 2017 från de 13 750 läkare som hade sjukskrivningsärenden gällande sin erfarenhet av samverkan med och Försäkringskassan och uppfattning om denna samverkan. Drygt en tredjedel av läkarna (38 %) hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka. Andelen var störst inom ortopedi (74 %), företagshälsovård (72 %) och rehabilitering (69 %). År 2017 upplevde 42 procent av läkarna arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång per vecka, en betydande ökning från 2012 (29 %). Störst var denna andel på vårdcentralerna (70 %). Framförallt ansågs det problematiskt att handlägga längre sjukskrivningsfall.

Av läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var drygt hälften (53 %) vanligen mycket eller ganska nöjda med kontakten, vilket är en minskning från 2012 (70 %). Drygt en tredjedel (39 %) svarade att kontakten med Försäkringskassans handläggare hade stort värde i läkarens arbete med sjukskrivning och nästan lika många (36 %) svarade att samverkans-/avstämningmöten var värdefulla, båda andelarna var något högre än tidigare år.

Andelen läkare som svarat att de upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan har ökat sedan tidigare enkätår. År 2017 svarade en femtedel (23 %) att de inte upplever svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, en minskning från 2012 (31 %). Majoriteten upplevde flera av de 17 olika svårigheter som listades i enkäten, och detta var vanligare bland specialister och vårdcentralsläkare. I jämförelserna över tid fanns en minskning mellan åren 2004 och 2012 för de flesta svårigheter och därefter en ökning till 2017 av andel läkare som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, för några en mycket stor ökning.

I de fördjupade kvalitativa och kvantitativa analyserna av enkätsvar om svårigheter i kontakten med och erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan har svar kategoriserats i sju olika teman: närbarhet, bemötande, kommunikation, kompetens, kompletteringar, förutsägbarhet och rättssäkerhet.

Enkätsvar som rör *Närbarhet* handlar om svårigheter att komma fram per telefon (40 %), att kontakterna tar för mycket tid (41 %) och att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren när denne bitt om det (22 %). I fritextsvaren beskrevs exempelvis att handläggare är svåra att få kontakt med eller att läkare inte fått information om vem som ska kontaktas. Andra läkare skrev att handläggare var lätta att nå.

En tredjedel av läkarna upplevde minst en av de svårigheter som relaterar till *Bemötande* från Försäkringskassan; många upplevde sig eller sina bedömningar ifrågasatta av handläggare (40 %) eller att de möttes av en negativ attityd (16 %). I fritextsvaren beskrev många läkare att de upplevt att handläggare misstrott dem och ifrågasatt deras kompetens och bedömningar av arbetsförmåga. Många skrev också att handläggarna bemött dem, och även deras patienter, otrevligt och respektlöst både muntligt och i skrift. I fritextsvaren fanns även en kategori med kommentarer om positivt bemötande, främst från mer erfarna handläggare.

En av de svårigheter som rör *Kommunikation* gäller läkares upplevelse av att läkare och handläggare "talar olika språk" (34 %). Samverkans-/avstämningmöten ansågs vara viktiga för kommunikationen och samverkan, där den personliga kontakten beskrevs ha stor betydelse. Därför upplevdes det som en försvårande faktor för samverkan att dessa har blivit svårare att få till stånd. Fråga/svar-funktionen

kopplad till elektronisk överföring av intyg beskrevs av en del försvåra kommunikationen med Försäkringskassan, medan andra upplevde att det underlättade kommunikationen betydligt. En del läkare skrev att rehabkoordinatorer underlättade samverkan med Försäkringskassan.

Trettiosju procent upplevde brister i handläggares *Kompetens* (jämfört med 27 % år 2012). Detta tema innehöll flest fritextsvar vilket tyder på att frågan har stor betydelse för läkare. Framförallt handlar kommentarerna om bristande professionalitet och om bristande basal medicinsk kunskap hos handläggare men exempel fanns också på läkare som menade att handläggare hade god kompetens. Kommentarer fanns även om brister i läkares försäkringsmedicinska kompetens.

Temat *Kompletteringar* innehåller den svårighet som flest läkare (56 %) upplevde, nämligen att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg”. Inom vårdcentraler, ortopedi, företagshälsovård och reumatologi svarade över 70 procent detta. Andel som upplevde detta har ökat betydligt från 2012 (37 %). Bland fritextsvaren förekom att läkare hade förståelse för begäran om kompletteringar var nödvändiga ibland, men majoriteten av fritextsvaren behandlade detta som en svårighet. Exempel gavs om att efterfrågad information redan fanns i intyget eller att den handlade om basala medicinska förhållanden som handläggaren kunnat fråga den försäkringsmedicinska rådgivaren om. Långa texter i kompletteringsbegäran där specifika frågor var svåra att hitta är ett annat problem.

Svårigheter i *Förutsägbarhet* i samverkan med Försäkringskassan handlade om att handläggare ofta byts ut, långa handläggningstider, att samverkans- och avstämningsmöten inte blir av, skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och regelverket, samt att handläggare inte följer gemensamt fattade beslut. En positiv faktor relaterad till förutsägbarhet var att läkare upplevde det som positivt att det är tydligt vilka olika roller Försäkringskassans handläggare respektive läkaren har.

Inom temat *Rättssäkerhet* handlade fritextsvaren bland annat om godtycklig handläggning, att FMB används som ’lag’ istället för som rekommendation, att vissa ’nyckelord’ måste användas, svårförståeliga regler och beslut, men också fritextsvar om att regelverket bidrar till tydlighet, inte minst i kommunikationen med patienter.

Förutom de sju teman av svårigheter som redogjorts för, identifierades ytterligare fem större teman i fritextsvaren om samverkan med Försäkringskassan. Ett av dem var *Förändring över tid*, vilket innehåller ett stort antal kommentarer om att samverkan försämrats, att det blivit svårare att få kontakt och få till samverkans- och avstämningsmöten, och att begäran om kompletteringar ökat. Andra fritextsvar handlade om faktorer som bemötande och kompetens, som bl.a. relaterar till en upplevelse av minskad professionalitet hos handläggare, särskilt bland nyanställda. Även svar på många av de specifika enkätfrågorna om svårigheter i kontakten med Försäkringskassan visar stor förändring över tid. En stor andel av fritextsvaren uttryckte starka *Emotioner* som resultat av upplevelser av svårigheter i samverkan med Försäkringskassan. Det handlade framförallt om frustration, ilska, upprördhet, stress, obehag och även misstro. Andra uttryckte oro för patienter. Bland svar om *Konsekvenser* av bristande samverkan framkom att detta slukar resurser i hälso- och sjukvården samt att många läkare upplevde svårigheterna i kontakten med handläggare som ett stort arbetsmiljöproblem – som ibland innebar att läkare ville byta specialitet eller sluta arbeta som läkare. Bristande samverkan beskrevs också drabba patienter på olika sätt. Läkarna beskrev *Strategier* som användes för att hantera svårigheterna beskrevs, och även många *Önskemål och förslag* för att förbättra samverkan med Försäkringskassan.

Sammanfattningsvis framkom att drygt hälften (53 %) var nöjda med kontakten med Försäkringskassan. Å andra sidan upplevde majoriteten (77 %) flera svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Dessa inkluderade logistiska svårigheter såsom nåbarhet, medan andra handlade om kommunikation, bemötande, begäran om kompletteringar av intyg, brister i handläggares kompetens samt förutsägbarhet och rättssäkerhet i processerna. Ett flertal av dessa torde ha stor betydelse för samverkan mellan läkare och Försäkringskassan. Således föreligger det en stor förbättringspotential inom flera områden i samverkan mellan läkare och Försäkringskassans handläggare.

På nästa sida sammanfattas förslag på sådana.

Utveckling och förbättring av samverkan bör ske i dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Förhoppningsvis kan nedanstående förslag utgöra underlag för denna dialog, med beaktande av att de har baserats på läkares upplevelser av samverkan. En del förslag är övergripande, andra är mer på detaljnivå.

Förslag till åtgärder för att förbättra dialog och samverkan mellan läkare och Försäkringskassan i hantering av sjukskrivningsärenden		
Försäkringskassan (FK)	Hälso- och sjukvården (HS)	Både FK och HS
<ul style="list-style-type: none"> -Mer resurser till FK för samverkan med HS för rättssäker och effektiv handläggning -Förtydliga vad samordningsansvaret innebär och ge handläggare förutsättningar att ta detta ansvar -Medverka till och delta i fler avstämnings- och rehabiliteringsmöten -Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling för handläggare och FMR -Att det finns handläggare som specialiserat sig på vissa diagnosområden - Möjlighet för mottagningar att ha en kontaktperson från FK att rådfråga - Kompletteringsbegäran: rådfråga först FMR/senior kollega, beakta all information oavsett var den står i intyget, utforma frågor tydligt, skicka tidigt, ange handläggarens kontaktuppgifter -Använd FMB som en rekommendation som ska individanpassas -Snabbare handläggning av ärenden -Kortare väntetider till FKs utredningar -Följ gemensamt tagna beslut och informera läkare om de ändras -Undvik byten av handläggare i sjukskrivningsärenden -FKs partnernummer: bättre information om det och bemanning även kvällar/helger - Kontakta de läkare som ber om det, samt svara på frågor läkare ställt -Se över skriftlig information till patienter och läkare vad gäller begriplighet och uttryck -Bättre och mer information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet 	<ul style="list-style-type: none"> -Mer resurser till HS för att korta väntetider till återbesök, utredning och behandling och för bättre samverkan med FK -Strategier för bättre läkarkontinuitet i (potentiella) sjukskrivningsärenden -Ökat samarbete mellan läkare och rehabkoordinatorer, kuratorer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, etc. i (potentiella) sjukskrivningsärenden -Tydliggöra vilken kompetens rehabkoordinatorer behöver och basera rekrytering på det -Tydligare ledning och styrning för att främja god kvalitet i hantering av sjukskrivningar -Tydliga rutiner på verksamhetsnivå gällande hantering av sjukskrivning av patienter -Etablera rutiner på verksamhetsnivå för att upptäcka och hantera FKs kompletteringsbegäranden -Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling bland läkare och annan personal -Säkerställ att läkare har tillräcklig tid för att hålla hög kvalitet i handläggning av sjukskrivningsärenden 	<ul style="list-style-type: none"> -Klargöra frågor kring sekretess mellan HS och FK -Tydliggöra och utveckla samverkan även mellan chefer på högre nivåer inom FK och HS -Utveckla de organisatoriska förutsättningarna för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa professionalitet i hantering av sjukskrivningsärenden inom både FK och HS -Verka för mer kunskapsbaserade åtgärder och handläggning, såväl i HS som i FK - Informationsmaterial om försäkringen som kan ges till patienter, på olika språk -Förenkla logistik kring intygshantering (ex. kunna kopiera text till intyg, snabba, fungerande elektroniska verktyg, etc) -Lös tekniska problem som försvårar samverkan - Enklare hantering av intyg till arbetsgivare -Tydliggör vad som behövs i intyg från dag 180 i sjukskrivningsfallet -Verka för att akademiska kurser i försäkringsmedicin utvecklas och genomförs, för FMR, chefer, läkare, handläggare, m.fl. -Verka för att vidtagna åtgärder beforeskas
	Socialstyrelsen	
	<ul style="list-style-type: none"> -För att det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ska underlätta samverkan: uppdatera kontinuerligt; ta fram för fler diagnoser, symptom och multisjuklighet; använd enhetlig terminologi; inkludera information om funktion och aktivitet samt om andra ersättningar -Samordna FMB med Socialstyrelsens riktlinjer, informera bättre om FMB och om när FMB uppdateras 	
FK, HS, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, universitet, SKR, m.fl.		
<ul style="list-style-type: none"> -Verka för inrättandet av en akademisk yrkesexamen förbereder för arbete som handläggare/försäkringsutredare -Ta fram fler exempel på vilken arbetsförmåga som krävs i olika yrken -Förtydliga vad som avses med 'normalt förekommande arbete' -Främja utvecklingen av gemensamma termer och språkbruk -Verka för att vetenskaplig forskning inom området bedrivs 		

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	8
Syfte	14
Material och metod	14
Urval.....	14
Enkäten.....	14
Svarsfrekvens	15
Dataanalys	16
Resultat	22
Studiepopulationen.....	22
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	24
Sjukskrivningsärenden upplevs som problematiska.....	28
Syn på arbetet med sjukskrivning.....	35
Stödfunktioner vid samverkan.....	40
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	40
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	41
Tillgång till rehabkoordinator.....	41
Kontakter med Försäkringskassan.....	46
Frekvens av kontakter med Försäkringskassan	46
Nöjdhet i kontakterna med Försäkringskassan.....	51
Sjukskrivningsärenden som problematiska och nöjdhet i kontakt med Försäkringskassan	55
Värdet av kontakter med Försäkringskassan	57
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	62
Sju teman av svårigheter i samverkan	90
A. Närbarhet i kontakten med Försäkringskassan	91
B. Bemötande från Försäkringskassan	94
C. Kommunikation	98
D. Kompetens.....	104
E. Kompletteringar	111
F. Förutsägbarhet.....	116
G. Rättssäkerhet.....	121
Andra dimensioner av fritextsvar	131
I. Förändring över tid.....	131
II. Emotioner	136
III. Konsekvenser	138
IV. Strategier	149
V. Önskemål och förslag	153
Avslutande kommentarer	161
Kommentarer om metoden.....	162
Kommentarer om resultat	164
Utvecklingsområden	168
Utvecklingsområden; Försäkringskassan	168
Utvecklingsområden; hälso- och sjukvården.....	171
Utvecklingsområden; både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.....	171
Utvecklingsområden; Socialstyrelsen	172
Utvecklingsområden; flera aktörer	172
Figur- och tabelltexter	173
Figurtexter	173
Tabelltexter.....	176
Referenser	178

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen 'Administration' som sammanfattande beteckning för att huvudsakligen arbeta inom det som i enkätenfrågan kallas "Administration, forskning och/eller undervisning".
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation.
FK	Försäkringskassan.
FMB	Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, framtaget av Socialstyrelsen. Det finns dels ett övergripande beslutsstöd som gäller för alla sjukskrivningsärenden ¹⁰ , dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och –grad.
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrhälsovård
Handläggare	I enkäterna har termen Försäkringskassans handläggare använts, varför vi även använder den termen i rapporten. Nyligen har dessa bytt namn till försäkringsutredare.
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen typ av klinik/mottagning/verksamhet som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet ' <i>klinik</i> ' för att beteckna alla dessa tre.
Landsting	I enkäterna efterfrågades vilket landsting/region som läkaren huvudsakligen arbetade inom. I rapporten har vi valt att användas termen "landsting" för detta, föra att inte blanda ihop termen region med den regionindelning som Försäkringskassan använder.
Läkarintyg	Termen 'läkarintyg' och 'sjukintyg' används båda i rapporten för de vanligaste intygen som läkare skriver i samband med sjukskrivning – vid tiden för enkäten gällde blankett FK 7263.
Pat	Patient, en förkortning som förekommer i många citat.
Psykiatri	Här ingår även beroendevård.
Rehabkoordinator	Termen används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer, en funktion som enligt sjukskrivningsmiljarden / överenskommelserna ska införas i landstingen/regionerna ¹¹⁻¹⁶ . Benämningen på rehabkoordinatorer varierar mellan olika verksamheter. Vid tiden för 2017 års enkät hade rehabkoordinatorer införts i varierande omfattning, och från 1 februari tillträdde en ny Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, som gör införande obligatoriskt.

Region	När termen 'region' används i rapporten avses den indelning om fem regioner som för närvarande används inom Försäkringskassan; Region Nord, Mitt, Stockholm, Väst respektive Syd. Länsindelningen för respektive region beskrivs i Metodavsnittet. För att inte förvirra, använder vi genomgående termen 'landsting' när den indelning i de 21 landsting/regioner avses som fanns år 2017 (samtliga dessa har nu blivit regioner).
SCB	Statistiska centralbyrån.
Sjukintyg	Termen 'sjukintyg' respektive 'läkarintyg' används båda i rapporten för de vanligaste intygen som läkare skriver i samband med sjukskrivning – vid tiden för enkäten gällde blankett FK 7263.
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som i enkäten svarat att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Samtliga resultat som redovisas gäller dessa läkare.
Sjukskrivningsmiljarden	Begreppet används genomgående i rapporten för den överenskommelse mellan staten och landstingen, via SKR, som sedan år 2016 har kallas "En kvalitetssäker sjukskrivning och rehabiliteringsprocess" i och med att delar av rehabiliterings-garantin då samordnades med det som tidigare kallades sjukskrivningsmiljarden.
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner.
Specialist	Läkare med minst en medicinsk specialistutbildning, godkänd av Socialstyrelsen som sådan, kallas här genomgående för specialister, för att inte i onödan tynga texten.
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år.
VC	Vårdcentral. Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning.

Bakgrund

Socialförsäkringar är centrala aspekter av välfärdssamhällen, både för enskildas trygghet och för samhällsekonomin^{17, 18}. En viktig del av socialförsäkringarna i Sverige är sjukfrånvaroförsäkringen, dvs. den del av socialförsäkringarna som innebär en inkomstbortfallsförsäkring för personer som p.g.a. sjukdom eller skada under kortare eller längre tid inte kan försörja sig via eget arbete^{17, 19, 20}. I hantering av sjukskrivningsärenden ingår flera olika aktörer, självklart den försäkrade personen/patienten, samt arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Samverkan

I komplexa samhällsfrågor såsom hantering av sjukskrivningsärenden, där flera aktörer och professioner har ansvar i processen är det viktigt att de olika aktörernas arbetssätt även främjar en optimal samverkan mellan dem. En hög grad av god samverkan kan ses ha positiva följder både för individen och för välfärden. Som följd av detta har samverkan blivit en allt vanligare del i välfärdssystemet där det har argumenterats att den nya väldfärdsbyråkratin starkt kännetecknas av samverkan av olika slag²¹⁻²⁶. Anledningen till att samverkan har betonats som eftersträvansvärt har många gånger handlat om en önskan om resurseffektivitet och/eller bättre kvalitet i processen och ett helhetstänkande²⁷.

De snarlika begreppen samverkan, samarbete och samordning har använts omväxlande i litteraturen^{21-25, 28, 29}. Termen samarbete används vanligen för *samarbete* mellan t.ex. olika yrkesgrupper inom en och samma organisation. Termen *samverkan* handlar om det som sker mellan olika organisationer och myndigheter. *Samordning* handlar vanligen om att koordinera resurser och arbetsinsatser. *I den här rapporten är det samverkan mellan professionella i olika organisationer som är utgångspunkt.*

Samverkan har även definierats som både organisatorisk och mellanmänsklig interaktionen, med fokus på att detta sker mellan professionella i olika organisationer. Denna definition av samverkan skiljer sig åt från samarbete genom att inkludera ett strukturerat arbetssätt med tydligt uppsatta mål. Samverkan handlar då om hur samverkan sker, om hur samverkan organiseras, dvs. fokus på processen, samt om effekterna av samverkan.

Systematiska litteraturöversikter har funnit att otillräcklig samverkan mellan involverade aktörer är ett stort problem i sjukskrivningsprocessen^{30, 31}. Enligt OECD skulle fler kunna återgå i arbete om samverkan mellan olika aktörer fungerade bättre³². En översikt³³ fann inte att samverkansprogram för att främja återgång i arbete gjorde det – till skillnad från resultat från två tidigare översikter och metaanalyser³⁴.

Samverkan mellan aktörer i sjukskrivningsprocessen har studerats ur flera aspekter, där ekonomiska, statsvetenskapliga, folkhälsovetenskapliga, medicinska, filosofiska respektive sociologiska perspektiv har tagits i beaktande^{26, 35-44}. Denna forskning har fokuserat på för- och nackdelar med, såväl som på förutsättningarna för, samverkan. *Studier har visat på ett antal faktorer som kan främja eller motverka samverkan mellan olika parter och organisationer. Viktiga aspekter av samverkan som lyfts fram är kontinuerlig kommunikation mellan aktörerna, kunskap och förståelse för varandras arbete samt förutsättningar att utföra detta arbete⁴⁵. Ett gemensamt språkbruk har också visat sig vara centralt⁴⁶⁻⁴⁸, något som har samband med att kunna förstå och begripliggöra den andra aktörens organisatoriska struktur och vem som tar beslut.* Dessa faktorer kan hjälpa till att överbrygga de svårigheter som uppstår när olika organisationer ska samverka. Dock är det vetenskapliga kunskapsunderlaget ännu mycket begränsat.

I studier om samverkan mellan aktörer i sjukskrivningsprocessen har det framkommit att bl.a. tydlighet, förankring, kunskap, engagemang och helhetssyn är viktiga komponenter för att samverkan skall utvecklas positivt över tid⁴⁹. Andra faktorer som främjar en samverkan är enligt Arnsvik^{28, sid 22} en tydlig ledning för samverkan, att tillräckliga resurser ställs till förfogande samt att skillnader mellan de

samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk identifieras, och att hindrande skillnader undanröjs eller om det inte går, hanteras på annat sätt.

Dock kan olika arbetssätt och förhållningssätt förhindra samverkan. Dit hör avsaknad av tydliga mål med samverkan, oklar ansvarsfördelning, olika ekonomiska intressen, organisatoriskt skilda strukturer, bristande samordning, hög personalomsättning samt (för) stor arbetsbelastning^{28, sid 22}. Andra faktorer som har visat sig försvåra samverkan är en ojämn maktstruktur mellan professionerna, såsom aktörer som är i direkt konkurrens till varandra eller om ena eller båda parter framhåller sin egen profession framför samverkan mot gemensamma mål²⁷.

Samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är central för en optimal hantering av processen kring sjukskrivna personer. Att förbättra sådan samverkan har ingått i överenskommelserna mellan staten och SKR om de s.k. sjukskrivningsmiljarderna^{1, 11, 50-53} och särskilt i regeringsuppdraget år 2018 om ”Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården”^{7-9, 48, 54, 55}. I många sjukskrivningsärenden ska både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan även samverka med andra aktörer, såsom arbetsgivare, Arbetsförmedling och kommuner.

Läkares uppgifter och roller i samband med sjukskrivning

Sjukskrivning av en patient är en relativt vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige¹⁻⁴. Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient⁵⁶⁻⁶¹. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet^{62, 63}. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken¹⁹.

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju^{2, 10, 38, 62, 64-68}:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt funktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt - i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra ”normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”^{19, 20}.
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, t.ex. utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder. När det gäller bl.a. grad och längd av sjukskrivning ska läkare i Sverige använda Socialstyrelsens övergripande vägledning för sjukskrivning¹⁰ och när sådant förekommer, diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd som stöd vid ställningstaganden⁶⁹⁻⁷¹.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom sjukvården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg/sjukintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och för andra aktörer, för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Läkaren har i dessa sammanhang *två olika roller*, dels som patientens behandlare, dels som medicinskt sakkunnig, som ger saklig information till andra aktörer, här Försäkringskassan. Dessa roller regleras av ett antal olika lagar och förordningar.

Försäkringskassans handläggares uppgifter och roller i sjukskrivningsärenden

I den allmänna sjukpenningförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för den s.k. skadekontrollen i samband med personers ansökan om ersättning för sjukfrånvaro. Försäkringskassans bedömningar om en person uppfyller de kriterier som gäller för rätt till sjukpenning eller till åtgärder baseras i stor utsträckning på den information som ges i läkarintyg. Försäkringskassans uppdrag är att:

rättsäkert och effektivt administrera försäkrings- och bidragssystemen och ge god service och att därigenom verkställa statsmakternas mål om ekonomisk trygghet för enskilda och hushåll i olika livssituationer^{72, 73, sid 7}.

Liksom läkare har handläggare två roller i sin relation till sjukskrivna personer. Dels ska handläggaren stötta personen, inklusive att informera om rättigheter och möjligheter samt utreda behov av ytterligare åtgärder och om sådant behov föreligger, samordna dessa. Samtidigt ska handläggaren vara den som i försäkringssammanhang kallas skadekontrollant och som i andra sammanhang kallas grindvakt (gatekeeper) i sjukförsäkringssystemet^{19, 38, 66, 74-77}. I den senare rollen är det handläggarens uppgift att utreda den försäkrades rätt till ersättning enligt gällande regler och fatta beslut om detta, beslut som kan få stor betydelse för personernas livssituation och ekonomi.

Flera andra myndighetsutövare har en roll som motsvarar Försäkringskassans handläggare, t.ex. socialsekreterare. För andra sådana yrkesgrupper finns vanligen en högskole- eller universitetsutbildning, med akademisk yrkesexamen, som är utformad för det yrket och som ger möjlighet att utveckla och träna ett professionellt förhållningssätt när det gäller hantering av de olika rollerna. *En sådan riktad universitetsutbildning saknas för närvarande för handläggare inom Försäkringskassan.* Således innebär detta särskilda utmaningar för Försäkringskassan, såväl vad det gäller att skola in nyanställda handläggare, kompetensutveckla redan anställda handläggare och att ge samtliga möjlighet att vidareutveckla, vidmakthålla och tillämpa ett professionellt förhållningssätt. För närvarande sker detta i stor utsträckning i form av internutbildningar snarare än som akademiska utbildningar^{78, 79}.

Försäkringskassan vidtar olika åtgärder för att öka handläggarnas professionalitet^{74, 80-82}. För att kunna ta ställning till lämplig inriktning och utformning av sådana åtgärder behövs olika typer av kunskap, t.ex. vad gäller olika aspekter av professionalitet och om vad som behöver utvecklas.

Professionalitet

Professionalitet i yrkesutövande är ett komplext begrepp som det har skrivits mycket om i olika sammanhang. En gren av den litteraturen handlar om professionalitet i förhållande till organisationens eller myndighetens klienter, kunder, patienter eller försäkrade – medan en annan gren av litteraturen handlar om professionalisering och professionalitet i samverkan/samarbete mellan professioner, inom den egna organisationen eller utanför^{16, 81, 83-87}. Mycket av det som skrivs i sådan litteratur om professionalitet har bäring på kontakter mellan professionella i samarbete kring t.ex. sjukskrivna personer.

En viktig aspekt för synen på professionalitet i samverkan mellan olika yrkesgruppers samverkan kan relateras till hur de olika yrkesgruppernas professionaliseringsprocess ser ut. Läkarens professionaliseringsprocess startade innan välfärdsstaternas framväxt, och karaktäriseras av att i hög grad komma inifrån, dvs. läkare konstruerar i stor utsträckning själva professionens kunskapsfält och identitet och förhandlar med staten kring att säkra och upprätthålla sina ansvarsområden, rätten till autonomi och självreglerad kontroll över sitt arbete (t.ex. rätten att diagnostisera, behandla, remittera eller sjukskriva m.m.)⁸⁸. Professionalisering av handläggare vid Försäkringskassan karaktäriseras istället av att styras ”ovanifrån”, dvs. den politiskt styrda organisationen sätter egna förväntningar på yrkets kompetens och utövar i högre grad styrning och kontroll av deras arbete, vilket innebär begränsningar i professionellt bedömningsutrymme och autonomi^{88, 89}.

Andra aspekter i litteraturen är hur professionaliseringsprocessen in i olika yrken/professioner kan främjas^{16, 67, 81, 90, 91}. I dessa sammanhang nämns ofta vikten av rätt kompetens (kunskap, färdigheter och

förhållningssätt^{92, 93}). Professioner som i sitt yrke ofta har kontakt med patienter/klienter hävdar ofta att de har en unik kompetens av vikt för att lösa specifika problem, i jämförelse med andra professioner⁸⁵. Varje profession strävar efter legitimitet och att besitta en unik kunskapsbas, vilket också avspeglas i Försäkringskassans skrivning om professionalitet:

Professionalitet är ett kollektivt och offentligt begrepp. Det är en yrkesgrupp som strävar efter att bli betraktad som professionell, inte en enskild individ. Gruppen som strävar efter detta erkännande måste visa att den har en kunskapsbas som är nyttig och värdefull och därtill unik. Den måste också åtnjuta legitimitet inom den omgivning de verkar.

Professionalitet är således fråga om en relation mellan de professionella, deras kunder och samhället^{81, sid 4}.

Det har tidigare inte krävts en akademisk utbildning för att bli handläggare inom Försäkringskassan, men efter att Försäkringskassan år 2008 införde krav på någon form av högskoleutbildning för nyanställda handläggare (utredare för tidig bedömning, personlig handläggare eller specialist), hade år 2012 88 procent av de som nyanställdes efter 2008 en högskoleexamen, oftast inom samhällsvetenskapliga ämnen⁹⁴. Att kunskapsbasen är fortsatt vag för handläggaryrket, har bidragit till att Försäkringskassan sedan 2016 i internutbildningar lagt fokus på utredningsmetodik, förvaltningsrätt, att fastställa sjukpenningsgrundande inkomst, skriva beslut samt värdegrund för statsanställda⁹⁵. Kompetensutvecklingen är relaterad till myndighetens kärnuppdrag. Det saknas alltså ännu akademiska utbildningar som underlag för verksamheten.

Läkarens och handläggarens skilda kompetenser (både avseende utbildningarnas innehåll och längd) har sannolikt en inverkan på kommunikationen, samverkan och i förlängningen förtroendet dem emellan⁴⁸. Ojämlika förutsättningar avseende utbildning har visat sig ha påverkan på en professions självständighet och upplevd säkerhet i bedömningar⁹⁶.

Aspekter av kompetens och ett professionellt förhållningssätt i yrkesutövning, samverkan, samt processer för att utveckla detta, är aktuella för såväl läkare som för handläggare.

Åtgärder som kan ha påverkat samverkan åren 2003-2020

De senaste åren har det skett ett flertal förändringar både inom hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan som påverkat samverkan parterna emellan. Dit hör införandet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), förändrade regler i sjukförsäkringen liksom i tillämpningen av reglerna (t.ex. att Försäkringskassan i större utsträckning tar sin skadereglerarroll/grindvaktroll), att försäkringskassorna slagits samman till en statlig myndighet, införandet av elektronisk överföring av läkarintyg, inrättandet av rehabkoordinatorer, utbildning i Försäkringsmedicin för läkare. Det har även varit mycket massmedial uppmärksamhet (särskilt vad avser läkarens missnöje med Försäkringskassan och upplevelsen av ökade krav på vad som ska ingå i intygen). Mer kunskap behövs om dessa åtgärder har påverkat läkarnas arbete med sjukskrivning och läkarens samverkan med Försäkringskassan.

Nedan listas några av de åtgärder som vidtagits och förändringar som skett under de senaste 15 åren och som direkt eller indirekt påverkar läkarens arbete med hantering av sjukskrivningsärenden och deras samverkan med Försäkringskassan.

- På förslag från regeringen antog Riksdagen år 2003 ett *mål om att halvera det så kallade sjuktalet* till år 2008⁹⁷. Detta följdes av specificerade mål och insatser inom olika instanser involverade i sjukskrivningsarbetet under den period som enkätstudierna har ägt rum. Enligt regleringsbrevet för Försäkringskassan för 2016 var målet *att sjuktalet i december år 2020 inte skulle vara större än 9,0*⁹⁸. Enligt regleringsbrevet för 2018 ska Försäkringskassan arbeta för en låg och stabil sjukfrånvaro över tid⁹⁹.
- De tidigare 21 olika regionala försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket slogs år 2005 samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för att öka enhetligheten i bedömningarna.

- Ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* (NFF) med representanter från aktuella myndigheter och organisationer bildades 2002. Bland annat ingår Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKR, Läkarförbundet och Läkaresällskapet.
- På uppdrag av regeringen utövade Socialstyrelsen, för första gången någonsin, tillsyn av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av patienter^{56-58, 60, 61, 100}. Socialstyrelsen definierade i samband med det uppdrag sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling och fann flera problem avseende hur detta hanterades på olika nivåer inom vården. *Hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hantering av patienters sjukskrivning har tydliggjorts¹⁰¹.
- Regeringen gav Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Utredningen publicerades 2005^{65, 102}. Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer inom hälso- och sjukvården samt avseende samverkan med Försäkringskassan.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden*^{103, 104} för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning. Försäkringskassan har också haft en central roll i hantering av dessa överenskommelser mellan staten och SKR. Senare, år 2009, infördes även den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och regeringen^{105, 106}. Efter kritik, bland annat från Riksrevisionen¹⁰⁷ avslutades rehabiliteringsgarantin år 2015, och en del av de medlen ingår sedan dess i överenskommelserna kring sjukskrivningsmiljarden^{50, 52, 79, 108}.
- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra professioner, har ökat och några universitet har även givit *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare¹⁰⁹. År 2015 infördes Socialstyrelsen försäkringsmedicin som ett specialistövergripande delmål för läkare under deras specialiseringstjänstgöring. Det innebär att landstingen är skyldiga att utbilda ST-läkare i försäkringsmedicin¹¹⁰. Under senare år har en struktur för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården införts^{111, 112}. Försäkringsmedicin ingår som en del i detta^{113, 114}. Även Försäkringskassan har omfattande internutbildningar^{74, 80, 81}.
- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygets kvalitet^{48, 115-118}. Regeringens inriktning av styrningen av Försäkringskassan har ändrats flera gånger, vilket inneburit förändringar av Försäkringskassans handläggares arbete både vad gäller former, förutsättningar och fokus i arbetet – även vad gäller samverkan med hälso- och sjukvården^{117, 119, 120}. Försäkringskassan har även tagit fram en ny typ av utredning av sjukskrivna personers aktivitets- och arbetsförmåga; Aktivitetsförmågeutredning (AFU)¹²¹⁻¹²⁹.
- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd* (FMB) infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats.
- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen, både för sjukfrånvaro och för sjuk- och aktivitetsersättning¹³⁰⁻¹³².
- Med början år 2011 har system införts för *elektronisk överföring av läkarintyg* (blankett FK 7263¹) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan, inklusive en funktion för ärendekommunikation ('Fråga-svar-funktionen') i syfte att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan⁷¹.
- En ny funktion för koordinering av åtgärder för att främja återgång i arbete bland sjukskrivna patienter har införts, s.k. rehabkoordinatorer har införts, framförallt vid vårdcentraler, men även inom flera andra typer av kliniska verksamheter^{13-15, 133-138}.
- Mer *forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, vad som påverkar återgång i arbete och om sjukskrivningspraxis^{64, 66, 139-142}.

¹ Under 2019 infördes ett nytt läkarintyg (FK 7804).

- År 2018 gav regeringen Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samverkan och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras, det s.k. *dialoguppdraget*^{8, 54}. Myndigheterna redovisade sina svar och förslag till möjliga utvecklingsinsatser i en rapport juni 2019^{48, 55}.

För att kunna utveckla samverkan mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassan och öka det ömsesidiga förtroendet mellan parterna behövs mer kunskap om hinder, förutsättningar och möjligheter i sådan samverkan. I denna rapport presenteras resultat avseende detta ur läkares perspektiv.

Syfte

Syftet med detta projekt var att få kunskap om läkares erfarenheter av samverkan med samt uppfattningar om Försäkringskassan som samverkanspart när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden och om detta förändrats från 2004 till 2017.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från kvantitativa och kvalitativa analyser av svar på vissa enkätfrågor samt fritextsvar från en enkät som år 2017 riktades till drygt 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige¹. Dessa jämförs även med svar från tre tidigare enkäter, från 2012, 2008 respektive 2004. För mer detaljerad information om de olika enkäterna hänvisas till tidigare huvudrapporter från respektive enkät¹⁻⁴.

Urval

I urvalet för 2017 års enkät ingick samtliga läkare som var yrkesverksamma i Sverige, bodde i Sverige och var yngre än 68 år, med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de tre tidigare enkäterna²⁻⁴, mycket sällan har sjukskrivningsärenden. Specialister verksamma inom följande kliniska verksamheter inkluderades inte: laboratorieverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi. Vid analyserna för 2017 års huvudrapport framkom att de flesta gynekologer/obstetiker utanför Stockholms läns landsting, av misstag, inte heller inkluderats i urvalet.

För Stockholms och Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta. Detta för att kunna jämföra med resultaten från tre tidigare enkäter 2004, 2008 respektive 2012¹⁻⁴.

Enkäten

Enkäten år 2017¹ var en uppföljning till de tre tidigare enkäterna från 2004, 2008 och 2012. Den reviderades delvis, bl.a. med utgångspunkt i analyser av resultaten från 2012 års enkät, inklusive av de då omkring 4000 öppna svaren^{16, 143}. Vissa frågor tillkom efter önskemål från referensgruppen och andra intressenter medan andra frågor togs bort efter önskemål om att minska antalet frågor något. Sedan enkäten år 2012 har vissa förändringar skett det gäller förutsättningar för läkares arbete med sjukskrivningar, vilket också behövde beaktas i enkäten.

Frågeområden

Enkätfrågorna handlade om ett flertal övergripande *frågeområden*¹. I detta projekt har svar på frågor inom nedanstående områden använts, i den mån de har betydelse för samverkan med Försäkringskassan.

- Bakgrundsfaktorer: Ålder, kön, utbildningsnivå, klinisk verksamhet, region
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Frekvens och allvarlighetsgrad av olika problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Elektronisk överföring av läkarintyg
- Rehabkoordinatorer
- Samverkan med Försäkringskassan
- Syn på olika aspekter i arbetet med sjukskrivningar
- Arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem

Datainsamling

För att kunna genomföra enkätstudien med största möjliga anonymitet fick Statistiska centralbyrån (SCB), liksom vid de tre tidigare enkäterna, i uppdrag att administrera datainsamlingen. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt av SCB, som sedan lämnade en avidentifierad datafil till projektgruppen.

Information om kön, ålder, boendelän, år för läkarexamen och för läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning(ar) inhämtades från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) via QuintilesIMS. Detta för att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter. Informationen i HSAR baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

Frågeformuläret skickades till läkarnas hemadresser, dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterade i HSAR. Personer som inte hade en adress i Sverige exkluderades, då ett kriterium för inklusion var att bo i Sverige.

Enkäten kunde besvaras antingen via en webbenkät eller i pappersform. Enkäten skickades ut i maj 2017. Fyra påminnelser skickades till de personer som inte svarat; enkäten stängdes i oktober 2017.

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 34 718 läkare. Det framkom att 176 av dessa inte ingick i studiepopulationen, på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit.

Antalet läkare i studiepopulationen var således 34 585 personer.

Svarsfrekvensen var 54,1 procent (Tabell 1). Som ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något större bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer. För 213 personer kom inbjudan att delta tillbaka till SCB med postretur, vilket innebär att dessa personer aldrig fick inbjudan. Om dessa personer inte räknas med var svarsfrekvensen 54,4 procent. Av de svarande använde 57,5 procent webbenkäten, övriga svarade via pappersformuläret.

Tabell 1. Svarsfrekvens (%) år 2017 uppdelat på kön respektive åldersgrupper.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	34 585	18 714	54,1
Kvinnor	16 567	9419	56,9
Män	18 018	9295	51,6
25-39 år	11 125	6070	54,6
40-54 år	12 904	6392	49,5
55-68 år	10 556	6252	59,2

Jämförelse med svar från tre tidigare enkäter; 2004, 2008 och 2012

För att få kunskap om förändringar över tid avseende några av enkätfrågorna jämfördes även svaren från motsvarande enkätfrågor när sådana förekom i de tre motsvarande enkätstudier som genomfördes år 2004, 2008 respektive 2012¹⁻⁴. Som framgår i Tabell 2 har antalet läkare i studiepopulationerna varierat beroende på urvalskriterier de olika åren. År 2004 ingick endast läkare från Stockholms och Östergötlands län.

Tabell 2. Studiepopulation, svarsfrekvens (%) och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Enkätår	Studiepopulation	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	7 665 (läkare i Stockholm och Östergötland <65 år)	71 %	96
2008	37 047 (samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige)	61 %	163
2012	33 144 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige <68 år)	58 %	163
2017	34 585 (flertalet yrkesverksamma läkare i Sverige ≤68 år)	54 %	133

Dataanalys

I denna rapport är fokus på ett urval av de 133 frågorna i 2017 års enkät som handlar om läkares samverkan med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden.

Resultat från samtliga enkätfrågor och fullständig dataanalys finns i den övergripande rapporten från projektet, där resultat från samtliga enkätfrågor presenteras övergripande¹. Här har enkätfrågor avseende samverkan med Försäkringskassan samt fritextsvar om detta analyserats. I en tidigare delstudie har enkätfrågor och fritextsvar avseende det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) och digitalisering av läkarintyg analyserats⁷¹.

Av enkätfrågorna har de som rör samverkan med Försäkringskassan, såsom frekvens av och nöjdhet med kontakter, svårigheter i kontakter etc. inkluderats. De specifika frågorna och svarsalternativen för var och en av dem redovisas i Tabell 3. Om respektive enkätfråga förekommit i någon/några av de fyra tidigare enkäter nämns det i en parantes efter varje fråga.

Resultaten redovisas övergripande för samtliga sjukskrivande läkare i hela landet och för vissa frågor i olika grupper av läkare uppdelat på följande faktorer: utbildningsnivå, typ av klinik/mottagning, åldersgrupp, kvinnor och män samt uppdelat utifrån Försäkringskassans regionindelning.

När det gäller regioner har den *indelning om fem regioner* som för närvarande används inom Försäkringskassan tillämpats, enligt följande:

- *Nord*: Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten.
- *Mitt*: Södermanland, Uppsala, Västmanland, Östergötland
- *Stockholm*: Stockholm, Gotland
- *Väst*: Västra Götaland, Örebro, Halland, Dalarna, Värmland
- *Syd*: Skåne, Blekinge, Kronoberg, Jönköping, Kalmar

I vissa analyser har typ av klinik läkaren huvudsakligen arbetat vid delats in i vårdcentral, ortopedi, psykiatri samt övriga läkare.

Tabell 3. De enkätfrågor från 2017 som användes i analyserna (samt i vilka tidigare enkäter frågan fanns), med frågans respektive svarsalternativ.

Fråga	Svarsalternativ
Vid vilken typ av klinik/mottagning/ verksamhet har Du ditt huvudsakliga arbete? (även 2012, 2008, 2004)	18 olika sådana
Har du tillgång till en s.k. rehabkoordinator i din verksamhet?	Ja, Nej, Vet inte
Vilken är Din högsta läkarutbildningsnivå? (även 2012, 2008, 2004)	Läkarexamen; Legitimerad läkare; Pågående ST-utbildning; Specialist
I vilket landsting/region finns Din huvudsakliga arbetsplats? (även 2012, 2008, 2004)	21 olika landsting/regioner samt "Annat land"
Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning? (även 2012, 2008, 2004)	Fler än 10 ggr/vecka; 6-10 ggr/vecka; 1-5 ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig.
Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska? (även 2012, 2008, 2004)	Fler än 10 ggr/vecka; 6-10 ggr/vecka; 1-5 ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga patienters sjukskrivning? (även 2012, 2008, 2004)	Mycket; Ganska; Lite; Inte alls.
Hur ofta sjukskriver du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos FK? (även 2012, 2008)	Dagligen, Någon gång/vecka, någon gång/månad, några ggr/år, Aldrig/i stort sett aldrig
Hur ofta i ditt kliniska arbete...	Fler än 10 ggr/vecka; 6-10 ggr/vecka; 1-5 ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig.
-Samarbetar du med/remitterar till rehabkoordinator	"-"
-Innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för dig? (även 2012, 2008)	"-"
-Deltar du i s.k. avstämningsmöten kring patienter du sjukskriver? (även 2012, 2008, (2004))	"-"
-Har du kontakt med någon från FK angående sjukskrivningsärenden? (även 2012, 2008, 2004)	"-"
Hur nöjd är du i allmänhet med dina kontakter med FK? (även 2012, 2008)	Mycket nöjd; Ganska nöjd; Ganska missnöjd; Mycket missnöjd
Underlättar FMB dina kontakter med Försäkringskassan? (även 2012, 2008)	Ja; Nej
Använder du elektronisk överföring av läkarintyg till FK?	Ja; Nej
I vilken utsträckning instämmer du i nedanstående påståenden	Instämmer helt; I stort; Knappast; Inte alls
- Hur jag arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter	"-"
- Fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i mitt arbete med sjukskrivning	"-"
- Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid	"-"
Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Stort värde; Måttligt värde; Inget värde
-Kontakter med handläggare och utredare på FK (även 2012, 2008, 2004)	"-"
-Samverkansmöten/avstämningsmöten (även 2012, 2008, 2004)	"-"
-Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (även 2012, 2008)	"-"
-att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av rehabkoordinator	"-"
- Har du tillgång till en s.k. rehabkoordinator i din verksamhet?	Ja; Nej; Vet inte
- Hur ofta i ditt kliniska arbete samarbetar du med/remitterar till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden?	Fler än 10 ggr/vecka; 6-10 ggr/vecka; 1-5 ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig.
I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan, vari består dessa?	"Upplever inga svårigheter". Upplever en eller fler av de 17 listade svårigheterna ¹ samt "Annat"

¹ De 17 listas överst på nästa sida

Följande 17 typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK) listades i frågeformuläret 2017¹

Det tar för mycket tid i anspråk (även 2012, 2008, 2004)
 Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med (även 2012, 2008, 2004)
 Det är svårt att komma fram per telefon (även 2012, 2008, 2004)
 FK har stängt när Du har tid att ta kontakt (även 2012, 2008, 2004)
 FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det (även 2012, 2008, 2004)
 FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser (även 2012, 2008, 2004)
 Du möts av en negativ attityd (även 2012, 2008, 2004)
 Ni tycks tala olika språk (även 2012, 2008, 2004)
 Oklarheter kring sekretessfrågor (även 2012, 2008, 2004)
 Patientens handläggare byts ofta ut (även 2012, 2008, 2004)
 Du upplever att handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar (även 2012, 2008, 2004)
 Svårt att förmedla information via FKs blanketter (även 2012, 2008)
 FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg (även 2012)
 Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (även 2012, 2008)
 Du upplever brister i handläggares kompetens (även 2012)
 Att FK efterfrågar 'objektiva medicinska fynd' där sådana ej kan observeras vid undersökningen
 FK deltar ej i avstämningsmöten/rehabmöten
 Annat¹

¹För "Annat" ombads den svarande att förtydliga i kommentarsfält för fritext på samma sida.

De ovanstående svårigheterna har även delats in i sju mer övergripande teman: A. närhet, B. bemötande, C. kommunikation, D. kompetens, E. kompletteringar, F. förutsägbarhet samt G. rättssäkerhet (Tabell 24 och Tabell 32). Enkätfrågorna redovisas dels för sig och dels, när analysen av fritextsvaren presenteras, sammanslaget för respektive tema om samverkan med Försäkringskassan.

Jämförelser över tid

I jämförelserna mellan åren ingår "sjukskrivande läkare" dvs. de som uppgav att de åtminstone några gånger per år har konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt. För de skillnader som finns mellan åren i enkätfrågor och i analyser av dessa hänvisas till huvudrapporten¹.

De fyra enkätstudierna är tvärsnittsstudier, samtliga läkare har fått enkäten respektive år men vi har inte haft möjlighet att följa enskilda läkares svar över tid. Även om vi kunnat det hade stora grupper då inte inkluderats – de nyexaminerade och de som av olika anledningar inte arbetar som läkare i Sverige längre, framförallt p.g.a. ålderspension. Alla jämförelser över tid gäller alltså på gruppnivå. Trots att det inte blir korrekt uttryckt, använder vi ändå begreppen ökning och minskning när vi jämför andelar av läkare mellan åren. Detta för att texten inte ska bli alltför tungläst.

Tre olika jämförelser mellan enkätsvaren från de olika åren har gjorts (Tabell 4):

1. jämförelser mellan 2012 och 2017 (tabeller/figurer i grön färg)
2. jämförelser mellan 2008, 2012 och 2017 (tabeller/figurer i aprikos färg)
3. jämförelser mellan 2004, 2008, 2012 och 2017. För 2004 ingår endast läkare i Stockholm och Östergötland som är under 65 år gamla. I dessa jämförelser är 2004 markerat med gul färg och övriga år har aprikos färg i tabeller/figurer.

Tabell 4. Antal svarande läkare, antal och andel (%) av dem som är sjukskrivande samt antal och andel (%) som ingår i jämförelserna.

Enkätår	Antal svarande läkare	Antal sjukskrivande läkare	Andel sjukskrivande läkare av de svarande	Antal sjukskrivande läkare <68 år	Andel sjukskrivande läkare <68 år av de svarande
2017	18 714	13 750	73,5 %	13 720	73,3 %
2012	19 107	12 933	67,7 %	12 933	67,7 %
2008	22 498	15 057	66,9 %	14 718	65,4 %
2004	5 455	4 018	73,7 %	4 018	73,7 %

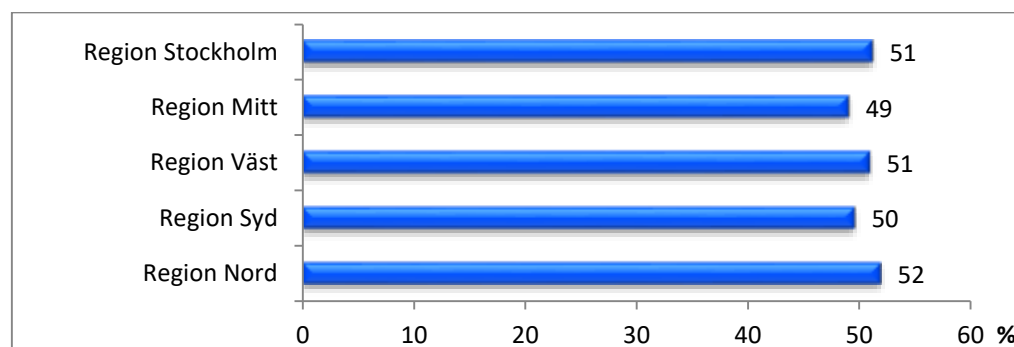
Enkätsvaren har här analyserats med deskriptiva statistiska metoder. I ett datamaterial av den storlek som detta projekt genererat, blir även små absoluta skillnader mellan olika grupper som regel statistiskt signifikanta. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera ’signifikans utan relevans’, och att det snarare är anmärkningsvärt när det inte finns en signifikant skillnad mellan resultat. Dock presenterar vi ibland konfidensintervall – där det då blir tydligt hur snäva dessa är. Vi har i rapporten valt att i stor utsträckning presentera resultaten grafiskt i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se eventuella likheter och skillnader mellan grupper över tid.

Fritextsvar 2017

Hälften (51 %; n = 6968) av de sjukskrivande läkarna lämnade kommentarer i ett eller flera av de åtta öppna kommentarsfälten i enkäten. Sju av kommentarsfälten handlade om specifika områden, dvs. dessa fanns efter specifika enkätfrågor, medan den sista var ett öppet alternativ; ”Plats för ev. ytterligare kommentarer”. I 2012 års enkät hade 31 procent av deltagarna givit fritextsvar¹⁶.

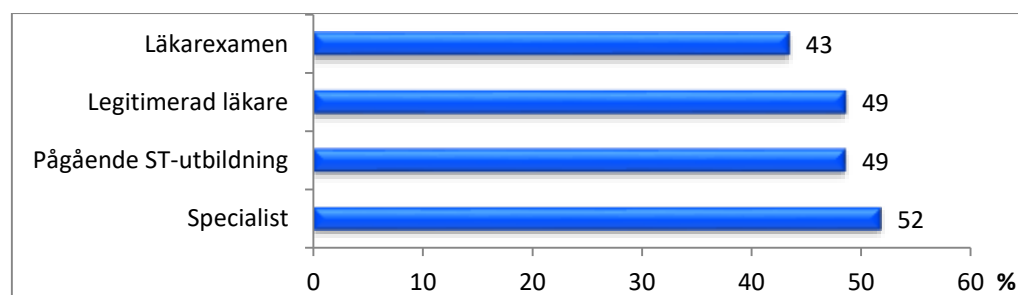
Drygt hälften (57,5 %) av enkäterna besvarades via internet medan ca. 5900 enkäter lämnades in som pappersenkäter. Fritextsvar i dessa pappersenkäter transkriberades ordagrant, även avseende gemener, versaler och understrykningar. De handskrivna kommentarer som var svårtydbara lästes och gick igenom av flera forskare. Endast en handfull meningar där texten inte gick att tyda återstod, och dessa texter inkluderades inte.

Något större andel kvinnor än män gav fritextsvar (54 % vs. 47 %). På motsvarande sätt gav större andel av de äldre läkarna fritextsvar än de yngre gjorde (24-39 år: 46 %; 40-54 år: 51 %; 55-68 år: 54 %). Det var inga större skillnader mellan regionerna i andel som gav fritextsvar, en något större andel i Region Nord (52 %) och mindre i Region Mitt (49 %) (Figur 1).



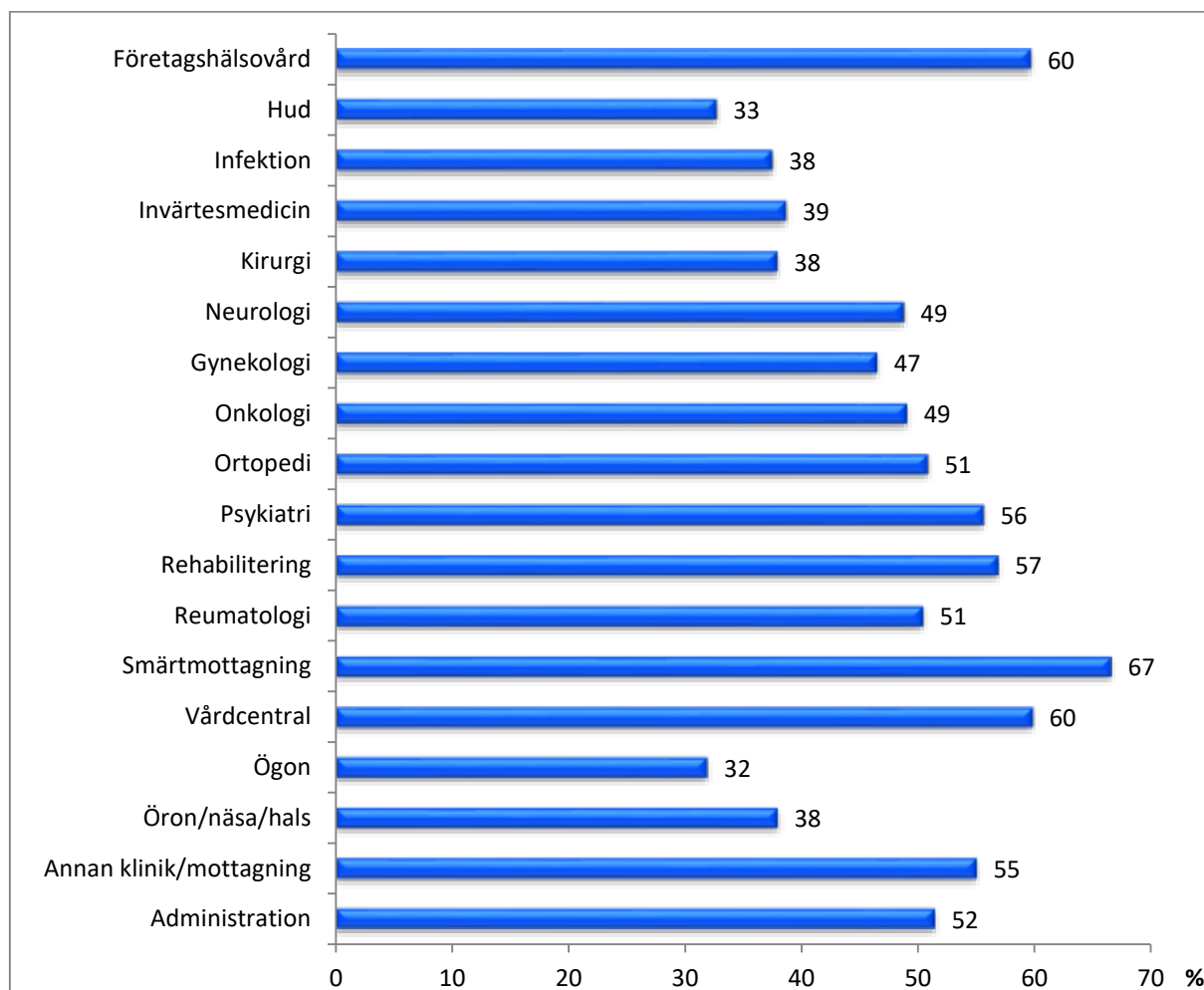
Figur 1. Andel (%) läkare i respektive region som lämnat fritextsvar.

En större andel läkare med specialistutbildning (52 %) lämnade fritextsvar jämfört med dem med läkarexamen (43 %) (Figur 2).



Figur 2. Andel (%) läkare som lämnat fritextsvar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

I Figur 3 framgår andelen av läkare vid olika kliniker som även lämnade fritextsvar. Störst andel som gjorde det var läkarna på smärtkliniker (67 %), företagsvård (60 %) och vårdcentraler (60 %). Minst andel läkare som lämnade fritextsvar arbetade på ögon- (32 %) och hudkliniker (33 %).



Figur 3. Andel (%) läkare som lämnat fritextsvar, uppdelat på typ av klinik.

Sammanlagt skrev läkare drygt 15 500 fritextsvar och en mycket stor del av dessa kommentarer berörde på något sätt Försäkringskassan. I denna studie har vi identifierat, kodat och analyserat fritextsvar som berör läkares erfarenhet av samverkan med och uppfattning om Försäkringskassan, vad avser sjukskrivningsärenden. Fritextsvaren kodades och analyserades med hjälp av analysverktyget NVivo¹⁴⁴, ett program som erbjuder möjlighet att hantera och analysera stora mängder data.

Kodning och analys har varit explorativ, utifrån kvalitativ innehållsanalys¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Analyserna har utgått från de områden och teman som ryms inom syftet med studien, där vi även utgått från de teman som identifierats i analyser av fritextsvar från tidigare rapporter^{16, 71, 148} där fokus varit läkares kontakter med Försäkringskassan. Detta för att även kunna analysera eventuella förändringar över tid och identifiera eventuella skillnader i teman och kategorier i fritextsvar mellan de olika år enkäten skickats ut. I läsningen av fritextsvaren har vi också förutsättningslöst 'lyssnat till' det som läkare valt att lyfta i relation till området samverkan och kontakt med Försäkringskassan. Detta har lett till att nya teman eller kategorier identifierats jämfört med tidigare års enkäter men också att teman som i analyser av fritextsvar från tidigare enkäter varit framträdande, också gått att finna här.

I en första fas kodades 800 läkares öppna svar avseende samverkan med och uppfattning om Försäkringskassan, till en första struktur av noder och undernoder. Med nod avses här tematiska

grupperingar av kodade textstycken från läkarnas skrivna kommentarer (t ex Begäran om kompletteringar eller Brist på kompetens). Noder och undernoder kodades i hierarkiska strukturer som sedan diskuterades i projektgruppen, ett gemensamt analysarbete som resulterade i ytterligare undernoder. När strukturen för noder och undernoder hade etablerats i projektgruppen kodades de resterande kommentarerna. Under kodningen av resterande kommentarer har dock noder korrigerats under arbetets gång, och nya noder har tillkommit och/eller noder har slagits samman. När kodningen av alla 15 500 kommentarer var genomförd diskuterades varje tema, kategori och subkategori återkommande i projektgruppen, ett analysarbete som resulterade i ytterligare några förändringar.

Resultaten från de kvalitativa analyserna av fritextsvar presenteras i den hierarkiska ordningen teman, kategorier samt subkategorier. Varje tema kan innehålla flera kategorier, varje kategori kan innehålla flera subkategorier. De tre olika nivåerna identifierades under analysprocessen och exemplifieras med ordgranna citat från fritextsvaren.

Många av fritextsvaren innehöll aspekter som kunde hänföras till fler än ett tema eller en kategori eller subkategori. Med tanke på den stora omfattningen av antal kommentarer som ämnesmässigt omfattade flera teman, kategorier respektive subkategorier, har de hanterats under det tema/kategori/subkategori som de tydligast identifierades att beröra.

Inom samtliga teman finns det ofta ett stort antal kommentarer som skulle kunna citeras. Vi har, med tanke på rapportens omfattning, valt att vara sparsamma med att ange citat – men ändå tagit med så många att läsaren ges en möjlighet att 'höra läkarens röst'. Urvalet av citat baseras framförallt på att de ska vara tydliga exempel på respektive subkategori och ibland för att bidra till fördjupad förståelse kring subkategorin. Citaten är direkt återgivna. För läsoplevelsen, och med respekt för att enskilda läkares säregna stavfel skulle kunna kännas igen, har dock enklare rättning av uppenbara stavfel gjorts. Förkortningar som läkaren använt har vanligen inte förklarats. Vissa förkortningar eller textavsnitt i kommentarer, som inte säkert förstås av andra har förtydligats med infogad text som omgett med []. I flertalet fall har vi inte redovisat all text en läkare skrivit utan valt ut delar av större textstycken. Om text mitt i ett citat tagits bort redovisas detta med /.../ mellan orden i citatet. Varje läkare som gett kommentarer har ett unikt ID nummer – detta visas efter respektive citat, t.ex. (ID 1234).

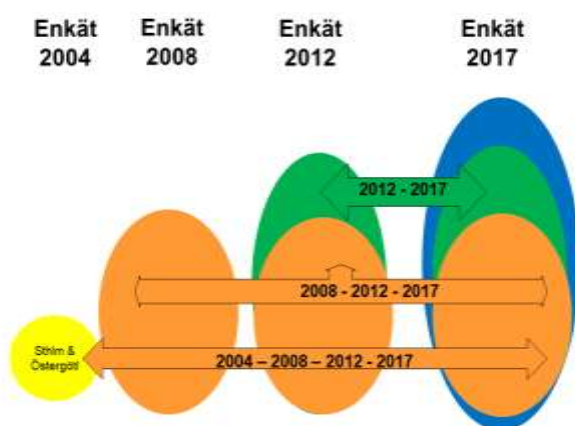
Självklart finns det många ytterligare aspekter att analysera när det gäller detta enormt rika material – dessa har dock inte inkluderats i denna studie. Exempelvis handlade en del läkares fritextsvar om önskemål om ett annat sjukpenningssystem. Då dessa kommentarer faller utanför studiens syfte har vi inte inkluderat dem i analysen.

Resultat

I resultatdelen ges först bakgrundsinformation för de 13 750 svarande sjukskrivande läkarna, när det gäller köns- och åldersfördelning och andel med specialistutbildning. Detta presenteras för samtliga och uppdelat på de fem regionerna samt ibland även för typ av klinisk verksamhet. Efter varje avsnitt ges en kort sammanfattning.

Därefter redovisas läkarens arbete med sjukskrivningsärenden och deras erfarenhet av de olika stödfunktioner som tillkommit under åren; dvs. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, elektronisk överföring av läkarintyg och införande av rehabkoordinatorer.

Svaren på enkätfrågorna redovisas för samtliga läkare, uppdelat på region, utbildningsnivå, kön- och ålder, typ av klinik och i vissa frågor även förändring mellan enkätåren. Tabeller och figurer från enbart 2017 visas i blå färg, jämförelse mellan 2012-2017 i grön färg och jämförelser mellan 2008-2012-2017 är aprikos färg. När enkätsvar från 2004 visas i figurer är de staplarna i gul färg, medan övriga staplar i figuren är aprikosa. I de gula staplarna ingår alltid bara läkare som 2004 arbetade i Stockholms eller Östergötlands län och var <65 år. I Figur 4 framgår färger för respektive jämförelser.



Figur 4. En översiktsbild för illustration av de färger som används i figurer och tabeller för de olika jämförelserna över tid.

Samverkan med Försäkringskassan redovisas dels i svar om läkares nöjdhet i kontakterna dels i upplevda svårigheter i kontakterna. Sist redovisas resultat från analyser av fritextsvaren om erfarenheter av och uppfattningar om samverkan med Försäkringskassan, dels i sju teman avseende svårigheter dels avseende fem andra teman som identifierades i analysen av fritextsvaren.

Efter varje avsnitt ges en sammanfattning av avsnittet.

Studiepopulationen

I Tabell 5 redovisas antal och andel av samtliga deltagande sjukskrivande läkare, samt andel kvinnor och män, andel i tre åldersgrupper, andel specialistutbildade uppdelat på typ av klinisk verksamhet som de huvudsakligen arbetade inom. Drygt en tredjedel av de svarande arbetade på vårdcentral och drygt två tredjedelar hade minst en specialistutbildning. Störst andel specialistutbildade fanns inom företagshälsovård (96 %) och smärtmottagningar (93 %) och minst (61 %) inom vårdcentralerna.

Tabell 5. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

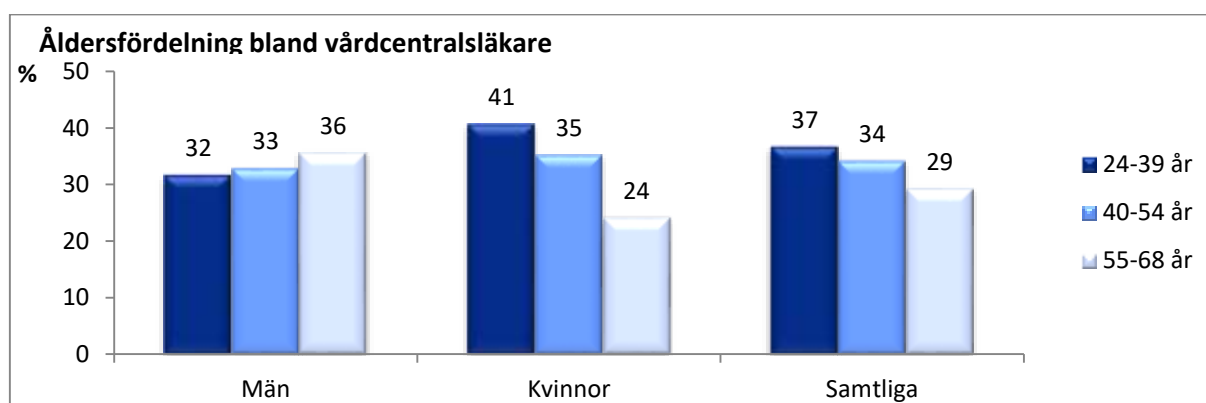
Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	338	2,5	50	4	28	68	96
Hud	171	1,2	75	29	40	32	76
Infektion	357	2,6	51	45	36	19	62
Invärtesmedicin	1661	12,1	46	41	34	24	65
Kirurgi	1285	9,3	34	37	39	24	71
Neurologi	305	2,2	46	36	42	22	74
Gynekologi	320	2,3	81	41	35	24	66
Onkologi	342	2,5	64	35	39	26	70
Ortopedi	921	6,7	26	34	36	30	74
Psykiatri	1050	7,6	54	31	35	33	71
Rehabilitering	158	1,1	62	20	35	44	80
Reumatologi	198	1,4	64	32	34	33	78
Smärtmottagning	54	<0,5	39	4	35	61	93
Vårdcentral	4687	34,1	55	37	34	29	61
Ögon	341	2,5	56	31	42	27	77
Öron/näsa/hals	421	3,1	49	34	37	29	73
Annan klinik ³	1029	7,5	52	33	35	31	68
Administration	66	0,5	42	12	35	53	88
Ej svarat på frågan om kliniktillhörighet ²	46	<0,5	37	22	41	37	61
Samtliga läkare	13 750	100	50	35	35	29	68

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² Dessa 46 läkare har i fortsättningen av rapporten *inte* tagits med i redovisningar av kliniker/mottagningar.

³ I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de läkare som uppgav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (p.g.a. lågt antal, n ≤ 8). Där ingår även läkare inom barn- och ungdomskliniker, geriatrik samt de som svarade att de inte arbetade på någon klinik.

Den största gruppen svarande var vårdcentralsläkare (34 %) och en fråga var därför om den gruppen skiljer ut sig när det gäller köns- eller åldersfördelning (Figur 5). Hälften (50 %) av samtliga svarande var kvinnor och andelen var något större, 55 procent, på vårdcentralerna. Skillnaden i åldersfördelning mellan vårdcentral och samtliga var minimal; 24-39 år 37 % respektive 35 %; 40-54 år 34 % respektive 35 %; 55-68 år 29 % i båda. Bland kvinnor var det störst andel i den yngsta åldersgruppen (41 %) och minst i den äldsta (24 %) medan det bland män var mer jämnt fördelat mellan åldersgrupperna; yngsta gruppen (32 %); äldsta gruppen (36 %).



Figur 5. Åldersfördelning (%), bland kvinnor och män samt samtliga bland vårdcentralsläkarna

I hela landet var hälften av läkarna kvinnor. I Region Stockholm var andelen kvinnor något större (55 %) (Tabell 6). Omkring en tredjedel i regionerna var 55-68 år. Skillnaderna mellan regionerna var störst i den yngsta åldersgruppen 24-39 år med 40 procent i Region Nord och 31 procent i Region Stockholm. Andel specialistutbildade varierade mellan regionerna från 63 procent i Region Nord till 70 procent i Region Stockholm.

Tabell 6. Köns- och åldersfördelning (%) samt andel specialistutbildade läkare, uppdelat på de fem regionerna.

	Kvinnor	24-39 år	40-54 år	55-68 år	Specialistutbildad
Region Stockholm (n=3514)	55	31	38	31	70
Region Mitt (n=1830)	48	35	36	30	68
Region Väst (n=3783)	49	36	34	29	67
Region Syd (n=2966)	49	35	36	29	68
Region Nord (n=1636)	49	40	32	28	63
Ej svarat på frågan om landsting (n=21)	62	33	24	43	80

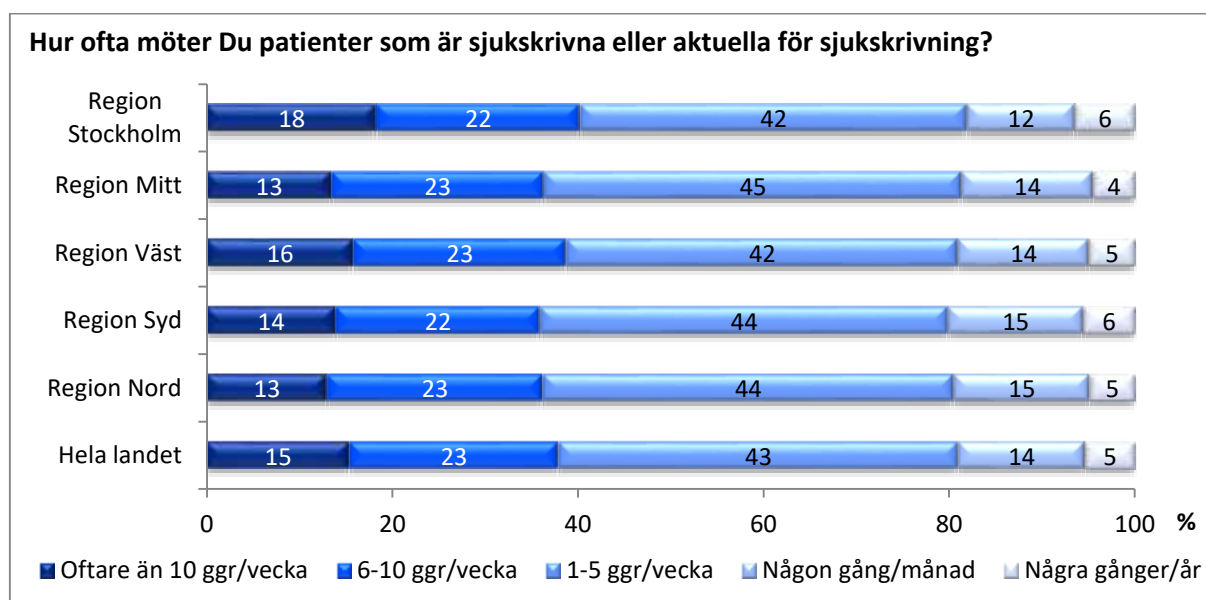
¹ De 21 läkare som inte svarade på frågan om i vilket landsting deras huvudsakliga arbetsplats fanns redovisas här efter *inte* när resultat presenteras uppdelat på region.

Sammanfattning

En tredjedel (34 %) av de 13 750 läkarna arbetade på vårdcentraler, näst största gruppen var invärtesmedicin (12 %). Hälften (50 %) av dem var kvinnor och något större andel av kvinnorna var yngre. Det fanns en stor variation mellan olika typer av kliniker vad gäller andel kvinnor, andel yngre och andel med specialistutbildning. Vårdcentraler hade minst andel (61 %) specialistutbildade läkare. Däremot var variationen liten mellan de fem regionerna. Andelen kvinnor och andelen specialistutbildade läkare var störst i Region Stockholm. Andel specialistutbildade var mindre i Region Nord än i de fyra övriga regionerna.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Av de sjukskrivande läkarna svarade fyra femtedelar (81 %) att de har sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan (Figur 6). Totalt hade 38 procent sjukskrivningsärenden dagligen, och 15 procent oftare än tio gånger per vecka. Det finns inga stora skillnader mellan regionerna. I Region Stockholm hade en något större andel (18 %) sjukskrivningsärenden dagligen, jämfört med i Region Mitt respektive i Region Nord (13 %).



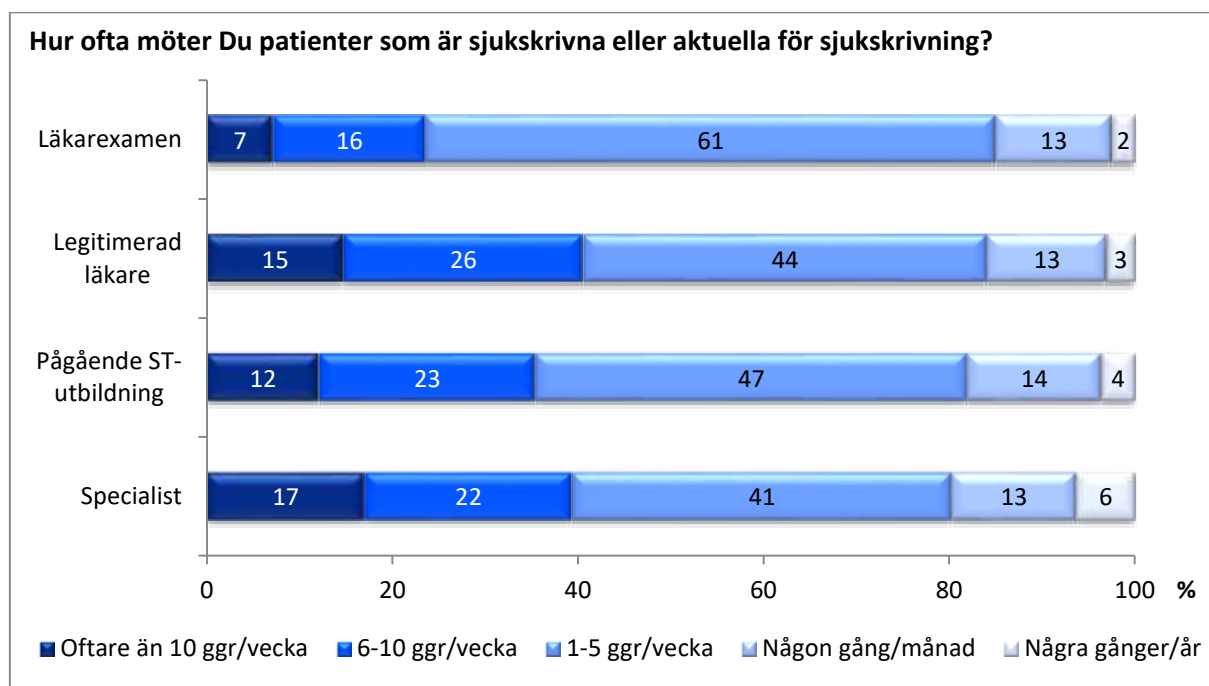
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på fem regioner samt i hela landet.

Det fanns inte några större skillnader mellan kvinnor och män när det gäller frekvens av sjukskrivningsärenden, något större andel män hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger per vecka och något större andel kvinnor hade detta 1-5 gånger per vecka (Tabell 7). Åttioen procent bland både kvinnor och män hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka. Mellan åldersgrupperna fanns endast en liten variation; 79-82 procent hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka, störst andel i åldersgruppen 24-39 år.

Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till frekvens av sjukskrivningsärenden, uppdelat på kön och åldersgrupper.

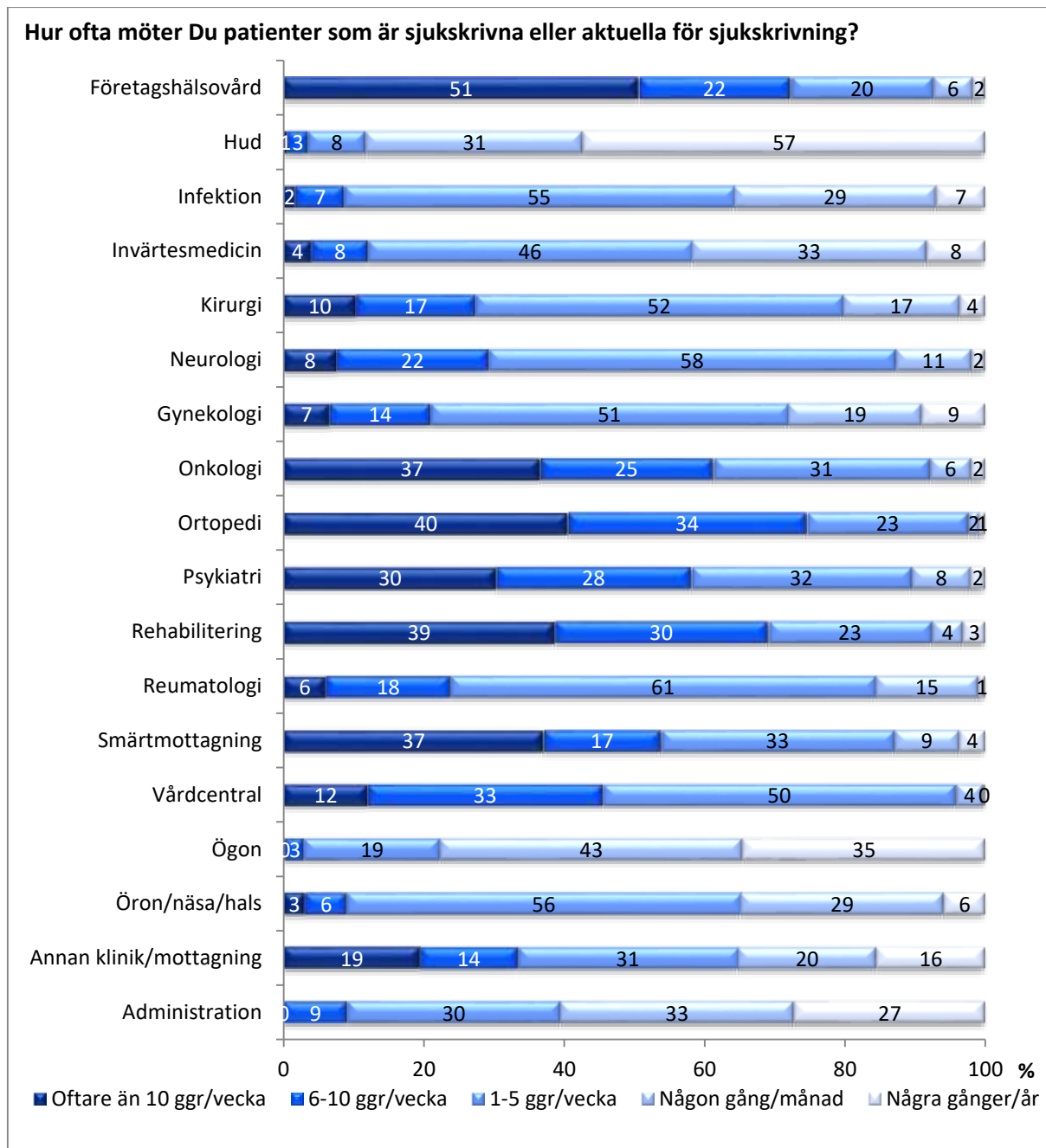
	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Kvinnor	36	45	14	6
Män	40	41	14	5
24-39 år	36	46	15	3
40-54 år	38	43	13	6
55-68 år	40	39	14	7

En större variation kunde ses vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå har sjukskrivningsärenden (Figur 7). Jämfört med övriga läkare hade specialistutbildade läkare en större andel ärenden oftare än 10 gånger per vecka (17 %), men också störst andel ärenden någon gång per månad (19 %). Bland de med lägst utbildningsnivå, dvs de med läkarexamen, hade endast 23 procent sjukskrivningsärenden dagligen, jämfört med 33-41 procent inom de övriga utbildningsnivåerna.



