

Rehabkoordinatorer inom psykiatri: erfarenheter från läkare

Resultat från Region Stockholm

Kristina Alexanderson

Annika Evolahti

Emilie Friberg

Nils Larsson

Carin Staland Nyman

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 12 april 2021

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

ISBN 978-91-8016-178-7

Förord

I denna rapport presenteras resultat från två enkäter som skickades till läkare verksamma inom psykiatri i Stockholms län år 2018 respektive år 2020. Enkäterna innehöll frågor om läkares arbete med sjukskrivningar. Syftet var att få kunskap om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter inom psykiatri och om detta förändrades när den nya funktionen rehabiliteringskoordination⁽¹⁻³⁾ infördes vid psykiatriska enheter. Enkäterna baserades på enkäter använda i tidigare studier^(4, 5).

I *projektgruppen* har följande personer (i bokstavsordning) från Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr
- Annika Evolahti, administrativ assistent, med dr
- Emilie Friberg, forskare, docent, med dr
- Nils Larsson, statistiker
- Katarina Lönnqvist, administrativ assistent
- Carin Staland Nyman, samordnare, med dr
- Veronica Svärd, post doc, fil dr

Vi riktar också ett varmt tack till forskare och intressenter för värdefulla synpunkter i arbetet samt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm som delvis finansierat projektet.

Framför allt tackar vi alla de läkare som generöst bidragit genom att dela med sig av sina erfarenheter i enkäterna!

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

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	4
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	7
Sjukskrivningsmiljarden	7
Rehabkoordinatorer	7
Införande av rehabkoordinatorer inom psykiatri i Stockholm.....	10
Kunskapsstyrning, försäkringsmedicin	10
Läkares uppgifter vid sjukskrivning av patienter	10
Syfte	11
Material och metod.....	12
Frågeområden.....	12
Datainsamling.....	12
Svarsfrekvens	13
Dataanalys	13
Fritextsvar.....	14
Resultat.....	15
Upplägg av resultatpresentationen	15
Särredovisning.....	15
Svar från samtliga deltagande läkare.....	16
Andel som har sjukskrivningsärenden	16
Svar från sjukskrivande läkare	17
Rehabkoordinator	18
Frekvens av sjukskrivningsärenden	26
Frekvens av specifika situationer.....	27
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	30
Frekvens av olika situationer och problem.....	30
Allvarlighetsgrad av specifika problem.....	30
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt.....	35
Kontakter med Försäkringskassan.....	38
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	38
Försäkringsmedicinsk kompetens.....	40
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar	41
Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	41
Stöd från ledningen	43
Tidsbrist.....	44
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	45
Avslutande kommentarer	48
Metodkommentarer	48
Kommentarer om vissa resultat	50
Figur- och tabellförteckning.....	52
Lista över figurer	52
Lista över tabeller.....	54
Referenser.....	55

Sammanfattning

Nyligen infördes s.k. rehabkoordinatorer vid psykiatriska verksamheter i större delen av Stockholms län. I denna rapport presenteras resultat från två enkäter som år 2018 samt år 2020 riktades till läkare som arbetade inom psykiatrisk verksamhet i Stockholms län. Syftet med projektet var att få kunskap om läkarnas erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter och om detta förändrades när den nya funktionen för koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter implementerades. Vissa resultat jämförs även med de från en motsvarande enkät år 2017, då betydligt färre psykiatriska verksamheter hade rehabkoordinator⁽⁴⁾. Under uppföljningsåret 2020 inträffade covid-19 pandemin, vilket kan ha betydelse för såväl svar som svarsfrekvens. Resultaten för 2020 bör därför förstås med beaktande av den specifika situation som förelåg.

År 2018 skickades enkäten till läkarna vid åtta psykiatriska verksamheter och år 2020 till läkarna vid tolv psykiatriska verksamheter i Stockholms län. År 2018 besvarades enkäten av 167 läkare och 2020 av 253 läkare. Svarsfrekvensen var 49 % år 2018 och 44 % år 2020.

I rapporten redovisas först svar för samtliga deltagande läkare, sedan för sjukskrivande läkare samt för de relativt få sjukskrivande läkare som svarade på enkätfrågorna båda åren och som hade tillgång till rehabkoordinator åtminstone 2020. Nedan sammanfattas resultat för de sjukskrivande läkarna, dvs de som hade sjukskrivningsärenden. De flesta av de läkarna (82 % 2018 och 73 % 2020) hade sådana konsultationer minst en gång/vecka. Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka var 60 % 2018 och 49 % 2020, dvs en tydlig minskning.

År 2018 svarade 34 % och år 2020 36 % av läkarna att de hade *tillgång till rehabkoordinator*. (År 2017 var motsvarande andel 10 %.) Andelen läkare som aldrig/i stort sett aldrig samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator minskade något (från 60 % till 54 %) mellan 2018 och 2020. Andelen läkare som samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator minst en gång/vecka var 10 % 2018, 12 % 2020. Av dem av dessa som hade tillgång till rehabkoordinator svarade en tredjedel (34 % 2018 och 35 % 2020) att de samarbetar med/remitterar till koordinatören minst en gång/vecka, år 2017 var andelen 21 %.

Noterbart är att år 2018 upplevde en fjärdedel (26 %) av läkarna det som mycket problematiskt att få kontakt med rehabkoordinator; motsvarande andel hade minskat till 7 % år 2020.

Resultaten visar att läkares kännedom om huruvida de har tillgång till rehabkoordinator eller ej är relaterat till hur länge de arbetat vid sin klinik. Andelen som inte visste om de hade tillgång till en rehabkoordinator var betydligt större bland de som varit mindre än ett år vid kliniken (32 %) jämfört med de som varit minst 10 år vid samma klinik (14 %). Det framkom även att det fanns viss oklarhet bland läkarna om innehållet i rehabkoordinatorns uppdrag.

Överlag var *de flesta läkare mycket positiva till rehabkoordinatorfunktionen*. Majoriteten (84 %) ansåg att rehabkoordinatorn har tillräcklig och rätt kompetens för sitt uppdrag. Vidare ansåg majoriteten att en rehabkoordinator underlättar läkares kontakter med patientens arbetsgivare/Arbetsförmedlingen (74 % 2018, 79 % 2020), kontakten med patienten (78 % 2018, 72 % 2020) och med Försäkringskassan (68 % 2018, 76 % 2020). Dessutom ansåg över 60 % att rehabkoordinator förbättrar kvaliteten i läkares arbete med sjukskrivning (69 %), leder till tidsbesparing för läkaren (66 % 2018, 67 % 2020) samt underlättar arbetet med sjukskrivna patienter med mångsjuklighet (66 % 2020). Läkare med tillgång till rehabkoordinator ansåg även att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem i mindre utsträckning än vad andra läkare gjorde.

Andelen läkare som svarade att det var mycket *problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden* minskade från 25 % 2018 till 10 % 2020. Bland de som hade tillgång till rehabkoordinatorer var motsvarande andelar 9 % och 5 %. År 2020 fanns även en fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska; 45 % upplevde detta minst varje vecka; (60% år 2017).

De läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden respektive de som ofta fann dessa problematiska hade i större utsträckning tillgång till rehabkoordinator vilket kan indikera att införandet av rehabkoordinator har prioriterats i verksamheter där hantering av sjukskrivningsärenden oftare förekommer.

Enkäterna innehöll även frågor om hur ofta läkarna upplevt olika situationer och problem i hantering av sjukskrivningar samt om hur problematiska dessa var. Andelen läkare som ansåg att det var problematiskt att bedöma arbetsförmåga minskade från 32 % till 25 % mellan åren. Andelen läkare som ansåg det mycket problematiskt att skriva intyg till Försäkringskassan minskade från 20 % år 2018 till 8 % år 2020.

När det gäller läkarnas *kontakt med Försäkringskassan* var den mest markanta skillnaden mellan 2018 och 2020 att andelen läkare som hade kontakt med Försäkringskassan minst en gång/vecka hade minskat, från 36 % år 2018 till 17 % 2020. År 2020 hade 26 % av läkarna med tillgång till rehabkoordinator kontakt med Försäkringskassan varje vecka; bland övriga läkare var den andelen 12 %. En stor andel läkare angav dock olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Andelen läkare som minst en gång/vecka upplevde att deras *försäkringsmedicinska kompetens* inte räcker till, minskade från 27 % år 2018 till 17 % 2020. En knapp femtedel av läkarna upplevde aldrig/i stort sett aldrig detta. Andelen läkare med tillgång till rehabkoordinator som varje vecka upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till var år 2020 22 %, jämfört med 12 % bland övriga läkare.

Organisatoriska förutsättningar: Andelen läkare som svarade att det finns gemensamma rutiner/policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden var 18 % år 2018 och 29 % 2020. Andelen läkare som svarade att de hade ett stort stöd från ledningen ökade marginellt (från 20 % 2018 till 24 % 2020). Även andelen läkare som uppgav att de i viss mån hade sådant stöd ökade något mellan enkätåren. Hälften av läkarna uppgav tidsbrist minst en gång/vecka både avseende tid för patientärenden och för tid avseende egen kompetensutveckling/handledning/reflektion; stor andel gjorde det varje dag.

Sammanfattningsvis infördes nyligen s.k. rehabkoordinatorer vid de flesta psykiatriska verksamheter i Stockholms län. I denna rapport presenteras enkätsvar från läkare som arbetade inom psykiatrisk verksamhet år 2018 respektive 2020. En majoritet av läkarna hanterade sjukskrivningsärenden ofta även om andelen som gjorde det minst 6 gånger/vecka minskade från 60 % år 2018 till 49 % 2020. Andelen läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinatorer var 34 % år 2018 och 36 % 2020. Det framgår att rehabkoordineringsfunktionen etablerats tydligare i verksamheten år 2020. En betydligt mindre andel av läkarna upplevde år 2020 (7 %) jämfört med 2018 (26 %) att det var problematiskt att få kontakt med rehabkoordinator då man behövde detta. Bland de läkare som hade tillgång till rehabkoordinatorer minskade andelen som ansåg att hantering av sjukskrivningsärenden var mycket eller ganska problematiskt mellan de båda enkätåren. De flesta läkare ansåg att rehabkoordinatorn är något positivt, som underlättar arbetet med sjukskrivningsärenden, innebär tidsbesparingar och bättre kvalitet i sjukskrivningsarbetet samt att hantering av sjukskrivningar i mindre utsträckning är ett arbetsmiljöproblem. År 2020 svarade majoriteten att rehabkoordinatorn har tillräcklig och rätt kompetens samt underlättade läkarens kontakter med patienter, arbetsgivare/Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Som väntat tar implementeringen av den nya rehabkoordineringsfunktionen tid.

Att beakta: Baserat på resultaten ser vi det som angeläget att se över, utveckla och följa upp de olika verksamheternas rutiner för hantering av försäkringsmedicinska ärenden och kompetensutveckling, generellt liksom vad gäller rehabkoordineringsfunktionen. Överlag behöver rehabkoordinatorers synlighet öka inom verksamheten. Deras uppdrag behöver klargöras och tydliggöras i organisationen. I rutiner för introduktion av nya läkare bör information om rehabkoordineringsfunktionen och hur den kan användas samt träff med rehabkoordinator ingå, för att underlätta för läkaren att koppla in rehabkoordinator i de ärenden där detta är angeläget. Synlighet av och stöd för hantering av försäkringsmedicinska frågor behöver också öka i verksamheterna.

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

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 ⁽⁶⁾ , dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad
Läkarintyg	Termen 'läkarintyg' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
Psykatri	Här ingår även beroendevård
Rehabkoordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna skulle införas i landstingen/regionerna och som det nu finns en lag om ^(1-3, 7-12) . I region Stockholm används ibland även termen Reko för rehabkoordinator ⁽¹³⁾ .
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
SKR (SKL)	Sveriges kommuner och regioner (hette tidigare Sveriges kommuner och landsting; SKL)
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

Bakgrund

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och praktisera försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor betydelse för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen.

I denna rapport presenteras resultat från enkäter som åren 2018 och 2020 skickades till läkare som arbetade vid psykiatriska mottagningar i Region Stockholm. Enkäterna innehöll ett flertal frågor om läkarnas erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter samt om deras erfarenheter av rehabkoordinatorer, för de läkare som hade tillgång till sådan i sin verksamhet.

Införandet av den nya yrkesgruppen/funktionen rehabiliteringskoordinatorer – hädanefter kallade rehabkoordinatorer – i hälso- och sjukvården i Sverige påbörjades för några år sedan, baserat på överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, nu SKR)^(8, 14, 15). Framförallt har rehabkoordinatorer införts inom primärvården och i vissa regioner inom ortopedisk^(5, 9, 16-18) och psykiatrisk verksamhet.

Region Stockholm var något senare än andra regioner med att införa rehabkoordinatorer⁽¹⁹⁾, men erfarenheter från andra regioner samt vårdcentraler och ortopedi i Stockholms län gjorde att Region Stockholm även ville införa detta inom psykiatriska verksamheter i Stockholms län. Hantering av sjukskrivningsärenden utgör en väsentlig del av det dagliga arbetet för många läkare vid psykiatriska kliniker. Enligt enkätstudien till samtliga läkare i Stockholms län år 2017 hanterade 59 procent av psykiatrikerna i Stockholm sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾. Som jämförelse var motsvarande andel bland vårdcentralläkare 47 procent, det vill säga betydligt mindre. Andelen läkare inom psykiatri som minst sex gånger i veckan upplevde hantering av sjukskrivningsärenden som problematiskt var högst bland alla grupper av läkare (t.ex. 20 % jämfört med 16 % bland vårdcentralläkarna). Denna andel ökade avsevärt från 2012 till 2017 (från 8 % till dessa 20 %).

Psykiiska diagnoser är numera den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen^(20, 21) vilken innebär att det finns extra stort behov av att se över och få kunskap om stöd, kompetens och fungerande rutiner för hur detta hanteras inom hälso- och sjukvården.

Sjukskrivningsmiljarden

Under de senaste 15 åren har ett stort antal interventioner genomförts i Sverige för att minska sjukfrånvaronivåerna och förbättra kvalitén i sjukskrivningsprocessen⁽⁴⁾ – flera av de senare är riktade mot hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivning av patienter.

Sedan år 2006 har överenskommelser mellan staten och SKR slutits om insatser för en kvalitetsssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Detta har skett inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden med mål att förebygga och förkorta sjukskrivningar genom att skapa ekonomiska incitament för regionerna att prioritera sjukskrivningsfrågor^(8, 14, 15, 22-30).

Rehabkoordinatorer

Under de senare åren har det i de ovan nämnda överenskommelserna mellan staten och SKR ingått att hälso- och sjukvården, framförallt primärvården, ska införa så kallade rehabkoordinatorer^(3, 30, 31). Från och med den 1 januari 2019 har införandet av koordineringsinsatser för sjukskrivna, inom hälso- och sjukvården påbjudits i en ny lag⁽¹⁾. I lagen påbjuds att:

Regionen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet⁽¹⁾.

De ovan nämnda överenskommelserna mellan SKL (senare SKR) och staten (Socialdepartementet) resulterade i en successiv ökning av antalet rehabkoordinatorer inom de verksamheter i hälso- och

Bakgrund

sjukvården som ofta hanterar sjukskrivningar av patienter^(2, 7, 10-13, 28, 30, 32, 33). Rehabkoordinatören ska ge patienter individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för att främja patientens arbetsförmåga och deltagande i arbetslivet⁽³⁾. Tre centrala aspekter ingår⁽³⁾, formulerat på följande sätt av Region Stockholm ingår även följande:

Reko stödjer sjukskrivna patienter i rehabiliteringsprocessen och ska underlätta för patienten att återgå i arbete eller inträda i arbetslivet. Reko ska bidra till samsyn och utvecklande av rutiner för en effektiv och patientsäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess på mottagningen.

Reko har tre arbetsområden: stöd till patienten, intern samordning av rehabilitering och sjukskrivning och samverkan med externa aktörer, till exempel Försäkringskassan och arbetsgivare⁽¹³⁾.

I detta dokument sägs även att:

Störst behov finns i de mest sjukskrivningsintensiva grupperna, dvs psykisk ohälsa och smärtproblematik⁽¹³⁾.

I en litteraturstudie skriven på uppdrag av dåvarande SKL specificeras att rehabkoordinatören ska utgöra stöd till patienten, ha en internt koordinerande funktion i hälso- och sjukvården samt ha en externt koordinerande funktion i form av kontakt och samarbete med andra relevanta aktörer⁽¹⁰⁾.

Det finns ännu få vetenskapliga publikationer, utvärderingar och rapporter om rehabkoordinering i den form som implementerats i Sverige. I ett samverkansprojekt mellan tre vårdcentraler, Försäkringskassan och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen i Västra Götalandsregionen framkom i en intervjustudie⁽³⁴⁾ med 15 patienter med olika diagnoser att rehabkoordinatören var den viktigaste vårdpersonalen för dem i rehabiliteringsprocessen. Rehabkoordinatören blev en direktkontakt för patienten till vårdcentralen och bidrog med struktur, stöd, uppmuntran och kunskap om rehabiliteringsprocessen. I en studie av inrättande av rehabkoordinatörer på samtliga hälsocentraler och på nio sjukhuskliniker i Västerbottens läns landsting framkom att läkares intresse för sjukskrivningsfrågor och samråd med kollegor ökat, samt att multiprofessionell teamsamverkan och samverkanskontakter med Försäkringskassan ökat⁽³⁵⁾. I en enkätstudie (297 patienter) i Västerbottens län beskrevs rehabkoordinatören ha haft stor betydelse, för interna och externa kontakter, frågor samt för att skapa struktur och kontinuitet under sjukskrivningsprocessen^(35, 36).

En nationell kartläggning från 2018 visade att de flesta rehabkoordinatörer hade en högskoleutbildning inom ett hälso- och sjukvårdsyrke, vanligen som arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska eller socionom och ofta även viss påbyggnadsutbildning kring koordinering⁽³⁷⁾. Arton procent arbetade enbart med koordinering medan övriga kombinerade tjänstgöring som rehabkoordinatör med en tjänst utifrån sin grundprofession eller med andra arbetsuppgifter (till exempel som processledare eller vårdadministratör). En majoritet av dem ansåg att den tid de hade till sitt uppdrag inte räckte till. De uttryckte även behov av mer utbildning och kunskap inom försäkringsmedicin, jämställdhet, våld i nära relationer, arbetsrätt samt arbetslivsinriktad rehabilitering⁽¹⁰⁾.

Den mest omfattande enkätundersökningen kring läkares erfarenheter av rehabkoordinatörer genomfördes 2017 och omfattade 34 585 läkare som bodde och arbetade i Sverige⁽¹⁹⁾. Bland de 13 750 läkare som besvarade enkäten och hade sjukskrivningsärenden, hade 31 procent tillgång till rehabkoordinatör och av dessa samarbetade 60 procent med rehabkoordinatör minst en gång i månaden. Av de som hade tillgång till rehabkoordinatör uppgav 60 procent att rehabkoordinatören var viktig för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet, och detta var vanligare bland läkare med lägre utbildningsnivå (58 %) jämfört med de som hade specialistutbildning (38 %).

I en nationell utvärdering av införandet av rehabkoordinatör som publicerades 2013 beskrev flera läkare i intervjuer att de från början haft en skeptisk inställning till införandet av rehabkoordinatör då de inte ansett att det fanns något behov av dem - men efter att de började samarbeta med rehabkoordinatör upplevde läkarna att rehabkoordinatören avlastade deras arbete⁽³⁸⁾. Samma

utvärdering konstaterade rehabkoordinatorer är en liten yrkesgrupp och att det finns en risk att uppdraget blir otydlig och är beroende av enskilda rehabkoordinatorers engagemang och kompetens. Den studien visar att 70 % av rehabkoordinatorer hade en arbetsbeskrivning men att många upplevde den alltför övergripande, diffus och öppen för tolkningar vilket bidrog till förvirring och osäkerhet⁽³⁸⁾.

En utvärdering från ett ettårigt pilotprojekt under 2010-2011 med rehabkoordinatorer vid psykiatriska kliniken i Region Gotland visade att andelen sjukintyg som höll tillräckligt god kvalitet för att Försäkringskassan skulle kunna fatta beslut om sjukpenning ökade från 60 % till 90 %. En klar majoritet av läkarna upplevde att patienten fick insatser tidigare och en förbättrad kvalitet i rehabiliteringsprocessen⁽³⁹⁾.

Efter införande av rehabkoordinatorer på sju vårdcentraler inom Region Stockholm rapporterade läkare förstärkt kompetens på vårdcentralerna och att koordinatorerna bidrog till bättre följsamhet till vård och rehabilitering för patienterna. Patienterna var nöjda med koordinatorernas stöd med kontakter, att sätta upp mål och plan för återgång i arbete, kunskap om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och uppgav förbättrad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen. Lägre sjukskrivning framkom för vissa patientgrupper i jämförelse med för en kontrollgrupp⁽⁴⁰⁾.

Under ett år (2014-2015) prövades rehabkoordinatorer inom ortopediverksamheten på Södersjukhuset i Stockholm; en utvärdering av projektet visade positiva resultat för sjukskrivningsarbetet med bland annat tidsbesparingar, ökad patientsäkerhet och förbättrat samarbete med andra aktörer^(9, 16, 17). Därefter infördes rehabkoordinatorer vid samtliga ortopediska kliniker i Stockholms län⁽¹⁸⁾. I en utvärdering av detta⁽⁵⁾ framkom att ortopediläkarna på Södersjukhuset, som haft rehabkoordinatorer betydligt längre än de andra, använde rehabkoordinatorer i större utsträckning. En slutsats av studien var att det fanns ett stort behov av fortsatt implementeringsarbete av funktionen på övriga sjukhus/vårdenheter.

I en intervjustudie med rehabkoordinatorer i primärvården⁽³²⁾ identifierade man ett antal faktorer som underlättande respektive hindrade koordineringen. Man lyfte bland annat nyttan av att kunna ha en öppen dialog och bristen kring tydlighet kring funktionen, till exempel uppdragets innehåll och hur det ska utföras.