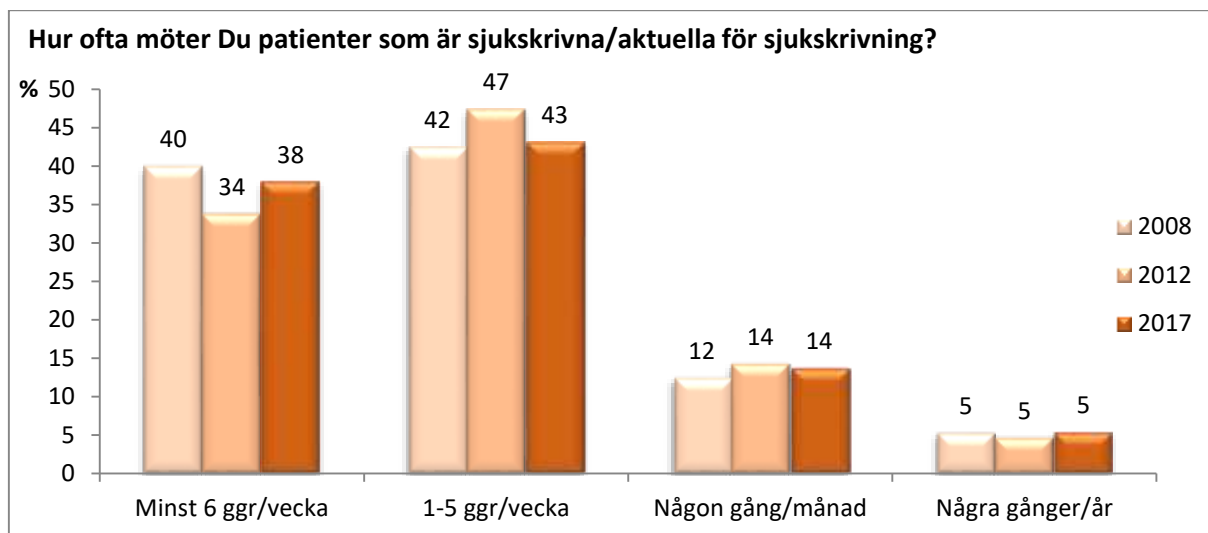
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till frekvens av sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Svaren visade betydligt större skillnader mellan olika typer av kliniker i hur ofta läkare hade sjukskrivningsärenden (Figur 8). Störst andel läkare med sådana ärenden oftare än 10 gånger per vecka återfinns inom företagshälsovården (51 %), där ju alla patienter är i arbetsför ålder. Mer än hälften av läkarna inom ortopedi (74 %), företagshälsovård (73 %), rehabilitering (69 %), onkologi (62 %), psykiatri (58 %) och smärtmottagning (54 %) hade sjukskrivningsärenden dagligen eller oftare. Bland vårdcentralsläkare var andelen något mindre (45 %).



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Vid en jämförelse mellan åren 2008-2017 av andel läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka respektive 1-5 gånger i veckan hade inte detta förändrats mer än marginellt. Sett till minst en gång i veckan var det ingen skillnad mellan åren (82 % 2008; 81 % 2012; 81 % 2017) (Figur 9). Andelarna var dock mindre än år 2004 (84 %), framförallt var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka större då (50 %)^{1, sid 207}.



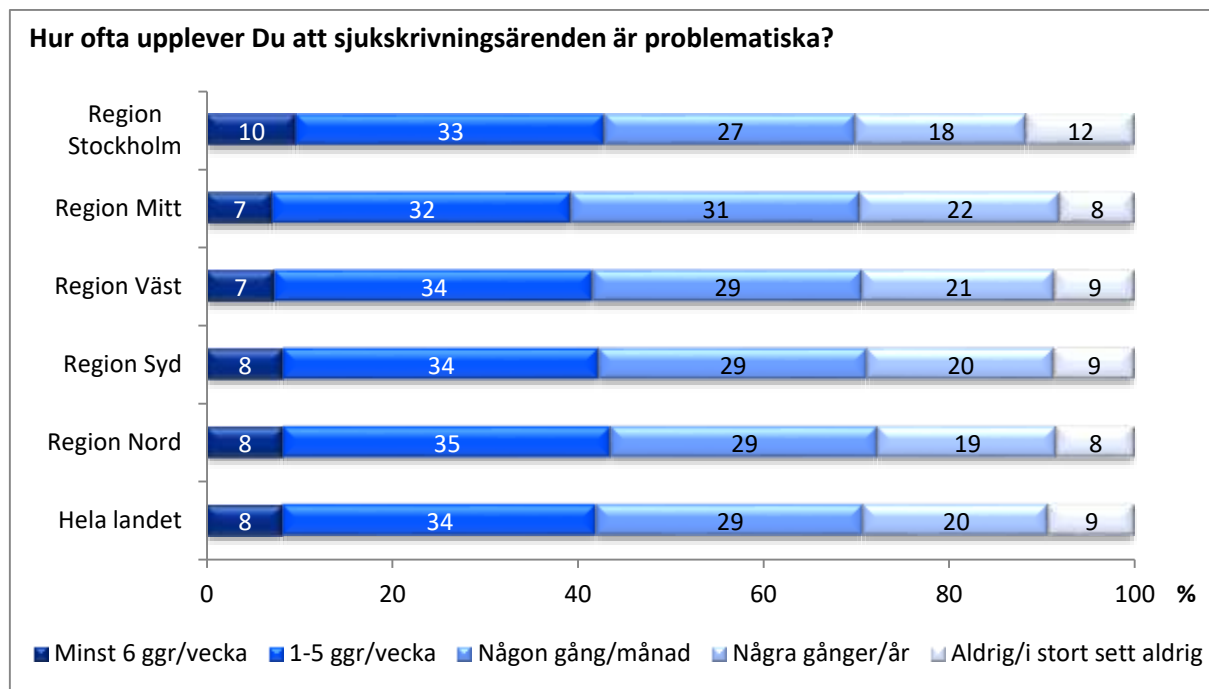
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Sammanfattning

Trettioåtta procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst 6 ggr/vecka, och det fanns inga betydande skillnader över tid. Resultaten visade ingen större variation mellan de fem regionerna, däremot mellan olika typer av kliniker. De typer av kliniker som hade större andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst tio ggr/vecka var ortopedi (40 %) och onkologi (37 %), samt smärtmottagning (37 %), rehabilitering (39 %) och företagshälsovård (51 %) – vid det senare är samtliga patienter i arbete. För vårdcentralsläkarna var motsvarande andel (12 %). Specialister hade sjukskrivningsärenden oftare än de utan specialistutbildning.

Sjukskrivningsärenden upplevs som problematiska

I enkäten ingick dels frågor om frekvens, dels om allvarlighetsgrad när det gäller olika typer av problem i hantering av sjukskrivningsärenden. I hela landet upplevde 42 procent av läkarna minst en gång i veckan att sjukskrivningsärenden var problematiska. Svarmönstret avseende detta var ungefär likadant i de fem regionerna (Figur 10).



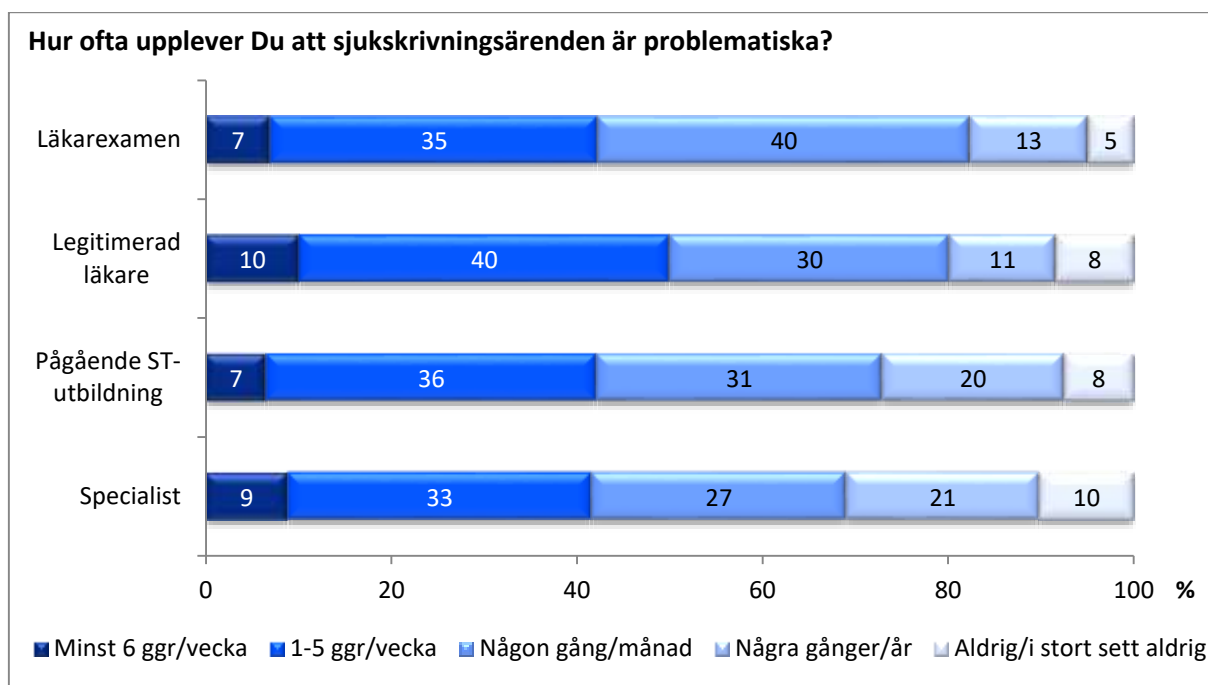
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på regioner samt i hela landet.

Svarmönstret avseende hur ofta läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var även likartat bland kvinnor och män och i de olika åldersgrupperna (Tabell 8). En något större andel läkare 55-68 år (11 %) svarade att de aldrig/i stort sett aldrig upplevde detta jämfört med den yngsta åldersgruppen 24-39 år (7 %).

Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på kön och åldersgrupper.

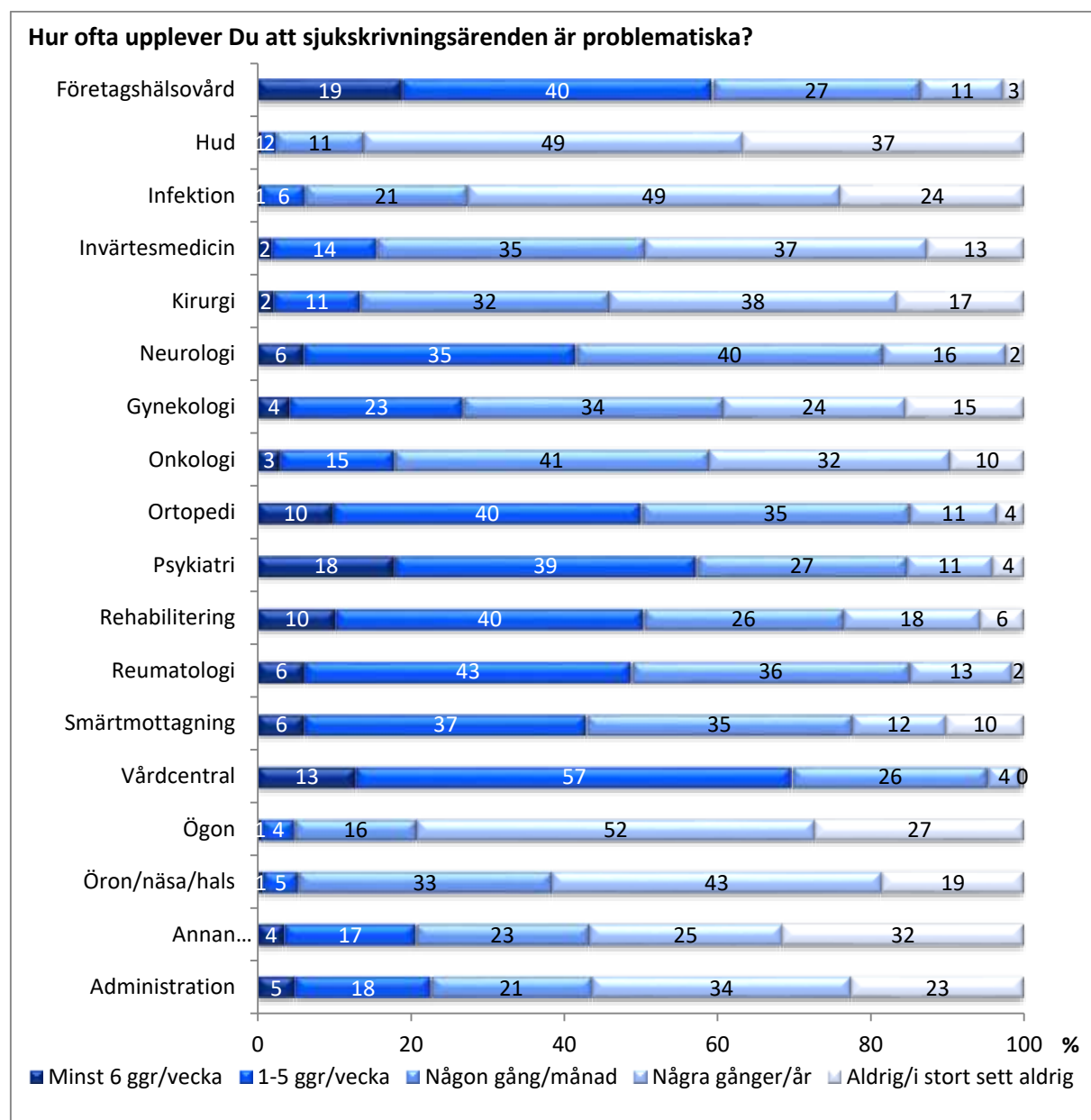
	Minst någon gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Kvinnor	43	29	20	9
Män	41	29	20	10
24-39 år	41	32	20	7
40-54 år	42	28	20	10
55-68 år	43	27	19	11

Andelen som minst någon gång i veckan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var störst bland dem som hade läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå, 50 procent av dessa svarade så, jämfört med 42 procent för hela populationen (Figur 11). Andelen läkare som några gånger om året eller aldrig upplevde att dessa ärenden är problematiska, ökade med läkarnas utbildningsnivå, från 18 procent bland de med läkarexamen som högsta utbildningsnivå till 31 procent bland specialisterna.



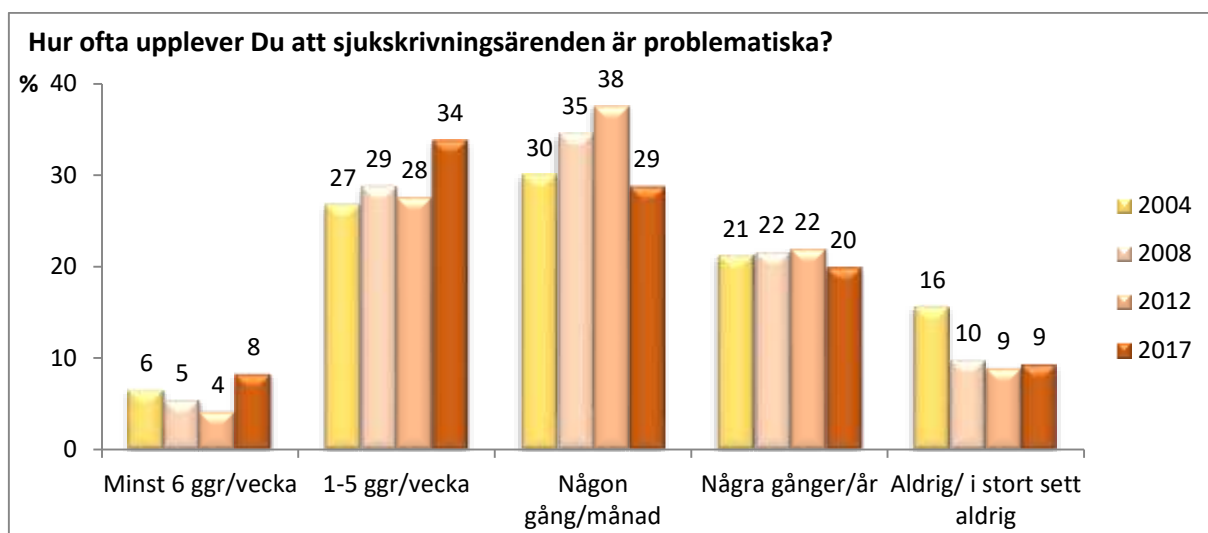
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Svaren på enkätfrågorna år 2017 varierade stort mellan läkare vid olika typer av kliniker (Figur 12). Hälften eller fler av läkarna på vårdcentral (70 %), företagshälsovård (59 %), psykiatri (57 %), ortopedi (50 %) och rehabilitering (50 %) upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka.



Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

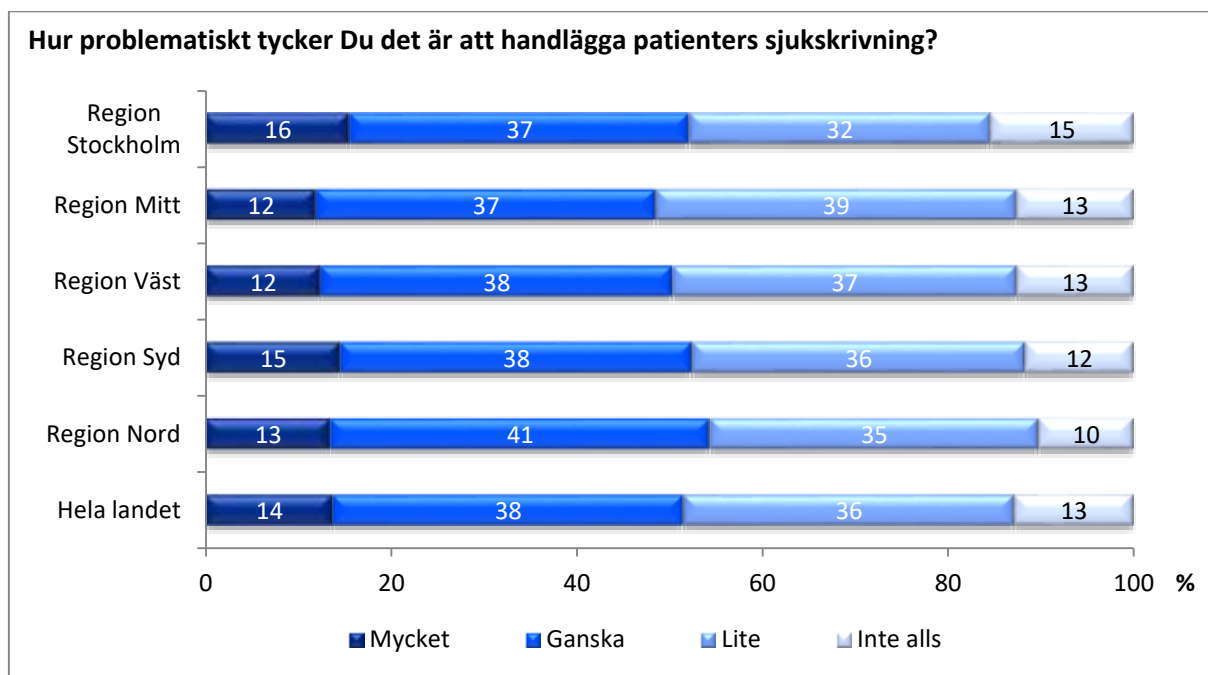
I en jämförelse av svaren mellan enkätåren visar resultatet en minskning från 2004 till 2012 av andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka (Figur 13). Från 2012 till 2017 ökade däremot andelen som svarade att de har problematiska ärenden både i frekvensen minst 6 ggr/vecka (från 4 till 8 %) och 1-5 ggr/vecka (från 28 till 34 %). Andelen som svarade att ärendena aldrig/i stort sett aldrig var problematiska minskade mellan 2004 och 2008 och var därefter ungefär detsamma.



Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden?

I det ovanstående stycket gällde det frekvens av problem – det fanns även frågor om *hur* problematisk handläggning av patienters sjukskrivning var. Omkring hälften av läkarna svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 14). Svarmönstret var ungefär likadant i de fem regionerna.



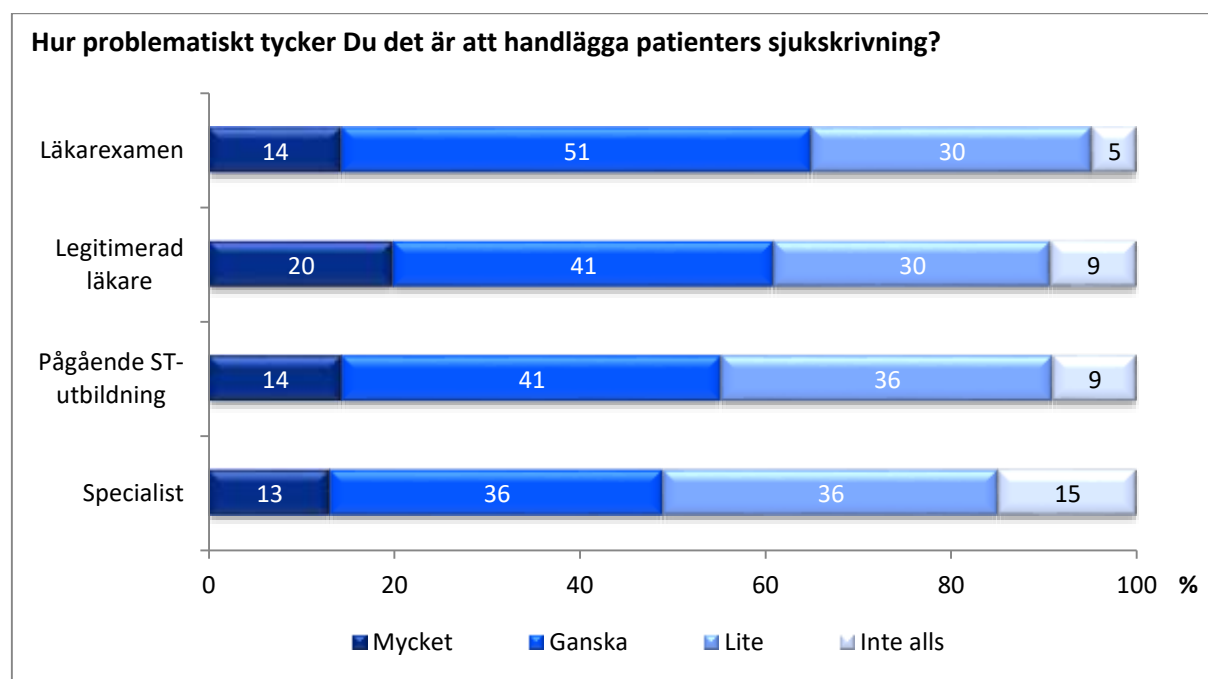
Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på regioner.

En något större andel av kvinnorna (54 %) än av männen (49 %) svarade att hantering av sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska (Tabell 9). Bland dem som svarade att de inte alls upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska syns en ”ålderstrappa” där större andel av de äldre inte alls tyckte det var problematiskt (24-39 år 9 %; 40-54 år 13 %; 55-68 år 18 %). Skillnaderna mellan åldersgrupper är liknande de som kan ses mellan utbildningsnivåer i Figur 15 nedan.

Tabell 9. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på kön och åldersgrupper.

	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Kvinnor	14	40	34	12
Män	13	36	37	14
24-39 år	14	40	37	9
40-54 år	14	38	35	13
55-68 år	13	35	35	18

En viss skillnad i svarsfördelningen på frågan *hur* problematisk handläggning av sjukskrivningar upplevdes kan även ses mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 15). Andelen som svarade att handläggningen var lite eller inte alls problematisk ökar med utbildningsnivå, från 35 procent bland dem med läkarexamen till 51 procent bland dem med specialistutbildning.



Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

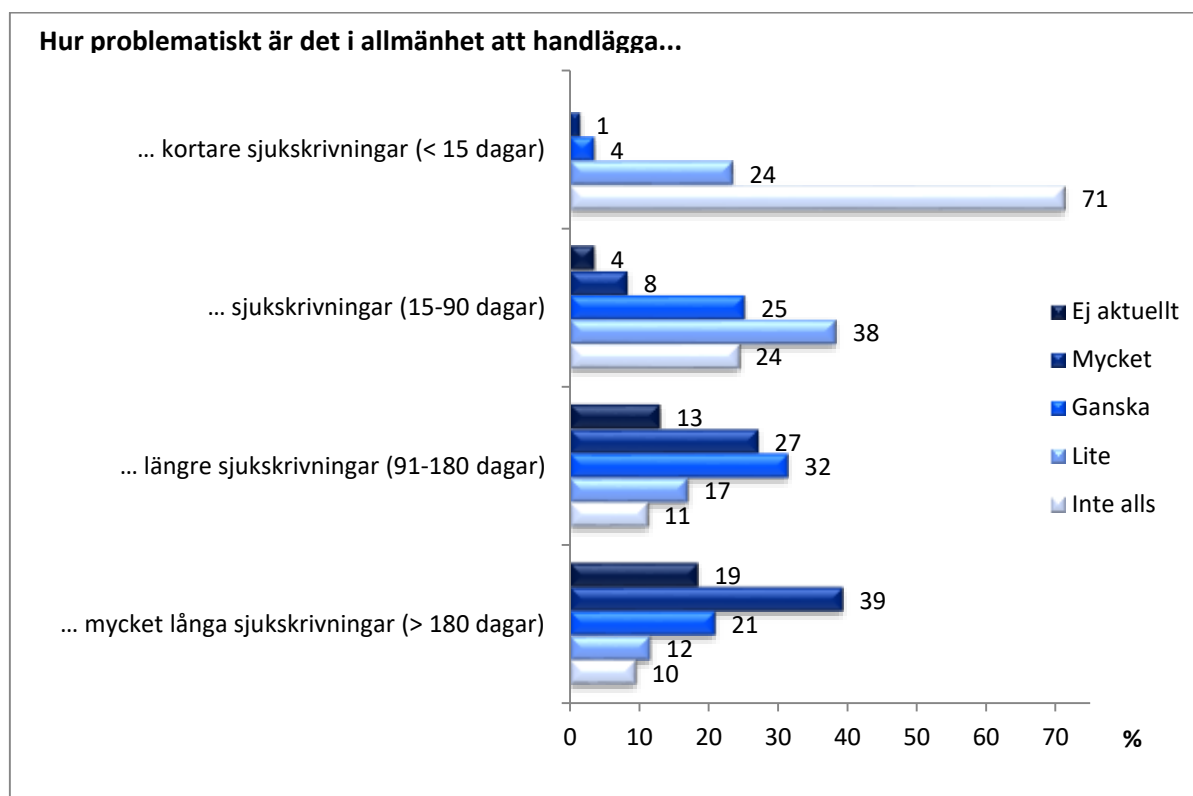
Däremot fanns det stor variation i svaren mellan läkare vid olika typer av klinisk verksamhet (Figur 16). Störst andel som upplevde att det generellt var mycket problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning fanns inom vårdcentraler (24 %), smärtmottagningar (22 %) och reumatologi (20 %). Sjuttiosju procent av vårdcentralsläkarna svarade att handläggningen var mycket eller ganska problematisk. Andel läkare som inte alls upplevde att det var problematiskt var störst, knappt en tredjedel, inom ögonkliniker och kirurgi samt en fjärdedel inom infektion- och öron-, näsa- och halsmottagningar.



Figur 16. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

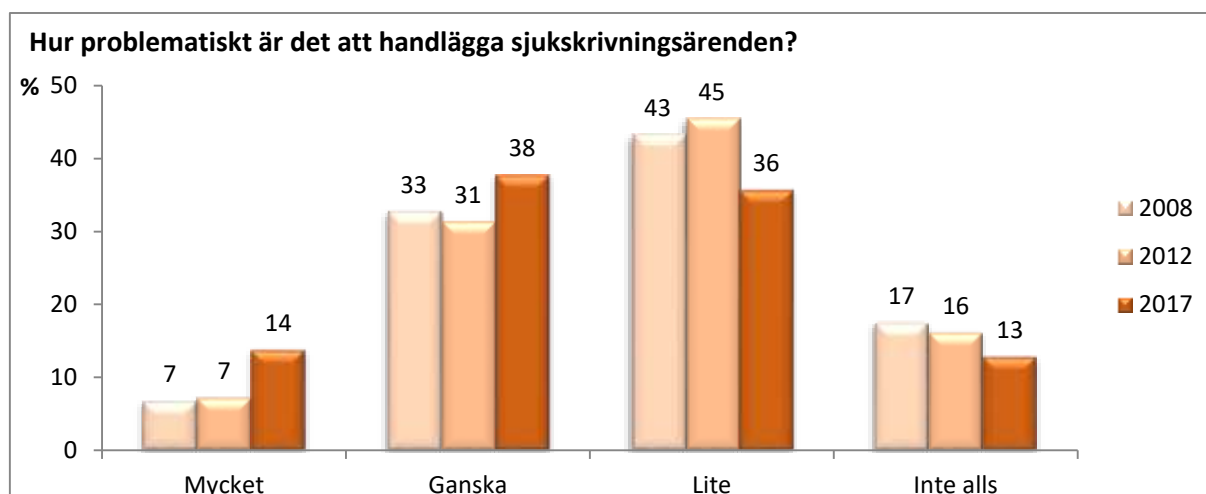
Det fanns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem (från 1 % för <15 dagar till 39 % för >180 dagar) (Figur 17). Tretton respektive 19 procent av läkarna hade inte sjukskrivningsärenden som blev längre än tre respektive sex månader.

Två tredjedelar svarade att det inte alls är problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna (<15 dagar) och en fjärdedel svarade att det inte var problematiskt med sjukskrivningar på 15 - 90 dagar.



Figur 17. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

Figur 18 visar en jämförelse mellan svaren år 2017 med tidigare års svar. År 2008 och 2012 svarade 7 procent att de upplevde handläggningen av patienters sjukskrivning som mycket problematisk. År 2017 var andelen dubbelt så stor (14 %). Andelen som 'lite eller inte alls' upplevde detta som problematiskt minskade sett över de tre enkätåren 2008, 2012 och 2017 (60; 61; 49 %). Den största förändringen skedde mellan 2012 och 2017.



Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.

Sammanfattning

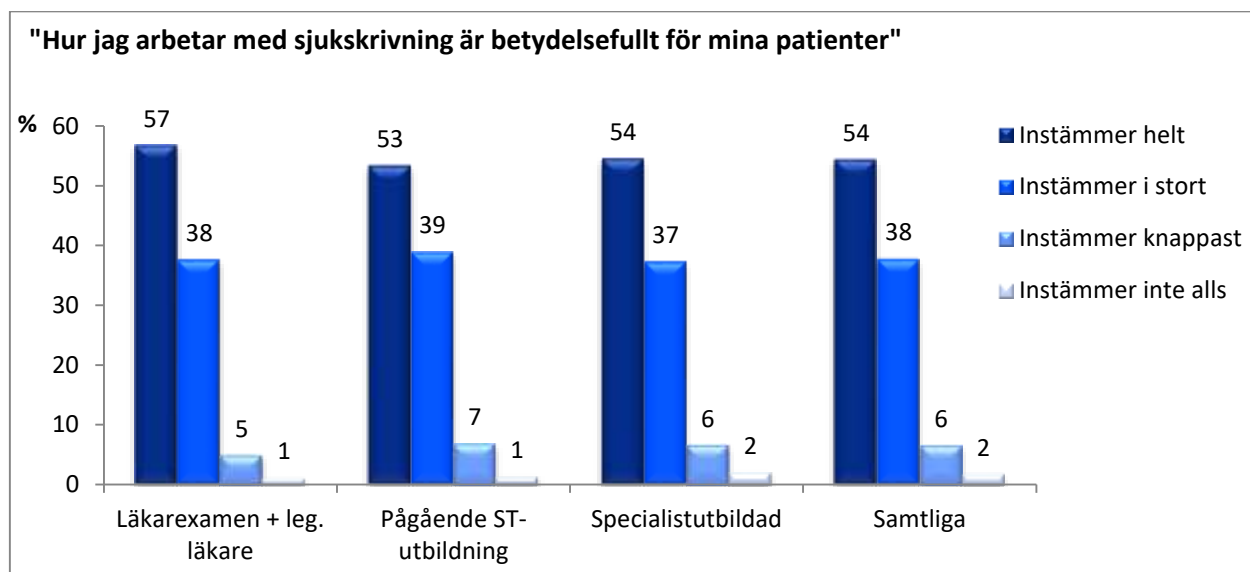
Minst en gång per vecka upplevde 42 procent av läkarna att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt, störst var denna andel på vårdcentralerna (70 %). Det var en betydande ökning från åren 2004, 2008 och 2012 då andelen låg på 32–34 procent. När det gäller *hur* problematiskt läkare upplevde att handläggning av sjukskrivningsärenden var, hade andelen som svarade mycket problematiskt dubblerats år 2017 (14 % jämfört med 7 % 2008 och 2012). Hälften (52 %) upplevde detta som mycket eller ganska problematiskt 2017, jämfört med 38 procent 2012. Störst andel som ansåg detta fanns inom vårdcentraler, smärtkliniker och reumatologi. Större andel läkare ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga längre än kortare sjukskrivningsfall.

Syn på arbetet med sjukskrivning

I enkäten fanns frågor om i vilken utsträckning läkarna instämde i tre olika påståenden om arbetet med sjukskrivning. Dessa tre påståenden var: ”Hur jag arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”, ”Fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i mitt arbete med sjukskrivning” samt ”Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid”. Svaren på dessa redovisas nedan.

Betydelsen av sjukskrivningsarbetet

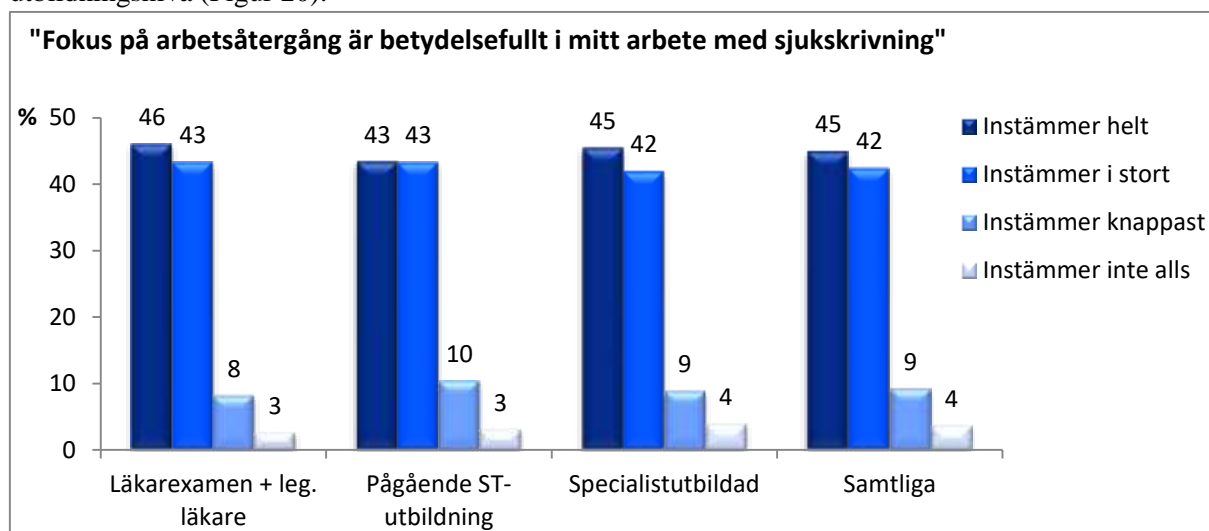
Fler än 90 procent av läkarna, oavsett utbildningsnivå, instämde helt eller i stort att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter (Figur 19). Svaramönstret var likartat i de 21 landstingen/regionerna, medan det varierade mellan typer av kliniska verksamheter^{1, sid 131}.



Figur 19. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.

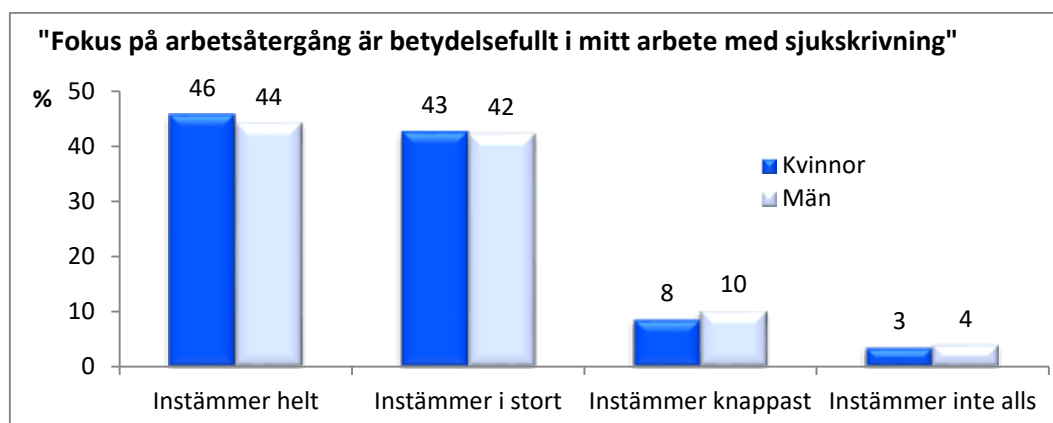
Vikten av fokus på arbetsåtergång

Majoriteten (87 %) instämde helt eller i stort i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. Inte heller här varierade svarsmönstret mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 20).



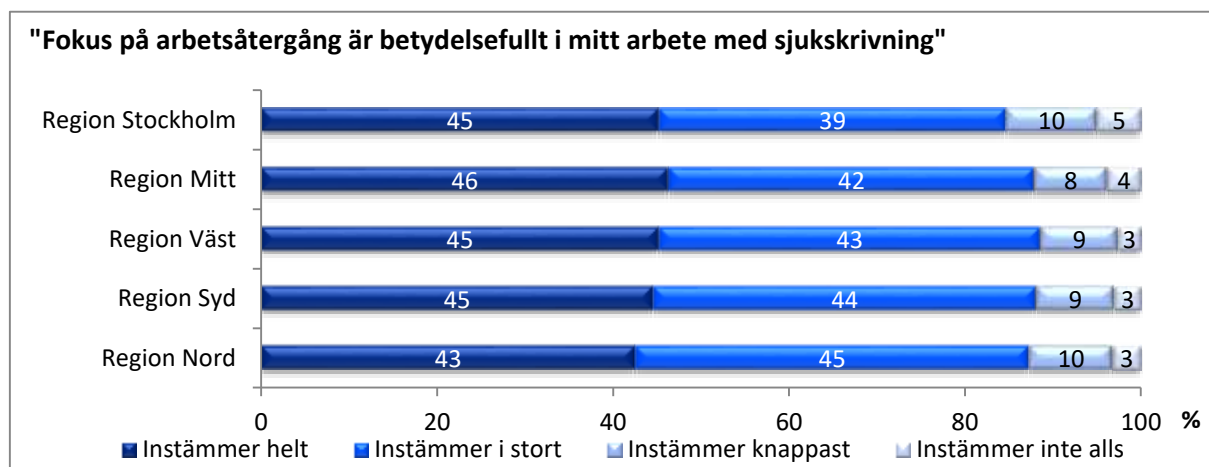
Figur 20. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.

Som framgår av Figur 21 fanns det inga egentliga könsskillnader i svarsmönstret för denna fråga. Nästan hälften instämde helt i påståendet.



Figur 21. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på kvinnor och män.

Det var inte heller någon större variation mellan de fem regionerna i hur denna fråga besvarades (Figur 22).



Figur 22. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på regioner.

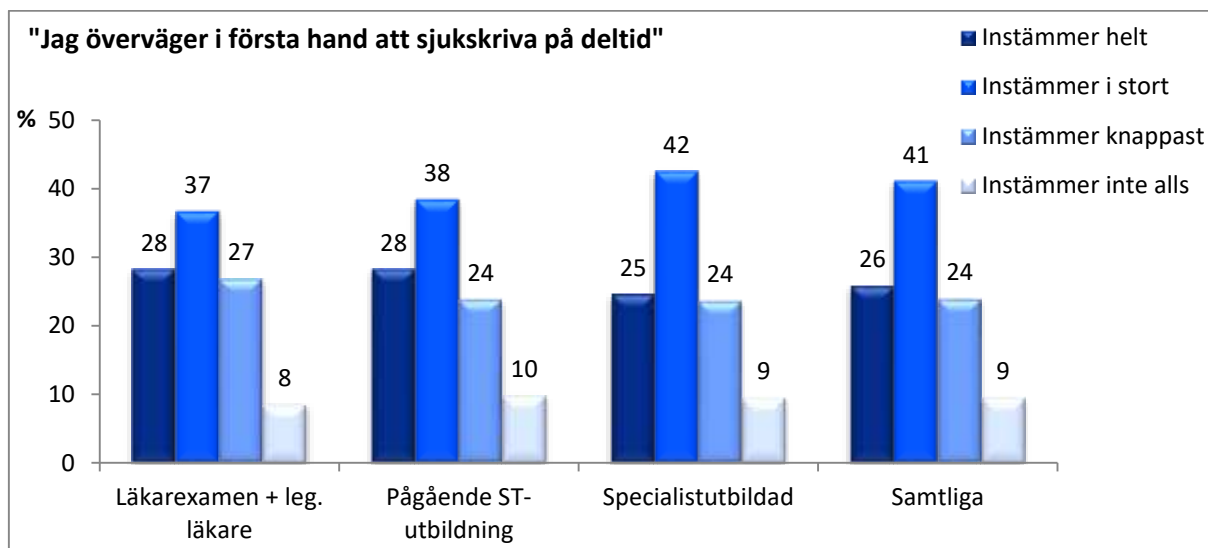
Liksom i tidigare frågor är variationen större mellan läkare inom olika typer av kliniker/mottagningar än mellan de fem regionerna (Tabell 10). Andelen läkare som instämde helt i påståendet om fokus på arbetsåtergång varierade mellan 25 procent inom onkologi och 87 procent inom företagshälsovård. Variationerna var även stora när det gällde att inte alls instämma i påståendet, där minst andel fanns inom företagshälsovård (0 %) samt vårdcentral och rehabilitering (1 %) och störst i 'annan klinik' (20 %) och gynekologi (14 %). Svaren speglar i stor utsträckning klinikernas olika inriktningar och patientgrupper. Vid flera kliniker är arbetsåtergång inte alls aktuellt för många patienter, p.g.a. sjukdomens eller skadans art. Generellt så instämde dock flest i att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt och andelarna som inte instämde var låg i de flesta verksamheter.

Tabell 10. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik samt för samtliga.

Klinik/mottagning	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Företagshälsovård	87	13	0	0
Hud	44	38	12	5
Infektion	37	48	13	2
Invärtesmedicin	35	47	14	3
Kirurgi	34	44	17	6
Neurologi	31	56	11	2
Gynekologi	26	37	23	14
Onkologi	25	48	23	4
Ortopedi	47	45	6	2
Psykiatri	45	45	7	2
Rehabilitering	65	31	3	1
Reumatologi	41	52	5	2
Smärtmottagning	53	22	18	6
Vårdcentral	54	42	4	1
Ögon	35	48	14	3
Öron/näsa/hals	43	43	10	4
Annan klinik/mottagning	36	33	12	20
Administration	45	47	8	0
Samtliga läkare	45	42	9	4

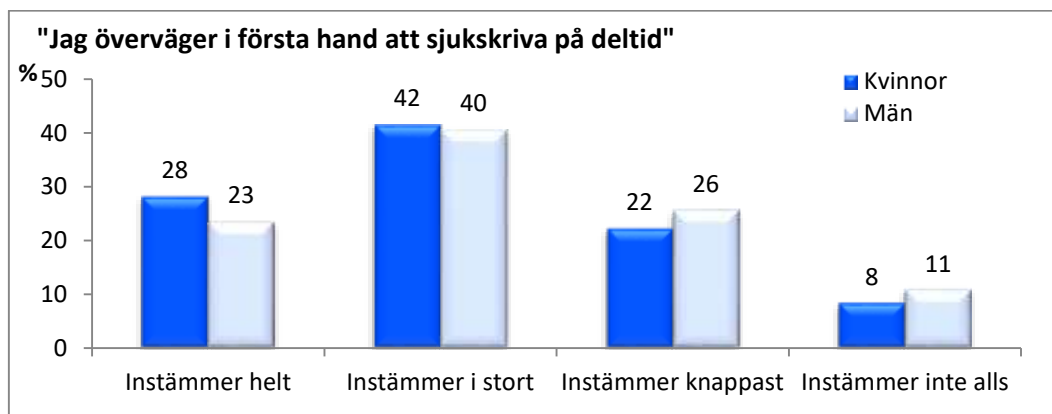
Syn på deltidssjukskrivning

Det tredje påståendet var 'Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid'. En fjärdedel (26 %) instämde helt i detta och ytterligare 41 procent instämde i stort (Figur 23). Inte heller här var det någon egentlig variation i svar relaterat till läkarnas utbildningsnivå; en något större andel bland dem med lägre utbildning instämde helt i påståendet.



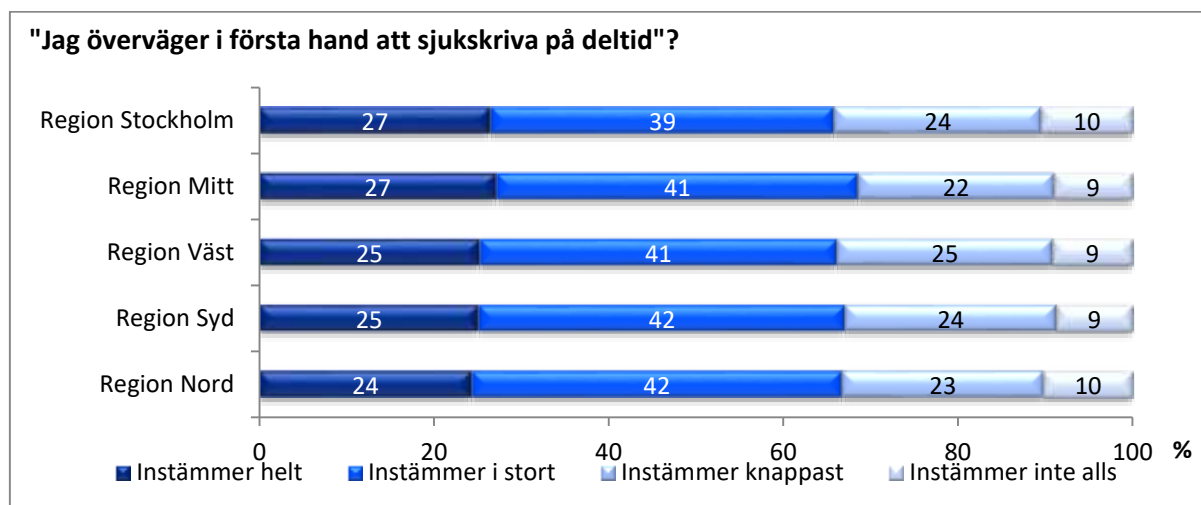
Figur 23. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.

Sjuttio procent av kvinnorna övervägde i första hand sjukskrivning på deltid (Figur 24), något mindre bland männen (63 %).



Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på kvinnor och män.

Det var stora likheter mellan de fem regionerna när det gäller att i första hand sjukskriva på deltid (Figur 25). Andelen som instämde helt eller i stort i påståendet varierade mellan 66 och 68 procent med störst andel i Region Mitt.



Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på regioner.

När det gällde deltidssjukskrivning vid olika typer av klinisk verksamhet var det stor variation i svarsmönstret om detta övervägs i första hand (Tabell 11). Störst andel som instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning, var läkare inom företagshälsovård (46 %) och reumatologi (40 %) och minst andel inom kirurgi (9 %), infektion, onkologi respektive ögon (11 %). Endast två till tre procent av läkarna inom vårdcentral, reumatologi, företagshälsovård och neurologi instämde inte alls i detta påstående. Liksom för föregående påstående handlar variationen delvis om vilka diagnoser som behandlas inom respektive typ av klinik.

Tabell 11. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

Klinik/mottagning	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Företagshälsovård	46	43	8	3
Hud	21	36	36	7
Infektion	11	37	41	11
Invärtesmedicin	19	39	32	11
Kirurgi	9	26	41	24
Neurologi	32	49	16	3
Gynekologi	36	39	16	8
Onkologi	11	33	42	14
Ortopedi	17	34	35	13
Psykiatri	28	42	24	7
Rehabilitering	36	39	17	9
Reumatologi	40	51	8	2
Smärtmottagning	39	36	11	14
Vårdcentral	36	50	12	2
Ögon	11	32	38	19
Öron/näsa/hals	17	34	35	15
Annan klinik/mottagning	18	32	25	25
Administration	34	39	18	8
Samtliga läkare	26	41	24	9

Sammanfattning

Mer än 90 procent av läkarna instämde helt eller i stort i påståendet att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. En stor majoritet (>80 %) instämde även i att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i arbetet med sjukskrivningsärenden. En majoritet (67 %) svarade att de i första hand överväger deltidssjukskrivning. Svaramönstren var lika avseende läkares kön och utbildningsnivå. Däremot fanns det vissa skillnader mellan olika typer av kliniker – skillnader som speglade typ av diagnoser och patienter inom respektive klinik. Fokus på arbetsåtergång var t.ex. inte lika självklar inom onkologi som inom företagshälsovård.

Stödfunktioner vid samverkan

Under de senaste åren har många interventioner vidtagits för att förbättra kvalitén i hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivning av patienter. I enkätfrågorna fanns det frågor om tre specifika stödfunktioner som införts för att på olika sätt förenkla och stödja samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, nämligen det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB), elektronisk överföring av intyg till Försäkringskassan och införandet av en ny funktion i hälso- och sjukvården, nämligen rehabkoordinator.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) infördes över hela landet år 2007. Vid enkätstudien 2008 svarade 40 procent av läkarna att FMB underlättar kontakten med Försäkringskassan⁷. År 2012 var den siffran 36 procent och 2017 39 procent. Uppdelat på de olika typerna av kliniska verksamheter framkom att fler än 40 procent av läkare inom vårdcentraler (45 %), psykiatri (43 %) och invärtesmedicin (41 %) svarade att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Mindre än en tredjedel av läkarna på ögon- (25 %), hud- (27 %) och smärtmottagningar (28 %) uppgav detsamma (Tabell 12).

Tabell 12. Andel (%) läkare som ansåg att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) underlättar kontakterna med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

Klinik/mottagning	FMB underlättar kontakten med Försäkringskassan	
		%
Företagshälsovård		37
Hud		27
Infektion		35
Invärtesmedicin		41
Kirurgi		34
Neurologi		32
Gynekologi		37
Onkologi		37
Ortopedi		35
Psykiatri		43
Rehabilitering		30
Reumatologi		33
Smärtmottagning		28
Vårdcentral		45
Ögon		25
Öron/näsa/hals		31
Annan klinik/mottagning		35
Administration		36
Samtliga läkare		39

Elektronisk överföring av läkarintyg

Majoriteten, 83 procent, av läkarna svarade år 2017 att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan vilket var en betydande ökning från 62 procent 2012^{1, 71}. Med en indelning i regioner (Tabell 13) framgår att cirka 90 procent av läkarna i Region Nord använde detta, men endast 50 procent i Region Stockholm. Detta beror på att möjligheten till elektronisk överföring av intyg infördes senare i Stockholm.

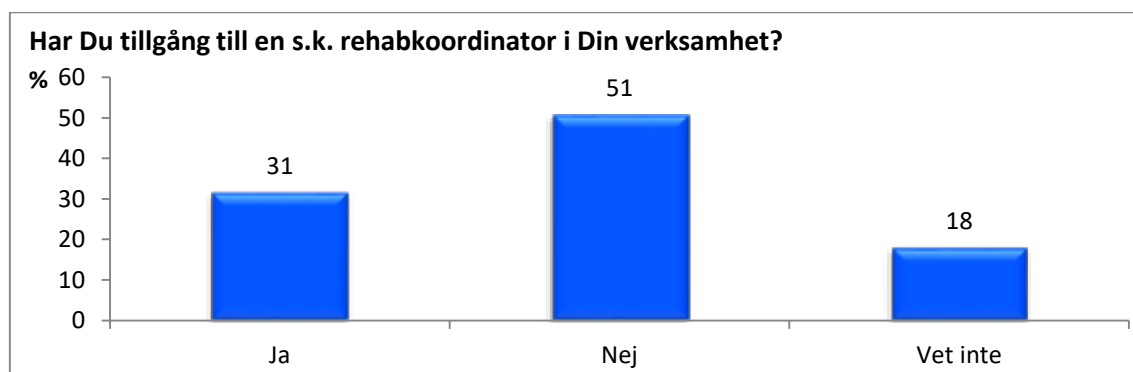
Tabell 13. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på de fem regionerna.

Region	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan	
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare
Region Stockholm	1759	50
Region Mitt	1668	91
Region Väst	3432	91
Region Syd	2618	88
Region Nord	1499	92

Bland de läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg svarade 26 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter”. Bland läkare som inte använde elektronisk överföring av läkarintyg svarade 24 procent att det är ”svårt att förmedla information via FKs blanketter” (visas ej i tabell).

Tillgång till rehabkoordinator

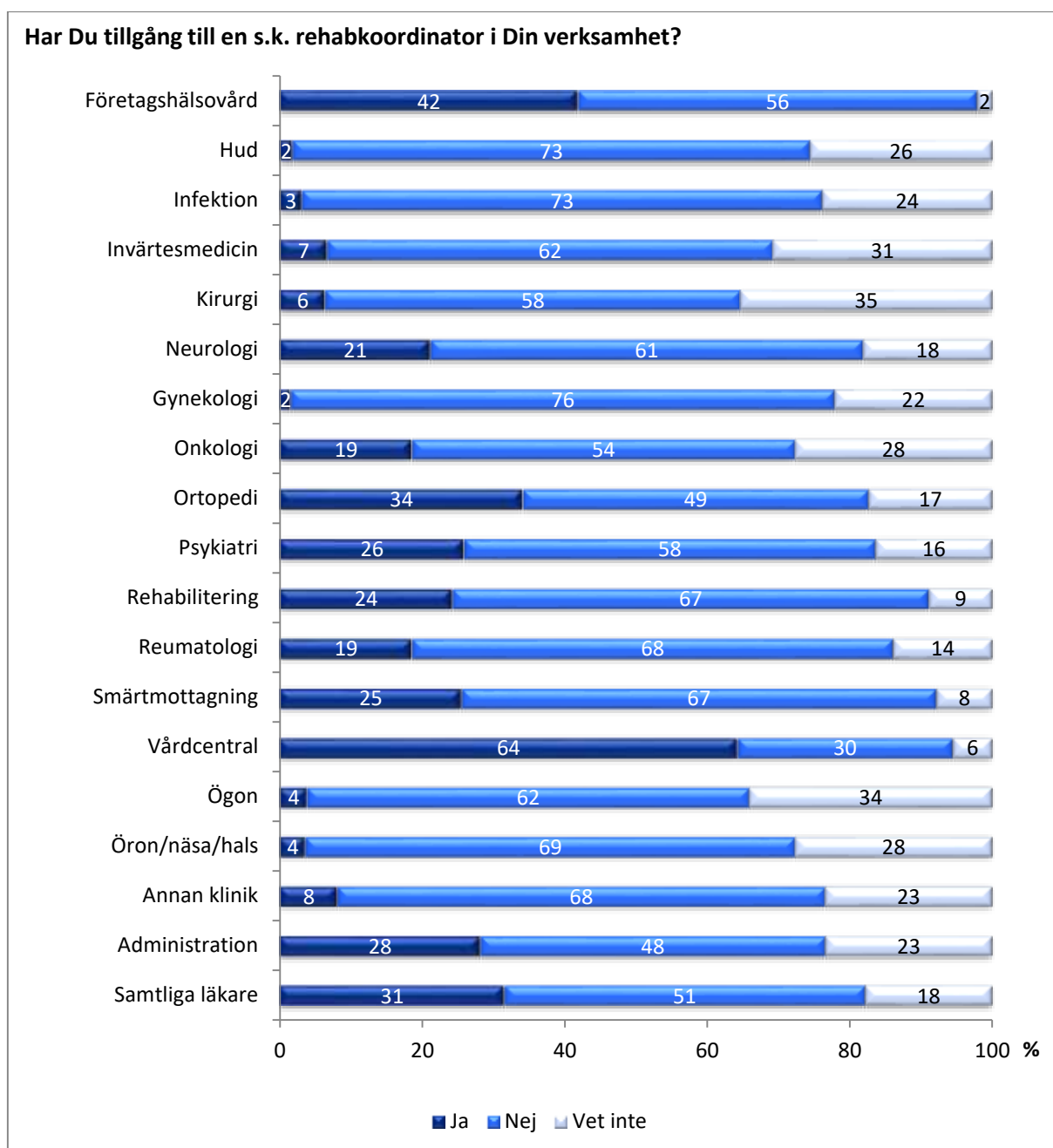
En av de åtgärder som vidtagits de senaste åren för att bl.a. stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, är införandet av den nya funktionen rehabkoordinator^{6, 14, 133, 135}. År 2017 svarade 31 procent av läkarna att de har tillgång till rehabkoordinator medan en femtedel inte visste om de har det (Figur 26). Hälften svarade att de inte har tillgång till rehabkoordinator.



Figur 26. Andel (%) läkare som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet.

Det var stor variation mellan landstingen i andel läkare som hade tillgång till rehabkoordinator¹. Bland annat var Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm) senare med att införa rehabkoordinatorer och 16 procent svarade att de hade sådan, att jämföra med 65 procent i Jönköping och 56 procent i Södermanland. Också Norrbotten, Dalarna och Västmanland hade mindre andelar, liknande de i Stockholm¹.

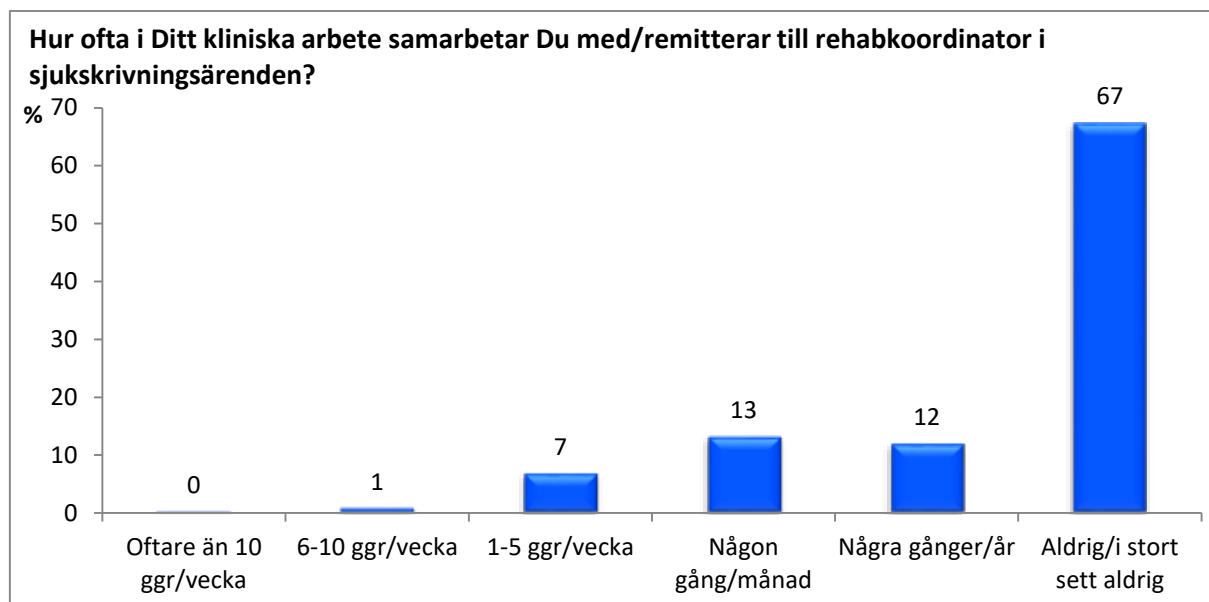
Skillnaden i tillgång till rehabkoordinator var även stor mellan olika typer av kliniker, vilket torde spegla att satsningar främst har gjorts på att införa rehabkoordinatorer inom verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande, exempelvis vårdcentraler, företagshälsovård, ortopedi och psykiatri (Figur 27). Störst andel läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator fanns därför bland vårdcentralsläkarna (64 %). Näst störst andel fanns inom företagshälsovård (42 %). Bland vårdcentralsläkarna hade totalt sett en tredjedel (30-36 %) inte tillgång till rehabkoordinatorer, men då ska hänsyn tas till att så stor andel som 62 procent av vårdcentralsläkare i Region Stockholm inte hade tillgång till rehabkoordinator.



Figur 27. Andel (%) läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

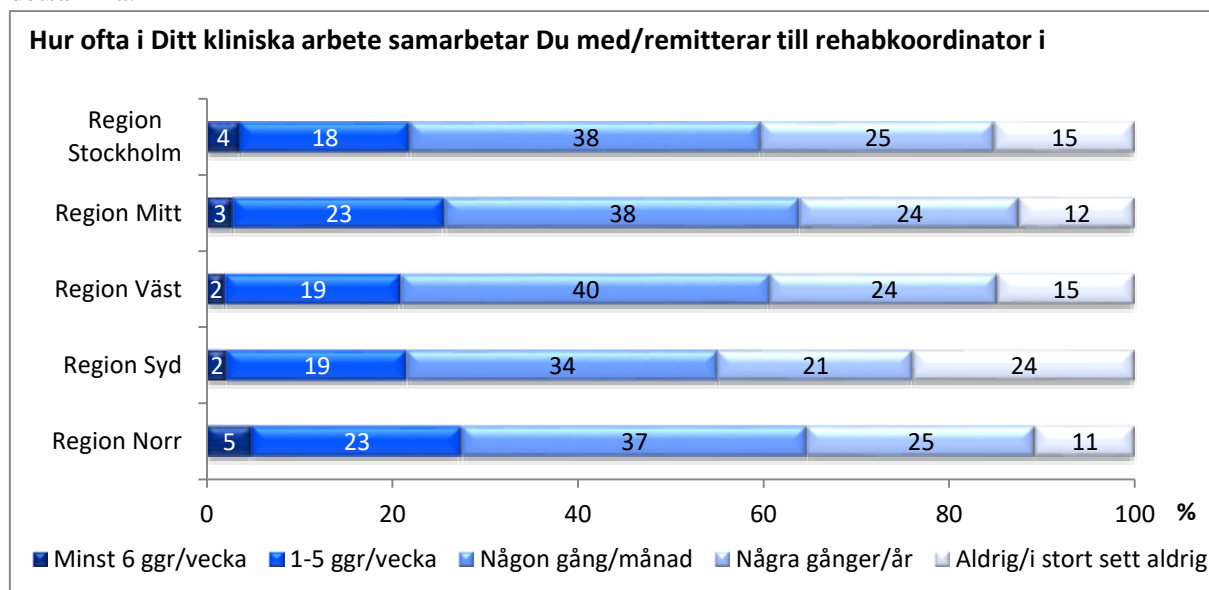
Samarbete med rehabkoordinator

På frågan om hur ofta läkare samarbetar med/remitterar till rehabkoordinator, svarade två tredjedelar (67 %) att de aldrig/i stort sett aldrig gör det (Figur 28). En femtedel (21 %) av läkarna gjorde detta åtminstone någon gång per månad. Åtta procent samarbetade med/remitterade till rehabkoordinatorer i sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan.



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

I Figur 29 visas samarbete med rehabkoordinator bland de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, uppdelat på de fem regionerna. Figuren visar att även om det varierade mellan regionerna hur stor andel som hade tillgång till rehabkoordinatorer, så använde de som hade sådan möjlighet detta i nästan lika stor utsträckning. Andel som hade sådant samarbete minst en gång/vecka var något större i Region Nord (28 %) och Region Mitt (26 %). En femtedel i övriga regioner uppgav detsamma.



Figur 29. Andel (%) läkare som i olika utsträckning samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator, bland de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, uppdelat på regioner.

Bland de läkare som hade tillgång till, men inte hade något samarbete med rehabkoordinator, svarade en femtedel (19 %) att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan medan det endast var två procent av dem som samarbetade med rehabkoordinator som inte hade några kontakter med Försäkringskassan (Tabell 14). Av de som inte samarbetade med rehabkoordinator var 44 procent nöjda eller mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan och av dem som hade detta samarbete var andelen ungefär densamma (47 %). Att en högre andel läkare som samarbetade med rehabkoordinator var ganska eller mycket missnöjd med kontakterna med Försäkringskassan (51 % jämfört med 37 %), skulle kunna förklaras av att en högre andel som upplever svårigheter i samverkan med Försäkringskassan också använder sig av rehabkoordinators stöd i detta.

Tabell 14. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator och som antingen samarbetar eller som ej samarbetar med rehabkoordinator, i relation till olika grad av nöjdhet med sina kontakter med Försäkringskassan.

Läkares samarbete med rehabkoordinator	Hur nöjd är Du med Dina kontakter med Försäkringskassan?				
	Har inga kontakter med FK	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Inget samarbete med rehabkoordinator	19	5	39	28	9
Samarbete med rehabkoordinator	2	4	43	37	14

I Tabell 15 redovisas svar från läkare som hade tillgång till rehabkoordinator avseende vissa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan och i Tabell 16 motsvarande svar från läkare som inte hade tillgång till rehabkoordinator. De svårigheter som redovisas i tabellerna är sådana som handlar om läkares kommunikation med Försäkringskassan. En större andel av dem med tillgång till rehabkoordinator än dem utan tillgång upplevde de olika svårigheterna i kommunikation med Försäkringskassan. Detta kan förstås utifrån att rehabkoordinatorer främst införts i kliniska verksamheter som har ett stort antal sjukskrivningsärenden och därför också oftare upplever svårigheter i sådana ärenden.

I Tabell 15 framgår att av de 2543 läkare *med tillgång* till rehabkoordinator svarade störst andel i Regionerna Stockholm, Mitt och Syd att det var svårt att komma fram per telefon (61, 54 resp. 52 %) och i Region Stockholm och Nord svarade störst andel att det tar för mycket tid i anspråk (58 resp. 53 %). Mer än en tredjedel av läkarna i samtliga regioner svarade att Försäkringskassan inte kontaktar dem trots att de bett om det; Region Väst 30 %, Mitt 31 %, Syd 34 %, Stockholm 36 % och Nord 38 %.

Tabell 15. Andel (%) läkare *med tillgång* till rehabkoordinator som upplevde olika svårigheter i kommunikationen med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord
Det är svårt att komma fram per telefon	61	54	44	52	48
Det tar för mycket tid i anspråk	58	50	50	51	53
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	23	26	20	28	26
FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	28	25	23	19	22
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	36	31	30	34	38

Bland de 11 207 läkare *utan tillgång* till rehabkoordinator upplevde en mindre andel i varje region att de olika påståendena var en svårighet jämfört med läkare med tillgång till rehabkoordinator (Tabell 16). I Regionerna Stockholm och Syd var det störst andel som svarade att det var svårt att komma fram per telefon (42 respektive 39 %).

Tabell 16. Andel (%) läkare *utan tillgång* till rehabkoordinator som upplevde olika svårigheter i kommunikationen med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord
Det är svårt att komma fram per telefon	42	36	33	39	33
Det tar för mycket tid i anspråk	41	36	35	42	38
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	18	20	18	21	20
FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	21	17	15	18	16
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	23	15	17	21	19

Sammanfattning

Närmare 40 procent av läkarna svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) underlättar kontakten med Försäkringskassan, och detta hade inte förändrats över tid.

Den absoluta majoriteten av läkarna (83 %) använde år 2017 elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Den andelen var dock ännu större i de flesta regionerna, eftersom endast hälften av läkarna i Stockholms län då fått tillgång till denna möjlighet.

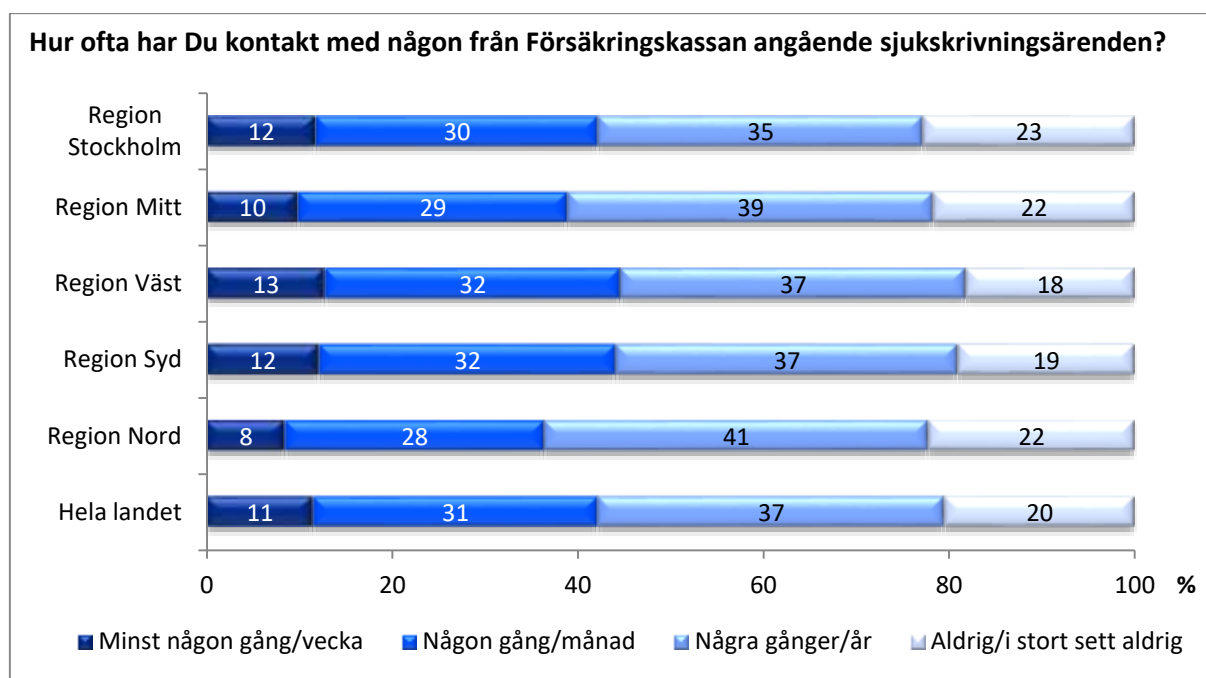
En tredjedel (31 %) av samtliga sjukskrivande läkare hade tillgång till rehabkoordinator och åtta procent remitterade/samarbetade med rehabkoordinator minst en gång i veckan. Större andelar läkare som hade tillgång till rehabkoordinator upplevde i större utsträckning svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, jämfört med läkare som inte hade tillgång till rehabkoordinator. Resultaten kan sannolikt förklaras av att läkare med många sjukskrivningsärenden och som oftare upplevde svårigheter i samverkan med Försäkringskassan också oftare använde sig av rehabkoordinator.

Kontakter med Försäkringskassan

I detta avsnitt redovisas läkarnas svar om kontakter med Försäkringskassan avseende a) frekvens av kontakter, b) hur lätt eller svårt det är att få kontakt och c) grad av nöjdhet i kontakterna med Försäkringskassan.

Frekvens av kontakter med Försäkringskassan

En femtedel av de sjukskrivande läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan 2017 (Figur 30). Svaren varierade något mellan de fem regionerna. Andelen som svarade att de har kontakt minst någon gång per månad var minst i region Nord (36 %) och störst i region Väst (45 %).



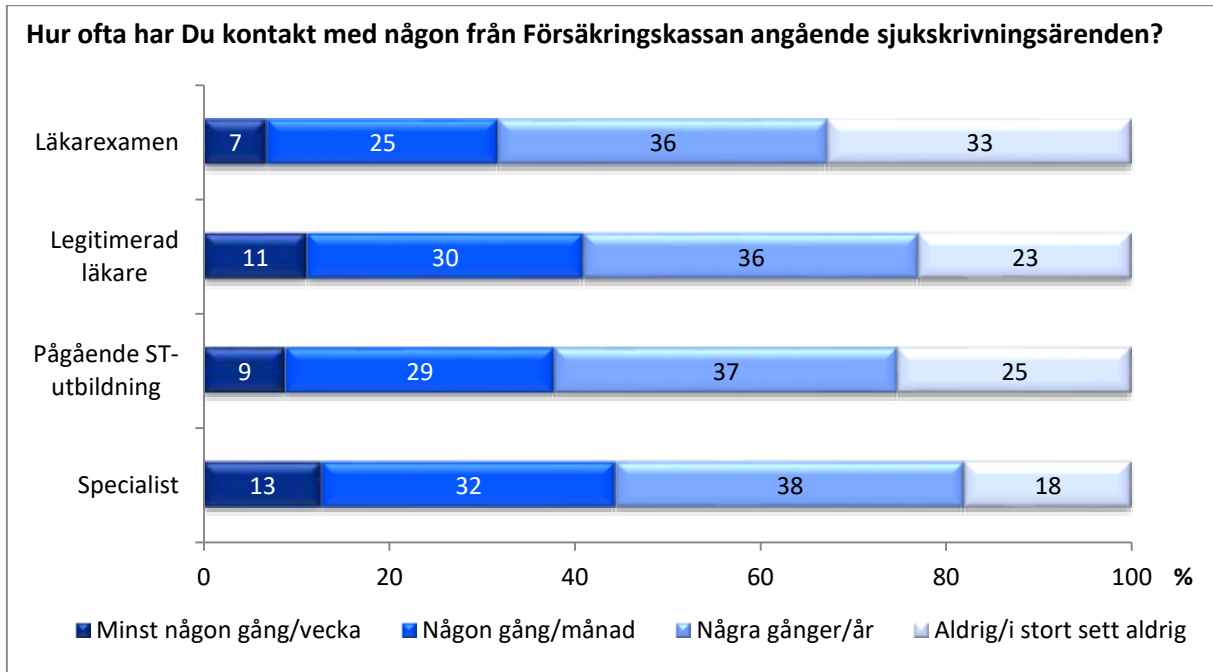
Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på regioner samt i hela landet.

En femtedel av läkarna svarade, oavsett kön, att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan och drygt 40 procent har kontakt någon gång i månaden eller oftare (Tabell 17). I Tabell 17 visas även frekvens av kontakter fördelat på tre åldersgrupper. Störst skillnad mellan dessa grupper är i andelen läkare som aldrig/i stort sett aldrig har kontakt: 24-39 år 26 procent; 40-54 år 19 procent; 55-68 år 16 procent.

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på kön och åldersgrupper.

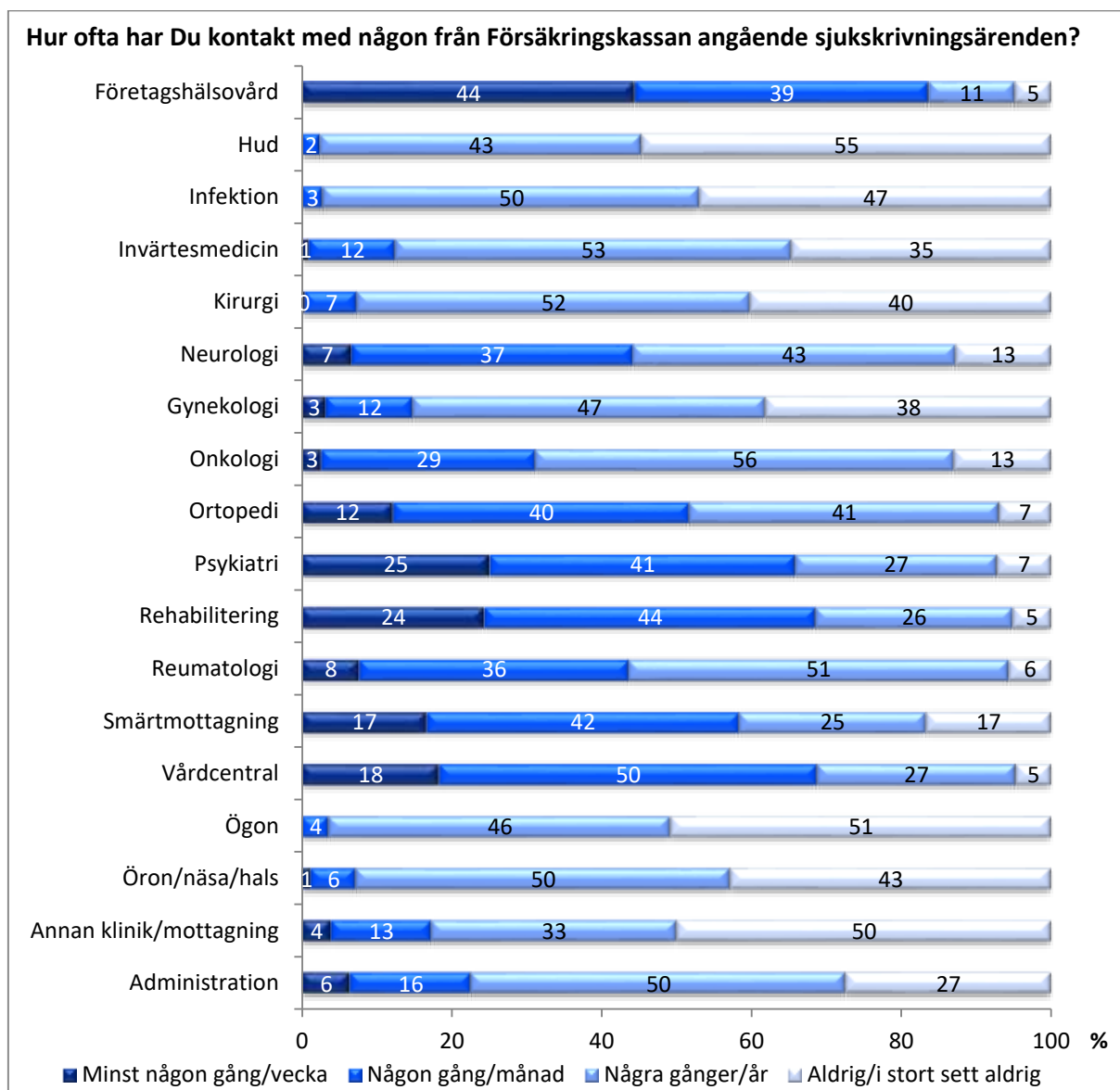
	Minst någon gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Kvinnor	11	32	37	20
Män	12	30	38	21
24-39 år	8	28	37	26
40-54 år	13	31	37	19
55-68 år	13	33	38	16

Skillnaden i frekvens av kontakter mellan läkare och Försäkringskassan (Figur 31) är tydlig mellan dem som endast har läkarexamen och specialistutbildade; 7 procent av dem med läkarexamen och 13 procent med specialistutbildning hade kontakt minst någon gång /vecka och motsvarande 33 respektive 18 procent hade aldrig/i stort sett aldrig kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden.



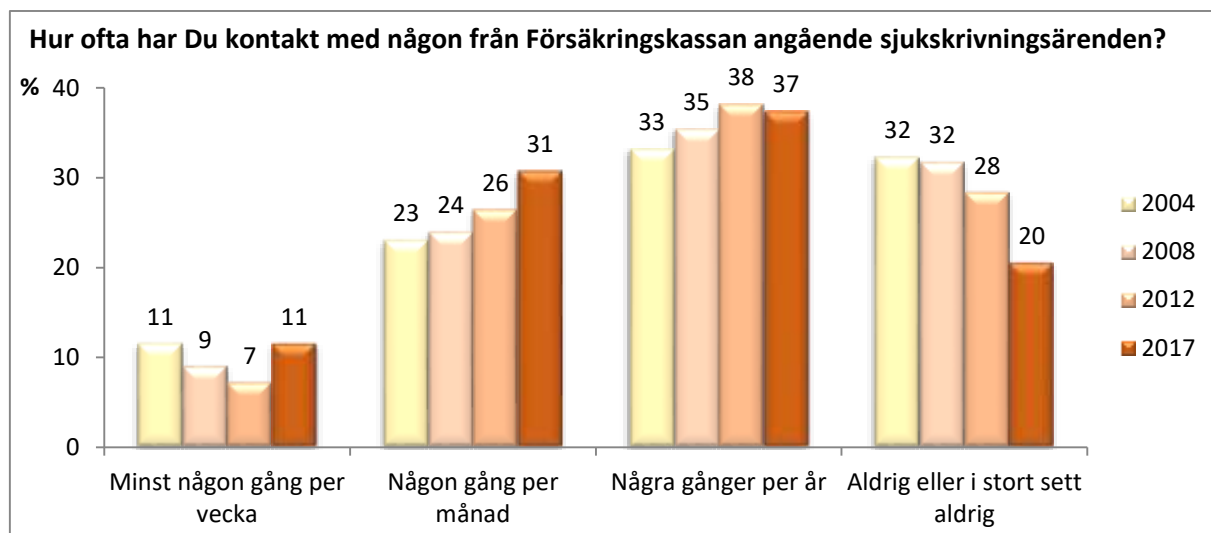
Figur 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Den stora skillnaden i frekvens av kontakter mellan läkare och Försäkringskassan visas i Figur 32 med uppdelningen på typ av klinik/mottagning som läkaren arbetar på. Andel läkare med kontakter minst någon gång per vecka varierar från 44 procent av läkare på företagshälsovård till 1 procent av läkarna på invärtesmedicin, kirurgi respektive öron-, näsa-, halsmottagningar. Hälften eller mer av läkarna på hud- (55 %), ögon- (51 %) och inom annan klinik/mottagning (50 %) svarade att de aldrig eller nästan aldrig har kontakt med Försäkringskassan.