I en systematisk litteraturöversikt som summerade resultat från 14 studier från nio länder om effekt av rehabiliteringskoordinering för återgång i arbete kunde man inte detektera några effekter på återgång i arbete varken på kort eller på lång sikt⁽⁴¹⁾.

En aktuell så kallad 'scoping review' där man undersökt betydelsen av rehabiliteringskoordinatorer för personer med psykisk ohälsa fann indikationer på att involvering av en rehabiliteringskoordinator ledde till längre tid till återgång i arbete än vanlig vård⁽⁴²⁾.

I en annan litteraturöversikt⁽⁴³⁾ som hade till syfte att sammanställa rehabkoordinatorers aktiviteter, utifrån hur de beskrivits in publicerade studier, som en bas för att kunna etablera vilken kompetens rehabkoordinatorer behöver. Fyrtio artiklar från 22 studier inkluderades, från 7 olika länder. Merparten, 13 stycken, var från USA. Nästan alla studier handlade om patienter med muskuloskeletal besvär eller arbetsskador med två undantag – de två fokuserade på patienter med traumatiska hjärnskador. Det fanns skillnad mellan rehabkoordinatorerna när det gäller utbildningsbakgrund, arbetsplatsåtgärder, och kontext de jobbade i. Totalt identifierades 29 aktiviteter som rehabkoordinatorerna använde sig av. Följande sex kompetensområden identifierades: 1) ergonomi- och arbetsplatsbedömning, 2) kompetens i anamnestagning och samtal, 3) Social problemlösning, 4) kunna medla, till exempel med arbetsgivare, 5) kunskap om lagar och samhällets organisation samt 6) kunskap om medicinska aspekter. En slutsats som drogs vara att för framgångsrik rehabkoordinering är kompetens avseende konflikthantering, kommunikation, ergonomisk arbetsplatsanpassning viktigare än medicinsk utbildning.

Bakgrund

Generellt kan det sägas att det vetenskapliga underlaget för införandet av rehabkoordinatorer är svagt. I en tidigare litteraturgenomgång framkom att det fanns visst stöd för en positiv effekt av så kallade 'case managers' när det gäller sjukskrivna patienters återgång i arbete⁽⁴⁴⁾.

Införande av rehabkoordinatorer inom psykiatri i Stockholm

I de sista överenskommelserna mellan staten och SKR om kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess ingår ett villkor för funktion för koordinering^(8, 15, 45). Funktionen är även lagstadgad sedan februari 2020^(1, 7).

Region Stockholm har med stöd av stimulansmedel från överenskommelserna successivt utvecklat och infört en funktion för koordinering (dvs rehabkoordinatorer)⁽⁴⁶⁾. Funktionen innefattar stöd till patienten i sjukskrivningsprocessen, att koordinera hälso- och sjukvård samt vara samarbetspartner med externa aktörer som till exempel arbetsgivare och Försäkringskassan. Arbetet kring utformning av funktion för koordinering påbörjades i Stockholms län inom vårdcentraler och ortopediska kliniker^(5, 9, 16-18). År 2016 påbörjades även de första försöksverksamheterna med rehabkoordinatorer inom vuxenpsykiatri i Stockholms län⁽⁴⁶⁾. Införandet skedde därefter successivt; under 2017 vid 14 öppenvårdsmottagningar och vid ytterligare tio mottagningar under 2018. Till och med år 2019 deltog totalt 24 psykiatriska öppenvårdsmottagningar på sju olika kliniker i denna försöksverksamhet.

I denna försöksverksamhet har ersättningen till mottagningen varit uppdragsrelaterad, det vill säga, den har inte varit relaterad till antal patienter rehabkoordinatorn har haft. Dimensioneringen av tjänsterna har varit ungefär en heltidstjänst på cirka 3000 patienter i arbetsför ålder. I första hand har målgruppen för rehabkoordinatorer inom psykiatri i Stockholm varit patienter med ångest- och förstämningssyndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar⁽⁴⁶⁾. Varje vårdgivare har haft möjlighet att få rehabkoordinator med en viss tjänsteomfattning, men vissa har av olika skäl valt att inte utnyttja hela, eller någon del alls, av den resursen. De statliga medlen räcker inte för en rehabkoordinator på alla mottagningar och det är upp till vårdgivaren avgör var rehabkoordinator gör mest nytta.

Kunskapsstyrning, försäkringsmedicin

Under de senare åren har en tydlig organisation för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården etablerats. Denna kunskapsstyrningen rör olika områden, och ett sådant område, som är mycket brett och sträcker sig över de flesta andra, handlar om 'Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin'. Detta innebär att försäkringsmedicin numera är ett tydligt område när det gäller kunskapsstyrning. Våren 2019 gav Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm Centrum för psykiatriforskning i uppdrag att bilda ett multiprofessionellt kunskapsteam i försäkringsmedicin. Kunskapsteamet har på olika sätt arbetat för att stärka försäkringsmedicinsk kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal inom psykiatri⁽⁴⁷⁾. De driver också ett nätverk för alla rehabkoordinatorer inom psykiatrisk verksamhet i Stockholms län.

Läkares uppgifter vid sjukskrivning av patienter

Läkare har, en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och praktisera försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor betydelse för en optimal hantering av patienters sjukskrivningsärenden⁽⁴⁸⁾. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad, särskilt inom andra kliniska verksamheter än vårdcentraler^(41, 48-54). Detta projekt, där enkäter har skickats till läkare om deras arbete med sjukskrivning av patienter, är ett sätt att generera sådan kunskap – här med fokus på läkare inom psykiatri och betydelsen av rehabkoordinatorer för läkarnas arbete med sjukskrivningsärenden.

I möten med patienter där frågor om sjukskrivning kan vara aktuella har läkare ett flertal uppgifter att hantera professionellt⁽¹⁹⁾. Bland annat är nedanstående sju uppgifter aktuella^(6, 19, 48, 49, 55-60) (de uppgifter där rehabkoordinatorn kan ha en roll *har kursiverats* i nedanstående punkter):

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 organfunktion 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”^(61, 62).
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, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.* (När det gäller bland annat grad och längd av sjukskrivning ska läkare i Sverige använda Socialstyrelsens övergripande, och när sådant förekommer, diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd som stöd vid ställningstaganden^(6, 63, 64))
5. *Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården 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), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och för andra aktörer, såsom arbetsgivare/arbetsförmedling, för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av att eventuella ytterligare åtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

I denna rapport redovisas svar på två olika enkäter som 2018 och 2020 skickades till läkare inom psykiatriska verksamheter i Region Stockholm. Under dessa år infördes rehabkoordinatorer vid flera av de psykiatriska verksamheterna i regionen. Enkäterna handlade om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter och av rehabkoordinatorer.

Syfte

Syftet med projektet var att få kunskap om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter inom psykiatrin i Stockholms län och om detta förändrades när den nya funktionen koordineringsinsatser för sjukskrivna implementerades vid psykiatriska verksamheter.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från två enkätstudier som år 2018 samt år 2020 riktades till läkare som arbetade inom psykiatrisk verksamhet i Stockholms län.

Enkäten år 2020 innehöll fler frågor än den 2018 (Tabell 1), bland annat för att 2020 års enkät då kunde samordnas med ett enkätutskick i ett annat projekt med fokus på rehabkoordinatorer. Frågorna i enkäterna baserades på frågor från tidigare enkäter till läkare om deras arbete med sjukskrivning^(4, 19, 65).

I denna rapport redovisas först svar på de frågor som förekom i enkäterna 2018 och 2020 för samtliga läkare (röd färg), sedan för sjukskrivande läkare (grön färg) samt särredovisning för de sjukskrivande läkare som svarade på frågor båda åren och hade tillgång till rehabkoordinator något av de åren (gul färg).

I detta metodavsnitt beskrivs urval, enkätfrågor och de förändringar i urval, frågeformuleringar och svarsalternativ som skett mellan de två enkätåren.

Frågeområden

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2018 och i 2020 års enkät.

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, privat/offentlig organisation, tid på nuvarande arbetsplats
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; avseende typ, frekvens och allvarlighetsgrad
- Rehabkoordinator
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar
- Samarbete och samverkan, internt och externt

I 2020 års enkät fanns det flera delfrågor inom några av ovanstående områden och för vissa frågor hade svarsalternativet 'Vet ej' tillkommit.

Dessutom ingick frågor om:

- Svårigheter i samverkan med Försäkringskassan
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt

Datainsamling

År 2018 skickades enkäten ut till läkare i åtta psykiatriska verksamheter i Stockholms län (Prima Vuxenpsykiatri, Psykiatri Nordväst, Psykiatri Södertälje, Psykiatri Kista, Psykiatri Spånga, Psykiatri Norra Stockholm, Psykiatri Ersta samt Psykiatri Täby, Danderyd, Åkersberga, Vallentuna, Lidingö).

År 2020 skickades enkäten ut till läkare i tolv psykiatriska verksamheter i regionen (Beroendecentrum Stockholm, Centrum för ätstörningar, Psykiatri Södra, Psykiatri Järva, Psykiatri Huddinge, Psykiatri We Mind, Psykiatri Capio Stockholm, Psykiatri Norrtälje, Prima Vuxenpsykiatri, Psykiatri Nordväst, Psykiatri Norra Stockholm samt Psykiatri Södertälje).

En del av verksamheterna som fanns 2018 hade år 2020 lagts ner eller bytt organisationsform.

Namn och kontaktuppgifter till verksamhetschefer erhöles från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Verksamhetscheferna kontaktades via e-post med information om projektet och förfrågan om namn till samtliga läkare som var verksamma vid respektive enhet, oberoende av läkares utbildningsnivå och anställningsform. Detta eftersom många sjukskrivningsärenden hanteras även av läkare som ännu inte är specialistutbildade eller har tillsvidareanställning. Information om projektet, frågeformuläret och ett

förbetalt svarskuvert skickades sedan i ett slutet kuvert adresserat till var och en av läkarna på deras respektive arbetsplats. År 2018 skickades två påminnelser till de läkare som ännu inte svarat. År 2020 skickades enkäten ut i slutet av januari, den första påminnelsen i mitten av februari. Vid tiden för den andra påminnelsen hade covid-19-pandemin börjat, vilket innebar stor osäkerhet kring verksamheter i hälso- och sjukvården. Påminnelse nummer två skickade därför först ut i april och ytterligare en i maj. Besvarade enkäter fortsatte att komma in även efter sommaren och datainsamlingen stängdes i september 2020.

Tabell 1. Antal psykiatriska verksamheter och antal enkätfrågor i de två olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2018 respektive 2020.

Enkätår	Antal psykiatriska verksamheter	Antal påminnelser	Antal frågor i frågeformuläret
2018	Läkare inom 8 psykiatriska verksamheter i Stockholms län	2	61
2020	Läkare inom 12 psykiatriska verksamheter i Stockholms län	3	93

Svaren på enkätfrågorna matades in för hand i ett SPSS dokument. Cirka tio procent av dem matades in en andra gång för att kontrollera korrekthet i inmatningen. Denna var i stort helt överensstämmande, dock upptäcktes ett systematiskt fel i inmatningen av en av delfrågorna, ett fel som då rättades till. Tre frågor efterfrågade fritextsvar. Dessa skrevs av ordagrant, eventuella oklarheter, exempelvis att tyda handstilar, diskuterades i forskargruppen.

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Den första enkäten skickades ut till 353 läkare i april månad 2018. Det framkom att 15 av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de inte längre arbetade vid kliniken. Antalet läkare i studiepopulationen var således 338 läkare. Av dessa 338 besvarade 167 enkäten, det vill säga svarsfrekvensen var 49 procent (Tabell 2).

Uppföljningsenkäten, som skickades ut på motsvarande sätt till läkare inom psykiatriska verksamheter i regionen år 2020, hade något fler frågor och skickades till fler verksamheter, sammanlagt 594 personer. Information inkom om att 18 av dessa personer inte ingick i urvalet. Det är troligt att ännu fler egentligen inte ingick i urvalet, det var endast från några få av de 12 verksamheterna som sådana rapporter inkom.

Tabell 2. Antal i studiepopulationen, antal svarande och svarsfrekvens (%) år 2018 och 2020.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
2018	338	167	49 %
2020	576	253	44 %

Dataanalys

För var och en av de två enkäterna har enkätsvaren analyserats med deskriptiva statistiska analysmetoder.

I rapporten presenteras oftast andelar avrundade till heltal. Det innebär att skillnaden mellan två andelar kan vara en procentenhet mindre eller större än vad den ser ut att vara i tabellen eller figuren.

För att underlätta läsandet presenteras enkätsvaren, som nämnts ovan, i tre olika färger.

Bakgrundsvariabler för samtliga svarande, samt svar på frågan "Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?" redovisas i röda tabeller och figurer.

Resultat

För att inte riskera att några läkare ska kunna identifieras redovisas inte svaren uppdelat på mottagningarna/verksamheterna, då antalet (deltagande) läkare var få vid flera av dem.

De läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning kallas för 'sjukskrivande läkare' i rapporten. Deras svar redovisas i **gröna tabeller och figurer**.

I bearbetningen av vissa av svaren har följande justeringar gjorts:

På frågan om läkaren upplevde svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ; 'Upplever inga svårigheter' före de olika tänkbara listade specifika svårigheterna. De som kryssat 'Upplever inga svårigheter' och sedan även angett en eller flera specifika svårigheter, har i analyserna betraktats som att de upplevde svårigheter. Samma hantering har skett av frågan "Har du tillgång till en rehabkoordinator i din verksamhet".

De som på övriga frågor i frågeformuläret kryssat i flera svarsalternativ på samma fråga har kodats som att det minst extrema svaret gäller. Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, var i medeltal 5,4 procent (varierade från 0,0 % till 7,5 %).

Fritextsvar

För tre av frågorna i enkäten år 2020 fanns det utrymme att kommentera och skriva in *fritextsvar*. Sammanlagt fanns det 108 sådana kommentarer, skrivna av 81 läkare (31 %). Samtliga sådana kommentarer har skrivits ut ordagrant – där det har varit svårt att läsa den handskrivna texten har flera i projektgruppen läst. De utskrivna kommentarerna kodades och analyserades i analysverktyget NVivo⁽⁶⁶⁾ med hjälp av innehållsanalys⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾. Här har framförallt resultat från de ca 30 kommentarer som handlar om rehabkoordinator redovisats.

Eftersom Emilie Friberg både är anställd vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet och vid Centrum för psykiatri, Region Stockholm har hon självklart aldrig fått tillgång till besvarade enkäter eller databasen där svaren är inkodade. Hon har endast sett resultat aggregerade på gruppnivå utan möjlighet att identifiera enskilda personers svar.

Resultat

Upplägg av resultatpresentationen

Resultaten i rapporten presenteras för tre olika grupper, som även markeras med olika färger: rött, grönt, respektive gult.

Först presenteras några svar från samtliga svarande läkare via **Röda tabeller och figurer**. Därefter presenteras svar från de läkare som svarat att de har sjukskrivningsärenden, *sjukskrivande* läkare. För dem används **Gröna tabeller och figurer**. Eftersom det var fler frågor i 2020 års enkät innehåller några av tabellerna och figurerna endast resultat från år 2020. Resultat som vi bedömt särskild viktiga vad avser läkares erfarenheter av rehabkoordinatorers verksamhet har i texten fått en aprikosfärgad bakgrund.

Vår förväntan i projektet var att en större andel av läkarna inom psykiatrin skulle svara att de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet år 2020 än 2018, eftersom rehabkoordinatorer hade introducerats alltmer inom psykiatrin då. Detta blev dock inte fallet. År 2018 svarade 34 procent av läkarna att de hade tillgång till rehabkoordinatorer, år 2020 var den andelen 36 procent. I jämförelser av svaren mellan de två enkätåren kan istället svaren tolkas utifrån att rehabkoordinatorernas verksamhet inom psykiatrin etablerats mer. Detta är också anledningen till att vi redovisar flera resultat från 2018 och 2020 för samtliga sjukskrivande läkare, oberoende av om det svarat att de har tillgång till rehabkoordinator eller ej.

För att kunna se utvecklingen i ett längre perspektiv redovisar vi i resultatdelen ibland, som jämförelse, även resultat från den enkät som år 2017 skickades till alla läkare i Stockholms län ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾. Resultat från denna bygger på en omfattande enkät (133 frågor) till samtliga 10 771 läkare som då arbetade i Stockholms län och inte var äldre än 68 år. Av dem svarade 5695 (53 %) på enkäten; 389 av de svarande arbetade huvudsakligen inom psykiatrin och 92 procent av dem arbetade med sjukskrivningsärenden. Tio procent av läkarna inom psykiatrin svarade år 2017 att de hade tillgång till rehabkoordinator – det har med andra ord skett en tredubbling mellan 2017 och 2018.

Särredovisning

Sammanlagt 59 läkare besvarade enkäten både 2018 och 2020. Av de 59 hade 90 procent sjukskrivningsärenden 2018 och 80 procent 2020. Bland de 46 som hade sjukskrivningsärenden båda åren, hade 24 inte tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet något av de två enkätåren. Nio av dem hade det inte 2018 men hade fått det 2020. Ingen hade det bara 2018 (vilket ju kunnat vara fallet om läkaren flyttat till annan verksamhet). *I rapporten särredovisas svar för de 22 läkare som besvarat enkäten båda åren, hade sjukskrivningsärenden båda åren och som hade tillgång till rehabkoordinator åtminstone något av åren 2018 och 2020 i **Gula tabeller och figurer**.* För att förenkla texten refereras text, figurer och tabeller om dessa som de läkare som resultat 'särredovisas' för. Istället för att lägga resultaten för dem i ett eget avsnitt, har vi lagt in dem bland övriga resultat, för att det ska vara lättare att jämföra.

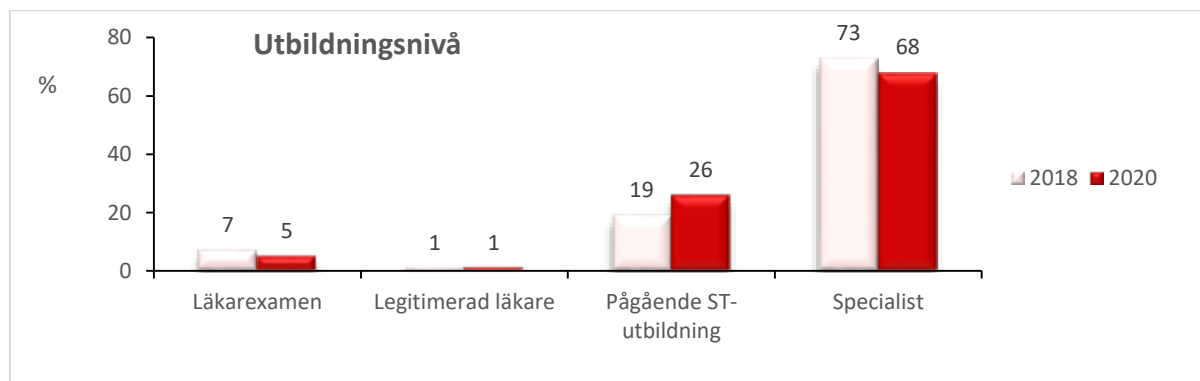
Svar från samtliga deltagande läkare

År 2018 var det 167 läkare som besvarade enkäten och 2020 var det 253 läkare. Båda enkätåren hade nästan 90 procent av deltagarna sjukskrivningsärenden (Tabell 3). Detta är ungefär samma andel som 2017 års 92 procent ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾.

Tabell 3. Antal svarande läkare, antal och andel av de som är sjukskrivande.

Enkätår	Antal svarande läkare	Antal sjukskrivande läkare	Andel sjukskrivande läkare av de svarande
2018	167	150	89,8 %
2020	253	219	86,6 %

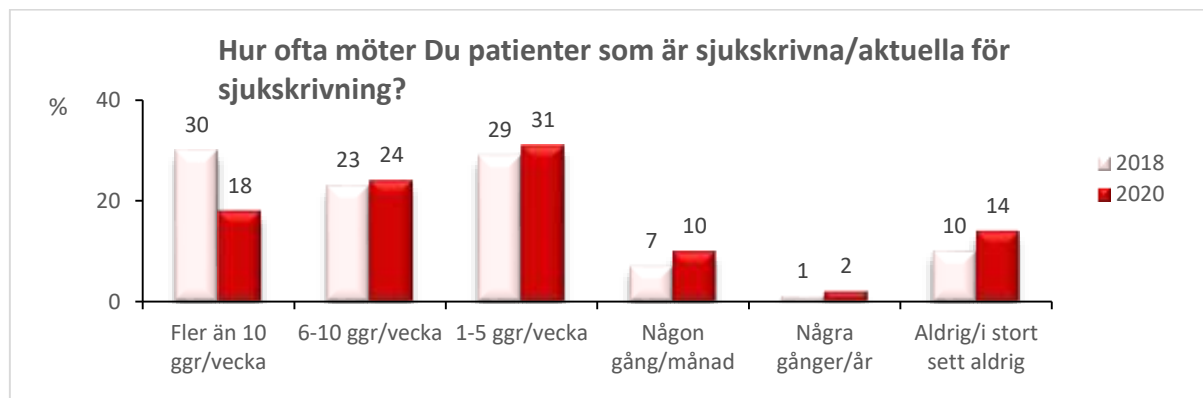
I Figur 1 nedan visas samtliga läkarnas utbildningsnivå. Majoriteten hade en specialistutbildning (73 % 2018 och 68 % 2020) medan en femtedel hade en pågående ST-utbildning 2018 och en fjärdedel hade det 2020.



Figur 1. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, år 2018 och 2020

Andel som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebär att patienten sjukskrivs, det vill säga, diskussion om sjukskrivning kan leda till att man kommer fram till att sjukskrivning inte är det bästa alternativet. Resultatet visar att de flesta (82 % 2018 och 73 % 2020) hade sådana konsultationer minst en gång per vecka (Figur 2). Ett fåtal läkare svarade inte på denna fråga men svarade på övriga frågor i enkäten som om de hade sjukskrivningsärenden – de läkarna är inte med i nedanstående figur, däremot i figurer där resultat visas för samtliga sjukskrivande läkare.