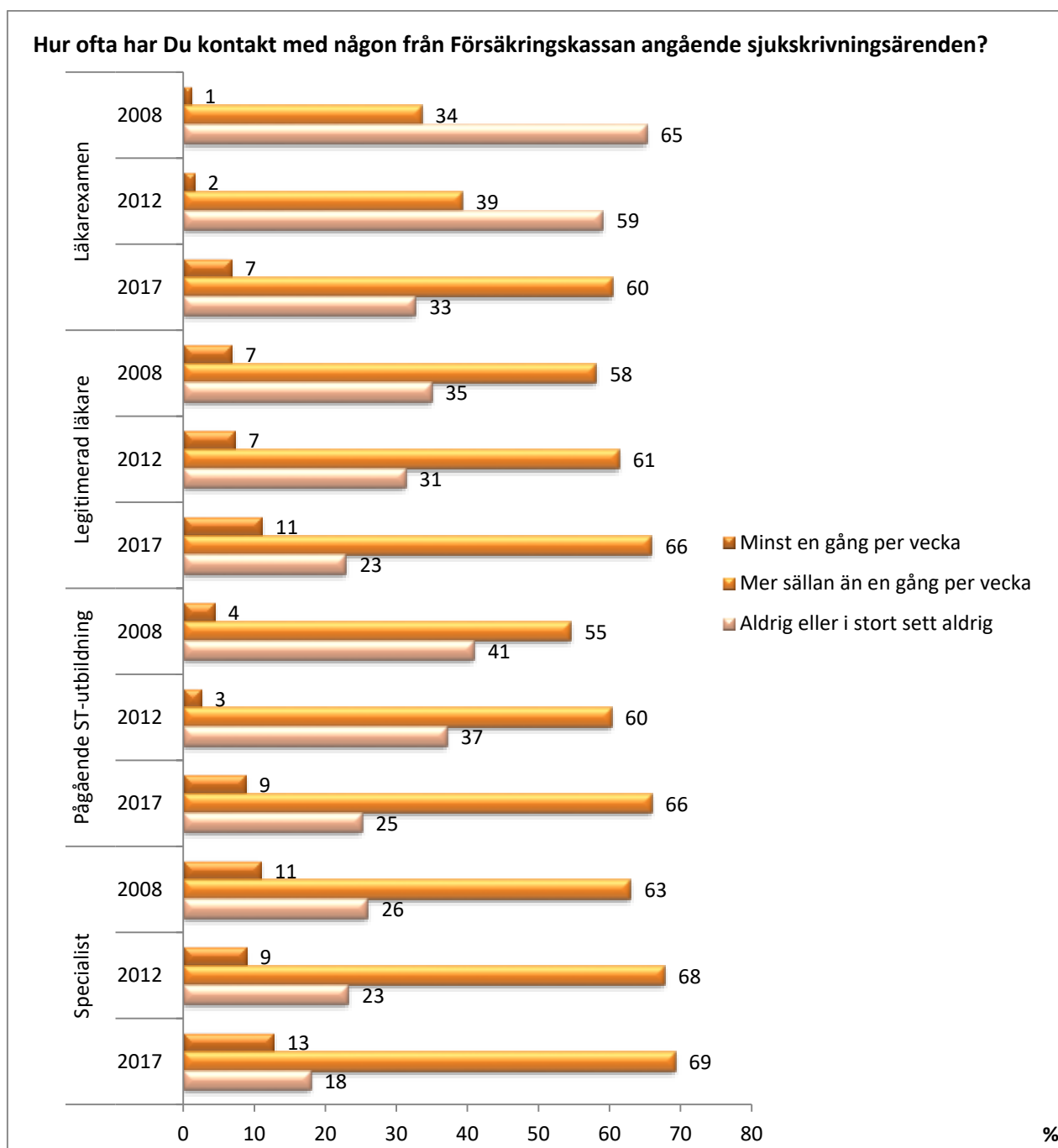
Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Vid en jämförelse med de tre tidigare enkätåren 2004-2012 framgick att andelen läkare som hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre 2012 (7 %), jämfört med övriga år (11 % 2004; 9 % 2008; 11 % 2017) (Figur 33). Det var en tydlig minskning över de fyra enkätåren i andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan (32 % 2004; 32 % 2008; 28 % 2012; 20 % 2017).



Figur 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 34 där åren 2008-2012-2017 jämförs för läkare med olika utbildningsnivåer kunde samma minskning som i figuren ovan ses i andel som aldrig har kontakt med Försäkringskassan. Oavsett utbildningsnivå minskade andelen från 2008 till 2017. Störst förändring mellan åren var bland dem med enbart läkarexamen både för kontakt minst en gång per vecka (1 % 2008; 2 % 2012; 7 % 2017) och någon gång per månad/år (34 % 2008; 39 % 2012; 60 % 2017) samt minskning av andelen som aldrig hade kontakt (65 % 2008; 59 % 2012; 33 % 2017).



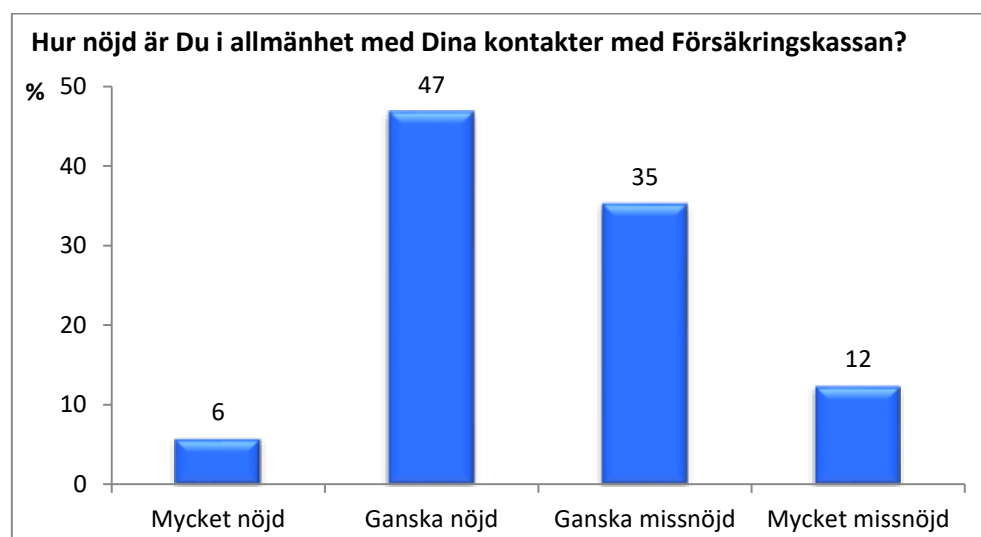
Figur 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå, år 2008, 2012 respektive 2017.

Sammanfattning

Drygt 40 procent av läkarna hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad, med viss variation mellan regionerna (36 % Region Nord; 45 % Region Väst). Andelen var mindre bland de yngre läkarna (24–39 år) och störst bland specialistutbildade läkare. Det var stor variation mellan olika typer av kliniker i andel läkare som hade kontakt med Försäkringskassan. De som hade detta åtminstone varje månad var störst för företagshälsovård (83 %), vårdcentraler (68 %) och rehabilitering (68 %). Vid jämförelse mellan åren framkom en tydlig minskning i andel som aldrig har kontakt med Försäkringskassan (32 % 2004; 32 % 2008; 28 % 2012; 20 % 2017).

Nöjdhet i kontakterna med Försäkringskassan

Sexton procent av läkarna svarade att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan. Av dem som uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan svarade drygt hälften (53 %) år 2017 att de var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter (Figur 35).



Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.

Bland läkare som hade kontakt med Försäkringskassan finns vissa skillnader mellan regionerna avseende nöjdhet i kontakterna med Försäkringskassan (Tabell 18). Andelen som var mycket eller ganska nöjda var minst i Region Stockholm (47 %) och störst i Region Väst (58 %). Andelen mycket nöjda var lika, fem till sex procent.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner.

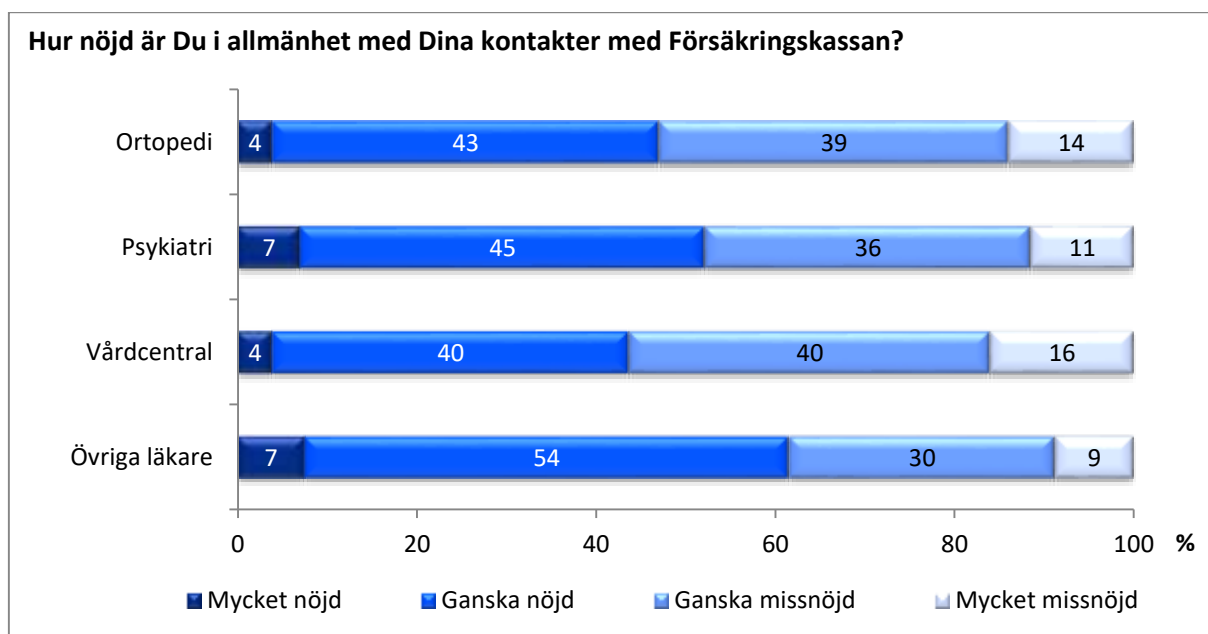
Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan?	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord
Mycket nöjd	5	6	6	6	6
Ganska nöjd	42	50	52	47	42
Ganska missnöjd	39	33	32	34	38
Mycket missnöjd	14	11	10	13	14

När det gällde frågan om hur nöjd läkaren var med sina kontakter med Försäkringskassan var det minimal könsskillnad (Tabell 19). Andelen mycket missnöjda var något större bland män (14 %) än bland kvinnor (10 %). Andelen mycket nöjda var densamma (6 %) i de tre åldersgrupperna. Andelen mycket missnöjda var störst i gruppen 55-68 år (16 %).

Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på kön och åldersgrupper.

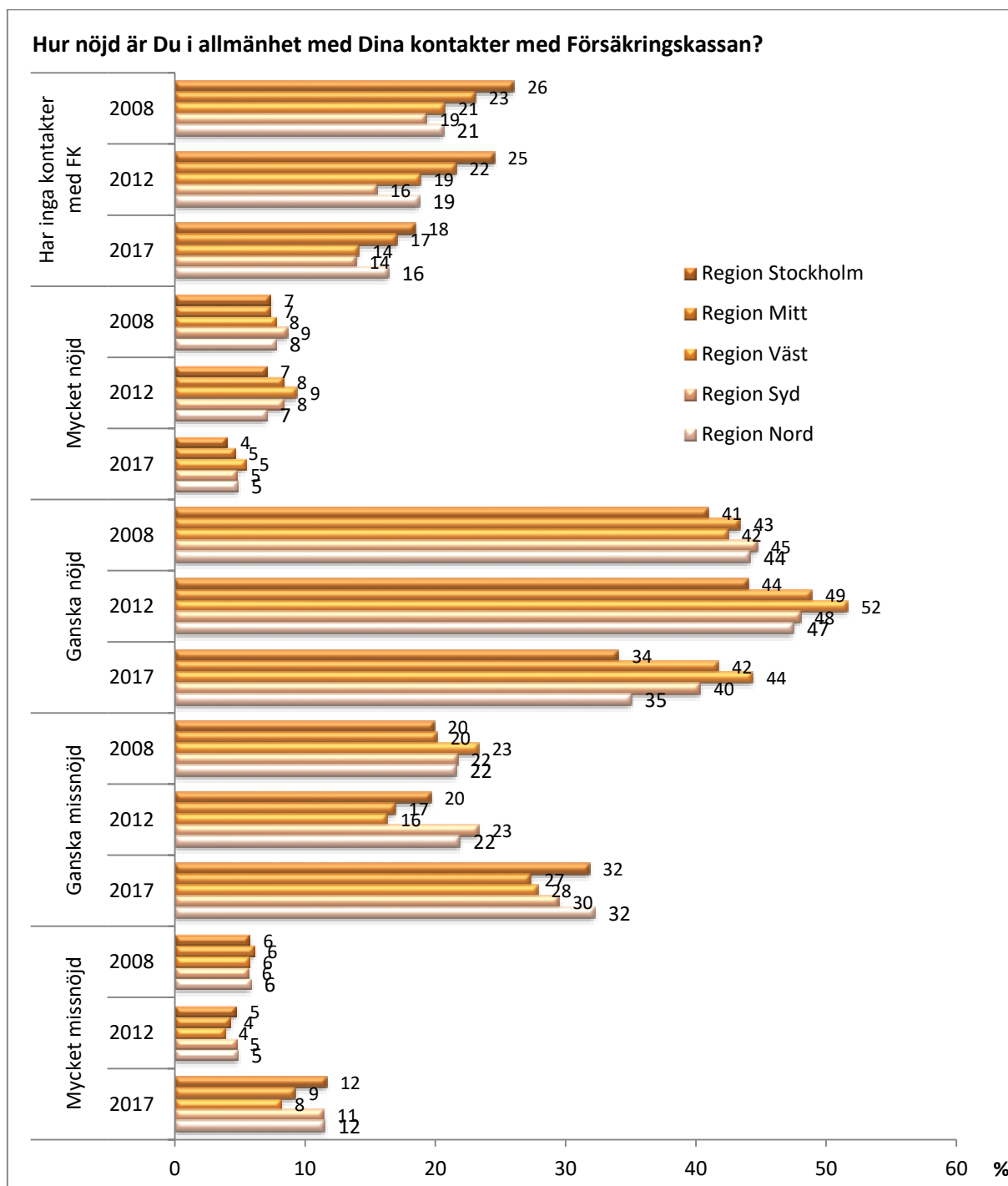
	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Kvinnor	6	48	36	10
Män	6	46	34	14
24-39 år	6	51	34	9
40-54 år	6	47	36	12
55-68 år	6	42	36	16

Bland dem med kontakter med Försäkringskassan var andelen mycket eller ganska nöjda med dessa minst bland vårdcentralsläkarna (44 %) och störst bland läkare på övriga kliniker (61 %) (Figur 36). Vårdcentralsläkare var också i större utsträckning missnöjda med kontakterna, 56 procent var ganska eller mycket missnöjda. Även drygt hälften (53 %) av läkarna inom ortopedi var ganska eller mycket missnöjda med kontakten med Försäkringskassan.



Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på tre typer av kliniker och övriga läkare.

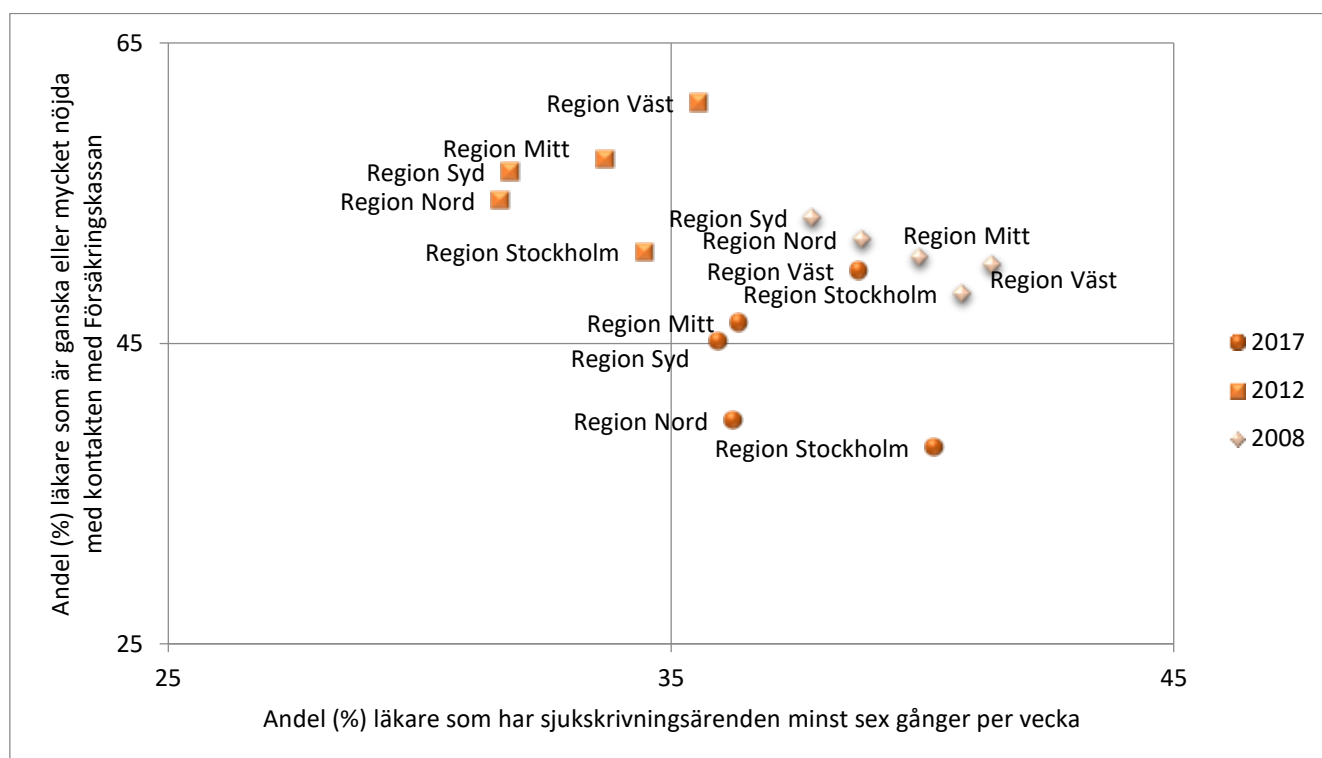
I jämförelsen mellan de tre enkätstudierna 2008, 2012 och 2017 syns en minskning i alla regionerna av andelen läkare som inte hade några kontakter med Försäkringskassan (Översta staplarna i Figur 37). Andelen mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan var densamma de tre enkätåren i Region Väst (50 %) och skillnaden var liten i Region Mitt (50 - 47 %). Störst ökning av andelen mycket eller ganska missnöjda var bland läkarna i Region Stockholm (2008 26 %; 2017 44 %) och i Region Nord (2008 27 %; 2017 44 %).



Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan (FK) år 2008, 2012 respektive 2017.

I nedanstående Figur 38 illustreras förhållandet i de fem regionerna mellan andel läkarna som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka i relation till om de var ganska eller mycket nöjda i kontakten med Försäkringskassan för vart och ett av enkätåren 2008, 2012 och 2017. Även de läkare som inte hade kontakt med Försäkringskassan ingår.

Svaren från de olika regionerna var 2008 väl samlade i det övre högra fältet dvs. omkring 40 procent hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och hälften var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan. År 2012 hade regionerna flyttat sig till det övre vänstra fältet, dvs. mindre än 35 procent hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och omkring 55 procent var mycket eller ganska nöjda. Region Väst avvek med både större andel läkare med ärenden och större andel nöjda. Spridningen av regionernas svar var större år 2017, både avseende andel som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka och avseende andel som var nöjda.



Figur 38. Relationen mellan andel läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och andel läkare som var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan i de fem olika regionerna, år 2008, 2012 respektive 2017.

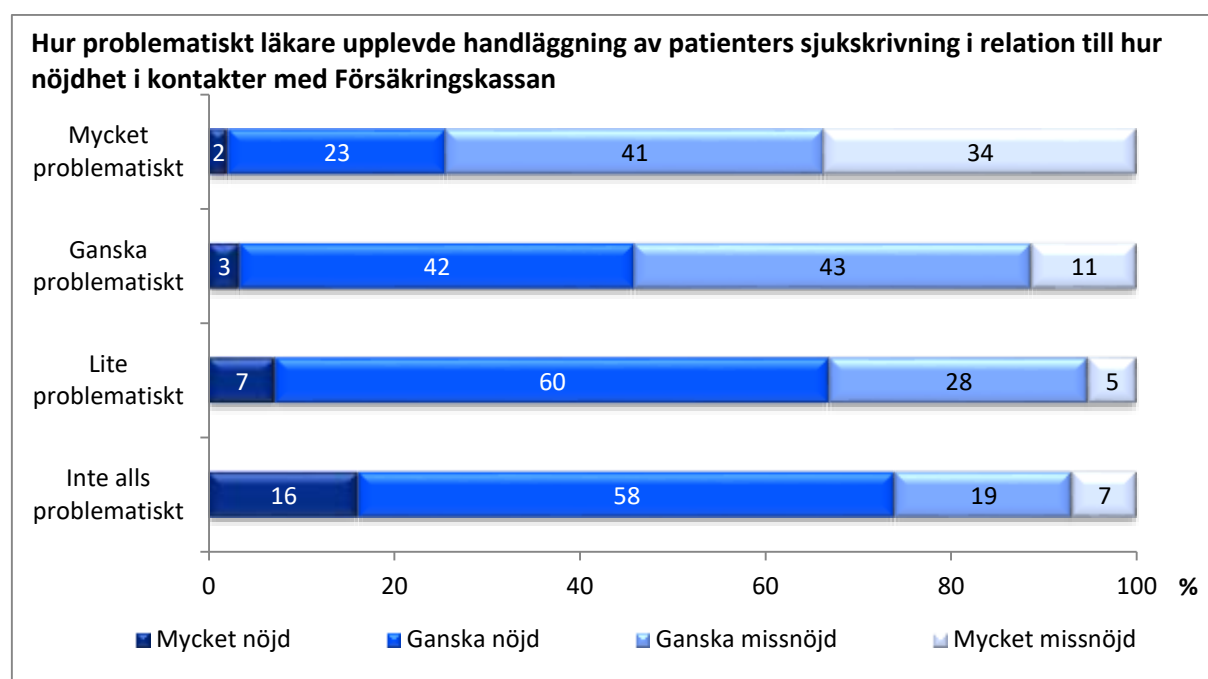
Sammanfattning

Drygt hälften (53 %) av läkarna som svarat att de har kontakt med Försäkringskassan var i allmänhet ganska eller mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, en andel som dock minskat över åren, år 2012 var den 70 procent. Andelen läkare som var mycket missnöjda med sina kontakter med Försäkringskassan har dubblats (12 % år 2017 jämfört med 6 % resp. 7 % år 2012 och 2008).

Sjukskrivningsärenden som problematiska och nöjdhet i kontakt med Försäkringskassan

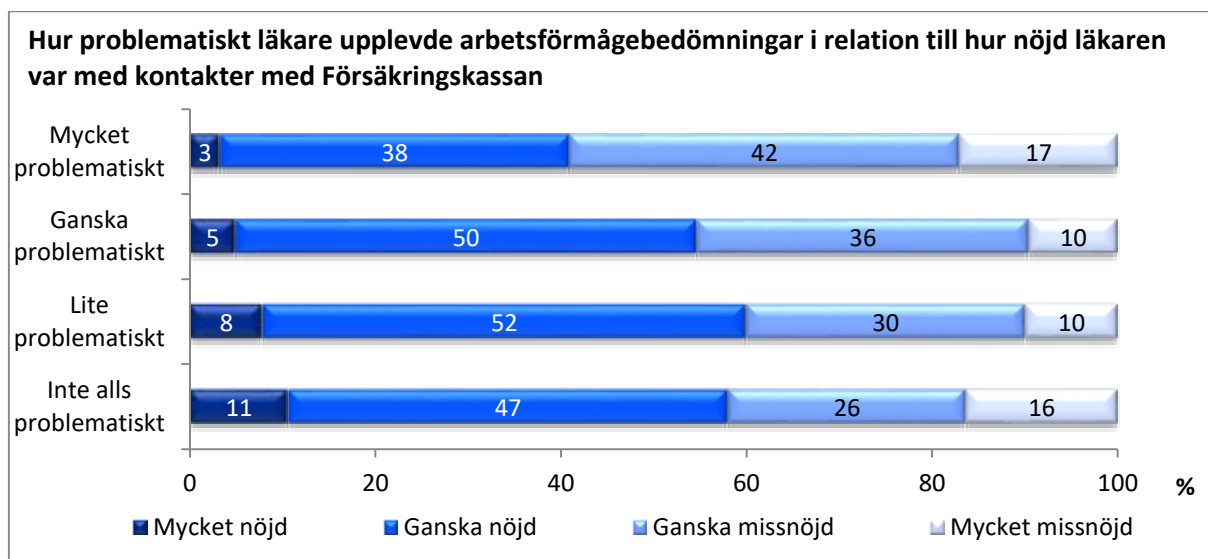
Hur nöjd läkaren var med kontakten med Försäkringskassan kan ha samband med *hur* problematiskt läkaren upplevde det var att hantera sjukskrivningsärenden. Nedan illustreras denna relation i fyra figurer med vardera en typ av problematik: generell, i bedömning, vid konflikt respektive av problematik av administrativ art.

I Figur 39 framgår att det finns en relation mellan upplevd problematik i sjukskrivningsärenden och graden av nöjdhet i kontakten med Försäkringskassan; från mycket problematik i sjukskrivningsärenden och liten andel mycket/ganska nöjda med kontakten (26 %) till ingen problematik i ärenden och stor andel mycket/ganska nöjda med kontakten (74 %). Det finns en tydlig relation men den kan däremot inte tolkas som något orsakssamband åt något håll.



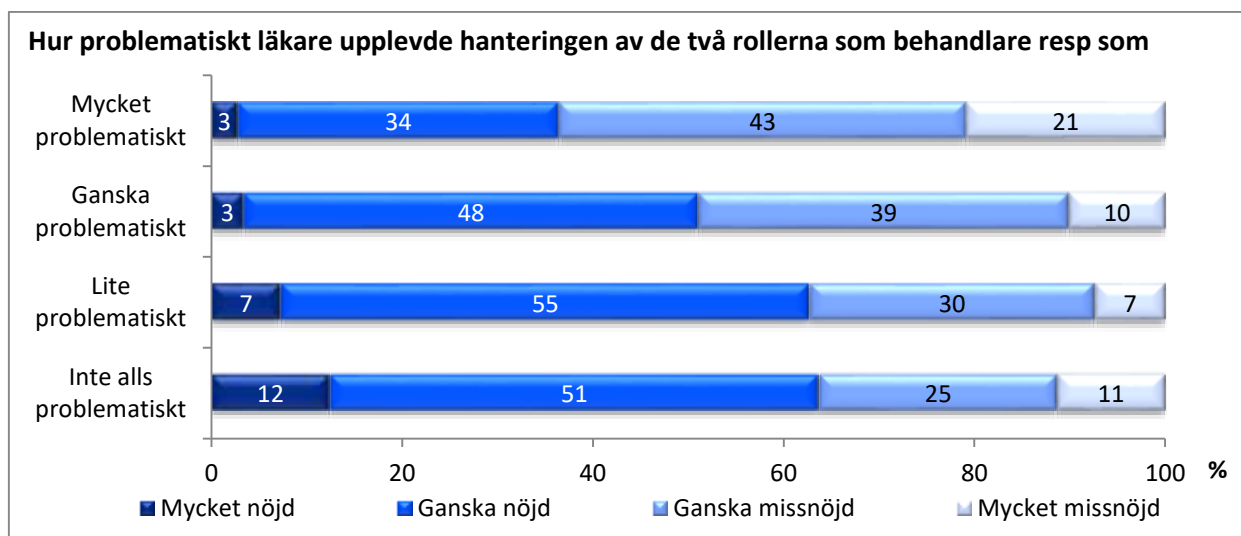
Figur 39. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplever handläggningen av patienters sjukskrivning i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 40 nedan finns inte någon tydlig trend i nöjdhet med kontakten med Försäkringskassan och hur problematiskt det är att bedöma arbetsförmåga även om andelen ganska eller mycket missnöjda var störst (59 %) bland dem som svarade att det är mycket problematiskt att bedöma arbetsförmåga.



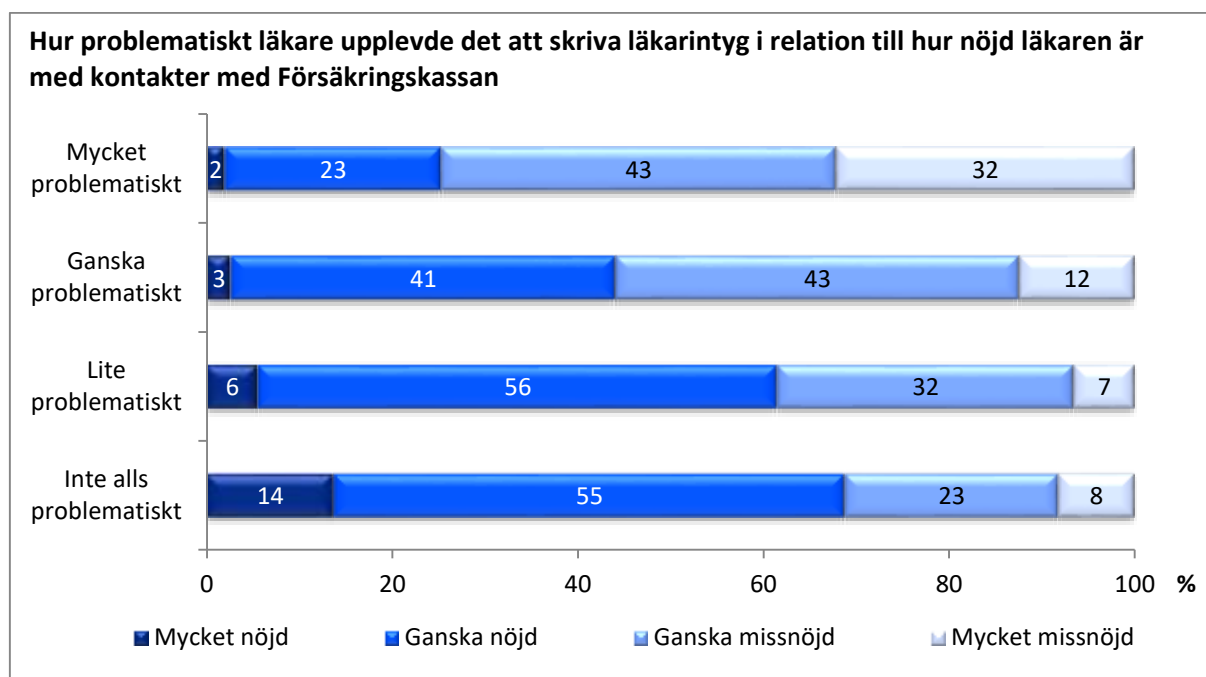
Figur 40. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplever att det är att bedöma graden av patienters arbetsförmåga i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.

En större andel av läkarna som upplevde sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig (inför t.ex. Försäkringskassan), som mycket eller ganska problematiska svarade även att de var mycket eller ganska missnöjda med kontakten med Försäkringskassan (Figur 41). Av dem som uppgav det mycket problematiskt med sina roller svarade 64 procent att de var mycket eller ganska missnöjda med kontakten och bland dem som uppgav ganska problematiskt svarade 49 procent att de var ganska eller mycket missnöjda med FK-kontakten.



Figur 41. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplevde sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.

ur problematiskt läkarna upplevde det var att skriva läkarintyg i relation till hur nöjda läkarna var med kontakten följer samma mönster som i Figur 41 ovan: Från ”Mycket problematiskt” och minst andel nöjda (32 %) med kontakterna till ”Inte alls problematiskt” och störst andel mycket nöjda (14 %) (Figur 42).



Figur 42. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplevde det är att skriva läkarintyg i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.

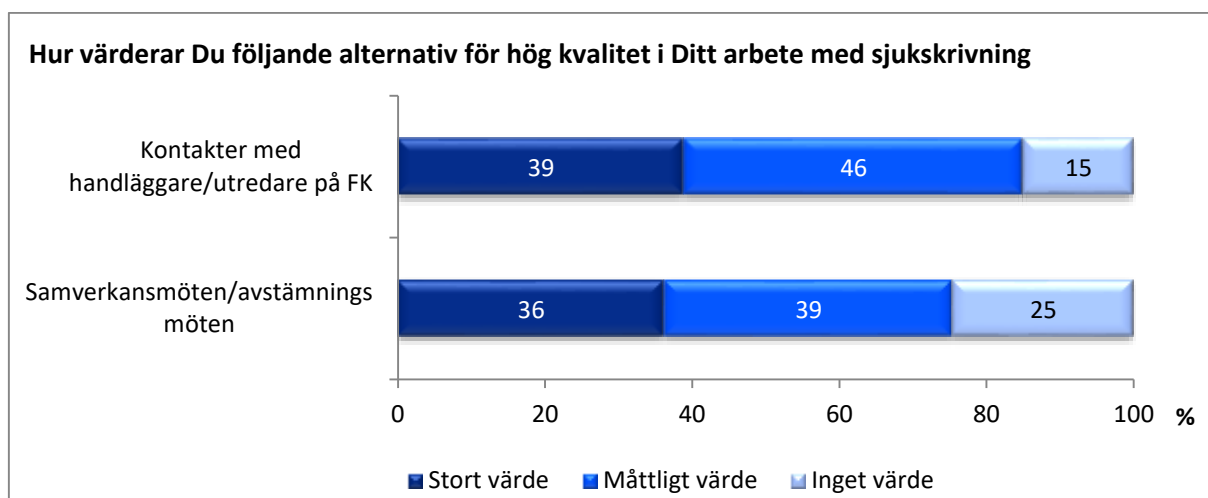
Sammanfattning

Oavsett vilken typ av problematik läkare upplevde när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden fanns det generellt ett samband mellan att uppleva respektive aspekt som mycket problematiskt och att vara mycket missnöjd med kontakten med Försäkringskassan och likaså mellan att uppleva situationen som inte alls problematiskt och att vara mycket nöjd.

Värdet av kontakter med Försäkringskassan

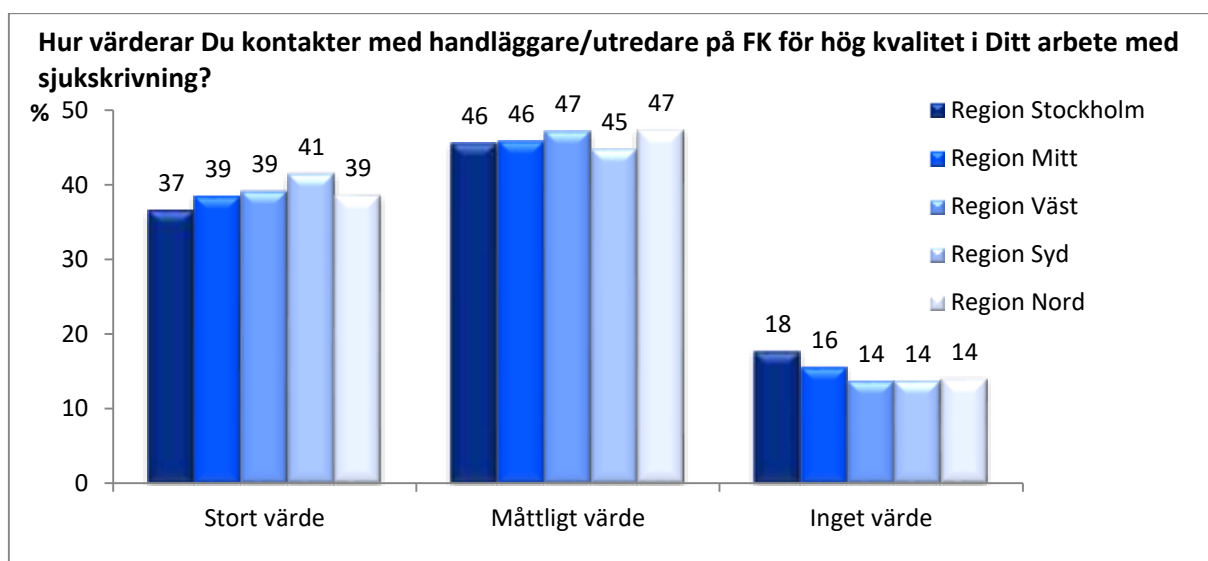
När det gällde vilket värde, som läkarna bedömde att kontakten med Försäkringskassan har för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, svarade 39 procent att kontakten har stort värde, medan 46 procent svarade måttligt värde (Figur 43). Andelarna som svarat 'stort värde' var något större än 2012 (33 % respektive 32 %). Endast 15 procent svarade att kontakter med Försäkringskassan inte har något värde alls (18 % 2012).

Läkarna fick också frågan om en specifik form av kontakt, nämligen fysiska möten i form av samverkansmöten/avstämningmöten. Andelen som värdesatte sådana möten för hög kvalitet i arbetet var något mindre; 36 procent satte stort värde och 39 procent måttligt värde vid dessa former av kontakt.



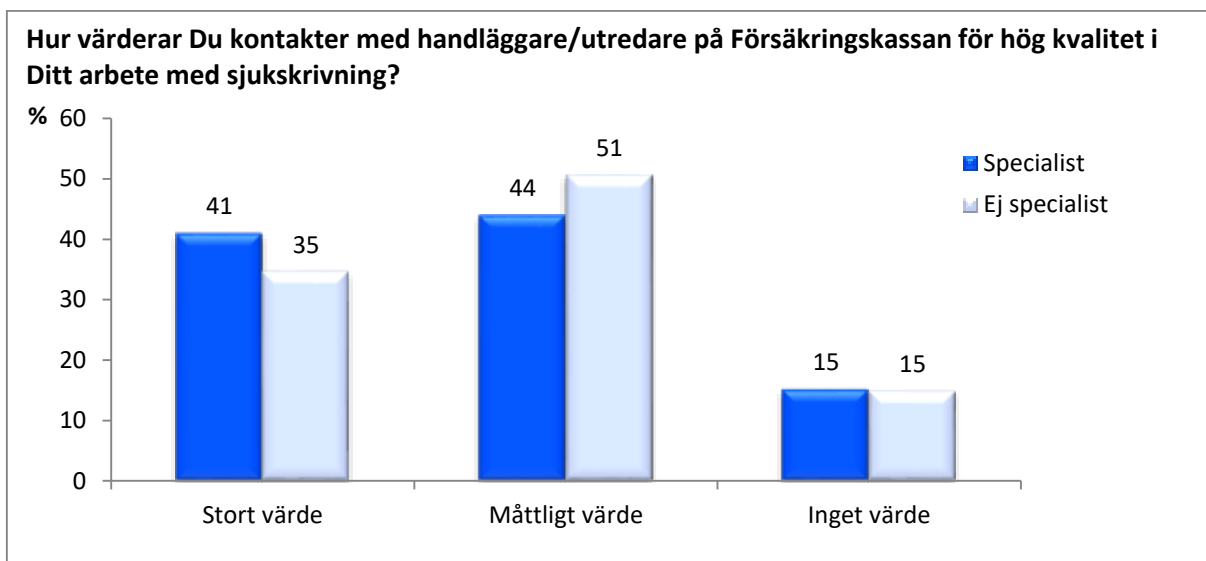
Figur 43. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter och samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete.

För hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet värderades kontakten med *handläggare* relativt lika i de fem regionerna (Figur 44). I Region Stockholm var andelen minst för Stort värde (37 %) och störst för Inget värde (18 %). I Region Syd svarade 41 procent att kontakten hade stort värde.



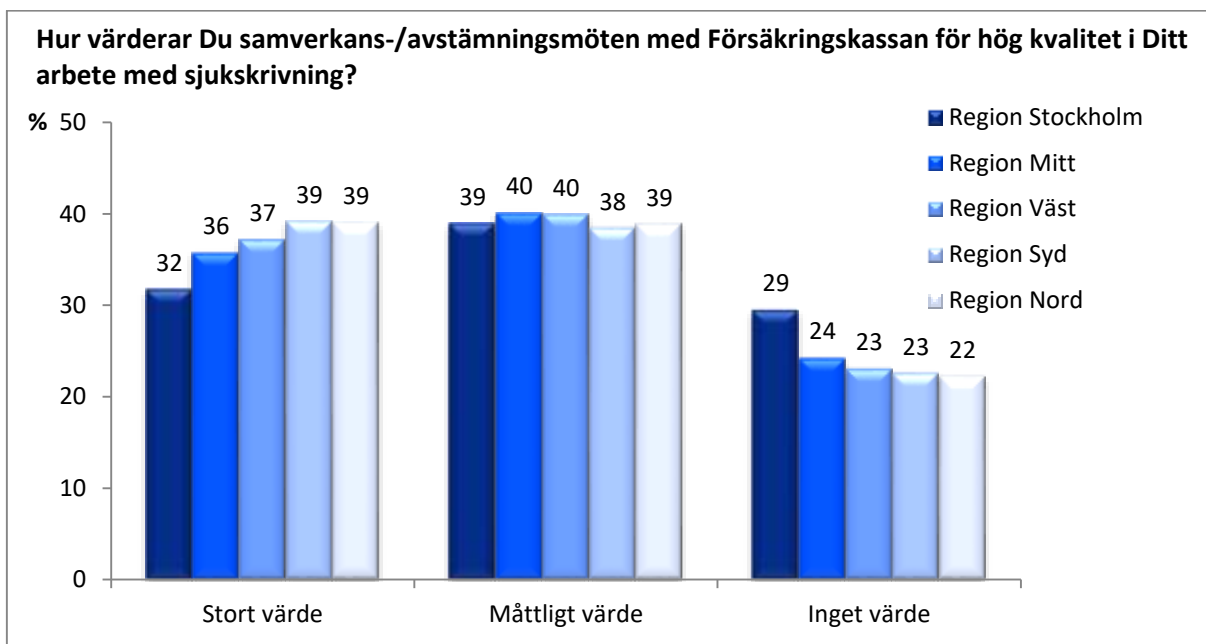
Figur 44. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på regioner.

En större andel av specialisterna än av icke-specialisterna svarade att kontakterna har stort värde (41 % respektive 35 %) för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 45). Det var däremot ingen skillnad mellan specialister och icke specialister vid en sammanslagning av stort och måttligt värde eller när det gäller svarsalternativet Inget värde (15 %).



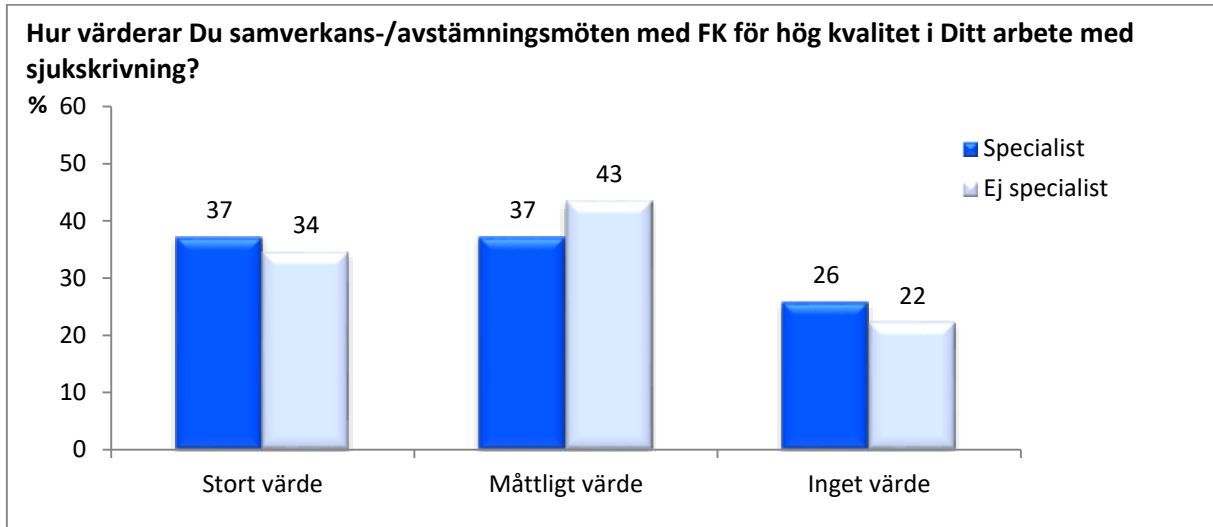
Figur 45. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter med Försäkringskassan har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

I Figur 46 visas svaren uppdelat på de fem regionerna vad avser värdet av *samverkans-/avstämningmöten*. Dessa uppskattades mest i Region Syd respektive Nord (39 %) och minst i Region Stockholm (32 %), som även hade störst andel läkare som svarade att mötena har 'inget värde' för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.



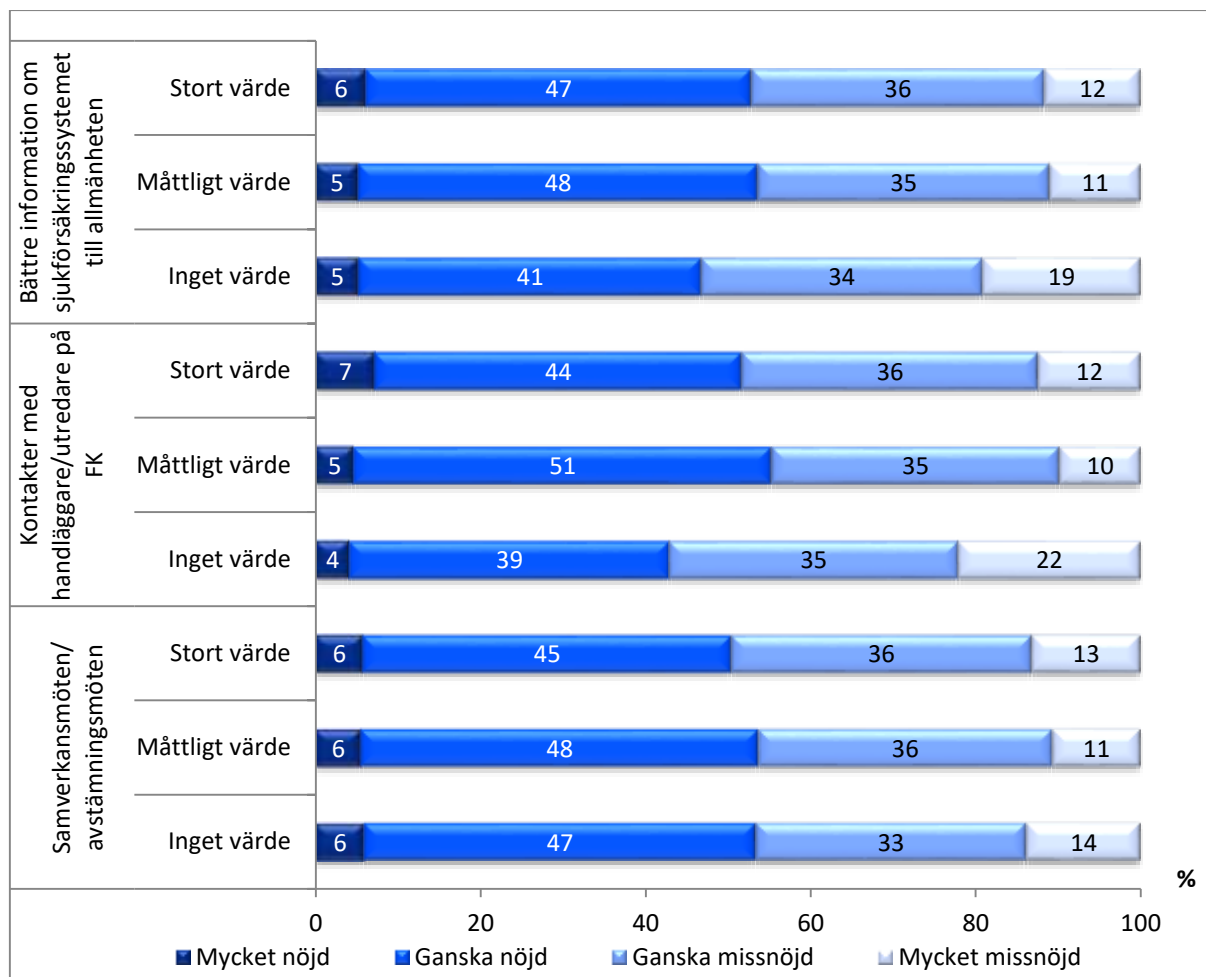
Figur 46. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde samverkansmöten med Försäkringskassan har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på regioner.

Bland specialistutbildade läkare var det en något större andel (37 %) än bland övriga utbildningsnivåer (34 %) som svarade att samverkans-/avstämningmöten har stort värde (Figur 47) men bland dem var det också störst andel (26 %) som upplevde att dessa möten inte har något värde.



Figur 47. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Värderingen av olika faktorer betydelse för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet relateras till hur nöjda läkarna var med kontakten med Försäkringskassan i Figur 48. Där framgår att det inte var någon större skillnad i nöjdhet vid olika värdering av ”Information om sjukförsäkringen till allmänheten”, ”Kontakter med handläggare på Försäkringskassan” eller ”Samverkansmöten”. De som svarade att de var mycket missnöjda med kontakten med Försäkringskassan ansåg i större utsträckning att kontakter med handläggare inte hade något värde.



Figur 48. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde informationsinsatser, kontakter med handläggare respektive samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i läkarnas sjukskrivningsarbete, i relation till nöjdhet i kontakten med Försäkringskassan.

Sammanfattning

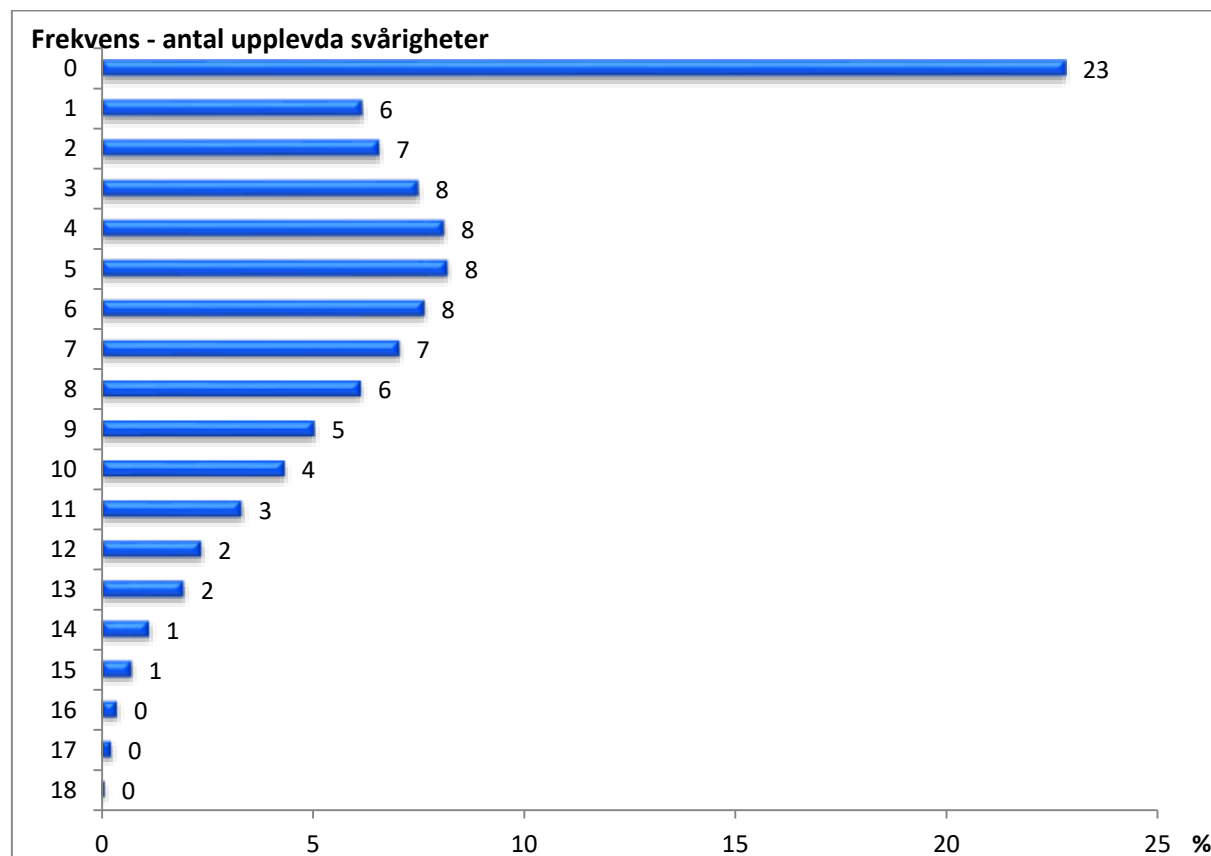
Trettionio procent av läkarna svarade att kontakter med handläggare hade stort värde i arbetet med sjukskrivning, och 36 procent att samverkans/avstämningssmöte hade det. Det fanns en variation mellan regionerna; en något lägre andel i Region Stockholm ansåg detta (37 % för kontakter med handläggare, 32 % för möten). Bland de som svarade att kontakten med handläggare inte har något värde var andelen störst som uppgav att de var mycket missnöjda med kontakten med Försäkringskassan. Läkare som svarade att de var mycket missnöjda med kontakten med Försäkringskassan ansåg i större utsträckning att kontakter med handläggare inte hade något värde.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

Läkarna fick i 2017 års enkät uppge om de upplevt en eller flera av 18 olika typer av svårigheter (varav en var 'Annat') i kontakten med Försäkringskassan under de 12 senaste månaderna. Nedan presenteras svar på detta, generellt samt uppdelat på olika grupperingar. Först presenteras frekvenssiffror när det gäller antal upplevda sådana svårigheter.

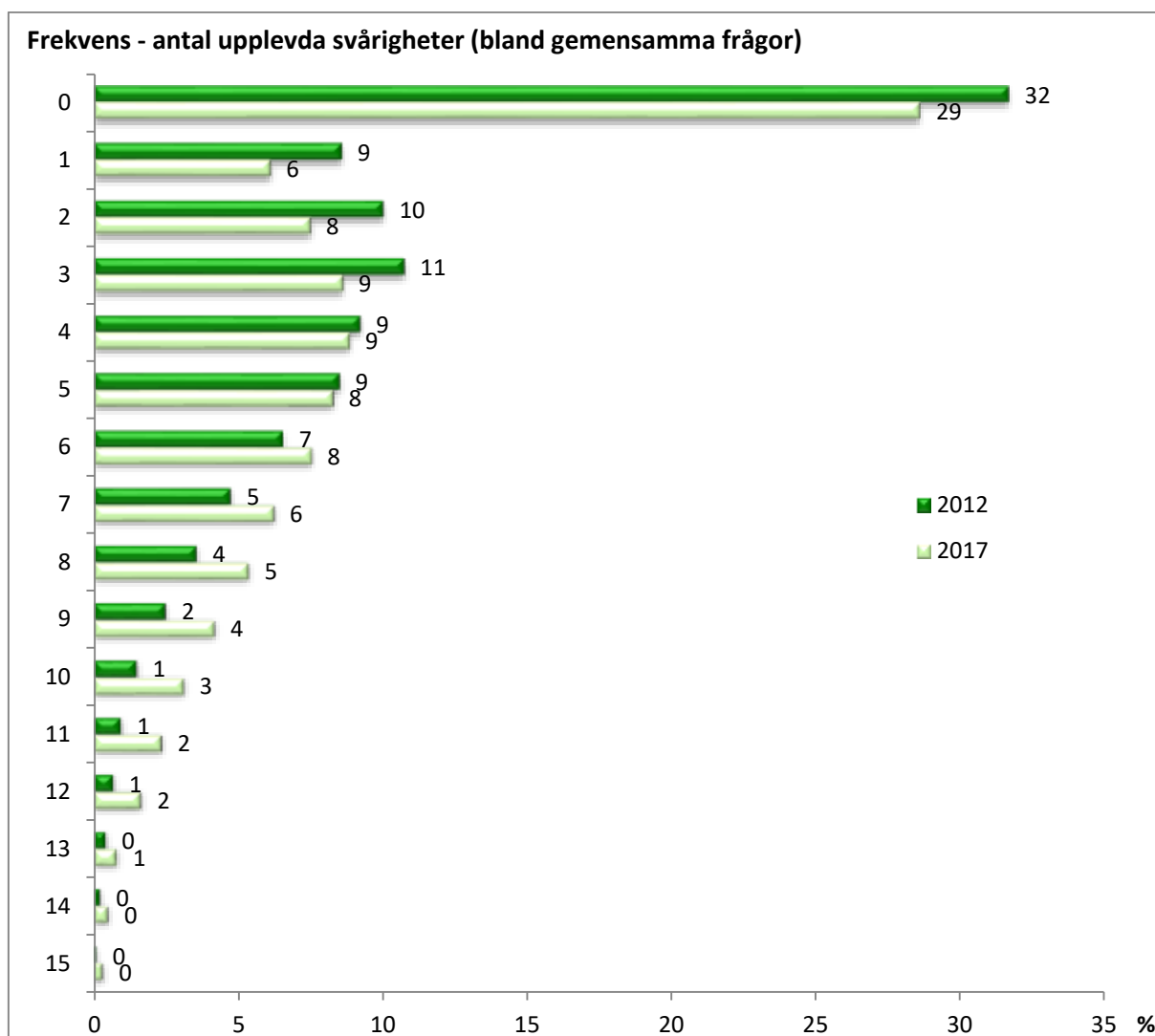
Frekvens av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

Det fanns möjlighet att uppge en, flera eller samtliga av de 18 potentiella typer av svårigheterna i enkäten. I Figur 49 visas fördelningen av svaren. En fjärdedel (23 %) svarade att de inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Åtta procent av läkarna uppgav tre till sex av de listade typerna av svårigheter.



Figur 49. Andel (%) läkare i relation till antal svårigheter de uppgav.

I båda enkäterna år 2012 och 2017 ingick 15 av ovan listade svårigheter. Dessa visas i Figur 50. Läkarna uppgav ett större antal av de listade svårigheterna 2017 än 2012. Andel läkare som uppgav inga eller en till tre svårigheter visar en tydlig minskning medan en större andel 2017 än 2012 uppgav fler än fem av de listade svårigheterna.



Figur 50. Andel (%) läkare i relation till antal svårigheter i kontakten med Försäkringskassan år 2012 respektive 2017.

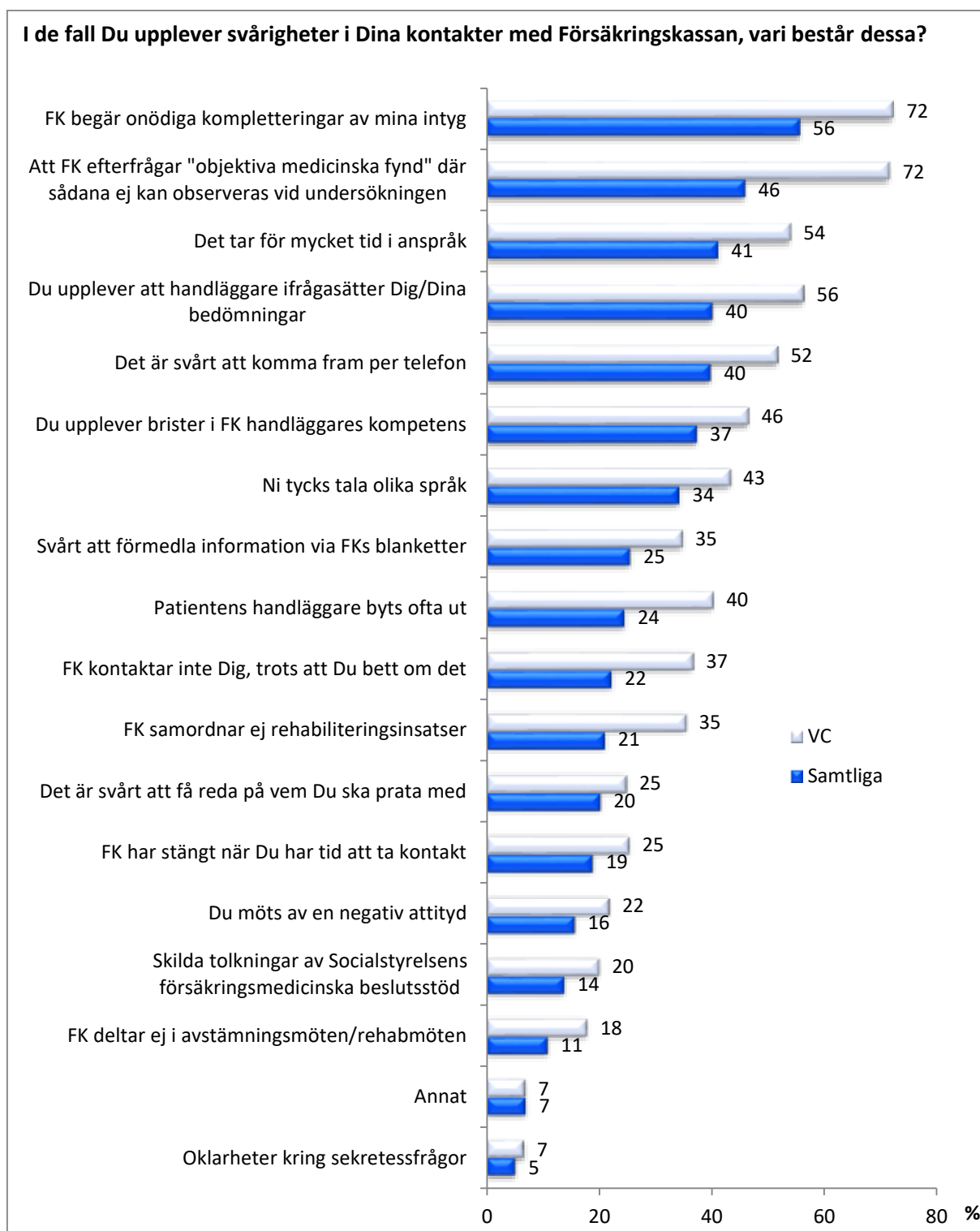
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan; i olika grupper av läkare

I detta avsnitt presenteras andel läkare som upplevt de listade svårigheterna i kontakterna med Försäkringskassan, fördelat på olika grupper av läkare.

Samtliga och vårdcentralsläkare

I den första figuren redovisas svaren för vårdcentralsläkarna och för alla (Figur 51). En femtedel (23 %) svarade att de inte upplevt några svårigheter. De tre svårigheter som störst andel läkare uppgav var: 'Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg' (56 %), 'Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana inte kan observeras vid undersökningen' (46 %) och 'Det tar för mycket tid i anspråk' (41 %).

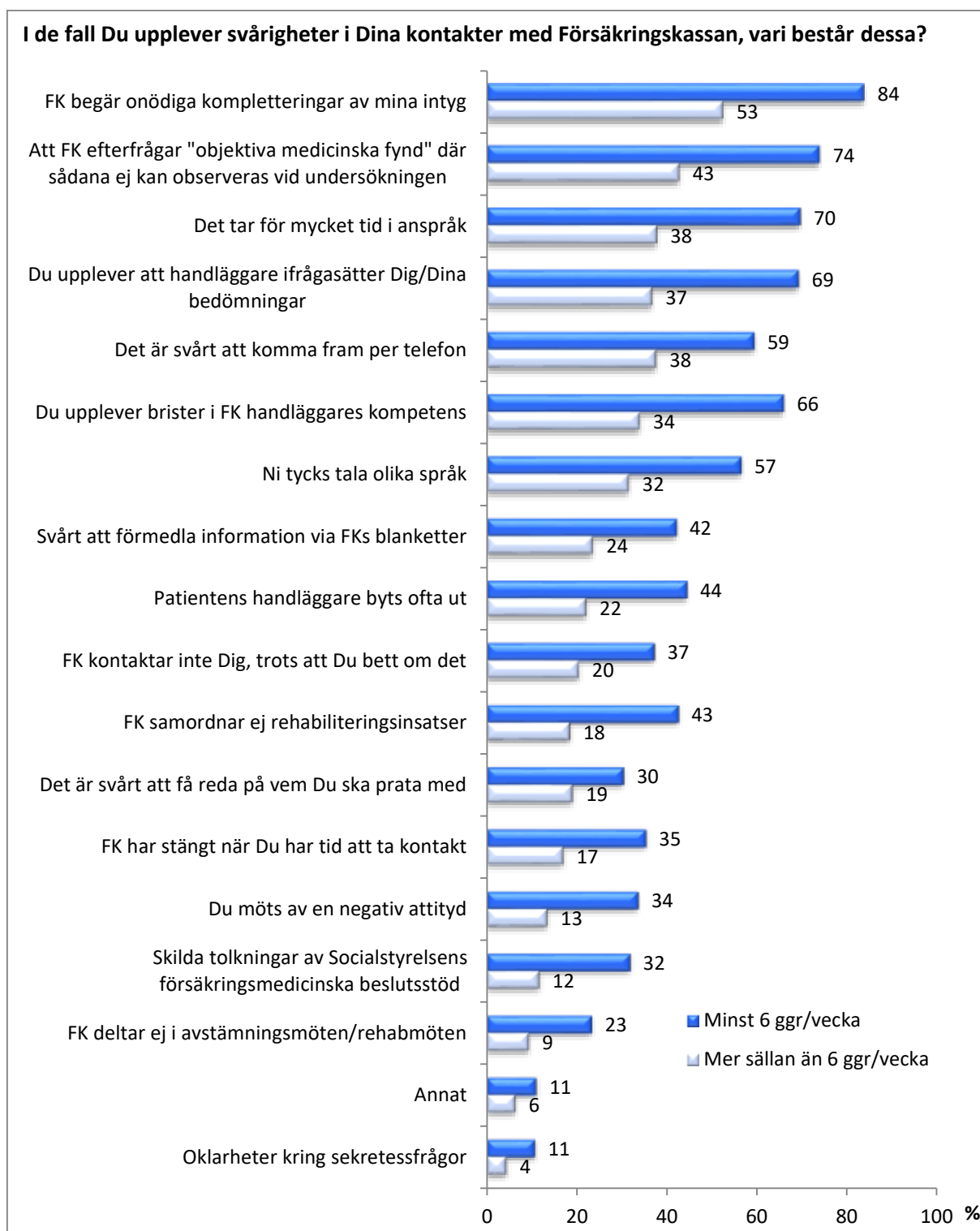
En betydligt större andel vårdcentralsläkare upplevde dessa svårigheter. Knappt tre fjärdedelar (72 %) svarade att svårigheterna var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar respektive efterfrågar objektiva medicinska fynd. Mer än hälften av vårdcentralsläkarna upplevde även att deras bedömningar ifrågasattes (56 %), att det tar för mycket tid (54 %) och att det är svårt att komma fram på telefon (52 %).



Figur 51. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), samtliga läkare samt enbart för vårdcentralsläkare (VC).

Frekvens av sjukskrivningsärenden

I nästa figur (Figur 52) presenteras istället hur stor andel läkare som upplevde dessa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden. Det framgår tydligt att bland de läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka upplevde en betydligt större andel av var och en av de olika listade svårigheterna – ofta dubbelt så stor andel.

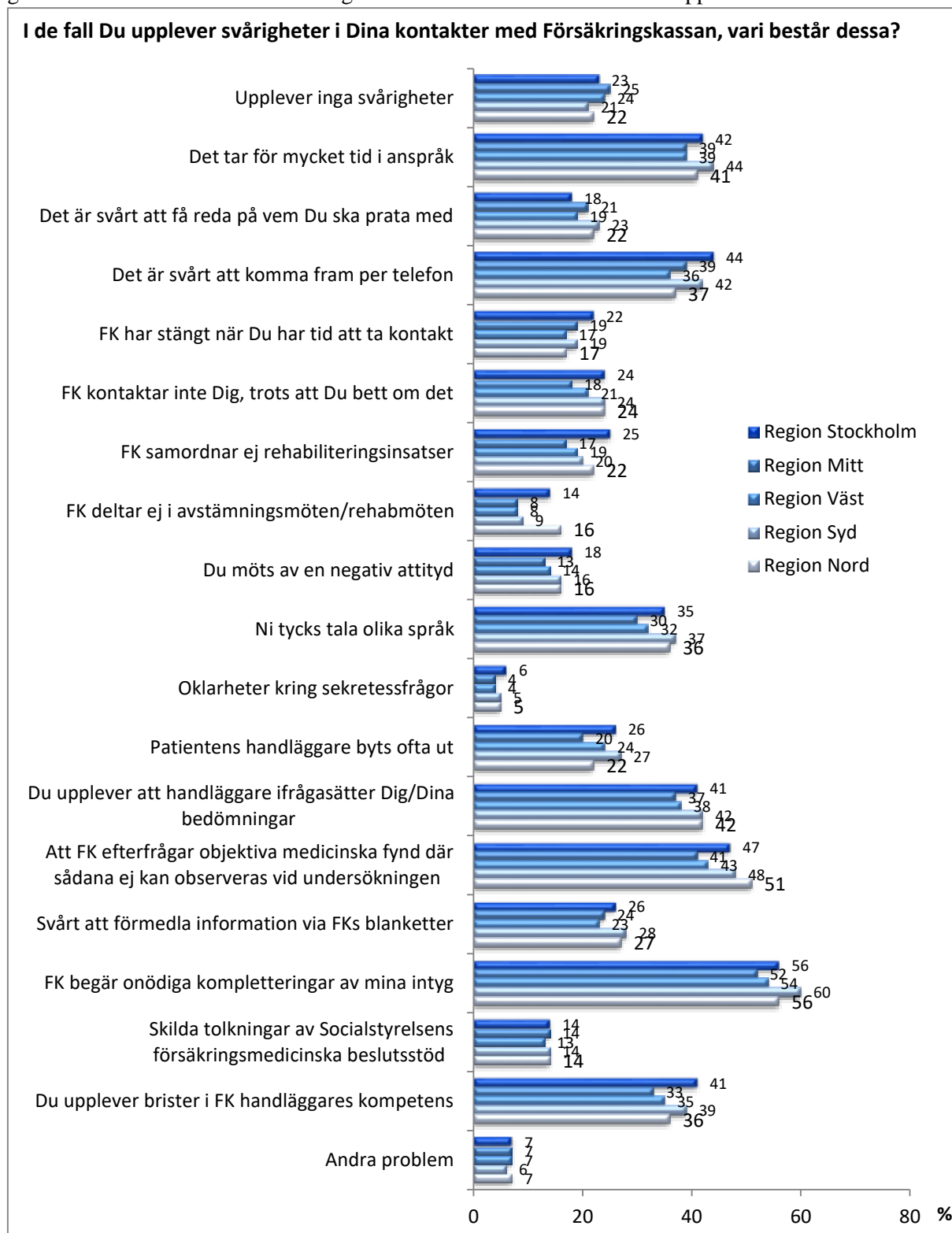


Figur 52. Andel (%) läkare som upplevde var och en av de olika listade typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på att ha sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka eller mer sällan.

Regioner

I Figur 53 presenteras detta uppdelat på de fem regionerna. Mer än hälften av läkarna i samtliga regioner upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg, störst andel i Region Syd (60 %). Den svårighet i kontakterna som därefter störst andel svarat är att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras. Hälften av

läkarna i Region Nord och knappt hälften i övriga regioner svarade detta. Region Mitt utmärker sig genom att i 12 av de 18 listade svårigheterna ha minst andel läkare som upplever dem.



Figur 53. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.

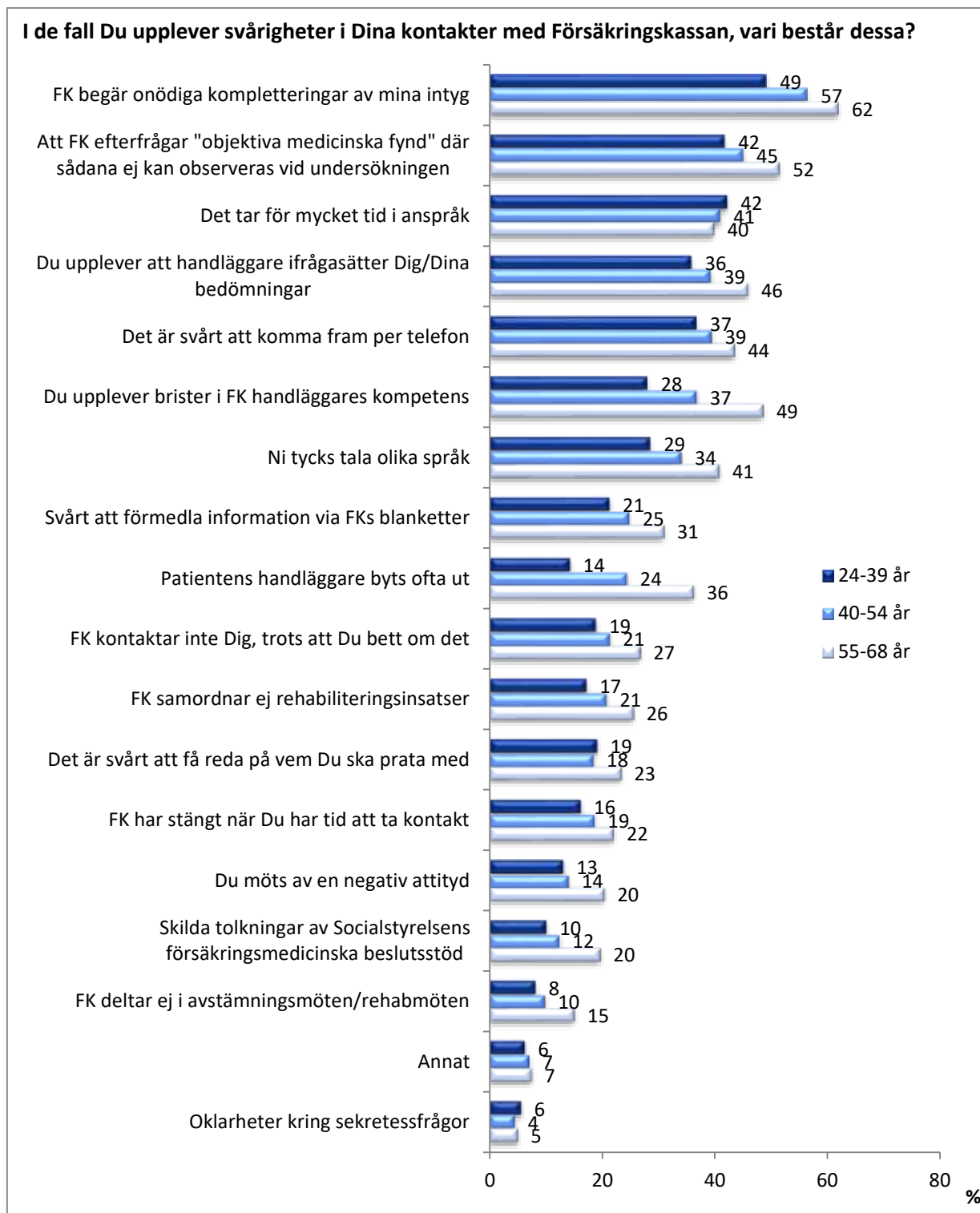
Kön och ålder

Dessa listade svårigheter visas även uppdelat på kvinnor och män i Figur 54 och i tre åldersgrupper i Figur 55. Svarsmönstret var mycket likartat för kvinnor och män. Mer än hälften (56 %) svarade att det är en svårighet i kontakten att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar. Andelen som uppgett de övriga svårigheterna är dock 1-5 procentenheter större bland kvinnor än bland män förutom svårigheten med skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (kvinnor 13 %; män 14 %) och Annat (kvinnor 6 %; män 7 %).



Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på kvinnor och män.

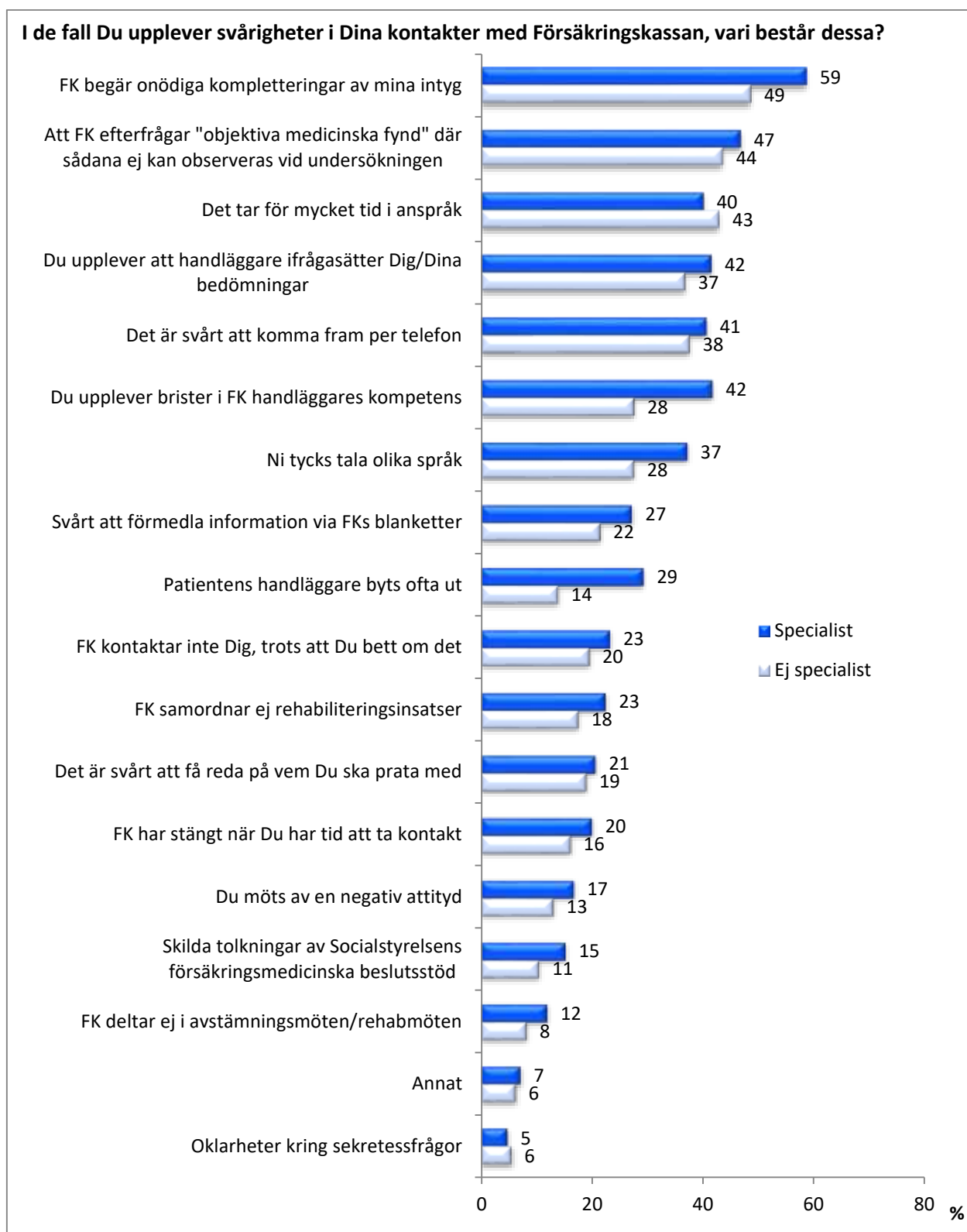
Vad avser svarsmonstret för de listade svårigheterna i de tre åldersgrupperna (Figur 55) var andelen som upplevt svårigheter störst i den äldsta åldersgruppen (55-68 år) i alla listade svårigheter utom "Det tar för mycket tid i anspråk" där åldersgrupperna var lika (24-39 år 42 %; 40-54 år 41 %; 55-68 år 40 %) och oklarheter i sekretessfrågor (6, 4, 5 % i resp. grupp). Två svårigheter för vilka det skilde 22 respektive 21 procentenheter mellan den yngsta och den äldsta gruppen var svårighet med att patientens handläggare ofta byts ut (24-39 år 14 %; 40-54 år 24 %; 55-68 år 36 %) och upplevd brist i handläggares kompetens (24-39 år 28 %; 40-54 år 37 %; 55-68 år 49 %). Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar var den svårighet som störst andel i varje åldersgrupp uppgav (24-39 år 49 %; 40-54 år 57 %; 55-68 år 62 %).



Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat i tre åldersgrupper.

Utbildningsnivå

För 16 av de 18 listade svårigheterna var det störst andel bland läkare med specialistkompetens som uppgav dem (Figur 56). Både bland specialister och bland icke-specialister var andelen åter störst för svårigheten att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar (specialist 59 %; ej specialist 49 %) och efterfrågan av objektiva fynd (specialist 47 %; ej specialist 44 %). Mer än 40 procent av specialisterna svarade att handläggarna ifrågasatte deras bedömningar (42 %), upplevde brister i handläggarens kompetens (42 %), svårt att komma fram på telefon (41 %) och det tar för mycket tid i anspråk (40 %). Bland icke-specialister var andelen större än 40 procent även för svårigheten att det tar för mycket tid i anspråk (43 %). Endast denna fråga och oklarhet kring sekretessfrågor upplevde en något större andel av dem som inte var specialistutbildade.



Figur 56. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på specialist- och icke specialistutbildade läkare.

Typ av klinik/mottagning

Drygt hälften (56 %) av samtliga läkare svarade att en svårighet var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar och knappt hälften (46 %) att FK efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” där sådana inte kan observeras, som framgår av Figur 56. Skillnaden är dock stor mellan de olika typerna av kliniker/mottagningar (Tabell 20). Störst andel som upplevde onödiga kompletteringar som en svårighet var läkare inom ortopedi (73 %), vårdcentral (72 %), företagshälsovård (71 %) och reumatologi (70 %). Mer än 70 procent av läkarna inom företagsvård (74 %) och vårdcentraler (72 %) uppgav också att efterfrågan på objektiva fynd var en svårighet. Drygt hälften av läkarna på vårdcentraler (54 %), reumatologi (53 %), ortopedi (51 %) och neurologi (51 %) svarade att kontakten tar för mycket tid. Det var inom två av ovanstående kliniker som också störst andel upplevde att deras bedömningar ifrågasattes, vårdcentral (56 %), företagshälsovård (53 %) men i detta fall även läkare på psykiatriska kliniker (51 %).

Tabell 20. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

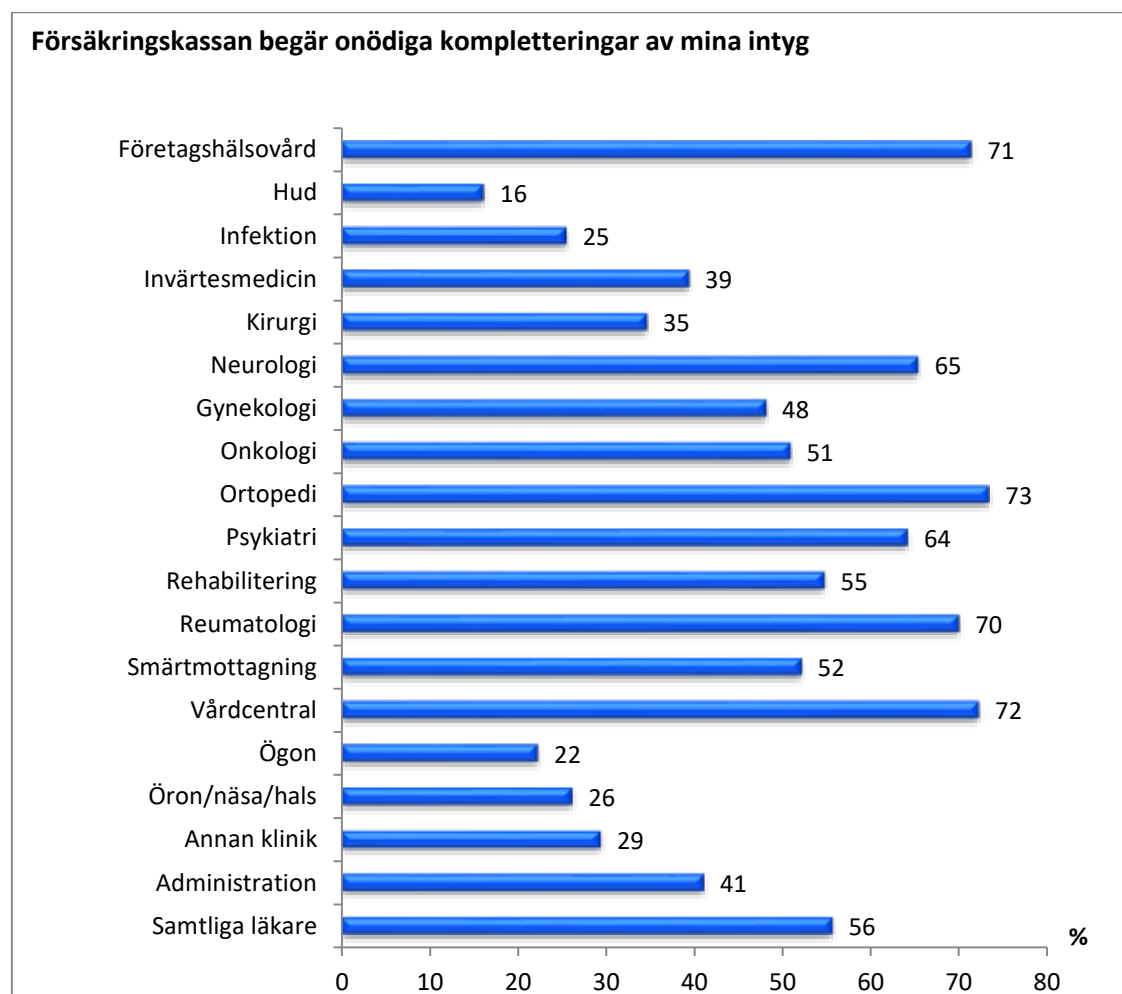
Klinik/mottagning	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
Företagshälsovård	71	74	39	53
Hud	16	10	16	13
Infektion	25	18	18	14
Invärtesmedicin	39	28	29	26
Kirurgi	35	17	28	20
Neurologi	65	52	51	43
Gynekologi	48	35	35	32
Onkologi	51	30	32	30
Ortopedi	73	26	51	41
Psykiatri	64	60	46	51
Rehabilitering	55	46	36	47
Reumatologi	70	50	53	47
Smärtmottagning	52	54	46	41
Vårdcentral	72	72	54	56
Ögon	22	8	20	13
Öron/näsa/hals	26	18	25	17
Annan klinik/mottagning	29	20	25	24
Administration	41	41	25	20
Samtliga läkare	56	46	41	40

Specifika svårigheter

I det följande avsnittet redovisas andel läkare i olika grupper som svarat att de upplever några av de specifika svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan.

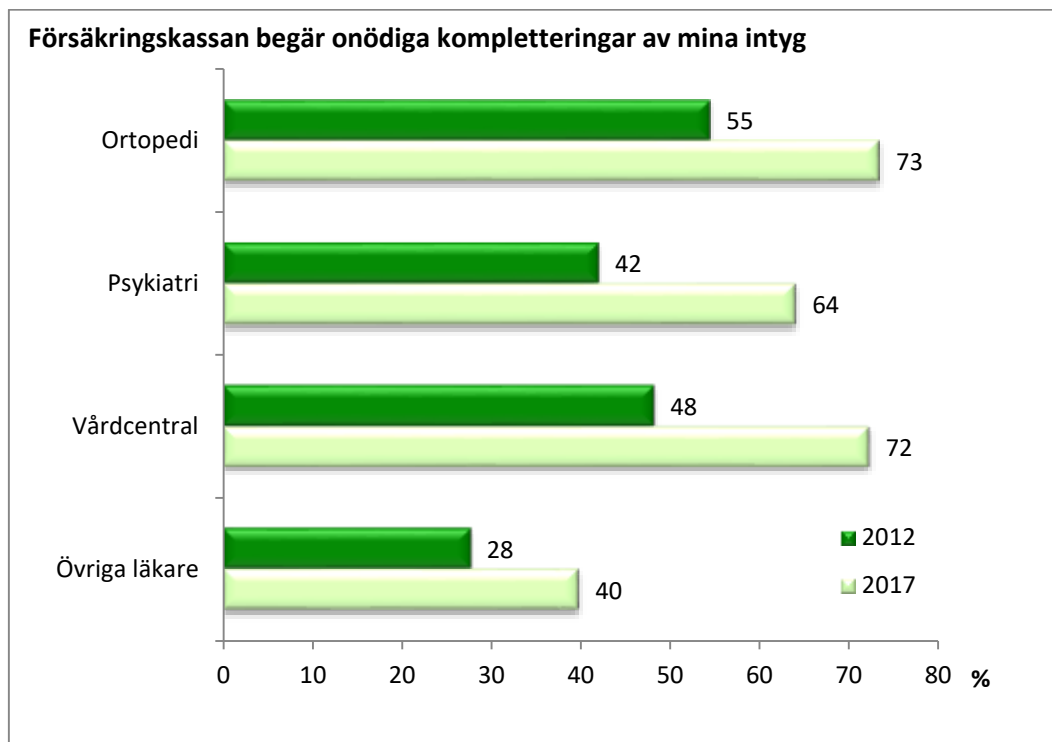
Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar

Den svårighet i kontakten med Försäkringskassan som störst andel av läkarna (56 %) upplevde var att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” (Figur 57). Inom nio typer av kliniker gav mer än hälften av läkarna detta svar; störst andel inom ortopedi (73 %), vårdcentral (72 %), företagshälsovård (71 %) och reumatologi (70 %).



Figur 57. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av sjukintyg uppgavs av en betydligt större andel år 2017 än 2012 (Figur 58). Den största skillnaden mellan åren var i andelen vårdcentralsläkare som uppgav denna svårighet (48 % 2012; 72 % 2017).



Figur 58. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på tre typer av kliniker samt övriga läkare.

Som framgått av ovanstående figur (Figur 58) var det en betydande ökning 2012 till 2017 av andelen som svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan är begäran om onödiga kompletteringar av intyg. I Figur 59 framgår att detta gällde för både kvinnor och män.



Figur 59. Andel (%) läkare som år 2012 respektive 2017 uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kvinnor och män.

På en annan fråga i enkäten, om ”hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg” svarade ännu fler (68 %) att detta är mycket eller ganska problematiskt. På frågan om det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” svarade 56 procent att det var det (som framgår ovan av Figur 51). I Tabell 21 relateras andelen av samtliga läkare som besvarade frågan ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” till andelen som svarade på frågan ”hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg”, i Tabell 22 samma enbart för vårdcentralsläkare. I båda tabellerna framgår att det finns en relation mellan att läkare uppfattar begäran om kompletteringar som onödig och att det är mycket eller ganska problematiskt att svara på sådan begäran. Andelen som svarat att det är mycket/ganska problematiskt var betydligt större bland vårdcentralsläkarna.

I båda tabellerna framgår att även om en läkare inte tycker det är särskilt problematiskt att göra kompletteringar av intyg kan det i vissa fall ändå begäran om komplettering uppfattas som onödig och därmed vara en av svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan – och tvärtom.

Tabell 21. Andel (%) läkare som svarat att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) att få onödiga begäran om kompletteringar av deras intyg i relation till hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om kompletteringar av intyg.

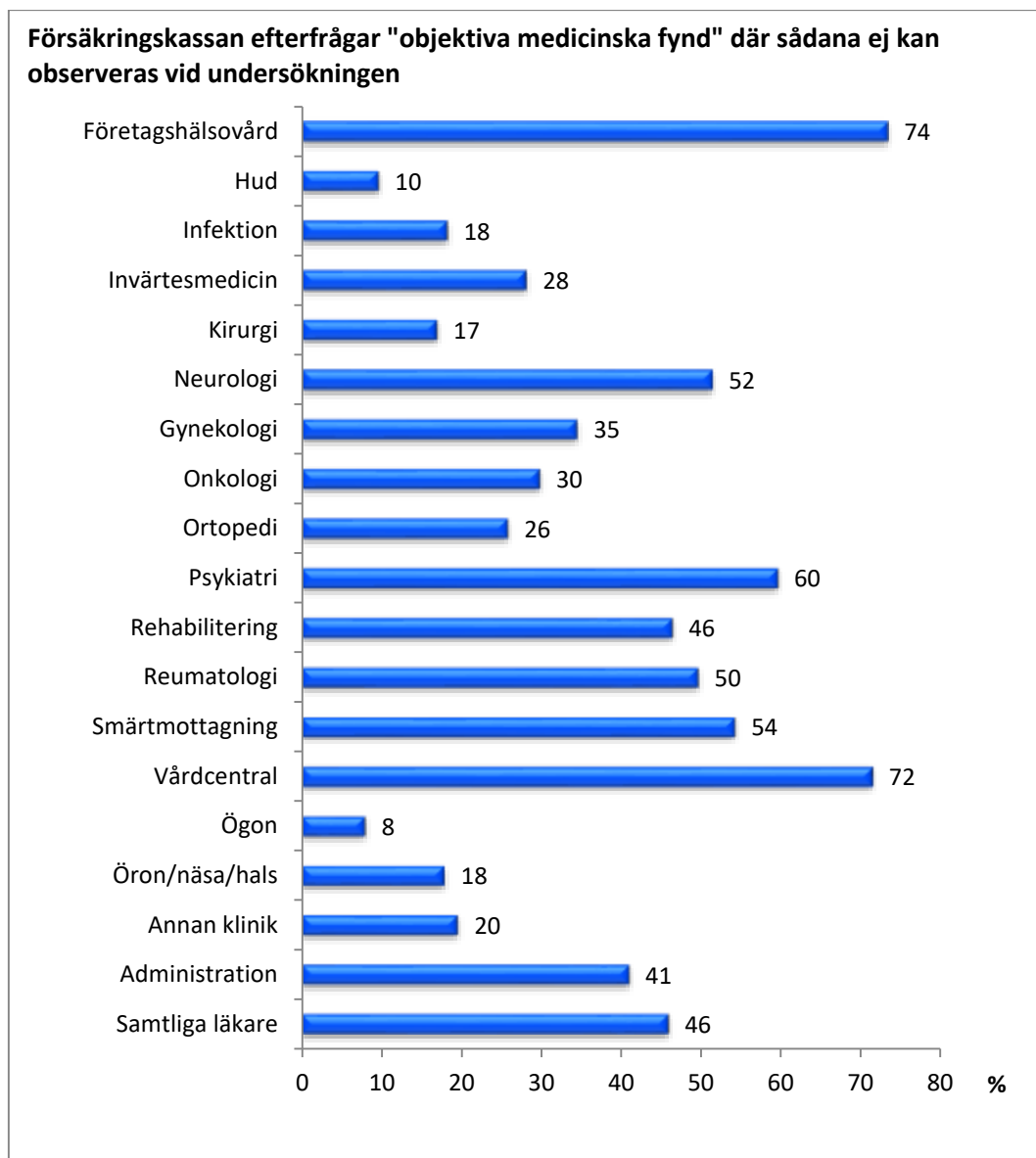
		Hur problematiskt tycker Du det är att svara på FKs begäran om komplettering av intyg?		
		Mycket/ganska	Lite/inte alls	
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Ja	48 %	8 %	56 %
	Nej	20 %	23 %	44 %
		69 %	31 %	100 %

Tabell 22. Andel (%) vårdcentralsläkare som svarat att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) att få onödiga begäran om kompletteringar av deras intyg i relation till hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om kompletteringar av intyg.

Bland vårdcentralsläkare		Hur problematiskt tycker Du det är att svara på FKs begäran om komplettering av intyg?		
		Mycket/ganska	Lite/inte alls	
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Ja	65 %	7 %	73 %
	Nej	17 %	10 %	27 %
		82 %	18 %	100 %

”Objektiva fynd”

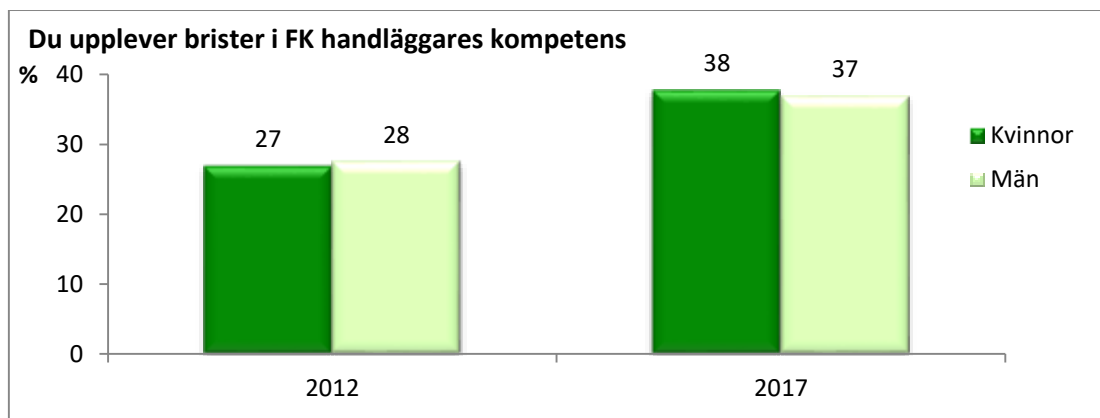
Den svårighet i kontakten med Försäkringskassan som näst störst andel (46 %) av läkarna angav var att ”Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning” (Figur 60). Inom sex typer av kliniker gav mer än hälften av läkarna detta svar, störst inom företagshälsovård (74 %), vårdcentraler (72 %) och psykiatri (60 %).



Figur 60. Andel (%) läkare som uppgav att 'Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen' som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.

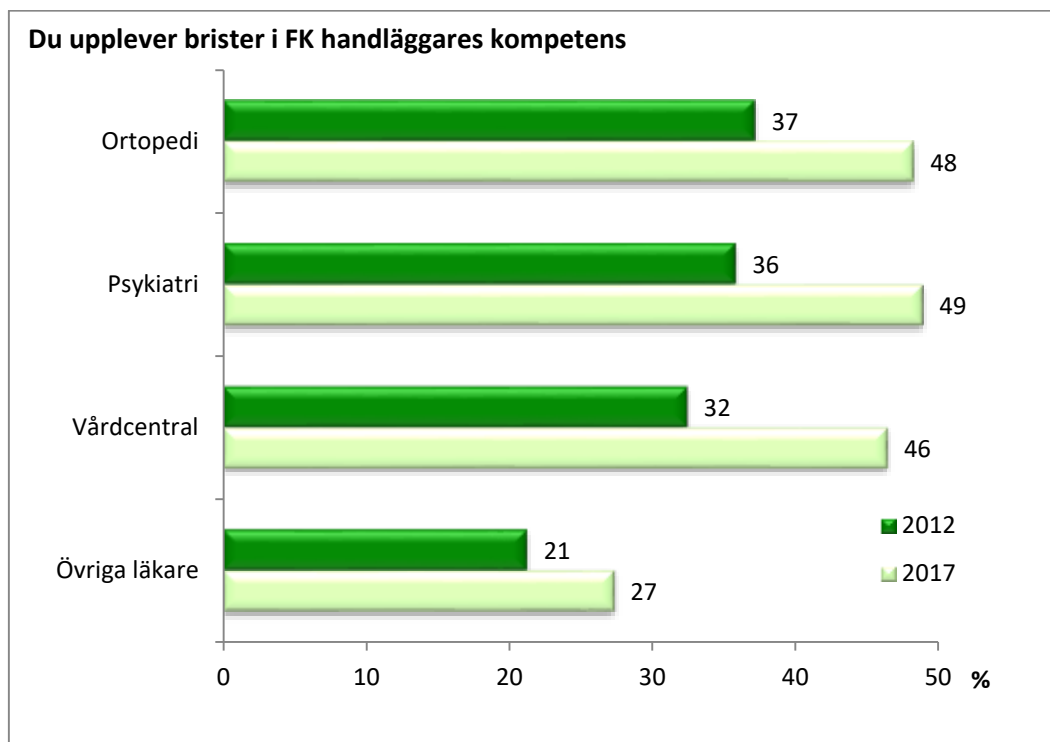
Brister i handläggares kompetens

Både kvinnor och män svarade i större grad år 2017 än 2012 att de upplevde brister i Försäkringskassans handläggares kompetens (Figur 61). Skillnaden var omkring elva procentenheter bland kvinnor och nio bland män mellan enkätåren 2012 och 2017.



Figur 61. Andel (%) läkare som uppgav brister i handläggares kompetens som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2012 respektive 2017, uppdelat på kvinnor och män.

Samma svårighet som ovan men uppdelat på olika kliniker gav liknande skillnad mellan åren för de specificerade klinikerna, 11-14 procentenheter, störst andel på vårdcentraler (Figur 62). Bland ”övriga läkare” var skillnaden inte lika stor mellan åren; 21 % 2012; 27 % 2017.

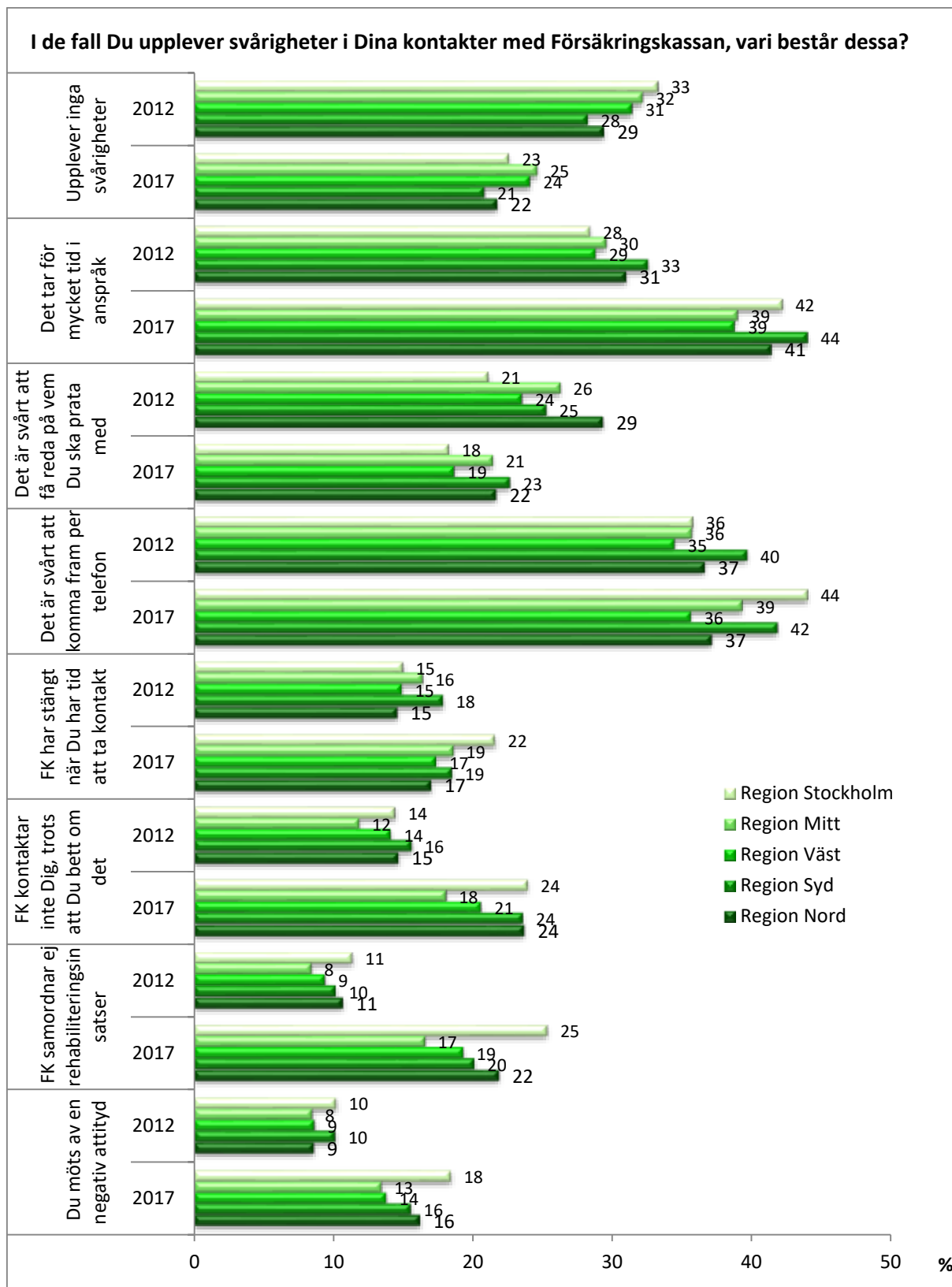


Figur 62. Andel (%) läkare som uppgav brister i handläggares kompetens som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2012 respektive 2017, uppdelat på tre typer av kliniker och övriga.

Regionala skillnader i upplevda svårigheter 2012 och 2017

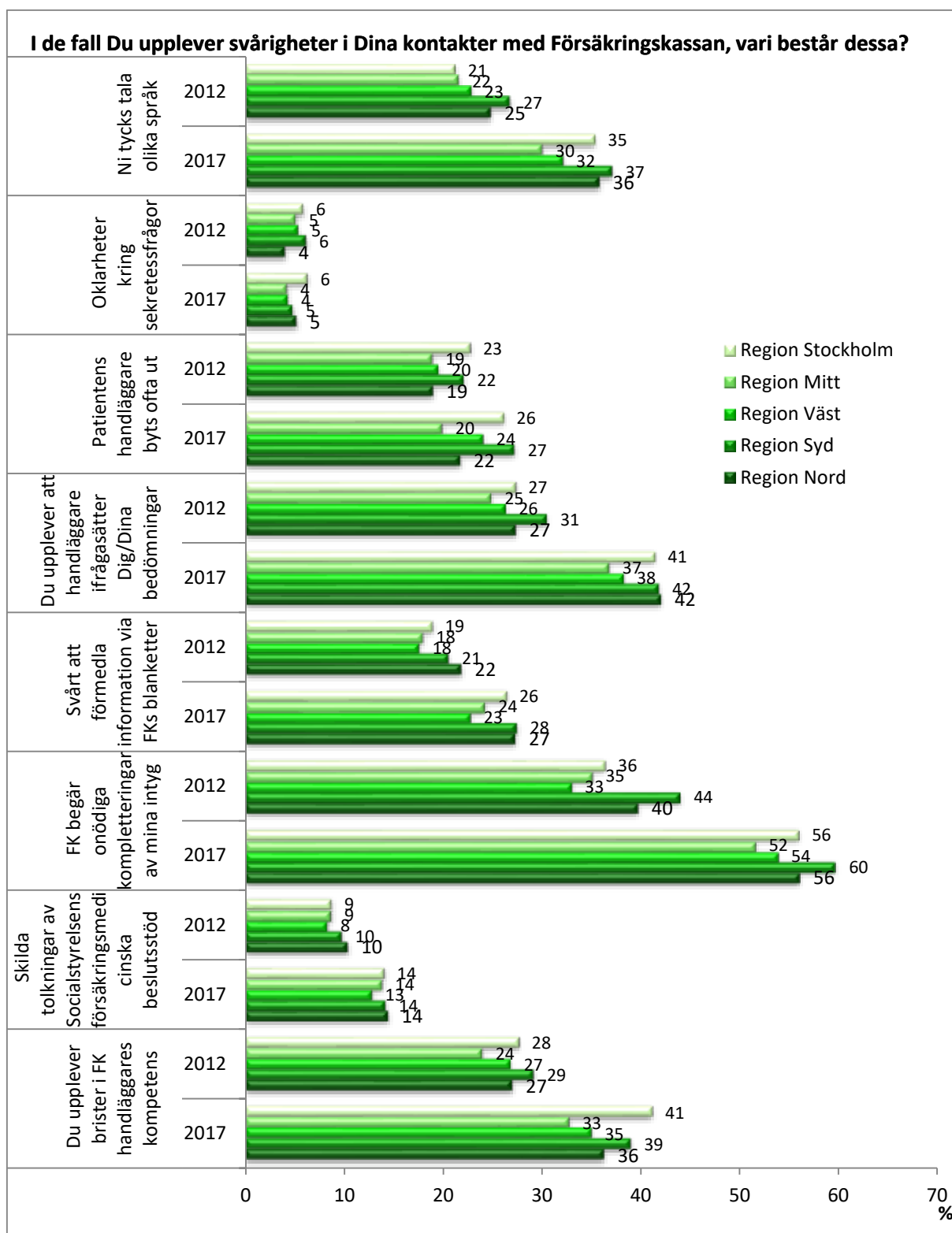
I Figur 63 och Figur 64 nedan redovisas andel läkare i de fem regionerna, som upplevt olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan år 2012 respektive 2017. I Figur 63 redovisas även andelen som inte upplevde några svårigheter.

Omkring en tredjedel av läkarna upplevde inga svårigheter i kontakten med Försäkringskassan år 2012 med en liten variation mellan regionerna (28 % Region Syd, 33 % Region Stockholm) (Figur 63). Andelen hade minskat 2017 till drygt en femtedel, störst andel i region Mitt (25 %) och minst i Region Syd (21 %). Att det är svårt att komma fram på telefon var den svårighet störst andel svarade 2012 och andelen har ökat något 2017. Det tar för mycket tid i anspråk svarade omkring 30 procent i regionerna 2012 vilket ökat till omkring 40 procent 2017. Svårigheten att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatserna uppvisade störst ökning, särskilt av andel läkare i Region Stockholm (11 % 2012; 25 % 2017) men även i övriga regioner. Den enda av de uppräknade svårigheterna som en mindre andel 2017 än 2012 svarade var att det är svårt att få reda på vem man ska prata med.



Figur 63. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, relaterade till närbarhet och bemötande, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.

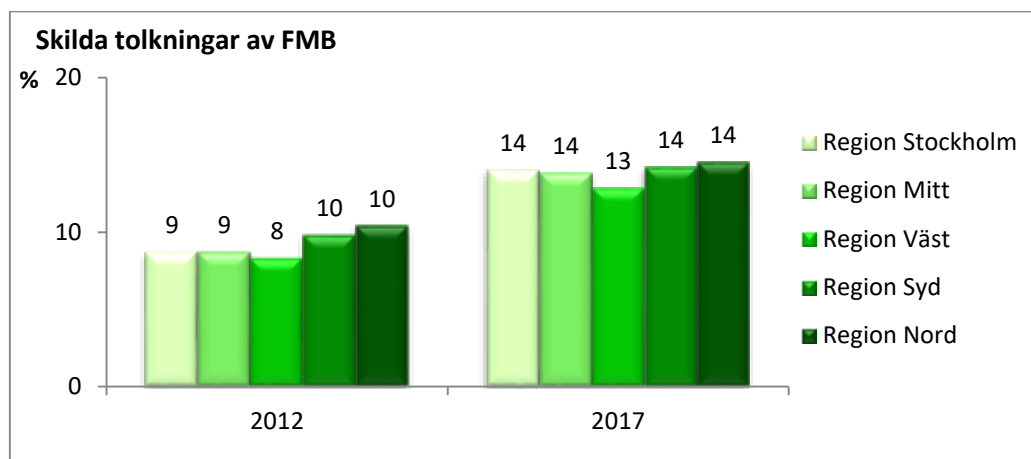
I Figur 64 fortsätter redovisningen av svaren på frågan om svårigheter och skillnad i svar 2012 och 2017. I samtliga regioner var det störst ökning mellan åren för svårigheterna ”Du upplever att handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar” och ”FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg”. Andelen som uppgav den första av dessa två svårigheter varierar något mellan regionerna men den stora skillnaden var mellan åren. Skillnaden mellan regionerna var större för andelen som uppgav ”Onödiga kompletteringar” än för övriga svårigheter, både 2012 och 2017. Andelen som uppgav denna svårighet var minst i Region Väst (33 %) år 2012 och i Region Mitt (52 %) år 2017 samt båda åren störst i Region Syd (44 % resp. 60 %). Andelen som upplevde svårigheten var i samtliga regioner störst 2017. Den minsta andelen 2017 fanns för läkarna i Region Mitt, i sex av de åtta listade svårigheterna.



Figur 64. Andel (%) läkare som upplevde ytterligare typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.

Skilda tolkningar av FMB 2012 och 2017 i regionerna

En av anledningarna till de svårigheter som uppgavs i kontakten med Försäkringskassan var skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB). År 2012 var det nio procent som upplevde denna svårighet och 2017 hade andelen ökat till 14 procent. I Figur 65 redovisas svaren per region. Det var ungefär lika stor skillnad (4-5 procentenheter) mellan 2012 och 2017 i de olika regionerna och andelen är densamma i regionerna 2017, något större skillnad mellan dem 2012.



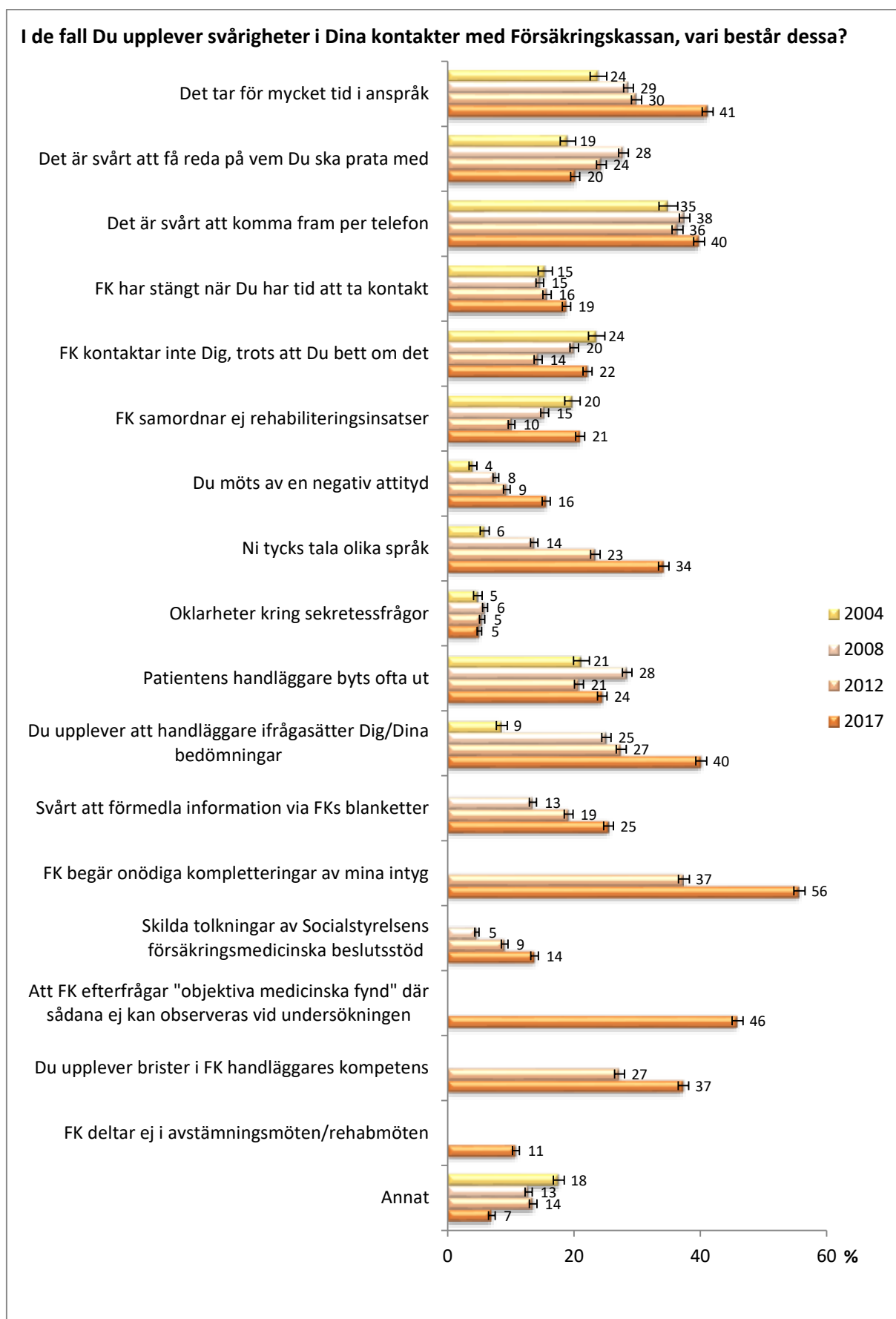
Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde 'skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)' som en svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.

Jämförelser av svårigheter i samverkan 2004, 2008, 2012, 2017

I Figur 66 redovisas varje fråga med en stapel för varje år som den listade svårigheten fanns med i enkäten. År 2004 ingick enbart läkare från Stockholm och Östergötland. För följande svårigheter finns en stadig tendens att en större andel läkare upplevde svårigheten: Kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk (24 % 2004; 29 % 2008; 30 % 2012; 41 % 2017), läkare upplever sig bli bemötta av en negativ attityd (4 % 2004; 8 % 2008; 9 % 2012; 16 % 2017), läkare och Försäkringskassans personal tycks tala olika språk (6 % 2004; 14 % 2008; 23 % 2012; 34 % 2017), och handläggare ifrågasätter läkares bedömningar (9 % 2004; 25 % 2008; 27 % 2012; 40 % 2017).

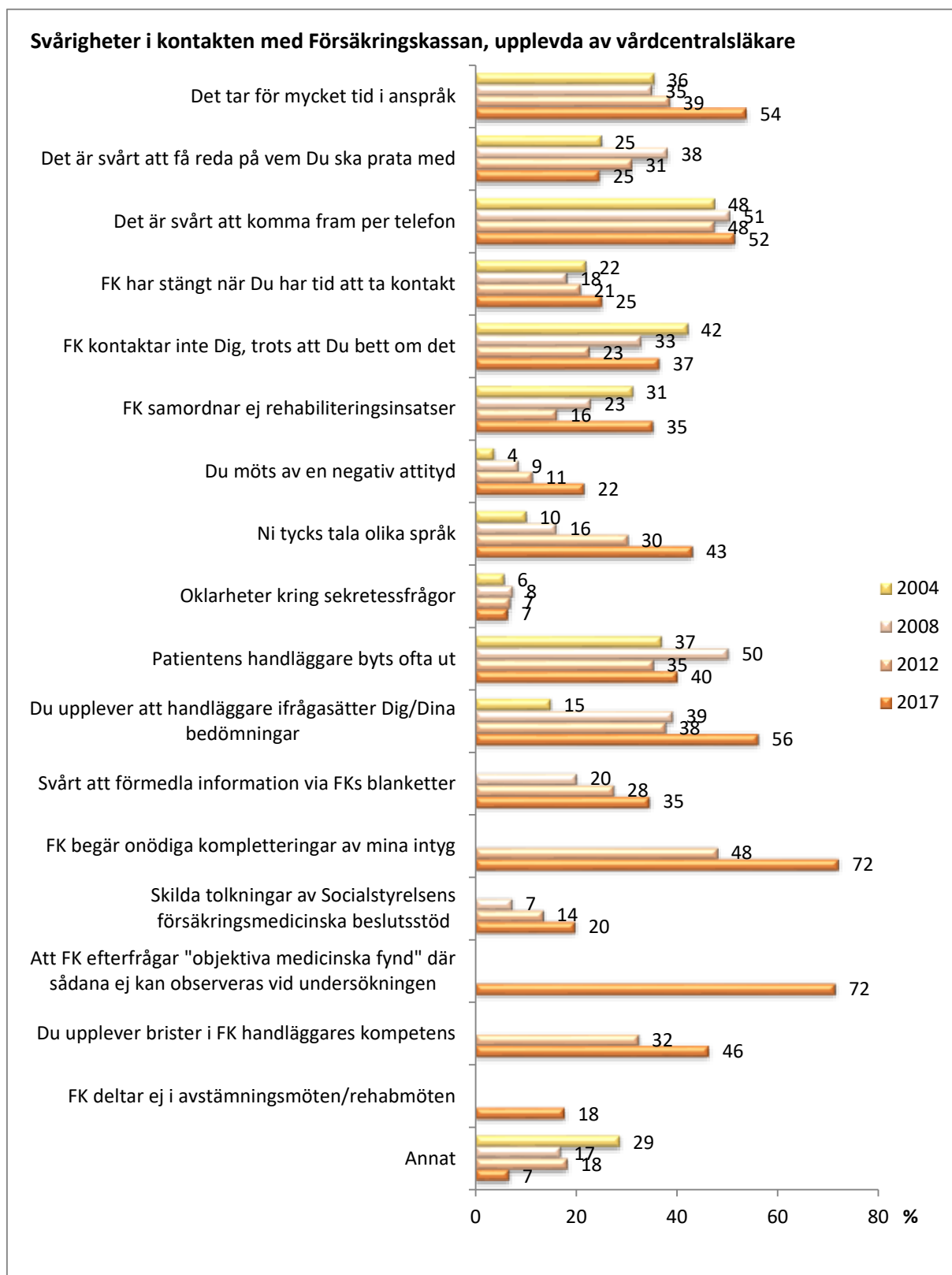
En svårighet som en mindre andel läkare uppgav 2017 än 2012 och 2008 var att det är svårt att få reda på vem man ska prata med (19 % 2004; 28 % 2008; 24 % 2012; 20 % 2017).

I denna figur har vi lagt in 95-procentiga konfidensintervall. Som framgår är konfidensintervallen i samtliga fall synnerligen snäva, eftersom det är mycket stort antal individer i varje grupp..



Figur 66. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

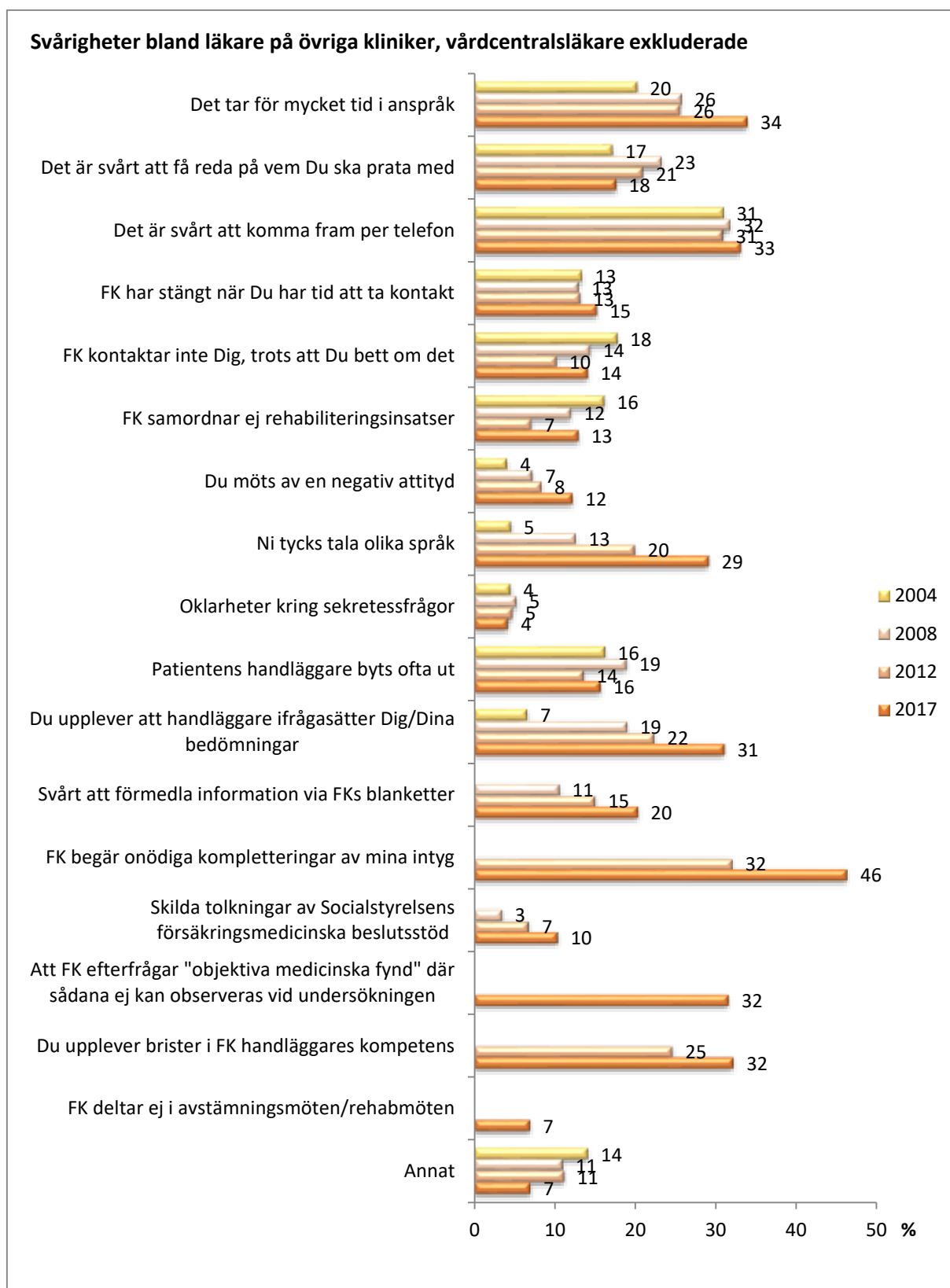
Bland *vårdcentralsläkare* var andelen störst som upplevde de listade svårigheterna 2017. I Figur 67 görs en jämförelse över åren 2004-2017 för denna läkargrupp. Omkring hälften svarade att det är svårt att komma fram per telefon, en ökning 2012 till 2017 med 4 procentenheter. En kontinuerlig ökning från 2004 till 2017 ses av andelen som upplevde att man möts av en negativ attityd (4; 9; 11; 22 %) och ”ni tycks tala olika språk” (10; 16; 30; 43 %). Den största skillnaden mellan åren var att handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar (15 % 2004; 39 % 2008; 38 % 2012; 56 % 2017) och att FK begär onödiga kompletteringar (48 % 2012; 72 % 2017) som fanns första gången i 2012 års enkät.



Figur 67. Andel (%) vårdcentralsläkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

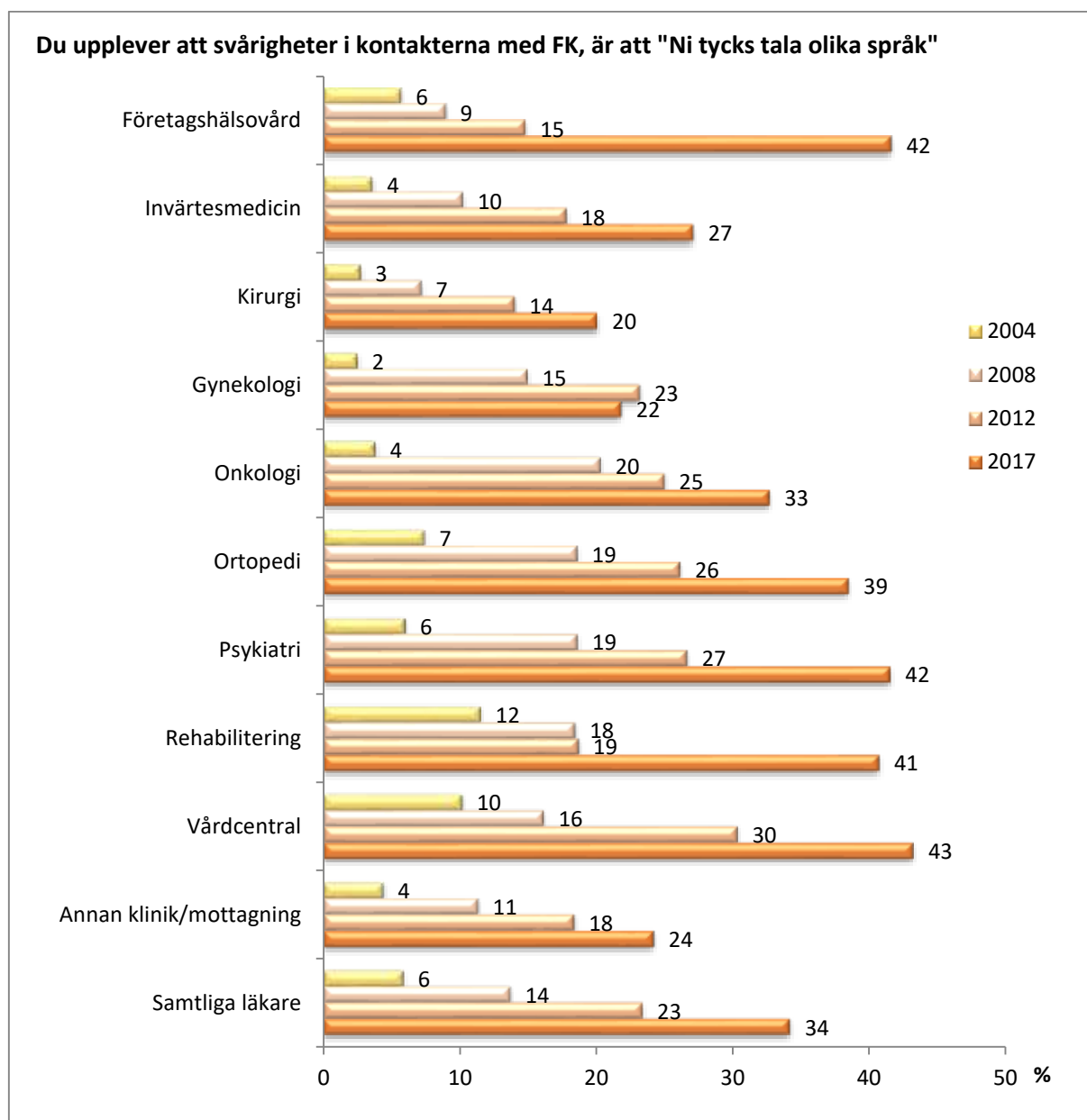
Vid en jämförelse av de svårigheter som vårdcentralsläkare respektive övriga läkare uppgav visade resultaten från övriga läkare samma variation mellan enkätåren som för vårdcentralsläkare hade, men de senare hade störst andel alla år och även för de olika svårigheterna (Figur 68). Mindre än tio procentenheter skilde läkargrupperna i svårigheterna med att Mötas av en negativ attityd, Skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, Oklarheter i sekretessfrågor och "Annat". Största andelen bland läkare på övriga kliniker svarade att FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg (32 % år 2012; 46 % 2017). Motsvarande siffror för vårdcentralsläkare var 48 respektive 72 procent. Drygt en tredjedel av övriga läkare upplevde svårigheter med att det tar för mycket tid (34 %), svårt att komma fram per telefon (33 %), handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar, efterfrågan av objektiva fynd (32 %) samt brister i handläggarens kompetens (32 %).

Andelen som upplevde att det var svårt att få reda på vem man ska prata med var något mindre 2017 än 2008 och 2012.



Figur 68. Andel (%) läkare på övriga kliniker som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008, 2012 respektive 2017, vårdcentralsläkare exkluderade.

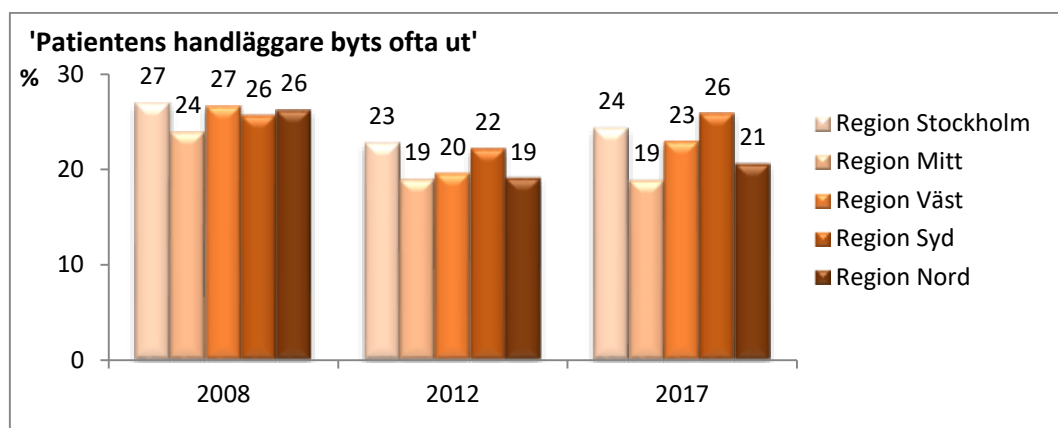
Både bland vårdcentralsläkare och bland övriga läkare var det en kontinuerlig och betydande ökning över de fyra enkätåren 2004-2017 i andelen som svarade att det var en svårighet att ”ni tycks tala olika språk”. I Figur 69 visas svaren uppdelat på olika typer av kliniska verksamheter. I samtliga typer av kliniker har det skett en avsevärd ökning sedan 2004 i andel som upplevde detta.



Figur 69. Andel (%) läkare som upplevde att ”ni tycks tala olika språk” är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Handläggare byts ut – jämförelse 2008-2017

När det gällde svårigheten att ’patientens handläggare byts ofta ut’ visar jämförelsen mellan åren 2008, 2012 och 2017 en större variation mellan regionerna i andelen som uppgett denna svårighet år 2017 än tidigare år (19-26 % 2017; 19-23 % 2012; 24-27 % 2008) (Figur 70). Andelen läkare som uppgav denna svårighet var mindre 2012 jämfört med 2008 i samtliga regioner men blev åter något större 2017 utom i Region Mitt (19 % 2012 respektive 2017). Andelen ökade mest i Region Syd från 22 procent 2012 till 26 procent 2017 (Figur 70). Andelen bland samtliga var 21 procent 2004 respektive 2012, 28 procent år 2008 och 24 procent 2017 (Figur 70).



Figur 70. Andel (%) läkare som uppgav att patientens handläggare ofta byts ut är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelar på de fem regionerna, år 2008, 2012 respektive 2017.

Sammanfattning

I enkäten listades 17 olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan och ett alternativt om 'annat'. Tjugotre procent upplevde inte några av de listade svårigheterna i kontakterna med Försäkringskassan, och detta var likartat i de fem regionerna.

Den svårighet flest läkare upplevde i kontakterna var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (56 %) och att de efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana inte kan observeras vid undersökning (46 %). Inom företagshälsovård, ortopedi, reumatologi och vårdcentral svarade över 70 procent att handläggare begär onödiga kompletteringar. Över 70 procent av läkarna inom företagshälsovård och vårdcentraler, 60 procent inom psykiatri och 52 procent inom neurologi svarade att handläggare 'efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana inte kan observeras vid undersökning'. Närmare 40 procent upplevde svårigheter kring bemötandet från Försäkringskassan eller vissa logistiska problem i kontakterna. Det fanns inga stora skillnader mellan de fem regionerna i andel som upplevde de olika svårigheterna.

I jämförelserna över tid fanns en tydlig och gradvis ökning från 2004 till 2017 av andel läkare som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. För följande svårigheter finns en stadig tendens att en allt större andel läkare upplevde att kontakterna 'tar för mycket tid' (24 % 2004; 41 % 2017), att de 'möts av en negativ attityd' (4 % 2004; 16 % 2017), att läkare och handläggare 'tycks tala olika språk' (6 % 2004; 34 % 2017), och handläggare ifrågasätter läkare/läkares bedömningar (9 % 2004; 40 % 2017). Endast när det gällde 'svårt att veta vem du ska prata med' ses en minskning av andel. Ökning av andelar som upplevde svårigheter avseende 'brister i handläggares kompetens' och i att 'Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg' var störst bland vårdcentralsläkare och inom psykiatri och ortopedi.

En betydligt större andel av läkarna som hade sjukskrivningsärenden ofta (≥ 6 ggr/vecka) upplevde svårigheter. En större andel av vårdcentralsläkarna, upplevde samtliga listade svårigheter, jämfört med alla läkare. Det fanns inga stora könsskillnader, men en något större andel av kvinnorna än av männen upplevde svårigheter. Däremot fanns det ingen könsskillnad i ökningen mellan 2012 och 2017 i andel som upplevde ökning i svårigheter. Ålderskillnaderna var större – det var vanligare bland de äldre än yngre att uppleva svårigheterna. Motsvarande mönster gällde utbildningsnivå; en något större andel av specialisterna upplevde de olika svårigheterna – vilket ju har samband med att specialisterna var äldre.

Sju teman av svårigheter i samverkan

I detta avsnitt redovisas resultat från analyserna av de *fritextsvar* som innehåller kommentarer om samverkan med och uppfattningar om Försäkringskassan. Här inkluderas även fritextsvar som beskriver att vissa läkare *inte* har upplevt svårigheter, dvs. även positiva erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan. I fritextsvaren om svårigheter i samverkan med Försäkringskassan identifierades sju teman: Nåbarhet, Bemötande, Kommunikation, Kompetens, Kompletteringar, Förutsägbarhet, och Rättssäkerhet. – dvs. de teman det också fanns enkätfrågor om. För vart och ett av dessa sju teman redovisas först andel läkare, samtliga och för varje region, som svarat på de fasta enkätfrågorna om svårigheter i kontakter med Försäkringskassan inom respektive tema och därefter redovisas resultat från analyserna av de fritextsvar som kodats till respektive tema. I analyserna av fritextsvaren har även olika kategorier och subkategorier identifierats under respektive tema.

Av svaren på enkätfrågorna om svårigheter i kontakter med Försäkringskassan framgår att mer än hälften (59-66 %) av läkarna i regionerna upplevde svårigheter som ingår i temat nåbarhet respektive i temat kompletteringar (Tabell 23). Svårigheter relaterade till bemötande, kommunikation och förutsägbarhet upplevdes av 40-45 procent av samtliga läkare. Inom temat rättssäkerhet fanns det bara en enkätfråga, avseende sekretess, och en liten andel (4-6 %) upplevde detta. I sex av dessa sju teman om svårigheter, hade Region Mitt minst andel som upplevde dessa.

Tabell 23. Andel (%) läkare som uppgav minst en av svårigheterna i respektive tema, indelat i de sju olika temagrupperna, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Tema	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga ¹
Nåbarhet	66	61	60	66	63	63
Bemötande	44	39	40	44	44	42
Kommunikation	46	41	43	47	47	45
Kompetens	41	33	35	39	36	37
Kompletteringar	64	59	62	67	66	64
Förutsägbarhet	42	35	39	42	41	40
Rättssäkerhet	6	4	4	5	5	5

¹ Samtliga som svarat ja på minst en fråga i respektive tema

I Tabell 24 ges en överblick över de olika kategorier vi identifierat inom dessa sju teman för fritextsvaren. För varje tema anges temats kategorier där några av dem även innehåller subkategorier (nämns ej i tabellen). Vissa kategorier reflekterar positiva erfarenheter i kontakten med Försäkringskassan och dessa är markerade i gult medan övriga handlar om negativa erfarenheter eller erfarenheter av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.

Tabell 24. Teman och kategorier avseende erfarenheter i kontakten med Försäkringskassan.

A. Nåbarhet	B. Bemötande	C. Kommunikation	D. Kompetens	E. Kompletteringar	F. Förutsägbarhet	G. Rättssäkerhet
1. Lätt att få kontakt	1. Positivt bemötande	1. Personlig kontakt	1. God kompetens	1. Kompletteringar kan behövas	1. Tydliga roller	1. Regelverket förtydligar
2. Svårt att veta vem som ska kontaktas	2. Läkare bemöts negativt	2. Avstämningsmöten är bra	2. Brister i handläggares kompetens	2. ”Objektiva fynd”	2. Handläggare byts ut ofta	2. Långa handläggningstider & sena avslag
3. Svårt att få kontakt	3. Patient bemöts negativt	3. Avstämningsmöten hålls inte	3. Brister i FMRs kompetens	3. ”Självklarheter” efterfrågas	3. FK följer inte gemensamt tagna beslut	3. Kort svarstid
4. FK kontaktar inte läkaren	4. Läkare ifrågasätts	4. ”Olika språk”	4. Brister i läkares kompetens	4. Uppgifter finns redan i intyget	4. Rigiditet & stelbenthet	4. Sekretess
5. Begränsade öppettider		5. Bristande återkoppling	5. Oklarhet om roller & uppdrag	5. Skriftlig komplettering efter muntlig föredragning	5. Flexibilitet	5. FMB
6. Kontakter tar för mycket tid		6. Upprepa allt från början		6. Formulera samma sak på olika sätt	6. Deltids-sjukskrivning beviljas inte	6. Nyckelord
		7. Digital kommunikation		7. Långa standardtexter	7. Brister i samverkan & samordning	7. Digitala intyg
		8. Smidigt med digital kommunikation			8. Långa handläggningstider	8. Godtycklighet
		9. Rehab-koordinatorer			9. Skilda tolkningar av FMB & regler	9. Handläggares motiv till beslut
						10. Bristande transparens

A. Nåbarhet i kontakten med Försäkringskassan

I analyserna av fritextsvar om Nåbarhet identifierades sex kategorier; A.1. Lätt att få kontakt, A.2. Svårt att veta vem som ska kontaktas, A.3. Svårt att få kontakt, A.4. Handläggare kontaktar inte läkaren trots att läkaren bett om det, A.5. Begränsade öppettider hos Försäkringskassan, och A.6. Kontakterna tar för mycket tid.

I detta tema finns fem enkätfrågor om svårigheter med nåbarhet i kontakten med Försäkringskassan, dessa presenteras först (Tabell 25). Det var 40 procent som svarade att det var svårt att komma fram per telefon, minst andel i Region Väst (36 %) och störst i Region Stockholm (44 %). Fyrtioen procent svarade att kontakterna tar för mycket tid i anspråk, minst andel i Region Mitt och Väst (39 %) och störst andel i Region Syd (44 %). En fjärdedel av läkarna i Region Stockholm, Syd respektive Nord svarade att ”Försäkringskassan kontaktar inte Dig trots att Du bett om det”.

Tabell 25. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakter med Försäkringskassan när det gäller olika aspekter av nåbarhet, uppdelat på fem regioner samt för samtliga.

Nåbarhet	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Det är svårt att komma fram per telefon	44	39	36	42	37	40
Det tar för mycket tid i anspråk	42	39	39	44	41	41
Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	18	21	19	23	22	20
FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	22	19	17	19	17	19
FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	24	18	21	24	24	22

Nedan redovisas resultat av analysen av fritextsvaren på temat nåbarhet i var och en av de sex kategorierna.

A.1. Lätt att få kontakt

I en del fritextsvar beskrevs positiva erfarenheter avseende Nåbarhet där en sådan aspekt var att läkare beskrev det som lätt att nå handläggare vid önskan om kontakt. Digitala kommunikationssätt nämns också av läkare att ibland underlätta kontakten, där exempelvis fråga/svar-funktionen som är kopplad till elektronisk överföring av intyg till Försäkringskassan är ett smidigt och tidsbesparande sätt att kommunicera med handläggare. Detta nämns även under temat Kommunikation (C.8. sid 103).

Upplever inte svårigheter att få tag i Försäkringskassans handläggare. Ringer ofta och diskuterar. Det brukar gå bra att lösa problem och uppnå samstämmighet. (ID 0601)

Tvärtom, jag har bara haft positiva kontakter, blivit uppringd snabbt i olika ärenden när jag lämnat mitt nummer mm mm. (ID 4257)

När patienter fått en personlig handläggare och kommer med det telefonnumret till besöket svarar handläggaren förvånande ofta i telefon på första försöket, vilket underlättar arbetet mycket. (ID 6181)

I allmänhet har jag inga svårigheter att få kontakt med handläggare på FK. Vårdcentralen där jag arbetar har en sköterska som är rehabsamordnare och som [vid behov] kan hjälpa till att sätta mig i kontakt med rätt person. Hon har också upparbetade kontakter på FK vilket underlättar. (ID 0578)

A.2. Svårt att veta vem som ska kontaktas

En annan kategori under temat Nåbarhet handlar om svårigheterna att veta vilken handläggare som ska kontaktas i ett specifikt sjukskrivningsärende. Dels beskrevs svårigheterna bestå av att inte veta vem den specifika handläggaren är, dels att det saknas kontaktuppgifter till denne.

Eftersom de uppenbart byts ut så ofta, så är det ofta brister i överrapportering. Ansvarstagande för längre ärenden verkar ofta ligga på flera avdelningar och instanser, vilket gör det omöjligt att veta vem man skall prata med. (ID 2142)

Åtminstone senaste året har många patienter uppgivit att de inte vet vad deras handläggare på FK heter, samt i de fall de har ett namn så har det varit problem för patienterna att själva få kontakt med sin handläggare. (ID 2950)

Det går inte att ringa FK och veta vem man skall prata med utan att först ringa patienten och be denne om uppgifter (trots att patienten godkänt att man tar kontakt när man skrev intyget, men då saknas ofta handläggare vilket gör att man måste jaga patienten först). Tar för mycket tid. (ID 5247)

A.3. Svårt att få kontakt

Bland kommentarerna om Nåbarhet beskrev läkaren att även om hen visste vilken handläggare som skulle kontaktas var det svårt att få kontakt med denne. Svårigheterna handlade då om att handläggarna är svåra att nå per telefon, att de inte svarar eller ringer upp och att läkare får lägga tid på att sitta i långa telefonköer. Svårigheter att få kontakt med handläggare beskrivs också i relation till fråga/svar funktionen i de digitala intygen, dessa redovisas under temat Kommunikation (C.7., sid. 102).

Man får sällan svar från Försäkringskassan. Svårighet att få kontakt med dem. (ID 00253)

Om man har tid att ringa handläggaren får man aldrig svar, det är inte ovanligt att telefonsvararen hänvisar till en annan handläggare som inte heller svarar. (ID 0969)

En annan svårighet vid komplicerade ärenden är att det kan vara svårt att nå handläggaren hos FK. Det kan vara mkt svårt att få FK att delta/komma på möten med patienten och vårdteamet. (ID 2397)

I vissa fall där FK:s handläggare skickat brev, och önskar komplettering, har jag försökt att nå vederbörande på telefon, men inte lyckats. Personen ej i tjänst, på möte, gått för dagen (på tidig eftermiddag) etc. (ID 3599)

Av fritextsvaren framkommer att läkare inte tycks känna till Försäkringskassans så kallade partnernummer, dvs. möjligheten att ringa Försäkringskassans kundcenter för samarbetspartners. Personal i växeln hos Försäkringskassan tycks inte heller alltid informera läkare om den möjligheten. Läkare som kände till partnernummer beskrev dock att det var svårt att få kontakt även via det.

Ofta går det bra att få kontakt per telefon, men det varierar väldigt mellan olika handläggare. Vissa svarar aldrig per tel och vissa ringer aldrig upp trots att man lämnat meddelanden. Många anger tel eller mail i sin kommunikation, men inte alla, som bara lämnar det vanliga telefon-numret som är ämnat befolkningen i allmänhet. Det finns ett meddelande-system via sjukskrivningsmodulen, som är mycket osäkert och kräver att vårdenheten eller läkare aktivt letar efter nya meddelande. Detta innebär att patienten meddelas att ex vis komplettering begärts eller att något annat 'saknas i det medicinska underlaget' utan att sjukvården eller sjukskrivande läkare är medveten om detta. Detta skapar onödig oro och stress hos de inblandade. Ibland, när jag saknar namn eller kontaktuppgifter på handläggare, måste jag ringa FK:s kundcenter för partners 0771-179000 och det är mycket långa väntetider på svar trots att man är först i kön. Jag har flera gånger påtalat att de bör ge möjlighet att man blir uppringd, men får svaret att denna funktion endast fungerar vid stort telefon-tryck...(ID 0537)

Ibland svårt att komma åt att läsa kompletteringar i intygsmodulen, telefonnummer till handläggare står inte i komplettering. Lägga massa onödig tid i FKs växel. (ID 5485)

A.4. Handläggare kontaktar inte läkaren trots att läkaren bett om det

Läkare kan via sjukintyget eller på annat sätt förmedla att hen önskar kontakt med patientens handläggare. Även när läkare efterfrågade att bli kontaktade av Försäkringskassan, exempelvis genom att kryssa i rutan om kontakt på intyget, beskrev läkare att det sällan var någon som tog kontakt med dem. På enkätfrågan om Försäkringskassan inte kontaktade läkaren trots att läkaren bett om detta, svarade 22 procent att detta var en svårighet i kontakten (Figur 56). Ett flertal fritextsvar behandlade detta, som framgår av nedanstående citat.

De reagerar ofta inte när vi kryssar i att vi önskar kontakt. (ID 2272)

Största problemet är att få kontakt med aktuell handläggare - trots att man kryssar för att man vill ha kontakt i avsedd ruta har jag på 12 år ännu inte blivit kontaktad av FK!! Har alltid varit jag som fått ligga på. (ID 2794)

FK hör nu mycket sällan av sig om man fyller i på sjukintyget att man önskar kontakt med dem. Mycket sämre än tidigare. (ID 0370)

A.5. Begränsade öppettider hos Försäkringskassan

En annan kategori av fritextsvar handlar om att Försäkringskassans begränsade öppettider försvårar kontakten. Många läkare har sin arbetstid kvällar, helger och nätter och administrativa uppgifter i sjukskrivningsärenden hanteras därför många gånger utanför ordinarie kontorstid då det inte går att få kontakt med Försäkringskassans handläggare.

Tillgång till ”jourhavande FK-handläggare efter kl 17” vore kalas! Jag arbetar kliniskt under klinikens öppettider 8-17 och sköter adm efteråt. Då är FK ej tillgängligt. (ID 0029)

I de flesta fallen gällande kontakt med FK finns inga tider avsatta under full mottagning o efter fullgjord dag går FK ej att nå dvs efter 16:00, ”gått för dagen” som det brukar heta. (ID 1390)

A.6. Kontakterna tar för mycket tid

En ytterligare kategori i temat nåbarhet handlar om tidsåtgång i kontakterna med Försäkringskassan. Läkare beskrev att dessa kontakter tar mycket tid, något som många gånger också beskrevs ta tid från andra arbetsuppgifter, såsom direkt patientarbete, behandling, etc. Det som beskrevs ta tid var bland annat att sitta i telefonkö, prata med telefonist som försöker få fram vilken handläggare som ska kontaktas, eller att försöka få fram kontaktuppgifter till ansvarig handläggare genom att kontakta patienten. Sådana logistiska problem har påpekats av läkare även i de tre tidigare enkäterna, då en fjärdedel av läkarna ansåg detta. I 2017 år enkät hade den andelen ökat till 41 procent (Figur 66). Nedan illustreras svårigheterna med att kontakter tar för mycket tid med tre citat.

Väntetiderna till servicecentret är ofta långa, då man försöker hitta vem som är handläggare till patienten, vilket gör att man måste ha gott om tid på sig för att vänta i luren. (ID 0375)

Om FK skriver brev till pat finns ofta en handläggare angiven med tel nr. Om jag önskar tala med handläggaren utan att veta vem det är - ja då är det kört. Det är stört omöjligt. Man kan tillbringa mkt tid med att hänvisas runt på FK och ingen känns vid ärendet. (ID 1136)

De gånger man har ett namn och telefonnummer till handläggare brukar det fungera jättebra, men det tar tid. Att inte ha ett namn/person att ringa är jättesvårt! (ID 4293)

Sammanfattning av temat Nåbarhet

I svaren på frågorna år 2012 om svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var nåbarhet dominerande^{2, 16}. Analyserna av svaren på de fem specifika enkätfrågorna om nåbarhet visade att andelen läkare som upplevde dem har ökat från 2012 till 2017, med ett undantag: att få reda på vem man ska prata med. I fritextsvaren beskrev läkare mer detaljerat sina upplevelser inom de fem svårigheterna avseende nåbarhet i kontakten med Försäkringskassan. Dessa handlar om att det är svårt att veta vem som ska kontaktas, men också att det är svårt att få kontakt med handläggaren även om det finns information om vem denne är. Här nämns också Försäkringskassans begränsade öppettider som hinder i nåbarheten. Läkare beskriver också att handläggare inte kontaktar läkaren när läkaren bitt om det. I fritextsvaren finns även kommentarer om att det var lätt att få kontakt med Försäkringskassan.

B. Bemötande från Försäkringskassan

Inom temat Bemötande från Försäkringskassan identifierades följande fyra kategorier av kommentarer i fritextsvaren; B.1. Positivt bemötande, B.2. Läkaren bemöts negativt, B.3. Patienten bemöts negativt samt B.4. Ifrågasättande av läkaren och läkarens bedömningar. Först redovisas svaren på de två enkätfrågorna inom detta tema.

Svaren på de två enkätfrågorna inom temat visade att 40 procent av läkarna upplevde att handläggare ifrågasätter dem eller deras bedömningar. Här fanns det viss variation mellan regionerna (Tabell 26), där andelen var minst i Region Mitt (37 %) och störst i Region Syd och Nord (42 %). Sexton procent svarade att de möts av en negativ attityd från handläggare, minst andel i Region Mitt (13 %) och störst i Region Stockholm (18 %).

Tabell 26. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakten med Försäkringskassan när det gäller bemötande, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Bemötande	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	41	37	38	42	42	40
Du möts av en negativ attityd	18	13	14	16	16	16

Nedan redovisas analyser av fritextsvar på temat Bemötande, inom respektive kategori.

B.1. Positivt bemötande

Det finns en mindre andel fritextsvar där läkare beskrev ett positivt bemötande från Försäkringskassan. Dessa handlade bland annat om att handläggare är trevliga att ha att göra med vid avstämningsmöten eller i telefonsamtal, vilket framför allt avsåg de mer erfarna handläggarna. Det positiva bemötandet ställdes ibland i relation till något negativt, exempelvis att det bland de många negativa bemötanden de stött på också finns undantag. Det positiva bemötandet handlar således dels om själva framtoningen eller attityden i kontakten, dels om att bemötandet upplevdes som kompetent och professionellt.

Jag tycker handläggarna i regel är trevliga och förefaller göra så gott de kan trots ibland hopplösa förutsättningar. Jag tycker vi brukar kunna lösa mkt per tfn. (ID 5112)

När man ringer och pratar med handläggare upplever jag bra bemötande. (ID 6348)

Jag har mest positiva erfarenhet med FK handläggare. De ringer tillbaka, kan tydliggöra vad det är som saknas. Ofta är det tillräckligt att vi har ett telefonsamtal och komplettering är löst. (ID 0815)

Bemötandet från FK varierar mycket. Ibland mycket bra och ibland sämre med brister i förståelse för vad olika diagnoser och tillstånd innebär. (ID 1022)

De erfarna handläggarna är BRA f.a. I MALMÖ!! BRA SAMARBETE BRA STÖD! (ID 1628)

I de flesta fall upplever jag dock kontakten med FK-handläggarna mycket positiv och särskilt efter det att avstämningsmöte skett - då blir det oftast uppenbart hur man kan gå vidare och svårigheter ofta tydliga även för FK. (ID 3493)

Det är väldigt beroende av vilken handläggare som är involverad. Många är fantastiskt kompetenta, engagerade och hjälpsamma. De enstaka som är omöjliga att kommunicera med gör dock livet hopplöst för den sjukskrivna. (ID 2548)

B.2. Läkaren bemöts negativt

Som framgår av Tabell 26, upplevde 40 procent av läkarna att handläggarna ifrågasatte dem/deras bedömningar och 16 procent att de mötts av en negativ attityd, störst andel bland vårdcentralsläkarna (56 % respektive 22 %). Fritextsvaren inom kategorin Läkaren bemöts negativt är indelade i två subkategorier; B.2.a. Läkaren bemöts otrevligt av handläggaren och B.2.b. Handläggaren är oengagerad/har inte satt sig in i ärendet.

B.2.a. Läkaren bemöts otrevligt av handläggaren

Läkare beskrev att de ibland bemöttes otrevligt av handläggare på Försäkringskassan. Olika former av otrevligt bemötande nämndes, såsom att vara nonchalant, arrogant eller ha en negativ attityd eller tilltal.

Tråkig attityd från FK och överlägsna direkt otrevliga frågor och attityd vid kontakt med FK. (ID 1704)

FK har alltså ofta en tråkig ton. man är noga med att påpeka att uppgifter saknas (fast kompletteringen kanske gäller ngt annat), man kryddar med utropstecken, har ett tilltal som om det var det första sjukintyget jag skrivit. Ibland tycks man inte läst det som står i intyget eller tidigare kompletteringar eller LUH, eller i vart fall inte förstått. (ID 3526)

Handläggarna har dålig attityd och kränkande behandling av läkare. (ID 0713)

Ibland nonchalant eller arrogant bemötande med ifrågasättande av min trovärdighet och kompetens. (ID 0453)

B.2.b. Handläggaren är oengagerad/har inte satt sig in i ärendet

Den andra subkategorin av negativt bemötande handlade om att handläggare var oengagerade i, ointresserade av eller inte insatta i ärendet, vilket illustreras med nedanstående citat.

FK upplevs som oengagerad. (ID 1113)

Jag har telefonledes mötts av handläggare som säger ”jag är inte intresserad av det där” när jag beskriver patientens funktionsnedsättning till följd av ett allvarligt utmattningssyndrom. (ID 3642)

Jag upplever att handläggarna helt enkelt inte lyssnar! Jag har ett flertal nu pågående ärenden där handläggare/FK's attityd försvårar behandlingsstrategier o möjlighet till god vård och det gör mig mycket upprörd o ledsen å patientens vägnar. (ID 5673)

B.3. Patienten bemöts negativt

En annan kategori inom temat Bemötande innehåller beskrivningar av att handläggare bemöter patienter negativt. Kategorin innehåller två subkategorier; B.3.a. Kontakten med patienten är otrevlig eller nonchalant, och B.3.b. Bristande empati.

B.3.a. Kontakten med patienten är otrevlig eller nonchalant

I ett flertal kommentarer skrev läkare att de anser att handläggare i sin kontakt med patienter är otrevliga eller nonchalanta. Exempel på sådana kommentarer ges nedan.

Patienterna har ofta ännu svårare att få kontakt med handläggarna, som inte alltid har ett bra bemötande. Patienterna känner sig misstänkliggjorda och får vänta lång tid på beslut angående ersättning. (ID 1786)

FK- handläggare har ofta (för ofta) nonchalant attityd mot patienter som ofta mår dåligt/sämre av att 'bara' samtala med dem. (ID 0437)

Vid flera tillfällen det senaste året har handläggare haft ett otrevligt, rigitt och icke-konstruktivt bemötande till patienten vid avstämningsmöten då jag också deltagit. Mitt intryck är att jag mer ofta hör patienterna berätta om svårigheter och negativt bemötande från FK än för några år sedan. Patienter rapporterar relativt ofta upplevd stor stress över lång väntan på besked om de överhuvudtaget kommer att få ersättning vilket ibland leder till psykisk försämring och behov av akuta insatser från oss. (ID 1265)

FK har i flera fall orsakat försämring och förlängning av ss pga okänslig kommunikation med svårt sjuka pat. (ID 4144)

B.3.b. Bristande empati

Den andra subkategorin inom kategorin om att Patienten bemöts negativt handlar om bristande empati. En del av svårigheterna i arbetet kring sjukskrivning beskrevs av läkare vara orsakade av handläggares brist på förståelse för patienter och förmåga att identifiera sig med deras problem.

Avsaknad av empati hos vissa nya och oerfarna handläggare- vill bara följa sina skrivna regler och förstår inte hur sjuk tex en svårt cancersjuk patient är- kan tom begära att patienten skall gå till arbetsförmedlingen och söka jobb fast hon är i palliativt skede. (ID 0642)

Läkarens arbetsetik är att vara empatisk. FK saknar all empati; de är enbart sakliga. Där skär det sig. (ID 3002)

Har i flera fall fått smaklösa krav från handläggare om att dödssjuka cancerpatienter ska ställas till arbetsmarknadens förfogande. Tycker att ni kan skämmas när er människosyn inte är bättre än så!!! (ID 6311)

Ofta en total avsaknad av empati och förmåga att identifiera sig med patientens problem. Har man varit sjukskriven en längre tid för en åkomma verkar Försäkringskassans attityd vara att man ska tillbaka till arbete oavsett vilka besvär eller symtom man har. (ID 0590)

Det finns även ett flertal kommentarer om hur det som beskrevs som handläggares negativa och oprofessionella bemötande av patienter, får konsekvenser såväl för patienten som för relationen mellan patienten och läkaren. Detta behandlas under temat Konsekvenser (III.3.b.-e. sid. 147).