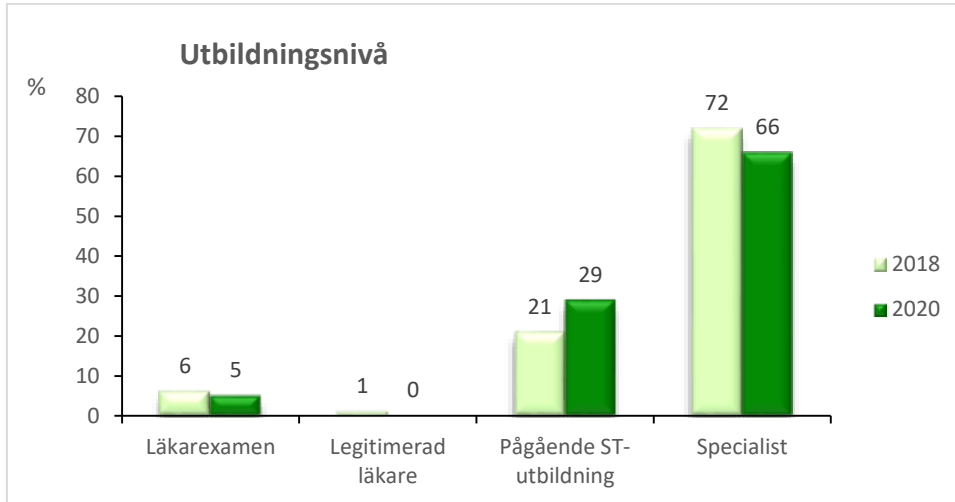


Figur 2. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2018 och 2020.

Svar från sjukskrivande läkare

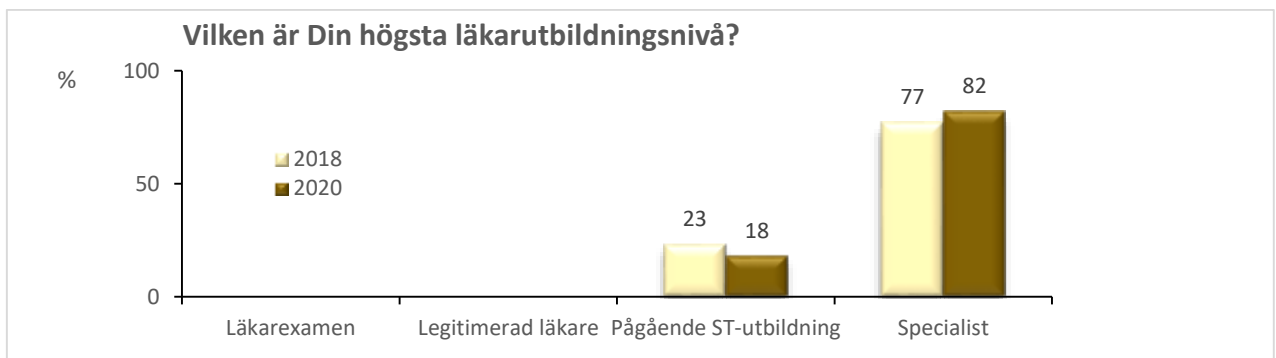
I detta avsnitt redovisas resultaten för de 150 (år 2018) respektive 219 (år 2020) läkare som i enkäten svarat att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. I rapporten kallas dessa läkare 'sjukskrivande läkare'.

Majoriteten av de sjukskrivande läkarna hade en specialistutbildning: 72 procent år 2018 och 66 procent år 2020. Av resterande hade merparten en pågående ST-utbildning (Figur 3).



Figur 3. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, år 2018 och 2020.

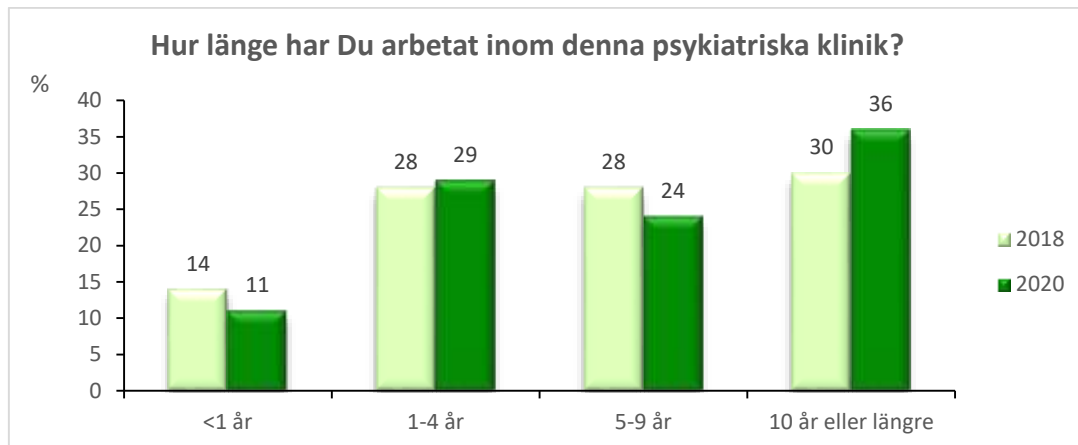
Bland de läkare som vi särredovisar resultat för (Se sid 15), var den absoluta majoriteten specialister (Figur 4).



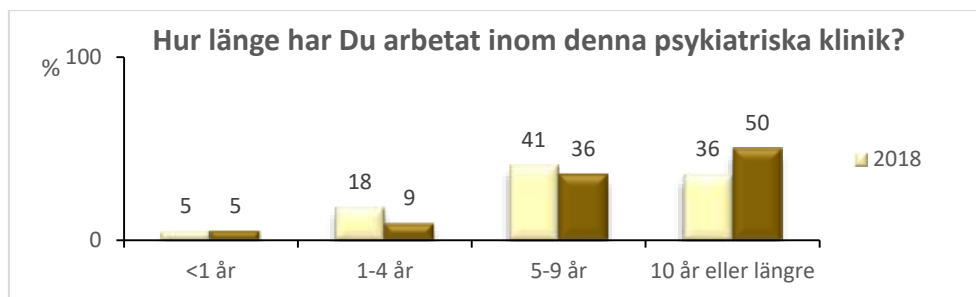
Figur 4. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, år 2018 respektive 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)

Cirka en tredjedel av läkarna hade arbetat minst 10 år vid samma psykiatriska klinik de två enkätåren och en fjärdedel 5-9 år (Figur 5). Av Figur 6 framgår att dessa var större bland de läkare som vi särredovisar resultat för.

Resultat

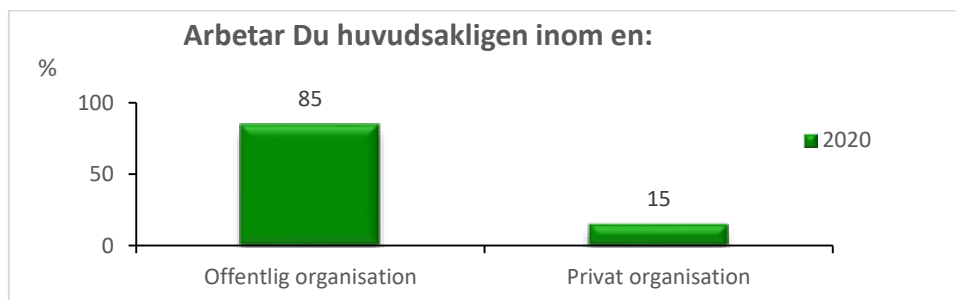


Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2018 och 2020.



Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)

Avseende att arbeta i *offentlig* eller *privat organisation* framkom att år 2020 arbetade den absoluta majoriteten (85 %) huvudsakligen inom en offentlig organisation medan 15 procent arbetade i en privat organisation som är offentligt finansierad (Figur 7).



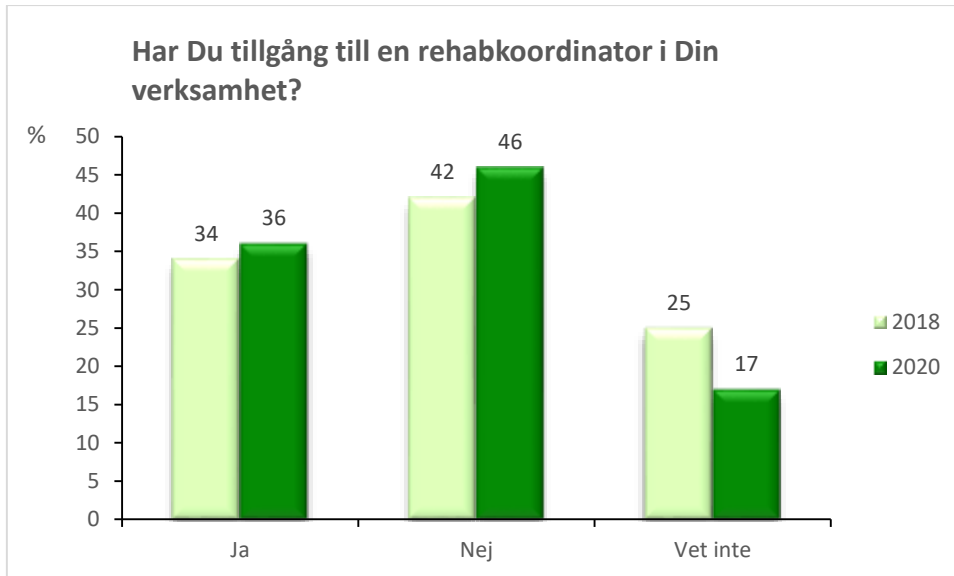
Figur 7. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation eller i en privat organisation som är offentligt finansierad, år 2020.

Rehabkoordinator

I de senaste överenskommelserna mellan regering och landstingen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden ska rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, här kallade rehabkoordinatorer, finnas inom ett flertal typer av kliniska verksamheter, framförallt vårdcentraler^(1, 8-10, 12, 70, 71).

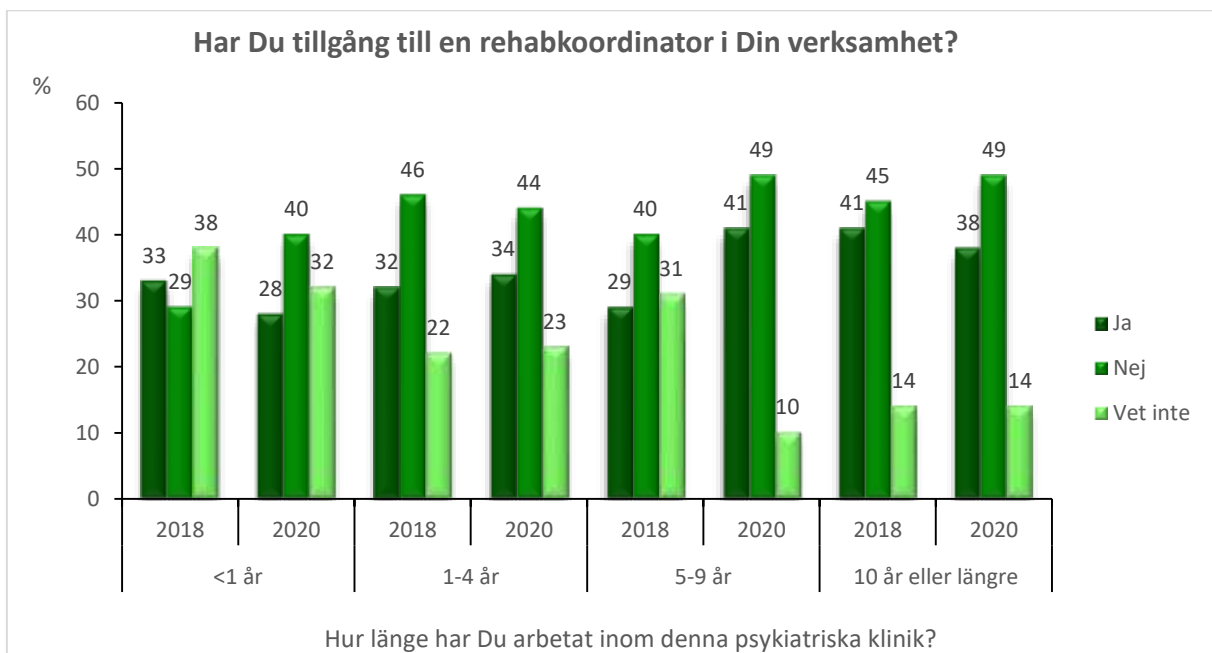
Av Figur 8 framgår att drygt en tredjedel av läkarna hade tillgång till en rehabkoordinator både år 2018 och år 2020. Båda åren svarade alltså nästan hälften att de inte hade tillgång till en rehabkoordinator (42 % år 2018; 46 % 2020) och många visste inte om de hade det.

Detta kan jämföras med att år 2017 svarade 10 procent av läkarna inom psykiatri att de hade tillgång till en rehabkoordinator medan 78 procent svarade att de inte hade det (12 procent visste inte om de hade det) ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾. Det har alltså skett en tredubbling sedan 2017.



Figur 8. Andel (%) läkare som svarade ja, nej, eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, år 2018 och 2020.

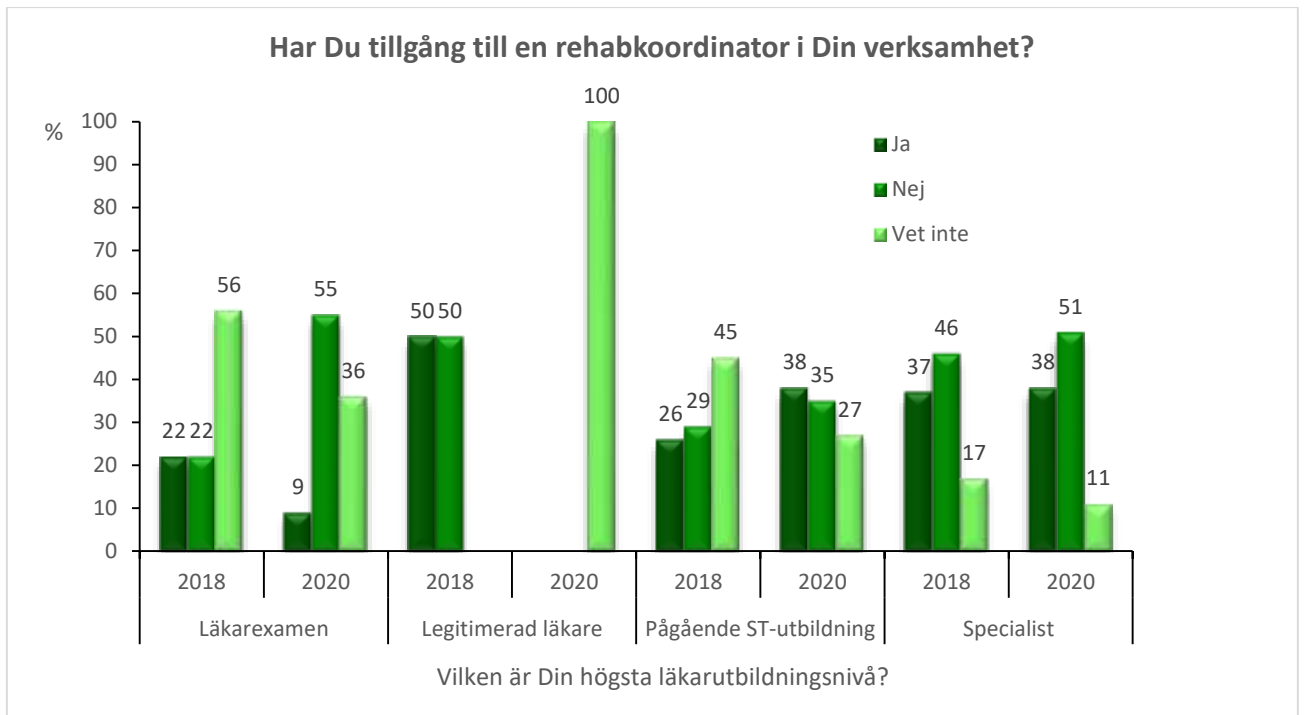
I Figur 9 har ovanstående även relaterats till hur länge läkaren arbetat inom kliniken. Andelen som in vet om de har tillgång till en rehabkoordinator var betydligt större bland de som varit mindre än ett år vid kliniken.



Figur 9. Andel (%) läkare som svarade ja, nej eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, i relation till hur länge de arbetat inom denna psykiatriska klinik, år 2018 och 2020.

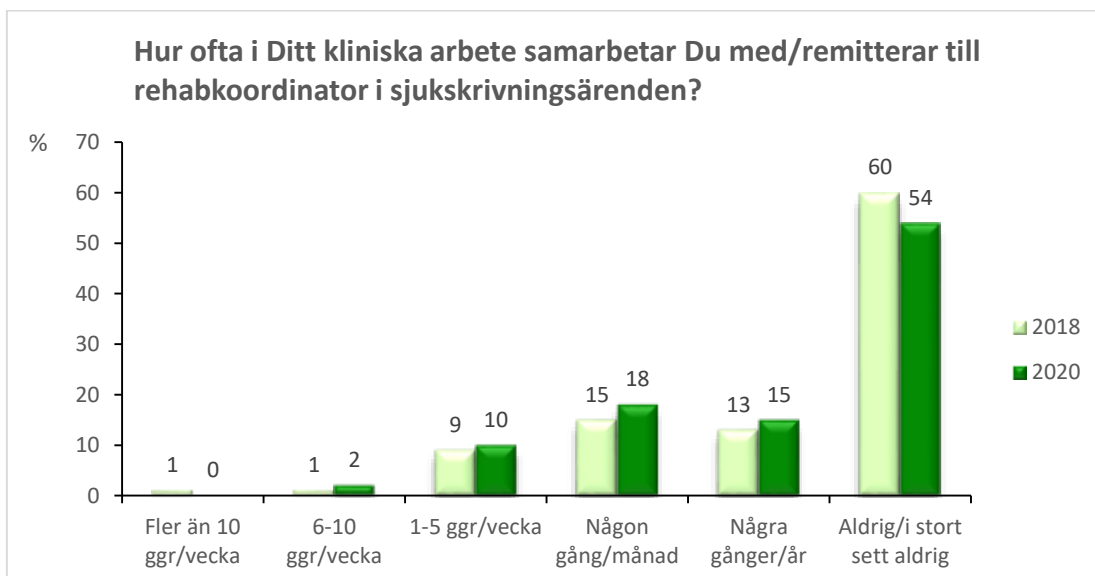
Resultat

I Figur 10 relateras även detta till läkarens utbildningsnivå. Ju lägre utbildningsnivå, ju större andel visste inte om de hade tillgång till rehabkoordinator. Både resultaten i denna och i ovanstående figur kan möjligen ha samband med rutiner för introduktion av nya medarbetare.



Figur 10. Andel (%) läkare som svarade ja, nej eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, i relation till sin utbildningsnivå, år 2018 och 2020.

Andelen läkare som aldrig/i stort sett aldrig samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator minskade något från 2018 till 2020: från 60 till 54 procent (Figur 11). Andelen läkare som samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator minst en gång/vecka ändrades i stort sett inte mellan enkätåren (11 % 2018, 12 % 2020). Denna andel var betydligt mindre år 2017 (3 %) ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾.



Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.

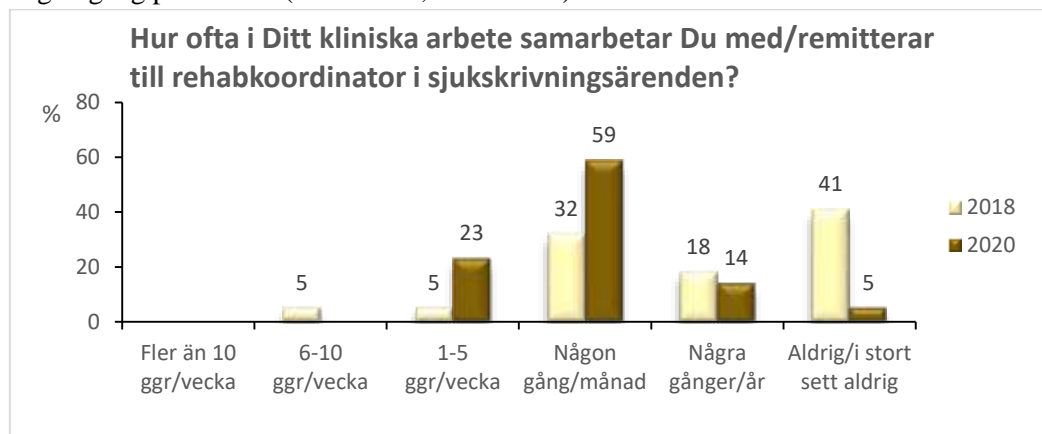
I ovanstående figur ingår samtliga sjukskrivande läkare. I Tabell 4 nedan redovisas svaren för detta i relation till hur läkaren svarat på frågan om hon eller han har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet. Av de som hade tillgång till rehabkoordinator svarade en dryg tredjedel (34%, 2018 och 35% 2020) att de samarbetar med eller remitterar till rehabkoordinatorn minst en gång per vecka. Fyra procent av läkarna år 2018 och 6 procent år 2020 gjorde aldrig detta. Merparten av läkarna som inte hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet hade alltså aldrig sådant samarbete.

Bland de 10 procent av läkarna inom psykiatri som år 2017 svarat att de hade tillgång till rehabkoordinator svarade 21 procent att de minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterar till rehabkoordinatorn ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾. Det innebär att de som hade rehabkoordinator använde sig av denne i betydligt större utsträckning år 2018 och 2020 än år 2017.

Tabell 4. Andel (%) läkare bland de som svarat att de har tillgång till rehabkoordinator, i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020.

Tillgång till rehabkoordinator?	Enkätår	Hur ofta samarbete med/remittera Du till en rehabkoordinator?					
		Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Ja	2018	2	4	28	36	26	4
	2020	1	5	29	43	16	6
Nej	2018	0	0	0	5	6	89
	2020	0	0	0	4	15	80
Vet ej	2018	0	0	0	3	8	89
	2020	0	0	0	3	11	86

Bland de läkare som vi särredovisar resultat för ökade andelen som samarbetade med eller remitterade till en rehabkoordinator minst en gång i veckan ökade från 10 procent till 23 procent mellan 2018 och 2020 (Figur 12). En stor majoritet av dessa läkare samarbetade med en rehabkoordinator åtminstone någon gång per månad (71 % 2018, 82 % 2020).