B.4. Ifrågasättande av läkaren och läkarens bedömningar

Fritextsvar inom kategorin att vara ifrågasatt av Försäkringskassans handläggare innehåller tre subkategorier, nämligen; B.4.a. Ifrågasättande av läkarens kompetens, B.4.b. Ifrågasättande av läkarens bedömningar, och B.4.c. Ifrågasättande av läkarens intentioner och motiv till sjukskrivning.

B.4.a. Ifrågasättande av läkarens kompetens

Ett flertal av kommentarerna handlade om att läkare upplever att handläggare ifrågasätter läkarens kompetens. Detta inbegrep också att läkare upplever sig ifrågasatta av handläggare och även misstrodda i sin yrkesutövning.

Jag känner dagligen att min kompetens ifrågasätts. (ID 1391)

Har även blivit direkt otrevligt bemött och via patienten fått höra att handläggaren ifrågasatt min kompetens etc. (ID 3845)

Det är skandalöst hur Försäkringskassan hanterar sjukskrivningsärenden. Det råder i nuläget total brist på respekt för läkarens kompetens och förmåga till bedömning. (ID 4382)

B.4.b. Ifrågasättande av läkarens bedömningar

Denna subkategori innehåller beskrivningar om att handläggare ifrågasätter läkarens bedömningar. Läkare upplevde detta som problematiskt då de ansåg sig vara bäst insatta i patientens sjukskrivningsärende, eftersom de träffar och undersöker patienten samt har den medicinska kompetensen att bedöma funktionsnedsättning vid olika sjukdomstillstånd. Upplevelsen var att när handläggare ifrågasätter läkarens bedömning tas inte deras medicinska kompetens och ofta långa yrkeserfarenhet på allvar. I dessa kommentarer uttrycktes ofta också olika känslor av frustration, ilska, uppgivenhet eller meningslöshet, något som redovisas i temat Emotioner (II. sid. 136).

Jag är utbildad - totalt 8 ½ års utbildning - sjukgymnast och läkare och tycker att jag kan mer än de flesta vad gäller funktionsnedsättning och aktivitetsförmåga. Ändå kan FK ifrågasätta mina intyg om rörelseapparaten. (ID 3276)

Jag önskar att bedömningen som jag som läkare gör respekteras. Det är mycket tråkigt att efter att jag lagt ned tid - satt mig in i patientens situation - mående, förmåga och arbetsnedsättning det innebär - bli ifrågasatt av icke medicinskt kunnig personal. (ID 0942)

Har upplevelsen av att FK ej litar/tror på min professionella bedömning. Det går åt för mycket tid till att övertyga FK om att min bedömning är rätt. FK ska hela tiden överbevisas. (ID 1783)

Jag upplever att FK misstror mig och mina bedömningar vilket aldrig tidigare skett. Jag tror inte att jag över tid ändrat min bedömning avseende pat och deras besvär oavsett om dessa är av fysisk eller psykisk karaktär. Ibland kan jag till och med överväga att ändra inriktning på mitt yrkesliv till följd av den misstro jag erfar! (ID 1787)

Som det är nu så har inte Försäkringskassan förtroende för den sjukskrivande läkarens bedömning. (ID 6792)

B.4.c. Ifrågasättande av läkarens intentioner och motiv till sjukskrivning

I denna subkategori finns enstaka beskrivningar av att läkare upplever sig bli ifrågasatt av handläggare gällande deras motiv och intention med sjukskrivningen. Läkare menade att det fanns en misstro från handläggare att läkaren sjukskrev patienter av andra anledningar än att patienten hade nedsatt arbetsförmåga. Nedanstående citat illustrerar detta.

Man har också ifrågasatt min yrkesheder genom att påstå att jag sjukskrivit patienter bara för att patienten vill protestera mot arbetsgivaren och ställa till det genom att sjukskriva sig och att jag då skulle gått med på att sjukskriva patienten utan medicinsk orsak. (ID 5849)

Sammanfattning av temat Bemötande

I läkarnas svar på de två specifika enkätfrågorna om bemötande från Försäkringskassan framkom att andelen som upplevde att de möts av en negativ attityd har fyrdubblats sedan 2004 (4, 8, 9, 16 % respektive enkätår från 2004 till 2017). Bland läkare som upplevde att de eller deras bedömningar ifrågasattes var det en ännu större ökning (9, 25, 27, 40 %). Några fritextsvar visade att läkare upplever ett positivt och professionellt bemötande från handläggare, framförallt från mer erfarna handläggare vid telefonsamtal eller personliga möten. Dock beskrevs framförallt negativa upplevelser, såsom otrevligt, nonchalant och oengagerat bemötande, eller i ifrågasättande av läkarens kompetens eller bedömningar. I kommentarerna framkommer även att läkare ibland anser att handläggare bemöter patienter negativt.

C. Kommunikation

Inom temat Kommunikation identifierades nio olika kategorier av läkares beskrivningar och upplevelser av kommunikationen med Försäkringskassan i fritextsvaren. Kategorierna har benämnts: C.1. Personlig kontakt, C.2. Avstämningmöten är bra, C.3. Avstämningmöten hålls inte, C.4. "Olika språk", C.5. Bristande återkoppling, C.6. Upprepa allt från början, C.7. Digital kommunikation, C.8. Smidigt med digital kommunikation samt C.9. Rehabkoordinatorer. En del av dessa kategorier handlar om aspekter som underlättar kommunikationen (C.1, C.2 och C8, C.9) medan övriga beskriver svårigheter. Bland enkätfrågorna fanns det två stycken som relaterade till temat kommunikation och svaren på dem redovisas först.

Av samtliga läkare i landet svarade 34 procent att "Ni tycks tala olika språk" och 25 procent att det var svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter (Tabell 27). Att tala olika språk var en svårighet som en tredjedel i Region Mitt och 32-37 procent i övriga regioner svarade ja på. I de olika regionerna svarade minst andel i Region Väst (23 %) och störst andel i Region Syd (28 %) att en svårighet var att förmedla information via Försäkringskassans blankett. Som framgår av Figur 66 har andelen som upplever detta som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan ökat dramatiskt, från 6 % 2004 till 34 % år 2017.

Tabell 27. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakten med Försäkringskassan när det gäller kommunikation, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Kommunikation	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Ni tycks tala olika språk	35	30	32	37	36	34
Svårt att förmedla information via FKs blanketter	26	24	23	28	27	25

I många av fritextsvaren beskrev läkare kommunikation i olika former exempelvis telefonsamtal, e-post, meddelandefunktionen fråga/svar, avstämningmöten liksom andra typer av fysiska möten och hur dessa på olika sätt påverkat samverkan. Flera av kommentarerna om detta var på övergripande nivå, såsom om att det är svårt att kommunicera med Försäkringskassans handläggare. Här ges ett par sådana exempel.

I allmänhet tycker jag att ev svårigheter i kommunikationen går att lösa på varierande lätt till krångligt sätt. Kommunikation är svårt och ibland räcker inte den skriftliga kommunikationen. Jag tycker att de gånger jag har fått frågor har jag kunnat titta igenom och sedan både skriftligt och muntligt kunnat korrigera i samförstånd. (ID 0800)

Svårigheterna att ha en vettig kommunikation med ansvarig handläggare är det som gör att arbetet med sjukskrivningar är så oerhört betungande. (ID 3112)

Försöker oftast inte ens kontakta Försäkringskassan, eftersom när jag har gjort det har jag inte upplevt att det givit något. (ID 4517)

C.1. Personlig kontakt

En positiv aspekt av kommunikation med Försäkringskassan beskrevs vara att få personlig kontakt med handläggare, via telefon eller fysiskt möte. Den personliga kontakten innebär att kunna ringa en handläggare med frågor samt att ha fysiska möten, exempelvis i form av avstämningsmöten, som beskrivs i nästa kategori. De svårigheter som upplevs i kommunikationen med Försäkringskassan, framförallt vid begäran om kompletteringar, beskrevs minska eller försvinna helt när läkaren har möjlighet att beskriva och föra ett samtal kring det specifika ärendet via personlig kontakt. Att ha möjlighet till regelbundna träffar med en handläggare för att diskutera generella eller specifika frågor var något flera hade mycket positiv erfarenhet av.

De mycket få tillfällen handläggare har tagit kontakt med mig har det varit en positiv upplevelse som lett till att handläggaren har kunnat avskriva ytterligare begränsande åtgärder för patienten. (ID 1095)

Vi har möjlighet att kontakta en rådgivare från FK med frågor kring sjukskrivningar och kompletteringsbegäran. Detta är det enda som underlättar arbetet med sjukskrivningar någorlunda. (ID 3390)

Vi har FK på plats på VC varannan vecka! Mycket bra! Lätt att ställa frågor och samarbeta. De är en del av vårdteamet på sätt och vis. (ID 5495)

Det är alltid bra att ringa och beskriva. Blir alltid vänligt bemött och de förstår problematiken när den beskrivs. I direktkontakt kan man prata i klarspråk. (ID 4256)

Vid telefonkontakt oftast enighet med FK ang. bedömning. Okomplicerat. Däremot många skriftliga ärenden ang. komplettering av sjukintyg (helt enl. Kassans ålägganden) för lite tid att ägna sig åt detta, kan vara svårt att nå per telefon och vissa ärenden lättare att samtala om än att helt tydligt beskriva i text. (ID 2689)

C.2. Avstämningsmöten är bra

En form av personlig kontakt som ofta nämns är avstämningsmöten, vilka beskrevs vara väsentliga för att få en helhetsbild av patienten och dennes situation men också för att tillsammans kunna ta fram en rehabiliteringsplan. En annan positiv aspekt av avstämningsmöten beskrevs av läkare vara att fysiska möten leder till bättre samverkan och förståelse mellan läkaren och Försäkringskassan.

Viktigt ha avstämningsmöte för helheten och få bra rehabplan. (ID 1165)

När vi träffas fysiskt så går det oftast mycket bra. Det går inte att förklara komplexiteten i en sjukskrivningsbedömning via text. Vid mötet med FK:s handledare brukar det i princip aldrig bli några motsättningar. (ID 1519)

När väl ett avstämningsmöte kommer till stånd blir det ofta bra. (ID1790)

C.3. Avstämningsmöten hålls inte

Som nämnt i den föregående kategorin beskrevs avstämningsmöten som en central del av kommunikationen med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden, men många läkare skrev att de saknade avstämningsmöten och att de försökt få till sådana med handläggare utan att lyckas. Läkare beskrev att Försäkringskassans handläggare dröjer för länge innan de sammankallar till ett avstämningsmöte även när läkare bett om ett sådant – eller att handläggaren inte alls arrangerar detta. Andra kommentarer handlade om att handläggare inte kom till planerade avstämningsmöten, eller ställde in det med mycket kort varsel.

Jag brukar föreslå avstämningsmöte då men får ofta avslag på denna begäran. (ID 2981)

Jag har många gånger bett om avstämningsmöten då det är viktigt att samordna rehabilitering även med t.ex. kurator eller psykolog, men FK-handläggare väljer att kalla patienten enskilt, i bästa fall tillsammans med arbetsgivare. Många ggr händer ingenting alls. Rehab-inriktade handläggare är ofta sjukskrivna själva. (ID 0222)

FK uteblir ibland med kort varsel från avstämningsmöten. Tråkigt då arbetsgivare, fack, patient, läkare satt av tid. (ID 0439)

FK avböjer ofta avstämningsmöte även när pat varit sjukskriven länge och en rehabplan behöver upprättas i samråd med FK och arbetsgivare. Tidigare var detta en självklarhet och möten initierades ofta av FK. Nu lägger de all tid på att avslå sjukskrivningar! (ID 2259)

I en stor majoritet av fritextsvaren om avstämningsmöten beskrevs också att handläggare i ökande utsträckning slutat att arrangera sådana eller medverka i andra möten, en aspekt som även fördjupas i temat Förändring över tid (I.1. sid. 132).

C.4. "Olika språk"

Ett återkommande inslag i fritextsvaren inom temat kommunikation är att läkare upplevde att de och Försäkringskassans handläggare har olika språkbruk. Detta kunde exempelvis innebära att en term kan ha olika betydelse inom Försäkringskassan och för en läkare. Skillnaderna i språkbruk ansågs ibland bero på att Försäkringskassan har ett mer juridiskt språkbruk som är svårt för läkare att förstå, medan handläggarna å sin sida brister i sin förståelse för den medicinska terminologin och därför behöver beskrivningar som går att förstå för den utan medicinsk utbildning.

Vi talar olika språk, FK:s handläggare går efter paragrafer, regler (det är deras uppdrag). Vi talar inte alltid samma språk. (ID 0511)

Inom sjukvården finns kodord som berättar mycket utan mycket ord. Ett exempel: PTSD. Är något annat än t ex lite stress. (ID 1527)

Vi talar olika språk. I sjukvården använder vi mer objektiva bedömningsverktyg som symtomskattningsskallor men FK vill ha konkreta exempel från patientens vardags liv. Hur ska vi kunna verifiera dessa? Vi använder oss av kunskap och beprövad erfarenhet och FK vill att vi ska använda oss av termer som ska passa i deras inpräntade bedömningsmallar. (ID 1974)

Läkare upplevde också att de olika språkbruken innebär att handläggarna ibland gör felaktiga bedömningar eller begär onödiga kompletteringar, då handläggaren inte förstår att den information som efterfrågas redan finns skrivet.

FK o vi talar olika språk helt uppenbart och det kom till stånd för några månader sedan. Tidigare så förstod FK att en måttlig till svår depression med suicidtankar som vårdats inneliggande att det kan vara nödvändigt med ss pga tillståndet i sig. Nu krävs komplettering typ 'jag hör att pat är deprimerad men på vilket sätt är arbetsförmågan nedsatt' mkt frustrerande fråga vad ska man svara? Detta tar onödig tid och är inte relevant. (ID 0380)

Jag har vi flera tillfällen upplevt att handläggaren inte förstår innebörden i basala medicinska ingrepp. Jag råkade skriva på ett intyg "god formell och emotionell kontakt" vilket handläggaren tolkade som att patienten var helt frisk trots att resten av intyget / observationen beskrev en svårt psykiskt [sjuk] människa. (ID 6498)

Det medicinarspråk vi lärt oss är kort, koncist och precist, och vi får lätt en bild av kollegans patient. När samma sak ska beskrivas på svenska blir det luddigt, långt och diffust, och det är klart att det då kan vara svårt för handläggaren att fatta beslut på det. (ID 1345)

Användandet av olika språk upplevdes också leda till att handläggare efterfrågar vissa nyckelord och formuleringar, där intyg som innehåller dessa oftare godkänns. Vilka dessa formuleringar är upplevdes dock inte som självklara för läkare. Denna kategori har även samband med kategorin Nyckelord inom temat Rättssäkerhet (G.6. sid. 126).

Jag har flera gånger i kontakt med handläggare nästan fått dikterat för mig hur jag ordagrant ska formulera vissa meningar för att de ska kunna godkänna intyget. Jag uppfattar alltså att mitt medicinska uttalande på intyget inte tolkas av FK överhuvudtaget utan att de letar efter vissa nyckelord, som jag som läkare inte har kännedom innan, vilket skapar ett evigt kompletterande tills FK får det intyg de vill ha. I min verksamhet inom Neurologi så blir detta nästan löjligt då vi har många väldigt svårt sjuka patienter som det torde vara självklart inte klarar av att arbeta om jag som läkare intygar medicinskt tillstånd och beskriver deras nedsättning. (ID 6823)

FK frågar efter vissa ”fraser” Bra om vi får handbok om vilka de vill höra. De har ett annat språk och vill att vi bedömer saker ”objektivt” som inte går att bedöma på det viset. (ID 2314)

Ett gemenast språkbruk samt förståelse och kunskap hos läkaren om Försäkringskassans terminologi ansågs dock viktig för samverkan mellan parterna.

Det är väsentligt att jag talar samma språk som Försäkringskassan och känner till deras bedömningsgrunder och regler för deras försäkringsmedicinska bedömningar. Mina intyg skall svara på Försäkringskassans frågor på ett sådant sätt, att de duger som beslutsunderlag, så att mina patienter inte får avslag eller fördröjda utbetalningar i onödan. (ID 0601)

Ett gemensamt språk för FK-sjukvård-AF-Soc skulle underlätta. (ID 2410)

C.5. Bristande återkoppling

En annan kategori under temat kommunikation innehåller beskrivningar av bristande återkoppling och information från Försäkringskassan i enskilda ärenden. Till exempel saknade läkare återkoppling om Försäkringskassan ändrat beslut som tagits gemensamt, eller information om åtgärder i sjukskrivningsärendet.

Haft flera fall med långa sjukskrivningar där avstämningsmöten, arbetsrehabiliteringar har gjorts och där FK plötsligt avslutar sjukskrivningen utan kontakt med mig som sjukskrivande läkare. (ID 4614)

När det gäller längre sjukskrivningar upplever jag inte att jag som behandlande läkare informeras om vilka rehabinsatser som FK samordnar. Ofta är det patienten som plötsligt berättar att hen skall genomgå någon utredning eller behandling utan min vetskap. Det är frustrerande att inte bli inkluderad utan endast skriva intyg i rollen av administratör. Vi behöver regelbundna träffar med FK/AF/soc och arbetsgivare om vi skall kunna sköta vårt uppdrag. (ID 6740)

Vid ett tillfälle bad jag om ett avstämningsmöte tillsammans med FK och patienten och övriga berörda parter. Det resulterade i att FK ordnade ett möte mellan patienten, FK och arbetsförmedlingen men där sjukvården/läkaren inte var inbjuden. Det blev dålig kommunikation och jag visste inte alls vad som hade beslutats och patienten kunde inte återge själv vad som var planen. Det vore önskvärt med bättre kommunikation och återkoppling från Försäkringskassans sida. (ID 6964)

Återkoppling av information respektive Försäkringskassans önskemål om ytterligare information beskrevs ibland ske via patienten som förmedlade exempelvis att Försäkringskassan ville ha kompletteringar.

Återkommande har jag märkt att patienter blir budbärare åt FK när FK önskar intyg. Patienten kan säga att ”FK vill ha ett intyg”, utan att närmare kunna redogöra för vilken typ. Om FK vill ha ett intyg ska FK begära det direkt av läkaren! (ID 6318)

Läkare uttryckte att de önskar återkoppling gällande beslut som tagits avseende patientens ansökan om sjukpenning – särskilt vid avslag och om beslutet påverkar den fortsatta vården av patienten.

Jag har heller aldrig någonsin fått någon feedback direkt till mig avseende önskemål om komplettering, avslag eller beviljan. Detta tycker jag är en brist som borde kunna åtgärdas. (ID 0057)

Frånvaro av återkoppling, exv. om intyg godkänns eller ej. (ID 4232)

C.6. Upprepa allt från början

En kategori av svårigheter i kommunikationen med Försäkringskassan handlar om att behöva repetera samma information flera gånger och ibland även att upprepa all information från början. Anledningar till att detta sker beskrevs bero på att handläggare inte läser intygen ordentligt och därmed begär information som redan givits, eller att handläggare byts ut och att den nya handläggaren efterfrågar information som tidigare lämnats.

FK:s handläggare läser inte gamla intyg m fl som jag hänvisar till. Förväntas att man skriver om allt på varje intyg. Slöseri med tid. Då kommer frågor, krav på komplettering på frågor som finns besvarade sedan tidigare. (ID 0749)

Nya handläggare läser inte in sig på sina nya ärenden innan de begär läkarutlåtanden eller kompletteringar, de är usla på att följa ett förlopp och läser bara det senaste intyget, vi kan inte beskriva långa förlopp komplett hela tiden, orimligt! (ID 2967)

Handläggaren verkar inte alltid läsa alla gamla intyg ordentligt utan kräver att varenda nytt intyg ska innefatta all information igen, även sånt som var tydligt och klart utskrivet i tidigare intyg inom samma sjukskrivningsperiod. (ID 6690)

C.7. Digital kommunikation

I denna kategori, om digital kommunikation med Försäkringskassan, redogörs för fritextsvar om de svårigheter läkare upplever i att kommunicera via fråga/svar-funktionen, en modul som införts parallellt med möjligheten att skicka sjukintyg elektroniskt till Försäkringskassan. Fråga/svar-funktionen är på olika sätt integrerad med de olika journalsystem läkare använder.

Läkares kommentarer om denna digitala funktion har analyserats ingående utifrån flera olika aspekter och presenterats i en tidigare rapport⁷. I föreliggande rapport har vi analyserat de kommentarer som mer specifikt relaterar till läkares kommunikation med Försäkringskassan. Här identifierades fem subkategorier, nämligen: C.7.a. Meddelanden från Försäkringskassan når inte fram om läkaren inte är i tjänst, C.7.b. Leder till fler kompletteringar, C.7.c. Leder till opersonlig och stel kommunikation, C.7.d. Leder till envägskommunikation, respektive C.7.e. Svårt hitta handläggarens frågor i kompletteringsbegäran.

C.7.a. Meddelanden från Försäkringskassan når inte fram om läkaren inte är i tjänst

En subkategori handlade om vanligt förekommande svårigheter i hur meddelanden från Försäkringskassan skickas till sjukskrivande läkare. Om läkaren inte är i tjänst, t.ex. har semester, är sjukskriven, har slutat, eller bara arbetat tillfälligt på mottagningen, kan det dröja länge innan meddelandet upptäcks.

Ibland lurigt när det begärs komplettering under semestertid eftersom dessa kommer till sjukskrivande doktor enbart och inte kan ses av kollega som bevakar signeringskorgen. (ID 5214)

C.7.b. Leder till fler kompletteringar

Läkare upplevde ibland att införande av fråga/svar-funktionen har inneburit att det blivit för lätt för handläggare att skicka iväg begäran om kompletteringar. Läkare menade att detta görs utan att intyget lästs igenom för att se om efterfrågad information faktiskt finns där, och utan att först fråga sin FMR eller mer erfaren kollega.

Jag uppfattar att begäran om kompletteringar har ökat. Det känns som om det är alldeles för lätt för handläggare på FK att digitalt skicka en liten komplettering via WebCert utan att ha en tanke på hur mycket administration det skapar för läkaren i andra änden. (ID 6823)

Försäkringskassan svarar i Webcert med förformulerade texter som utformats av någon sadistisk jurist. De ställer krav på komplettering med standardtexter som inte vägleder oss läkare alls. Värst av allt, detta görs utan att blinka/tänka, på 5 sekunder, med att kryssa i rutan i deras program ”jävlas med läkarna”. (ID 2848)

C.7.c. Leder till opersonlig och stel kommunikation

En subkategori handlade om att en del läkare upplevde att införande av fråga/svar-funktionen inneburit att kommunikationen med Försäkringskassan blivit mer opersonlig och stel, i synnerhet när meddelanden skickas utan någon personlig avsändare med namn eller kontaktuppgifter.

Mycket knöligt och frustrerande med kommunikation genom Fråga/svars-funktionen i elektroniska sjukintyget. Då pratar FK gärna byråkratspråk. (ID 1354)

C.7.d. Leder till envägskommunikation

En annan subkategori handlar om att läkare ibland upplevde att fråga/svar-funktionen bidragit till envägskommunikation; där handläggare ställer frågor som läkare är skyldiga att besvara – medan läkare inte kan räkna med att få svar på de frågor de ställer till handläggaren.

FK kan kommunicera till mig men jag kan inte skriva till dem annat än att svara på frågor. Kan ej kontakta FK i ett ärende via EDI. (ID 0896)

Problemet med okunniga och stressade FK-handläggare nämns nästan aldrig. Inte heller att metoden envägskommunikation (kompletteringar) är mycket sämre än dialog mellan pat, FK, vården och arbetsgivaren där alla hör vad den andre säger (avstämningsmöte). (ID 1756)

C.7.e. Svårt hitta handläggarens frågor i kompletteringsbegäran

En ofta återkommande kommentar var att kompletteringsbegäran som handläggare skickade via fråga/svar-funktionen ofta innehöll långa och otympliga standardtexter med allmän information om FMB, regelverk etc, där det någonstans i texten kom frågor till läkaren, som upplevdes svåra att hitta och utläsa. (Detta beskrivs mer utförligt inom temat Kompletteringar (E.7., sid. 115).

C.8. Smidigt med digital kommunikation

I kommentarerna fanns även positiva erfarenheter av fråga/svar-funktionen. Detta beskrevs då som ett smidigt och tidsbesparande sätt att kommunicera med handläggare vid Försäkringskassan.

Digitala sjukintyget o digital kommunikation m FK är utmärkta instrument som förbättrat processen betydligt. (ID 0826)

Meddelandefunktionen fungerar bra för att komplettera uppgifter, det är snabbt och smidigt. (ID 2251)

C.9. Rehabkoordinator kan underlätta samverkan med Försäkringskassan

En återkommande beskrivning i fritextsvaren var att läkare beskrev att rehabkoordinatorer innebär ett stort stöd i samverkan kring sjukskrivningar generellt och i kontakter med arbetsgivare i synnerhet. En del av dessa beskrev även rehabkoordinator som ett stöd i kontakter med Försäkringskassan, vilket illustreras med följande citat.

Av största betydelse (för mig som arbetar på en större klinik inom Landstinget med sjukdomar och patienter som genererar många sjukskrivningar, oftast på heltid initialt pga diagnoserna): - REHABKOORDINATOR! som kan sköta ev nödvändiga kontakter med FK, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen etc och delta i samverkansmöten. (ID4262)

Kontakterna med FK har blivit enklare sen vi fick en sjukskrivningskoordinator. En handläggare från FK besöker regelbundet vårdcentralen och det är bra. (ID 1741)

Sedan vi fick en rehabkoordinator på vårdcentralen har arbetet med sjukskrivningar underlättats ENORMT. Hen sköter mycket av kommunikationen med FK, AF och patienten vilket gör att vi läkare hinner med. ALLA vårdcentraler borde ha en rehabkoordinator! (ID 3504)

Brist på åb-tider får lösas med tel, rehab-koordinatorer är guld värda då de har tid avsatt för att sätta sig in i fallet, tid att kontakta pat/FK/AF mm. (ID 3090)

Svårt att få till bra samordning mellan arbetsgivare, FK & AF. Vi har nyligen fått en rehabkoordinator = stor förbättring! (ID 3355)

Där jag arbetar har vi fungerande rehab-koordinator och fungerande samverkansmöten med FK, AF och soc - och detta underlättar mitt arbete något enormt. Detta behöver finnas. (ID 6181)

Sammanfattning av temat Kommunikation

Andelen läkare som svarat att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att man talar ”olika språk” har ökat med 28 procentenheter sedan 2004; år 2017 upplevde en tredjedel detta som en svårighet. Läkare beskrev också i fritextsvaren att man talade olika språk, och uttryckte behov av gemensamt språkbruk. Många läkare skrev att olika former av personlig kontakt, via olika former av

möten och per telefon underlättar kommunikationen mellan läkare och handläggare. Det beskrevs också att rehabkoordinatorer underlättar kommunikationen och samverkan kring patienter. Avstämningsmöten beskrevs vara väsentliga i samverkan och många läkare uttryckte missnöje med att de inte genomförs i lika stor utsträckning längre. Andra problem i kommunikationen som ibland nämndes var bristande information och återkoppling från handläggare i sjukskrivningsfall, i synnerhet vad gäller de beslut som fattats eller om dessa ändras. Ytterligare problem som läkare upplevde rörde att handläggare inte läste intygen ordentligt utan istället begärde kompletteringar, att handläggare inte kontaktar läkare som bett om det, att läkare inte får svar på frågor och att fråga/svar-funktionen ledde till envägskommunikation. Den digitala kommunikationen beskrevs av andra att den underlättar kommunikationen.

D. Kompetens

Ett centralt tema handlar om kompetens och en stor mängd av fritextsvaren avseende samverkan med Försäkringskassan handlar om olika aspekter av kompetens. En enkätfråga handlar om upplevelsen av kompetensen hos Försäkringskassans handläggare. I analyserna av fritextsvaren identifierades fem kategorier inom temat, nämligen: D.1. God kompetens, D.2. Brister i handläggares kompetens, D.3. Brister i FMR:s kompetens, D.4. Brister i läkares kompetens, samt D.5. Oklarhet om roller och uppdrag.

Det fanns en enkätfråga om huruvida läkaren upplever att brister i handläggarens kompetens var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan. I Tabell 28 framgår att 37 procent ansåg att detta vara en svårighet, störst andel i Region Stockholm (41 %), minst i Region Mitt (33 %). I enkäten år 2012 var andelen som uppgav detta 27 procent, dvs. en ökning med tio procentenheter (Figur 66).

Tabell 28. Andel (%) läkare som svarat att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var brister i handläggares kompetens, uppdelat på fem regioner samt för samtliga.

Kompetens	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Du upplever brister i FK handläggares kompetens	41	33	35	39	36	37

Ett omfattande tema i fritextsvaren avseende samverkan med Försäkringskassan handlar om olika aspekter av kompetens och brist på kompetens. En stor mängd av fritextsvaren avseende samverkan med Försäkringskassan handlar om olika aspekter av kompetens. Med kompetens avses här kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Kommentarererna handlar framförallt om kompetens hos Försäkringskassans handläggare och några även om kompetens hos Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (FMR). Ytterligare några kommentarer handlar om kompetens bland läkare eller hos andra inom hälso- och sjukvården.

D.1. God kompetens

I en mindre andel av fritextsvaren beskrevs god kompetens hos handläggare, och dessa kommentarer gäller framförallt för handläggare med erfarenhet och kunskap om någon särskild diagnos- eller patientgrupp eller är mer erfarna.

I allmänhet bra kompetens & engagemang från handläggare. (ID 3548)

Det underlättat enormt att FK i vår region tillhandhåller särskilda handläggare för cancerpatienter. Det blir omedelbar problem när dessa byts ut eller inte finns till hands. Mycket bra med handläggare som har satt sig in i de frågeställningar som vanligen drabbar cancerfamiljer eftersom det enormt underlättar kommunikation och minska antal ärenden där komplettering behöver skrivas. (ID 3476)

D.2. Brister i handläggares kompetens

Majoriteten av fritextsvaren som kategoriserades under temat kompetens innefattar beskrivningar av brister i handläggares kompetens och bland dem identifierade vi fem subkategorier, D.2.a. Skillnader i kompetensnivå mellan handläggare, D.2.b. Brister i basal medicinsk kunskap, D.2.c. Rådfrågar inte FMR, och D.2.d. Handläggare ”skyller” på läkare vid avslag.

D.2.a. Skillnader i kompetensnivå mellan handläggare

En subkategori handlar om att det finns stora skillnader i kompetensnivå mellan olika handläggare. Detta beskrevs bli problematiskt eftersom samverkan och kommunikationen blir avhängig av vem som handlägger ärendet, vilket kan leda till godtyckliga beslut (något som beskrivs närmare under temat Rättssäkerhet (G.8. sid. 127)). En del av skillnaderna i kompetens hos handläggare beskrevs handla om olika grad av erfarenhet, där mer erfarna handläggare beskrevs som mer kompetenta än de som inte hade lika lång erfarenhet.

Mkt ojämn kompetens. (ID 0302)

Kompetens hos FK handläggare varierar enorm!!! (ID 0544)

FKs handläggare har också skiftande kunskap och skiftande kriterier för sina bedömningar, sannolikt pga att erfarna handläggare tröttnar på att arbeta och nya saknar erfarenhet samt försöker följa sina direktiv utan att tänka eller förstå själva. (ID 1116)

D.2.b. Brister i basal medicinsk kunskap

En stor subkategori innehåller kommentarer om bristande medicinsk kompetens hos handläggare. Dessa kommentarer är uppdelade i aspekterna I allmänhet, Psykiska besvär och diagnoser, Somatiska diagnoser, samt Multisjuklighet och annan komplexitet.

- I allmänhet

Den största andelen fritextsvar om bristande medicinsk kompetens hos handläggare var av mer generell karaktär, och beskrev ibland att den bristande medicinska kompetensen försvårade dialogen då läkare behövde ändra sitt språkbruk i kontakt med handläggare. Kommentarer handlar om att läkare p.g.a. handläggares bristande förståelse för medicinska termer behövde anpassa språket så handläggare lättare skulle förstå, eller använda nyckelord och fraser beskrivs även under temat Strategier (IV.4. sid. 151).

Urusel medicinsk kompetens hos FK. (ID 0124)

För låg kompetens hos handläggare och brist på medicinsk kompetens på FK. (ID 0476)

Jag har 14,5 års utbildning inom medicin och rehabilitering men blir alltför ofta ifrågasatt av personer som ibland inte vet var kroppsdelarna sitter eller hur en sjukdom sätter ner arbetsförmågan. (ID 0483)

Det största problemet är att FKs handläggare helt tycks sakna grundläggande medicinsk kompetens, och därmed förmågan att förstå den utförliga information som vi skriver i intygen. FK önskar att vi uttrycker oss i termer och begrepp som bestäms av deras regelverk, istället för att vi får uttrycka oss på vårt yrkesspråk, utifrån vår kompetens och utbildning. (ID 1718)

Ibland var handläggare tydliga med att de inte hade den medicinska kunskap som läkaren förutsatte att handläggare som ska bedöma försäkringsmedicinska ärenden bör ha. En läkare skrev att handläggare formulerat det som att läkaren behövde beskriva medicinska resonemang som att hen talade till ett barn.

Du får tala till mig som en 5-åring (ID 1096)

- Psykiska besvär och diagnoser

En stor andel av de fritextsvar som berörde bristande kompetens kring specifika diagnoser handlar om psykiska besvär och diagnoser, men också om konsekvenser av sådana diagnoser för funktionsförmåga och arbetsförmåga.

Handläggarna på FK tycks helt sakna kompetens vad gäller psykiatriska tillstånd.
(ID 2029)

Det är ibland helt omöjligt att förklara ett arbetshinder vid vissa psykiska tillstånd pga bristande kompetens och negativ attityd hos handläggarna. En handläggare föreslog t.ex. att en person med Aspergers syndrom skulle få en rollator för att kunna arbetsträna på en arbetsplats där han blivit utmobbad av chefen pga sin psykiska störning trots att jag försökt förklara ½ timme i telefon vad handikappet vid den störningen består i. En handläggare frågade hur jag kunde avgöra att det var just depressionen som fick en person med svår depression att gråta. Det kunde ju vara någon annan orsak. /.../ Detta är ett par exempel av säkert mellan hundra och tvåhundra jag har på svårigheten att kommunicera med handläggare som helt saknar utbildning och har en negativ attityd till patienter och läkare.
(ID 2088)

T ex att behöva förklara varför en psykotisk patient inte kan arbeta är som att förklara varför man inte kan arbeta med 40 graders feber. (ID 3461)

Till ex. pat. med pågående ECT behandling, står på benzoediazepiner, kör tankbil med stort ansvar ifrågasätter handläggaren varför pat. inte kan jobba. Bristande medicinska kunskaper. (ID 3411)

▪ Somatiska diagnoser

Många kommentarer handlar om vad som beskrevs som bristande kompetens hos handläggare när det gäller olika somatiska diagnoser. Det fanns exempel om detta inom de flesta diagnosområden, såsom hjärtsjukdom, cancerdiagnoser, neurologiska sjukdomar, mag-tarmsjukdomar, frakturer och andra skador, smärtproblematik, graviditetsrelaterade besvär, demens. Nedan nämns exempel för olika diagnoser. När det gäller *hjärt-kärlsjukdom* illustreras exemplen med följande citat.

Upplever det dock förvånande när man t.ex. ifrågasätter 25% sjukskrivning och kräver komplettering hos en gravt hjärtsjuk patient som är bärare av en hjärtpump som är helt beroende av pumpens funktion för överlevnad i väntan på hjärttransplantation. Detta tyder på kompetensbrist, en kort internetsökning eller kontakt med försäkringsmedicinsk läkare skulle innebära att ärendet lades ner direkt istället för att man måste fylla i en blankett som tar 30 minuter av arbetstid i anspråk. (ID 6457)

Bristfälliga grundkunskaper/tillgång till grundkunskaper. T ex by-pass opererad pat. Måste veta i detalj varför dessa ej kan ta tunga arbeten/lyft. (ID 1033)

Dålig kompetens. Ex, FK avslag sjukskrivning för en patient som låg inlagd på HIA - uppkopplad pga grov åderförkalkning, instabil angina pectoris som hade trippel förtur för CABG! Han var stenläggare och arbetade hårt med kroppen. FK tyckte att han nog kunde gå tillbaka till sitt jobb i väntan på CABG! Ett annat exempel: En egen företagare, en ung man med småbarn hade en spridd aggressiv cancer. Spridningen var fullkomligt explosionsartad, i skelett, mjukdelar och han var svår att smärtlindra. Han var palliderad - ingen behandling fungerade. Vissa dagar var lite bättre än andra, då gick han till sitt företag, andra dagar låg han hemma utslagen av sin sjukdom. FK menade att om han kunde gå till jobbet vissa dagar, kunde han gå alla dagar! Patienten fick ingen sjukkassa. (Han levde 1 år efter diagnos sedan dog han.) (ID 1658)

Det finns även kommentarer om bristande medicinsk kompetens gällande många *andra diagnoser*, nedan ges några exempel.

Som exempel så sjukskrev jag en förskolelärare för "trakealstenos". Hon väntade på en operation för att vidga denna försvänning av luftstrupen, vilken föranledde patientens andningssvårigheter. Hon hade en fysiskt nedsatt prestationsförmåga och orkade inte lyfta små barn på sin arbetsplats. Jag sjukskrev henne 25 % i väntan på en operation. Patienten ville inte få mer än 25 %. Den sjukskrivningen ifrågasattes och komplettering krävdes. Helt onödigt. Merarbete. Jag ringde upp aktuell handläggare som inte ens visste vad "trakealstenos" var. Hur kan man då ifrågasätta sjukskrivningen? (ID 4617)

Dålig kompetens avs. neurologiska sjukdomar. Dålig förståelse avseende kroniska degenerativa sjukdomar, där kognition, stresstålighet, exekutiv förmåga etc spelar stor roll för pats förmåga att fungera i arbetslivet. Varierar hos olika patienter med samma diagnos. (ID 3050)

Ex yrke: Snickare - högerhänt. Pat har brutit sin högra handled. Opererad med platta och skruvar. Låker på ca 4 veckor => sjukskrivning i 4 veckor. Att detta ifrågasätts och FK tycker att en snickare kan arbeta med vän hand är tydlig brist på kompetens, inliefseförmåga etc. Detta händer ofta! (ID 2045)

Om man har Alzheimers sjukdom så är inte utbildningen/omskolning aktuell. (ID 0208)

En diagnosgrupp som ofta nämndes är *cancer*, där inte bara konsekvenser för arbetsförmåga av själva sjukdomen respektive av cancerbehandlingen var aktuella, utan även handläggares bristande förståelse för att vissa av patienterna inte skulle överleva så länge till.

FKs handläggare har ej medicinsk kompetens. Ex: 1) Kräver att en leukemipatient med svåra biverkningar (trötthet, klåda, hudutslag, infektionskänslig) skall arbeta 100 % !! Ex: 2) Mkt svårt hjärtsjuk patient efter extremt stor hjärtinfarkt och hjärtsvikt som resultat av infarkten skall arbeta 100 % !! Svårt att samarbeta med personer utan utbildning (medicinsk). Katastrofalt. (ID 0265)

T ex. Pat. med lungcancer där Försäkringskassan ifrågasätter varför pat. ej klarar att arbeta. Pat. dog inom 1 månad. Fick förklara diagnosen och förväntad överlevnadstid till FK handläggare som trots det ej förstod. Mycket stor kompetensbrist. (ID 2658)

De förstår inte enkla uttryck som ”cellgifter direkt i blodet som ges i kurer”. Vid diskussion om krav att söka annat arbete så förstår man inte heller att utan immunförsvar så är det få arbeten som går att söka. Svårt att förstå att det krävs återkommande besök både för behandling, kontroller av prover, liksom klinisk kontroll. Svårt att förstå att även om pat. är väl medveten om att hen är döende så vill faktiskt vissa kunna få ha kontakt med sin arbetsplats. (ID 1491)

Fritextsvaren innehåller även kommentarer om att läkare upplevde att det finns bristande förståelse för och kunskap om hur *multisjuklighet och annan komplexitet* kan påverka arbetsförmågan.

Det finns alldeles för lite kunskap om kroniska sjukdomar och multisjuklighet hos FK's handläggare. Beslutsstöd som tagits fram ger ingen ledning vid bedömning av sjukskrivning i dessa fall. Arbetsförmåga vid kronisk sjukdom är alltid beroende på en kombination av sjukdomsgrad och individuella faktorer vilket bara behandlande läkare kan bedöma. (ID 0141)

Fk förstår inte statusbeskrivningarna. Det saknas försäkringsmedicinska beslutsstöd i väldigt stor omfattning. Majoriteten av patientens har inte funktionsnedsättningar bara pga en diagnos. Fk handläggarna har stora kunskapsluckor i summan av olika diagnoser på funktionsnivån. (ID 4197)

D.2.c. Rådfrågar inte FMR

En subkategori handlar om läkarens bild av att handläggare, som i sin professionella roll skall utreda försäkringsmedicinska frågeställningar, inte rådfrågar sina försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) eller sina seniora handläggarkollegor när de har frågor om medicinska aspekter utan istället vill få sådan information av läkaren. Detta beskrevs ta tid och resurser från läkaren.

Alltför ofta framgår det när komplettering begärs att medicinska kunskaper saknas på FK; man frågar verkligen om självklarheter och tycks inte ha haft någon läkare att fråga på FK. (ID 2508)

FK handläggare bör i större utsträckning använda sig av sina egna försäkringsmedicinska rådgivare. (ID 2406)

Upplever ibland att Försäkringskassans handläggare bör rådfråga medicinsk kompetens/konsult på försäkringskassan innan de ber om komplettering. Har upplevt att bristande förståelse/kunskap om en diagnos patofysiologi och olika behandlingsalternativ ex. vid konservativ handläggning kontra operation där det oftast inte finns 'beslutsstöd' för det förnämnda. Jag har upplevt att det då oftast föreligger en betydande kunskapsdiskrepans vilket gör att själva motiveringen till sjukskrivningen kan bli, om inte svår, så åtminstone komplex och långdragen. (ID 6333)

Läkare beskrev att detta leder till att de lägger arbetstid på att ”utbilda” handläggarna i basala frågor. Det handlade mestadels om medicinska frågor, men ibland även om att utbilda handläggare i vad som framgår av FMB.

Jag upplever ofta att jag måste ägna mig åt att undervisa handläggaren, som saknar kunskaper i det medicinska tillståndet. (ID 3643)

Det huvudsakliga problemet är att jag ofta får 'utbilda' en sjukvårdsokunnig handläggare i t ex att en patient med svår migrän sällan uppvisar några objektiva undersökningsfynd vid läkarbesöket, eller ex patienter som är i återhämtningsfas efter en sjukdom inte heller uppvisar några 'objektiva fynd' etc. Att beskriva funktionsnedsättningen på ett sådant sett att en illitterat handläggare begriper vad som menas. (ID 2927)

Det har hänt att jag ringt FK och läst högt ur Socialstyrelsens beslutsstöd när handläggarna varit nya och uppenbart opålästa - sådant tar mycket tid och energi. (ID 2328)

D.2.d. Handläggare ”skyller” på läkare vid avslag

I rollen som handläggare ingår att förmedla beslut, inklusive avslag, på ett professionellt sätt. Flera kommentarer från läkare handlar dock om att så inte skett. Istället för att informera om orsaken till ett avslag, dvs. att den försäkrade inte bedömts uppfylla kraven för att få sjukpenning, skriver läkare att patienter berättat att handläggare istället säger att avslaget beror på att läkares intyg varit ’dåligt’ eller ’undermåligt’. Det finns ett flertal kommentarer av denna typ, vilka baseras på patienters berättelse om vad handläggaren ska ha sagt.

Ett stort problem är FKs sätt att förmedla avslag. De säger till patienten att läkarintyget inte är tillräckligt bra och lägger på så sätt skulden på läkaren, istället för att vara tydlig och direkt meddela att tex 'du uppfyller inte kraven'. (ID 0080)

Säger till patienten att intygen ej är fullgoda vilket gett avslag på ss, trots att ingen komplettering efterfrågats och att det eg. handlar om att sjukdomen ej uppfyller krav för ss. (ID 6709)

Konsekvenser av detta, för behandlingsrelationen mellan patienten och läkaren, redovisas under temat Konsekvenser (III.3.b. sid. 147).

D.3. Brister i försäkringsmedicinska rådgivares kompetens

Fritextsvar gällande kompetens handlar vid enstaka tillfällen också om försäkringsmedicinska rådgivares (FMR) kompetens som då beskrevs vara inadekvat, bristfällig eller inaktuell – generellt eller inom specifika diagnosområden. I flera av kommentarerna kallades FMR för förtroendeläkare (en benämning som byttes ut mot ’försäkringsläkare’ på 1990-talet och till FMR år 2008).

Om Försäkringsmedicinsk rådgivare blandas in gör det ofta situationen värre, eftersom dessa ofta saknar psykiatrisk kompetens och gör orimliga tolkningar av aktivitetsbegränsningsbeskrivningar etc. (ID 3256)

FK:s förtroendeläkare har dåliga kunskaper i psykiatri. De följer inte forskningen inom psykiatri. De har inte ens kunskap om hur WHO graderar psykiska sjds allvarlighetsgrad. Eller de gör vad FK vill. (ID 0559)

FMR utlåtanden ofta slarviga, medicinskt felaktiga (!), kort sagt förfärliga, medför att bedömande läkare, som konkret undersökt pat körs över då FK-handläggare alltid litar på ”sin” läkare och misstror intygsskrivande läkare. (ID 0464)

Många MS-patienter är arbetsförmögna pga fatigue (MS-trötthet) vilket medför kognitiva problem, dessutom ofta fluktuerande över dygnet. Handläggare på FK och kanske särskilt deras försäkringsmedicinska läkare har i allmänhet svårt att förstå sådant resonemang. (ID 5768)

D.4. Brister i läkares kompetens

Fritextsvaren innehöll också beskrivningar av läkares egen bristande kompetens, vilka har delats upp i två subkategorier, D.4.a. Arbetsförmågebedömning och D.4.b. Andra aspekter av bristande kompetens hos läkare.

D.4.a. Arbetsförmågebedömning

Många läkare beskrev att de hade bristande kompetens vad gäller bedömning av arbetsförmåga. Svaren på de specifika enkätfrågorna om hur problematiskt läkarna tyckte det vara att bedöma arbetsförmåga (Alexanderson, 2018 #36949, sid 68) framkom att en stor andel ansåg att det var problematiskt². Särskilt gällde detta patienter som inte har ett arbete samt patienter som varit sjukskrivna så länge att deras arbetsförmåga skulle bedömas i förhållande till 'normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden', dvs. mer än 180 dagar.

Det är omöjligt för mig som psykiater att avgöra pat:s a-förmåga i andra "på marknaden förekommande arbeten", då detta inte granskas i min specialitet. (ID 1396)

Jag har ingen som helst utbildning i arbetsförmågebedömning. Jag har ju ingen aning om vad folk gör på sina jobb och framför allt har jag ingen tid att göra bedömningen (även om jag kunde) på mina 20 min. moduler för varje patient. (ID 2200)

Sedan blir det svårt att skriftligt motivera nedsatt arbetsförmåga till Försäkringskassa, jag har inte svårt att uttrycka mej i skrift men jag har svårt att objektifiera patientens status. Jag saknar verktyg för att förtydliga. Då tänker jag att det kanske beror på att pat eg är arbetsför, eller så begriper inte jag vad pat vill förmedla. Detta ger mej en ofullkomlighetskänsla som sitter i länge och jag tänker att det skall bryta ner mej. Detta gäller faktiskt både psykiska och rena somatiska som typ benbrott. Det finns också en bias där jag tenderar bedöma folk som har enahanda, tunga yrken mycket snällare än personer med 'akademiska' jobb. Jag vet ju inte vad det innebär att sitta vid ett löpande band... Jag har alltså för dålig insyn i vad som krävs i olika yrken (ID 2303)

Många läkare ansåg även att det är problematiskt att göra en prognos för hur arbetsförmågan kan tänkas utvecklas över tid (24 % ansåg att det är mycket problematiskt^{1, sid. 68}). I flera fritextsvar utvecklades detta, nedan ges två exempel.

FK kan hänga upp sig på ett enda litet ord, tex tidsangivelse när jag avkrävs prognos '-du skrev prognos troligen sjuk i minst 1 år, varför 1 år?'

Jo, för att FK avkräver mig en siffra men sanningen är att jag inte har en enda aning!! Jag som läkare arbetar hårt med att stöda och hjälpa pat till tillfrisknande, det är mitt fokus! Men jag vet inte om/när/ hur snabbt/ hur mkt pat tillfrisknar! Jag arbetar inte med kristallkula, jag möter pat i nuet och gör allt jag förmår i det.(ID 1020)

Det främsta problemet är inte information om försäkringssystemet, beslutsstödet utformning, kontakter med FK:s handläggare eller pats arbetsgivare – utan svårigheten att uttala sig om de frågor som FK förväntar sig få adekvata svar på. Ex.vis prognos för pats sjd. utveckling och aktuella/framtida förmåga att utföra specificerade arbetsuppgifter, dvs göra kvalificerade gissningar. (ID 1758)

Många läkare som skrev att de själva saknade kompetens i att bedöma arbetsförmåga beskrev att andra yrkesgrupper hade bättre kompetens i detta, men att det vid deras enhet inte fanns tillräckligt med resurser för att läkaren skulle få in sådana bedömningar som underlag för sitt intyg.

FK begär att vi ska bedöma funktionsförmågan i förhållande till arbetsuppgifter på en arbetsplats, där våra medicinska kunskaper inte alltid är till hjälp. En arbetsterapeut är bättre utbildad för funktionsbedömningar, men det finns inte resurser att låta alla patienter bli bedömda av arbetsterapeut. (ID 1760)

² På enkätfrågan om hur problematiskt läkare upplevde det att bedöma patientens aktivitets- och arbetsförmåga svarade 26 % att det var mycket problematiskt; ännu större andel om patienten inte hade ett arbete (36 %) – detta var den sjukskrivningsuppgift som allra flest läkare tyckte var mycket problematiskt¹. Att läkare upplever att arbetsförmågebedömning är problematiskt framgår även av ett flertal andra studier från olika länder⁶⁶. Läkarens sjukskrivningspraxis: en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010. Detta är inte förvånansvärt, då det ännu inte finns något bra verktyg eller mall för sådana bedömningar, även om många arbetar för att få fram sådana, i Sverige och i andra länder.

Det finns även kommentarer om att läkares bedömningar är sämre när de saknar kunskap om lämplig behandling och rehabilitering vid exempelvis vissa psykiska besvär – eller när detta ännu överlag saknas i medicinsk vetenskap.

På vår enhet finns det ett stort antal av långtidssjukskrivna pga stress/utmattning. Jag saknar kunskap om hur man rehabiliterar dessa patienter mest adekvat. Det verkar som om vi sjukskriver i alldeles för hög grad och att detta är för nackdel för patienterna. (ID 6186)

D.4.b. Andra aspekter av bristande kompetens hos läkare

Bristande egen kompetens beskrevs också i relation till FMB, försäkringsmedicin och de regler som råder kring sjukskrivning. Utbildning och handledning i försäkringsmedicin beskrevs som otillräcklig. Denna subkategori innehåller också fritextsvar om bristande kunskap och kompetens om vad som kan vara adekvat rehabilitering vid långtidssjukskrivning i vissa diagnoser.

Vi får allt mindre fortbildning inom alla områden, även försäkringsmedicin, och tyvärr inget utrymme för egenstudier längre. Upplever att detta problem accelererar på ett bekymmersamt sätt. (ID 1265)

Mitt andra problem är att jag känner mig osäker på reglerna kring sjukskrivning, vad händer efter viss sjukskrivningslängd, hur går jag vidare om patienten inte svarar på behandling och rehabiliteringen inte går åt rätt håll tex. Jag har gått läkarutbildningen i Danmark där det är andra regler och känner att jag aldrig fått riktigt utbildning i hur det fungerar i Sverige. Det tas för givet att jag kan det bara. Som ST läkare i allmänmedicin är jag också ganska ensam i mitt arbete och det är inte alltid det finns tid för handledning i dessa fall, och det är inte heller alltid min handledare har bra råd i sjukskrivningsfallen. (ID 5852)

Ibland beskrev läkare att andra läkare har bristande kompetens i sjukskrivningsarbete och i att skriva sjukintyg till Försäkringskassan.

Stafettläkare i PV har mycket varierande kompetens/engagemang med bristfälliga intyg som följd eller där pat inte skulle ha sjukskrivits alls/bristande rehab mm. (ID 1160)

D.5. Oklarhet om roller och uppdrag

En kategori som identifierats i fritextsvaren under temat Kompetens handlar om oklarhet kring de olika rollerna som läkare, Försäkringskassans handläggare respektive patient har i sjukskrivningsprocessen. Bland annat finns det beskrivningar om läkares frustration eller okunskap kring läkares två roller som patientens behandlare respektive som medicinskt sakkunnig – här i förhållande till Försäkringskassan.

Min bedömning är att kollegorna har svårigheter med att de tror att det är olika roller i att vara behandlande läkare och intygsutfärdande läkare. Patientens sjukdomstillstånd är ju inte beroende av dessa roller hos läkaren utan istället av sjukdomstillståndet eller avsaktat av sådant i kombination med egen motivation att hantera sin livssituation. (ID 2182)

Det som unga läkare sällan förstår är att det inte är dom som äger beslutsrätten om sjukskrivning eller ej. Man måste starta rehabiliteringen redan 1:a gången en långtidssjukskrivning startas. (ID 0101)

Jag upplever en stor konflikt mellan min utbildning och profession där jag tränats att bota sjuka, jämfört med den vardagliga praktiken där jag blir koden till bankkontot. (ID 3273)

Ibland tycks det föreligga oklarheter kring vem som ansvarar för vad i sjukskrivningsprocessen.

Oklart regelverk, vad gör med. rådgivaren? (ID 0481)

Möts av olika tolkningar från olika handläggare av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och ibland svårigheter i att definiera ansvarsområdena kring ärendet, vem gör vad? (ID 6261)

Det finns även kommentarer om att läkare upplevde att Försäkringskassan handläggare vill att sjukvården ska utreda patienter i onödan, för saker som är omotiverade ur ett medicinskt perspektiv. Detta uppfattas som att handläggaren går utanför sin professionella roll.

Allt oftare begärs kompletteringar på medicinskt enkla åkommor såsom en luftvägsinfektion som i enstaka fall blir något långdragen och därmed överstiger tider enligt Socialstyrelsens beslutsstöd. Ibland kräver Fk att patienten ska remitteras eller genomgå vissa undersökningar som rent medicinskt är helt omotiverade. Man litar mao. inte på min bedömning. Jag tvekar naturligtvis aldrig att remittera eller utreda om jag tror att patienten har nytta av detta. Tyvärr är det något som vi allmänmedicinare ofta möter, dvs vi kan inget utan ska bara administrera det andra har bestämt. Vid något tillfälle gjorde jag som Fk tyckte och remitterade en patient men som förväntat kom remissen i retur. (ID 3490)

Sammanfattning av temat Kompetens

En dryg tredjedel (37 %) svarade ja på frågan om de upplevde brister i handläggares kompetens – en ökning med tio procentenheter från 2012. Temat Kompetens innehåller störst antal fritextsvar, i jämförelse med andra teman. Enstaka kommentarer handlar om god kompetens hos handläggare. Framförallt handlar dock kommentarerna om bristande kompetens hos handläggare, och det gällde olika aspekter, t.ex. bemötande, basal medicinsk kunskap – såväl generellt som olika sjukdomstillstånd, att FMR inte rådfrågas och att FMR ibland brast i sin kompetens. Temat innehåller även beskrivningar av brister i den egna kompetensen, avseende t.ex. arbetsförmågebedömningar. Det framkom även okunskap hos både handläggare och läkare om de olika rollerna som läkare, Försäkringskassans handläggare respektive patient har i sjukskrivningsprocessen.

E. Kompletteringar

Inom temat Kompletteringar identifierades sju kategorier av fritextsvar, nämligen E.1. Förståelse för att kompletteringar kan behövas, E.2. ”Objektiva fynd”, E.3. ”Självklarheter” efterfrågas, E.4. Uppgifter finns redan i intyget, E.5. Skriftlig komplettering efter muntlig föredragning, E.6. Formulera samma sak på olika sätt och E.7. Långa standardtexter från Försäkringskassan. I detta tema ingår även svar på två enkätfrågor; ”Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd” och ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar” – svar på dessa två redovisas först.

Fyrtiosex procent svarade att en svårighet var att Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen, andelen varierade mellan Regionerna; lägst i Region Mitt (41 %), och högst i Region Nord (51 %) (Tabell 29). Mer än hälften av samtliga läkare svarade att en svårighet var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intygen (Region Syd 60 %; Region Mitt 52 %) (Tabell 29). Mellan 34 procent (Region Mitt) och 41 procent (Region Syd och Nord) svarade att de upplevde *båda* svårigheterna. Andel som svarade att de hade svårighet med någon av dessa kompletteringsfrågor varierade från 59 procent i Region Mitt till 67 procent i Region Syd. Det var en betydligt lägre andel som upplevt båda dessa svårigheter (38 %) än de som upplevt någon av dem (64 %).

Tabell 29. Andel (%) läkare som svarade att handläggares begäran om kompletteringar av intyg var en svårighet, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Kompletteringar	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Att FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	47	41	43	48	51	46
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	56	52	54	60	56	56
Svarat ja på någon av de ovanstående frågorna	64	59	62	67	66	64
Svarat ja på båda ovanstående frågor	40	34	35	41	41	38

Som framgår ovan är begäran av onödiga kompletteringar av läkarintyg den svårighet som flest läkare (56 %) upplevde i kontakten med Försäkringskassan. Detta var även ett av de mest framträdande temana i fritextsvaren om samverkan med Försäkringskassan. I en tidigare rapport med fokus på läkares förtroende för Försäkringskassan¹⁶, som baserades på fritextsvar i 2012 års enkät, var ”FK begär onödiga kompletteringar av intyg” en kategori inom temat ’Förutsägbarhet’. I analysen av fritextsvaren från 2017 års enkät har vi valt att göra detta till ett eget tema eftersom så många av fritextsvaren handlar om just kompletteringar.

E.1. Förståelse för att kompletteringar kan behövas

Den stora majoriteten fritextsvar avseende begäran om kompletteringar av intyg beskrev svårigheter med dessa, men det fanns också läkare som hade förståelse för att Försäkringskassan behöver skicka begäran om komplettering. En del läkare menade att informationen i läkarintygen många gånger är bristfällig och förstår att Försäkringskassan behöver få mer korrekt information och tydligare beskrivningar, och därför begär komplettering angående sådant.

Jag har (till skillnad från många i kåren?) mest positiva upplevelser av handläggarna och upplever inte att det har varit ökat antal kompletteringskrav. I en del fall där jag fått ta över ärenden från stafettläkare kan jag också medge att intygen varit så inkompleta eller värdelösa rent av att jag inte ens är arg för att komplettering begärts. Enstaka gång har det kommit idiotiska kompletteringar (ex akut ryggsnitt och handläggaren undrar hur det påverkar patientens arbetsförmåga - patienten jobbade som flyttgubbe), men tror snarare att det handlar om någon handläggares första dag på jobbet snarare än generell inställning inom FK. (ID 6531)

Jag upplever att det som oftast ställer till bekymmer i sjukskrivningsärenden är då jag behöver förlänga/komplettera andra läkares undermåliga intyg. Jag har stor förståelse för att FK ifrågasätter många intyg, då mitt intryck är att många läkarkollegor faktiskt har svårt att beskriva situationen på ett begripligt och relevant sätt, ger alltför kortfattad info osv. (ID 4317)

En del läkare uttryckte förståelse för att behov av kompletteringar uppstår när man själv inte, p.g.a. tidsbrist, hunnit ta reda på uppgifter som behövs i intyget och formulera intyget tillräckligt väl.

Också problematiskt att förtydliga tidigare läkares intyg, intygen är 'dåliga' men pga tidsbrist har förra läkaren inte klarat fullt ut fråga 5 i intyget. Syns tydligt att föregående läkare prioriterat den medicinska behandlingen före intygsskrivandet pga tidsbrist, syns tydligt i journaltexten. Ingen administrativ tid finns för sådana ärenden, man får 'bara göra det'. (ID 1148)

Hinner inte på 30 min pat besök både hämta pat, ta upp anamnes, undersöka, skriva sjukintyg, dokumentera, eventuellt ordinera läkemedel eller annan behandling, utfärda recept och gå igenom hur de fungerar, förklara hur man går till lab ifall prover ska tas och DESSUTOM läsa igenom beslutsstödet /.../. I praktiken säger jag till pat att jag skriver sjukintyget efter besöket och skickar det hem per post+ e-intyg till FK. Sedan skriver jag intyget efter arbetsdagens slut för att formuleringarna ska bli så genomtänkta som möjligt och då är ju inte patienten kvar på mottagningen ifall kompletteringsfrågor skulle ha behövts. (ID 1177)

E.2. ”Objektiva fynd”

Bland enkätfrågorna fanns år 2017 den ovan redovisade frågan om läkaren upplevde att ’Försäkringskassan efterfrågar ”objektiva fynd” där sådana ej kan observeras vid undersökningen’. Detta var den svårighet som näst störst andel (46 %) av läkarna angav. Även i fritextsvaren beskrev många denna svårighet och framförallt gällde detta vid psykiska besvär eller smärtproblematik. Vi har dock valt att inte låta denna kategori ta så mycket utrymme här, eftersom Försäkringskassan meddelat att de inte begär information om ”objektiva fynd” i intygen längre – bland annat baserat på resultaten i enkäten om hur stor andel som ansåg detta vara en svårighet’. Två exempel på citat inom denna kategori följer här.

Objektiva fynd vid psykiatriska sjukdomar kan vara diskreta. Handläggarna nöjer sig inte med ifyllda skattningskalor. Bristfällig förståelse för att våra diagnoser bygger huvudsakligen på anamnestiska uppgifter. Depressioner, utmattningstillstånd och ångestproblematik visar sig INTE vid blodprovstagningar respektive röntgenundersökningar. Jag slösar bort så mycket tid att förklara detta för handläggarna. Om man brutit ett ben eller fått en cancerdiagnos får vi aldrig några frågor om sjukskrivningar trots att man ofta vid dessa tillstånd kan ha en god arbetsförmåga. Men om hjärnan inte fungerar då kommer ansökan om sjukpenning ifrågasättas. (ID 1749)

De kompletteringar FK kräver är många gånger helt orimliga som t.ex. objektiva fynd vid utmattningssyndrom i primärvård där det sällan finns några objektiva fynd förutom tårar och man får helt enkelt gå på patientens beskrivning. (ID 6118)

E.3. "Självklarheter" efterfrågas

En stor kategori av fritextsvar handlade om att Försäkringskassan begär kompletteringar av faktorer som läkare upplever är självklarheter och som inte borde behöva förtydligas i form av en komplettering. Läkare beskrev att kompletteringarna ofta handlar om *hur* deras uppgifter är formulerade i intyget, snarare än att det relevanta innehållet finns med. De beskrev att detta tog sig något olika uttryck beroende på om det handlade om psykiska eller somatiska diagnoser. Följande exempel på begäran om komplettering vad gäller *somatiska diagnoser* är exempel där Försäkringskassan begärt mer detaljerade kompletteringar avseende förtydliganden om att det är svårt för en blind patient att läsa, varför en takläggare inte kan klättra på tak med gipsat ben eller en patient i koma inte kan arbeta.

Onödiga frågor om kompletteringar och frågor om helt banala saker som redan framgår i intyget tar alldeles för mycket tid. 'Ange exakt vilka arbetsuppgifter takläggaren inte kan utföra med ett gipsat ben', är tyvärr hämtat ur verkligheten. (ID 2862)

Har fått göra onödiga tidskrävande kompletteringar t ex att förklara att det är svårt att läsa om man blir blind. (ID 5560)

En av de senaste förfrågningarna gällde varför en patient kopplad till medicinsk utrustning och inlagd på avdelning, behövde vara sjukskriven och bad om förklaring på individnivå. Det verkade som den som bad om kompletteringen inte läst intyget, (akut oplanerad sjukhusbunden vård brukar godkännas), utan bara noterat att ett visst 'nyckelord' (för mig oklart vilket) saknades. (ID 2233)

Till exempel i mina ögon "onödiga" kompletteringar där jag skrivit tydligt i intyget vilka symtom patienten har men ändå måste komplettera intyget och förklara varför dubbelseende inte kan arbeta som chaufför eller den som har diarréer flera gånger dagligen inte bör arbeta som kock. (ID 5607)

Fullständigt onödiga brev om kompletteringar med hänvisningar till försäkringsmedicinska stödet kommer då och då till mig som neurokirurg. Ex patienten sjukskrevs då hen var i koma och befann sig fortfarande i koma. Diagnosen gav inte stöd för att sjukskriva mer än en viss tid och handläggaren ifrågasatte detta. (ID 5241)

Jag är obstetriker och sjukskriver i princip bara gravida kvinnor - således helt uppenbart tidsbegränsade och ingen risk för att 'fastna' i långtidssjukskrivningar. Jag har flera gånger senaste halvåret varit med om begäran om komplettering, där FK önskar komplettering med uppgifter som jag klart och tydligt skrivit i sjukintyget. Två exempel: sjukskrivning pga hotande förtidsbörd. Jag har skrivit förkortad livmodertapp och tidigare förtidsbörd - två riskfaktorer - och FK önskar att jag uppger... riskfaktorer. Jag har skrivit - ska undvika tunga lyft och fysiskt ansträngande aktivitet - och FK önskar beskrivning av begränsningar i arbetet. Man blir tokig... (ID 3555)

Nedan ges exempel på kommentarer om begäran om kompletteringar avseende sådant som läkare upplevde som självklarheter i relation till *psykiska diagnoser*, t.ex. för ångest, utmattningssyndrom, depression och även för psykotiska patienter eller med allvarliga psykiska störningar.

Begäran om komplettering kommer i stort sett alltid på varje underlag. Finns ingen som helst kompetens vad gäller ex psykosjukdomar, ”Försäkringskassan överväger att avslå din ansökan om sjukpenning” är ett högst vanligt svar från FK när det gäller akuta skov av paranoid schizofreni och ”vad precis klarar inte pat på sitt arbete?” – helt inadekvat fråga när det gäller akuta psykoskov. Jag har lång utbildning och 20 års erfarenhet som psykiatriker och många med mig har helt tröttnat på meningslösa kontakter med FK, bortkastad tid, överväger starkt att avsäga mig anställningen. (ID 2029)

Kompletteringar i stil med att man måste lägga till nya symtom är helt galna. Om patienten varit sjukskriven i 18 månader för utmattningssyndrom så har symtombilden knappast ändrats. Det rör sig fortsatt om kognitiv nedsättning som koncentrationssvårigheter, ljudkänslighet etc. Självklart beskrivs ev förbättring men grundsymtomen är de samma. När det gäller psykiatriska symtom är det svårt att kunna beskriva exakt hur symtomen påverkar arbetsförmågan. Ett brutet ben - patienten kan inte springa eller gå - ja det är konkret. Men en depression - om patienten inte tar sig ur sängen, inte äter, inte duschar - ja då förstår man att patienten än mindre tar sig till arbetet, men det är svårt att säga vilka uppgifter en patient skulle klara och inte. (ID 2803)

Fk tvingar mig att skriva utförliga beskrivningar av koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter och trötthet. De orden godkänner de inte men om jag skriver att patienten har svårt att sova och då blir den trött på dagen och får svårt att koncentrera sig då godkänner de det och pat får sina pengar. Alltså skriva självklarheter som ett barn kan förstå. (ID 0626)

Ofta behöver man förklara självklarheter t ex att en djupt deprimerad patient som har stora initiativsvårigheter och svår ångest inte klarar att arbeta borde räcka som förklaring. Det verkar ofta som handläggarna inte har den minsta aning om psykiatriska frågor. (ID 1524)

E.4. Uppgifter finns redan i intyget

Många kommentarer handlar om att handläggare begär komplettering avseende uppgifter som redan finns i det inskickade intyget. Läkare upplevde att handläggare inte läser intyget innan de skickar sin begäran om komplettering, och att handläggare inte bedömer intyget i sin helhet utan kräver kompletteringar även om begärd uppgift redan finns på annat ställe i det ursprungliga intyget.

Att få en begäran om komplettering av ett intyg, där det står ett par frågor att besvara, och sedan upptäcka att jag har svarat på dessa frågor redan i intyget gör mig rätt irriterad. Det verkar visa på att handläggaren inte läst intyget (eller som jag fått höra ibland, den informationen stod inte i rätt ruta). Jag tycker att en handläggare borde vara läskunnig och om informationen som eftersöks står i rutan för Övrigt, istället för i en annan ruta, så borde vederbörande kunna läsa sig till det. Det tar onödigt tid från både mig och handläggaren att hålla på med sådana petitesser. (ID 5667)

Ibland efterfrågas kompletteringar, trots att efterfrågad info redan står i intyget. Ibland under annan punkt, vilket tydligen omöjliggör det för FK:s personal att förstå. '-Det står under punkt 9.- Det skulle stå under punkt 5. -Gäller det inte om det står på fel punkt? -Det skulle stå under punkt 5.' Kafkaliknande! (ID 2403)

E.5. Skriftlig komplettering efter muntlig föredragning

En annan kategori handlar om att läkare ibland använt mycket tid att beskriva ärendet för handläggare, under ett fysiskt möte eller via telefon, men efteråt ändå får en begäran om att läkaren ska upprepa det som sagts i en skriftlig komplettering.

Mycket tid tas i anspråk. Ibland vill FK ha kontakt, vilket kan ta 30 minuter. Dagen efter kan meddelande komma att FK även vill ha skriftlig komplettering på samma ärende man lagt 30 minuter på i telefon dagen innan. (ID 6290)

E.6. Formulera samma sak på olika sätt

Läkare beskrev också hur de var tvungna att försöka skriva samma sak på flera olika sätt för att få handläggare att förstå och att detta tar mycket av deras arbetstid.

Problemet f.n. är inte så mycket andra faktorer än FK:s snudd på konstanta krav på komplettering i varje ärende vilket medför att man lägger absurda mängder tid på att förklara det man redan har angett i första intyget på femtioelva olika sätt. (ID 3019)

Även när jag hänvisat till egna beslutsstödet tid (och följt denna) och lagt upp en tydlig plan för återgång i arbete med gradvis upptrappning av sjukskrivningsgraden (för en kotfraktur) samt beskrivit momenten pat inte klarar och objektiva fynd har jag blivit ombedd att komplettera. Efter ett telefonsamtal där man säger samma sak muntligt går det igenom, slöseri med min tid! (ID 6329)

E.7. Långa standardtexter från Försäkringskassan

En ofta återkommande kommentar var att den begäran om kompletteringar som handläggare skickade via fråga/svar-funktionen innehöll långa och otympliga standardtexter med allmän information om exempelvis FMB där det någonstans i texten kom frågor till läkaren. Det tog tid att hitta de specifika frågor eller önskemål om komplettering som handläggaren hade bland dessa standardtexter. Begäran upplevdes även vara utformad efter en mall, och inte relaterad till det specifika sjukskrivningsärendet det gällde. Läkarna efterfrågade korta och tydliga frågor från handläggarna.

Det största problemet är att FK handläggaren ofta skriver jättelånga frågebrev, som ser ut vara kopierade från en mall och ej relaterade till specifik patient. (ID 1195)

F-kassans elektroniska kommunikation (frågor mm via den elektroniska sjukskrivningsblanketten) är ytterst illa fungerande - merparten av texten man får är ngn form av autotext, full av upprepningar, där det är svårt att identifiera vad FK:s fråga är. Det är också ofta så att dessa brev är dubblade av ngn anledning, dvs samma brev följer på ett tidigare i samma blankett (kommunikation). (ID2900)

Kompletteringsfrågor går via WEBcert där frågorna är inte tydligt ställda, utan utgör del i löpande brödtext med ovidkommande ständiga upprepningar av samma sak däremellan. Standardfraser som inte är till någon nytta utan skymmer bara frågeställningarna. Hur svårt kan det vara att fråga 1 ... 2.. ETC!! UPPSPALTAT OCH TYDLIGT. Utan övertydliga ständiga upprepningar av typen ... Du vet väl att soc.styr har beslutsstöd för ditten och datten bla bla!! (ID1374)

Det finns även kommentarer om att begäran om kompletteringar ibland orsakas av handläggares och läkares bristande kunskap om FMB och om hur olika diagnoser innebär nedsatt arbetsförmåga för specifika yrken – dessa uttalanden redovisas under temat Kompetens (D.2.c. sid, 107).

Sammanfattning av temat Kompletteringar

Enkätfrågorna om begäran om onödiga kompletteringar (56 %) och att 'objektiva fynd' efterfrågades där sådana ej kan observeras vid undersökningen (46 %) var de två svårigheter som störst andel läkare uppgav 2017 och omkring två tredjedelar (64 %) hade upplevt minst en av dem. Frågan om begäran om onödiga kompletteringar ställdes även 2012 och då upplevde 37 procent den som en svårighet, störst ökning sedan 2012 fanns bland vårdcentralsläkare (från 48 % 2012 till 72 % 2017). Även av fritextsvaren framgår att begäran om kompletteringar upplevs ha ökat kraftigt och att många av dessa upplevs som onödiga. Att de upplevdes som onödiga handlar om att den information som efterfrågas redan getts muntligt vid möte eller telefonsamtal, eller att informationen redan finns i intyget. Läkare beskrev också att begäran om kompletteringar handlade om hur saker formulerats, snarare än om innehållet i intyget är relevant och tillräckligt. En del läkare beskrev att begäran om kompletteringar sker för självklarheter som inte borde krävas en begäran om komplettering för, t.ex. att förtydliganden om varför en takläggare inte kan klättra på tak med gipsat ben, eller vilka arbetsuppgifter en patient med akut psykoskov inte kan utföra. En annan kategori var att begäran om kompletteringar skickas med långa standardtexter som upplevs vara formulerade efter en mall och inte relaterade till det specifika sjukskrivningsärendet, och att det var svårt för läkare att identifiera eller förstå vad som efterfrågades. Det fanns dock även enstaka kommentarer om att läkare förstår varför begäran om kompletteringar ibland behöver göras.

F. Förutsägbarhet

Förutsägbarhet i kontakter mellan professionella (som här läkare och handläggare) från olika offentliga organisationer ger trygghet, större förtroende och därmed bättre samverkan. En central aspekt av förutsägbarhet är att alla parter vet vad som förväntas av dem, dvs. av sig själv och av den andra^{149, 150}. Detta förutsätter också att det finns en kontinuitet, där exempelvis samma beslut uppnås oavsett vem som tar beslutet. Förutsägbarhet är också viktigt ur patientens perspektiv för att veta vilka förväntningar hen kan ha på Försäkringskassan.

Under temat Förutsägbarhet identifierades nio kategorier av fritextsvaren: F.1. Tydliga roller i sjukskrivningsarbetet, F.2. Handläggare byts ut ofta, F.3. Försäkringskassan följer inte gemensamt tagna beslut, F.4. Rigiditet och stelbenthet, F.5. Flexibilitet, F.6. Deltidssjukskrivning beviljas inte, F.7. Försäkringskassan brister i samverkan och samordningsuppdraget, F.8. Långa handläggningstider, och F.9. Skilda tolkningar av FMB och regler. Kategori F.1. och F.5. handlar om positiva aspekter, de övriga sju om brister i förutsägbarhet. De nio kategorierna beskrivs nedan.

Av enkätfrågorna hör fyra till temat förutsägbarhet (Tabell 30). Den svårighet flest läkare (24 %) uppgav var att 'patientens handläggare ofta byts ut'. Här fanns det viss variation mellan regionerna (20-27 %). Att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser var en annan svårighet som upplevdes av 21 procent (varierade mellan regionerna, 17-25 %). Fjorton procent svarade att det var en svårighet med skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, svarsmonstret var likartat i de fem regionerna (13 - 14 %). Att Försäkringskassan inte deltar i avstämningsmöten och/eller rehabmöten upplevdes av 11 procent som en svårighet (8-16 %) (Tabell 30).

Tabell 30. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter när det gäller förutsägbarhet, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Förutsägbarhet	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Patientens handläggare byts ofta ut	26	20	24	27	22	24
Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	14	14	13	14	14	14
FK deltar ej i avstämningsmöten/rehabmöten	14	8	8	9	16	11
FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	25	17	19	20	22	21

Nedan redovisas analyser av fritextsvar avseende temat Förutsägbarhet, inom respektive kategori och subkategori.

F.1. Tydliga roller i sjukskrivningsarbetet

En positiv faktor relaterad till förutsägbarhet i sjukskrivningsprocessen handlar om att läkare upplevde det som positivt att det är tydligt vilka roller Försäkringskassan respektive läkaren har. Läkaren är dels patientens behandlare dels medicinskt sakkunnig som skriver underlag till Försäkringskassan. Försäkringskassan har i sin tur skadekontrollansvaret, utreder och fattar beslut i sjukskrivningsärenden. Läkare menade att denna rollfördelning hjälper dem att hantera diskussioner med patienter om sjukskrivning, och ibland när konflikt om detta föreligger, både vad avser sjukskrivning eller inte samt gällande grad och längd av sjukskrivning.

Jättebra att det finns tydliga regler avseende sjukskrivning. Lättare att förklara för patienten att det inte är en rättighet att vara sjukskriven. (ID 0619)

Jag kan inte heller uttala mig om några objektiva symtom hos en person med utmattningssyndrom på ett besök som varar max 30 minuter inklusive dokumentation och intygsskrivande. Det som räddar mig som läkare från konflikter med patienter är just att det inte i slutändan är jag som avgör just rätten till ersättning. (ID 4528)

Pga det ökade patienttrycket att bli sjukskrivna, där jag oftare och oftare finner mig oförstående i på vilket sätt de egentligen inte kan arbeta, och då hamnar i konflikt med patienten, tycker jag att det är mycket skönt att ha FK:s stöd i ryggen. Uttryck som 'jag kan förstå dig, men FK godkänner kanske inte intygen om inte vi kan beskriva objektiva funktionsnedsättningar', eller 'vi börjar med en kortare sjukskrivning och därefter på halvtid - det är säkrast så, så vi får besked från FK om det är OK först. Vore tråkigt om du inte fick det godkänt och sen står utan pengar!' är tacksamma uttryck som jag upplever dels inte är osant, men dels ffa. räddar relationen och förtroendet mellan mig och patienten. Dessutom tror jag nog att tillstramningen via 'hot' om FK:s beslut kortar sjukskrivningstiden hos de som kanske själva vet att de inte egentligen har så stor grund för sjukskrivning. Skönt att inte stå ensam mot patienten, veta att det faktiskt finns en sträng beslutande instans bakom mig. Vi är naturligtvis inte alltid överens, men ändå oftare så än inte. (ID 6531)

F.2. Handläggare byts ut ofta

En av de större kategorierna rörande bristande förutsägbarhet i samverkan med Försäkringskassan handlar om att patienters handläggare ofta byts ut. Detta beskrevs innebära bristande kontinuitet under sjukskrivningsprocessen, stor eller mycket stor variation i bedömningar mellan tidigare och nya handläggare, merarbete för läkare och/eller att den nya handläggaren inte satte sig in i ärendet.

Ett annat stort problem är att varje gång man ringer FK är det en ny handläggare. Ingen kontinuitet. (ID 2479)

Oerhört ofta byte handläggare där den nya inte tycks ha en aning om vad den tidigare "tyckt" /accepterat/planerat oerhört vanligt i "nya typer av ärenden" - kognitivt, stressrelaterat! (ID 1078)

Angående utredning och bedömning av arbetsförmåga där det varit svårt att veta detta. Har vid avstämningsmöten vid flera tillfällen Försäkringskassan lovat att göra sådana utredningar, men helt enkelt struntat i de löften man gett. Ofta pga att man bytt handläggare. (ID 0880)

Byten av handläggare beskrevs också ibland leda till mer allvarliga konsekvenser såsom att ärenden fördröjs längre än nödvändigt, i vissa fall upp till ett år, eller att ärenden faller mellan stolar samt att Försäkringskassan inte hanterar ärendet alls.

Det allra största problemet är dock att det inte händer något hos FK. Jag kan vara färdig med det jag kan men FK gör inget utom att byta handläggare. Något fall har fastnat på detta vis i över 1 år. (ID 0063)

Allt oftare byts handläggare på FK. Patienter, ärenden faller mellan stolarna. (ID 1342)

Läkare beskrev också att byten av handläggare leder till att den nya handläggaren tar nya beslut, som går emot tidigare överenskommelser, vilket medför problem i processen och minskar förutsägbarheten i den. Att Försäkringskassan inte följer gemensamt tagna beslut beskrivs mer ingående i nästa kategori.