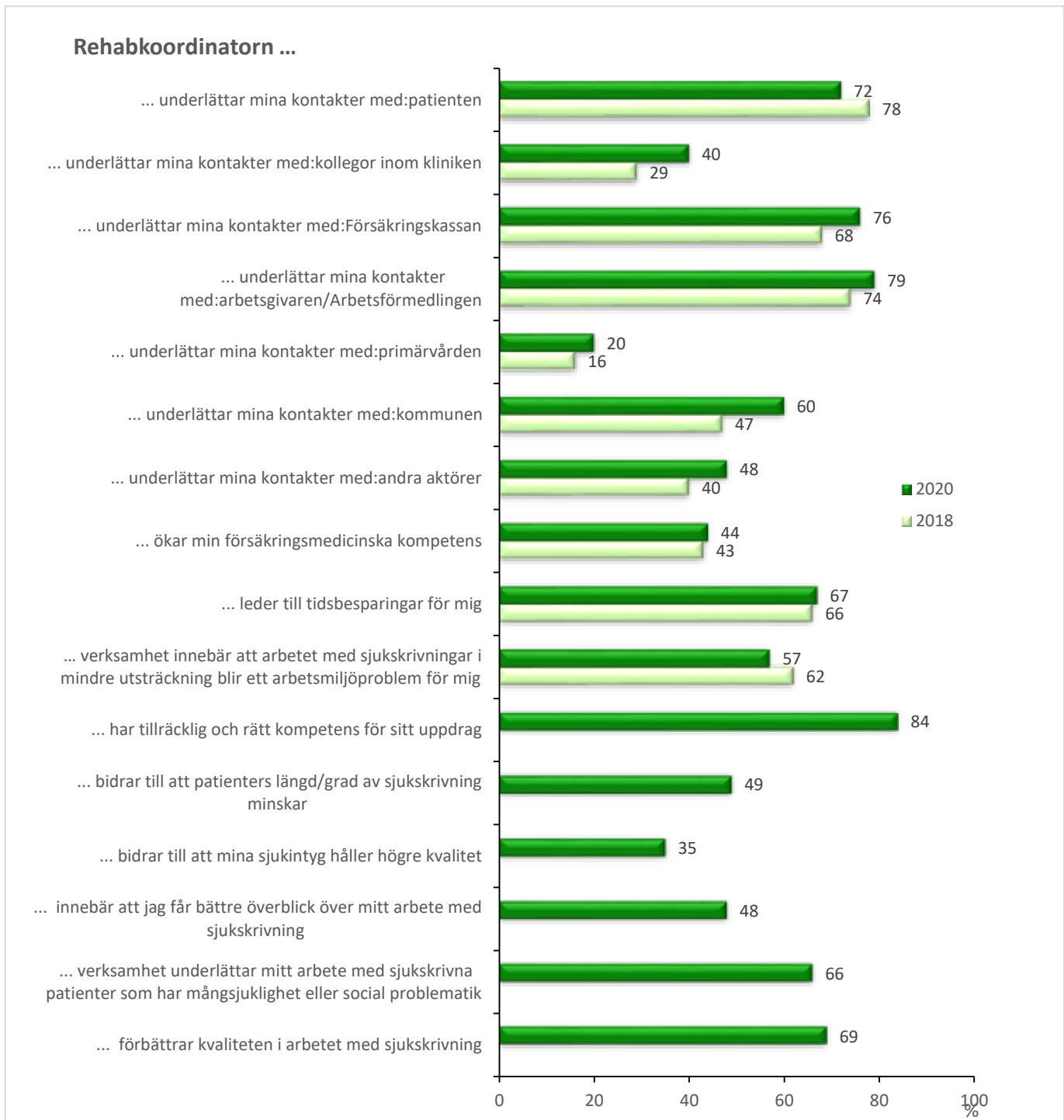
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)

Resultat

Läkarna ombads att ta ställning till om flera påståenden angående rehabkoordinator 'Stämmer helt', 'Stämmer bra', 'Stämmer dåligt', 'Stämmer inte alls' eller 'Vet inte'. I Figur 13 redovisas andelen av läkarna som svarat att respektive påstående 'Stämmer helt' eller 'Stämmer bra'. Några av påståenden fanns bara med år 2020.

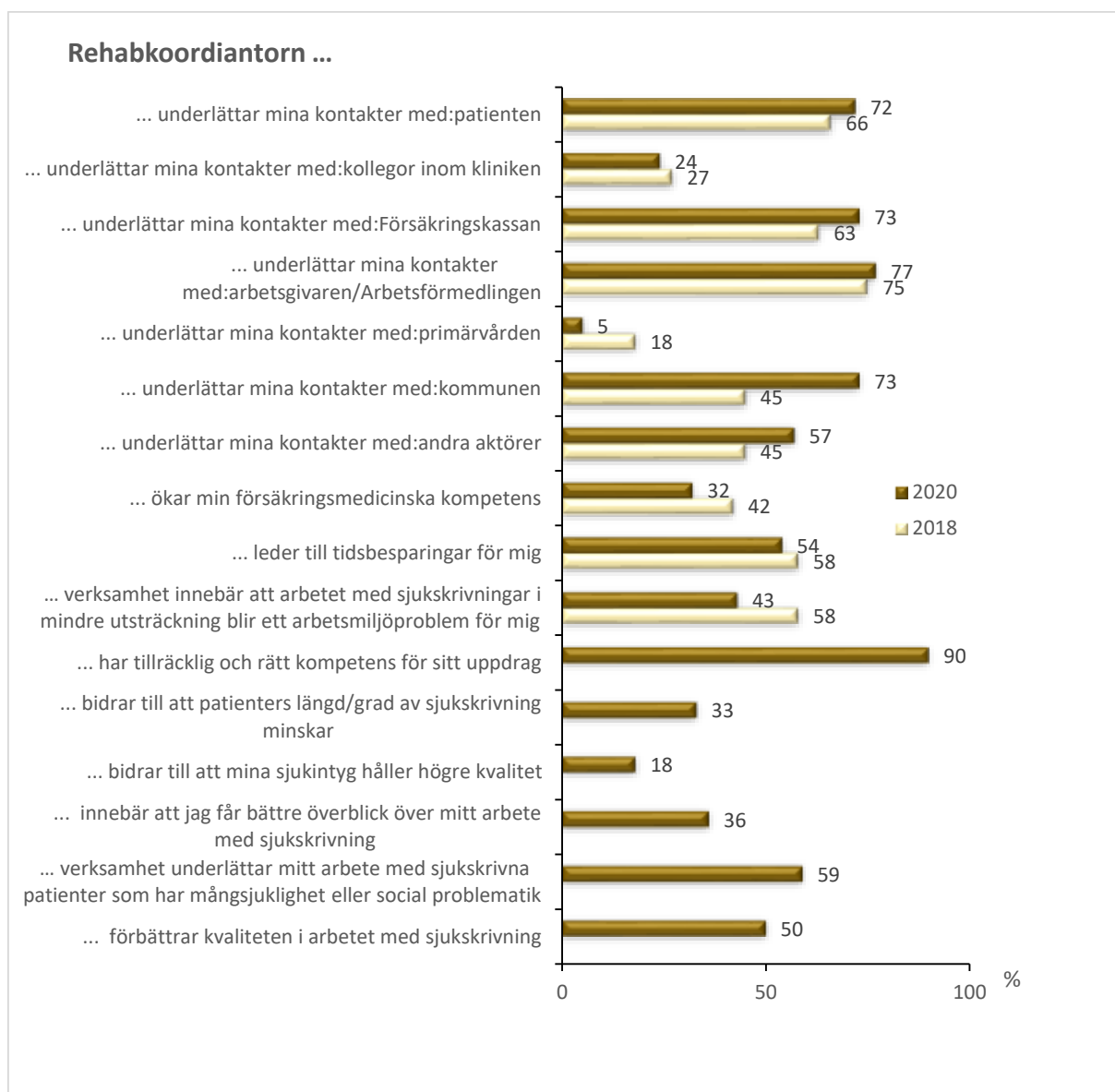
Överlag var de flesta läkarna mycket positiva till samarbetet med rehabkoordinator. De allra flesta läkarna (84 %) ansåg att rehabkoordinatorn har tillräcklig och rätt kompetens för sitt uppdrag. Vidare ansåg de att en rehabkoordinator underlättar deras kontakter med patientens arbetsgivare/Arbetsförmedlingen (74 % 2018, 79 % 2020), deras kontakter med patienten (78 % 2018, 72 % 2020) samt med Försäkringskassan (68 % 2018, 76 % 2020). Dessutom ansåg över 60 procent av läkarna att en rehabkoordinator förbättrar kvaliteten i arbetet med sjukskrivning (69 %), att de leder till tidsbesparingar för läkaren (66 % 2018, 67 % 2020) och att de underlättar arbetet med sjukskrivna patienter som har mångsjuklighet (66 % 2020).

Betydligt mindre andel ansåg att rehabkoordinator underlättar kontakten med primärvården (16 % 2018, 20 % 2020) – det vill säga, fler ansåg att rehabkoordinatorn underlättade extern samverkan än samarbete inom hälso- och sjukvården. Detta kan bero på att sådant internt samarbete inte förekom så ofta, och därför inte var aktuellt, eller att rehabkoordinatorers kompetens eller verksamhet mer inriktats på extern samverkan.



Figur 13. Andelen (%) läkare som svarade att ovanstående påståenden 'stämmer helt' eller 'stämmer bra' angående rehabkoordinator, år 2018 och 2020.

I Figur 14 visas motsvarande siffror för de läkare som vi särredovisar för (se sid 15). Även bland dem svarade en stor majoritet (90 %) att rehabkoordinatorn har tillräcklig och rätt kompetens för sitt uppdrag. Dessutom ansåg över 70 procent av dem att rehabkoordinatorn underlättar deras kontakter med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen (75 % 2018, 77 % 2020). Vidare var det en stor ökning av andelen läkare som ansåg att en rehabkoordinator underlättar deras kontakter med kommunen (45 % 2018, 73 % 2020), kontakter med patienten (66 % 2018, 72 % 2020) och med Försäkringskassan (63 % 2018, 73 % 2020).



Figur 14. Andelen (%) läkare som svarade att ovanstående påståenden 'stämmer helt' eller 'stämmer bra' angående rehabkoordinator, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)

Bland de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, ansåg år 2020 en större andel att det var problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden och skriva intyg till Försäkringskassan än bland de läkare som inte hade rehabkoordinator (Tabell 5). Cirka hälften av de läkare som inte hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg att det var ganska eller mycket problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. Av de läkare som hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg majoriteten (66 %) att det var ganska eller mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden. Noterbart är att år 2018 upplevde en fjärdedel (26 %) av läkarna det som mycket problematiskt att få kontakt med rehabkoordinator - år 2020 gjorde endast 7 procent detta (Tabell 6).

Nästan 60 procent av de som inte hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg att det var lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg, medan cirka hälften av de läkare som hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg att detta var ganska eller mycket problematiskt. Majoriteten av läkare (79 %) som hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg att det var lite eller inte alls problematiskt att få kontakt med en rehabkoordinator medan 66 procent av de som inte hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg att detta var ganska eller mycket problematiskt.

Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde de tre nedan beskrivna situationerna som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, uppdelat på om de hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2020.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Tillgång till rehabkoordinator	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... handlägga patienters sjukskrivning?	Nej	8	45	38	9
	Ja	13	53	28	7
... skriva läkarintyg till FK?	Nej	9	31	35	24
	Ja	8	47	32	13
... få kontakt med rehabkoordinator?	Nej	22	44	11	22
	Ja	3	18	22	57

Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska att få kontakt med rehabkoordinator, år 2018 och 2020. I den gula delen ges motsvarande andelar för de läkare som vi särredovisar resultat för (sid 15).

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... få kontakt med rehabkoordinator?	2018	26	18	22	33
	2020	7	24	20	49
... få kontakt med rehabkoordinator?	2018	16	26	26	32
	2020	5	11	26	58

Båda enkätåren hade de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator oftare kontakt med Försäkringskassan än de andra läkarna och upplevde oftare att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Tabell 7).

År 2020 hade en fjärdedel av de läkare som hade tillgång till en rehabkoordinator kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden minst en gång/vecka; bland de läkare som inte hade tillgång till en rehabkoordinator var denna andel 12 procent. Skillnaden mellan dessa grupper var ännu större 2018 (62 % respektive 23 %). En femtedel av läkarna som inte hade tillgång till en rehabkoordinator år 2020 ansåg aldrig/i stort sätt aldrig att den egna försäkringsmedicinska kompetensen inte räcker till medan en femtedel av de läkare som hade tillgång till en rehabkoordinator ansåg detta minst en gång i veckan.

Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de nedan beskrivna situationerna, uppdelat på om läkarna hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2018 respektive 2020.

2020	Tillgång till rehabkoordinator	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Hur ofta i Ditt kliniska arbete... ... har Du kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden?	Nej	12	30	38	19
	Ja	26	44	29	1
... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till?	Nej	12	30	37	20
	Ja	22	35	30	13
2018	Tillgång till rehabkoordinator	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Hur ofta i Ditt kliniska arbete... ... har Du kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden?	Nej	23	33	30	14
	Ja	62	31	6	2
... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till?	Nej	26	22	32	20
	Ja	28	28	26	17

Detta kan antas ha samband med antal sjukskrivningsärenden läkarna med respektive utan rehabkoordinator hade, vilket redovisas i nästa avsnitt.

Resultat

När det gäller *fritextsvar* om rehabkoordinator, så fanns det flera som beskrev positiva erfarenheter av rehabkoordinator.

Mycket bra funktion som länge saknats. För de flesta former av psykisk ohälsa är ökad funktion och sysselsättningsgrad både ett mål i sig och en viktig faktor i återhämtning från psykisk sjukdom.

På min mottagning har vi jättestor nytta av vår rehabkoordinator. ...Inom psykiatrin borde alla läkare ha tillgång till rehabkoordinator.

Blivit en naturlig del av vårdlaget (teamet) kring patienten

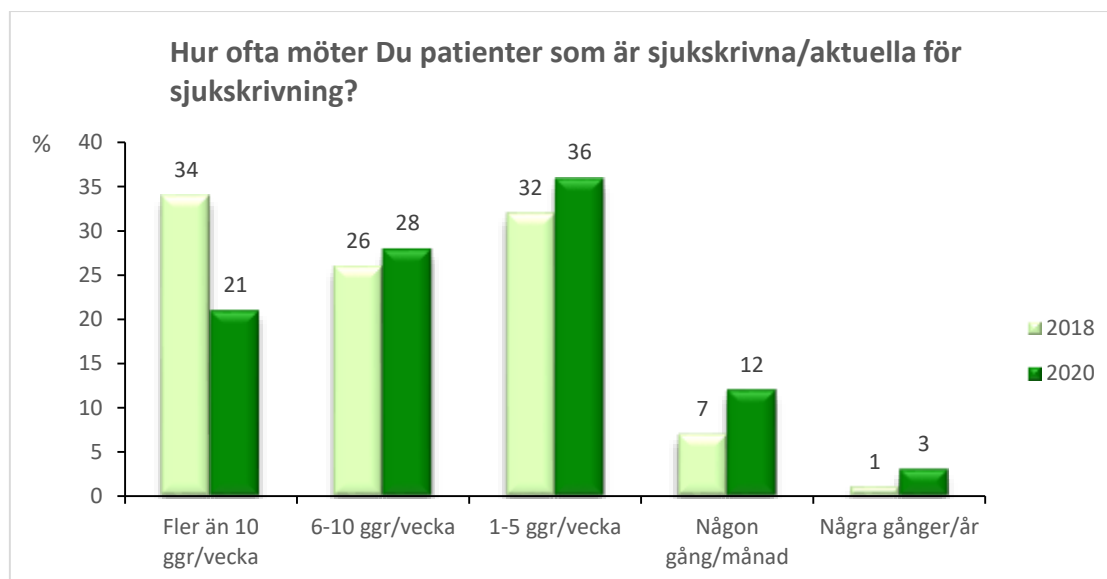
Andra beskrev att det fanns oklarheter rörande rehabkoordinatorernas arbete.

Vad gör hon egentligen? Verkar vara en del samtal med kommunens socialtjänst. Nyttan av detta är svår att avgöra men inte uppenbar.

Upplever att REKO väljer lite själva vilka patienter de vill jobba med och ibland "väljer bort" de patienter de tycker är jobbiga.

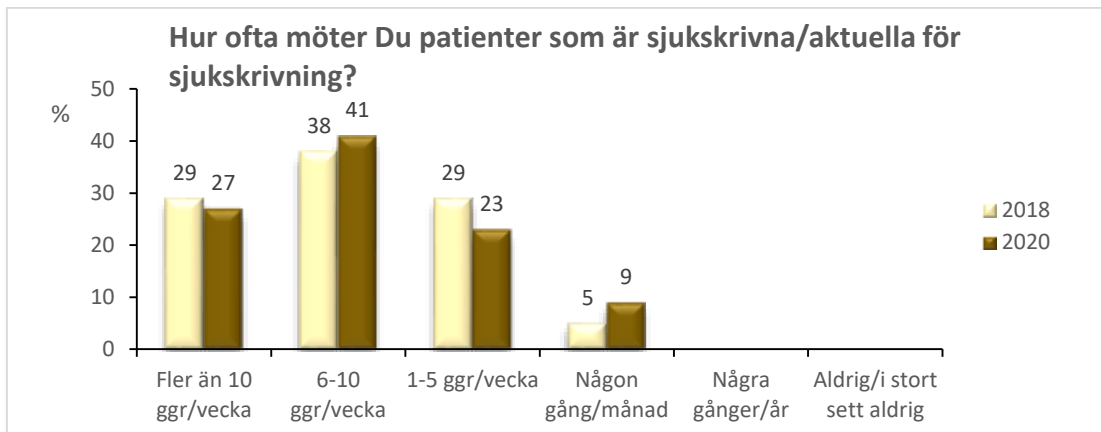
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 15 visas andel läkare i förhållande till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden. Den absoluta majoriteten hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, dock var den andelen något mindre år 2020 (92 % 2018, 85 % 2020). Även andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden fler än 10 gånger i veckan var mindre år 2020 än 2018 (34 % 2018; 21 % 2020). Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka visade samma minskande andel (60 % 2018 och 49 % 2020).



Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020.

Bland de läkare vi särredovisar för hade en något större andel sjukskrivningsärenden ofta än bland övriga läkare (Figur 16), till exempel hade 67 procent detta minst 6 gånger/vecka år 2018 och 68 procent år 2020. I denna grupp var det alltså inte motsvarande stora minskning i andel som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger/vecka.



Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Tabell 8 redovisas svaren i Figur 15 även uppdelat på om läkaren hade tillgång till rehabkoordinator eller ej. Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger per vecka var betydligt större bland de som tillgång till rehabkoordinator än bland de som inte hade det (Nej + Vet ej) (73 % vs 52 % år 2018; 68 % vs 37 % 2020). Det var alltså vanligare att ha tillgång till rehabkoordinator bland de som hade sjukskrivningsärenden ofta. Detta kan även ställas i relation till ovanstående fynd, att de läkare som upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska i större utsträckning har tillgång till rehabkoordinator (Tabell 5) och oftare upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Tabell 7). Detta kan vara relaterat till att verksamheter där fler läkare upplever problem med sjukskrivningsärenden och/eller har fler sjukskrivningsärenden har prioriterat att införa alternativt synliggöra rehabkoordinator.

Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har sjukskrivningsärenden fördelat på om de hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2018 och 2020.

Tillgång till rehabkoordinator?	Enkätår	Hur ofta sjukskrivningsärenden?					Aldrig/i stort sett aldrig
		Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	
Nej/Vet ej	2018	31	21	35	10	2	0
	2020	18	19	45	13	5	1
Ja	2018	38	35	25	2	0	0
	2020	27	41	22	9	0	1

Frekvens av specifika situationer

Enkäterna innehöll ett stort antal frågor kring frekvens av olika typer av situationer och problem när det gäller sjukskrivningsärenden.

Andelen läkare som upplevde de olika situationer som beskrivs i Tabell 9 minst en gång per vecka var generellt mindre år 2020 jämfört med 2018. Den mest markanta skillnaden mellan åren gäller läkarnas kontakt med Försäkringskassan: år 2018 hade 36 procent av läkare sådan kontakt – år 2020 endast 17 procent. På frågan om hur ofta läkaren säger nej till en patient som önskar sjukskrivning, angav 19 procent detta år 2018, men endast 10 procent år 2020. Det senare kan vara relaterat till att de deltagande läkarna hade färre sjukskrivningsärenden år 2020, vilket framgår av Figur 16 ovan, liksom till att rehabkoordinator i större utsträckning hanterar sådana kontakter.

Resultat

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde nedan beskrivna situationer, år 2018 och 2020.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2018	28	33	23	15
	2020	23	32	33	12
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2018	10	30	37	22
	2020	7	25	38	30
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2018	19	35	39	7
	2020	10	36	43	10
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2018	17	29	34	19
	2020	12	28	44	16
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	2018	22	32	25	21
	2020	14	32	25	29
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2018	13	28	26	33
	2020	7	24	27	42
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2018	8	28	34	30
	2020	6	27	35	31
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2018	9	26	40	26
	2020	5	21	43	31
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2018	5	33	35	27
	2020	1	16	45	38
... har Du kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden?	2018	36	33	21	9
	2020	17	35	35	13

I enkäten till läkare i Stockholm 2017 ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾ hade nästan en tredjedel (29 %) av läkarna inom psykiatrin kontakt med någon från Försäkringskassan åtminstone en gång i veckan. Dessutom var hälften (49 %) av dessa läkare ganska eller mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan.