Handläggare på Fk byts ut och då godkänner de sällan det som beslutats vid tidigare avstämningsmöten. Plötsligt underkänns sjukskrivningen fast vi tidigare var överens om sjukskrivning under den tid samverkan mellan Fk och Af skulle ske. (ID 4347)

F.3. Försäkringskassan följer inte gemensamt tagna beslut

I en mindre kategori av problem med förutsägbarhet beskrivs att Försäkringskassan inte fullföljer de beslut som de medverkat i att ta, t.ex. vid avstämningsmöten. Kommentarererna handlar om att Försäkringskassan ändrar de gemensamt tagna besluten eller inte genomför den del som ligger på dem. Det beskrevs även att Försäkringskassan inte informerar läkaren och andra involverade om att beslutet ändrats, även om genomförande har betydelse för läkarens arbete.

Det är också problem att när man haft avstämningsmöte och kommit fram till ett förhållningssätt och gemensamt beslut, att detta sedan avslås på en högre nivå. Det får jag som sjukskrivande läkare inte reda på från FK. (ID 1341)

Frustrerande när handläggare efter överenskommelse under avstämningsmöte, sedan går hem och gör motsatt bedömning mot vad som var överenskommet på mötet. - Ringer till patienten enbart och säger annat än på mötet etc.
Målet måste vara samma - att sjuka människor ska rehabiliteras med gemensamma insatser - annars kan man inte samarbeta... (ID 4290)

När man väl har avstämningsmöte så ljuger FK en rätt i ansiktet och säger att "ja men det är en bra plan, så gör vi", för att sedan dagen efter skicka ut ett brev till patienten där de är utförsäkrade. -> det händer OFTA !!! Med flera olika handläggare o det är riktigt dåligt. - Jag har absolut ingen tillit till FKs handläggare. (ID 6692)

Det som bestäms på rehab/avstämningsmöten genomförs inte, blir hängande i luften. (ID 0110)

F.4. Rigiditet och stelbenthet

En stor kategori inom temat förutsägbarhet innehåller kommentarer där läkare beskrev rigiditet och stelbenthet hos Försäkringskassan som försvårar förutsägbarheten under sjukskrivningsprocessen. Bland annat handlar det om beskrivningar om att regelverket tillämpas alltför stelbent utan att ta hänsyn till den försäkrades individuella situation. Kategorin innehåller även beskrivningar av rigiditet när det gäller att stötta patienter som är deltidssjukskrivna och inte alltid kan arbeta samma antal timmar varje dag.

De accepterar inte lösningar som utgör en anpassning till verkligheten. En av mina pat, en företagare, måste vara sjukskriven exakt 25% varje dag trots att det inte passar hennes arbete. Nu har hon förvägrats ersättning, har svårt driva sin verksamhet och försörjs av sina föräldrar. (ID 0545)

"För rigida tolkningar" av de nya yngre handläggare när de skall bedöma rätt till sjukskrivning. (ID 0272)

Fk:s tjänsteman följer ofta ett väldigt fyrkantigt regelverk och tar inte hänsyn till det unika fallet. (ID 0655)

FKs ständiga begäran om kompletteringar och oförmåga att tro på sjukskr. orsak från läk. liksom omöjliggörande och rigiditeten i att inte möjliggöra deltidssjukskr för cancerpat. FK har svårt att föreställa sig arbetsoförmåga som beror på ngt annat än en fysiskt synlig sjukdom. Ett oändligt antal blanketter som skall få samma svar på frågor men krävs ändå av FK. Mkt skiftande kompetens bland FK-tjänstemän innebär ojämlikhet i cancersjukvården gällande ssk. (ID 0694)

Andra aspekter av stelbenthet har nämnts under temat Kompletteringar (bl.a. E.4. sid. 114). Dit hör dels att handläggare begär kompletteringar eller nya intyg när begärda uppgifter redan finns i intyget, men under fel ruta, dels att handläggare efterfrågar vissa specifika ord för att bevilja sjukpenning.

F.5. Flexibilitet

En del fritextsvar rör istället att det finns flexibilitet hos handläggare, vilket då benämns som en positiv faktor för förutsägbarheten. I denna kategori ingår även fritextsvar som uttryckte viss förvåning över att det fanns ett engagemang, en helhetssyn eller god kompetens hos handläggare, som om dessa läkare inte förväntade sig sådan professionalitet hos handläggare.

Får man ett samtal av en FK-medarbetare blir man nästan förvånad hur pass intresserade och engagerade den personen är, och hur flexibelt den kan hantera patientens ärenden -> ljus på horisonten?! (ID 2606)

Vissa handläggare är mycket lyhörda, flexibla och lätta att samtala med. De är inte så 'fyrkantiga' i sina bedömningar utan ser till helheten och vad som sannolikt är bäst och smidigast för patienten. Dessa är oftast också lättare att kommunicera med på flera sätt. (ID 3815)

Mycket bra med handläggare som har satt sig in i de frågeställningar som vanligen drabbar cancerfamiljer eftersom det enormt underlätta kommunikation och minskar antal ärenden där komplettering behöver skrivas. (ID 3476)

Nedanstående citat, angående möjligheten till 'flexibel sjukskrivning', beskrevs också som något positivt och som det finns behov av.

Det bästa som införts på senare är flexibel sjukskrivning - tex efter en canceroperation eller annan cancerbehandling! (ID 0005)

F.6. Deltidssjukskrivning beviljas inte

En kategori inom temat förutsägbarhet innehåller kommentarer om att det under den senaste tid blivit svårare att få deltidssjukskrivningar godkända, jämfört med heltidssjukskrivningar. Upplevelsen av att deltidssjukskrivningar avslogs oftare än heltidssjukskrivningar, innebar att man ibland valde heltidssjukskrivning. Kommentarer om detta finns även under temat Förändring över tid (I.4. sid. 134) och temat Strategier (IV.4. sid. 151).

Det verkar också vara mycket svårare att få godkänt en sjukskrivning på deltid jämfört med en heltidssjukskrivning. Det blir då oftast någon komplettering eller så får patienten inte beviljat sjukskrivningen. Jag har aldrig haft problem med Försäkringskassan vid heltidssjukskrivningar men det har blivit många frågor vid en deltidssjukskrivning vilket jag tycker är lite märkligt då både jag och patienten försöker sträva efter att behålla någon form av arbetsförmåga. (ID 0094)

FK gillar inte att man sjukskriver deltid. (ID 2512)

F.7. Försäkringskassan brister i samverkan och samordningsuppdraget

En mindre kategori gällande temat förutsägbarhet innehåller kommentarer om att Försäkringskassan brister i sitt samordningsuppdrag, dvs. i att utreda individens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och att vid behov samordna insatser från olika aktörer. Fritextsvaren handlar antingen om att Försäkringskassan inte gör detta alls, eller om att de gör det för sent i processen. Andra kommentarer handlar om brister i annan typ av samverkan med Försäkringskassan. I flera av dessa fritextsvar påpekades även en annan aspekt av förutsägbarhet, nämligen att det blivit en stor förändring av detta under senare tid, något som redovisas i temat Förändring över tid (I.1. sid. 132).

FK har samordningsansvaret, men det dröjer alltför länge innan det händer något, med risk för att sjukskrivningen blir mer manifest. (ID 3565)

Efter 2015 har samarbetet gått ned till mkt svagt sådant. Fk har beslutat här i Norrbotten att inte delta i några varken rehabmöten el avstämningsmöten. De har möte ibland med Arbetsförmedlingen o ngn enstaka gång med arbetsgivaren. FK uppger att de har inget rehabiliteringsansvar längre, det har arbetsgivaren. Jag förstår tanken, men vad gör man när arbetsgivarna inte tar det ansvaret ofta pga dålig kunskap, är en lite arbetsgivare med få resurser. (ID 0462)

Jag har inte sällan upplevt ett gott förtroende som läkare och en fungerande samordnande roll från Försäkringskassans sida. /.../ Under de senaste 1-2 åren upplever jag emellertid att Försäkringskassans hantering försämrats avsevärt. /.../ Jag har den största respekt för att Försäkringskassan har ett regelverk och att detta kan förändras över tid, men när man upplever att patienter - t ex sjukskrivna för depression och utmattningssyndrom - försämras allvarligt pga sina reaktioner på Försäkringskassans handläggning, då är det ett allvarligt problem. (ID 0643)

En annan aspekt relaterad till förutsägbarhet i samordningen av respektive samverkan i sjukskrivningsärenden är svårigheter att få till stånd avstämningsmöten och andra möten med handläggare från Försäkringskassan. Det fanns många fritextsvar om avstämningsmöten, och sådana behandlas även i Kommunikation (C.2. och C.3. sid. 99) och Förändring över tid (I.1. sid. 132).

Att FK på senare tid dröjer med önskat avstämningsmöte, eller ej har kommit till en sådan bokad tid. Även att de ej bedömt avstämningsmöte nödvändigt. (ID 0972)

FK uteblir utan att anmäla förhinder i cirka 25% av fallen när kallelse skickats i god tid innan avstämningsmötet. Många personer sitter samlade (läk, FT, AT, kurator, pat (och ofta anhörig) och arb.givare representant o facklig representant) och vi kommer inte till en bra planering för patienten utan FK:s deltagande. (ID 2611)

F.8. Långa handläggningstider

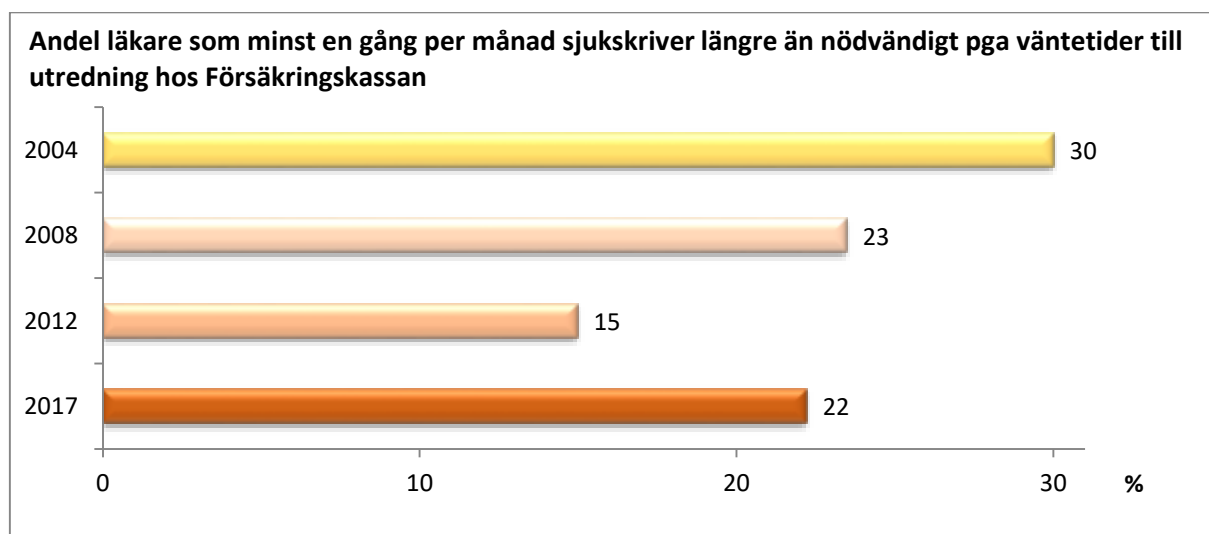
En annan kategori avseende förutsägbarhet handlar om beskrivningar om Försäkringskassans långa handläggningstider. Det finns många kommentarer om Försäkringskassans långa eller mycket långa handläggningstider i sjukskrivningsärenden. Detta är något som i stor utsträckning påverkar förutsägbarheten i samverkan med Försäkringskassan. Flera av kommentarerna om detta har också en dignitet av rättsosäkerhet, varför de beskrivs mer ingående under temat om Rättsäkerhet (g.2. sid. 122).

En annan aspekt här handlar om Försäkringskassans möjlighet att remittera patienter för fördjupad försäkringsmedicinsk utredning/aktivitetsförmågeutredning (FMU respektive AFU) för bedömning av den sjukskrivnes arbetsförmåga. Läkare beskrev att de ibland förväntas sjukskriva patienter längre än nödvändigt under långa perioder i väntan på att sådana utredningar ska genomföras, något som även framgår av Figur 71.

FK har pausat tillgången på försäkringsmedicinsk utredning i Malmö pga pengabrist några månader under våren. Så jag har haft en patient som varit (deltids-) sjukskriven under väntetiden. (ID 5332)

I vissa fall (men inte ofta) inväntas vidare utredning hos FK eller utredning hos AFU under ospecificerad tidsperiod, och under tiden behöver patienten komma till mig för förlängt sjukintyg, vilket dränerar mina resurser. (ID 6841)

Denna kategori kan relateras till enkätfrågan om hur ofta läkaren sjukskrev längre än det egentligen skulle vara nödvändigt p.g.a. väntetider till utredning hos Försäkringskassan. Här redovisas svaren för väntetider till utredning hos Försäkringskassan³. I Figur 71 redovisas andelen som sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per månad under de fyra enkätåren. År 2004, då enkäten endast gick till läkarna i Stockholm och Östergötland, var andelen högst (30 %). År 2008 och 2017 gjorde en knapp fjärdedel av läkarna från hela landet detta, minst var andelen år 2012.



Figur 71. Andel (%) läkare som minst en gång per månad sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

³ Ett antal frågor i enkäten handlar om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Andra möjliga sådana orsaker som listades var väntetider till utredningar och behandlingar, inom hälso- och sjukvården eller till utredningar hos andra aktörer, bland annat hos Försäkringskassan¹. För en jämförelse mellan åren av andel läkare som aldrig sjukskrev längre än nödvändigt (48 % 2004; 54 % 2008; 63 % 2012; 59 % 2017) och av andel som gjorde det minst någon gång per vecka (12 % 2004; 6 % 2008; 4 % 2012; 7 % 2017) hänvisas till tidigare rapport¹.

F.9. Skilda tolkningar av FMB och regler

En stor kategori av fritextsvar rörde läkares upplevelser av att de och handläggarna på Försäkringskassan gjorde skilda tolkningar, dels av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) dels av regler för sjukskrivning. Skilda tolkningar om FMB, när det gäller förutsägbarhet handlar framförallt om att läkaren och handläggaren tolkar beslutet olika medan kommentarer om att handläggarna uppfattas använda rekommendationerna som 'lag' snarare än som rekommendationer när de fattar beslut ligger inom ramen för temat Rättssäkerhet (G.5. sid. 125). Läkare ansåg också att skilda tolkningar berodde på handläggares strikta och stelbenta tolkningar av FMB utan att de tar hänsyn till individen och dennes situation.

[FMB] blir ett skäl till konflikt med icke medicinskt kunniga handläggare på FK som tror att sanningen finns i de övergripande principerna och i beslutsstödet. (ID 0468)

Möts av olika tolkningar från olika handläggare av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och ibland svårigheter i att definiera ansvarsområdena kring ärendet, vem gör vad? (ID 6261)

Det är också vanligt att man hänvisar till beslutsstödet vid diagnoser och kombinationer som inte finns där. Helt uppenbart att handläggaren inte förstår. (ID 1466)

Skilda tolkningar av FMB beskrevs även bero på att Försäkringskassans handläggare inte följer rekommendationerna i FMB.

Försäkringskassan bortser ibland från "försäkringsmedicinska beslutsstödet". Gör egna tolkningar. (ID 2102)

Håller med om råden vid utmattning. Synd att inte FK gör det. (ID 0868)

Upplever att det beror mycket på vilken handläggare som bedömer. Jag skriver alla intyg enligt samma principer och vissa patienter får jag aldrig frågor om. Olika handläggare tolkar regelverk olika. (ID 1969)

Sammanfattning av temat Förutsägbarhet

Det fanns fyra specifika enkätfrågor avseende förutsägbarhet i samverkan med Försäkringskassan. En fjärdedel (24 %) svarade att det är en svårighet att patienters handläggare ofta byts ut. Att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser ansågs också vara en svårighet av en femtedel (21 %) 2017, vilket är en fördubbling från tio procent 2012. Många läkare beskrev i fritextsvaren att Försäkringskassan inte medverkar i avstämningsmöten och rehabiliteringsmöten. Andra kommentarer som här relateras till förutsägbarhet handlar om långa handläggningstider och väntan på utredning, samt att gemensamt tagna beslut, t.ex. vid avstämningsmöte, inte efterlevs av Försäkringskassan, och att läkaren inte informeras om detta. Ytterligare svårigheter handlar om att handläggare och läkare gör skilda tolkningar av FMB eller regelverket, där handläggare också ofta beskrivs göra stelbenta bedömningar. En positiv faktor relaterad till förutsägbarhet i sjukskrivningsprocessen handlar om att läkare upplevde att regelverket tydliggör vilka roller Försäkringskassan respektive läkaren har, och att detta underlättar dialogen med patienter. En del läkare beskrev handläggare i positiva ordalag som flexibla.

G. Rättssäkerhet

Att processer inom offentliga organisationer är rättssäkra är centralt både generellt liksom i samverkan mellan offentliga organisationer¹⁵¹. Detta gäller både att processerna faktiskt är rättssäkra och att det finns förtroende för att de är det. Rättssäkerhet handlar bland annat om att beslut ska vara transparenta och inte godtyckliga, exempelvis genom att rättsregler tillämpas förutsägbart och effektivt. I detta tema har fokus legat på vilka svårigheter läkare upplever angående rättssäkerhet, exempelvis vad gäller regelverk, handlägningsprocess, eller transparens.

I analysen av de fritextsvar som kategoriserats till temat Rättssäkerhet identifierades tio kategorier, varav en med positiva aspekter, G.1. Regelverket förtydligar, och nio som rör svårigheter, G.2. Långa handläggningstider och sena avslag, G.3. Läkaren har kort tid för att svara på begäran om kompletteringar, G.4. Sekretess, G.5. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB), G.6. Nyckelord, G.7. Digitala sjukintyg, G.8. Godtycklighet, G.9. Handläggares motiv till beslut, och G.10. Bristande transparens.

Bland enkätfrågorna fanns det en fråga relaterad till rättssäkerhet, nämligen om 'Oklarheter kring sekretessfrågor' innebär en svårighet i samverkan med Försäkringskassan. Det var endast en liten andel (4-6 %) som upplevde detta i samtliga regioner (Tabell 31). Svaren gällande denna fråga har legat på samma nivå i alla fyra enkäterna¹, sid 194, 223.

Tabell 31. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter när det gäller rättssäkerhet, uppdelat på regioner samt för samtliga.

Rättssäkerhet	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Nord	Samtliga
Oklarheter kring sekretessfrågor	6	4	4	5	5	5

Nedan följer resultat från fritextsvarens kategorier och subkategorier som beskrivs och illustreras med citat.

G.1. Regelverket förtydligar

Bland fritextsvaren finns beskrivningar av positiv karaktär som rör tillämpningen av de regler och lagar som Försäkringskassan arbetar efter. Exempelvis handlar detta om tydliga regler för sjukskrivningsfall som varat längre än 180 dagar samt tydlighet i att det är Försäkringskassan som fattar beslutet. En positiv aspekt av detta, som enstaka kommentarer lyfte fram, handlar om att läkare anser att regelverket fungerar som ett stöd i kommunikationen med patienter, bidrar till tydlighet och minskar konflikter med patienter. Nedan ges två exempel.

Det är bra att FK har ett regelverk man kan anpassa sig kring i kommunikation med patienten: 'så här fungerar det och det har vi att förhålla oss till'. (ID 5596)

Jag tror jag fått hjälp ibland av FK då de klargjort att ss efter 180 dagar handlar om oförmåga i alla yrken! (ID 0263)

Övriga kommentarer handlar framförallt om olika aspekter som kan betecknas som rättsosäkra i samverkan med Försäkringskassan. Dessa är kodade i de nio kategorier som nämns nedan.

G.2. Långa handläggningstider och sena avslag

Långa respektive mycket långa handläggningstider beskrevs av ett flertal läkare som en faktor som skapar rättsosäkerhet för patienter. Flera exempel gällde sjukskrivningsfall där beslut (om avslag) togs flera månader efter att ansökan om sjukskrivning skickats in. Eftersom Försäkringskassan inte hört av sig till patienten under lång tid har denne trott sig ha rätt till sjukpenning. Att senare, ibland efter flera månader, få besked om avslag på sin ansökan om sjukpenning upplevs som rättsosäkert och skapar ibland stora problem för patienten, liksom för läkaren i rehabiliteringsarbetet.

Mkt lång hanteringstid innan beslutet fattas, ofta negativa besked retroaktivt. (ID 3396)

Läkare beskrev även att de får begäran om kompletteringar av intyg långt efter att intyget skickats in. Det innebär att det kan vara svårt att komma ihåg alla detaljer kring patientens situation, funktion och aktivitet. Det skapar även merarbete eftersom läkaren måste leta fram uppgifter alternativt kontakta patienten. Ibland gäller begäran om komplettering av intyg sjukskrivningsfall som sedan länge är avslutade.

FK begär kompletteringar alldeles för sent. Oftast flera veckor efter datumet för sjukskrivningens början, eller först i slutet av sjukskrivningsperioden eller t.o.m. efter att sjukskrivningsperioden är slut. (ID 0486)

Kompletteringar begärs efter att patientens sjukskrivningstid är slut. Flera månader senare. (ID 6578)

Kompletteringsförfrågan kommer oftast flera veckor efter att jag utfärdat intyget vilket gör att jag inte längre har uppgifter i färskt minne och måste läsa på för att besvara frågor, och det tar mer tid och energi. (ID 4018)

Försäkringskassans långa handläggningstider innebär ibland att handläggaren, när hen väl påbörjar handläggningen, anser att intyget de fått hunnit bli inaktuellt – och därför då begär ett nytt intyg. Detta innebär extra arbete för läkaren. Nedanstående exempel gäller sjukersättning.

Jag blir galen när jag tillsammans med patienten skriver LOH inför patsöskan om varaktig sjukersättning och får en begäran flera månader senare om nytt LOH eftersom det förra blivit för gammalt pga deras handläggningstider. (ID 1424)

Den långa väntan på Försäkringskassans beslut beskrevs också påverka rehabiliteringsprocessen och patientens mående negativt (se även temat Konsekvenser, III.3. sid. 146).

FKs långa handläggningstider innan beslut är i sig ett problem som skapar osäkerhet och stress hos patienterna (även ett avslag är ett beslut och således någonting att förhålla sig till). (ID 6399)

FKs handläggningstider är alldeles för långa och riskerar att bidra till patientens psykiska ohälsa. (ID 3731)

Jag tycker att de måste vara snabbare i sina handläggningar och t ex godkänna de 1-2 veckor (eller hur lång deras handläggning nu måste vara) man sjukskrivit fram till att de har gjort sin bedömning. De kan INTE neka en ss retroaktivt. Det slutar ju med att jag inte alls vågar sjukskriva! Vad ska jag säga till patienten? 'Jag avråder från arbete, men det är inte säkert att du får någon ersättning'. (ID 3274)

Det fanns även kommentarer om att de långa handläggningstiderna kan leda till att ett beslut om avslag baseras på det första sjukintyget i ett sjukskrivningsfall, även om nya, mer utförliga intyg inkommit efter detta.

Ett stort bekymmer är att FKs bedömning av de initiala sjukintygen, som ofta skrivs av hyrläkare på 15 min akutbesök, fördröjs flera månader. Patienten kan vara på väg att återhämta sig och vi har gjort upp rimliga planer på hur hen stegvis ska komma tillbaka i arbete när FK meddelar att de inte beviljar sjukpenning på det första intyget. Då spelar det ingen roll hur de senare intygen sett ut, patienten har ändå ingen godkänd sjukpenning. Det innebär att hen rasar i sitt mående och hela den uppgjorda planeringen fallerar. Försäkringskassans agerande blir då kraftigt sjukdomsförorsakande! (ID 2308)

G.3. Läkaren har kort tid för att svara på begäran om komplettering av intyg

I motsats till den långa handläggningstiden hos Försäkringskassan står den ofta mycket korta tiden för läkaren att svara på en begäran om komplettering av intyget. Många läkare beskrev att den tiden de har på sig att leverera ett svar till Försäkringskassan, är för kort eller t.o.m. orimligt kort. Detta blir rättsosäkert och innebär att patienten riskerar avslag på sin ansökan om läkaren inte hunnit se en begäran om komplettering eller inte hunnit få fram alla uppgifter för att svara på begäran.

FK begär orimligt snabba svar annars avslås sjukskrivning. Jag har 0 tid avsatt för dessa svar. Frågor har blivit kommit under min sommaresemester → avslag för patient när inte jag ens sett frågorna. (ID 3137)

Att de skall besvaras inom kort tid (10 dagar inräknat helgdagar), blir ett problem om man är på kurs, ledig någon vecka eller att det gått flera dagar från att den skickades tills man som läkare får den /.../. Patienten blir 'hotad' om att bli utan ersättning om svaret inte inkommer i tid vilket är stressande för både patienten och läkaren. (ID 3409)

Jag har vid något tillfälle fått begäran om komplettering av intyg som FK velat ha in inom typ 2-3 dagar. Det är ibland helt omöjligt att svara så snabbt. Jag kanske har nattjournvecka, jourkompl. ledighet eller annat, man kan inte förväntas ha tid avsatt för administration varje vecka som sjukhusläkare. (ID 6965)

Att svarstiden upplevdes som kort står ibland i relation till vad det är för typ av komplettering som handläggaren efterfrågar. Även när fortsatt teamutredning är nödvändigt ur Försäkringskassans perspektiv, skrev läkare att hälso- och sjukvården inte alltid har förutsättningar att kunna uppfylla Försäkringskassans önskemål om kompletterande uppgifter inom angiven tidsram.

Handläggare på FK önskar arbetsförmågebedömningar på en detaljnivå som är omöjlig att göra utifrån mottagningsbesök hos läkare. De uppgifter som FK önskar sig skulle ofta behöva utredning hos psykolog och funktionsbedömning hos arbetsterapeut för att kunna besvaras. /.../ Om vi remitterar för dessa utredningar är väntetiden ett par månader. FK kräver att få in sina kompletteringar 10-14 dagar, från det att de skickats ut. (ID 5122)

G.4. Sekretess

Fritextsvar om sekretess handlar om att patienten och/eller läkaren kände tveksamhet inför att förmedla detaljerad information till Försäkringskassan. Det handlade bland annat om information som inte har relevans för bedömning av nuvarande arbetsförmåga. Rättssäkerhetsaspekter här berörde att läkare ansåg att det finns en risk för att känslig information om patienten påverkar patientens kontakt med handläggare och eventuellt även med arbetsgivaren, om handläggaren förmedlar denna information vidare.

Det är också mycket viktigt att patientens integritet skyddas. Det att patienten inte behöver ge första sida till arbetsgivare brukar inte vara bra lösning då arbetsgivare lätt kan bli misstänksam etc. Att detaljrikt utlämna patientens problem till FK tjänstemän, känns inte heller rätt många gånger ur etisk synvinkel. Hoppas på mer förtroende och mindre krångel vilket kan bidra till hälsa. (ID 517)

Enstaka läkare skrev att det exempelvis borde räcka med information om att patienten genomgått en operation (och om den varit öppen eller via titthål), där förloppet efter operationen är orsaken till arbetsförmågenedsättning, inte själva diagnosen som orsakar operationen. Exempel som nämndes var bl.a. könsbekräftande kirurgi:

De ska INTE behöva röja orsaken till sin operation vare sig för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren. (ID 2422)

Det finns också tillfällen när läkare inte såg ett behov av att förmedla sekretessbelagd information om t.ex. *tidigare* omständigheter, stigmatiserande diagnoser, livsstil, etc. när dessa inte har relevans för nuvarande situation eller arbetsförmåga - men där Försäkringskassan begär ut sådana uppgifter. Detta gällde bland annat när läkare inte har patientens tillstånd att lämna vidare information som inte bedöms ha relevans till Försäkringskassan – och Försäkringskassan ändå kräver detta av läkaren istället för att be patienten om informationen. Andra exempel är när Försäkringskassan begär information om hur patienten i detalj svarat i ett diagnostiskt instrument avseende psykiskt status, istället för att nöja sig med de samlade resultaten från svaren. Läkare upplevde ibland en rättsosäkerhet kring om patienten riskerar att få ett avslag om sådan information inte förmedlas.

Jag har flera gånger hamnat i konflikt med FK då jag pga sekretess inte velat skicka journalen när de begärt in underlaget. Detta pga all den intima och ibland känsliga information som är journalfört vid nybesöket, men saknar relevans för sjukskrivningen (tex haschrökning i ungdomen och kokainsnortande på 80-talet) (ID 3556)

Dessutom upplever jag ett etiskt dilemma angående specifik information om en patients sjukdom som ibland önskas av FK. Ett exempel är jag sjukskrev en patient för depression och använde FK's beslutsstöd och uppgav antal poäng på MADRS skalan som objektiva fynd. Jag blev kontaktad av FK som önskade en detaljerad förklaring av patientens svar på de olika frågorna på skalan. MADRS är en internationellt accepterat skattningsskala för depression som är skapad för att ge en objektiv bild på svårighetsgrad av en persons depression. En del av frågorna är väldigt personliga och handlar bl a om sexuella vanor och självmordstankar. Jag vägrade lämna dessa uppgifter till FK eftersom jag ansåg det både som ett problem med sekretess och även ett hot mot patientens förtroende med mig som läkare. Det svåraste med psykiatriska problem är att få patienten att känna sig trygg med

att diskutera deras upplevelser och att dela den information med en främmande person kan ge potentiella stora och även farliga bakslag. (ID 4368)

När Fk handläggare ringer upp och frågar om muntlig komplettering lurar de in oss läkare i att begå sekretessbrott. Vi FÅR INTE lämna mer information än det som redan står på läkarintyget de har tillgång till, utan att först få godkännande av det som sägs, av patienten. (ID 2577)

Ett mer ovanligt exempel är när handläggare har velat delta i vårdpersonals samtal om patienter som inte ansökt om sjukskrivning, med hänvisning till att patienten kan komma att bli sjukskriven.

Jag har också fått begäran från FK-handläggare att sitta med i teamsamtal rörande helt andra patienter, som inte är sjukskrivna, vilket blir problem pga journalsekretess. Motiveringen var att dessa patienter troligen skulle bli sjukskrivna senare. (ID 3344)

Ett annat exempel som rör osäkerhet kring sekretess handlar om vad som kan hända om läkaren remitterar patienten till utredning hos privat aktör som inte har samma sekretesskrav.

Numera föreslår man även psykologiska utredningar från privata aktörer som inte har sekretesskrav utan lämnar ut mycket känsligt material till FK och även arbetsgivare om inte pat sätter stopp för det. (ID 806)

Det finns också kommentarer som rör sekretess i relation till prognos för överlevnad. Exempelvis handlar dessa om att läkaren inte tycker att det ska behöva skrivas ut att patienten är döende eller när den ska dö, om medicinska beskrivningar som påvisar detta finns med.

För liten medicinsk kompetens → onödig kompletteringsbegäran. T ex ”i sent palliativt skede” diagnos ”spridd cancersjukdom utan behandlingsbar primärtumör” ska inte leda till kompletteringsbegäran om ”VILKA arbetsuppgifter kan ej utföras”. Pat läser OXÅ sin sjukskrivning! Vi kan inte skriva ”döende”. (ID 1297)

G.5. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB)

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) är framtaget för att stödja läkare och andra, t.ex. handläggare inom Försäkringskassan, vid ställningstagande till längd och omfattning av sjukfrånvaro, generellt och vid specifika diagnoser^{10, 71, 152-154}.

Socialstyrelsen är i sin information tydlig med att FMB är rekommendationer, dvs. vägledning och inte riktlinjer - och att bedömningen av en persons arbetsförmåga alltid ska utgå ifrån individens unika förutsättningar. I en tidigare rapport baserad på data från 2017 års enkät⁷¹ analyserades olika aspekter av läkares erfarenheter av FMB, ur ett brett perspektiv. I föreliggande rapport nämns endast de aspekter som har direkt betydelse för läkares samverkan med Försäkringskassan, här med fokus på rättssäkerhet. Dessa fritextsvar handlar om att FMB inte används på avsett sätt av handläggare. Här identifierades två subkategorier där en är att G.5.a. Försäkringskassans handläggare använder FMB som ”lag” och den andra är att G.5.b. FMB används felaktigt eller inte alls.

G.5.a. Försäkringskassans handläggare använder FMB som ”lag”

En stor subkategori handlar om att läkare ofta upplevde att handläggare använder rekommendationerna i FMB som en ’lag’ där angivna tidsgränser ska följas strikt, och inte som något som ska bedömas i relation till den enskilde patientens unika situation och förutsättningar.

Jag önskar att man på FK tar det som en rekommendation inte som lagregel. Vi är inte likadana vi människor all bedömning måste vara individuell. (ID 0417)

FMB är bara en nagel i ögat för intygsskrivare och pat, i alla fall på det viset som FK brukar det för att underkänna även mkt utförliga noggranna intyg om de inte är kloner av FMB. (ID 5805)

Mycket stora problem i kommunikationen med F.K. Handläggarna har uppfattningen att allt ska gå att klämma in i beslutsstödet. Avviker något från det krävs mycket omständliga manövrar för att få godkänt på ett intyg. Likaså om det är så att det är samverkande faktorer/sjukdomar som leder till nedsatt arbetsförmåga. (ID 3298)

Min erfarenhet från Försäkringskassans handläggare är att de ser beslutsstödet som direktiv, ej riktlinjer. Bedömningen av en enskild patient kan ju avvika från beslutsstödet men det är svårt att få gehör för detta. I dessa situationer blir beslutsstödet en belastning i stället för en tillgång. (ID 0884)

I en del kommentarerna framgick det också att läkare trodde att det var Försäkringskassan som tagit fram FMB och att FMB inte var avsett att individanpassas, eftersom Försäkringskassan aldrig använde dem på det sättet.

G.5.b. FMB används felaktigt eller inte alls

En annan subkategori handlar om att FMB ibland används på ett felaktigt sätt av handläggare eller att Försäkringskassan inte använder FMB alls. Läkare skrev att Försäkringskassan ibland begär komplettering av intyg, där läkaren uppmanas att följa FMB för diagnoser som det inte finns FMB för.

Det är också vanligt att man hänvisar till beslutsstödet vid diagnoser och kombinationer som inte finns där. Helt uppenbart att handläggaren inte förstår. (ID 1466)

Försäkringskassan bortser ibland från ”försäkringsmedicinska beslutsstödet”. Gör egna tolkningar. (ID 2102)

Jag har själv deltagit i skrivandet av beslutsstöd för bröstcancer men FK bryr sig inte om dem. (ID 1227)

Att FK följer FMB, det räcker inte alltid att vi följer den, FK måste också acceptera den. (ID 0986)

Läkare beskrev även olika strategier som de använder sig av för att hantera dessa svårigheter med FMB, vilka nämns under temat Strategier (IV.4. sid. 151).

G.6. Nyckelord

En kategori rörande rättssäkerhet handlar om att läkare beskrev att vissa nyckelord måste användas i intyget för att sjukpenning ska beviljas. Om inte sådana nyckelord eller formuleringar användes kunde patienten få avslag på sin ansökan om sjukpenning. När dessa ord användes eller efterfrågades av handläggare, tycktes handläggare lägga mer vikt vid formuleringar än vid innebörden av det som stod. Det beskrevs som rättsosäkert att ’kraven’ på dessa formuleringar varierar mellan handläggare, men också att det kan finnas stor variation mellan läkare avseende deras kunskap om sådana ’nyckelord’, särskilt om läkaren kom från och/eller var utbildad i ett annat land.

Ser ibland att människor råkar illa ut för att dom råkat hamna hos en läkare som inte skriver alldeles optimala intyg. En korrekt formulering tycks viktigare än en korrekt bedömning. (ID 1008)

Jag har flera gånger i kontakt med handläggare nästan fått dikterat för mig hur jag ordagrant ska formulera vissa meningar för att de ska kunna godkänna intyget. Jag uppfattar alltså att mitt medicinska uttalande på intyget inte tolkas av FK överhuvudtaget utan att de letar efter vissa nyckelord, som jag som läkare inte har kännedom om innan, vilket skapar ett evigt kompletterande tills FK får det intyg de vill ha. I min verksamhet inom Neurologi så blir detta nästan löjligt då vi har många väldigt svårt sjuka patienter som det torde vara självklart inte klarar av att arbeta om jag som läkare intyggar medicinskt tillstånd och beskriver deras nedsättning. (ID 6823)

G.7. Digitala sjukintyg

Under senare år har de flesta läkare fått sjukintyget integrerat i journalsystemet och kan skicka dem elektroniskt till Försäkringskassan^{71, 155}. Denna kategori handlar om hur rättssäkerhet ibland påverkas av användande av digitala intyg. Bland dessa fritextsvar identifierades tre subkategorier, nämligen G.7.a. Brist på tid att inhämta patientens godkännande; G.7.b. Begränsat utrymme att skriva på; samt G.7.c. Det elektroniska intyget skickas inte. De beskrivs nedan.

G.7.a. Brist på tid att inhämta patientens godkännande

Som beskrivs under temat Kompletteringar (E. sid. 111), hinner läkare inte alltid skriva sjukintyget medan patienten är kvar på mottagningen, utan gör det senare. När läkaren då ska skicka intyget elektroniskt får hen en kontrollfråga om patientens samtycke inhämtats, vilket upplevs som problematiskt eftersom det inte kan ske då, eftersom patienten inte är närvarande.

Man måste ha pat's godkännande innan man skickar intyget men pat är inte där och kan läsa det. (ID4612)

G.7.b. Begränsat utrymme att skriva på

Läkare beskrev att det fanns begränsningar i antal tecken som kan skrivas respektive antal diagnoser som kan läggas in i det elektroniska intyget. Detta innebär att relevanta uppgifter om patientens tillstånd inte alltid får rum att beskrivas – vilket kan ge handläggaren otillräckligt underlag för beslut.

G.7.c. Det elektroniska intyget skickas inte iväg

En annan rättssäkerhetsaspekt som framkom berör problem med att elektroniskt skicka iväg intyget till Försäkringskassan. Ibland visade det sig att vad läkaren trott var ett ivägskickat intyg faktiskt inte blivit skickat, eller att det inte kommit fram till Försäkringskassan – och att läkaren inte fått någon information om detta.

Intygen kommer inte iväg, vi får inga meddelanden och vi tror att allt är OK och FK får inget underlag. Sker mycket frekvent! (ID 2583)

Jag har vid flera tillfällen skrivit intyget med patienten närvarande och efter signering tryckt på 'skicka'-knappen och sagt till patienten att 'nu är det skickat till FK'; men likväl så nästa gång jag öppnar intygsmodule så är det inte överfört. Första gången trodde jag att jag hade glömt att trycka på 'skicka'-knappen, men nu har jag börjat att rutinemässigt stänga ner modulen och öppna den på nytt för att se om det har överförts. (ID 1571)

G.8. Godtycklighet

I fritextsvaren identifierades kategorin Godtycklighet som dels handlar om godtycklighet beroende på vilken handläggare patienten fick, dvs. stora skillnader i hur handläggare handlägger sjukskrivningsärenden, dels om godtycklighet i de beslut som fattas. Läkare beskrev på olika sätt att det är en stor variation i hur sjukskrivningsärenden handläggs, beroende på handläggarens kompetens, erfarenhet, om handläggare använde sig av FMR och denne FMR:s kompetens inom det specifika diagnosområdet, handläggares slarv, om handläggare byttes ut i ärendet, etc. Två subkategorier som framträdde särskilt här i relation till upplevd rättsosäkerhet var G.8.a. Godtyckliga beslut, samt G.8.b. Diskriminering, vilka redogörs för nedan.

G.8.a. Godtyckliga beslut

En aspekt av godtycklighet handlar om att det finns en stor variation i hur enskilda handläggare fattar beslut i liknande ärenden. Detta kan handla om att patienter med liknande sjukdomsbild bedöms olika, att intyget bedöms olika beroende på vilken typ av specialist som skrivit det, men också att likartade ärenden får olika beslut beroende på vilken handläggare som handhar ärendet.

Det är skillnad på vilka krav som ställs på intygen beroende på vem som skriver dem, exempelvis enklare för en ortoped eller psykiater att få sina intyg godkända än för en distriktsläkare, trots mer omfattande bedömning. (ID 5376)

Rättsosäkerhet: FK ger helt olika förslag/beslut beroende på handläggare. Olika handläggare ger olika besked på samma fråga. Olika handläggare tolkar reglerna olika. (ID 0805)

Tyvärr är kontakterna med FK väldigt varierande och olika handläggare bedömer olika vilket innebär en osäkerhet i bedömningen och bidrar till orättvisa i systemet. (ID 0525)

Handläggningstiden för patienterna är rättsotryggt och bedömningarna slumpmässig och bundna till handläggarens humör verkar det. (ID 868)

Beroende på hur olika, olika handläggare på FK bedömer liknande pat fall. Osäkerheten skapar inte sällan en stor oro hos patienten vilket är negativt för tillfrisknandet. (ID 2410)

Olika handläggare kan ge helt olika svar på samma fråga. (ID 6282)

Samma formuleringar i 'aktivitets'-fältet tolkas olika av olika FKs-handläggare. (ID 3731)

I vissa fall härleds dessa godtyckliga beslut till att kompetensen och erfarenheten kan variera mycket mellan handläggare (se även temat **Kompetens**, D.2.a. sid. 105).

Vill framhålla att det tyvärr är mycket stor skillnad mellan olika handläggare. Vissa är utmärkta samarbetspartners. Andra är som att ”prata med en vägg”, exempel när man vill ha objektiva tecken på sådant som ej går att se objektivt t.ex. kollega bads ange objektiva tecken på att patienten hade trigeminusneuralgi! Tyvärr känns rättsläget väldigt osäkert för patienten, beroende på vilken handläggare kan både gälla att man avstår indicerade sjukskrivningar och att man godkänner mindre välgrundade! (ID 0004)

Jag upplever att handläggarna i Försäkringskassan har olika kompetensnivå. Det kan handla om patienter i samma situation (samma arbetsplats, samma arbete) som handläggs olika. Ofta bristande kompetens att bedöma. (ID 1694)

G.8.b. Diskriminering

En aspekt inom denna kategori innefattar enstaka kommentarer om att det förekommer att handläggare gör ojämförbara eller diskriminerande bedömningar. Dessa kommentarer handlar främst om att patienter som är kvinnor eller utlandsfödda i högre utsträckning får avslag på ansökan om sjukpenning. Men det finns också exempel på att patienter som sjukskrivits av läkare med utländsk bakgrund, eller av läkare som arbetar i socialt utsatta områden, oftare får avslag.

Läkarintyg som utförs av läkare med utländsk bakgrund ifrågasätts något oftare. (ID 2367)

Man får en känsla av att hela processen är ett spel för gallerierna och att det egentligen inte påverkar FK beslut vad man än skriver i sjukintyg och LOH. Patienter med invandrarnamn, särskilt från mellanöstern diskrimineras tydligt och kvinnor diskrimineras i förhållande till män. (ID 2137)

Jag jobbar uteslutande med pat med F438a. Denna patientgrupp är huvudsakligen kvinnor 85 %. De drabbas ofta av helt absurda nekande i rätt till sjukpenning med ökad ohälsa som resultat. Mycket tragiskt! (ID 4638)

SAMMA DIAGNOSER OCH LIKNANDE PATIENTER ENDA SKILLNADEN VAR I PRINCIP GENUS DVS KÖN MEN MED OLIKA FK HANDLÄGGARE BEDÖMDES DIAMETRALT OLIKA SÅ ATT KVINNAN MISSGYNNADES I FÖRHÅLLANDE TILL MANNEN HUR PASS FUNGERAR GENUS FRÅGORNEN PÅ FK DÅ FRÅGAR MAN SIG REN OCH SKÄR GENUS DISKRIMINERING I MINA ÖGON I A F (ID 0894)

G.9. Handläggares motiv till beslut

En annan kategori av kommentarer handlar om att vissa beslut som tas av Försäkringskassans handläggare inte upplevs utgå från principen om en rättssäker bedömning av den försäkrades rätt till sjukpenning, utan snarare om Försäkringskassans mål att minska sjuktalet.

Dessutom finns en oroväckande misstanke att restriktionerna inom sjukförsäkringen i första hand har en ekonomisk bakgrund och alls inte handlar om omtanke om individen och hennes tillfrisknande. (ID 0165)

FK har uppgett att de ställer högre krav till följd av politiska beslut att begränsa kostnaden för sjukskrivningarna. Därför har antalet kompletteringsärenden ökat. (ID 6828)

Det verkar som att många handläggare bara är intresserade av att få fina statistiska siffror vad gäller antalet sjukskrivningar och inte är intresserade av att patienterna blir bättre och kan använda sina resurser optimalt i förhållande mellan sjukdom och arbetsförmåga. (ID 5121)

Det blev stor ändring efter november 2016 med fler omotiverade indragningar av långa sjukskrivningar. Känns som FK:s ekonomi är styrande. (ID 0125)

Det är ofattbart att en myndighet plötsligt ändrar sin policy i en förklädning av att vara mer stringent i sin bedömning när det egentligen handlar om att generaldirektören har fått ett uppdrag att spara pengar. Att därmed genskjuta värden och riskera dess verksamhet utan att några resurser tillförs till den enhet som skall utföra arbetet åt FK är en av de största skandaler jag sett. Jag har kollegor som hoppat av yrket för att FKs ständiga underkännanden av intyg skapat en urusel arbetsmiljö. Att ifrågasättas, och överprövas av inkompetenta handläggare är en skam. Gör om och gör rätt! (ID 0346)

G.10. Bristande transparens i regelverk och beslut

En kategori av fritextsvaren inom temat Rättssäkerhet handlar om att en del läkare upplevde att regelverket präglas av en brist på transparens och begriplighet. Inom denna kategori finns tre subkategorier, nämligen G.10.a. Svårbegripliga regler, G.10.b. Svårbegripliga beslut om avslag samt G.10.c. Brist på vägledning och prejudikat. De beskrivs nedan.

G.10.a. Svårbegripliga regler

En del läkare skrev att nuvarande regelverk är svårt att följa och förstå, för såväl läkare som patienter och handläggare. Man menade att den bristande transparensen kring vilka regler som gäller medför risker och negativa följder för patienter, men innebär också fler begäranden om kompletteringar av intyg.

De största svårigheterna tas inte upp! 1. Regelverket är INTE tydligt och kommunicerat pga politisk styrning och detaljreglering. (ID 0586)

Lösningen är inte mer utbildning för läkargruppen, utan att utforma ett transparent och begripligt regelverk för när sjukförsäkringen gäller och när den inte gör det. (Min personliga uppfattning är att det krångliga regelverket beror på politisk feighet: man törs inte tala om när försäkringen inte gäller utan lindar in det i termer, som terroriserar främst den stackars personalen på FK, men också sjukvården). (ID 0182)

G.10.b. Svårbegripliga beslut om avslag

Några läkare beskrev att Försäkringskassans beslut om avslag på patientens ansökan om sjukpenning är svåra att förstå för patienter, och även läkare. Detta innefattade exempelvis att avslag gavs utan någon tydlig motivering till beslutet.

Försäkringskassans språk till patienter är för svårförståeligt för de flesta patienter. (ID 3158)

Svårförståeligt försäkringsmedicinskt språk gör att patienterna inte läser eller förstår information i tid och vänder sig till läkaren i tron att läkaren skall tolka innebörden. (ID 2876)

Språket som används i de utlåtande som skickas till pat är kanslispråk som är svårt att begripa. Att man har rätt att vara sjukskriven när arbetsförmågan är nedsatt med en fjärdedel vad betydde det? Även om man anser att det är så har man inte rätt till sjukpenning. (ID 1405)

G.10.c. Brist på vägledning och prejudikat

Enstaka läkare beskrev att det saknas vägledning och prejudikat för bedömning av rätt till sjukpenning vid vissa diagnoser och ovanliga sjukdomstillstånd. Läkare uttryckte då även att detta kan medföra svårigheter i hur de själva ska göra sina bedömningar.

Jag arbetar med små patientgrupper med ovanliga diagnoser där prejudikat inte finns. (ID 0026)

Jag saknar helt förtroende för FK. /.../ De hänvisar till en 'fyrkantig lag' och att de är bakbundna och måste avslå mina intyg, när det i själva verket helt saknas prejudicerande domar angående bedömning av arbetsförmåga vid psykisk sjukdom. Deras bedömningar, från juristhåll, anses vara förknippade med betydande rättsosäkerhet. Jag avskyr FK innerligt, helt enkelt. (ID 5270)

Sammanfattning av temat Rättssäkerhet

I analysen av fritextsvar framkom tio kategorier relaterade till rättssäkerhet. Ett handlade om det positiva med att regelverket förtydligar och därmed underlättar samverkan och innebär att den blir rättssäker. De nio övriga kategorierna handlar om olika aspekter av rättsosäkerhet i samverkan och handläggning av sjukskrivningsärenden. Sena avslag, långa handläggningstider samtidigt som läkare får kort tid på sig att svara på begäran om kompletteringar beskrevs som rättsosäkert, särskilt om läkaren av olika anledningar inte nåtts av kompletteringsbegäran. Sekretessfrågor nämndes också, särskilt osäkerhet kring hur handläggare hanterar information om överlevnadsprognos, eller annan känslig information. En förhållandevis liten andel (5 %) svarade dock att 'oklarheter kring sekretess' var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan – samma andel alla fyra enkätåren. Godtycklighet, dvs. en stor variation i hur enskilda handläggare handlägger respektive fattar beslut i liknande ärenden beskrevs av en del som rättsosäkert. I det sammanhanget nämndes även misstankar om diskriminering i handläggning. En annan rättsosäker aspekt var att vissa handläggare använde FMB som "lag" istället för som rekommendationer som ska individanpassas i bedömningar. En kategori gällde att om inte specifika nyckelord användes i intyg godkändes intyget inte, och att inte alla läkare känner till dessa nyckelord vilket innebär en större rättsosäkerhet. Handläggares motiv till beslut nämndes också, där läkare upplevde att vissa beslut snarare handlade om att minska sjuktalet än att göra en rättssäker bedömning av den försäkrades rätt till sjukpenning. Bristande transparens i regler och beslut beskrevs också innebära rättsosäkerhet.

Andra dimensioner av fritextsvar

I analyserna av fritextsvaren i de olika temana av svårigheter i samverkan med Försäkringskassan framstod även andra dimensioner av kommentarerna – i kodningen och analys av dem identifierades fem olika teman. Dessa teman har benämnts: I. Förändring över tid, II. Emotioner, III. Konsekvenser, IV. Strategier samt V. Önskemål och förslag. I Tabell 32 ges en överblick över dessa teman med de kategorier vi identifierat inom varje tema. Dessa teman med respektive kategorier och subkategorier beskrivs nedan. Vi redovisar då även svar från vissa enkätfrågor som har relevans i respektive tema och kategori.

Tabell 32. Ytterligare teman avseende läkares samverkan med Försäkringskassan.

I. Förändring över tid	II. Emotioner	III. Konsekvenser	IV. Strategier	V. Önskemål & förslag
I.1. Svårare få till samverkansmöten	II.1. Sympati	III.1. Slukar resurser	IV.1. Jobba övertid	V.1. Mer personlig kontakt
I.2. Sämre kompetens bland handläggare	II.2. Frustration & ilska	III.2. Arbetsmiljöproblem	IV.2. Ta mer kontakt med handläggare	V.2. Ökat förtroende
I.3. Fler kompletteringar begärs	II.3. Stress & obehag	III.3. Patienter drabbas	IV.3. Undvika arbete med sjukskrivning	V.3. FK tar sitt samordningsansvar
I.4. Svårare få deltidssjukskrivning godkänd	II.4. Meningslöshet	III.4. Försämrade samverkan med FK	IV.4. Anpassa information i intyg	V.4. Mer professionalitet hos handläggare
I.5. Ökande arbetsmiljöproblem för läkare	II.5. Misstro			V.5. Bättre kommunikationsvägar
I.6. Reflektioner om orsaker till förändring över tid	II.6. Oro för patient			V.6. Snabbare handlägningsprocess
				V.7. Mer resurser till vården
				V.8. Bättre information

I. Förändring över tid

Ett tema i fritextsvaren innehåller beskrivningar över sådant som läkare upplevde har förändrats över tid i samverkan med Försäkringskassan. Temat innehåller sex kategorier; I.1. Svårare att få till samverkansmöten, I.2. Sämre kompetens bland handläggare, I.3. Fler begäranden om komplettering av intyg, I.4. Svårare få deltidssjukskrivning godkänd, I.5. Växande arbetsmiljöproblem för läkaren samt I.6. Reflektioner om orsaker till förändring över tid. Nedan följer ett övergripande citat om förändring över tid.

Jag upplever en helt omvänd situation under det senaste året; från att ha haft ett välfungerande samarbete med FK sen 20 år, med god samsyn, bra dialog har det blivit rent ut satt förskräckligt. Vi har hamnat i en situation som är tillbaka till -80talet där vi huvudsakligen kommunicerar via intyg, ständiga ifrågasättanden, begäran om orimliga förtydliganden (ex.vis objektiva fynd hos pat med invalidiserande panikångest utlöst av arbetssituationen; pat. har förstås inte ngr symptom som jag kan se i undersökningssituationen), orimliga slutsatser (ex.vis ' om pat orkar 5 tim en dag bör hon klara det varje dag', ang pat som jobbar deltid 20 timmar/vecka, med ngt olika deltidspass /dag). (ID 0142)

I många fritextsvar beskrev läkare att dessa förändringar har skett relativt nyligen – från ett par månader till några år tillbaka i tiden från det att läkarna fyllde i enkäten. Att läkare gjorde jämförelser över längre tid förekommer dock också. När förändringar över tid beskrevs är det framförallt exempel på negativa utvecklingstrender som ges. Nedan ges exempel på mer övergripande kommentarer om detta.

Förr samarbetade vi kring patientens rehabilitering och vi var på 'samma sida' nu känns det som vi är motståndare och mycket ifrågasätts i onödan. (ID 0163)

Senaste året klar försämring i ”samarbetet” med FK. Många onödiga kompletteringar krävs. (ID 4347)

Det största problemet för mig i sjukskrivningsärenden är att Försäkringskassan ändrat sitt arbetssätt senaste året vilket lett till fler avslag, fler kompletteringar och färre avstämningsmöten. Efter att tidigare haft god kontakt med handläggarna upplever jag nu att kontakten försämrats och att vi inte längre jobbar mot samma mål; dvs att patienten ska bli bättre så snabbt som möjligt för att kunna återgå i arbete så snabbt som möjligt. (ID 4503)

I.1. Svårare att få till samverkansmöten

En förändring, som också är den mest vanligt förekommande kommentaren under detta tema, har att göra med svårigheten att få till samverkan med handläggare på Försäkringskassan. Denna kategori innehåller två subkategorier: I.1.a. Färre avstämningsmöten och I.1.b. Färre rehabiliteringsmöten. Nedanstående citat illustrerar övergripande beskrivningar av hur det upplevdes ha blivit svårare att få till samverkan med handläggare.

Mindre samarbete än någonsin tidigare, inte minst face-to-face. (ID 3592)

Tidigare hade jag ett gott samarbete med FK kring rehabfrågor, numera är det näst intill omöjligt att komma i kontakt med FK. Man vägrar från FK:s sida att delta i avstämningsmöten. Hur kan man då få ett fungerande samarbete. (ID 0108)

I.1.a. Färre avstämningsmöten

Många läkare beskrev att handläggare inte längre medverkar i avstämningsmöten. Läkare skrev att avstämningsmöten inte arrangeras av Försäkringskassan längre och att handläggare i större utsträckning än tidigare säger att de inte kan eller får prioritera dessa. Att inte avstämningsmöten hålls beskrevs som en svårighet då konsekvensen blev att samverkan och kommunikation blev sämre mellan läkaren och Försäkringskassan, men även i relation till patienten (se även III.4. sid. 148).

Fram till för cirka 5 år sedan hade vi relativt ofta avstämningsmöten där FK medverkade och många ggr var mötena konstruktiva. Dessa möten har ej existerat de senaste åren. (ID 1589)

FK avböjer ofta avstämningsmöte även när pat varit sjukskriven länge och en rehabplan behöver upprättas i samråd med FK och arbetsgivare. Tidigare var detta en självklarhet och möten initierades ofta av FK. Nu lägger dom all tid på att avslå sjukskrivningar! (ID 2259)

Det har skett en stor förändring jämfört med när jag började arbeta inom primärvården 2013. Då fungerade FK som en partner i patientens rehabilitering som föreslog och deltog vid avstämningsmöten, var aktiv med förslag på rehabiliteringsmöjligheter, var tillgänglig för VC med en specifik handläggare som handlade de flesta långtidssjukskrivna på varje VC. Senaste året har inget av ovanstående fungerat. Jag ber om avstämningsmöte, men FK kallar inte. Det tar nästan aldrig initiativ till avstämningsmöten själva längre. (ID 6502)

Jag är mycket bekymrad och besviken över att FK-handläggare har vid flera tillfällen, per telefon, meddelat mig att 'de har slutat med avstämningsmöten pga att de inte har tid'. Inte undra på, då deras tid sannolikt går åt att skicka efter och läsa läkarnas kompletteringar. Dessa frågor och många andra oklarheter skulle enkelt kunna lösas om vi möttes på riktigt. Upplever att tiden före 2016, då avstämningsmöten fortfarande ägde rum, var betydligt mer effektiv (och trevligare) vad det gäller ss-hantering, än nu. Med det nuvarande sättet är ingen vinnare; vare sig FK, läkare, arbetsgivare - och allra minst patienten. (ID 3669)

I.1.b. Färre rehabiliteringsmöten

Läkare beskrev på motsvarande sätt att Försäkringskassan i mindre utsträckning än tidigare medverkar i rehabiliteringsmöten. Bristen på rehabiliteringsmöten beskrevs också påverka kontakten och kommunikationen mellan vården och Försäkringskassan till det sämre.

Det har blivit mycket sämre med kontakt, FK meddelar ofta att de inte längre skall delta i rehab-möten trots att detta inte är sant. (ID 4043)

Förr deltog Försäkringskassan på rehabmöten, nu nästan aldrig, vilket försämrat kommunikationen mellan vårdgivare och FK. (ID 0954)

Jag är företagsläkare har ca 10 rehabmöten med pat och arbetsgivare per vecka. FK har senaste året varit med på 3 möten. Tackar nej till då vi vill att de ska vara med. (ID 0301)

Jag har i alla år haft ett mycket gott samarbete med FK i rehabiliteringsutredningar. Nu finns inte rehabilitering som prio ett hos handläggarna, utan bara att ifrågasätta längden på sjukskrivningen. Många är fallen med pat som faller platt mellan FK och AF. Jag kan försäkra att detta inte förbättrar hälsotillståndet. (ID 0199)

Det förekommer också kommentarer om att Försäkringskassan uteblir även från andra typer av samverkansmöten, exempelvis i form av regelbundna möten med handläggare från Försäkringskassan och personal från sjukvården, såsom läkare, kurator, fysioterapeut, och ibland även med handläggare från Arbetsförmedlingen. Vid dessa möten har tidigare vanligen både specifika ärenden och mer övergripande frågor kring sjukskrivning diskuterats.

Tidigare hade vi regelbundna möten läkare - psykolog - FK handlägg - AF-handlägg - soc. Tyvärr togs detta bort på FK initiativ (deras ledning). (ID 0485)

Tidigare hade vi en handläggare från FK på Vårdcentralen, vilket var mycket betydelsefullt både för vårdpersonal och patient. Då kunde man på ett smidigt sätt lösa många frågor som nu kräver mycket onödig tid i telefon eller långa intyg. (ID 2850)

I.2. Sämre kompetens bland handläggare

En annan kategori innehåller läkares beskrivningar av att de upplevde att kompetensen (dvs. kunskap, färdigheter och förhållningssätt) bland handläggare har försämrats över tid i samband med att många nya handläggare anställts vid Försäkringskassan. Brister avseende detta, t.ex. vad avser professionellt förhållningssätt i bl.a. kommunikation och handläggning, basal förståelse av sjukdom och funktion, av FMB, av regelverk, i förståelse för komplexa situationer, m.m. beskrevs. Bristande kompetens hos handläggare beskrivs också under temat Kompetens (D.2. sid. 105). Här är fokus på förändring över tid i detta.

Sedan nov 2016 har samarbetet, som vi tidigare hade, helt prioriterats bort av FK. Det verkar som att ALLA handläggarna bytts ut mot unga, okunniga människor som aldrig suttit i en-rum med en sjuk människa. De är helt oförstående. (ID 3756)

Har endast begränsad sjukskrivning och enbart på tunga somatiska diagnoser (akuta och kroniska infektioner) där medicinska förloppet är helt avgörande. Därför endast små problem med FK även om handläggarna är okunnigare nu än för 10 år sen. (ID 0827)

För mig har det varit tydligt att kompetensen hos FK's handläggare har varierat mycket kraftigt under 2016-första kvartalet 2017, vissa handläggare har varit utmärkta, medan andra har tydligt saknat kompetens. (ID 3720)

I.3. Fler begäranden om komplettering av intyg

En annan typ av förändring över tid är att läkare upplevde att antalet begäran om komplettering av intyg ökat kraftigt, något som även framgår av svaren på enkätfrågan om detta (Figur 66). Läkare beskrev att handläggarna blivit mer rigida i sina bedömningar, eller att de mer slentrianmässigt begärde kompletteringar utan att ha läst intyget noga, alternativt att nya handläggare med lägre kompetens begär kompletteringar som upplevs onödiga av läkare.

Jag upplever en påtaglig försämring av Försäkringskassans handläggning av ärenden de senaste 2 åren. Ffa. Pg. av att de sällan initierar avstämningsmöten men fullkomligt överöser mig med önskan om kompletteringar av sjukintyg. Detta har blivit en så stor negativ faktor att jag överväger att sluta mitt arbete som läkare. (ID 0162)

Jag upplever att FK har ändrat sitt sätt att hantera sjukintygen vilket gör det svårare för läkaren men svårast för patienten. Det har blivit en börda att behöva komplettera intyg. (ID 0482)

Jag har arbetat som läkare i 30 år och som distriktsläkare i 21 år men det är de senaste 5 åren som sjukskrivningsproblematiken uppstått. Trenden från FK att skicka tillbaka i stort sätt alla intyg har ökat den senaste tiden. (ID 2276)

De har ökat mängden begäranden om kompletteringar extremt mycket sista två åren. Det tar mycket resurser i anspråk vilket leder till försämrade vård när annat läkararbete kommer i kläm/prioriteras bort. Läkaren får ändå rätt i säkert 95-99% av fallen vid kompletteringar så det blir ett enormt läkarresursslöseri. (ID 6910)

I denna kategori finns det även ett flertal kommentarer som handlar om att andra typer av ifrågasättande av läkare har ökat senaste tiden, att handläggare har blivit mer strikta i sina bedömningar av intyg och ifrågasätter 'ständigt' intyg och läkares medicinska bedömningar.

Ständiga ifrågasättanden, begäran om orimliga förtydliganden (ex.vis objektiva fynd hos pat med invalidiserande panikångest utlöst av arbetssituationen; pat. har förstås inte ngr symptom som jag kan se i undersökningssituationen), orimliga slutsatser (ex.vis 'om pat orkar 5 tim en dag bör hon klara det varje dag', ang pat som jobbar deltid 20 timmar/vecka, med ngt olika deltidspas/dag.). (ID 0142)

Försäkringskassan har under det senaste året varit betydligt strängare i sina bedömningar av mina intyg, även om det förelegat klara medicinska risker/hinder för arbete, eller otvetydiga funktionsnedsättningar. Jag kan inte se att informationen jag ger i mina intyg förändrats nämnvärt under motsvarande tidsperiod. (ID 2312)

Jag har erfarenhet från arbete som FMR och har högskoleutbildning inom försäkringsmedicin och anser mig därför insatt i dessa frågor och det är en påfallande skillnad i hur FK bedömer intygen idag gentemot innan. (ID 3716)

I.4. Svårare att få deltidssjukskrivning godkänd

Fritextsvaren innehåller också kommentarer om att det har blivit svårare att få deltidssjukskrivningar godkända och att heltidssjukskrivningar godkänns lättare – m.a.o. beskriver flera att de upplever att just deltidssjukskrivningar ifrågasätts i större utsträckning av handläggare. (Detta är även en subkategori under temat Förutsägbarhet i samverkan med Försäkringskassan, F.65. sid. 119)

Det har blivit svårare att få igenom deltidss-SS, särskilt 25%. (ID 2499)

Har märkt att sista halvåret är FK på deltidssjukskrivningar mer - när pat ändå kämpar för att arbeta. (ID 2724)

Jag tycker att samarbetet med FK klart har försämrats det senaste året. Jag har ofta telefonkontakt med FK-handläggare - oftast på eget proaktivt initiativ - och förut gick det i högre utsträckning att nå samförstånd kring patienten. Idag är det ofta som att prata med en vägg. /.../ Också mkt svårare att få igenom deltidssjukskrivningar. Upplever att det är lättare att sjukskriva pat heltid, att det lättare godkänns fr. FK - det borde vara tvärtom! (ID 2575)

I.5. Ökande arbetsmiljöproblem för läkaren

I flera kommentarer beskrev läkare att den försämrade samverkan med Försäkringskassans handläggare i ökad utsträckning blivit ett arbetsmiljöproblem för dem. Denna kategori ingår även i temat Konsekvenser (III.2. sid.138) och beskrivs mer ingående där. Läkarens strategier att hantera att samverkan kring sjukskrivningsärenden upplevs som ett arbetsmiljöproblem redovisas även under temat Strategier (IV.3. sid. 150).

Nedan ges även några citat kring arbetsmiljöproblem i relation till att förändring över tid beskrivs. Antalet fritextsvar med denna typ av innehåll har ökat kraftigt i 2017 års enkät jämfört med i de tidigare enkäterna. Detta gäller även andel läkare som på enkätfrågorna om huruvida arbetet med sjukskrivningar var ett arbetsmiljöproblem svarade att det var ett arbetsmiljöproblem (III.2. Sid. 138, Tabell 33; Figur 72 - Figur 79)

Sedan hösten 2016 har kontakten med FK blivit mitt största arbetsmiljöproblem och är i stort sett den enda anledningen till att jag för första gången på 6 år på allvar funderat på om jag ska jobba kvar som Allmänläkare. (ID 5158)

Pressen på oss läkare från FK har ökat under de senaste åren. I dag uppfattar jag det som en arbetsmiljöfråga. Vi blir pressade till att svara på orimliga frågor. (ID 3625)

Den senaste tiden har det blivit mycket svårare att samarbeta med FK. Man märker en mer ifrågasättande attityd från deras sida, nedsatt vilja att ha kontakt med oss och tendens till att underkänna våra intyg, inte bevilja sjukpenning/ andra ersättningar. Deras nya sätt att fungera har påverkat vårt arbete på ett negativt sätt, vi förlorar mer tid, blir stressade och pressade osv. (ID 4757)

Jag kan se tillbaka på 36 års kontakter med Fk i rollen som allmänspecialist. Den förändring som nya riktlinjer inneburit har förändrat Fk från en samarbetspartner till ett av de arbetsmiljöproblem som sammantagna idag inte skulle fått mig in på den allmänmedicinska banan. (ID 0237)

I.6. Reflektioner om orsaker till förändring över tid

Fritextsvaren innehåller förutom läkarens upplevelser av förändring över tid i samverkan med Försäkringskassan även reflektioner och beskrivningar över möjliga orsaker bakom dessa förändringar. Några läkare menade att flertalet av de förändringar de beskrev beror på förändrad eller ökad styrning och förstärkning av riktlinjer inom Försäkringskassan.

Sjukskrivningsarbetet är en stor belastning i mitt arbete och det är som om sjukvården och Försäkringskassan verkar i två helt olika världar. Dessutom ändras förutsättningarna plötsligt genom nya direktiv/tolkningar angående hur Försäkringskassan ska arbeta och bedöma. Då rubbas den sköra balansen som uppnåtts genom många års arbete under vissa förutsättningar när plötsligt nya sådana gäller- helt utan kommunikation eller samverkan med den andra parten (dvs mig och övriga läkare). Jag är mycket irriterad över detta! Det är ett verkligt arbetsmiljöproblem för en läkare när man återkommande ifrågasätts trots en seriös inställning till sjukskrivningsfrågan och mångårig erfarenhet av läkaryrket. (ID 0368)

Jämfört med tidigare i min yrkesbana har samtalet med FK blivit opersonligt och formaliserat. Istället för ett samråd får man ofta höra att FK måste hålla sig till sina riktlinjer. Där framkommer en växande trend att godkänna så lite sjukskrivningar som möjligt istället för ett samråd kring individens bästa som i min erfarenhet är den bästa vägen till en bättre funktionsförmåga. Det förstärker konflikten i min yrkesroll: skall jag se till patientens hälsa eller funktionsförmåga? Det har ändrat sig och jag upplever att patienter som känner sig kränkta är svårare att motivera. (ID 0314)

Har arbetat som FMK på Försäkringskassan, och är insatt i de förhållanden som råder. Ser problemet med sjukskrivningarna liggande på ett högre plan än mellan enskild läkare och handläggare, där de första ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och de sistnämnda efter ett regelverk som man förväntas hantera olika i relation till vad man högre ort bestämmer. Ex under FKs förra GD var målet att FK skulle få bättre rykte /omdömen, och under nuvarande GD ska sjuktalen ned. Läkarintygen granskas olika efter vilka vindar som råder, vilket i avsaknad av medicinsk kompetens hos majoriteten på FK medför krav/förväntningar på intyganden av sådant som inte går att intyga. (ID 0669)

En annan orsak ansågs vara den stora personalomsättningen, med många nyanställda handläggare inom Försäkringskassan^{78, 79, 120}.

Sammanfattning av temat Förändring över tid

I fritextsvaren finns det ett flertal beskrivningar av omfattande förändringar som skett över tid, oftast till det sämre, när det gäller olika former av samverkan med Försäkringskassan. När svar på specifika frågor från de olika enkätåren jämförs framkommer flera stora förändringar i svarsmönster mellan åren. Ett exempel är att andelen läkare som upplevde att de möttes av en negativ attityd från Försäkringskassan fyrdubblades från 2004 till 2017 (från 4 % till 16 %). Även andel läkare som upplevde att de/deras bedömningar ifrågasattes ökade betydligt under samma period (från 9 % till 40 %). Fritextsvaren inom temat Förändring över tid handlade om att det upplevdes som allt svårare att få till möten med handläggare, att allt fler begäranden om kompletteringar upplevdes som onödiga samt sämre kompetens hos handläggare, särskilt bland nyanställda handläggare. En annan stor förändring handlar om att hanteringar av sjukskrivningar innebar ett ökande arbetsmiljöproblem (16 % 2012; 31 % 2017), vilket många läkare beskrev med stor frustration eller ilska i fritextsvaren. Läkare upplevde även att deltidssjukskrivningar i ökad utsträckning ifrågasattes jämfört med heltidssjukskrivningar. Det fanns även reflektioner om orsaker till dessa förändringar, framförallt handlade dessa om förändrad styrning inom Försäkringskassan och många nyanställda, oerfarna handläggare.

II. Emotioner

Ett tema av fritextsvaren handlar om emotioner. Detta tema handlar i första hand inte om sakfrågor, utan hur dessa uttrycks, olika känslouttryck samt beskrivningar av känslor som förhållanden ger. Exempelvis uttrycker många läkare sig på ett emotionellt sätt i fritextsvaren, där olika uttrycksformer används för att betona en känsla. Exempel på detta är användandet av versaler, många utropstecken i rad eller understrykningar, när t.ex. olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan beskrivs. Emotioner uttrycks också genom användandet av förstärkningsord eller att läkare mer explicit beskriver olika känslor i kontakten med Försäkringskassan. Tre övergripande exempel ges först.

FK ÄR ORGANISERAT KAOS (ID 3365)

JAG HATAR FÖRSÄKRINGSKASSANS IDIOTISKA, KORKADE FÖRFRÅGNINGAR
NI STJÄL PATIENTTID!!!!!! (ID 3666)

NEJ! NUMERA BESTÄMMER ROOKIES VID FK (handläggare, assistenter,
förtroendeläkare) ss-rätten, trots bristande kompetens mm! (ID 0471)

Vi identifierade sex olika kategorier inom detta tema, dels positiva uttryck, såsom II.1. Sympati, dels emotioner såsom II.2. Frustration och ilska, II.3. Stress och obehag, II.4. Meningslöshet, II.5. Misstro samt II.6. Oro för patient.

II.1 Sympati

Det finns flera kommentarer där läkare uttryckte förståelse och sympati med handläggare och deras arbetsituation.

För att lindra kritiken en aning så kan jag ha förståelse för att FK ibland blir frustrerade över de långa väntetider på behandling (och utredning) som finns i vården. (ID 3526)

FKs handläggare verkar också vara stressade - det är säkert inte alls lätt att göra bedömningar och fatta beslut om människors öde utan att ha träffat dem! (ID 5100)

II.2 Frustration och ilska

Vanligast var dock beskrivningar av känslor som frustration, irritation, upprördhet och ilska i kontakten med Försäkringskassan. Dessa känslor var dels relaterade till specifika svårigheter, dels mycket ofta relaterade till egna kontakten med Försäkringskassan men även allmänt till Försäkringskassan som myndighet.

Jag är frustrerad varje vecka över hur illa FK behandlar enskilda medborgare. (ID 0545)

Att skriva ett noggrant intyg som sedan ifrågasätts till förbannelse är fruktansvärt frustrerande. (ID 6579)

II.3 Stress och obehag

Läkare beskrev också känslor av obehag, oro eller stress i kontakt med Försäkringskassan, särskilt i relation till begäran om kompletteringar av intyg.

Att bli ifrågasatt vad gäller detta, känns tungt och gör att arbetsglädjen sjunker. (ID 1165)

Varje gång jag får på 'mitt schema en bokning kontakt med FK' eller 'komplettera intyg' blir jag nedstämd, orolig och frustrerad. (ID 2068)

Såväl jag som även patienten känner ett obehag inför de oprofessionella och stereotypa ifrågasättanden som sker. (ID 0237)

II.4 Meningslöshet

En annan kategori innehåller beskrivningar av att läkare känner uppgivenhet och meningslöshet i relation till Försäkringskassan och i samarbete med handläggare.

När begäran om komplettering begärs in, hänvisas det ofta till FK försäkringsmedicinska grunder som inte reglerar våra patienters högspecialiserade skador. Detta tar onödig tid, kostar onödiga skattepengar, och skapar irritation och en känsla av meningslöshet kring arbetet kring sjukskrivningar. (ID 3870)

II.5 Misstro

Läkare uttrycker också känslor av misstro mot Försäkringskassan. Detta innefattar att inte lita på Försäkringskassans intentioner eller att ifrågasätta handläggares agenda med de beslut som tas.

Deras mål är ju att minimera kostnaderna för sjukskrivningsärenden, inte att göra rättvisa bedömningar. (ID 1781)

Jag undrar om handläggarna får bonus på nekade sjukskrivningar. Jag har publicerat 6 forskningsartiklar om depression, men misslyckas förklara för FK, varför en deprimerad kan ha svårt sköta arbete. (ID 0103)

FK har annan dagordning än att säkra landets medborgare stöd i svåra livsperioder. (ID 0907)

Man får ett intryck av att FK inte vill samarbeta utan i stället förklara krig mot behandlande läkare. (ID 1870)

Mycket upprörande rent rättsvidriga ifrågasättande förekommer där man inte kan annat än förstå bakomliggande personlig agenda hos handläggare. (ID 1186)

I flera kommentarer fanns en föraktfull ton i denna misstro som tog sig uttryck genom raljerande över Försäkringskassans agerande eller i form av nedlåtande kommentarer.

'Nu tar vi den här patienten som gisslan (griper tag om patienten bakifrån, håller fast hen och riktar en pistol mot patientens huvud) och om du inte skriver ett bra, och då menar vi BRAAA intyg, som svarar utförligt på våra enfaldiga frågor, så kommer vi långsamt att plåga ihjäl hen genom att ta ifrån hen värdighet, pengar och hopp om framtiden!' (ID 0181)

Som jag uttryckligen sa direkt till en patient på telefon: 'Att ha med Försäkringskassan att göra kan liknas vid att ha tre inklämda hemorrojder i röven som gör ont som fan och som inte ger sig!' Patienten hade full förståelse i och med ännu en idiotkompletteringsbegäran från FK. (ID 2309)

II.6. Oro för patient

Det uttrycks även känslor av oro för patienter där läkare beskriver att Försäkringskassans beslut eller bemötande på olika sätt påverkar patienten negativt. Dessa aspekter fördjupas nedan, i kategorin Patienter drabbas, under temat Konsekvenser (III.3. sid. 146).

Sammanfattning av temat Emotioner

En stor andel av fritextsvaren berörde starka emotioner som resultat av det som upplevdes som svårigheter i samverkan med Försäkringskassan. Det handlade framförallt om frustration, ilska, upprördhet, stress, meningslöshet, obehag och även misstro – men det uttrycktes också sympati och förståelse för handläggare och deras arbetssituation. Andra beskrev hur brister i samverkan ledde till oro för patienter.

III. Konsekvenser

De svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som läkare beskrev i fritextsvaren beskrevs också leda till olika konsekvenser. Bland dessa identifierade vi fyra kategorier, nämligen konsekvenser i form av III.1. Slukar resurser, III.2. Arbetsmiljöproblem, III.3. Patienten drabbas samt III.4. Försämrad samverkan med Försäkringskassan.

III.1. Slukar resurser

Många läkare beskrev att upplevda svårigheter och ökad byråkrati i samverkan med Försäkringskassan slukar resurser inom hälso- och sjukvården. Detta beskrevs främst ske via att det tar mycket arbetstid (och ibland även fritid). Detta innebär att tid för att träffa respektive behandla patienter minskar. Det beskrevs även att svårigheterna kan leda till att vårdcentraler tappar en annan resurs; nämligen medicinsk kompetens, då läkare slutar/minskar sin arbetstid p.g.a. dessa samverkansproblem. Andra konsekvenser var att dessa svårigheter slukar energi och arbetsmotivation från läkare eller t.o.m. leder till sjukdom och sjukfrånvaro bland läkare.

Sjukskrivningar slukar enorma resurser av tid och läkarkompetens från en sjukvård/primärvård som redan går på knäna. Det är också den faktor som allra mest avskräcker unga blivande kollegor, och de söker sig till en annan specialitet för att slippa undan. (ID 3273)

Medicinska frågor tar allt mindre tid av vår arbetsdag, istället är det myndighetskontakter/byråkrati kring sjukskrivningsärenden som slukar tid/energi. (ID 4552)

Snart får vi fler sjukskrivna läkare p g a detta arbetsmiljöproblem. All dokumentation och krav på detta slukar beh. tid! (ID 4412)

Jag har lärt mig hantera sjukskrivningar på ett oftast funktionellt sätt men trots detta tar sjukskrivningar mycket tid och energi från arbetstiden. Skulle i stället behöva användas till vård och behandling. (ID 0399)

III.2. Arbetsmiljöproblem

Bland fritextsvaren beskrev många läkare att de svårigheter och brister som de upplevde i samverkan med Försäkringskassan resulterade i att det blev ett arbetsmiljöproblem för dem. Sådana kommentarer handlade dels om kontakt med Försäkringskassan i allmänhet, dels relaterades arbetsmiljöproblemen mer specifikt till en eller flera svårigheter i kontakten. De subkategorier som identifierats här är III.2.a. I allmänhet, III.2.b. Godtyckliga bedömningar, III.2.c. Begäran om kompletteringar tar tid, III.2.d. Bristande kompetens, samt III.2.e. Kombination av svårigheter.

III.2.a. I allmänhet

Nedan följer exempel på citat som beskriver att kontakten med Försäkringskassan i allmänhet, men också specificerat till olika svårigheter i den kontakten, upplevs som ett arbetsmiljöproblem.