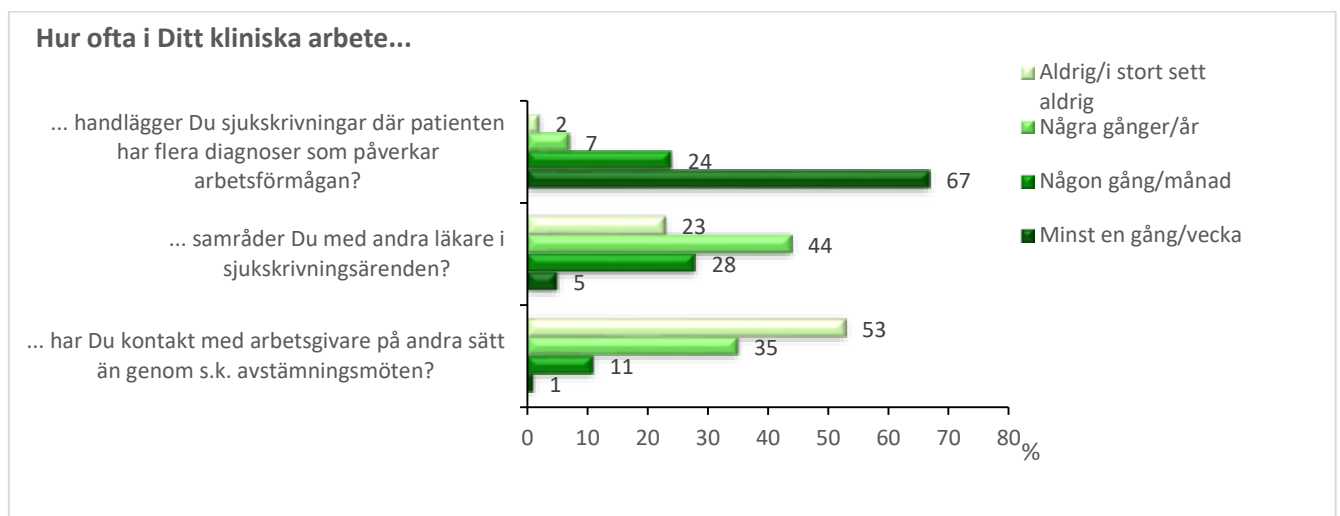
I Tabell 10 visas resultat gällande samma frågor som i ovanstående tabell för de läkare som vi särredovisar resultat för (se sid 15). Även bland dem var andelen läkare som upplevde de olika situationerna minst en gång per vecka generellt mindre år 2020 jämfört med 2018. Den mest markanta skillnaden mellan åren, även för dessa läkare, gäller hur ofta de hade kontakt med Försäkringskassan: år 2018 hade 53 procent av läkarna sådana kontakter minst en gång/vecka, år 2020 endast 23 procent. Det fanns en minskning mellan åren även gällande följande två situationer: att patienten säger nej till den sjukskrivning som läkaren föreslår (14 % 2018, 5 % 2020) samt att läkaren säger nej till en patient som önskar sjukskrivning (23 % 2018, 14 % 2020). Det var även en viss minskning i andel läkare som upplevde konflikter med patienter kring sjukskrivning (19 % 2018, 14 % 2020) samt i andelen som hade patienter som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (27 % 2018, 23 % 2020).

Även om andelen av dessa läkare som samarbetade med/remitterade till rehabkoordinator minst en gång/vecka mer än fördubblades från 2018 till 2020 (från 10% till 23%) (Figur 12) var det ingen förändring i hur ofta de samarbetade med/remitterade till kurator/psykolog eller till fysioterapeut/arbetsterapeut så ofta.

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde nedan beskrivna situationer, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2018	27	41	32	0
	2020	23	41	18	18
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2018	14	32	36	18
	2020	5	36	41	18
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2018	23	41	32	5
	2020	14	45	36	5
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2018	19	32	32	18
	2020	14	27	45	14
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	2018	15	38	33	14
	2020	14	64	18	5
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2018	10	36	27	27
	2020	14	41	18	27
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2018	10	33	29	29
	2020	5	45	50	0
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2018	0	38	52	10
	2020	0	33	48	19
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2018	0	45	36	18
	2020	0	9	64	27
... har Du kontakt med Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden?	2018	53	19	19	10
	2020	23	45	27	5

En majoritet av läkarna (67 %) svarade att de minst en gång per vecka handlägger sjukskrivningar där patienten har flera diagnoser som påverkar arbetsförmågan (Figur 17). Endast fem procent av läkarna svarade att de samråder med andra läkare i sjukskrivningsfrågor minst en gång per vecka medan cirka en tredjedel (28 %) gjorde detta någon gång per månad. Hälften (53 %) hade aldrig eller i stort sett aldrig kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom så kallade avstämningsmöten.



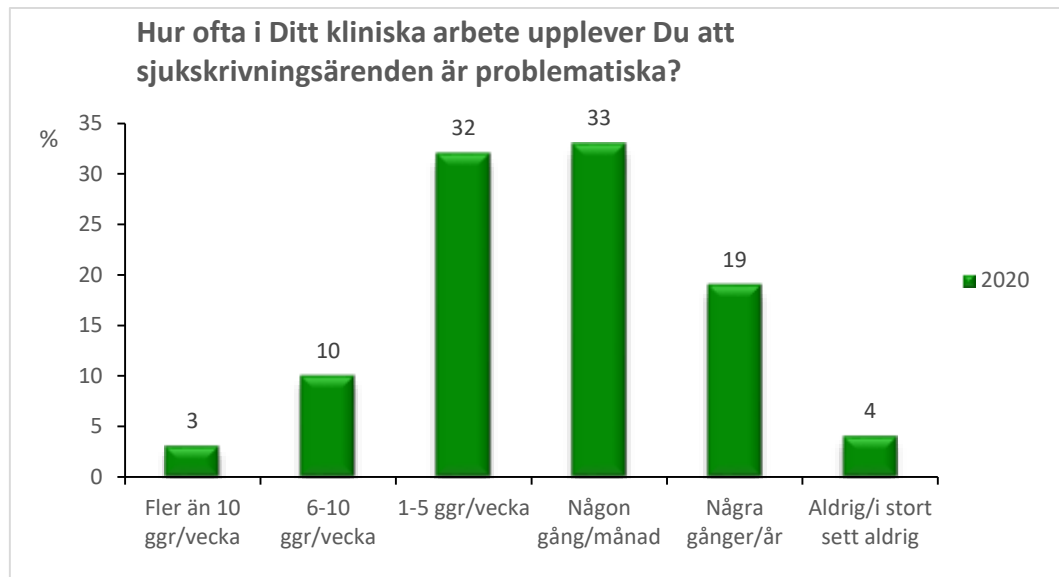
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde ovan beskrivna situationer, år 2020.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäterna innehöll ett flertal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden.

Frekvens av olika situationer och problem

På en övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska svarade 45 procent att de upplevde detta minst en gång per vecka (Figur 18). En liten andel av läkare (4 %) svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var problematiska.



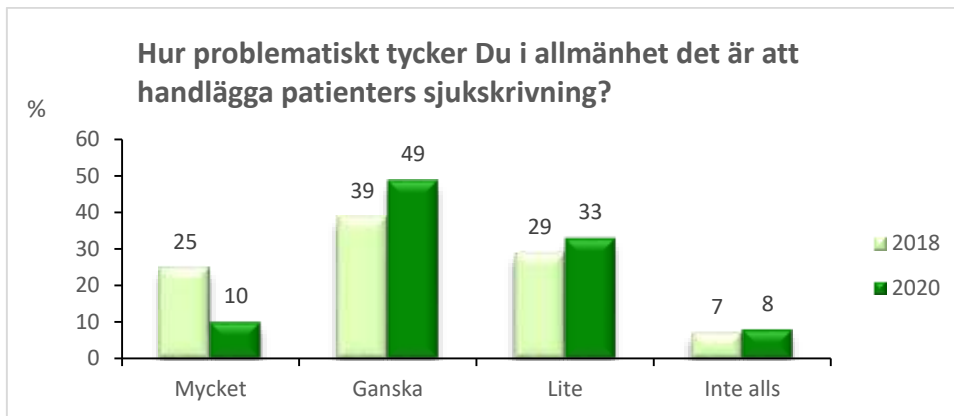
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2020.

När det gäller svarsmönstren i 2017 års enkät till samtliga läkare i Stockholm var det något fler läkare inom psykiatrin som upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång i veckan (60 %), en fjärdedel upplevde detta någon gång per månad och fyra procent upplevde aldrig detta ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾.

I det tidigare avsnittet om rehabkoordinator redovisas frekvens av några ytterligare problematiska aspekter (Tabell 5).

Allvarlighetsgrad av specifika problem

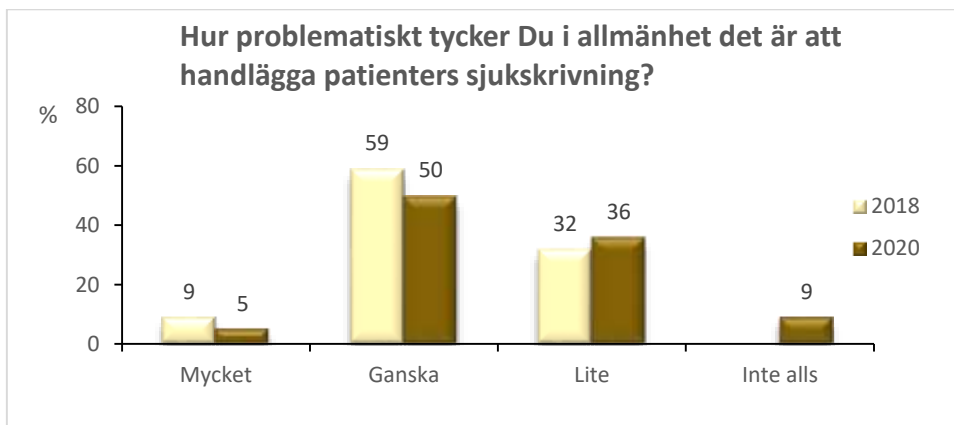
Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden eller var med om olika situationer. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning, för att inte bara få en bild av frekvens utan även av upplevd allvarlighetsgrad. Andelen läkare som svarade att det var mycket problematiskt minskade från 25 till 10 procent från 2018 till 2020. Parallellt ökade andelen läkare som ansåg att sjukskrivningsärenden var ganska problematiska från 39 till 49 procent. Cirka en tredjedel ansåg att handläggning av sjukskrivningsärenden var lite problematiskt och 7-8 procent att de inte alls var problematiska (Figur 19).



Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, 2018 och 2020.

Detta kan jämföras med att 61 procent av läkarna inom psykiatrin i Stockholm år 2017 ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾.

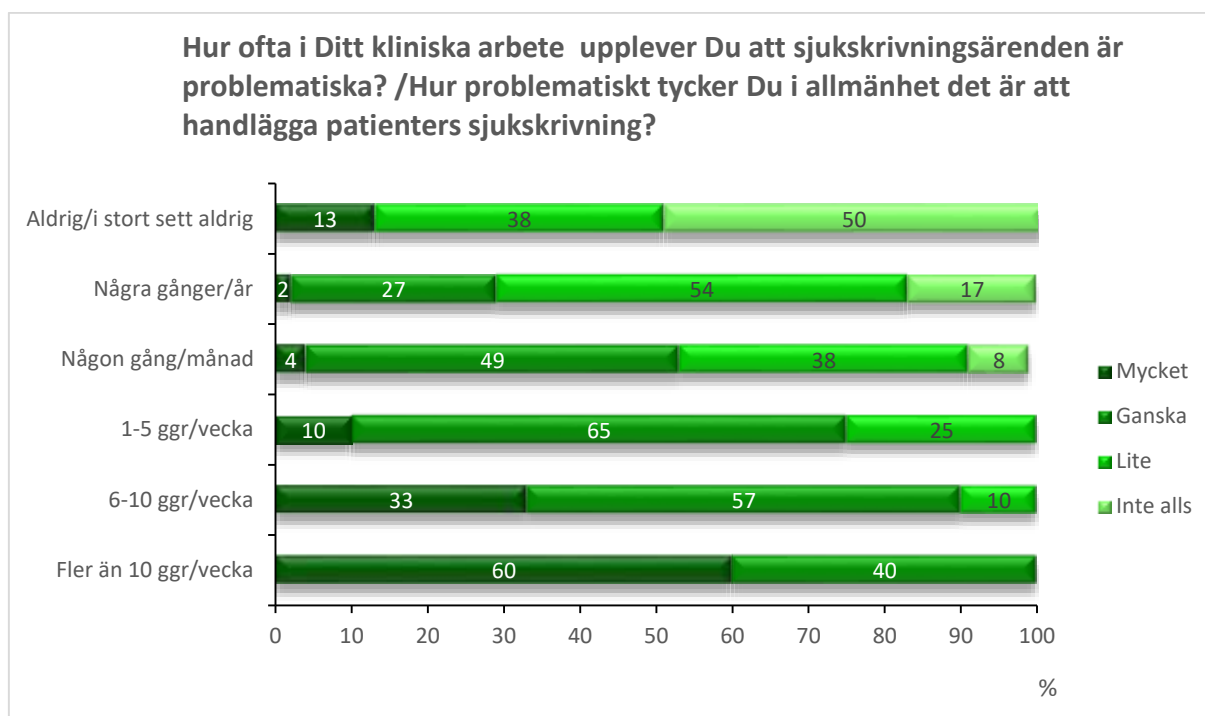
Av de läkare som vi särredovisar resultat för, ansåg 68 procent att handläggning av patienters sjukskrivning är mycket eller ganska problematiskt år 2018 (Figur 20). Den andelen hade minskat till 55 procent år 2020.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, 2018 och 2020.

(Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

I Figur 21 relateras svaren på de två frågor om *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* handläggningen av dem är för år 2020. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde de som mycket problematiska. På motsvarande sätt upplevde ingen av de som aldrig eller högst några gånger/år upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket problematiska.



Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2020.

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i Tabell 11 och Figur 22 nedan.

Det som störst andel läkare upplevde som mycket problematiskt var att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg (47 % 2018 och 39 % 2020) samt att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter (47 % 2018 och 33 % 2020). För båda dessa problem hade alltså andelen blivit mindre år 2020, men var fortfarande de två största.

För flera av de olika typerna av möjliga problem hade andelen som upplevt dem minskat en hel del år 2020. Detta gäller dock inte följande aspekt: I sitt yrkesutövande har läkaren i sjukskrivningsärenden olika roller i förhållande till patienten, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör^(48, 59). Sextiofem procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden år 2018, 60 procent år 2020. Minskningen i procent mellan åren var en av de lägsta när det gäller olika typer av problem.

Båda åren svarade ungefär hälften att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.

Noterbart är att år 2018 upplevde en fjärdedel (26 %) av läkarna det som mycket problematiskt att få kontakt med rehabkoordinator. År 2020 gjorde endast 7 procent detta. Även andelen läkare som ansåg att det var problematiskt att bedöma arbetsförmåga (dvs. i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter) minskade från 32 till 25 procent mellan åren. Noterbart är även den stora skillnaden i andel läkare som ansåg att det är mycket problematiskt att skriva intyg till Försäkringskassan; 20 procent 2018; 8 procent 2020. För samtliga möjliga problem som listades i enkäterna båda åren hade andel läkare som upplevde de som mycket problematiska minskat något eller betydligt från 2018 till 2020. Det fanns ett undantag till detta; att ”tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukskriven” (5 % 2018; 8 % 2020).

Svar på frågan om hur problematiskt det var att få kontakt med rehabkoordinator redovisas, uppdelat på om läkaren hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, i Tabell 5 ovan.

Tabell 11. Andel (%) läkare som upplevde nedan listade uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2018 och 2020.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2018	20	35	36	9
	2020	17	37	37	8
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2018	32	42	23	3
	2020	25	44	26	5
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	2018	47	36	17	1
	2020	33	43	21	4
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2018	5	33	48	15
	2020	8	26	45	22
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2018	10	35	43	12
	2020	7	32	43	18
... bedöma optimal sjukskrivningslängd och grad?	2018	21	39	34	6
	2020	11	43	36	9
... hantera Dina två roller, dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2018	27	38	25	11
	2020	25	35	29	11
... skriva läkarintyg till FK?	2018	20	35	32	13
	2020	8	37	34	20
... svara på FKs begäran om komplettering av intyg?	2018	47	30	17	6
	2020	39	34	18	9
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning?	2018	20	32	41	7
	2020	13	36	41	10

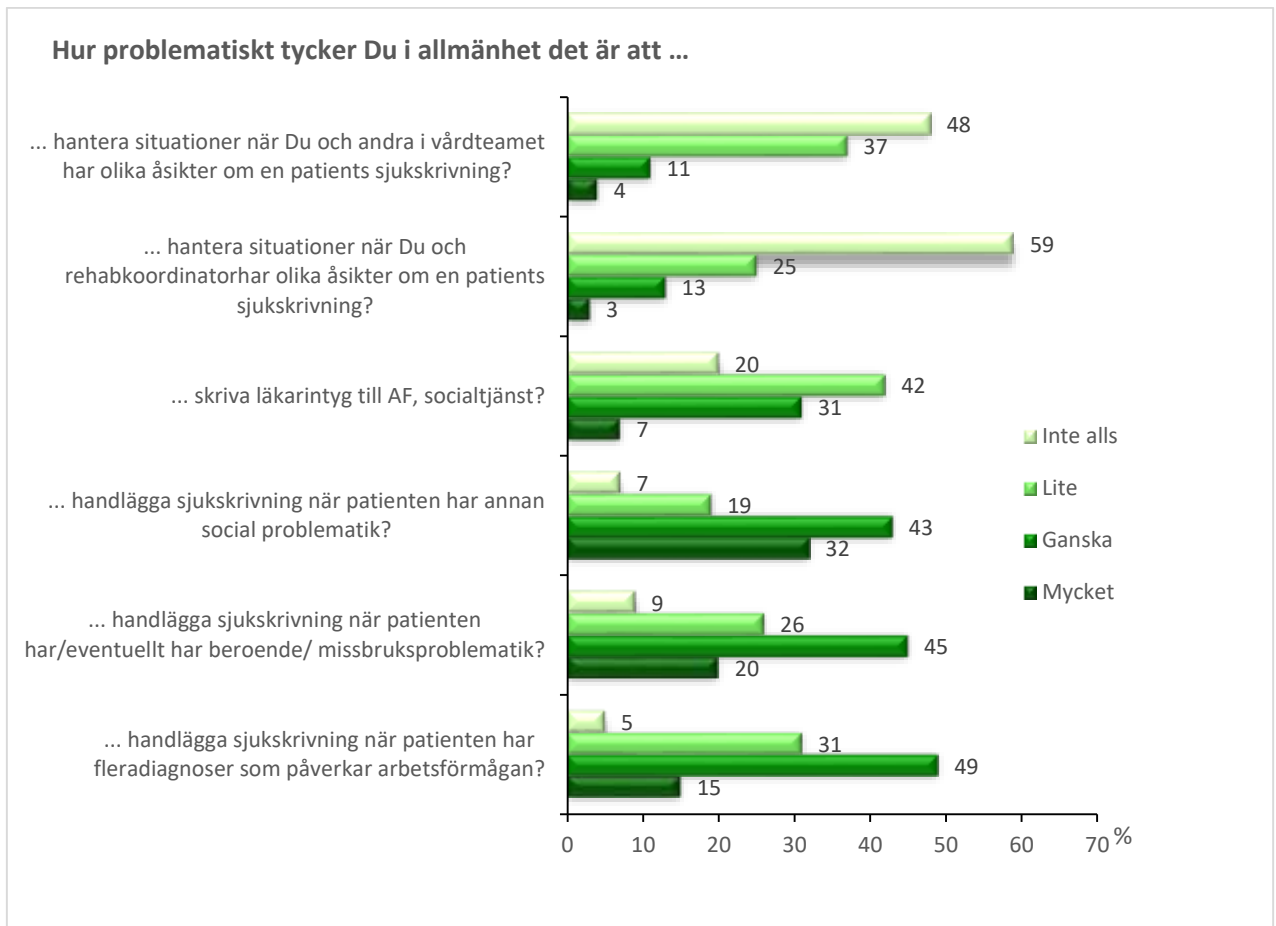
När det gäller de läkare som vi särredovisar för ökade överlag andelen som inte ansåg att de olika situationerna var problematiska mellan enkätåren (Tabell 12). Till exempel ansåg drygt hälften av dem (58 %) år 2018 att det var lite eller inte alls problematiskt att få kontakt med rehabkoordinator. År 2020 var det 84 procent av de som ansåg detta. Av dessa läkare ansåg en dryg fjärdedel (27 %) att det är mycket problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan 2018, år 2020 ansåg endast fem procent av dem detta. Även att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg ansågs vara mycket problematiskt av 55 procent av läkarna 2018, medan 2020 hade den andelen minskat till 41 procent. Drygt hälften (55 %) av dessa läkare ansåg att det var problematiskt att bedöma arbetsförmåga för patienter som inte har ett arbete 2018, år 2020 hade den andelen minskat till 32 procent.

Resultat

Tabell 12. Andel (%) läkare som upplevde nedan listade uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2018	18	27	45	9
	2020	23	45	32	0
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2018	27	45	27	0
	2020	27	59	14	0
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	2018	55	32	14	0
	2020	32	64	5	0
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2018	5	27	55	14
	2020	9	18	41	32
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2018	14	36	32	18
	2020	9	23	45	23
... bedöma optimal sjukskrivningslängd och grad?	2018	23	41	36	0
	2020	23	32	36	9
... hantera Dina två roller, dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2018	27	45	23	5
	2020	36	41	14	9
... skriva läkarintyg till FK?	2018	27	27	36	9
	2020	5	45	36	14
... svara på FKs begäran om komplettering av intyg?	2018	55	14	18	14
	2020	41	27	27	5
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning?	2018	10	24	67	0
	2020	10	52	33	5

I Figur 22 redovisas läkarnas svar när det gäller frågor kring hur problematiskt de upplever olika situationer gällande sjukskrivning. Majoriteten av läkare (84 %) ansåg att det var lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när de och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. De ansåg inte heller att det var problematiskt att hantera sådana situationer när det gällde att ha olika åsikter med en rehabkoordinator (84 %). Däremot ansåg läkarna att det var ganska eller mycket problematiskt att handlägga sjukskrivning när patienten har annan social problematik (75 %), när patienten har beroende/missbruksproblematik (65 %) och när patienten har flera diagnoser som påverkar arbetsförmågan (64 %).

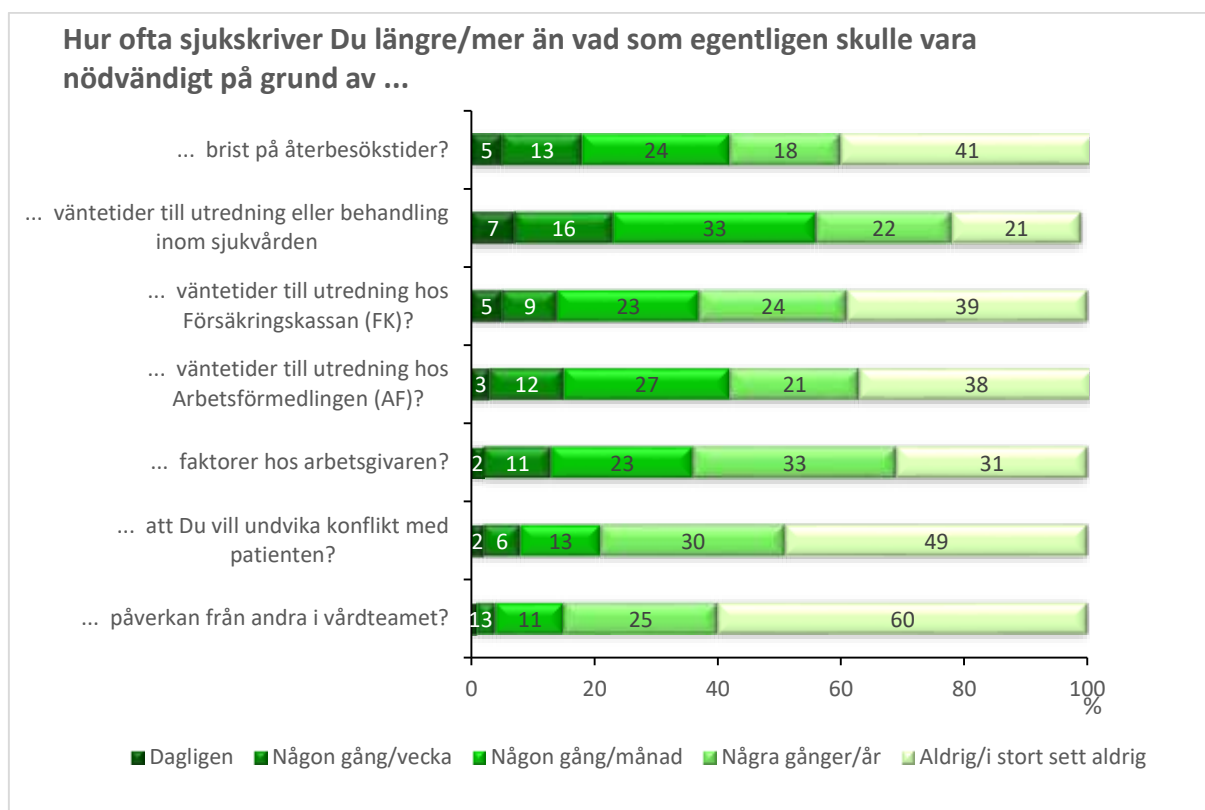


Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde de ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2020.

Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

År 2020 ställdes sju frågor om möjliga anledningar till att läkare sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt (Figur 23). Över hälften av läkarna (56 %) angav att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården; 7 procent gjorde det varje vecka. Brist på återbesökstider var den näst vanligaste orsaken (42 % angav att de gjorde det minst en gång/månad). Väntetider hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan respektive på åtgärder hos arbetsgivaren var också relativt vanliga orsaker. Påverkan från andra i teamet till att sjukskriva längre än nödvändigt var en mindre vanlig orsak till detta, 60 procent upplevde aldrig detta.

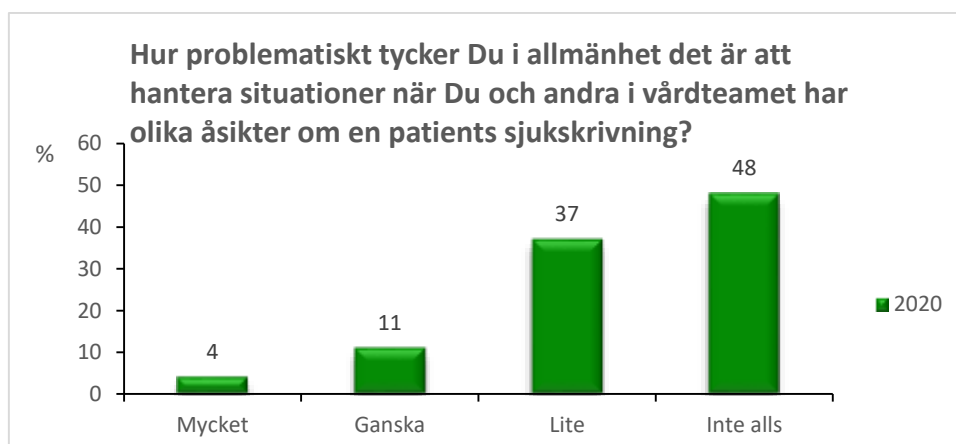
Resultat



Figur 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar eller andra faktorer, år 2020.

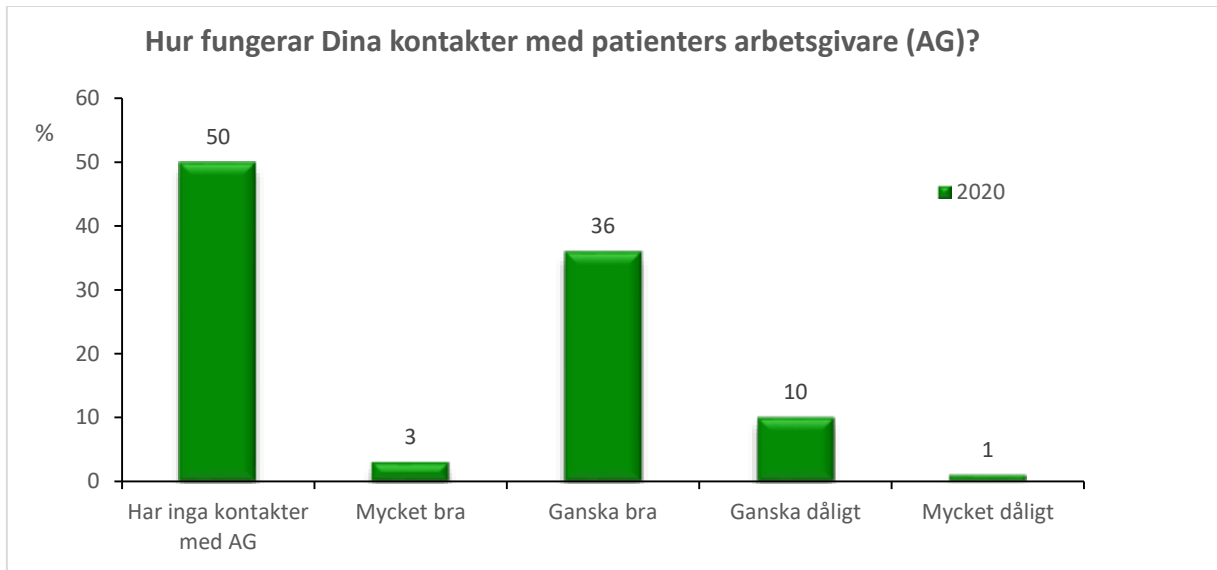
Jämförelsevis angav läkare inom psykiatri i Stockholm 2017 ('Stockholmsenkäten')⁽⁴⁾ följande orsaker till att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad: väntetider till behandling (47 %), att tillgång till annan adekvat behandling/rehabilitering saknas (47 %), väntetider till utredning inom sjukvården (46 %) och brist på återbesökstider (43 %).

De flesta läkare (85 %) ansåg att det var 'inte alls' eller 'lite' problematiskt att hantera situationer när de eller andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. En liten andel av läkare (15 %) ansåg att detta var ganska eller mycket problematiskt (Figur 24).



Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, 2020.

Hälften av läkarna svarade att de inte har några kontakter med patientens arbetsgivare. Nästan 40 procent svarade att kontakten är ganska eller mycket bra (Figur 25).



Figur 25. Andel (%) läkare som svarat på frågan hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare (AG) fungerade, år 2020.

I fritextsvaren framkom att många patienter inte vill att läkaren har kontakt med arbetsgivaren.

Patienten vill inte att jag har kontakt med deras chef. De känner sig exponerade i sin psykiska ohälsa

Att inte ha kontakt med arbetsgivare beskrevs bland annat bero på tidsbrist.

Samverkan tar tid som inte finns.

Saknas tid, borde ligga på andra arbetsgrupper i samverkan med FK

Några beskrev att sådana kontakter sköts av kurator eller av rehabkoordinator.

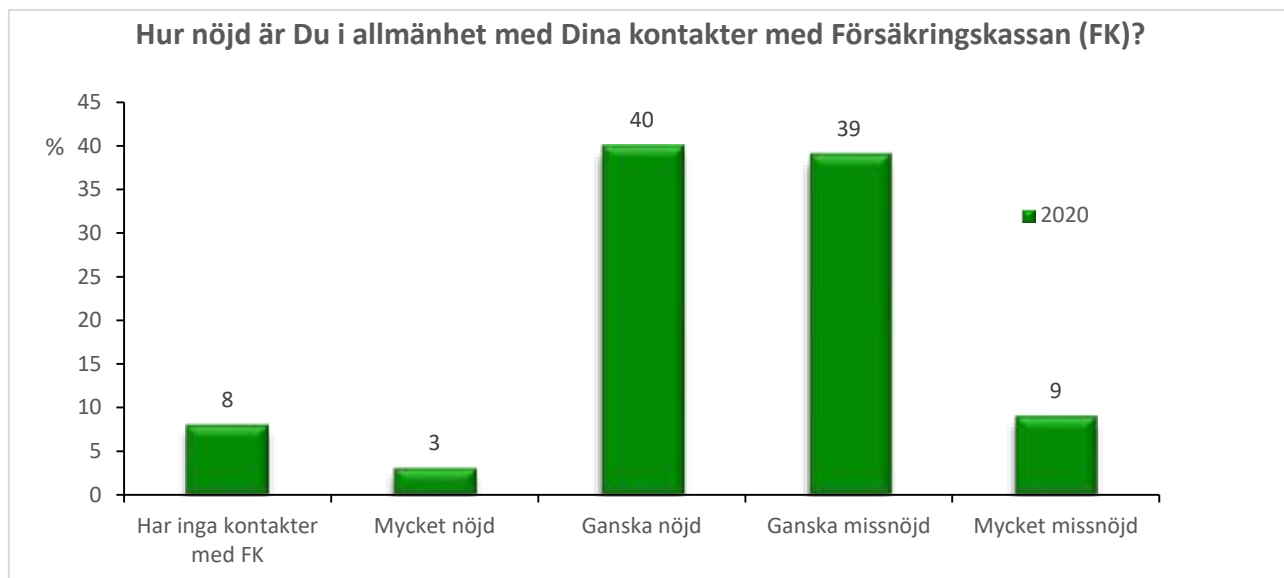
På vår klinik finns rehabkoordinator som sköter denna kontakt. Förenklar mitt arbete enormt!!

Om behov uppstår tar jag hjälp av patienten själv eller vår egen rehabkoordinator.

Kontakter med Försäkringskassan

Ett flertal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, hur kontakterna upplevs och typer av svårigheter i kontakten.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 43 procent att de är mycket eller ganska nöjda medan 39 procent var ganska missnöjda och nio procent mycket missnöjda (Figur 26). Åtta procent av deltagarna hade inga kontakter med Försäkringskassan.



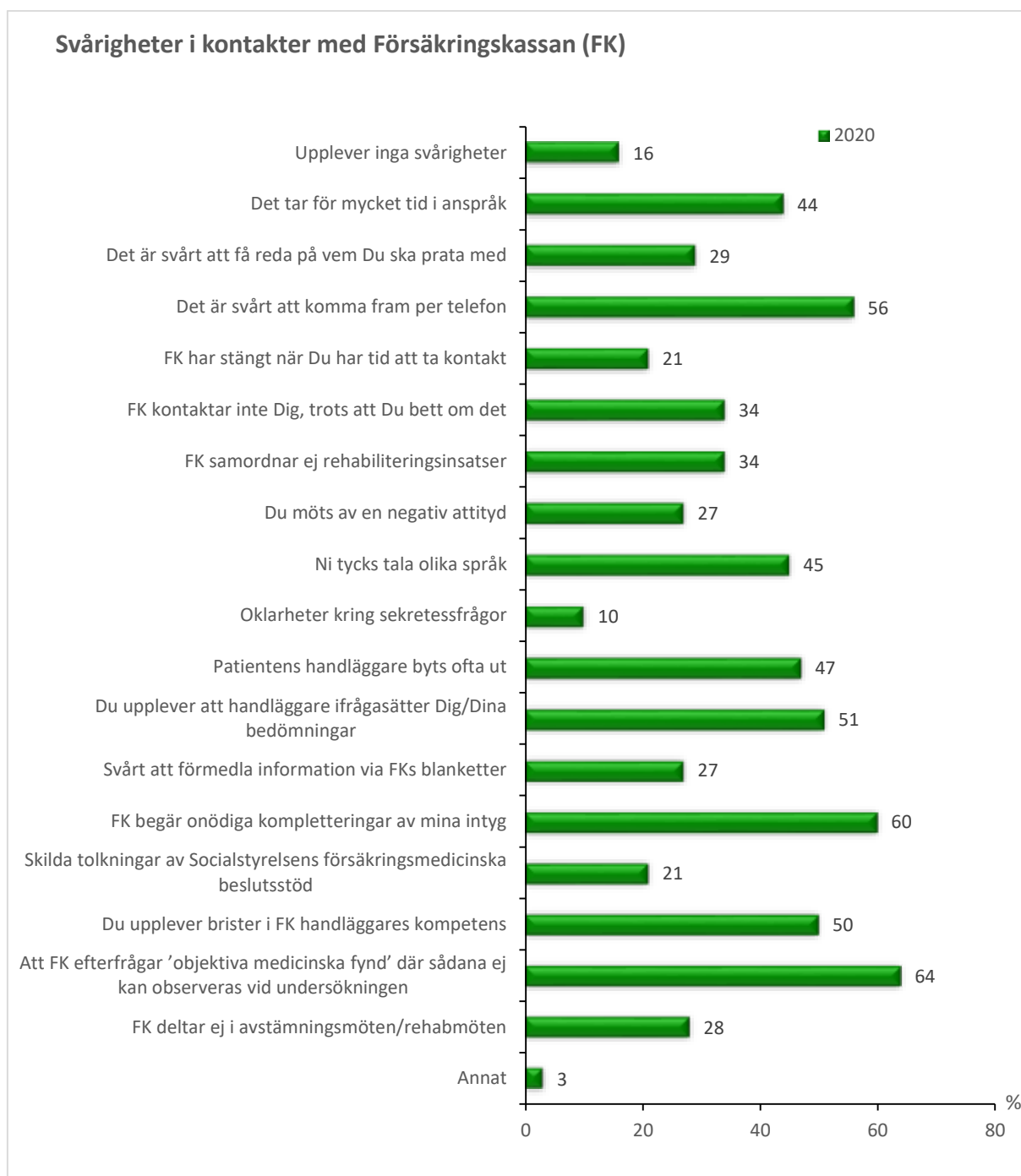
Figur 26. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2020.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

Flera frågor i enkäten 2020 handlade om eventuella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. I Figur 27 visas hur stor andel som upplevt de olika typer av sådana svårigheter som listades i enkäten. Störst andel (64 %) uppgav svårigheten att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning¹. Nästan lika stor andel (60 %) svarade att det är en svårighet att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg. Nästan hälften av läkarna ansåg också att det är svårt att komma fram per telefon (56 %), att handläggare ifrågasätter 'Dig/Dina bedömningar' (51 %), att de upplever brister i handläggares kompetens (50 %) och att patientens handläggare ofta byts ut (47 %).

Nästan hälften svarade att man tycks tala olika språk (45%) och att kontakterna tar för mycket tid (44 %). En tredjedel svarade att en svårighet är att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren trots att denne har bett om det (34%), att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser (34%), samt att det är svårt att ta reda på vem man ska prata med (29%).

¹ Detta är anmärkningsvärt, eftersom Försäkringskassan år 2018, efter de resultat om detta som framkom i den rikstäckande enkäten till läkare år 2017⁽²⁰⁾ klargjort att de inte längre ska efterfråga sådana 'objektiva fynd' när sådana inte kan observeras vid undersökning.



Figur 27. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2020.

Svaren kan jämföras med de från de läkare inom psykiatri i Stockholm som svarade på enkäten 2017 ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾ svarade 65 procent att det är en svårighet att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, 60 procent att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökningen, 50 procent att det tar för mycket tid i anspråk och 48 procent att det är svårt att komma fram per telefon. Andelarna som upplevde dessa svårigheter var alltså ungefär lika stora år 2017 och 2020.

Det fanns betydligt fler fritextkommentarer om samverkan med Försäkringskassan än med arbetsgivare. I denna rapport är dock fokus på rehabkoordinator, snarare än på syn på Försäkringskassan. De kommentarer som gavs om samverkan med Försäkringskassan är överlag

Resultat

synnerligen kritiska, både vad gäller Försäkringskassans kompetens, som upplevs som bristande, och förhållningssätt och bemötande av såväl läkare som patienter. Allvarliga brister vad gäller förutsägbarhet, rättssäkerhet och samverkan beskrevs samtidigt som några påpekade att detta inte gäller alla handläggare. Kontakten med Försäkringskassan beskrivs ta mycket tid och mycket energi. Några exempel ges nedan.

Efter årsskiftet 19/20 är det åter katastrof! Jag är specialist på en allmänpsykiatrisk mottagning. Jag vill vara läkare, men snart går det tyvärr inte längre. Jag fokuserar inte längre på att behandla pats utan på FK. Det är tragiskt på alla sätt! Det går ut över pats.

Tiden för att få igenom ett intyg hos FK är mer än den faktiska med patienten.

Jag sitter över 2-3 tim flera dagar i veckan och försöker formulera "smarta" meningar som en rigid jurist på FK ska godkänna.

Det är väldigt varierande hur olika handläggare bedömer samma intyg. Oförutsägbarhet i FK:s bedömningar.

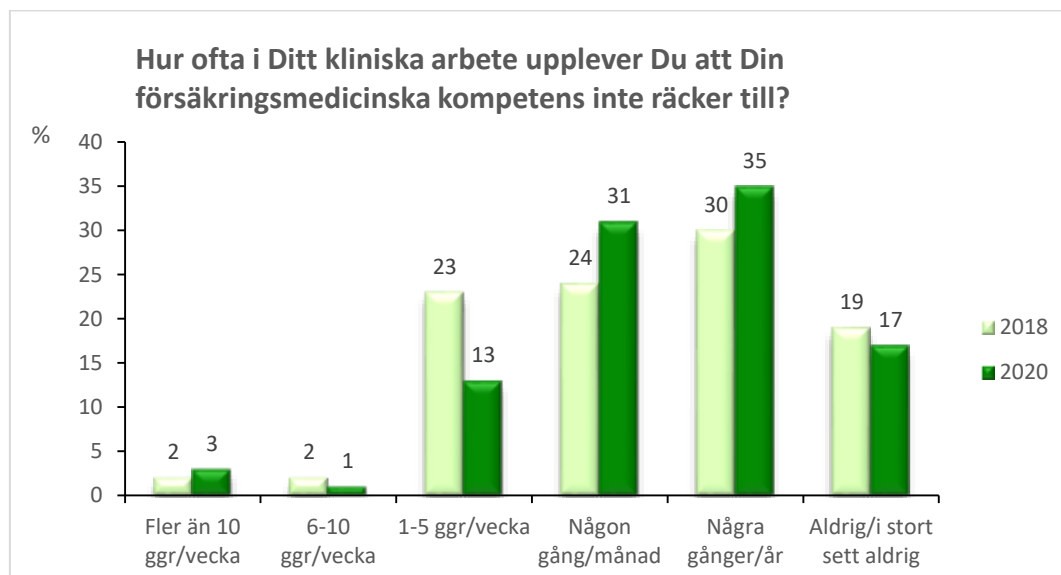
Resultaten speglar överlag väl de som framkom i en analys av fritextsvar om samverkan med Försäkringskassan för läkare från hela Sverige⁽⁷²⁾.

Ur denna rapporters perspektiv kan noteras att inte i en enda av kommentarerna om Försäkringskassan nämndes rehabkoordinator.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I detta avsnitt presenteras resultat om hur ofta samtliga sjukskrivande läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Andelen läkare som minst en gång i veckan upplevde detta minskade med tio procentenheter från 27 procent år 2018 till 17 procent 2020. En knapp femtedel av läkare upplevde aldrig/i stort sett aldrig detta (Figur 28).

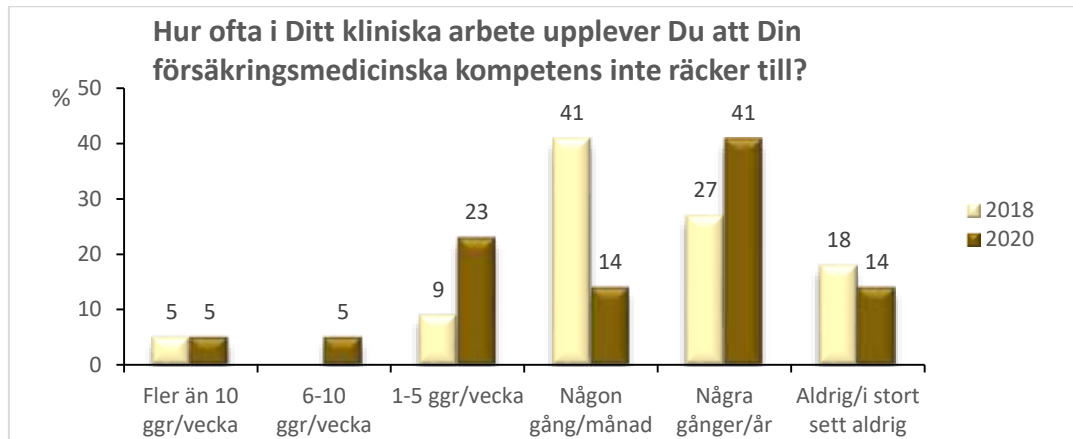
(Svaren i Figur 28 för år 2020 redovisas även uppdelat på om läkaren har tillgång till rehabkoordinator eller inte i Tabell 7 ovan.)