FK är/har blivit ett stort arbetsmiljöproblem - särskilt inom psykiatri. (ID 0325)

Fk är ett arbetsmiljöproblem för läkarkåren. (ID 0963)

Från att tidigare ha haft ett mycket gott förhållande till FK har de seglat upp till min fiende nummer 1 alla kategorier. De utgör i dagsläget mitt största arbetsmiljöproblem trots att vi har en uttalad brist på personal (doktorer och sköterskor). (ID 1787)

Sjukskrivningsärenden och kontakten med FK är den enskilt största orsaken till arbetsmiljöförsämring och till arbetsotillfredsställelse. (ID 2378)

Kontakterna med Försäkringskassan är ett av våra största arbetsmiljöproblem där FK ifrågasätter vår bedömning utan att ha träffat pat eller vilja ha ett avstämningsmöte. Många märkligt motiverade beslut, önskemål om kompletteringar där det man frågar om står tydligt i intyget redan, önskemål om 'objektiva medicinska fynd' för t ex utmattningssyndrom där objektiva fynd ofta inte går att se vid ett vanligt besök, därav desperata patienter som ringer och önskar hjälp när de står utan pengar och helt utan förmåga att arbeta och får förlita sig på släktingar och vänner. (ID 5973)

Sjukskrivningar i dagens sjukvård tar alldeles för mycket tid. FK-byråkratin har blivit ett arbetsmiljöproblem. (ID 0322)

III.2.b. Godtyckliga bedömningar

Upplevd godtycklighet i Försäkringskassans bedömningar och beslut beskrevs också leda till sämre arbetsmiljö, och nedan följer citat som illustrerar detta.

Jag måste tyvärr hålla med i debatten att arbetet med sjukskrivning är en av de största arb. miljöproblemen för läkare. Delvis pga upplevd godtycklighet från handläggare på FK. (ID 0240)

Jag upplever att rättssäkerheten och likvärdigheten i FK:s bedömningar försämrats de senast 10 åren. Trots intentionen, det motsatta. Och att människor far illa och att nuvarande system ännu värre för läkarens arbetsmiljö. (ID 1785)

Om inte FK hade så godtyckliga bedömningar skulle min arbetsmiljö vara bättre. (ID 1969)

III.2.c. Begäran om kompletteringar tar tid

Fritextsvaren innehåller också beskrivningar av hur Försäkringskassans begäran om kompletteringar av läkarens intyg utgör ett arbetsmiljöproblem eftersom kompletteringarna tar väldigt mycket av läkarens tid i anspråk och upplevs som onödiga och stressande.

Ur läkarsynpunkt är den aktuella situationen med FKs attityd ett klart arbetsmiljöproblem. Den tid som man nu som specialist behöver lägga på att formulera intyg, kompletteringar av intyg och intyg för överklagan till omprövningsnämnd samt förvaltningsrätt har ökat dramatiskt och tar värdefull tid från den medicinska vården. (ID 1402)

FKs begäran om kompletteringar är ett jättestort arbetsmiljöproblem. (ID 1516)

Ffa. att FK begär kompletteringar i en omfattning som inte är rimlig. Kompletteringar av sjukskrivningar tar sådan stor del av arbetstiden att den påverkar mottagningen. (ID 1998)

Sjukskrivningsärenden har blivit ett stort arbetsmiljöproblem för läkare på vårdcentral, inte minst sedan kompletteringar börjat begäras i mycket större utsträckning än tidigare. (ID 6288)

Att kontakten med Försäkringskassan tar mycket tid i anspråk upplevs även generellt utgöra ett arbetsmiljöproblem. Läkare menade att hantera patientrelaterade arbetsuppgifter som sjukskrivning inkräktar på tiden med patienten, men också att det leder till mindre tid för sjukvård i allmänhet.

I vår redan ansträngda arbetssituation inom sjukvården, speciellt inom primärvården, innebär FK:s nya förhållningssätt bara ytterligare belastning och genom all extra tid vi måste lägga ner på sjukskrivningshantering bidrar det också till att minska tillgången till sjukvård för folk i allmänhet. (ID 1071)

Handläggning av fk-intyg åter upp ALL min administrationstid = får ingen tid över att arbeta med mina övriga läkararbetsuppgifter som att skriva remisser, vidimera, signera osv. (ID 2217)

Att sjukskriva är det jobbigaste i mitt arbete, inte pga medicinska frågor utan pga 'samarbete' med FK. Istället för att behandla mina pat måste jag ägna mkt tid för att fylla i intygen som 'tillfredsställer' FK. Fruktansvärt. (ID 2068)

III.2.d. Bristande kompetens

Bristande kompetens nämndes också som en faktor som leder till att arbetsmiljön påverkas negativt, där såväl den egna bristande kompetensen som handläggares brist på kompetens nämns.

Det största problemet med sjukskrivningar är att så många avslås av Försäkringskassan trots att jag fyllt i intyget med stöd av försäkringsmedicinska beslutsstödet och har försökt förmedla varför jag anser att patienten inte bör arbeta. Det blir för mig ett stort arbetsmiljöproblem där jag upplever att min medicinska bedömning ifrågasätts av personer som vet mindre om patientens tillstånd än jag gör. (ID 6353)

Vi behöver även bättre utbildning kring hur den elektroniska portalen ska användas. Så som den används av Försäkringskassan nu, har det endast gett oss läkare en extra sak att hålla reda på och gett oss sämre arbetsmiljö. (ID 5964)

Det blir för mig ett stort arbetsmiljöproblem där jag upplever att min medicinska bedömning ifrågasätts av personer som vet mindre om patientens tillstånd än jag gör. (ID 6353)

Det absolut värsta är begäran om kompletteringar som blivit ett arbetsmiljöproblem. Dumma frågor att det blir så uppenbart att handläggare saknar den medicinska kunskap som krävs för att kunna tolka det försäkringsmedicinska beslutsstödet. (ID 0577)

III.2.e. Kombination av svårigheter

En kombination av de olika svårigheter i samverkan som tagits upp, exempelvis om begäran om kompletteringar, brist på avstämningsmöten, bristande kompetens, beskrevs också leda till sämre arbetsmiljö. En del av dessa mer utförliga beskrivningar av flera aspekter innehåller också beskrivningar av att svårigheterna och arbetsmiljön försämrats över tid (I.5. sid. 134).

Jag upplever en påtaglig försämring av Försäkringskassans handläggning av ärenden de senaste 2 åren. Ffa. pg av att de sällan initierar avstämningsmöten men fullkomligt överöser mig med önskan om kompletteringar av sjukintyg. Detta har blivit en så stor negativ faktor att jag överväger att sluta mitt arbete som läkare. - kompletteringar tar tid (som inte finns på schemat) alltså det finns inte tid till det. - önskemålen från FK:s handläggare är svåra att svara på. - handläggarna är nya i jobbet och inkompetenta. (alltså bristande yrkeskompetens.) (ID 0162)

Sjukförsäkringsärenden är mitt största arbetsmiljöproblem pga FK:s ofta felaktiga, frågeställningar vid kompletteringar och fullständigt felaktiga beslut rörande pat med kroniska sjukdom och deras arbetsförmåga. FK visar upp ett totalt kunskapsförakt. (ID 0301)

Den extra arbetsbördan, svårigheterna att med medicinsk utbildning bedöma sjukskrivningsbehov hos patienter med framförallt psykologisk sjukdom, käbbel med Försäkringskassan, brist på kunskap och samarbete med andra professioner och möjligheter är den största anledningen att började jobba inom invärtesmedicin istället för allmänmedicin. Sjukskrivningsärenden var det största stressmomentet och arbetsmiljöproblemet på distrikt, då grundutbildningen och inledande kurser inte förbereder en i tillräckligt stor mån för handläggningen av långvarig sjukskrivning hos individer med utbrändhet och annan stressrelaterad ohälsa. Det skulle behövas psykolog- eller arbetsterapeutresurser för att faktiskt kunna göra en bedömning av arbetsförmåga, som inte fanns där jag jobbade. (ID 6757)

Det finns också faktorer relaterade till andra orsaker än Försäkringskassan som leder till att sjukskrivning upplevs som ett arbetsmiljöproblem, t.ex. att kontakten med Försäkringskassan blir svår när en patient inte kan eller vill återgå i arbete eller att hot mot läkare ökar när det inte är tydligt för patienter att det inte är läkare, utan Försäkringskassan, som tar beslut i sjukskrivningsärenden.

För mig som läkare är det ett arbetsmiljöproblem - den sjukskrivne kan/vill inte börja jobba igen o det leder det till upprepade möten sjukskrivningar o frågor från FK. Alltså årtal av sjukskrivning m i praktiken sporadiska insatser. (ID 0039)

Sjukskrivningssystemet är ett stort arbetsmiljöproblem för primärvården. Unga läkare som jag handleder överväger att inte bli spec i allmänmedicin för dom orkar inte med bördan. Det blir allt vanligare med hot och otrevlig miljö för läkare pga diskussion kring sjukskrivning. Patienter förstår inte att det inte är vi som avgör sjukskrivningsfrågan. (ID 1704)

Enkätfrågor om arbetsmiljöproblem

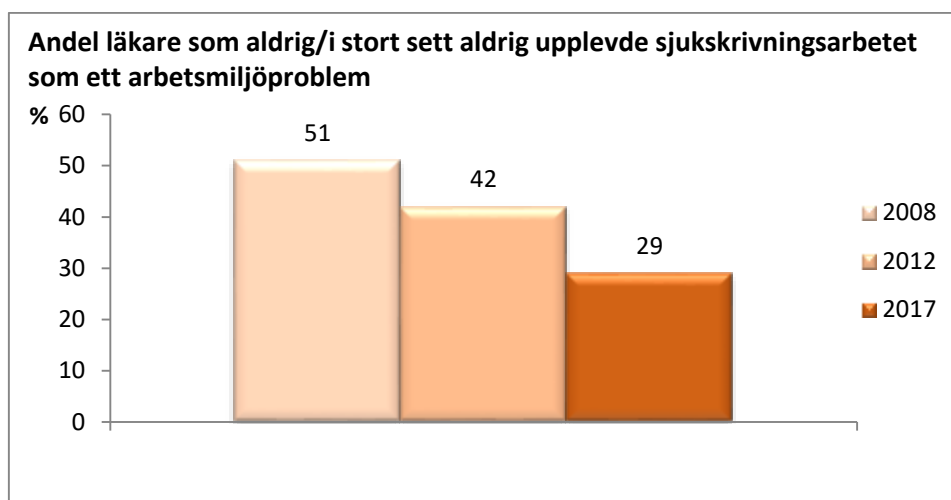
Flera studier har visat att hantering av sjukskrivningsärenden uppfattas som ett arbetsmiljöproblem av en del läkare^{1, 156-162}. I de tre senaste enkäterna har det därför funnits specifika enkätfrågor om detta. Då så stor andel av fritextsvaren handlade om att de upplevde kontakter med Försäkringskassan som ett arbetsmiljöproblem har vi här valt att redovisa svar på enkätfrågor om detta. Nedan presenteras resultat från svar på enkätfrågor om hur läkares upplevelser av sjukskrivningsarbete som ett arbetsmiljöproblem relaterar till olika typer av upplevda svårigheter i kontakt med Försäkringskassan, samt hur detta förändrats över tid. Här används enkätsvar från 2008, 2012 samt 2017.

År 2017 svarade en tredjedel av läkarna att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem minst någon gång per vecka, något större andel bland kvinnor (32 %) än bland män (30 %) men lika i de tre åldersgrupperna (31 %) (Tabell 33). Andelen som svarade att sjukskrivningsärenden aldrig/i stort sett aldrig var ett arbetsmiljöproblem var störst bland män (31 %) och bland läkare i den äldsta åldersgruppen (33 %).

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på kön och tre åldersgrupper.

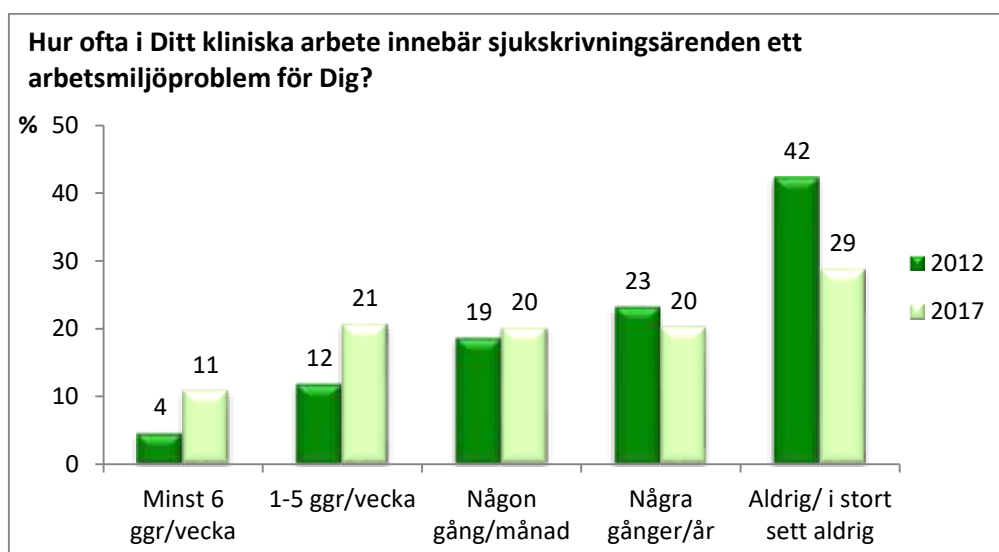
	Minst någon gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Kvinnor	32	21	21	26
Män	30	19	20	31
24-39 år	31	22	21	26
40-54 år	31	20	20	28
55-68 år	31	18	18	33

I enkäterna 2008, 2012 och 2017 ingick frågor om läkaren upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, dock med något olika svarsalternativ. Samtliga år fanns svarsalternativet att aldrig/i stort sett aldrig uppleva det som ett arbetsmiljöproblem. Som framgår i Figur 72 har andelen som aldrig upplevde detta minskat betydligt (från 51 % 2008 till 29 % 2017).



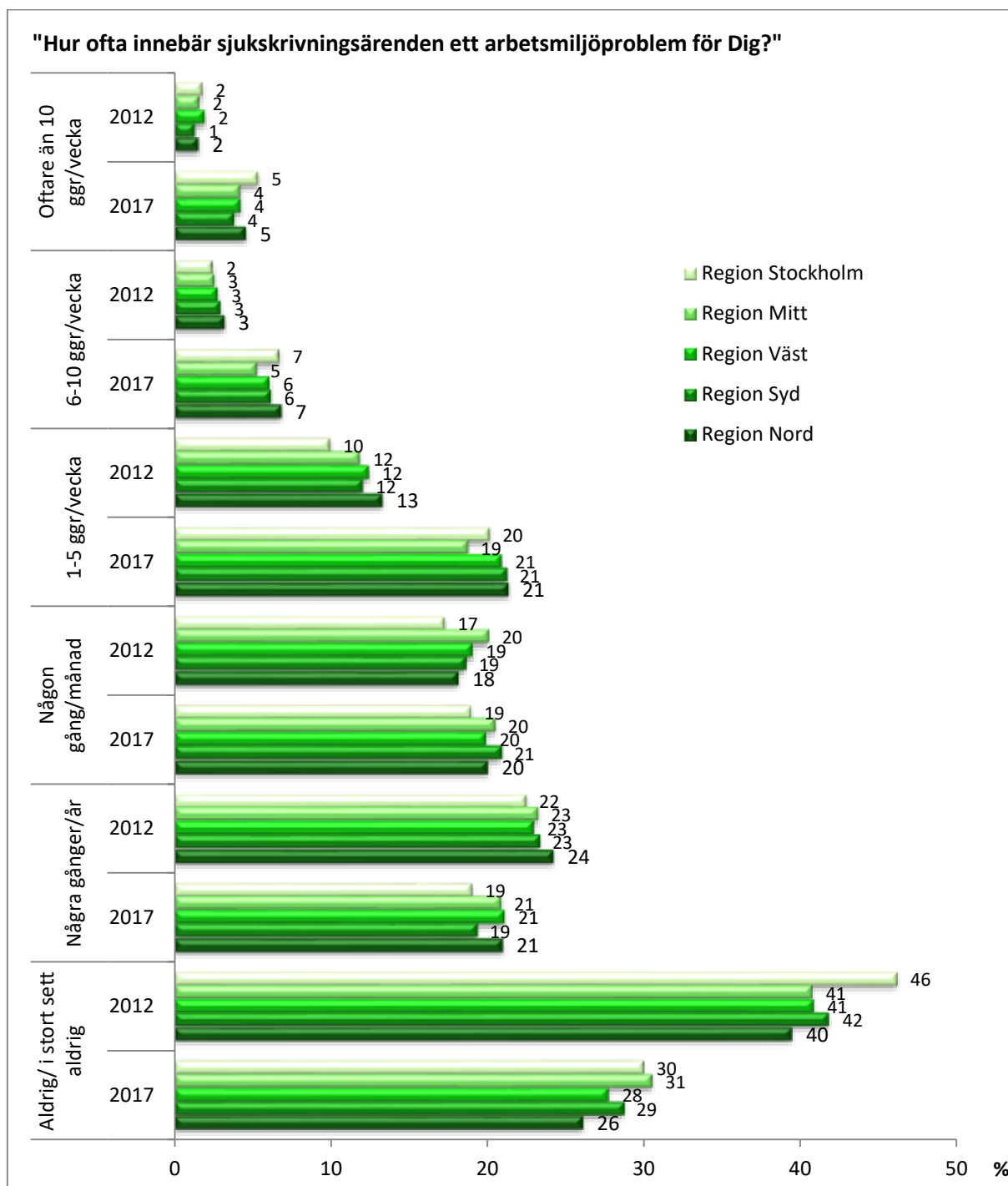
Figur 72. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 73 presenteras andel läkare som år 2012 respektive 2017 upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. Resultatet visar en dubblering av andel läkare som betraktade sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (16 % 2012; 32 % 2017). En motsvarande kraftig minskning av andelen som aldrig/nästan aldrig upplevde detta som ett arbetsmiljöproblem framkommer också (42 % 2012; 29 % 2017).



Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.

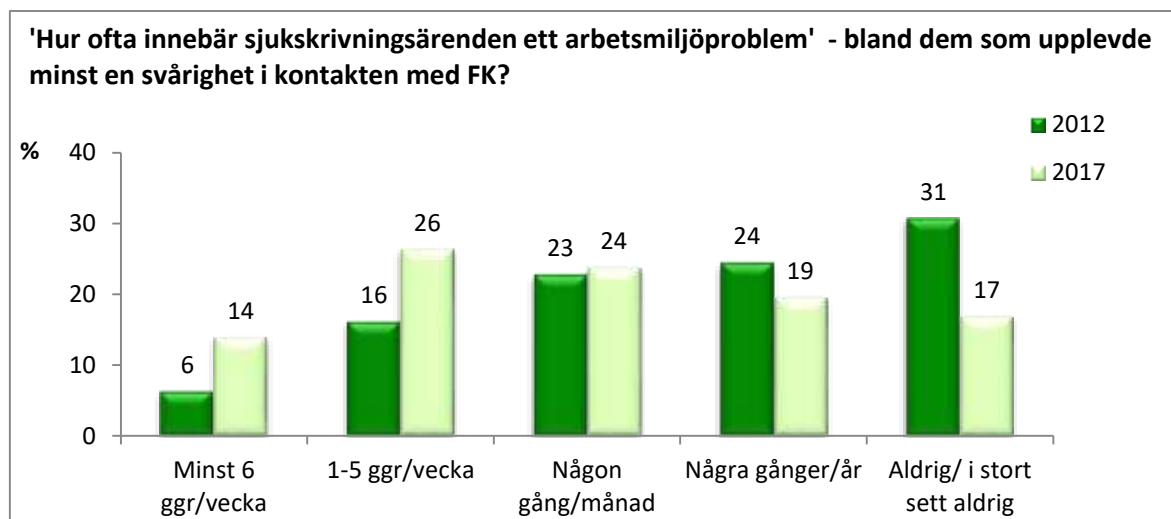
Region Nord hade störst andel som svarade att sjukskrivningsärenden var ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka både 2012 (18 %) och 2017 (33 %) (Figur 74). Den största skillnaden mellan åren i andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka var bland läkare i Region Stockholm (14 % 2012; 32 % 2017) och minst skillnad i Region Mitt (17 % 2012; 28 % 2017).



Figur 74. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på regioner, år 2012 respektive 2017.

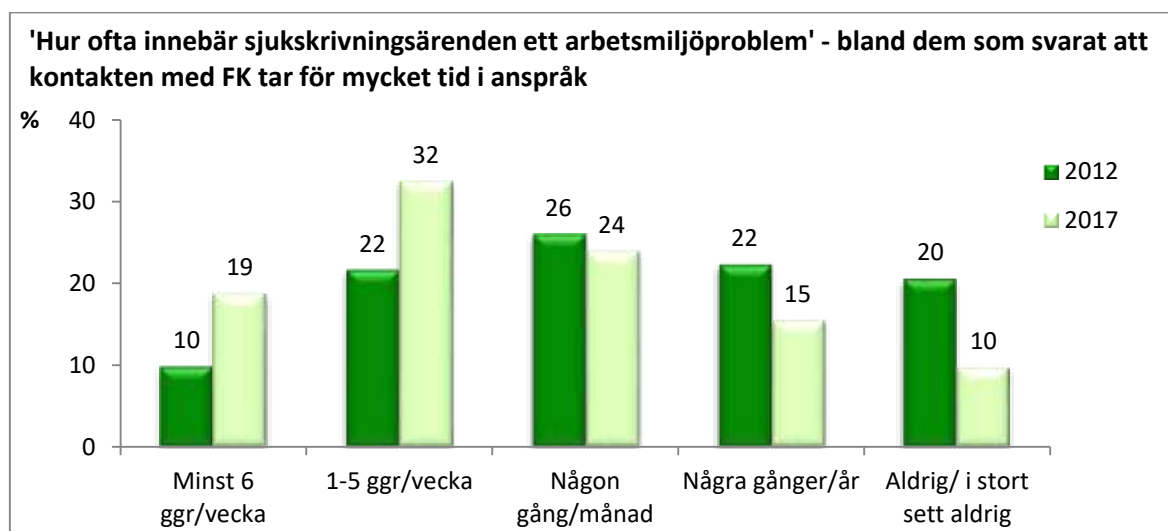
Det fanns ingen enkätfråga om just kontakten med Försäkringskassan innebär ett arbetsmiljöproblem. Som framgår ovan fanns det däremot många fritextsvar som uttryckte att detta var fallet. Därför har vi i de sex nedanstående figurerna relaterat frågan om att uppleva sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem till att ha upplevt olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Generellt kan sägas att andelen som ofta upplevde detta som ett arbetsmiljöproblem har blivit större. Bland dem som upplevde minst en svårighet i kontakten med Försäkringskassan 2012 respektive 2017

svarade en betydligt större andel 2017 än 2012 att arbetet med sjukskrivningsärenden var ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (40 % 2017; 22 % 2012) (Figur 75). Andelen bland de läkarna som svarade att svårigheten/svårigheterna aldrig /i stort sett aldrig var ett arbetsmiljöproblem halverades nästan, från 31 procent 2012 till 17 procent 2017, bland dem som upplevde minst en svårighet i kontakt med Försäkringskassan.



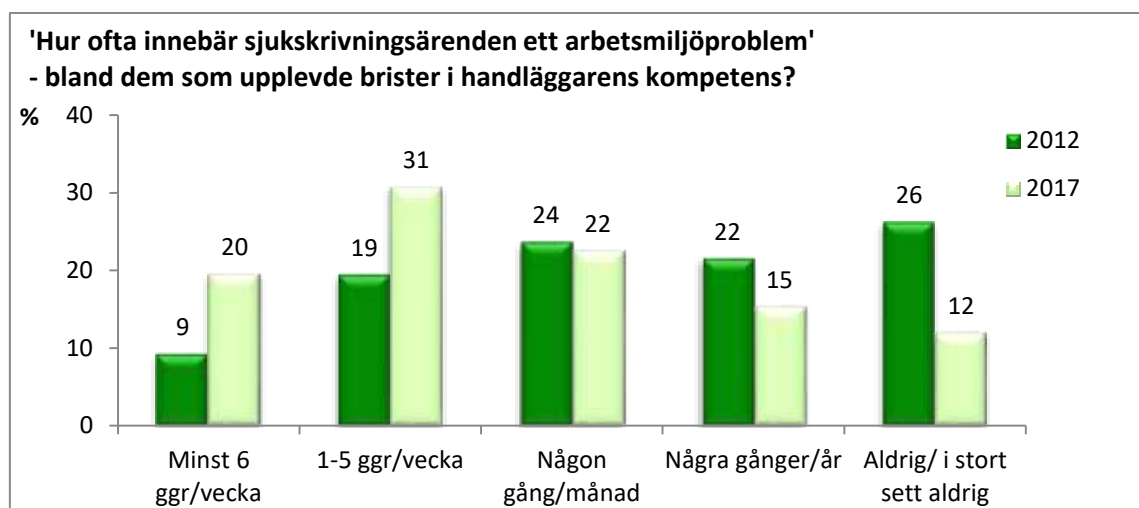
Figur 75. Andel (%) läkare bland de läkare som upplevde minst en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.

Bland läkare som svarade att kontakten med Försäkringskassan 'tar för mycket tid i anspråk' upplevde en tredjedel (32 %) år 2012 och hälften (51 %) år 2017 sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan (Figur 76). Mellan de två åren halverades andelen som svarade att sjukskrivningsärenden aldrig/i stort sett aldrig innebar ett arbetsmiljöproblem (20 % 2012; 10 % 2017).



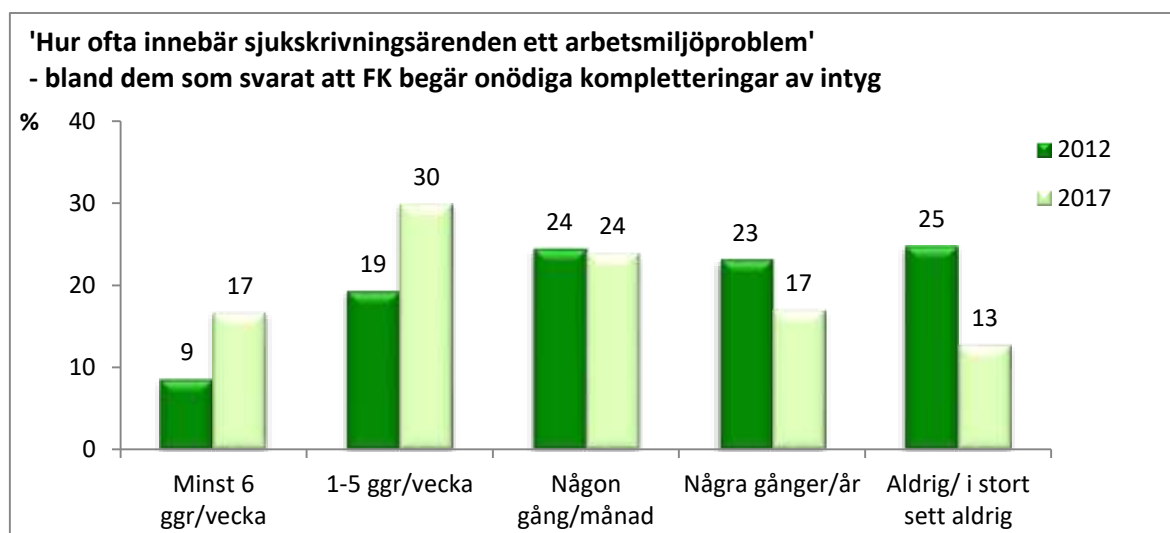
Figur 76. Andel (%) läkare bland de läkare som svarade att kontakten med Försäkringskassan (FK) tar för mycket tid i anspråk, i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.

Bland de läkare som upplevde brister i handläggarens kompetens som en svårighet i kontakten svarade hälften (51 %) 2017 att sjukskrivningsärenden är ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka, en tydlig ökning från 2012 (28 %) (Figur 77). Tendensen är densamma som i ovanstående figurer också i den minskande andelen som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem (26 % 2012; 12 % 2017).



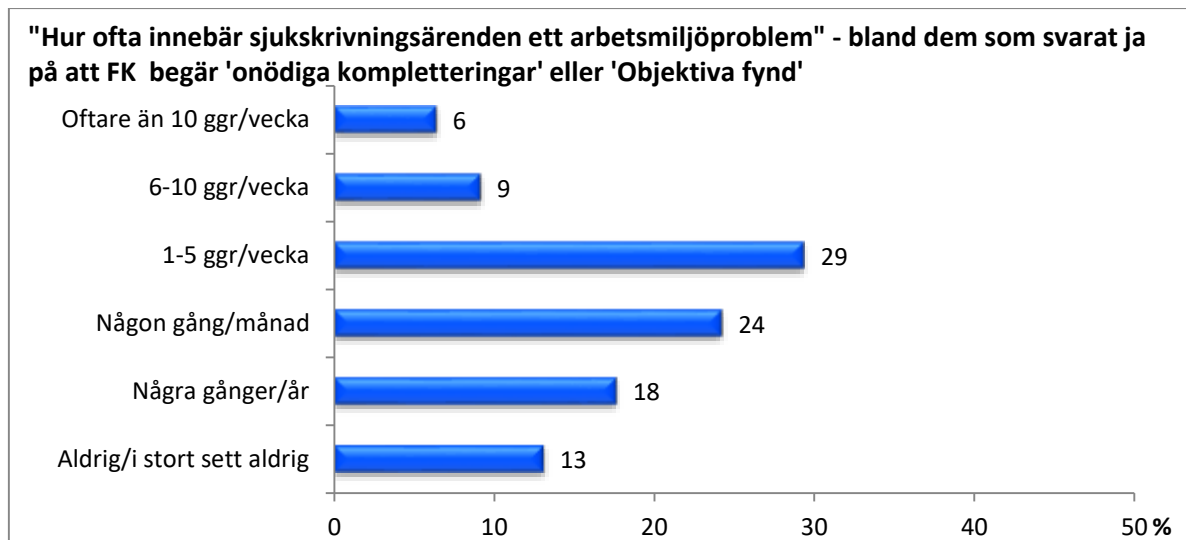
Figur 77. Andel (%) läkare bland de läkare som upplevde brister i handläggarens kompetens i kontakten med Försäkringskassan i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.

Nästan hälften (47 %) av läkarna som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång i veckan 2017 (Figur 78). Detta är därmed en tydlig ökning från de 28 procent som svarade så år 2012.



Figur 78. Andel (%) läkare bland de läkare som svarat att Försäkringskassan (FK) begär onödiga kompletteringar av intyg i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.

I enkäten 2017 lades en ytterligare enkätfråga med om svårigheter i kontakten med Försäkringskassan till, nämligen att "Att Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen". I Figur 79 visas hur de som svarat ja på den frågan och/eller på den om begäran "onödiga kompletteringar" i relation till upplevda arbetsmiljöproblem. Av de läkare som upplevde någon av dessa svårigheter svarade 44 procent att sjukskrivningsärendena var ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka.



Figur 79. Andel (%) läkare bland de läkare som svarat att Försäkringskassan (FK) begär onödiga kompletteringar och/eller begär "objektiva fynd" när sådana inte kan observeras vid undersökningen, i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

III.3. Patienter drabbas

Bland fritextsvaren som tar upp olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan finns beskrivningar av hur dessa svårigheter har lett till olika konsekvenser för patienten. En del kommentarer innehåller mer generella beskrivningar om att patienter hamnar i kläm som en konsekvens av svårigheter i läkares kontakt med Försäkringskassan, t.ex. p.g.a. den korta tid läkare har på sig att besvara begäran om kompletteringar.

När kompletteringar begärs får jag mycket kort tid på mig innan svaret ska lämnas och så står det att patienten inte får ersättning om svaret inte inkommit. Om jag tex är sjuk eller på utbildning/semester innebär detta att patienten kommer i kläm. (ID 3493)

Bland kommentarerna här har följande fem mer specifika subkategorier identifierats; III.3.a. Ekonomiska problem, III.3.b. Försämrad behandlingsrelation, III.3.c. Fördröjd rehabilitering och återgång i arbete, III.3.d. Sämre mående och hälsa, samt III.3.e. Allvarliga konsekvenser, som suicid. De beskrivs nedan.

III.3.a. Ekonomiska problem

Fritextsvaren innehåller beskrivningar av patienter som blir utan sjukpenning och därför hamnar i ekonomiskt svåra situationer. Exempelvis handlar det om att patienter som har varit borta från jobbet i samband med att de ansökt om sjukpenning får avslag flera veckor efter att en sjukskrivning påbörjats och därmed får en ansträngd ekonomi.

Under året har jag haft flera pat som hamnat i ekonomiskt obestånd trots att de haft en sjukdom som borde berättiga till sjukskrivning och trots att de har haft SGI. Pat blivit utan ersättning pga handläggarslarv (någon enstaka) eller vilket som är vanligast, pga att pats uppgifter blir ifrågasatta av FK och pat varken klarar eller orkar att 'ta striden'. (ID 0356)

Det är ett stort problem att handläggningarna tar så lång tid så att när FK ifrågasätter och begär kompletteringar så har det ofta gått någon månad eller två och patienten har varit utan ersättning. (ID 5152)

III.3.b. Försämrad behandlingsrelation

Under temat Kompetens (D.2.d. sid. 108) beskriver vi en kategori som handlar om att handläggare ibland 'skyller' avslag på ansökan om sjukpenning på att läkarens intyg varit bristfälligt. Detta beskrevs av läkare få konsekvenser för läkarens behandlingsrelation med patienten. För många patienter, särskilt de med kroniska sjukdomar, är relationen till behandlande läkare ofta mycket lång, där tilliten till läkaren är central för genomförande av behandlingar och rehabiliteringar. Flera läkare beskrev att när handläggare inför patienten misstänkliggjorde läkarens kompetens ledde detta till att behandlingsrelationen mellan läkare och patient försämrades.

Misstänkliggörandet av pat läkare och kanske ende förtrogne genom att skicka ut brev med ordalydelsen: 'din läkare har inte lämnat adekvata uppgifter till oss vilket kan medföra att du inte får din sjukersättning utbetald'. Detta är kraftigt kontraproduktivt och ökar stressen och minskar tilliten till behandlaren. (ID 0806)

När FK kontaktar patienten pga att de inte vill godkänna sjukintyget, de säger till patienten att din läkare har skrivit bristfälligt intyg och sätter patienten och läkaren mot varandra och försvåra fortsatt handläggning och gör patienten mer misstänksam mot läkarens handläggning. (ID 0111)

III.3.c. Fördröjd rehabilitering och återgång i arbete

Flera läkare beskrev att patienternas rehabilitering och återgång i arbete fördröjdes av olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, som godtyckliga bedömningar, dåligt bemötande, eller andra brister i samverkan mellan sjukvården och Försäkringskassan.

Långa handläggningstider och ofta byte av FK-handläggare med olika tolkningar och budskap ger stor osäkerhet hos pat kring om man får sjukpenning eller ej vilket försvårar problematiken och förlänger tiden för tillfrisknande och återgång i arbete. (ID 1163)

Bristande erfarenhet hos yngre handläggare som har en patientskadlig attityd ofta. Upplever att FK handläggare har ett direkt patientskadligt beteende i handläggning av stresssjukdomar. Deras attityd blir kontraproduktiv i rehabiliteringen och förlänger sjukdomsförloppet hos denna patientgrupp. Äldre erfarna handläggare har mindre ofta denna attityd. (ID 2094)

Men istället för att samarbeta sätter FK ständigt käppar i hjulet. De kräver utredningar utan att meddela datum, vilket betyder att utredningarna hamnar mitt i mina och arbetsgivarens planerade projekt med anpassade arbetsuppgifter och återgången till arbete måste skjutas upp och planeringen görs om från början. Patienterna lägger energi på att lösa ekonomin istället för att kunna vila, försämrade och tiden till återgång i arbete förlängs ytterligare. Det är att jobba i en Kafkaliknande ond dröm. (ID 5270)

III.3.d. Sämre mående och hälsa

Många läkare beskrev att olika svårigheter i kontakten mellan sjukvården och Försäkringskassan leder till att patienters mående och hälsa påverkas negativt. En aspekt i denna subkategori innehåller beskrivningar av att rehabiliteringskedjan upplevdes som ett hinder för rehabilitering och tillfrisknandet. Detta ställdes exempelvis i relation till diskrepans mellan sjukvårdens väntetider kontra 180-dagarsregeln, där 180-dagars regeln inte tar hänsyn till vårdens ibland långa väntetider och kan medföra att en patient som väntar på behandling kan riskera att bli utan ersättning.

Det är för mycket av en flaskhals vid 180 dagar, som gör patienterna - särskilt de med psykisk ohälsa - oroliga, ledsna och ofta försämrade i sitt sjukdomstillstånd. I fall när det är pga av långa väntetider i vården, t.ex., borde det vara enklare att godkänna förlängd sjukpenning. Det är väldigt ofta så det blir, patienten straffas för att det är långa väntetider, dvs sådant de inte kan rå för! (ID 3254)

Sjukvårdens väntetider är helt orimliga. FKs uppdrag är inte satt i relation till hur verkligheten ser ut inom sjukvården med köer till röntgen och köer till operationer. FKs regler dansar inte i takt med sjukvårdens villkor. En lång väntetid tex för en operation av en axel kan 'äta upp' dagar i rehabkedjan. Detta kan i slutändan leda till ett massivt stresstillstånd för pat i den medicinska rehabiliteringen och utläkningen efter en operation då FK hotar om indragning efter 180 dagar eftersom inte läkaren kan garantera att pat är tillbaka till arbete efter 1-års gränsen. Att leva under ekonomisk stress samtidigt som pat skall tillfriskna är kontraproduktivt och inte i fas med allmänna rättsmedvetandet. Denna typ av situation är inte ovanlig. (ID 1724)

Andra kommentarer i denna subkategori handlar om att läkare upplevde att brister i handläggning hos handläggare innebär att patienters hälsa försämras. Dessa kommentarer var ofta av mer generell karaktär.

Jag upplever ofta att patienter försämras i sin hälsa av dålig handläggning på FK. (ID 0342)

Jag har flera pat som definitivt borde få sjukskrivning pga allvarlig sjukdom men gett upp pga av att de psykiskt inte orkar med bemötandet ifrån Försäkringskassan som varken tror på dem eller deras läkare. De väljer att bli försörjda av partner, gå i förtidspension för att de psykiskt kraschat av alla ifrågasättanden och flera har fått börja med antidepressiva. En skam för samhället hur svårt sjuka behandlas av FK idag. (ID 6329)

III.3.e. Allvarliga konsekvenser, som suicid

Bland fritextsvaren förekommer även beskrivningar om hur Försäkringskassans bedömningar och beslut om avslag av ansökan om sjukpenning har haft allvarliga och ibland ödesdigra konsekvenser för patienten. Dessa beskrivningar gäller i synnerhet patienter med psykiatriska diagnoser som tagit eller försökt att ta sitt liv.

Försäkringskassan gör helt felaktiga bedömningar och utsätter patienterna för medicinska risker. (ID 6739)

FKs nya tolkningar och tillämpningar av dessa samt inkompetenta 'second opinion' läkare, inhyrda av FK har medfört 2 suicid och flera nära försök, pga kränkningarna, enbart i min mottagningsverksamhet! (ID 1437)

Ofta ser jag patienter som är så stressade av FK's bedömningssystem att övergång till arbete försenas. I mitt möte med patienter på en psykiatrisk akutmottagning ser jag i varje fall en gång per månad patienter som på grund av FK agerande utvecklar depressiva symptom. Inte helt sällan ser jag patienter som på grund av sjukskrivningsprocessen har försökt suicid. En gång även en patient som blev dömd till rättspsykiatrisk vård för mordbrand när hon försökte att bränna sig till döds på grund av avslagen sjukskrivning. (ID 0356)

III.4. Försämrad samverkan med Försäkringskassan

Som en annan konsekvens upplevdes de beskrivna svårigheterna även påverka samverkan mellan läkaren och Försäkringskassan till det sämre. Exempelvis beskrevs följande leda till försämrad samverkan; inställda eller uteblivna avstämningsmöten, att inte få kontakt med handläggare, långa handläggningstider, att Försäkringskassan inte tar sitt samordningsansvar, och bristande kompetensen hos handläggare, generellt och gällande basala medicinska aspekter.

Svårt samarbeta med Försäkringskassan, avstämningsmöten svåra att få till. Försäkringskassan svår att nå, kommunikationsproblem mellan patient och FK. (ID 1230)

FK har haft stora problem med att kommunicera. De (handläggare) har ofta en rent kontraproduktiv inställning. /.../ Vi har tidigare haft gemensamma utbildningar FK o läkare, idag är känslan den att FK ser oss som motståndare och inte medarbetare. En märklig och skrämmande utveckling. (ID 1894)

Jag har arbetat som läkare sedan 80-talet och på senare år har FK blivit fullständigt omöjligt att samarbeta med. Deras krav på kompletteringar och deras ofta suboptimala handläggning utgör ett arbetsmiljöproblem nästan av samma grad som vårdplatsbristen. De kräver dessutom ofta svar på komplicerade ärenden inom två veckor men tar sedan 6 månader på sig för att i slutändan ibland vägra pat någon ersättning. (ID 0545)

FK:s nuvarande attityd och stelbenta paragrafrytteri i kombination med bristande inlevelseförmåga och kunskap utgör vårt allra största arbetsmiljöproblem för närvarande! Har arbetat i över 30 år som distriktsläkare och tidigare i stort sett aldrig haft några problem i kontakten med FK. Tvärtom hade man ett konstruktivt samarbete med FK. Detta saknar jag oerhört mycket. Nuvarande regelsystem och attityder är oacceptabelt. Risk för läkares hälsa och arbetsmiljö, och sjukvården överhuvudtaget. (ID 0512)

FK har bytt fokus och förmedlar numera samma njujga förhållningssätt som ett privat försäkringsbolag - ser sig inte som en del i en kedja för att främja optimal rehabilitering, är således inte längre en samarbetspartner utan en motarbetande instans. (ID 468)

Samarbetet med FK har ju totalt havererat, total katastrof! Ständiga konflikter med handläggare. - Många patienter blir mkt dåligt handlagda av handläggare på FK. Flera pat. i år som har varit nära att ta livet av sig p.g.a. detta. SKANDAL!! - Mkt stort arb.miljöproblem för oss läkare! - Tidsbrist - Ständiga kompletteringar! (ID 0392)

Sammanfattning av temat Konsekvenser

Svårigheterna som läkare upplevde i kontakten med Försäkringskassan beskrevs leda till olika konsekvenser. Dessa konsekvenser är på varierande strukturell nivå, där vissa handlar om strukturella och organisatoriska förutsättningar medan andra handlar om specifika aspekter av läkares arbete med sjukskrivning. En konsekvens som ett stort antal läkare beskrev är att svårigheter i samverkan med Försäkringskassan blivit ett arbetsmiljöproblem för dem. År 2017 svarade mindre än en tredjedel (29 %) av läkarna att de aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, en stor förändring jämfört med tidigare år (42 % 2012, 51 % 2008). Aspekter som ledde till arbetsmiljöproblem var enligt fritextsvaren godtyckliga bedömningar, många kompletteringsbegäranden, bristande kompetens både hos handläggare och vad gäller läkares förmåga att göra arbetsförmågebedömningar – och en kombination av olika svårigheter. En annan konsekvens i fritextsvaren var att svårigheterna slukar resurser inom hälso- och sjukvården, genom att läkare p.g.a. för hög arbetsbelastning får mindre tid för behandling, att de valde att sluta eller själva blir sjukskrivna. Andra konsekvenser av bristande samverkan som läkare beskrev gällde patienter, i form av ekonomiska problem, försämrad hälsa, risk för suicidalt beteende, fördröjd rehabilitering och längre tid till återgång i arbete. En annan konsekvens var en försämrad behandlingsrelation mellan läkare och patient. Konsekvenser av de olika svårigheterna beskrevs också på ett mer allmänt plan leda till sämre samverkan med Försäkringskassan.

IV. Strategier

Ett tema i fritextsvaren innehåller beskrivningar av olika strategier som läkare använde sig av för att hantera de svårigheter som de upplever i kontakten med Försäkringskassan. Dessa strategier beskrevs i relation till vad som underlättar kontakten och samverkan med Försäkringskassan. Inom temat identifierades följande fyra kategorier, IV.1. Jobba övertid, IV.2. Ta mer kontakt med handläggare, IV.3. Undvika arbete med sjukskrivningsärenden, samt IV.4. Anpassa informationen i intyget.

IV.1. Jobba mer och prioritera bort annan vård

En strategi som läkare beskrev för att hantera svårigheterna i kontakterna med Försäkringskassan, var att jobba mer för att hinna med de olika arbetsuppgifter som sjukskrivningsärenden innebär. De strategier som oftast beskrevs var att jobba på luncher och raster eller sitter kvar efter sin ordinarie arbetstid för att skriva klart sjukintyg eller hinna med kompletteringar. Andra strategier som beskrevs var att ta färre patientbesök, låta nästkommande patienter vänta, sjukskriva patienter per telefon samt att prioritera bort arbetsuppgifter såsom behandling av patienter.

Återigen - arbete avseende FK måste göras på övertid och tar således min fritid i anspråk. Alla FK ärenden är för tidskrävande, ett sjukintyg går inte att skriva under pågående mottagning utan att tidsschemat spräcks och efterföljande patienter får vänta och jag själv får ingen lunch. (ID 0991)

Om jag inte arbetar övertid så hinner jag inte sjukskriva på ett optimalt sätt. Vi har ont om mottagningstider så många sjukskrivningsärenden måste jag handlägga på ex lunchtid eller administrativ tid. (ID 2069)

IV.2. Ta mer kontakt med handläggare

En annan strategi som framkom var att ta mer kontakt, och då framför allt mer personlig kontakt, med handläggare. Läkare beskrev att de då använder sig av de olika kontaktvägar som finns, exempelvis telefonkontakt eller avstämningsmöten som de beskrev underlättar samverkan med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden.

Eftersom många ärenden jag har är långa, initierar jag ofta kontakt via avstämningsmöten. Det skapar ofta en helt annan förståelse för problematiken hos handläggaren och blir ofta konstruktiva och hjälpsamma. Då undviker man en del konstiga behov av att skriva rätt formuleringar, objektiva fynd osv. (ID 1773)

De gånger komplettering begärs har jag ofta ringt upp och läst upp vad jag skrivit i intyget och det verkar uppskattas som komplettering, men läser de inte vad jag skrivit? (ID 3042)

Möten där arbetsgivare, patient, FK och jag möts fysiskt i en timme brukar ge bäst resultat för alla. /.../ Möten ger bättre förståelse av helhet, och bedömningen blir mer rättvisande och rättvis. Intyg och blankett etc. tar mycket tid, och ibland sparar man tid genom ett möte - det blir effektivt på olika sätt. (ID 3322)

Har bett att FK kommer till oss så vi kan ge info/ utbilda alla handläggare i ortopediska handläggningar! (ID 0377)

IV.3. Undvika arbete med sjukskrivningsärenden

En annan strategi som beskrevs av många läkare var att byta specialitet eller sluta arbeta kliniskt – eller att överväga detta. Anledningen till detta angavs av flera läkare vara att upplevelsen av kontakten med Försäkringskassan som ett arbetsmiljöproblem har ökat över tid, vilket också nämns under temat Förändring över tid (I.5. sid. 134). En vanlig beskrivning var då att undvika allmänmedicin och vårdcentraler som arbetsplats då dessa handhar många sjukskrivningsärenden. En del läkare beskrev också att de väljer att jobba som stafettläkare eftersom de då inte har ett och samma sjukskrivningsärende under långa perioder.

Jag har jobbat över 30 år. - Överväger nu att sluta p.g.a. ffa. trassel/konflikter med FK! (ID 0392)

Jag upplever en påtaglig försämring av Försäkringskassans handläggning av ärenden de senaste 2 åren. F.f.a. p.g.a. att de sällan initierar avstämningsmöten men fullkomligt överöser mig med önskan om kompletteringar av sjukintyg. Detta har blivit en så stor negativ faktor att jag överväger att sluta mitt arbete som läkare. (ID 0162)

Kompletteringshysterin hos FK:s handläggare har allvarligt försämrat arbetsmiljön. Jag har arbetat som läkare i mer än ett kvarts sekel och överväger att sluta i yrket enbart på grund av FK:s totala brist på proportioner när det gäller kompletteringsönskemål. (ID 0808)

Idag är det så tyvärr att många kollegor väljer specialitet eller arbetsplats beroende hur mycket kontakt med FK man måste ha, det är populärt att arbeta med tex äldrepsykiatri för då slipper man kontakten med FK. I mitt kliniska arbete så handleder jag en grupp med ST-läkare i Allmänmedicin och deras gemensamma bedömning är att sjukskrivningen och kontakten med FK är deras största arbetsmiljöproblem. (ID 1445)

Jag är just nu AT-läkare och jag överväger starkt att välja en specialiseringsriktning där man har så lite kontakt med Försäkringskassan som möjligt. (ID 6953)

Jag själv och många allmänläkare som jag känner funderar på att sluta som allmänläkare till stor del pga all tid som går åt till sjukskrivningar och FK alla extra frågor då detta inte stämmer med vår yrkesetik där vi i första hand ska prioritera de svårast sjuka om våra resurser inte räcker till. (ID 1544)

Att undvika sjukskrivningsarbete innefattade också att arbeta mindre exempelvis genom att gå ner i arbetstid eller själva bli sjukskrivna.

Själv orkar jag arbeta 60 % pga detta! (ID 1847)

Arbetet med sjukskrivningar /.../ är ofta orsaken till utmattning bland läkarkåren och gör att man inte orkar jobba på heltid som allmänläkare. (ID 2324)

Andra övervägde att lämna läkaryrket helt, t.ex. genom att gå i tidig pension.

Jag och många jämnåriga funderar på att gå i pension istället för att fortsätta arbeta på deltid för att vi inte orkar med ilskan och frustrationen som kontakten med Försäkringskassan skapar. (ID 0969)

Ett annat sätt att undvika att arbeta med sjukskrivningar som beskrevs var att låta andra ta ansvaret för sjukskrivningen. Detta innebar exempelvis att hänvisa patienter till andra delar av sjukvården.

Jag hör många kollegor som därför helt tagit avstånd från alla sjukintyg och kontakter med FK och hänvisar pat att enbart söka stöd hos distriktsläkarna för detta. Det är naturligtvis både oetiskt och bryter mot de grundläggande åtaganden man har som läkare enligt HSL, men likafullt är det flera kliniker som jobbar under landstingsavtal som har detta som policy! (ID 1791)

En annan strategi som beskrevs var att sjukskriva alla patienter som önskar en sjukskrivning eller att förlänga sjukskrivningar och låta Försäkringskassan ge avslag.

Jag nekar aldrig någon patient en sjukskrivning. Överlåter åt FK att ta beslutet. (ID 0318)

För att undvika arbetet med sjukskrivningsärenden, vilket ibland upplevdes som problematiskt eller tids- och energikrävande, beskrev läkare exempelvis att de avstår från att efterfråga avstämningsmöten med Försäkringskassan. En annan strategi för att undvika fler begäranden om kompletteringar var att skicka med en kopia på patientens journal.

Tidigare var det mer regel än undantag att jag samverkade med Försäkringskassan i de flesta ärenden och nästan rutinmässigt kallade till avstämningsmöten tillsammans med handläggaren, men idag undviker jag detta, då det ofta skapar mer problem än det löser. (ID 0643)

Behöver skicka journalkopia ibland för att slippa skriva ytterligare ett intyg. (ID 0749)

IV.4. Anpassa informationen i intyget

En annan strategi som läkare beskrev var att på olika sätt anpassa informationen i intyget. Exempelvis beskrev läkare att de sjukskriver patienter färre gånger men under längre perioder än vad som ansågs nödvändigt för att slippa kontakt med Försäkringskassan upprepade gånger. Läkare motiverade exempelvis denna strategi med att detta kan förhindra en del begäran om kompletteringar.

Ibland är det så mycket strul med FK att det underlättar att sjukskriva färre gånger men längre perioder för att försöka minska arbetsbörda. (ID 0074)

Det är lättare att sjukskriva längre första gången för att slippa behöva förlänga och göra om ytterligare en gång. Speciellt senaste tiden när FK lätt klagar ifall man inte har skrivit ett nytt status och en ny bedömning vid en förlängning. (ID 2957)

Regeländringen på FK gör att jag förlänger ss en månad längre än tidigare, och tar tillbaka pat en månad innan ss går ut och förlänger då. Pat får överlappande ss en månad. Det gör jag för att hinna med ev kompletteringsbegäran från FK så att pat inte drabbas. (ID 3418)

Våra försök att förklara vår förtvivlan och få svar på våra frågor faller för döva öron. Innan brukade jag sjukskriva alla pat max en månad men nu ökar jag det till 6-8 v (psykisk ohälsa). Jag ville ha kortare intervall eftersom jag då fick en chans att träffa pat och stämma av, nu förlänger jag så om pat får godkänt har vi längre tid på oss innan vi ska igenom skärselden igen. (ID 4143)

Kommentarerna innefattade också att sjukskriva en patient för en längre period när det saknas återbesökstider, t.ex. över sommaren. Andra beskrev att de sjukskriver på heltid istället för deltid p.g.a. patientens arbetssituation eller att patientens arbetsgivare uppgett att de inte kan anpassa arbetsuppgifter för att möjliggöra partiell återgång i arbete.

Ibland blir sjukskrivningarna längre för att patienten inte ska behöva ha så mycket kontakt med Försäkringskassan. Speciellt sedan varje sjukskrivning bedöms som ett nytt/separat ärende och ej korrelerat till tidigare sjukskrivning i samma sjukärende. (ID 2790)

Andra läkare beskrev att de istället väljer att sjukskriva patienter under en kortare tidsperiod än de bedömt skulle behövas, med argumentet att Försäkringskassan ändå inte skulle bevilja ansökan om en längre sjukskrivning.

Däremot förekommer det att man sjukskriver kortare tid än vad som egentligen behövs, för att Försäkringskassan inte skulle godkänna längre även om man vet att det behövs. (ID 4360)

Snarare sjukskriver jag kortare än vad jag egentligen ser som önskvärt för att jag vet att FK gör väldigt hårda bedömningar där patienten hamnar i ekonomisk knipa, trots att det är medicinskt och rehabiliteringsmässigt sämre för patienten. (ID 5973)

Sjukskriver kortare och kortare perioder för att minska risk för avslag och begäran om kompletteringar. Att sjukskriva lång period ger merarbete i form av komplettering och upprörd patient som räknat med godkännande. (ID 6025)

En annan strategi var att läkare beskrev hur de ibland skrev onödigt utförliga intyg, skickade med andra typer av intyg eller att de använde sig av vissa nyckelord och fraser. På samma sätt beskrevs användande av texter ur FMB fungera som ett verktyg för att en föreslagen sjukskrivning skulle bli godkänd.

För att de intyg jag utfärdar ska passera genom FK så måste man 'ordbajsa'. Ju mera ord och medicinska termer desto mindre risk att FK 'lägger sig i i onödan'. Man lär sig att använda de nyckelord som FK själv nämner och som finns i SoS beslutsstöd. Jag och andra erfarna läkare undviker på detta sätt problem med FK. Speciellt viktigt med 'ordbajs' är det för att tillfredsställa de centralt arbetande handläggarna. Kompetensen hos dessa är under all kritik. (ID 0287)

För att sjukskrivning ska gå igenom och jag ska slippa komplettera så brukar jag 'kopiera' beskrivningarna från FMB för tex funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för aktuell diagnos även om det inte alltid stämmer fullt ut. Jag upplever att när jag använder mina egna beskrivningar blir jag ifrågasatt och det tar alldeles för mycket tid att motivera och komplettera. Det är helt enkelt mycket smidigare att 'kopiera' även om det egentligen känns fel. (ID 6953)

En strategi, som beskrevs av enstaka läkare, för att förhindra begäran av kompletteringar alternativt få handläggare att godkänna sjukskrivningar, var att överdriva graden av funktionsnedsättning eller status när de skriver intyg.

Generellt ganska arbetstidskrävande med ständiga kompletteringar av intyg. Anser att Fk är för fokuserat på ett visst innehåll i intygen - som i praktiken är svår att redogöra för. Risk för att vi som sjukskrivande läkare får 'pynta' på symptom-funktionsnedsättning-till trots för att pat's symptomkomplex omöjliggör att arbeta. (ID 1768)

FK tar ingen hänsyn till anamnesen, sjukhistorien vilket ju är det viktigaste instrumentet för att bedöma sjukdomsbilden. Det är bara DFA kedjan FK tar hänsyn till. Man måste härför ofta ändra diagnos, överdriva patientens symtom etc för att få igenom ett uppenbart sjukskrivningsbehov. (ID 0731)

En strategi som kan ses i läkarens fritextsvar är att de ibland använder FMB för att se vilka diagnoser som Försäkringskassan mer sannolikt beviljar längre sjukskrivningstid för, jämfört med andra diagnoser. För att undvika att få begäran om kompletteringar eller avslag väljs diagnos utifrån hur sannolikt det är att diagnosen leder till godkänd sjukskrivning, detta även om läkaren egentligen anser att en annan diagnos inom samma diagnoskategori vore mer lämplig.

Jag har vid flera tillfällen ändrat diagnosen för att få sjukskrivningen att gå igenom, även om patient fyller kriterier för en sjukdom kan en annan tillåta längre sjukskrivning varför man tvingas byta. Detta trots att sjukdom nr 1 är mer tillämplig. Moraliskt korrumperande... (ID 2482)

En läkare beskrev att detta var en strategi som också hade föreslagits av handläggare på Försäkringskassan.

FK-tjänstemän kontakter mig allt oftare och är förtvivlade. De säger att de träffat patienten och inser att patienten inte kan arbeta samtidigt som de säger att de för sina chefer inte får lov att sjukskriva patienten längre tid, de ger mig ett val: byt diagnosen (från tex djup depression till psykos, alternativt djup depression med psykotiska symtom) så får pat sina pengar eller så får den (i deras ögon) arbetsförmögne patienten överklaga avslaget och med all sannolikhet få rätt om 4-6 månader. (ID 2885)

Läkare beskrev också hur de anpassade informationen i intyget, exempelvis genom att använda ett enklare språk, p.g.a. handläggares bristande kompetens, något som också nämns i temat Kompetens (D.2. sid.105).

Försäkringskassan har inte kompetens att bedöma underlaget. Man får använda rätt liturgiska formler för att de skall acceptera en sjukdom eller handikapp. Måste beskriva en depression eller fobi eller utmattningstillstånd på rätt sätt. (ID 2229)

Kompetensbristen är skriande, FK efterfrågar SÖKORD och verkar ha svårt att tolka hela texten. FK efterfrågar objektiva fynd! En komplettering begärdes på depressiv patient TVÅ gånger. Sista gången kollade jag sjukskrivningsstödet och lade till i status: "Blå missfärgning under ögonen" (som tecken på trötthet) OCH DÅ ACCEPTERADES intyget!! Jag kände mig kränkt. (ID 1266)

Sammanfattning av temat Strategier

Sammanfattningsvis visar fritextsvaren att läkare använde sig av olika typer av strategier för att förenkla samverkan med Försäkringskassan. Dessa inkluderar att lägga mer tid på hantering av sjukskrivningsärenden istället för på annan vård av patienter, ta mer personlig kontakt med handläggare eller att byta specialitet eller sluta arbeta kliniskt för att på så sätt undvika arbetet med sjukskrivningar. Andra strategier som nämndes var att på olika sätt anpassa informationen i läkarintyget, genom att exempelvis skriva onödigt utförliga intyg, förenkla språket, använda vissa nyckelord och fraser, eller använda närliggande diagnoser som var lättare att få godkända.

V. Önskemål och förslag

Enkäterna innehåller inte några specifika frågor om vad som skulle kunna främja samverkan med Försäkringskassan. Dock fanns det olika frågor, om vad som har betydelse för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning av patienter, som rör samverkan med Försäkringskassan, där 39 procent svarade att de värderade kontakter med handläggare högt och 36 procent svarade detsamma om samverkans-/avstämningsmöten (Figur 43).

Bland svaren från läkarna, både svar på specifika enkätfrågor och i fritextsvaren finns ett flertal önskemål och förslag gällande samverkan med Försäkringskassan – dessa har sammanfattats i detta tema. Vi har identifierat åtta kategorier av önskemål och förslag om hur samverkan med Försäkringskassan skulle kunna utvecklas och förbättras, nämligen: V.1. Mer personlig kontakt, V.2. Ökat förtroende, V.3. Att Försäkringskassan tar sitt samordningsansvar, V.4. Mer kompetens och professionalitet hos handläggare, V.5. Bättre kommunikationsvägar, V.6. Snabbare handläggningsprocess, V.7. Mer resurser till vården för att hantera sjukskrivningsärenden, och V.8.

Många läkare uttryckte också en generell önskan om bättre samverkan med Försäkringskassan, liksom med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen såsom arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Bättre samverkan uttrycktes som något som skulle gynna samtliga parter. Nedan följer citat som illustrerar detta.

Ett bättre samarbete skulle gynna båda parter. (ID 6867)

Bättre samarbete måste till mellan FK och vården. (ID 2486)

Bättre samarbete mellan arbetsgivare och läkare, FK skulle vara bra. (ID 3205)

Vi ska samarbeta och inte hindra varandra från att göra sitt jobb. (ID 2557)

Det fanns också fritextsvar som uttryckte önskemål kring olika insatser, stödfunktioner och andra resurser för att förbättra handläggning och samverkan i sjukskrivningsprocessen. Nedan ges ett mer övergripande citat om sådana önskemål.

En broschyr till patienten om regelverket hade varit bra liksom en fungerande rehabkoordinator, bättre tillgång till kurator och sjukgymnast och ffa. bättre kommunikation med FK. Det sista är faktiskt det som fungerar sämst även om mycket annat heller inte är bra. Patienterna känns dock bättre införstådda med regelverket nuförtiden (jag har arbetat i 30 år). (ID 1902)

V.1. Mer personlig kontakt

En stor kategori i fritextsvaren innefattar önskemål om mer kontakt och framförallt mer personlig kontakt med Försäkringskassans handläggare. De former av kontakt som efterfrågas innefattar exempelvis telefonkontakt och Skype-möten, vilket kräver logistiska möjligheter för detta såsom närbarhet, längre öppettider, etc, men framför allt att träffa handläggare på avstämningsmöten och rehabiliteringsmöten. Många läkare skrev att personlig kontakt ofta leder till bättre samverkan och förståelse för varandra, och även bidrar till att färre kompletteringar av intyg behöver begäras.

Upplever generellt att samverkan fungerar mycket bättre genom personlig kontakt, avstämningsmöten, telefonsamtal osv. Kontakt enbart via korrespondens och blanketter tidskrävande och leder ofta till missförstånd. (ID2612)

Min önskan är bättre ffa. personlig samverkan och i den form som finns nu fler avstämningsmöten. Tror att detta spar tid jämfört att skicka fler intyg och kompletteringar emellan varandra. Vi måste se till möjligheterna tillsammans och inte 'klaga' på varandras brister i intyg och kompetens detta skapar bara irritation mellan varandra. (ID 5005)

Har arbetat som allmänläkare många år. Sett olika system, organisationsformer och blanketter komma och gå. Det som fungerade bäst var när vi hade en mycket kompetent handläggare från FK som kom till VC c:a 1 gång/månad. Man kunde då anmäla problematiska ärenden till diskussion. Övriga läkare var med och man kunde diskutera bästa sättet att handlägga vidare. Var inga ärenden anmälda ställdes mötet in. Fungerade mycket väl under flera år. (ID 0004)

Ett vanligt önskemål gällande kontakt var att införa fler avstämningsmöten. Många läkare skrev att Försäkringskassan inte längre hade tid för avstämningsmöten (se även Förändring över tid; I.1, sid. 132 och Kommunikation; C.3. sid. 99).

Det hade känts effektivare om man tillsammans haft tidiga avstämningsmöten med fk och rehabteamen om det verkar bli aktuellt med lång sjukskrivning. Göra en gemensam rehabplan som fk också samtycker till [att] är rimlig. Då blir det inga plötsliga kompletteringsbehov eller behov av sjukintyg i tid och otid. Då kan rehabteamen få jobba på med patienten fram till ett nytt möte. (ID 6126)

Det fanns även önskemål om att ha möjlighet till kontakt med en eller flera handläggare som man kände till och utvecklat en fungerande kontakt med. Några beskrev att de haft detta förut, andra att de hade det nu, och flera önskade detta.

Ett drömscenario vore att varje enhet skulle ha ett fåtal handläggare på FK som var personligt knutna till oss, då skulle vi börja tala om samarbete och vi kunde tydliggöra att arbetsåtergång alltid är vårt primära mål. (ID 2278)

V.2. Ökat förtroende

Fritextsvaren innehöll också önskemål om ökat ömsesidigt förtroende mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Läkare önskade att Försäkringskassan skulle ha större förtroende för läkarens bedömning och kompetens, och skrev att det även är önskvärt att läkarens förtroende för handläggare utvecklades. Bland annat formulerades detta som att Försäkringskassan behöver bli en mer tydlig eller aktiv part att diskutera sjukskrivningsärenden med.

För att förbättra sjukskrivningsprocessen behöver förtroendet mellan sjukvården och FK återupprättas. (ID 0995)

Det borde vara mer samarbete mellan FK och läkarna, där man lutar på varandras kompetens! (ID 1952)

V.3. Att Försäkringskassan tar sitt samordningsansvar

Ett annat önskemål i fritextsvaren handlar om att läkare efterfrågade att Försäkringskassan ska ta sitt samordningsansvar. Detta innebär att läkare vill att Försäkringskassan bl.a. ska bli bättre på att utreda om ytterligare insatser behövs för patienten och att i så fall samordna sådana, samt att följa upp att överenskommelser om insatser efterföljs. En del läkare betonade att detta ska gälla alla patienter, inte endast de som har en anställning.

Önskar generellt att Fk vore snabbare och mera aktivt deltagande i processen med arbetsinriktad rehabilitering. Ofta går mycket lång tid innan Fk agerar. Önskar även att Fk vore mera aktiv i att kontakta patienten och själva träffa patienten. (ID 1983)

Det borde vara möte mellan FK, Soc, läkare, patient precis som vid avstämningsmöten och man borde se till patientens hela situation och vad som är bäst ur helhetsperspektiv. (ID 1427)

V.4. Mer kompetens och professionalitet hos handläggare

Läkare beskrev olika önskemål som relaterade till mer professionalitet hos Försäkringskassans handläggare. Dessa önskemål var av varierande slag. Ett önskemål som många läkare uttryckte handlar om att handläggare måste bli bättre på att göra individuella bedömningar av sjukskrivningsärenden, och inte använda FMB som en ”lag”, ett önskemål som beskrivs närmare i en tidigare rapport från projektet⁷. Ett annat önskemål som många läkare skrev handlade om bättre medicinsk kompetens i allmänhet, så att handläggare bättre kan förstå komplexiteten och vad olika diagnoser och behandlingar kan innebära för patientens arbetsförmåga och ibland även för överlevnad. Det finns också kommentarer med mer specificerade önskemål, som att det skulle behövas handläggare som har mer kunskap inom olika diagnosområden, såsom neurologiska sjukdomar, cancer, psykiska besvär, ortopediska besvär etc. Dessa önskemål uttrycktes även om försäkringsmedicinska rådgivare (FMR). Det finns även önskemål om att utbildningar av handläggare gärna fick genomföras i samverkan med sjukvården för att öka den ömsesidiga förståelsen.

Jag efterlyser subspecialisering av handläggare, dvs ett antal handläggare ska endast arbeta med neurologi, andra med psykiatri, ortopedi etc. En erfaren handläggare vet att tex ALS har mkt dålig prognos. Det känns olustigt att skriva att pat sannolikt inte lever sjukskrivningens längd ut... En erfaren handläggare kan läsa mellan raderna och ana att 'prognosis pessima' inte borgar för att pat kan återgå i arbete... (ID 2917)

Gemensamma utbildningstillfällen [med FK] vore av stort värde! Alltid bra att ha, få höra den andra sidans syn på saken. (ID 2874)

Andra önskemål från läkare som relaterade till mer professionalitet handlar om att handläggare bör bli bättre på att bedöma vart och vem de ska rikta sina frågor till; att inte belasta sjukvården med basala medicinska frågor utan istället använda sig av Försäkringskassans medicinska rådgivare (FMR) eller annan erfaren personal inom Försäkringskassan. Önskemålen kring ett mer professionellt handläggarskap handlar också om ökad tydlighet i roller och att handläggare utövar sin roll med större professionalitet och noggrannhet, t.ex. att inte begära kompletteringar om uppgifter som de redan har fått samt att de ska kunna redogöra för bedömningar och beslut. Andra aspekter som berör mer professionalitet handlar om ett bättre bemötande av såväl läkare som patienter.

V.5. Bättre kommunikationsvägar

En annan kategori innehåller förslag om hur handlägningsprocessen av sjukskrivningsärenden och samverkan kan förbättras genom bättre kommunikationsvägar. Ökad transparens och begriplighet i handläggningen är någonting som läkare beskrev kan leda till ökad rättssäkerhet och mindre risk för godtyckliga beslut. Denna kategori innehåller tre subkategorier, nämligen V.5.a. Förbättrad kommunikation via den digitala fråga/svar-funktionen, V.5.b. Intyg och V.5.c. Tydligare kommunikation och motiveringar i bedömningsprocessen.

V.5.a. Förbättrad kommunikation via den digitala fråga/svar-funktionen

Läkare gav olika förslag på hur kommunikationen via fråga/svar-funktionen kan förbättras som ett sätt att få till bättre handlägningsprocess. För att undkomma de svårigheter med meddelanden genom fråga/svar-funktionen, som redogjorts för mer utförligt i en tidigare rapport från projektet⁷¹ gav läkare förslag på hur de skulle kunna få notiser om att meddelanden inkommit, t.ex. via brev, e-post, vidimerings/signeringskorgen i journalen, eller dylikt. Ett annat förslag var att sådana frågor gick till kliniken eller mottagningen mer centralt, eftersom de annars missas, t.ex. om läkaren har slutat, gått på längre ledighet, etc.

Andra önskemål för att förbättra den digitala kommunikationen handlade om att kunna använda fråga/svar-funktionen för att ha en dialog med handläggare. Exempelvis efterfrågades att kunna initiera kontakt med handläggare även om denne inte skickat ett meddelande – det nuvarande sättet att förmedla önskemål om kontakt med handläggaren, nämligen att ange detta i läkarintyget, svarade en femtedel (22 %) av läkarna att inte fungerade; handläggaren kontaktade dem inte. Läkare önskade även få namn och kontaktuppgifter på handläggare, t.ex. när en handläggare begär kompletteringar av läkarens intyg.

I den nuvarande journalen (webdoc) kan FK skriva frågor till mig och jag kan då svara. Dock kan inte jag skriva en fråga till FK (annat än på sjukintyget) (ID2122)

Önskvärt att man får en namngiven person (telefonnummer) på FK som man kan kontakta om man behöver fråga. (ID2478)

V.5.b. Intyg

En annan subkategori avseende önskemål om bättre kommunikationsvägar är relaterade till läkarintygen. En stor andel av dessa fritextsvar handlar om en önskan om förenklade och/eller standardiserade intyg för okomplicerade eller kortare sjukskrivningsärenden – något som flera läkare har erfarenhet av från tidigare⁶³. Andra önskade en mall med standardtexter att använda vid enklare/tydligare sjukskrivningsfall.

Det borde finnas ett förenklat intyg för fall med uppenbar (även för FK) grund för sjukskrivning, som t.ex. nyopererade patienter. (ID 1075)

Vissa diagnoser/skador inom ortopedin borde inte behöva att man förtydligar/beskriver funktions-nedsättning när man t ex har ett fysiskt krävande jobb. Det borde vara mera standardiserat t ex fotledsfraktur/handledsfraktur. (ID 4344)

Jag tror att det skulle underlätta väsentligen för mig om jag fick avsatt tid till att skriva sjukintygen om sjukintygen kunde förenklas för "lättare"/kortvariga sjukskrivningar t ex om det fanns en "mall" för "standard-sjukskrivningar" t ex efter okomplicerad blindtarmsoperation. (ID 6903)

Andra önskemål var att kunna skriva mer utförligt i intyget, dvs. möjlighet att skriva in fler tecken, eller att kunna ange flera sjukskrivningsdiagnoser i en del fall när detta ännu inte var tekniskt möjligt i aktuellt elektroniskt intyg. Det fanns också önskemål om diagnosspecifika intygsmallar för vanligt förekommande diagnoser samt om att införa kryssalternativ i intyget, exempelvis gällande arbetsförmåga, något som beskrevs skulle spara tid och leda till mer likvärdiga och rättssäkra bedömningar. Andra läkare skrev att de önskade ett enklare intyg under patienters rehabiliteringsperiod.

Vidare är Sjukintygen inte utformade för att kunna beskriva och förklara psykiska tillstånd. Antalet tecken som får skrivas i varje ruta är alltför begränsat för att det ska gå att ge en uttömmande bild till en person utan kunskap och inlevelseförmåga om tillståndet. I mitt journalsystem fungerar det inte att skriva på extrasidor. Dessa försvinner och kan inte länkas till intyget. Förändra intyget så att det blir användbart också för oss som ska skriva det. (ID 2088)

Själva blanketten för intyget skulle kunna göras om så att FK får de frågor besvarade som man bedömer viktigast genom att man kryssar i svar som passar bäst. (ID 1779)

Mer detaljerad sammanställning av de olika önskemål läkare har när det gäller kommunikation med Försäkringskassan via intyg finns i vår tidigare rapport om detta^{71, sid 4}.

V.5.c. Tydligare kommunikation och motiveringar i bedömningsprocessen

En annan subkategori gäller önskemål om tydligare kommunikation i Försäkringskassans handläggnings- och bedömningsprocess bl.a. avseende texten i begäran om kompletteringar. Läkare önskade att handläggare skulle sluta skicka långa standardtexter där frågorna till läkaren var svåra att utläsa, och istället formulera frågorna på ett sätt så att läkare förstår frågorna och även varför dessa uppgifter behövs för bedömningen i ärendet.

Snälla, ta bort standardsvaret som kommer med kompletteringarna, onödig text som man alltid går i fällan och måste läsa igenom. Önskar koncisa frågor vid komplettering, o relevanta. (ID 6744)

Jag är osäker på vad som gör ett intyg tillräckligt tydligt. Å ena sidan vill jag använda så få skattefinansierade minuter till att formulera ett intyg, å andra sidan vill jag inte riskera att behöva komplettera. Vid kompletteringar vill jag ha tydligt formulerade frågor, t.ex. 'Varför kan inte pat utföra kontorsarbete?', inte uppmaningar om att förtydliga fält x. (ID 6553)

Ett annat önskemål relaterat till bedömningsprocessen handlade om att Försäkringskassan bör bli bättre på att motivera de beslut som tas. Denna kategori innehåller också önskemål om tydligare kommunikation gällande Försäkringskassans beslut. Nedan ges ett sådant exempel.

Information till FK tjänstemän att de rimligtvis ska kunna motivera varför de gör avsteg från [FMB] när vi måste motivera. (ID 0040)

V.6. Snabbare handläggningsprocess

Ett annat önskemål gällande processen handlar om kortare handläggningstider när det gäller sjukskrivningsärenden. Långa handläggningar och sena avslag innebär problem för såväl läkare som patienter (se temat Rättssäkerhet; G.2. sid. 122)

Önskar att FK kunde BESLUTA att pat INTE får sjukintyget godkänt på ett tidigare stadium än nu. (ID 2605)

Jag tycker att de måste vara snabbare i sina handläggningar. (ID 3274)

Det skulle underlätta om besluten kommer snabbare. Om jag utfärdar ett intyg, patienten stannar hemma, och sedan får veta att de får avslag hamnar jag i en sorts gisslan-situation eftersom ett kraftfullare intyg från min del i det läget blir det enda sättet för patienten att få pengar för den period de varit hemma och många av mina patienter har en ansträngd ekonomi så någon vecka utan lön kan vara katastrof. (ID 6181)

Läkarna gav inte förslag om *hur* detta ska uppnås – t.ex. om det ska ske via mer resurser till Försäkringskassans administration, förändrade rutiner i handläggningen eller i samverkan, etc. Det konkreta förslag som kan hänvisas hit gällde högre kompetens bland handläggare. Som framgår av nästa kategori fanns det motsvarande önskemål om kortare ledtider inom hälso- och sjukvården, en organisation läkarna har betydligt bättre kunskap om, vilket torde vara orsaken till att det fanns betydligt fler konkreta förslag om hur detta skulle uppnås.

V.7. Mer resurser till sjukvården för att hantera sjukskrivningsärenden

En annan kategori handlade om önskemål om bättre organisatoriska förutsättningar och mer resurser till hälso- och sjukvården för att bättre kunna hantera sjukskrivningsärenden. Läkare beskrev att flera svårigheter som de upplever i samverkan med Försäkringskassan beror på att de inte har tillräckligt med resurser för att hantera dessa ärenden. Därför fanns önskemål om mer resurser i form av tid, mer personal, snabbare tillgång till behandling och utredning, tillgång till personer med god försäkringsmedicinsk kompetens samt bättre egen sådan kompetens. Dessa faktorer beskrevs kunna underlätta hanteringen av sjukskrivningar och därmed också samverkan med Försäkringskassan. Dessa önskemål har delats upp i tre subkategorier, V.7.a. Mer tid för att skriva sjukintyg och bättre tillgång

till behandling, utredningar, och bedömningsinstrument, V.7.b. Rehabkoordinatorer och V.7.c. Bättre kompetens för läkare.

V.7.a. Mer tid för att skriva sjukintyg och bättre tillgång till behandling, utredningar och bedömningsinstrument

En subkategori inom kategorin mer resurser till vården handlar om önskemål om mer tid. En mycket stor del saknade även tid för kompetensutveckling, handledning och reflektion avseende sjukskrivningsärenden – de flesta (75 %) hade aldrig detta trots önskemål om det¹. I fritextsvaren beskrev många läkare att den tid som finns tillgängligt för varje patientbesök inte är tillräcklig för att hinna både undersöka och behandla patienten, lägga upp en vårdplan/handlingsplan, hantera samverkan med andra *och* hinna skriva välformulerade sjukintyg.

Mer tid för att sköta det administrativa vid sjukskrivning behövs, men finns ej. (ID 0297)

Primärvården i Sverige behöver bemannas med tillräckligt med fasta läkare med specialitet i allmänmedicin, för att skapa bättre möjligheter till besökstid, återbesök och bättre patient-läkarkontinuitet. Detta behövs för förbättrade läkarintyg samt ger ökad tid för samråd med arbetsgivare/FK/AF. (ID 1012)

Det som förstås skulle förbättra situationen vore om det fanns återbesökstider som att man kunde verkligen värdera patientens funktion, diskutera alternativ och sjukskriva efter kontakt med SGY/ARB/psykolog och ev. FK. Vi sköter tyvärr många sjukskrivningar bara på telefon eftersom det inte finns tid för återbesök, något som är knappast optimalt eller rätt. (ID 4457)

Läkare beskrev också att det behövs mer resurser som kan ge snabbare tillgång till utredning, behandling och rehabilitering. De långa väntetiderna som förekommer till vissa operationer, för utredningar och för kontakt med kuratorer/terapeuter behöver kortas, eftersom sådana väntetider beskrevs leda till längre sjukskrivning – och ibland försvårar rehabiliteringsprocessen då reglerna för bedömning av rätt till sjukpenning förändras vid t.ex. 90- och 180-dagarsgränsen.

För att få en fungerande vård och sjukskrivningsprocess behövs en bättre kringstruktur med god tillgänglig paramedicinsk kompetens som snabbt kan handlägga patienter med den kompetens patienterna behöver. Det behövs även ett snabbare samarbete med sjukhuskliniker då vårdgarantin (som ofta inte hålls) kan innebära 3 månaders väntetid och sjukskrivning i onödan, vilket skapar ytterligare ohälsa då ingen mår bra av att gå hemma. (ID 5620)

Brist på kurator, psykolog (och ibland sjukgymnast) gör att sjukskrivningar kan bli onödigt långa. Skulle önska ett bra rehabiliteringsteam för utmattningssyndrom särskilt. Brist på psykiatrisk bedömning/uppföljning kan ibland förlänga sjukskrivningar. (ID 0049)

Brist på återbesökstider, väntetider till utredning och behandling samt tillgång till annan adekvat behandling/rehabilitering var orsaker till att läkare sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt^{1, sid 76}. (Som framgår av Figur 71 var även väntetider till utredning hos Försäkringskassan en sådan anledning).

I samtliga enkäter har en mycket stor andel av läkarna svarat att de önskar bedömningsverktyg och bedömningsmallar som stöd i att göra bedömningar, exempelvis gällande funktion, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga¹. Det fanns även fritextsvar om detta.