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2018 och 2020.

Av de läkare inom psykiatrin i Stockholms län som svarade på enkäten om läkares arbete med sjukskrivning år 2017 upplevde 17 procent minst en gång i veckan att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾, medan 23 procent aldrig gjorde det.

Bland de läkare vi särredovisar svar för (se sid 15) och som minst en gång/vecka upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till minst en gång/vecka, ökade istället betydligt mellan de två enkätåren (från 14 % 2018 till 33 % 2020) (Figur 29).



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har regionerna (tidigare benämnda landstingen) sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter, bland annat vad gäller ledning och styrning av det arbetet^(23, 31, 73, 74). I enkäten berörde några frågor organisatoriska förutsättningar för läkares arbete med sjukskrivningsärenden. En av dem efterfrågade förekomst på läkares arbetsplats av gemensamma rutiner/policy för arbetet med sjukskrivning och i en följdfråga till de som svarat att en sådan fanns, huruvida rutinerna/policyn upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om resurser i termer av tid/tidsbrist i olika aspekter av sjukskrivningsarbetet, dvs om en annan aspekt av organisatoriska förutsättningar.

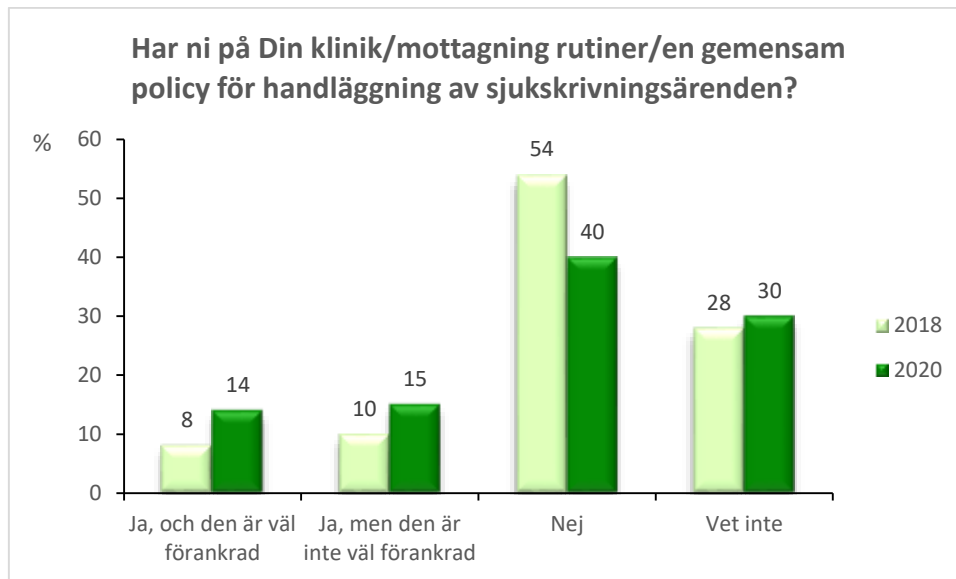
Överlag sågs en positiv utveckling när det gäller vissa organisatoriska förutsättningar.

Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som svarade att det finns gemensamma rutiner/policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden var 18 procent 2018 och 29 procent 2020. Andelen läkare som beskrev att dessa rutiner/policys var välförankrade ökade från 8 procent 2018 till 14 procent 2020 (Figur 30). I linje med detta var det en mindre andel som svarade att det inte finns några sådana rutiner på deras arbetsplats 2020 (54 % 2018 respektive 40 % år 2020).

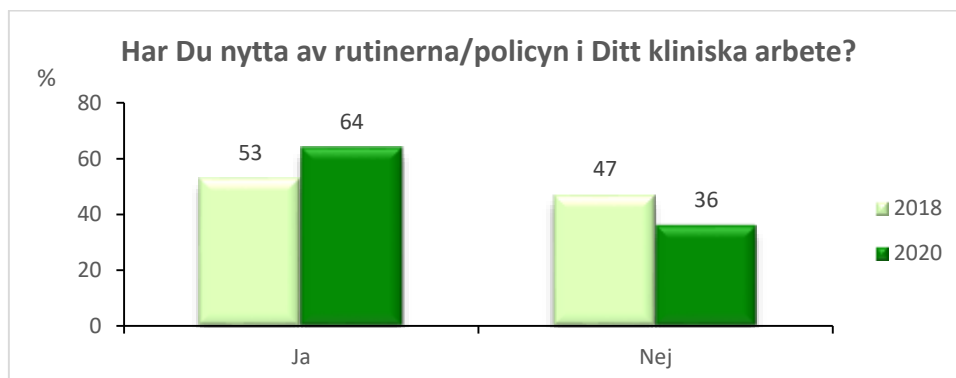
År 2017 svarade 28 procent av att de hade detta ('Stockholmsrapporten')^(4 sid 96), det vill säga ungefär samma andel som 2020.

Resultat



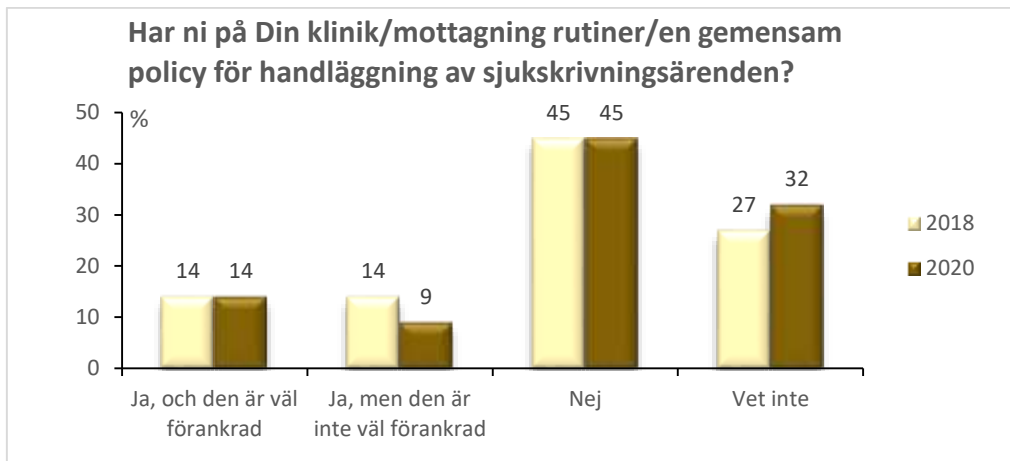
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.

En följdfråga till de som svarat att de har gemensamma rutiner/policy på kliniken var om de har nytta av dem i sitt kliniska arbete; majoriteten (53 respektive 64 % de två enkätåren) svarade ja på den frågan (Figur 31).



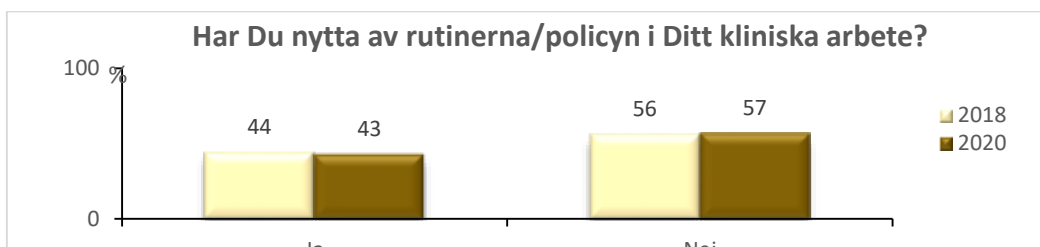
Figur 31. Andel (%) läkare bland dem, som hade svarat ja på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, som svarat på om de har nytta av dessa rutiner/policyn i sitt kliniska arbete, år 2018 och 2020.

Av de läkare som vi särredovisar resultat för svarade 14 procent år 2018 och 2020 att det finns välförankrade gemensamma rutiner/policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden. Andelen läkare som inte hade sådana rutiner var densamma de två åren, däremot ökade andelen som inte visste något (Figur 32).



Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Bland de läkare vi särredovisar för förändrades inte andelen mellan de två enkätåren, vad avser att ha nytta av dessa rutiner (Figur 33).

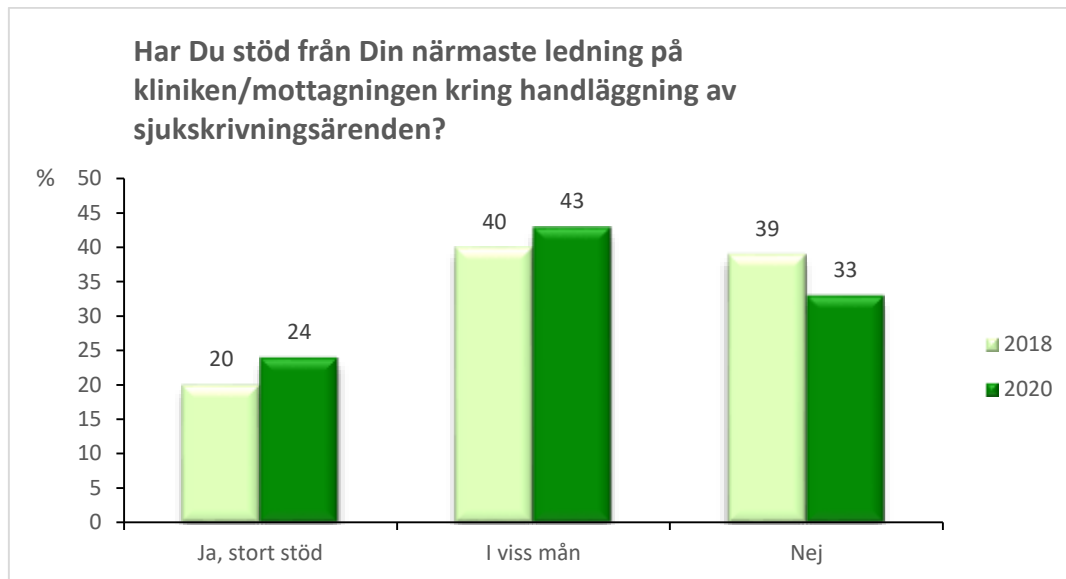


Figur 33. Andel (%) bland de läkare, som hade svarat 'ja' på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, som svarat att de har nytta av dessa rutiner/policyn i sitt kliniska arbete, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Stöd från ledningen

En av enkätfrågorna handlade om huruvida läkare hade stöd från den närmaste ledningen i sitt sjukskrivningsarbete.

Figur 34 visar att andelen läkare som hade ett stort stöd ökade något från 20 procent år 2018 till 24 procent år 2020. Även andelen läkare som hade detta stöd i viss mån ökade något mellan enkätåren. År 2017 svarade 21 procent av att de hade detta ('Stockholmsrapporten')^(4 sid 97), det vill säga ungefär samma andel som 2018.



Figur 34. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.

Svaren från de läkare vi särredovisar resultat för såg i stort sett likadana ut när det gäller frågan om stöd från närmaste ledningen, förutom att andelen läkare som hade stort stöd minskade något mellan 2018 och 2020 från 31 procent till 24 procent (Figur 35).



Figur 35. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)

Tidsbrist

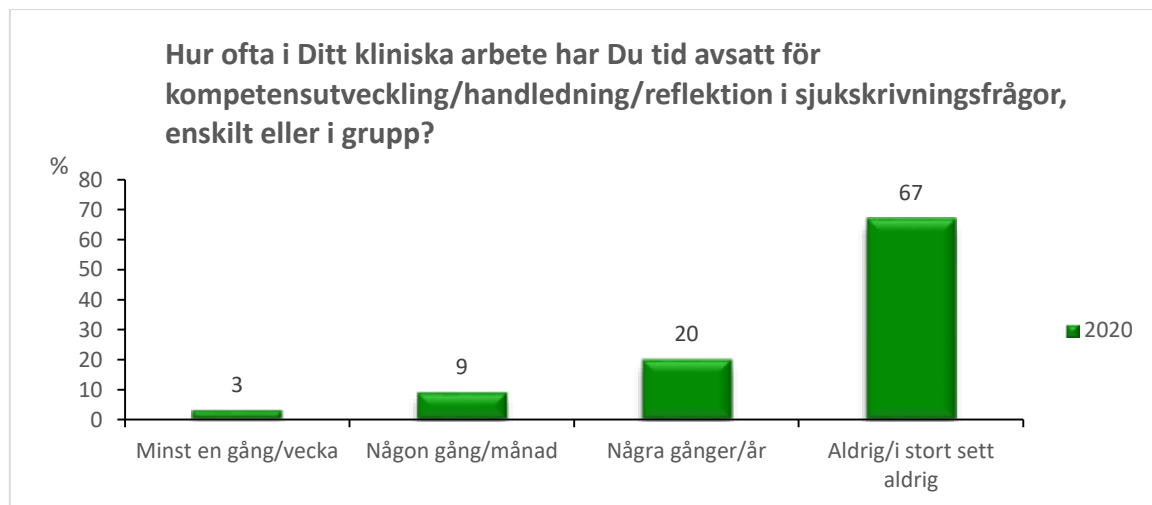
En annan central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är resursen tid⁽⁵⁸⁾. I enkäten år 2020 fanns tre frågor om detta, om hur ofta läkaren upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten när det gäller sjukskrivningsfrågor, tidsbrist i annat patientrelaterat sjukskrivningsarbete (t.ex. skriva intyg, kontakta andra aktörer, etc.) samt tidsbrist när det gäller kompetensutveckling, handledning etcetera i sjukskrivningsfrågor.

När det gäller upplevd tidsbrist i sjukskrivningsärenden svarade 17 procent att de upplevde detta dagligen, nästan hälften (48 %) minst någon gång/vecka när det gäller den direkta patientkontakten (Tabell 13). Andelen var ännu större när det gäller annan patientrelaterad tid respektive tid för kompetensutveckling/handledning/reflektion.

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning avseende tre olika aspekter, år 2020.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller ...	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	17	31	26	9	18
... patientrelaterad tid?	26	35	22	10	8
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	25	28	21	14	12

På frågan om hur ofta läkare hade tid avsatt för kompetensutveckling/handledning/reflektion i sjukskrivningsärenden svarade 67 procent av läkarna att de aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för detta (Figur 36) Endast 12 procent har tid avsatt för detta någon gång per månad eller oftare.

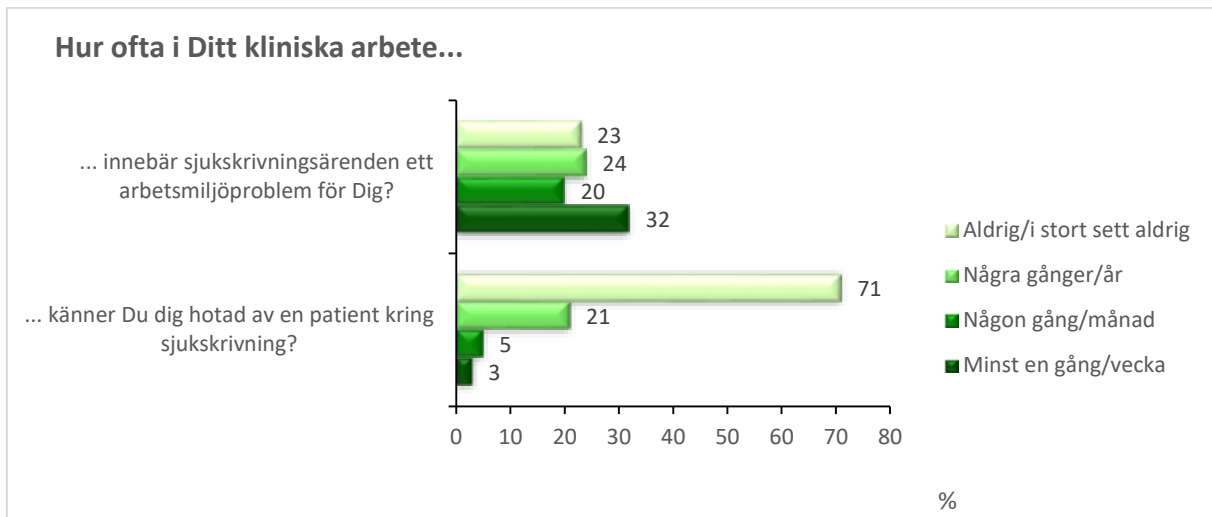


Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för kompetensutveckling/handledning/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2020.

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

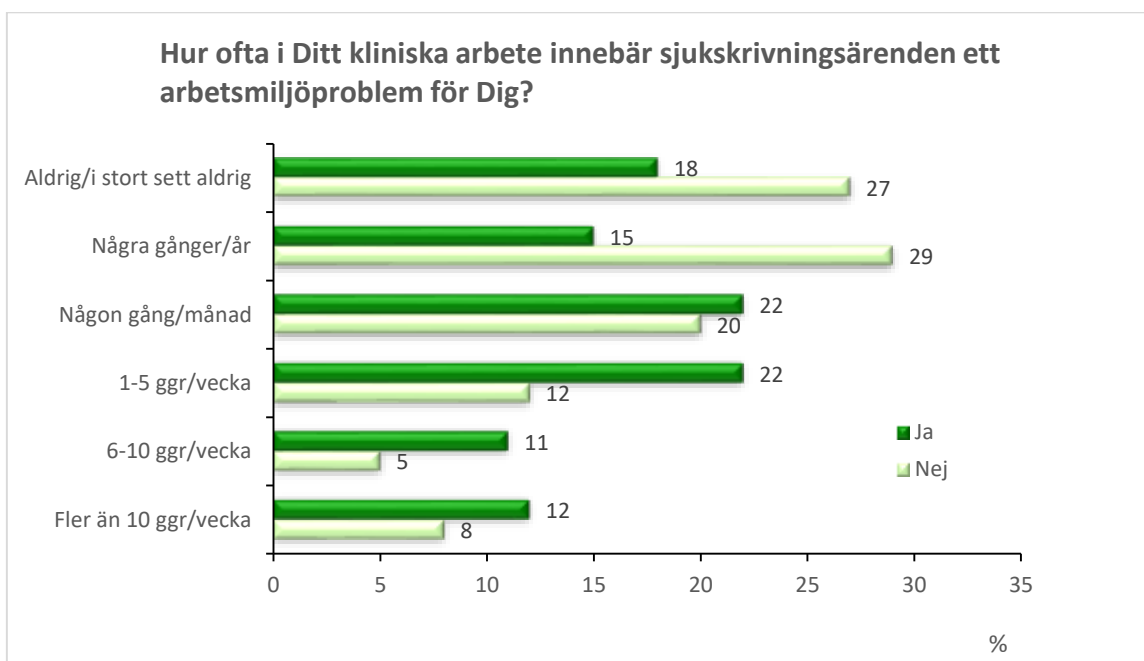
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem^(59, 75-79). I 2020 års enkät fanns det två frågor om eventuella arbetsmiljöproblem. På den allmänna frågan om sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för läkarna svarade en tredjedel (32 %) att detta var fallet minst en gång per vecka och för en cirka femtedel av läkare var sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig ett arbetsmiljöproblem (Figur 37). (År 2017 upplevde en större andel (44 %) av läkarna inom psykiatri detta som ett arbetsmiljöproblem minst en gång/vecka ('Stockholmsrapporten')⁽⁴⁾).

Den andra frågan handlade om läkarna kände sig hotade av en patient kring sjukskrivning. Den stora majoriteten av läkare (71 %) kände sig aldrig eller i stort sett aldrig hotade av en patient kring sjukskrivning medan 3 procent gjorde det minst en gång per vecka.



Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem respektive kände sig hotade av en patient kring sjukskrivning, år 2020.

I Figur 38 har svaren på frågan om hur ofta arbetet med sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem delats upp på de som har respektive inte har tillgång till rehabkoordinator. De mörkgröna staplarna visar svaren för de som hade tillgång till rehabkoordinator. I figuren redovisas även frekvenserna mer detaljerat än i ovanstående figur. Det framgår att en större andel av de läkare som har tillgång till rehabkoordinator ofta upplever sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem. Av de med rehabkoordinator gjorde 45 procent detta minst en gång i veckan, jämfört med 25 procent bland de övriga läkarna.



Figur 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem, fördelat på de som hade tillgång till rehabkoordinator (= Ja) och de som inte hade det (= Nej), år 2020.

Om även frekvens av sjukskrivningsärenden beaktas blir bilden som förmedlas i ovanstående figur något annorlunda (Tabell 14). Det framgår att en mindre andel av de läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden *och* som hade tillgång till rehabkoordinator upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem, fördelat på de som hade tillgång till rehabkoordinator respektive hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, år 2020.

Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?	Hur ofta innebär arbetet med sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?						
	Tillgång till rehabkoordinator	Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Fler än 10 ggr/vecka	Nej	37	37	24	2	0	0
	Ja	26	44	23	5	0	1
6-10 ggr/vecka	Nej	35	23	35	6	0	0
	Ja	19	16	45	14	5	0
1-5 ggr/vecka	Nej	27	16	35	16	5	0
	Ja	16	22	41	16	3	3
Någon gång/månad	Nej	37	37	24	2	0	0
	Ja	26	44	23	5	0	1
Några gånger/år	Nej	35	23	35	6	0	0
	Ja	19	16	45	14	5	0
Aldrig/i stort sett aldrig	Nej	27	16	35	16	5	0
	Ja	16	22	41	16	3	3

Avslutande kommentarer

En sammanfattning av resultaten återfinns på sidan 4.

Här följer några övergripande kommentarer, dels av metodologisk karaktär, dels om vissa resultat.

Metodkommentarer

Detta projekt är inte en övergripande utvärdering av rehabkoordinatorernas verksamhet vid psykiatriska mottagningar i Region Stockholm; utan fokus är på läkares erfarenheter av införande av rehabkoordinatorer samt jämförelser av deras sjukskrivningsarbete före och efter införandet av rehabkoordinatorsfunktionen. Andra studier behövs för att undersöka hur patienter och andra berörda professioner har upplevt verksamheten med rehabkoordinatorer och deras olika specifika insatser.