Jag önskar också bättre o snabbare verktyg att värdera en patients funktions- o aktivitetsbegränsningar. Nu blir det många gånger rena gissningar där patientens egna ord väger tungt. (ID 0989)

De försäkringsmedicinska kurser jag har varit på har inte haft stort praktiskt värde utan mer som en utspridning av information som finns på websajten. Skulle gärna vilja ha praktiska exempel på hur en långtidssjukskrivning går till, vem man kan få hjälp med bedömning av arbetsförmåga mm som är mer riktade till läkare. /.../ En gemensam mall för arbetsförmågebedömning skulle vara ett bra sätt att standardisera sjukskrivningar mellan olika läkare. Upplever mest att det är svårt att bedöma svårighetsgraden för subjektiva besvär, för ibland kan man lätt överdriva sådant, såsom smärta och psykisk trötthet. (ID 6246)

V.7.b. Rehabkoordinatorer

Läkare hade olika typer av önskemål och förslag vad gäller den nyligen tillsatta funktionen rehabkoordinator. En del önskade en sådan vid sin arbetsplats; andra såg fram emot att de snart skulle få en. Bland läkare som hade ett pågående eller tidigare samarbete med rehabkoordinator, uttrycktes önskemål och förslag kring rehabkoordinatorernas kompetens, funktion och roll. Det fanns även önskemål om i vilka sjukskrivningsärenden rehabiliteringskoordinatorer skulle användas, t.ex. de mer komplexa och inte de som troligen kommer att kunna återgå i arbete utan insatser – snarare än för patienter som av egen kraft ändå kommer att återgå i arbete. Många läkare önskade underlag för sina försäkringsmedicinska bedömningar från rehabkoordinatorer, liksom från kuratorer/psykologer och fysioterapeuter/arbetsterapeuter'.

Rehab-koordinator-funktionen bör byggas ut och hen bör bli inkopplad/se alla sjskr och "ha rätt" per automatik att blanda sig i ärendet. (ID 3298)

Vi hade koordinator, men hon slutade. Det märks en stor skillnad. Det är mycket vanligt med sjukskrivning fram till återbesök, som inte infaller i tid. I majoriteten av fallen tror jag att det innebär helt onödiga heltidssjukskrivningar. Här saknar jag verkligen en rehabkoordinator. (ID 3793)

V.7.c. Bättre kompetens för läkare

Både från svar på de specifika enkätfrågorna och från fritextsvaren är det tydligt att läkare önskar bättre egen försäkringsmedicinsk kompetens'. Det fanns många sätt man önskade få detta via, såsom kurser, handledning, etc. Sådana fritextsvar handlade om att läkare behöver mer kompetens i att göra bedömningar av funktion, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga, andra efterfrågade kunskap om handläggningsprocessen och andra aspekter av försäkringsmedicin. Ett brett spektrum av förslag på olika former för sådan kompetensutveckling framkom; kurser, korta föreläsningar, längre utbildningar, lunchmöten, handledning, träffar med handläggare, etc. Några beskriver bra erfarenheter av t.ex. AT/ST utbildningar, andra att dessa behöver förbättras, liksom försäkringsmedicin under grundutbildningen. Majoriteten av läkarna hade tidsbrist när det gäller möjlighet till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin (52 % varje vecka år 2017¹, sid 117, 200)

Det behövs flera kurser med bra övningar och gott om tid för diskussioner. Ni kunde ju se till att ALLA ST-läkare behöva gå denna kurs åtminstone. Under AT borde det finnas en stor utbildningssatsning ang funktionsbedömningar och aktivitetsnivån. Det finns en kurs, men det borde finnas mera övningar, och diskussioner. NU kommer det in under Primärvårdsblocket, men det är för sent. Lägga den tidigare med uppföljande insatser under psykiatri och primärvård. Fallexempel, diskussioner om hur man gör och varför och hur man kan förbättra detta, hur det är att hamna i konflikt med patienter etc. (ID 2163)

Kontinuerlig utbildning till alla medarbetare, det skulle bli bra. På min arbetsplats finns internutbildning och man kan fundera att vi under denna vecka har även utbildning om sjukskrivningar, FMB osv. med en kompetensperson. Jag vill jättegärna utveckla min kunskap när det gäller sjukskrivningar. (ID 3062)

Önskar att Försäkringskassan bedrev utbildningsverksamhet i form av föreläsning för läkare på sjukhus. Som färdig specialist är kurser över flera dagar ej aktuellt men viss löpande fortbildning behövs ändå. (ID 4504)

Som AT läkare ingick försäkringsmedicinsk grundkurs på 2 dgr, tycket att man fick klarhet i handlägningsprocessen, frågor besvarades, sjukskrivningsprocessen underlättades. Hade varit bra om liknande kurs kunde hållas på landstingen. Jag tror det hade underlättat vårt samarbete och förståelse för varandra och patienten sjukskrivningsbehov. (ID 6857)

FK o AF borde regelbundet komma ut till kliniker på lunchmöten o uppdatera/undervisa om de olika delarna i/vid sjukskrivningsprocessen. Även förmedla nyheter. Har knappast tid att sätta mig o läsa på deras hemsidor, oavsett hur mkt information som finns där. Tar för lång tid att hitta information. (ID 4259)

V.8. Bättre information

En ytterligare kategori handlade om att läkare önskade bättre och tydligare information. Inom denna kategori fanns två subkategorier; V.8.a. Information och riktlinjer avseende optimal hantering av sjukskrivningsärenden samt V.8.b. Bättre information till allmänheten om sjukpenningförsäkringen.

V.8.a. Information och riktlinjer avseende optimal hantering av sjukskrivningsärenden

Ett vanligt förekommande önskemål från läkare var tydligare information och riktlinjer avseende optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Det kan handla om att information samlas på ett eller ett fåtal ställen, eller att det finns tydligare policy kring hur läkare ska tänka kring deltidssjukskrivning.

Det skulle vara av stort värde att samla all information om bästa sättet att handlägga sjukskrivning på en enda internet-sida/adress. Nu tittar jag i FMB på Socialstyrelsens hemsida, på intranätet i Regionen för hjälp att skriva bra intyg för olika diagnoser med förslag på ICF-koder. På denna internetsida skulle även den utredning/beh./rehab. som är mest lämplig vid olika diagnoser också beskrivas. Det är lätt att missa någon del när du har enbart ett 30 min besök för samtal, status, planera behandling/utredning/rehab/arbetsåtergång SAMT skriva ett bra intyg. (ID 2083)

V.8.b. Bättre information till allmänheten om sjukpenningförsäkringen

Den andra subkategorin här handlar om att läkare önskade att allmänheten och patienter ska få mer kunskap om sjukpenningförsäkringen, om vad som gäller för att kunna få sjukpenning, med förtydligande information om patientens rättigheter och skyldigheter och om olika aktörers roll i sjukskrivningsprocessen. Detta menar läkare skulle underlätta deras arbete, spara tid, förtydliga rollerna och i förlängningen förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. I de tre senaste enkäterna, år 2008, 2012 och 2017 har hälften av läkarna svarat att sådan information till allmänheten skulle ha stort värde – detta är faktiskt den enkätfråga som störst andel av läkarna har svarat att skulle ha ett stort värde för kvalitén i deras sjukskrivningsarbete^{1. sid 197}.

Många läkare beskrev i fritextsvaren att de fick lägga tid på att förklara sjukskrivningssystemet för patienter. Man önskade bättre information till patienter så att läkaren inte skulle behöva göra detta. Det fanns bl.a. konkreta önskemål om kampanjer, broschyrer, etcetera. Nedan följer några exempel på sådana citat.

Jag tror att man med information till allmänheten skulle kunna göra mycket för vår arbetssituation kring denna fråga. T ex. informera att man inte har rätt till ett visst antal sjukskrivningsdagar, att det jag skriver är en rekommendation, men att det är Försäkringskassan som avgör om den godkänns eller inte. (ID 5450)

Många patienter anser att de har rätt att bli sjukskrivna, blir förvånade när de inte får ett sjukintyg. Man borde informera allmänheten om att en patient har skyldighet att medverka i att bli frisk igen. (ID 3125)

Det skulle vara önskvärt att man tydliggör för allmänheten vad man har för rättigheter och skyldigheter i samband med en eventuell sjukskrivning och vilken roll den behandlande läkaren har. Många gånger upplever jag att patienterna uppfattar det som en rättighet att bli sjukskrivna och att det är jag som behandlande läkare som ska verkställa denna rättighet. (ID 3643)

MEN, allra viktigast är information till allmänheten! Kampanjer om sjukskrivning, rättigheter, möjlighet, läkarens roll mm. Det vore bäst för alla för att spara tid och energi inom sjukvården så att patienten har realistiska förväntningar. (ID 5969)

Sammanfattning av temat Önskemål och förslag

De önskemål och förslag som läkarna gav uttryck för i fritextsvaren handlar om en generell önskan om bättre samverkan, där mer personlig kontakt med handläggare var ett tydligt övergripande önskemål. Framförallt önskades detta via avstämningsmöten, samverkansmöten, eller telefonsamtal. Läkare skrev också att de önskar ett ökat förtroende mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Andra önskemål handlade om mer professionalitet hos handläggare, vilket inkluderade ett mer professionellt bemötande av patienter och läkare, bättre medicinsk kunskap, mer tydlighet i roller och att på olika sätt utöva handläggningen med större professionalitet och noggrannhet vilket läkare menade skulle leda till mer rättssäkerhet.

Ett förslag handlade om snabbare handläggning av, och tidigare beslut i, sjukskrivningsärenden. Det fanns också önskemål om att Försäkringskassan ska ta sitt samordningsansvar i större utsträckning; utreda om patienten är i behov av ytterligare insatser och att i så fall samordna sådana, samt att följa upp att överenskommelser om insatser efterföljs.

Önskemål relaterade till bättre kommunikationsvägar inkluderade att kommunikationen via e-intyget samt fråga/svar-funktionen kan förbättras på olika sätt, där läkare också hade förslag om förenklade och/eller standardiserade intyg för okomplicerade eller kortare sjukskrivningsärenden. Andra förslag handlade om bättre logistik för att kunna nå handläggare per telefon eller dylikt, via information om kontaktuppgifter, särskild telefonlinje, längre öppettider, etc.

Ett starkt önskemål som framträder i fritextsvaren gällde mer resurser till hälso- och sjukvården, t.ex. för att få mer tid för att hantera intygsskrivande, kortare väntetider till olika former av utredningar och behandlingar, införande av rehabkoordinator, eller egen försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

Läkare önskade även insatser för att allmänheten skulle få bättre kunskap om sjukpenningförsäkringen, så att patienter är bättre insatt i sina rättigheter och skyldigheter och om olika aktörers roll i sjukskrivningsprocessen. Detta menade läkare skulle underlätta skrivningsarbetet och dialogen med patienterna, som också skulle få mer rimliga förväntningar på försäkringen.

Avslutande kommentarer

Övergripande resultat av studien återfinns i sammanfattningen på sidan 2 samt i slutet av vart och ett av de 22 avsnitten i resultatdelen. Här ges några övergripande kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

Syftet med studien har varit att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av samverkan med, samt uppfattning om Försäkringskassan. Sådan kunskap behövs för ökad förståelse om Försäkringskassan som samverkanspart. Såväl kvantitativa som kvalitativa analyser har genomförts av svar på specifika enkätfrågor och av drygt 15 000 fritextsvar från de 13 750 sjukskrivande läkare från hela landet som år 2017 svarade på en enkät om deras arbete med sjukskrivning av patienter. Jämförelser med resultat från motsvarande enkäter från tidigare år har också genomförts.

Av enkätsvaren framkom, som framgår i sammanfattningen, ett flertal faktorer som kan antas ha betydelse för läkares samverkan med och uppfattningar om Försäkringskassan. Resultaten visar att 53 procent av de sjukskrivande läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var ganska eller mycket nöjda med kontakten. Samtidigt rapporterade 77 procent minst en typ av svårighet i samverkan med Försäkringskassan. Dessa svårigheter handlade om logistiska problem såsom närhet, bemötande från Försäkringskassan, kommunikation, kompetens inom Försäkringskassan, begäran om kompletteringar, förutsägbarhet och rättssäkerhet. Upplevelsen av svårigheter varierade mellan olika typer av kliniker. Framförallt bland läkare på vårdcentraler, men även i företagshälsovård och ortopedi, upplevde en stor andel olika svårigheter i samverkan med Försäkringskassan. I analyserna av

fritextsvaren framstod även ytterligare fem övergripande teman, som handlade om förändringar över tid, emotioner, konsekvenser, och om läkares strategier, önskemål och förslag.

Resultaten visar att det föreligger en klar förbättringspotential, både avseende resurser och förutsättningar inom hälso- och sjukvården samt Försäkringskassans processer och professionalitet, för att förbättra samverkan och dialog mellan läkare och Försäkringskassan.

Kommentarer om metoden

Mer ingående genomgång av metodologiska aspekter av enkäten finns bl.a. i huvudrapporten för 2017 år enkät^l. Studien har baserats på svar i enkäter om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Frågorna har täckt flera olika aspekter av detta arbete, dvs. inte bara läkares samverkan med Försäkringskassan, dock har ett flertal frågor i enkäten handlat om olika typer av kontakter med Försäkringskassan, uppfattning om dessa kontakter och svårigheter i kontakterna. Om fokus enbart hade varit på samverkan med Försäkringskassan i läkares handläggning av sjukskrivningsärenden hade möjligtvis deltagandet och svarsmönstret sett annorlunda ut.

Denna studie och de tre tidigare motsvarigheter som genomfördes år 2004, 2008 respektive 2012, är de hittills, utan jämförelse, största om läkares arbete med sjukskrivning, nationellt såväl som internationellt. En styrka i enkäten är att samtliga läkare vid relevanta kliniker i hela landet inkluderats i enkätstudierna, inte ett urval. (Ett undantag var år 2004, då enkäten riktades till läkarna i Stockholms län och Östergötlands län).

Svarsfrekvensen för 2017 års enkät var drygt 54 procent, vilket är lägre jämfört med tidigare år (71 % 2004, 61 % 2008, 58 % 2012). Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvenser minskar i enkätstudier^{164, 165}. Svarsfrekvensen får dock betraktas som god, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu. Läkare som kontaktade oss under datainsamlingen berättade att de varje vecka fick enkäter de ombads att besvara. Att så pass stor andel av läkarna ändå svarade på enkäten med dess 133 frågor kan då tolkas som att majoriteten av läkarna finner ämnet angeläget och viktigt. Som ofta i enkäter var svarsfrekvensen högre bland kvinnor och äldre personer^l. De data vi erhållit från SCB har varit avidentifierade varför vi inte kunna kontakta läkare som valt att inte delta på frågor om orsaker till detta. Det går därför inte att uttala sig om huruvida de läkare som valt att inte svara upplever samverkan med Försäkringskassan som mer eller mindre problematisk än de som har svarat. Dock kan det anses vara ett tillräckligt stort antal läkare som deltagit för att ge en bild av olika svårigheter som läkare kan uppleva i samverkan med Försäkringskassan och för att ge underlag för åtgärder.

De fyra olika enkäterna är *tvärsnittsstudier*. Det innebär att jämförelser över tid kan göras på grupp nivå, inte individ nivå. Samtliga våra data är avidentifierade, dvs. vi kan inte studera utveckling över tid för enskilda individer. Även om vi kunnat detta hade jämförelser över tid på grupp nivå varit att föredra. Detta eftersom en stor andel av de som var yrkesverksamma år 2004 inte längre var det 2017, medan ett flertal läkare tillkommit år 2017. Det innebär att även om vi kunnat följa personer över tid, hade de inte varit representativa för den yrkesverksamma läkarkåren.

Det finns, som framgår av bakgrunden, olika sätt att se på, definiera och operationalisera samverkan. Här beaktar vi dels erfarenheter av den direkta *samverkan* som sker mellan två olika yrken och från två olika organisationer (läkare och handläggare), dels förutsättningar och former för samverkan på organisatorisk nivå. I enkäterna finns ett flertal frågor om hur samverkan med Försäkringskassan sker, om syn på samverkan och om svårigheter i kontakten med Försäkringskassan – dvs. om faktorer som kan påverka samverkan och kan användas för att belysa olika aspekter av samverkan. Dessa frågor har utvecklats genom input från tusentals läkare, från representanter från hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKR liksom med företrädare från olika läkare och läkarorganisationer^l. Resultaten från analyser av fritextsvaren fördjupar förståelsen av de olika aspekter som det finns enkätfrågor om. Fritextsvaren ger även information om andra aspekter än de

som vi haft enkätfrågor om när det gäller samverkan med respektive uppfattning om Försäkringskassan.

Av de läkare som valde att skriva *fritextsvar* om Försäkringskassan uttryckte flertalet missnöje med en eller annan aspekt i sin samverkan med Försäkringskassan. Detta kan bero på att många av de som angav att de var nöjda med kontakten inte ansåg att de behövde skriva ytterligare kommentarer om det. Det kan också bero på att det framförallt var efter frågor om problem eller svårigheter som läkaren ombads förtydliga eller ge kommentarer till – detta gällde även annat än kontakter med Försäkringskassan. Listan om möjliga svårigheter i kontakten med Försäkringskassan avslutades med 'Annat', där läkaren ombads förtydliga detta svar. Ett flertal av kommentarerna gällde dock de redan listade svårigheterna, där läkare gav fördjupad information och exempel på dem. Att fler läkare som gav fritextsvar också är mer missnöjda i sin kontakt med Försäkringskassan kan också bero på att de läkare som upplevde flest svårigheter eller var minst nöjda med sin kontakt var de som såg det som mer angeläget att vidareutveckla sina svar och ge ytterligare kommentarer, med förhoppning om att det skulle leda till förändringar.

I 2017 års enkät skrev 51 procent av läkarna in drygt 15 500 fritextsvar på de olika utrymmena som fanns för det i enkäten. År 2012 var den andelen betydligt lägre (31 %) ⁶. Detta kan bero på att det både i webenkäten och i pappersversionen 2017 fanns fler utrymmen att skriva egna kommentarer i jämfört med år 2012 då den möjligheten endast fanns på sista sidan. En annan anledning kan vara att fler läkare hade upplevelser eller åsikter, vilka ofta var av negativt alternativt kritisk art, som de ville förmedla år 2017. Detta kan tolkas som ett tecken på den försämrade samverkan mellan läkare och Försäkringskassan under de senare åren, som även framkommit på andra sätt och där regeringen uppmärksammat i det s.k. dialoguppdraget ^{7,8}. För att hantera det mycket stora antalet fritextsvar och för transparens i analyserna har dataprogrammet NVivo använts.

Svaren som läkarna har angivit är möjliga att kategorisera på fler sätt än de vi valt, och andra benämningar av teman och kategorier hade kunnat användas. De olika begrepp vi har använt oss av för teman, kategorier och subkategorier är baserade på ordval som förekommer i enkäten och i fritextsvaren. En kommentar kan vara relevant inom flera teman och kategorier, detta gäller exempelvis teman som handlar om FMB eller långa handläggningstider. Kommentarer som rör exempelvis hur långa handläggningstider försvårar förutsägbarheten i samverkan har placerats under det temat medan kommentarer som rör rättssäkerhetsaspekter av långa handläggningstider har kategoriserats under temat rättssäkerhet. I största möjliga mån har vi dock försökt använda kategorierna uteslutande, och under de kategorier där kategorier eller subkategorier återkommer inom flera teman har vi angivit dessa med sidhänvisning. I en tidigare studie om läkares erfarenheter av FMB framkom att många läkare trodde att det var Försäkringskassan som tagit fram FMB, man skrev bl.a. om 'Försäkringskassans FMB' ⁷. Den typen av kommentarer har inte inkluderats i analyserna i denna studie. Resultaten från den rapporten har dock beaktats i förslagen till utvecklingsområden nedan.

Trots enkätens omfattning (133 frågor) valde ett mycket stort antal läkare att ge mer information om de specifika svårigheter de kryssat i att de upplevt de senaste 12 månaderna. Som framgår av resultatdelen kommenterade många även andra aspekter av samverkan med Försäkringskassan. Förutom att besvara studiens frågeställningar gällande hur läkare upplever samverkan med Försäkringskassan, har vi även kunnat fånga andra viktiga teman i data vilket ger en fördjupad förståelse för exempelvis förändringar över tid, organisatoriska förutsättningar eller vilka konsekvenser olika brister i samverkan innebär, dels för läkare och hälso- och sjukvården i stort, dels för patienter. Detta är ett oerhört rikt material, där många olika aspekter och dimensioner blir tydliga.

Vi hade två frågor om Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg, en om hur problematiskt det var att hantera sådana, en om huruvida det var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att 'FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg'. Man kan diskutera vår

formulering med ordet 'onödiga' i den frågan. Formulering av frågan baserades på fritextsvar i tidigare enkäter och diskussioner med kliniker och referensgrupp. Vi utgick även från att kompletteringsbegäran som upplevdes som 'nödvändiga' inte skulle vara en svårighet i kontakten med Försäkringskassan. Som framgår av resultaten handlar en betydande del av fritextsvaren om problem med kompletteringsbegäran, där många beskrevs som onödiga.

Viktigt är att komma ihåg att svaren och kommentarerna i rapporten reflekterar läkarnas erfarenheter av och uppfattningar av samverkan med Försäkringskassan. Hur samverkan faktiskt skett har vi inte kunskap om via denna typ av datainsamling^{1, sid 13}. Som underlag för åtgärder är dock kunskap om dessa erfarenheter central, då åtgärderna bl.a. behöver utgå från den situation och de problem som faktiskt upplevs av läkarna. Kunskap behövs även om hur Försäkringskassans handläggare har upplevt dessa situationer och sådan samverkan. Upplevelser även från andra hälsoprofessioner, handläggare inom Arbetsförmedlingen och från arbetsgivare skulle kunna ge en annan, än mer kompletterande bild, liksom synpunkter ur ett patientperspektiv.

Enkäten besvarades under perioden maj-oktober 2017 och resultaten gäller alltså förhållanden för samverkan under denna tidsperiod eller tidigare. Vissa förändringar av dessa förhållanden har skett sedan dess. Till exempel ska Försäkringskassan, enligt uppgift, inte längre kräva beskrivning av 'objektiva medicinska fynd' när sådana ej kan observeras vid undersökningen.

Kommentarer om resultat

Här kommenterar vi några av de omfattande resultaten från studien. En sammanfattning av resultaten finns på sidan 2.

Drygt hälften av läkarna var vanligen nöjda med kontakten med Försäkringskassan. Å andra sidan upplevde majoriteten av läkarna olika typer av svårigheter i dessa kontakter. Dessa svårigheter inkluderade logistiska problem såsom nåbarhet, medan andra handlade om kommunikation, bemötande, begäran om kompletteringar av intyg, brister i både den egna och i handläggares kompetens samt om förutsägbarhet och rättssäkerhet i processerna. Det framkom även att andelen läkare som upplevde svårigheter och problem i samverkan med Försäkringskassan ökat jämfört med tidigare år. Ett flertal av dessa problem beskrevs även ha lett till negativa konsekvenser för läkarna, för hälso- och sjukvården i stort liksom för patienter. *Det föreligger med andra ord en stor förbättringspotential inom flera områden när det gäller samverkan mellan läkare och Försäkringskassans handläggare.*

Resultaten speglar situationen under år 2017. Förhoppningsvis har redan en del av de problem som läkare då upplevde hanterats, så att förutsättningar för samverkan nu förbättrats. Här nämns två exempel på sådant som redan har hanterats.

- De första resultaten från denna enkät publicerades 2017¹⁶⁶, där bl.a. den större andel läkare som då upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan redovisades. I och med dialoguppdraget år 2018⁸ gavs Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att förbättra samverkan mellan sjukvården och Försäkringskassan samt att dialogen mellan dem skulle förbättras. Uppdraget fick ett snabbt genomslag genom att Försäkringskassan valde att justera sin verksamhetsplan, bl.a. med en ny målsättning om att antalet avstämningsmöten skulle öka, något som i stor utsträckning efterfrågats av läkarna i enkäten. Antalet avstämningsmöten har också ökat enligt Försäkringskassans rapporter^{78, 167}.

- Nästan hälften av läkarna rapporterade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan är att handläggare 'efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen'. När de resultaten redovisades i december 2017¹⁶⁶ var Försäkringskassan tydlig med att detta inte längre skulle ske. Därför har vi inte fokuserat så mycket på de resultaten i denna rapport.

Studier om förtroende för en organisation har vanligen handlat om medborgarnas förtroende för organisationen, t.ex. Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården^{73, 168, 169}. I denna studie är fokus istället på professionellas (läkares) syn på, inklusive förtroende för, hur handläggare inom

myndigheten Försäkringskassan, hanterar sjukskrivningsärenden. Det innebär att endast synpunkter från en part i samverkan redovisas här, även om flera läkare i sina fritextsvar uttryckte förståelse för utmaningarna i handläggares komplexa uppgifter. Som nämnts i rapportens bakgrund finns det en del studier om läkares arbete med sjukskrivning av patienter^{64, 66, 170-180}. Endast ett fåtal av dessa studerar läkares syn på och upplevelser av samverkan med Försäkringskassan^{35, 44, 181-184}. Antalet studier om hur Försäkringskassans handläggare upplever samverkan med läkare är ännu färre^{25, 38, 44, 184}. Behovet av kunskap här är alltså stort.

I denna och tidigare studier framgår det att organisatoriska förutsättningarna för läkare respektive för handläggare att kunna utveckla, vidmakthålla och tillämpa professionell kompetens avseende sina uppgifter, inklusive samverkan med varandra, behöver förbättras och stärkas^{1, 3, 61, 65, 185, 186}. Resultaten kan tolkas som att de omfattande förändringar som har skett de senare decennierna inom Försäkringskassan, när det gäller inriktning i och former för handläggares arbete med sjukskrivningsärenden, bl.a. för aspekter som berör samverkan, i flera fall inte underlättat samverkan med hälso- och sjukvården^{117, 120, 163, 187}.

Andelen läkare som varje vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska ökade från 2012 till 2017. Det var även en stor ökning i andel läkare som upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, efter en tidigare positiv trend från 2004 till 2012, då dessa andelar minskade. Framförallt var det de långa sjukskrivningsfallen, de som blivit 180 dagar eller längre, som upplevdes som problematiska – liksom bedömning av arbetsförmåga för patienter som inte har ett arbete. I båda dessa situationer ska arbetsförmågan bedömas i relation till 'normalt förekommande arbeten' – något man upplever som ett diffust begrepp och som det fortfarande finns behov av att klargöra^{188, 189}. Ur ett resursperspektiv beskrevs detta som särskilt problematiskt när det var väntetider till utredning och/eller behandling inom sjukvården som gjorde att fallen blev längre än 180 dagar, ett problem som påtalats i omgångar och där lösningar behövs⁵. Även i Försäkringskassans och Socialstyrelsens svar på dialoguppdraget i juni 2019⁴⁸ lyftes behovet av att förmedla kunskap om att det är annan typ av information som behövs i läkarintyget inför och fr.o.m. dag 180 i ett sjukskrivningsfall.

Resultaten visar att de svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som ökat över tid i stor utsträckning handlar om att en större andel läkare upplever att det begärs *onödiga kompletteringar* av deras intyg⁴ – ibland i samband med ett negativt bemötande av läkaren. Dessa förändringar kan relateras till att antalet kompletteringar ökat med 60 procent mellan 2011 och 2017^{5,190}, särskilt när det gäller sjukskrivningar i psykiska diagnoser^{48, 153}. Enligt en aktstudie av 352 läkarintyg för vilka begäran av komplettering gjorts, fann granskarna att begäran om komplettering var onödig i 12 procent av fallen⁴⁸. En annan förändring som beskrevs som negativ var att det förekom färre avstämnings- och samverkansmöten kring patienter.

De svårigheter avseende *nåbarhet* som framkom är välkända problem och ter sig överraskande stora, då problemen tydligt framkommit bl.a. redan i de tidigare enkäterna²⁻⁴. I denna enkät framgår att flera svårigheter för läkare att nå Försäkringskassans handläggare kvarstår eller har ökat, med ett undantag, nämligen att 'det är svårt att få reda på vem du ska prata med'; för den frågan hade andelen som upplevde det minskat till nivån för 2004. Fortfarande ansåg dock var femte sjukskrivande läkare detta (20 %); något högre andel bland vårdcentralsläkarna (25 %). Hälften av vårdcentralsläkarna ansåg att det 'är svårt att komma fram per telefon' – detta har inte förändrats alls sedan 2004. I dessa tider, med goda tekniska möjligheter, bör denna typ av problem gå att lösa. Handläggare uttrycker detsamma

⁴ Andelen som ansåg detta ökade med 19 procentenheter mellan enkätåren 2012 och 2017, (från 37 till 56 %; dvs. en ökning med 51 %). Andelen som 2017 ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att "svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg" var ännu större: 68 %.

⁵ Försäkringskassan har, baserat på ett urval av 5070 av samtliga 1,5 miljoner sjukintyg gällande sjukpenning från hela landet under ett år (ca. tre promille av samtliga intyg), uppskattat att *andelen* kompletteringsbegäranden *inte* har ökat över åren (år 2011 9,3 % av läkarintygen, 2012 7,2 % och år 2017 9,7 %)¹⁹⁰. Då antalet sjukskrivningsfall ökat från 2011 t.o.m. 2017 innebär dock detta att *antalet* läkarintyg, för vilka Försäkringskassan begär komplettering av, ökade med drygt 60 %.

gentemot läkare, dvs. att läkare är svåra att nå per telefon⁴⁸. Flertalet läkare sitter sällan vid en telefon, de är inbokade för att utföra behandlingar, operationer, undersökningar, teamsamtal/ronder, etc. – särskilt under 'kontorstid', dvs. klockan 8-17. Möjligen behövs olika lösningar för detta, beroende på typ av klinisk verksamhet. Eventuellt innebär införande av rehabkoordinatorer att handläggare lättare kan nå någon inom hälso- och sjukvården.

Resultatet om att *deltidssjukskrivningar* upplevs ifrågasättas i större utsträckning än heltidssjukskrivningar framstår också som förvånande. Det finns anledning att studera om Försäkringskassans handläggning avseende detta har förändrats, och om det i så fall är önskvärt. Den strategi som flera läkare beskrev att de använde för att hantera detta var att sjukskriva på heltid istället, något som knappast ligger i Försäkringskassans eller samhällets intresse att främja. Det fanns många beskrivningar om långa eller mycket *långa handläggningstider*, vilket står i kontrast till Försäkringskassans mål om att dessa ska handläggas skyndsamt. Konsekvenserna av de långa handläggningstiderna beskrevs som stora både för läkare men i synnerhet för patienter, och läkare beskrev olika strategier de använde för att hantera detta.

När det gäller *kommunikation* och *bemötande* framkom flera svårigheter; flera läkare upplevde t.ex. ett negativt bemötande i samverkan. Skillnader i språkbruk framkom också som ett problem som ökat över tid – betydelsen av gemensamt språkbruk för optimal samverkan har även påvisats av andra⁴⁶⁻⁴⁸. Många läkare efterfrågar mer personlig kontakt med handläggare. Detta tyder på att när kommunikationen och bemötandet fungerar påverkas samverkan till det bättre, och vice versa.

Svårigheter i samverkan som framkom i både fritextsvar och specifika enkätfrågor är att *handläggare ofta byts ut* samt att *handläggares kompetens* upplevs som bristfällig. Resultaten visar också att en större andel läkare upplevde brister i handläggares kompetens år 2017 än år 2012 (37 % resp 27 %). Detta ska ses i relation till att behovet av bättre kompetens och handlingsutrymme hos Försäkringskassans handläggare uppmärksammats tidigare och att olika åtgärder vidtagits för att hantera detta^{74, 80-82}.

Annat som har betydelse för samverkan är de brister i *förutsägbarhet* och *rättssäkerhetsaspekter* som läkare beskrev. En sådan är att läkare upplevde en *godtycklighet* i handläggares bedömningar, dvs. att handläggning och beslut för patienter med liknande situation skiljer sig åt beroende på vilken handläggare de har. Andra aspekter är upplevelser av att regelverket och fattade beslut är svårtydda samt att handläggare inte använder FMB på rätt sätt, dvs. som en rekommendation som ska individanpassas i bedömningar. Det senare har framkommit även i andra rapporter¹⁹¹.

Regeringen har under det senaste decenniet ändrat inriktningen i sin styrning av Försäkringskassan hela tre gånger, vilket även påverkat inriktningen av styrningen inom myndigheten. Detta gäller såväl former för ledning av, som samverkan mellan handläggare, kompetensutveckling av nyanställda handläggare och vilka som nyrekryteras som handläggare – det senare har fått extra stort genomslag då personalomsättningen under denna period varit mycket stor^{117, 119, 120}. I och med detta har även inriktningen i det som handläggare skulle fokusera på i hanteringen av sjukskrivningsärenden förändrats, såsom att minska antalet avstämningsmöten och att tydliggöra för läkare vilken information som saknas i intygen genom att begära kompletteringar. Medan fokus tidigare låg mer uttalat på förtroende, har fokus senare legat mer på rättssäkerhet och effektivitet. Ett av resultaten i denna studie är starka, vanligen negativa, reaktioner från läkare vad avser effekter av dessa förändringar inom Försäkringskassan för läkarnas samverkan med Försäkringskassan.

Många fritextsvar handlar om att man saknar tidigt etablerad och aktiv samverkan i sjukskrivningsärenden. Fritextsvaren visar att läkare upplever att *Försäkringskassan har nedprioriterat samverkan* och samordning kring sjukskrivna patienter, där läkare exempelvis beskrev att det ordnas färre avstämningsmöten, att handläggare medverkar i färre samordningsmöten, är svårare att få kontakt med, etc. Liknande resultat har visats i andra rapporter och studier. I dessa framkommer det t.ex. att Försäkringskassan valt att med sitt arbete mot målet med 9,0 sjukdagar

prioritera utredningar på bekostnad av samordningsuppdraget¹⁹². Ståhl m.fl.⁴⁴ fann i en studie där elva sjukskrivna personer, fyra läkare, fyra handläggare och fem arbetsgivare intervjuats, att införandet av rehabiliteringskedjan innebar att handläggare blev mindre aktiva i sjukskrivningsprocessen, särskilt vad avser åtgärder för att främja återgång i arbete.

Generellt var det stora likheter i svarsmönster mellan *de fem regionerna*. Det kan dock noteras att när det gäller flera typer av problem och svårigheter hade en något mindre andel av läkarna från Region Mitt upplevt dessa. Läkarna i Region Stockholm hade sjukskrivningsärenden något oftare än i övriga regioner. Det var ofta större skillnader i svarsmönster mellan *olika typer av kliniker* än mellan de fem regionerna. Detta var förväntat, då det ofta finns avsevärda skillnader vad gäller patientkaraktäristika (framförallt vilka åldrar som merparten av patienter har inom olika typer av kliniker: om majoriteten av patienterna är över 70 år är sjukskrivningsfrågor inte lika aktuella) och diagnospanorama. Inte bara typ av diagnos utan även diagnosens allvarlighetsgrad har betydelse för om den innebär funktionsnedsättning respektive påverkar aktivitet, arbetsförmåga eller överlevnad. Exempelvis framkom att en något lägre andel av läkarna vid onkologiska kliniker ansåg att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt (71 % jämfört med 96 % bland vårdcentralsläkarna). En annan skillnad mellan olika typer av kliniker är i vilken utsträckning det finns utvecklade och uppdaterade diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) för de diagnoser som är vanliga där¹⁵⁴.

Inom ramen för dialoguppdraget har Försäkringskassan publicerat resultat från fyra studier⁴⁸. Bland annat ingår resultat från enkätvar från ca 340 handläggare och från tre fokusgruppsdiskussioner, där både läkare och handläggare ingått. Även i dessa studier framgår behovet av en välfungerande samverkan mellan handläggare och läkare i sjukskrivningsprocessen, samt att olika faktorer försvårar detta. Flera resultat från dessa studier går i samma riktning som de i denna studie och det finns en tydlig förbättringspotential när det gäller samverkan. Det framkom bl.a. att handläggare upplever att ”läkare brister i sitt uppdrag att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning”^{48, sid x} vilket har lett till att handläggares förtroende för läkarkåren minskat. Handläggare menade också att de och läkare har något skilda uppfattningar av vad som behöver framkomma i läkarintyget, där handläggare trycker på behovet av information som i större utsträckning beskriver sjukdomstillståndets eller diagnosens konsekvenser, dvs. funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, snarare än information om själva diagnosen. I vår studie framkom att läkare å sin sida anser att det i många fall egentligen framgår redan av diagnosen att patienten inte kan utföra sitt arbete, dvs. basal medicinsk kunskap innebär t.ex. att handläggare bör förstå att en patient som ligger i koma inte kan utföra något arbete, att en patient med gipsat ben inte kan utföra sitt arbete som takläggare, etc. I vissa fall torde alltså arbetsförmågan vara så självklar att läkare inte tycker att de ska lägga värdefull tid på att ingående beskriva detta, istället för att ägna tiden åt behandling av patienter. Hur utförlig informationen om t.ex. funktion och aktivitetsbegränsning som förväntas i intyget är något som förändrats över tid. Hur detta kommunicerats med läkare har också varierat över tid, under senare år har det varierat med handläggares möjlighet till stöd från FMR och sitt team och särskilt med aktuella direktiv inom Försäkringskassan för hantering av ärenden¹¹⁷.

Läkare önskar *bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet*; drygt hälften ansåg att detta skulle ha stort värde. Detta har varit ett återkommande önskemål hos en stor andel av läkarna varje enkätår¹. Det skulle förhoppningsvis innebära att allmänheten har bättre kunskap om systemet och om sina rättigheter och skyldigheter, liksom om läkares. På så sätt skulle inte tid under läkarkonsultation behöva användas till att förklara detta eller till att hantera orealistiska förväntningar från patienter.

En allvarlig konsekvens, inte bara för samverkan med Försäkringskassan utan även för hälso- och sjukvårdens verksamhet i stort, är den beskrivning läkare gav av att *samverkan med Försäkringskassan innebär ett stort arbetsmiljöproblem* för dem. Detta påverkar inte bara den enskilde läkaren utan beskrevs även leda till att flera läkare väljer bort specialiteter där sjukskrivning

utgör en stor del av arbetet, eller t.o.m. slutar vara yrkesverksamma som läkare p.g.a. nuvarande förhållanden. Detta behöver hanteras i hälso- och sjukvården såväl på verksamhetschefsnivå som på högre nivåer. Detta kan också behöva uppmärksammas i olika organisationer regionalt och nationellt, med Socialstyrelsen och Försäkringskassan⁸ och även med SKR, fackliga organisationer, Inspektionen för socialförsäkringarna och andra organisationer som kan ha betydelse såsom Arbetsförmedlingen.

Fokus i denna studie har varit hur läkare upplever samverkan och delvis om hur samverkan sker. Inte på *hur* samverkan organiseras. Flera av resultaten visar dock på brister i hur samverkan organiseras, både på konkret nivå och i ett bredare perspektiv, samt delvis på effekter av samverkan, som den upplevs år 2017. I bakgrunden (sid. 8) beskrivs faktorer som kan hindra optimal samverkan mellan professionella i olika organisationer; flera av dessa framkom i resultaten, och framstår som förbättringsområden.

Många läkare beskrev bristande organisatoriska resurser för att hantera sjukskrivningsärenden, men de adresserade inte vem som är ansvarig för att lösa problemen med denna resursbrist. Det är angeläget att de ytterst ansvariga för ledning och styrning tar sitt ansvar för att komma till rätta med dessa brister – och att detta görs i samverkan mellan berörda organisationer^{1, 62, 63, 65, 113, 193, 194}.

Avslutningsvis vill vi betona att i den absoluta majoriteten av sjukskrivningsärenden fungerar sjukskrivningsprocessen bra⁵⁴ och den absoluta majoriteten av läkarna anser att deras arbete med sjukskrivning är viktigt för patienterna (94 %)¹. Det innebär en bra utgångspunkt för att hantera de problem som finns.

Nedan nämns utvecklingsområden och förslag på åtgärder för att förbättra samverkan.

Utvecklingsområden

Som framgått av ovanstående finns det en stor förbättringspotential när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Många åtgärder pågår för att uppnå detta^{9, 50}. Förhoppningsvis kan nedanstående förslag utgöra underlag för sådana åtgärder, med beaktande av att de har baserats på läkares upplevelser av samverkan. För genomförande av förslagen torde mer resurser behövas till respektive organisation, alternativt omfördelas inom organisationerna.

I studiens fritextsvar framkom en generell önskan om bättre samverkan med Försäkringskassan och om mer respekt och förtroende för varandras kompetens. För en kvalitetssäker, effektiv och likformig sjukskrivningsprocess¹⁵³ är det centralt med en välfungerande och professionell samverkan mellan läkare och Försäkringskassans handläggare^{9, 48, 50}. Nedan har vi sammanställt det som vi ser som utvecklingsområden för att främja sådan samverkan. Förslagen grundar sig i en övergripande analys baserad på resultat från 2017 års enkät, där vi även beaktat relevanta resultat från tidigare rapporter baserade på enkäten⁷¹ och från jämförelser med tidigare enkäter, dvs. från 2012, 2008 och 2004¹.

Vi presenterar först de förslag som gäller Försäkringskassan, sedan de som gäller hälso- och sjukvården, därefter de som gäller båda. Sist presenterar vi sådant som främst Socialstyrelsen ansvarar för, såsom utveckling av FMB och förslag som även gäller andra myndigheter och organisationer.

Flera av förslagen är på en övergripande nivå, andra är mer detaljerade.

Utvecklingsområden; Försäkringskassan

Även om hälften (53 %) av läkarna svarat att de vanligen är nöjda eller mycket nöjda med kontakten med Försäkringskassan var det en större andel (72 %) som beskrev minst en svårighet i kontakten.

Nåbarhet och kommunikation

Många läkare ansåg att en personlig kontakt med handläggare underlättar samverkan i sjukskrivningsärenden, kontakten kan vara per telefon eller i olika typer av fysiska möten. Det föreligger en klar förbättringspotential *avseende logistiken kring hur läkare kan få kontakt med rätt handläggare på Försäkringskassan*. Många läkare uppgav att det var mycket svårt att få

telefonkontakt med handläggare. För att förbättra möjligheten till personlig kontakt med handläggare via telefonsamtal eller möten föreslås:

- Medverka till och delta i fler avstämningsmöten, rehabmöten, samverkansmöten, etc. Sådana möten beskrevs leda till bättre samverkan och förståelse mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och till en bättre process för att främja patientens återgång i arbete.
- Längre öppettider till *Försäkringskassans telefonnummer för partners*, även kvällar och helger (nu endast mellan kl. 9.00-15.00 på vardagar – dvs. tider när läkare har svårt att ringa). Bättre information om partnertelefonnumret till hälso- och sjukvården.
- Förmedla tydliga kontaktuppgifter till handläggaren (namn, telefonnummer), t.ex. när fråga/svar funktionen används.
- När en läkare i intyget indikerar att hen vill ha kontakt med handläggaren i ett ärende bör handläggaren alltid kontakta läkaren för att samverkan ska fungera. (En femtedel av läkarna angav att detta inte sker.)
- Att handläggare svarar på läkares frågor. (Fråga/svar-funktionen uppskattades av många men ansågs också ha bidragit till envägskommunikation där handläggare ställer frågor som läkare är skyldiga att besvara – medan läkare inte kan räkna med att få svar på sina frågor till handläggaren.)
- Det fanns önskemål om att de vårdcentraler eller kliniker som så önskar ska kunna ha en kontaktperson/handläggare vid Försäkringskassan att ställa mer övergripande frågor till. Flera läkare beskrev positiva erfarenheter av detta från tidigare perioder.
- Se över formuleringar i avslagsbeslut, standardbrev och annan *skriftlig information*, vad gäller förhållningssätt och begriplighet.

Begäran om kompletteringar av intyg

Läkare uttryckte förståelse för att Försäkringskassan ibland behöver skicka kompletteringsbegäran för att få rätt information i läkarintyg. Dock upplevdes en stor andel av de begäranden som inkommit som onödiga och resurskrävande och det beskrevs att antalet sådana har ökat betydligt den senaste tiden. Nedan ges förslag till handläggning i samband med att begäran om kompletteringar blir aktuell.

- Handläggare bör i större utsträckning, alternativt i första hand, innan begäran om komplettering skickas till läkaren, *använda* den försäkringsmedicinska kompetens som finns inom Försäkringskassan, såsom *försäkringsmedicinska rådgivarna (FMR) alternativt via seniora kollegor*. I nuläget beskrev många läkare att de lägger mycket tid på att 'utbilda' handläggare i basala frågor om sjuklighet och dess konsekvenser.
- Förbättra utformningen av kompletteringsbegäran, så att läkaren snabbt kan hitta vad som efterfrågas. Frågorna ska vara specificerade till ärendet de gäller. Nu skickas ofta långa standardtexter där det tar tid och är svårt att hitta vad som efterfrågas och ibland är frågan/frågorna baserade på en mall och inte relaterad till det specifika sjukskrivningsärendet.
- Begäran om komplettering bör komma så snart som möjligt efter att intyget skrivs, eftersom det då vanligen innebär mindre arbete för läkaren att komplettera intyget.
- Mindre rigiditet gällande *var* i intyget viss information måste stå är önskvärt.
- Inte begära information om 'objektiva medicinska fynd' där sådana inte kan observeras vid undersökningen⁶.
- När omfattande utredningar efterfrågas i kompletteringsbegäran bör det finnas möjlighet att få längre svarstid.

⁶ Efter att resultaten från 2017 års enkät presenterades, ska detta inte efterfrågas längre, enligt Försäkringskassan.

Förutsägbarhet och rättssäkerhet

- Gemensamt framtagna *handlingsplaner* för patienter (t.ex. överenskommelser från avstämningsmöte, samordningsmöte, etc) behöver följas av samtliga inblandade parter tills man kommer överens om annat. Om Försäkringskassan senare beslutar att ändra handlingsplanen, måste läkaren snarast informeras om detta – vilket enligt flera läkare inte sker.
- Undvik byten av handläggare i sjukskrivningsärenden.
- En skyndsam handläggning av ärenden. När detta inte är möjligt bör patienten och, beroende på typ av fall, även läkaren informeras om detta. Mycket problematiskt om patienten flera månader efter ansökan om sjukpenning får avslag.
- Mindre godtycklighet vad gäller handläggningsprocesser och beslut. Läkare beskrev att de upplevde en stor godtycklighet i hur ärenden handlades och vilka beslut som fattades, bl.a. beroende på vilken handläggare som hade hand om ett ärende.
- Undanröja ev. hinder för deltidssjukskrivning och utred om det i nuvarande system/styrning inom Försäkringskassan finns instruktioner om annan bedömning om rätt till deltidssjukskrivning jämfört med till heltidssjukskrivning. Många läkare upplevde att det blivit en sådan skillnad i bedömningar under senaste tiden.
- Se över 'krav' på användande av speciella formuleringar eller 'nyckelord' för att intyg ska godkännas. Detta är särskilt problematiskt eftersom många läkare inte har kunskap om sådana 'nyckelord', särskilt inte de som utbildats i annat land.
- Se över riktlinjer inom Försäkringskassan när det gäller hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ska användas och ge handläggare relevant stöd i att använda det på ett rättssäkert sätt (t.ex. individanpassat och inte som 'lag').
- Kortare väntetider till Försäkringskassans utredningar.
- Förtydliga vad samordningsansvaret innebär och ge handläggare förutsättningar att ta detta ansvar, i termer av tid, kompetens och stöd i sin organisation.

Kompetens och professionellt förhållningssätt

Ett förbättringsområde handlar om professionellt förhållningssätt och kompetens hos Försäkringskassans personal. Det är viktigt att handläggare såväl som FMR har tillräcklig kompetens och får den kompetensutveckling som behövs för att hålla hög kvalitet i handläggning¹⁷. Ökad tydlighet i den professionella rollen och i professionalitet, med fokus på kommunikation och bemötande av läkare såväl som av patienter bör ingå i detta. Handläggare bör t.ex. inte motivera avslag på en ansökan med att säga till den försäkrade att 'läkaren skrivit ett dåligt intyg' – bedömning och motiveringen ska bygga på de uppgifter handläggare har till sitt förfogande och gällande regelverk.

- Försäkringskassans handläggare behöver grundläggande kunskap om kroppen, funktion och aktivitet generellt och vid vissa tillstånd, samt möjlighet att använda sig av den medicinska kompetens som finns inom Försäkringskassan, t.ex. via FMR och/eller seniora kollegor.
- Kompetensutveckling och stöd vad avser handläggning av komplexa ärenden, där t.ex. mångsjuklighet och/eller social problematik är aktuell. Öka medvetenheten om vikten av jämlikhet och jämställdhet i handläggning av ärenden, avseende t.ex. genus, ursprung, ålder, bostadsort, etc. samt ta fram handläggarstöd avseende dessa aspekter⁹.
- Se över möjligheten att (några) handläggare kan specialisera sig på vissa typer av diagnoser, för att underlätta samverkan med vissa kliniker.
- När handläggare behöver fråga FMR om råd, vore det en fördel om handläggaren kan välja en FMR med specialistkunskap inom det diagnosområde som är aktuellt i ärendet.
- Verka för att det inrättas akademisk yrkesexamen för blivande handläggare/försäkringsutredare inom Försäkringskassan. Dessa kan antingen vara en egen grundutbildning eller tilläggsdel till annan/andra grundutbildning/ar, t.ex. i form av en masters examen. I väntan på att sådan utbildning inrättas vid något eller några av landets universitet: bör såväl akademiska kurser som

internutbildning och handledning för nyanställda handläggare respektive för handläggare som redan är verksamma.

- Verka för att det åter arrangeras akademiska kurser i försäkringsmedicin för såväl de försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) som är anställda vid Försäkringskassan som för blivande sådana¹⁰⁹.

Utvecklingsområden; hälso- och sjukvården

- Ökat samarbete mellan läkare och andra professioner i hälso- och sjukvården som kan medverka i sjukskrivningsprocessen, såsom rehabkoordinatorer, kuratorer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, etc. – och bättre tillgång till sådana professioner.
- Kortare väntetider till återbesök, till utredningar och till behandling.
- Strategier för bättre läkarkontinuitet i (potentiella) sjukskrivningsärenden.
- Säkerställa att läkare har tillräcklig tid för att hålla hög kvalitet i handläggning av sjukskrivningsärenden.
- Tydliggöra vilken kompetens rehabkoordinatorer i respektive verksamhet behöver och basera rekrytering av nya rehabkoordinatorer på det.
- Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling bland läkare och annan personal, och strategier för att utveckla och kvalitetssäkra sådan. Samtliga enkätår har läkare uttryckt önskan om bättre försäkringsmedicinsk kompetens¹. AT- och ST kurser i försäkringsmedicin för läkare under utbildning, och sådana kurser även för andra hälsoprofessioner, möjlighet till handledning i sjukskrivningsärenden, möjlighet att rådfråga försäkringsmedicinsk kompetens¹¹³.
- Tydliga rutiner på verksamhetsnivå kring hantering av sjukskrivning och samverkan kring patienter liksom för att kvalitetssäkra det arbetet. Trots att detta varit centrala mål i de s.k. sjukskrivningsmiljarderna visar enkätresultaten att här återstår mycket att göra¹.⁶².
- Rutiner på verksamhetsnivå för att elektroniska meddelanden från Försäkringskassan, t.ex. via fråga/svar funktionen, alltid uppmärksammas, dvs. att någon på mottagningen/kliniken har ansvar för att varje (var)dag se vilka som inkommit och att någon hanterat kompletteringsbegäran även om läkaren som skrev intyget inte kan. Olika sådana rutiner används idag; information om dem bör sammanställas och utvärderas.

Utvecklingsområden; både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

- Regelbundna möten i samverkansfrågor mellan chefer på högre nivåer inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvård.
- Verka för möjlighet till mer kunskapsbaserade åtgärder och handläggning i sjukskrivningsärenden, såväl i hälso- och sjukvård¹¹³ som i Försäkringskassan.
- Översatt informationsmaterial (broschyrer, filmer, 'bipacksedel för sjukskrivning' etc.) till flera språk, för att kunna förmedla till patienter.
- Förenkla intyg och underlätta hantering av intyg, t.ex. att kunna kopiera in text från tidigare intyg. Möjlighet till att kunna skriva in fler tecken i vissa rutor. Ev bekräftelse till läkaren att intyget kommit fram till Försäkringskassan.
- Tydliggör vad som behövs i intyg från dag 180 i sjukskrivningsfallet^{188, 189}.
- Enklare hantering av intyg till arbetsgivare.
- Klargör frågor kring sekretess i samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.
- *Skapa organisatoriska förutsättningar inom respektive organisation för att utveckla, vidmakthålla och tillämpa professionalitet i hantering av sjukskrivningsärenden och i samverkan.* Detta gäller hur detta arbete är organiserat, ledningsstöd, hur kompetensutveckling och kvalitetssäkring sker, och kontinuitet i samverkan. Ledningens ansvar för detta, på såväl

verksamhetsnivå, som högre nivåer i organisationen, behöver förstärkas, stödjas och tydliggöras, inom hälso- och sjukvård och inom Försäkringskassan^{59, 62, 65, 86, 120, 193, 195, 196}.

- Verka för att akademiska kurser i försäkringsmedicin utvecklas och genomförs, för FMR, chefer, läkare, handläggare, m.fl.
- Verka för att vidtagna åtgärder beforskas.

Utvecklingsområden; Socialstyrelsen

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ska användas som underlag i hantering av sjukskrivningsärenden av såväl läkare som handläggare och är ett viktigt instrument i samverkan mellan dem. En mycket stor del av läkarnas fritextsvar om FMB handlade mindre om FMB i sig, utan om vad som beskrevs som okunnigt eller felaktigt användande av FMB inom Försäkringskassan^{1, 71}. När det gäller utveckling av FMB ger vi följande förslag:

- Uppdatera FMB kontinuerligt så att det stämmer med nya vetenskapliga rön och behandlingsmetoder avseende respektive diagnos.
- Ta fram FMB för fler diagnoser, för symptom och för multisjuklighet.
- Använd en enhetlig terminologi, t.ex. baserat på Internationell klassifikation av funktionstillstånd funktionshinder och hälsa (ICF)¹⁹⁷⁻¹⁹⁹.
- Inkludera information även om andra möjliga ersättningar vid arbetsförmåga, såsom förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning, merkostnadsersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning, etc.
- Informera och utbilda bättre om FMB.
- Tydlig information om när delar av FMB revideras och när FMB för nya diagnoser tillkommer.
- Samordna FMB med Socialstyrelsens riktlinjer och andra dokument.

Utvecklingsområden; flera aktörer

Dessa förslag gäller inte bara Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen utan även andra myndigheter och aktörer, såsom Arbetsförmedlingen, landets universitet, SKR och forskningsråd:

- Verka för inrättandet av en akademisk utbildning med yrkesexamen som förbereder för arbete som handläggare/försäkringsutredare.
- Ta fram fler exempel på vilken arbetsförmåga som krävs i olika yrken^{200, 201}.
- Förtydliga vad som i praxis avses med 'normalt förekommande arbete'^{188, 189}.
- Främja utvecklingen av gemensamma termer och språkbruk i hantering av sjukskrivningsärenden, t.ex. genom enhetlighet i information, förklaringar av termer, utbildningar, etc. Ett gemensamt språkbruk är centralt⁴⁸ för samverkan mellan två organisationer, och har betydelse för att kunna förstå och begripliggöra den andra aktörens organisatoriska struktur och vem som tar beslut.
- Verka för att vetenskaplig forskning inom området bedrivs.

En sammanfattning av förslagen finns på sidan 4 i rapporten. Flera av dem speglar det som Försäkringskassan och Socialstyrelsen kom fram till i sin slutrapport av dialoguppdraget till regeringen i juni 2019⁵⁴.

Figur- och tabelltexter

Figurtexter

Figur 1. Andel (%) läkare i respektive region som lämnat fritextsvar.	19
Figur 2. Andel (%) läkare som lämnat fritextsvar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	19
Figur 3. Andel (%) läkare som lämnat fritextsvar, uppdelat på typ av klinik.	20
Figur 4. En översiktsbild för illustration av de färger som används i figurer och tabeller för de olika jämförelserna över tid.	22
Figur 5. Åldersfördelning (%), bland kvinnor och män samt samtliga bland vårdcentralsläkarna 23	23
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på fem regioner samt i hela landet.	24
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till frekvens av sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	25
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	26
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	27
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på regioner samt i hela landet.	28
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	29
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	30
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	31
Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på regioner.	31
Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	32
Figur 16. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	33
Figur 17. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	34
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.	34
Figur 19. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.	35
Figur 20. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.	36
Figur 21. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på kvinnor och män.	36
Figur 22. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på regioner.	37
Figur 23. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.	38
Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på kvinnor och män.	38

Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på regioner.	39
Figur 26. Andel (%) läkare som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet.....	41
Figur 27. Andel (%) läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.	42
Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	43
Figur 29. Andel (%) läkare som i olika utsträckning samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator, bland de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, uppdelat på regioner.	43
Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på regioner samt i hela landet.	46
Figur 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	47
Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	48
Figur 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	49
Figur 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå, år 2008, 2012 respektive 2017.....	50
Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.	51
Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på tre typer av kliniker och övriga läkare.	52
Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan (FK) år 2008, 2012 respektive 2017.....	53
Figur 38. Relationen mellan andel läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och andel läkare som var mycket eller ganska nöjda med kontakten med Försäkringskassan i de fem olika regionerna, år 2008, 2012 respektive 2017.	54
Figur 39. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplever handläggningen av patienters sjukskrivning i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.	55
Figur 40. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplever att det är att bedöma graden av patienters arbetsförmåga i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan. .	56
Figur 41. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplevde sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.....	56
Figur 42. Andel (%) läkare som svarade hur problematiskt de upplevde det är att skriva läkarintyg i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan.....	57
Figur 43. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter och samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete.....	58
Figur 44. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på regioner.....	58
Figur 45. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde kontakter med Försäkringskassan har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	59
Figur 46. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde samverkansmöten med Försäkringskassan har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på regioner.....	59
Figur 47. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	60
Figur 48. Andel (%) läkare som uppgav vilket värde informationsinsatser, kontakter med handläggare respektive samverkansmöten med Försäkringskassan (FK) har för hög kvalitet i läkarnas sjukskrivningsarbete, i relation till nöjdhet i kontakten med Försäkringskassan.	61

Figur 49. Andel (%) läkare i relation till antal svårigheter de uppgav.	62
Figur 50. Andel (%) läkare i relation till antal svårigheter i kontakten med Försäkringskassan år 2012 respektive 2017.....	63
Figur 51. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), samtliga läkare samt enbart för vårdcentralsläkare (VC).....	64
Figur 52. Andel (%) läkare som upplevde var och en av de olika listade typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på att ha sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka eller mer sällan.	65
Figur 53. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.	66
Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på kvinnor och män.	67
Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat i tre åldersgrupper.....	69
Figur 56. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på specialist- och icke specialistutbildade läkare.	71
Figur 57. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.....	73
Figur 58. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på tre typer av kliniker samt övriga läkare.	74
Figur 59. Andel (%) läkare som år 2012 respektive 2017 uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på kvinnor och män.....	74
Figur 60. Andel (%) läkare som uppgav att 'Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen' som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.....	76
Figur 61. Andel (%) läkare som uppgav brister i handläggares kompetens som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2012 respektive 2017, uppdelat på kvinnor och män.	77
Figur 62. Andel (%) läkare som uppgav brister i handläggares kompetens som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2012 respektive 2017, uppdelat på tre typer av kliniker och övriga..	77
Figur 63. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, relaterade till nåbarhet och bemötande, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.....	79
Figur 64. Andel (%) läkare som upplevde ytterligare typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.	81
Figur 65. Andel (%) läkare som upplevde 'skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)' som en svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017, uppdelat på regioner.	82
Figur 66. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	83
Figur 67. Andel (%) vårdcentralsläkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	85
Figur 68. Andel (%) läkare på övriga kliniker som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2004, 2008, 2012 respektive 2017, vårdcentralsläkare exkluderade.....	87
Figur 69. Andel (%) läkare som upplevde att "ni tycks tala olika språk" är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	88
Figur 70. Andel (%) läkare som uppgav att patientens handläggare ofta byts ut är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på de fem regionerna, år 2008, 2012 respektive 2017....	89

Figur 71. Andel (%) läkare som minst en gång per månad sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	120
Figur 72. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2008, 2012 respektive 2017.....	142
Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.....	142
Figur 74. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på regioner, år 2012 respektive 2017.....	143
Figur 75. Andel (%) läkare bland de läkare som upplevde minst en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.....	144
Figur 76. Andel (%) läkare bland de läkare som svarade att kontakten med Försäkringskassan (FK) tar för mycket tid i anspråk, i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.....	144
Figur 77. Andel (%) läkare bland de läkare som upplevde brister i handläggarens kompetens i kontakten med Försäkringskassan i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.....	145
Figur 78. Andel (%) läkare bland de läkare som svarat att Försäkringskassan (FK) begär onödiga kompletteringar av intyg i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, år 2012 respektive 2017.....	145
Figur 79. Andel (%) läkare bland de läkare som svarat att Försäkringskassan (FK) begär onödiga kompletteringar och/eller begär ”objektiva fynd” när sådana inte kan observeras vid undersökningen, i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.....	146

Tabelltexter

Tabell 1. Svartsfrekvens (%) år 2017 uppdelat på kön respektive åldersgrupper.....	15
Tabell 2. Studiepopulation, svartsfrekvens (%) och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	15
Tabell 3. De enkätfrågor från 2017 som användes i analyserna (samt i vilka tidigare enkäter frågan fanns), med frågans respektive svartalternativ.....	17
Tabell 4. Antal svarande läkare, antal och andel (%) av dem som är sjukskrivande samt antal och andel (%) som ingår i jämförelserna.....	18
Tabell 5. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	23
Tabell 6. Köns- och åldersfördelning (%) samt andel specialistutbildade läkare, uppdelat på de fem regionerna.....	24
Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till frekvens av sjukskrivningsärenden, uppdelat på kön och åldersgrupper.....	25
Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på kön och åldersgrupper.....	28
Tabell 9. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på kön och åldersgrupper.....	32
Tabell 10. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtgång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik samt för samtliga.....	37
Tabell 11. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.....	39

Tabell 12. Andel (%) läkare som ansåg att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) underlättar kontakterna med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.	40
Tabell 13. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg, uppdelat på de fem regionerna.	41
Tabell 14. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator och som antingen samarbetar eller som ej samarbetar med rehabkoordinator, i relation till olika grad av nöjdhet med sina kontakter med Försäkringskassan.	44
Tabell 15. Andel (%) läkare <i>med tillgång</i> till rehabkoordinator som upplevde olika svårigheter i kommunikationen med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.	44
Tabell 16. Andel (%) läkare <i>utan tillgång</i> till rehabkoordinator som upplevde olika svårigheter i kommunikationen med Försäkringskassan (FK), uppdelat på regioner.	45
Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på kön och åldersgrupper.	46
Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner.	51
Tabell 19. Andel (%) läkare i relation till hur nöjda de var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på kön och åldersgrupper.	51
Tabell 20. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning samt för samtliga.	72
Tabell 21. Andel (%) läkare som svarat att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) att få onödiga begäran om kompletteringar av deras intyg i relation till hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om kompletteringar av intyg.	75
Tabell 22. Andel (%) vårdcentralsläkare som svarat att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK) att få onödiga begäran om kompletteringar av deras intyg i relation till hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om kompletteringar av intyg.	75
Tabell 23. Andel (%) läkare som uppgav minst en av svårigheterna i respektive tema, indelat i de sju olika temagrupperna, uppdelat på regioner samt för samtliga.	90
Tabell 24. Teman och kategorier avseende erfarenheter i kontakten med Försäkringskassan.	91
Tabell 25. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakter med Försäkringskassan när det gäller olika aspekter av närhet, uppdelat på fem regioner samt för samtliga.	92
Tabell 26. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakten med Försäkringskassan när det gäller bemötande, uppdelat på regioner samt för samtliga.	95
Tabell 27. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter i kontakten med Försäkringskassan när det gäller kommunikation, uppdelat på regioner samt för samtliga.	98
Tabell 28. Andel (%) läkare som svarat att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var brister i handläggares kompetens, uppdelat på fem regioner samt för samtliga.	104
Tabell 29. Andel (%) läkare som svarade att handläggares begäran om kompletteringar av intyg var en svårighet, uppdelat på regioner samt för samtliga.	111
Tabell 30. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter när det gäller förutsägbarhet, uppdelat på regioner samt för samtliga.	116
Tabell 31. Andel (%) läkare som uppgav svårigheter när det gäller rättssäkerhet, uppdelat på regioner samt för samtliga.	122
Tabell 32. Ytterligare teman avseende läkares samverkan med Försäkringskassan.	131
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på kön och tre åldersgrupper.	141

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.
2. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
3. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, Skånér Y, Söderberg E, Södersten E. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
4. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsen H, Söderberg E. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2005.
5. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. Socialdepartementet; 2009. SOU 2009:48.
6. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
7. Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Stockholm; 2017.
8. Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringen; 2018.
9. Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården. Socialdepartementet; 2019.
10. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
11. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. In: Socialdepartementet, editor.: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
12. Lundkvist Nymansson H. Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården. Stockholm: SKL, Avd för vård och omsorg; 2018.
13. Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården. En nationell kartläggning. SKL; 2018.
14. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
15. Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Socialdepartementet; 2019.
16. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. Försäkringskassan; 2015.
17. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 och 2. Slutbetänkande av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU 2015:21. 2015. Report No.: 2015:21.
18. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademien; 2010. p. 174-95.
19. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
20. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet; 2009.
21. Holmquist M, Staland-Nyman C, Urbas A, Trolle-Schultz Jensen J, Gabrielsson J. Samverkansinsatser inom Samordningsförbundet Halland. Slutrapport av följeforskningsuppdrag 2013-2017. Halmstad; 2018.
22. Andersson J. Locked-in collaboration [Doctoral]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2016.
23. Danermark B. Samverkan – himmel eller helvete. En bok om den svåra konsten att samverka: Gothia; 2000.

24. Danermark B, Kullberg C. Samverkan, Välfärdsstatens nya arbetsforum. Lund: Studentlitteratur; 2000.
25. Danermark B. Samverkan - en fråga om makt. Örebro: LäroMedia AB; 2004.
26. Ståhl C, Andersén Å, Anderzén I, Larsson K. Process evaluation of an interorganizational cooperation initiative in vocational rehabilitation: the Dirigo project. BMC public health. 2017;May 11;17(1):431. doi: 10.1186/s12889-017-4357-x.
27. Hjortsjö M. Med samarbete i sikte. Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler. [Doctoral]. Lund: Lunds universitet; 2005.
28. Arnsvik A. Samverkan. En gemensam angelägenhet för landsting och kommun? : FOU Nordväst, Stockholms län; 2014.
29. Samverkan: Socialstyrelsen; [www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Yrkesintroduktion-baspersonal-aldreomsorgen/Sidor/Samverkan.aspx].
30. Söderberg E, Alexanderson K. Gate-keepers in sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. Health and Social Care in the Community. 2005;13(3):211-23.
31. Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring - En kartläggning av kunskap och kunskapsluckor utifrån systematiska översikter. Stockholm: SBU; 2017. 273/2017.
32. Sickness, disability and work: Breaking the barriers. OECD; 2010.
33. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. The Cochrane Library. 2017.
34. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbrunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. PloS one. 2012;7(11):e49760.
35. Ståhl C. In cooperation we trust: interorganizational cooperation in return-to-work and labour market reintegration [Doktorsavhandling]: Linköpings universitet; 2010.
36. Samverkan inom socialförsäkringen – En sammanställning av uppföljnings- och urvärderingsrapporter avseende verksamheter finansierade med samverkansmedel. Stockholm; 2010. 2010:2.
37. Förstärkta rehabiliteringsinsatser i samverkan. En granskning av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens utvecklingsarbete. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2013.
38. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
39. Söderberg E. Den försäkringsmedicinska bedömningen i gränssnittet mellan medicin, försäkring och arbetsliv. In: Haglund B, editor. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. årgång 86. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 497-502.
40. Seing I, Stahl C, Nordenfelt L, Bulow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability: a negotiation of responsibility in organizing return to work. Journal of occupational rehabilitation. 2012;22(4):553-64.
41. Söderberg E, Vimarlund V, Alexanderson K. Experiences of professionals participating in inter-organisational cooperation aimed at promoting clients' return to work. Work. 2010;35:143-51.
42. Söderberg S, Karlsryd E. Snabbare och enklare - samverkan mellan Länsarbetsnämnden och Försäkringskassan i Stockholms län ur ett handläggarperspektiv. Stockholm: Försäkringskassan; 2004. Report No.: 32.
43. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum; 2003.
44. Stahl C, Mussener U, Svensson T. Implementation of standardized time limits in sickness insurance and return-to-work: experiences of four actors. Disability and rehabilitation. 2012;34(16):1404-11.
45. Danermark B, Germundsson P, Englund U. Samverkan för barns psykiska hälsa. Modellområden - psykisk hälsa, barn och unga. Slurrapport till SKL. Örebro; 2012.

46. Widmark C. Divergent conceptions: obstacles to collaboration in addressing the needs of children and adolescents. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
47. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Om samverkan. För utveckling av hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur; 2013.
48. Kunskapsunderlag: Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Analyser framtagna inom ramen för ett regeringsuppdrag. Stockholm: Försäkringskassan; 2019.
49. Englund U. Samverkansprojekt, och sen då? - en uppföljande studie om samverkansprocessen kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa [Doctoral]. Örebro: Örebro universitet; 2017.
50. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. Stockholm: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
51. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
52. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Stockholm: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
53. Överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län avseende resursteam vid husläkarmottagningar. Uppsala; 2004.
54. Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Stockholm: Försäkringskassan, Socialstyrelsen; 2019.
55. Svar på regeringsuppdrag. Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Försäkringskassan och Socialstyrelsen; 2018.
56. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
57. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
58. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
59. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
60. Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
61. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
62. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin: Karolinska Institutet; 2013.
63. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013
[http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1]
64. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
65. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2005.
66. Läkarens sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
67. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
68. Alexanderson K. Läkarens arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
69. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.

70. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [
71. Svärd V, Friberg E, Haque M, Alexanderson K. Läkarens erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg. Rapport 2018.: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018. ISBN 978-91-7676-055-0.
72. Förtroende för Försäkringskassan. Försäkringskassan; 2012.
73. Junestav M, Melén D, Norén Bretzer Y. Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
74. LFC på väg mot en professionell organisation. Försäkringskassan; 2010.
75. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
76. Lipsky M. Bureaucratic Disentitlement in Social Welfare Programs. *Social Services Review*. 1984;58:3-27.
77. Schenk A. Mellan handläggare och administratör. Om Försäkringskassans personliga handläggare och yrkesrollens svåra balans. Söpcialhögskolan, Lunds universitet; 2015.
78. Försäkringskassans årsredovisning 2019. Försäkringskassan; 2020.
79. Rapport Strategisk kompetensförsörjning - personalomsättning och sjukfrånvaro. Stockholm: Försäkringskassan; 2017 2017-05-29.
80. Andersson B, Arvidsson U, Komulainen H, Nilsson Å, Grehorn C. Utveckla arbetet inom Samordningsuppdraget. LFC-projekt 2011 i samverkan med Avdelningen för Försäkringsprocesser. Slutrapport - 2 januari 2012. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
81. Professionalisering inom Försäkringskassan. Försäkringskassan; 2005.
82. Fransson M, Quist J. Fri som en fågel. En studie om återprofessionalisering inom Försäkringskassan. 2018.
83. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: Natur och Kultur; 1995.
84. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken: Natur Kultur; 2009.
85. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press; 2014.
86. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession. Doktorsavhandling: Karolinska Institutet; 2012.
87. Delgado-Márquez B, Hurtado-Torres N, Aragón-Correa J. The dynamic nature of trust transfer: Measurement and the influence of reciprocity. *Decision Support Systems*. 2012;54(1):226-34.
88. McClelland CE. Escape from freedom? Reflections on German professionalization. In: Torstendahl R, Burrage M, editors. The formation of professions. London: Sage Publications; 1990. p. 97-113.
89. Evetts J. Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology Review*. 2013;61(5-6):778-96.
90. Forslund K. Professionell kompetens. Fyra essäer om inläring och utveckling för professionalitet. Tredje upplagan. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
91. Wilhelmsson M, Pelling S, Uhlin L, Owe Dahlgren L, Faresjo T, Forslund K. How to think about interprofessional competence: a metacognitive model. *Journal of interprofessional care*. 2012;26(2):85-91.
92. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
93. Egidius H. Problembaserat lärande - en introduktion för lärare och lärande. Lund: Studentlitteratur; 1999.
94. Att handlägga sjukförsäkringen. Uppfattningar om roller och regelverk. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2013.
95. Att främja ett professionellt handläggarskap. Ur centrala funktioners perspektiv. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2017.
96. Svärd V. A Matter of Professional Status: The Impact of Medical Hierarchies on Child Maltreatment Work. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 2016;3(208):1-6.
97. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
98. Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan. Socialdepartementet; 2015.

99. Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan. Socialdepartementet; 2017.
100. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen; 2008.
101. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
102. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
103. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
104. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
105. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
106. Rehabiliteringsgarantin 2014. Vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
107. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner. Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
108. Gårdestig S, Alner Liljedahl E. Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv. In: Haglund BJA, editor. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. årgång 86 Stockholm: Socialmedicinsk tidsskrift; 2009. p. 503-17.
109. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. Socialmedicinsk tidsskrift. 2009;6:518-28.
110. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
111. En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialdepartementet; 2014.
112. Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Stockholm: SKL, avd för vård och omsorg, sektionen för kvalitet och uppföljning, Sofia Tullberg; 2017 2017-05-12.
113. Kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Vägledning för planering, ledning och styrning. Stockholm: SKL, avd för vård och omsorg; 2018.
114. Nationellt programområde för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin – uppdrag och ledamöter. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2018.
115. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Försäkringskassan; 2013.
116. Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan - En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2017.
117. Förändrad styrning av och i Försäkringskassan: En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning. Sammanfattning av rapport 2018:16. Stockholm; 2018.
118. Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2018.
119. Regelorientering och klientorientering hos handläggare. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2018.
120. Temperaturmätning: implementeringen av Inriktning 2021 i Försäkringskassans kärnverksamhet. Försäkringskassan; 2018.
121. Aktivitetsförmågeutredning (AFU). Tillämpning, upplevelser och utfall. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
122. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Försäkringskassan; 2013.
123. En utvärdering av AFU - Handläggare och läkares upplevelser av att arbeta med AFU. En rapport baserad på djupintervjuer med handläggare och läkare. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
124. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2015.
125. Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras - ett genusperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.

126. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
127. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
128. Ljungquist T. Utvärdering av utvidgad sjukgymnastisk undersökning inom aktivitetsförmågeutredning (AFU). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
129. Jonsson J, Westin M, Alexanderson K. Psykologers och läkares arbete med psykologutredningen vid aktivitetsförmågeutredning (AFU) - svårigheter och utmaningar. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
130. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan; 2013.
131. Rahman S. Disability pension due to common mental disorders - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
132. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
133. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
134. Elrud R, Alexanderson K. Utvärdering av ett ettårigt projekt (2014-2015) med rehabkoordinatorer vid Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
135. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2018.
136. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Umeå: Umeå Universitet, Mittuniversitetet; 2013.
137. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
138. Svärd V, Haque M, Alexanderson K. Införande av rehabkoordinatorer vid ortopediska kliniker inom Region Stockholm – Läkarens erfarenheter av rehabkoordinatorer verksamhet samt av sjukskrivningsarbete. Jämförelser av enkätsvar från år 2016 och 2018. Stockholm: Karolinska Institutet, avd för försäkringsmedicin; 2019.
139. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*. 2005;37:291-9.
140. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
141. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(3):233-9.
142. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
143. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkarens arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet; 2013.
144. Edlund B, McDougall A. Allt om NVivo 11: lulu.com; 2017. 396 p.
145. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
146. Bruhn A. Datorprogram i kvalitativ analys In: Arvidsson J, Fahlgren S, editors. Kunskap utan väggar - perspektiv och metoder för fältstudier i grupp. Lund: Studentlitteratur; 2002.
147. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.

148. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
149. Hollertz K, Jacobsson K, Seing I. Den transparenta organisationen - Handläggaren och visibilitetskulturen i Försäkringskassan. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017;24(3-4):239-60.
150. Cooper T. Big Questions in Administrative Ethics: A Need for Focused, Collaborative Effort. *Public Administration Review* 2004;64(4):395-407.
151. Mannelqvist R, Asplund I, Enqvist L. Rättssäkerhet i välfärden: tre exempel från rättsvetenskaplig forskning. In: Edström Ö, Lindholm J, Mannelqvist R, editors. Jubileumsskrift till Juridiska institutionen 40 år Umeå: Juridiska Institutionen, Umeå universitet; 2017. p. 235-44.
152. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>: Socialstyrelsen; 2020 [
153. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa? Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
154. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
155. Intygstjänster 2017. Delrapport 2. Inera; 2017.
156. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ open*. 2012;2(2):e000704.
157. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
158. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? *Occupational medicine*. 2012;63:23-9.
159. Ljungquist T, Alexanderson K, Kjeldgård L, Arrelöv B, Nilsson GH. Occupational health physicians have better work conditions for handling sickness certification compared with general practitioners: Results from a nationwide survey in Sweden. *Scand J Public Health*. 2015;43(1):35-43.
160. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa - en process med stora utmaningar. Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
161. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(1):20-6.
162. Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014. 2014:17.
163. Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdnivå och regionnivå. Stockholm: ISF; 2019.
164. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån; 2011.
165. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2017.
166. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Nilsson G. Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2017.
167. Försäkringskassans årsredovisning 2018. Försäkringskassan; 2019.
168. Hensing G, Holmgren K, Rohdén H. Sänkt förtroende för Försäkringskassan. In: Holmberg S, Weibull L, editors. *Nordiskt ljus*. 50. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2010. p. 229-43.
169. Lovén J, Junestav M, Nordenskär L. Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
170. Werner EL, Cote P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review. *The Clinical journal of pain*. 2012;28(4):364-71.
171. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scand J Public Health*. 2003;31(6):460-74.

172. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *The European journal of general practice*. 2012;18(4):219-28.
173. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2010;28:67-75.
174. Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Ljungquist T, Kjeldgård L, Alexanderson K. Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC health services research*. 2012;12.
175. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
176. Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
177. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ open*. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
178. Starzmann K. *The physician and the sickness certification [Doctoral]*. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
179. de Boer WE, Wind H, van Dijk FJ, Willems HH. Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: a study on adherence to protocols and principles. *BMC public health*. 2009;9:169.
180. Slebus FG, Sluiter JK, Kuijer PP, Willems JH, Frings-Dresen MH. Work-ability evaluation: a piece of cake or a hard nut to crack? *Disability & Rehabilitation*. 2007;29(16):1295-300.
181. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
182. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
183. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. An analysis of the communication during an enhanced and structured information exchange between social insurance physicians and occupational physicians in disability management in Belgium. *Disability and rehabilitation*. 2007;29(13):1011-20.
184. Stahl C, Svensson T, Ekberg K. From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation. *Journal of occupational rehabilitation*. 2011;21(3):441-8.
185. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. *Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
186. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning*. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2007.
187. *Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar. En redovisning av hur regeringen styr Försäkringskassan och hur myndigheten arbetar för att bidra till att målet uppnås*. Stockholm: ISF Redovisar; 2018.
188. *Ingen regel utan undantag. Delbetänkande av Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Statens offentliga utredningar; 2019.
189. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. Delbetänkande av Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Stockholm; 2020. SOU 2020:6.
190. *Svar på regeringsuppdrag Rapport - Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning*. Stockholm: Försäkringskassan; 2017 2017-12-12.
191. *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*. SOU; 2018. .
192. Jacobsson K, Seing I, Hollertz K. Följsamhet som styrningsideal hos Försäkringskassan – ett hot mot rättssäkerheten? *Socialmedicinsk tidskrift*. 2019;96(5):682-9.
193. von Knorring M, de Rijk A, Alexanderson K. Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC health services research*. 2010;20(271).
194. *Ledning och styrning av landstings/regioners försäkringsmedicinska uppdrag*. SKL; 2018.

195. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(1):22-8.
196. Det försäkringsmedicinska arbetet på Försäkringskassan. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.
197. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation; 2001.
198. ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen, WHO; 2003.
199. Brage S, Donceel P, Falez F. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disability and rehabilitation*. 2008;30(18):1392-6.
200. Förklaring av externt API för Referensmaterial vid bedömning av (RAF). Aktivitetskrav inom grupper av yrken på svensk arbetsmarknad. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2018.
201. Kunskapsunderlag: "Beskrivningar av krav på medicinskt telaterade frömågor i normalt förekommande arbeen på arbetsmarknaden". Försäkringskassan; 2013.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7831-755-4