De två olika enkäterna är tvärsnittsstudier och kan användas för tidsserieanalyser. Då det endast delvis är samma personer som ingår i respektive enkät, kan resultaten jämföras över tid på gruppnivå. Som framgår ovan var det få läkare som hade sjukskrivningsärenden och besvarade enkäten båda åren – därför måste extra försiktighet beaktas vid tolkning av de svaren som särredovisats i gula tabeller och figurer.

Svarsfrekvensen har minskat något över de två åren. Detta följer den allmänna trenden av att svarsfrekvenser minskar i enkätstudier^(80, 81). Endast ett fåtal enheter informerade oss om att vissa läkare som fått enkäten inte fanns kvar där. Det innebär att det redovisade urvalet troligen i verkligheten var mindre, och svarsfrekvensen därför något större. Svarsfrekvensen får dock betraktas som god i denna studie, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu. Resultaten från uppföljningsenkäten 2020 skulle även användas i ett annat projekt om rehabkoordinatorer varför vissa frågor respektive svarsalternativ tillkom. Det innebär att antalet frågor ökade med 52 procent, från 61 till 93 jämfört med enkäten 2018 (Tabell 1). Det är möjligt att detta hade viss negativ påverkan på svarsfrekvensen. Svarsfrekvensen 2020 kan även ha påverkats av covid-19-pandemin och förändringar den medförde vad gäller arbetssituation, verksamhet och organisation. En annan anledning kan vara hög personalomsättning bland läkare inom vissa verksamheter samt omorganisation av verksamheter. Detta kan innebära att de läkare som flyttat till annan psykiatrisk verksamhet/mottagning inte fått kuvertet med enkäten eftersänd dit.

Att så många valde att delta, tolkar vi som att ett stort antal läkare anser att detta är ett mycket angeläget område.

Urvalet har varierat mellan enkätåren vad avser vilka kliniker som inkluderats. Detta är en viktig anledning till att vi fokuserat på att presentera andel och inte antal svarande för de olika frågorna. Vi har valt att inte presentera resultat uppdelat på enskilda mottagningar/verksamheter eftersom antalet som deltagit var få för flera av dem, med risk att inte kunna säkra anonymiteten. Vi har inte kunnat genomföra bortfallsanalyser i relation till enkätsvaren; det vill säga, vi vet inte om de läkare som valt att delta i större eller mindre utsträckning hade olika typer av problem i sjukskrivningsärenden eller skulle svarat att de hade tillgång till rehabkoordinator eller samverkade med rehabkoordinator.

En styrka i projektet är den tvärvetenskapligt och multiprofessionellt sammansatta projektgruppen, kontinuitet vad avser flera projektdeltagare samt omfattande samverkan med kliniker, med andra forskare inom området och med berörda verksamheter.

Vi har av flera anledningar inte efterfrågat hur ofta läkare de facto sjukskriver patienter – här har vi varit intresserade av de konsultationer där diskussioner om sjukskrivning förs, vare sig de leder till sjukskrivning eller inte. I vissa sådana konsultationer är sjukskrivning inte aktuellt, i andra säger läkaren nej till patientens önskemål om sjukskrivning, eller så säger patienten nej till läkarens förslag om sjukskrivning.

I rapporten har övergripande resultat från projektet redovisats. Materialet är omfattande och ger utrymme för fördjupade analyser av frågekomplex i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning.

I detta projekt fick läkarna en enkät år 2018, då rehabkoordineringsfunktionen ännu inte fanns inom så många psykiatriska verksamheter och där rehabkoordinator fanns, var den funktionen ännu inte särskilt väletablerad. Sedan fick läkarna en mer omfattande enkät år 2020 då fler verksamheter hade rehabkoordinatorer och i de som haft rehabkoordinatorer längre hade de hunnit bli mer etablerade. Både att fler fått rehabkoordinatorer och att rehabkoordineringsfunktionen kunde förväntats vara mer etablerad förväntas ha påverkat resultaten. *Dock torde även två andra händelser ha påverkat resultaten; dels a) införandet av ett försäkringsmedicinskt kunskapsteam inom psykiatrin i Stockholms län, dels b) covid-19-pandemin.*

a) Det försäkringsmedicinska kunskapsteamets verksamhet, inom psykiatrin, som startade upp år 2019, torde haft stor betydelse för vissa av svaren, exempelvis avseende en minskning av andelen som ofta upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (se sid. 40) och en minskning av andelen läkare som upplever att handläggning av sjukskrivningsärenden är mycket problematiskt (se Figur 19).

b) Covid-19 pandemin hade omfattande påverkan på hälso- och sjukvården under år 2020, det vill säga, det andra enkätåret med dess uppföljningsenkät. Många läkare svarade på 2020 års enkät efter i mars och senare, det vill säga, efter olika restriktioner och åtgärder införts. Många anställda, inklusive läkare, fick ändrade arbetsuppgifter och förhållanden alternativt fick ha en beredskap för detta liksom för eventuella effekter på psykisk sjuklighet i befolkningen av såväl pandemin som de restriktioner som infördes. Restriktioner och åtgärder för att minska smittspridning innebar även att patientkontakter liksom eventuella kontakter med rehabkoordinatorer i större utsträckning fick ske digitalt, något som det snabbt behövde utvecklas nya rutiner för. Detta kan ha inneburit att det inte var lika självklart att koppla in rehabkoordinator i olika ärenden som när man 'naturligt' sågs i korridorer, fikarum och på möten, eller att rehabkoordinator kopplades in senare i ett ärende än vad som varit optimalt. Flera i personalen har varit sjukskrivna eller fått arbeta hemma i samband med egna eller familjemedlemmars symptom. När det gäller hantering av sjukskrivningsärenden kan detta ha inneburit att läkare valt att sjukskriva längre perioder i samma ärende, eftersom det varit större osäkerhet i bemanningen. Möjligen kan detta vara en bidragande orsak till att mindre andel läkare hade sjukskrivningsärenden ofta år 2020. Dessutom tillkom i snabb takt flera nya försäkringsmedicinska regler/förmåner och tillämpning av vissa regler ändrades. Ett exempel på det senare var att läkarintyg inte behövdes för de första 21 dagarna av ett sjukskrivningsfall^(82, 83). Detta, liksom att Försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden förändrades något under år 2020 innebär att det är svårt att säga något om i vilken utsträckning förändringar av försäkringsmedicinsk kompetens eller i att en mindre andel av läkarna uppfattade arbetet med sjukskrivningsärenden som mycket problematiskt år 2020, har samband med införandet av rehabkoordinatorer eller med andra aspekter, såsom pandemin, kunskapsteamens arbete eller något annat. Om psykiatriker i en annan region, som inte hade infört rehabkoordineringsfunktionen, fått samma enkäter 2018 och 2020 skulle en större förståelse för betydelsen av rehabkoordinatorer kunnat fås. Dock hade det fortfarande varit oklart i vilken utsträckning resultaten berodde på rehabkoordinatorer eller på kunskapsteamet i försäkringsmedicin. Detta gäller flertalet av resultat, till exempel andel som upplever olika typer av problem i hanteringen av sjukskrivningsärenden.

Däremot ser vi läkarnas svar på direkta frågor om rehabkoordinator som tydliga, vad avser den nytta läkarna upplever att rehabkoordinatorers verksamhet och den kompetens de anser att rehabkoordinatorer har (Figur 13).

Kommentarer om vissa resultat

Här kommenteras endast vissa av resultaten. En sammanfattning av resultaten finns på sidan 4.

I fritextsvaren fanns positiva kommentarer om att rehabkoordinator och koordineringsfunktionen är viktig samt att läkare har stor nytta av dem på flera olika sätt. Det framgår dock även att läkare är oklara över rehabkoordinatorns funktion, eller att de inte känner till att funktionen finns.

Rehabkoordinatorns kompetens för uppdraget beskrevs av majoriteten av läkare som tillräcklig och rätt men det framkom även viss oklarhet kring vilka ärenden rehabkoordinator arbetade med samt önskemål om mer strukturerat samarbete med läkare.

Båda enkätåren var det relativt få läkare som ansåg att rehabkoordinator underlättar *kontakten med primärvården* (Figur 13). Eftersom primärvården står för första linjens vård när det gäller psykiska besvär kan detta behöva beaktas. Kanske kan rehabkoordinatorer i större utsträckning medverka när patienten ska (åter)remitteras till primärvården, till exempel lämna över till vårdcentralens rehabkoordinator – alternativt när en patient remitteras från primärvården till psykiatrin. Till exempel skulle vårdcentralens och psykiatrins rehabkoordinator kunna ha kontakt med varandra i sådana ärenden, något som även skulle kunna bidra till bättre kontinuitet i vården och att patienter som behöver specialiserad vård inte blir kvar i primärvården.

Ett återkommande resultat i olika studier om *hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning har varit bristen på ledningen och styrningen av de uppgifterna, både övergripande och på verksamhetsnivå*^(4, 56, 58, 74, 84-86). De så kallade sjukskrivningsmiljarderna hade redan från början som syfte att stärka sådan ledning och styrning⁽²²⁾. Tidigare studier har visat att chefer i allt större utsträckning tagit det ansvaret, medan förändringar av detta bland de längst ut i organisationerna, bland till exempel läkare inte märkts i samma utsträckning^(4, 58). I det perspektivet kan det ses som positivt att andelen läkare som beskriver att det finns väl förankrade gemensamma rutiner/policys för handläggning av sjukskrivningsärenden har ökat över åren till att omfatta nästan en tredjedel av läkarna. Det är även positivt att andelen läkare som har stöd i sjukskrivningsarbetet från sin närmaste ledning ökat något och att ca en femtedel uppgav stort stöd från den närmaste ledningen. Det är viktigt att ledning och styrning av rehabkoordineringsfunktionen även är tydlig i respektive verksamhet^(11, 31, 74). Detta torde vara särskilt viktigt då rehabiliteringsfunktionen inte lyder under hälso- och sjukvårdslagen^(1, 11).

Eftersom få läkare besvarat enkäterna båda åren, och ännu färre av dem som gjorde detta hade tillgång till rehabkoordinator åtminstone år 2020, kan få slutsatser dras om huruvida just rehabkoordinatorer haft betydelse för skillnader mellan åren. När det gäller de 22 läkare vi särredovisar resultat för (Se sid 15 samt gula figurer/tabeller) skiljer de sig åt från övriga läkare på vissa sätt: något större andel av dem är specialister, har arbetat vid samma mottagning under fler år, och har sjukskrivningsärenden ofta, medan en mindre andel av dem tyckte det är problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden och att få kontakt med rehabkoordinator. Däremot upplevde en större andel av dem att deras försäkringsmedicinska kompetens ofta inte räcker till – och den andelen ökade mellan de två åren. Då de är så få kan inga övergripande slutsatser baseras på deras svar.

Det kan finnas flera förklaringar till de skillnader i resultat som redovisas över tid. Här nämns några.

Möjliga förklaringar till att färre läkare än förväntat svarat att de har tillgång till rehabkoordinator: Inom flera verksamheter hade rehabkoordinator införts nyligen och det är möjligt att alla läkare inte ännu hunnit få information om detta. Vid andra verksamheter fanns inte rehabkoordinator när första uppföljningsenkäten kom år 2020, däremot vid tiden för påminnelseenkäterna. En annan möjlig förklaring är att rehabkoordinatorn möjligtvis inte varit särskilt synlig i verksamheten. I många verksamheter finns rehabkoordinator endast på deltid⁽⁴⁶⁾ och denna person arbetar övrig tid vid mottagningen som till exempel kurator eller arbetsterapeut, eller har tidigare arbetat som detta på mottagningen och ses fortfarande som i den funktionen snarare än som rehabkoordinator. Andra är anställda som rehabkoordinator på mer än en mottagning och är därför eventuellt mindre synlig. Som

påpekats ovan (sid. 48) kan även covid-19-pandemin ha spelat roll för hur synliga rehabkoordinatorer varit för läkare. Många psykiatriker besvarade dock enkäten innan mars 2020.

Det framkom även att läkarna var oklara över rehabkoordinatorns uppdrag och vilka uppgifter mer konkret som kan anses ingå i uppdraget. En möjlig bidragande orsak till detta kan vara brister i introduktionen av nya läkare (nyanställda, hyrläkare, läkare under utbildning samt läkare som återkommer efter längre frånvaro) vad gäller information om rehabkoordinatorfunktionen, koordinatorns uppdrag och hur funktionen kan användas i sjukskrivningsärenden. Vidare avseende information om vilka patienter som kan vara aktuella och om vad och när annan hjälp från rehabkoordinatorn kan fås. Det senare kan till exempel handla om information om regler, om undervisning och handledning, rehabkoordinator som bollplank, samt behovet av att se över vissa rutiner inom verksamheten exempelvis såsom hantering av kompletteringsbegäran.

Det är en stor variation dels vad avser vilken grundutbildning/grundprofession rehabkoordinatorn har, dels i hur mycket utbildning hen har i det som gäller just koordineringsuppdraget⁽⁴⁶⁾. Det är rimligt att anta att utbildningsbakgrund liksom utbildning kring koordineringsinsatser kan påverka hur rehabkoordinatorerna inom psykiatri arbetar och används. Mer kunskap om detta behövs, som underlag för åtgärder inom organisationen.

Det är rimligt att antaga att intresset för att introducera en rehabkoordinator generellt varit större i verksamheter som upplevt stort behov av dem, det vill säga, vid mottagningar där förekomsten av många och problematiska sjukskrivningsärenden varit störst. Svaren vad avser problematiska aspekter måste ses i relation till detta. Det är noterbart att flertalet av läkarna ansåg sig ha stor nytta av en rehabkoordinator.

Resultaten visar att rehabkoordineringsfunktionen har etablerats alltmer i verksamheterna sedan 2017⁽⁴⁾ samtidigt som majoriteten av läkarna svarar att de inte har tillgång till en rehabkoordinator – även bland dem som har tillgång till en sådan – och inte använder sig av denne i sina sjukskrivningsärenden. Vi tolkar detta som att det finns anledning att se över hur rehabkoordinatorers verksamhet kan tydliggöras bland fler läkare.

Det är väl känt att implementering av nya riktlinjer och arbetssätt inom hälso- och sjukvård kan ta lång tid⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾ och mer kunskap om effektiva strategier för detta behövs.

Både rehabkoordinatorer och *det försäkringsmedicinska kunskapsteamet* har under 2019 och 2020 arbetat med förmedling av försäkringsmedicinsk kompetens⁽⁴⁶⁾, vilket inneburit att försäkringsmedicinska frågor generellt blivit mer synliggjorda bland läkarna. Det är möjligt att detta arbete också kan ha bidragit till att en mindre andel läkare 2020 upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till. Det bör vara rimligt att anta att rehabkoordinatorernas verksamhet, till exempel vad avser förmedlande av information om sjukskrivningar/försäkringsmedicin, kan ha påverkat hantering av sjukskrivningsärenden bland läkare på hela mottagningen. Det är angeläget att detta även sker bland andra professioner inom psykiatri så att samtliga olika professioner som patienten har kontakt med, har kunskap om olika aspekter av sjukskrivning, för att främja samarbete kring patienten och för att förbättra möjligheterna att agera som ett team.

Den nya tydligare inriktningen på kunskapsstyrningens betydelse i hälso- och sjukvården har inneburit ett tydliggörande av försäkringsmedicin. Mer kunskap behövs om hur detta kan implementeras i hälso- och sjukvården, inte minst inom psykiatri, där sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning och andra försäkringsmedicinska frågor är av stor betydelse för patienternas hälsa och livssituation – och därmed de olika hälsoprofessionernas kompetens att hantera dessa frågor optimalt. För det behövs en tydlig ledning och styrning av försäkringsmedicinska frågor i de olika psykiatriska verksamheterna⁽³¹⁾. Detta är särskilt viktigt nu när införandet av rehabkoordineringsfunktionen, som under de studerade åren varit en försöksverksamhet inom psykiatri⁽⁴⁶⁾, kommer att införas som ett ordinarie uppdrag inom psykiatri i Stockholms län.

Figur- och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, år 2018 och 2020	16
Figur 2. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2018 och 2020.	16
Figur 3. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, år 2018 och 2020.	17
Figur 4. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, år 2018 respektive 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)	17
Figur 5. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2018 och 2020.	18
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)	18
Figur 7. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation eller i en privat organisation som är offentligt finansierad, år 2020.	18
Figur 8. Andel (%) läkare som svarade ja, nej, eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, år 2018 och 2020.	19
Figur 9. Andel (%) läkare som svarade ja, nej eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, i relation till hur länge de arbetat inom denna psykiatriska klinik, år 2018 och 2020.	19
Figur 10. Andel (%) läkare som svarade ja, nej eller vet inte på frågan om de hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, i relation till sin utbildningsnivå, år 2018 och 2020.	20
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.	20
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15)	21
Figur 13. Andelen (%) läkare som svarade att ovanstående påståenden 'stämmer helt' eller 'stämmer bra' angående rehabkoordinator, år 2018 och 2020.	23
Figur 14. Andelen (%) läkare som svarade att ovanstående påståenden 'stämmer helt' eller 'stämmer bra' angående rehabkoordinator, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15) ..	24
Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020.	26
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)	27
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde ovan beskrivna situationer, år 2020. ...	29
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2020.	30
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, 2018 och 2020.	31
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, 2018 och 2020.	31
Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2020.	32

Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde de ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2020.....	35
Figur 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar eller andra faktorer, år 2020.....	36
Figur 24. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, 2020.....	36
Figur 25. Andel (%) läkare som svarat på frågan hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare (AG) fungerade, år 2020.....	37
Figur 26. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2020.....	38
Figur 27. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2020.....	39
Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2018 och 2020.....	40
Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.).....	41
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.....	42
Figur 31. Andel (%) läkare bland dem, som hade svarat ja på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, som svarat på om de har nytta av dessa rutiner/policyn i sitt kliniska arbete, år 2018 och 2020.....	42
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.).....	43
Figur 33. Andel (%) bland de läkare, som hade svarat 'ja' på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, som svarat att de har nytta av dessa rutiner/policyn i sitt kliniska arbete, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.).....	43
Figur 34. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020.....	44
Figur 35. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.).....	44
Figur 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för kompetensutveckling/handledning/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2020.....	45
Figur 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem respektive kände sig hotade av en patient kring sjukskrivning, år 2020.....	46
Figur 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem, fördelat på de som hade tillgång till rehabkoordinator (= Ja) och de som inte hade det (= Nej), år 2020.....	46

Lista över tabeller

Tabell 1. Antal psykiatriska verksamheter och antal enkätfrågor i de två olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2018 respektive 2020.	13
Tabell 2. Antal i studiepopulationen, antal svarande och svarsfrekvens (%) år 2018 och 2020.	13
Tabell 3. Antal svarande läkare, antal och andel av de som är sjukskrivande.	16
Tabell 4. Andel (%) läkare bland de som svarat att de har tillgång till rehabkoordinator, i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, 2018 och 2020.	21
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde de tre nedan beskrivna situationerna som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, uppdelat på om de hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2020.	25
Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde det som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska att få kontakt med rehabkoordinator, år 2018 och 2020. I den gula delen ges motsvarande andelar för de läkare som vi särredovisar resultat för (sid 15).	25
Tabell 7. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de nedan beskrivna situationerna, uppdelat på om läkarna hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2018 respektive 2020.	25
Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har sjukskrivningsärenden fördelat på om de hade tillgång till rehabkoordinator eller ej, år 2018 och 2020.	27
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde nedan beskrivna situationer, år 2018 och 2020.	28
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde nedan beskrivna situationer, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)	29
Tabell 11. Andel (%) läkare som upplevde nedan listade uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2018 och 2020.	33
Tabell 12. Andel (%) läkare som upplevde nedan listade uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, 2018 och 2020. (Särredovisning av en grupp läkare. Se sid 15.)	34
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning avseende tre olika aspekter, år 2020.	45
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem, fördelat på de som hade tillgång till rehabkoordinator respektive hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, år 2020.	47

Referenser

1. Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Socialdepartementet; 2019.
2. Lundkvist Nymansson H. Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården. Stockholm: SKL, Avd för vård och omsorg; 2018.
3. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
4. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie 2017 och jämförelser med motsvarande enkäter från 2012, 2008 respektive 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin; 2018.
5. Svärd V, Haque M, Alexanderson K. Införande av rehabkoordinatorer vid ortopediska kliniker inom Region Stockholm – Läkares erfarenheter av rehabkoordinatorers verksamhet samt av sjukskrivningsarbete. Jämförelser av enkätsvar från år 2016 och 2018. Stockholm: Karolinska Institutet, avd för försäkringsmedicin; 2019.
6. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
7. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2018.
8. 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.
9. 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. ISBN 978-91-7549-356-5.
10. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
11. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
12. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
13. Vanliga frågor och svar, rehabkoordinator (REKO) på HLM. Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Närsjukvård, Rehab-, Habilitering och Hjälpmedel; 2021. p. 1-5.
14. 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.
15. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Stockholm: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
16. Axelsson K, Lundman L. Rehabkoordinator inom ortopedi - för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Stockholm: Södersjukhuset, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/SLL; 2015.

Referenser

17. Axelsson K, Lundman L. Rapport 2 Rehabkoordinator inom ortopedi. Stockholm: Södersjukhuset, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/SLL; 2016.
18. Axelsson K, Lundman L. Rapport 3 Rehabkoordinator inom ortopedi 2017. Stockholm: Södersjukhuset; 2018.
19. 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.
20. Socialförsäkringen i siffror 2020. Stockholm: Försäkringskassan; 2020.
21. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. Försäkringskassan; 2020.
22. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
23. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
24. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
25. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
26. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
27. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
28. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
29. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
30. Sjukskrivningsmiljarden: "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015". Stockholm: Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
31. Att leda det försäkringsmedicinska arbetet. Stöd till verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsledning. Sveriges kommuner och Regioner (SKR); 2021.
32. Holmlund L, Hellman T, Engblom M, Kwak L, Sandman L, Törnkvist L, Björk Brämberg E. Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disability and rehabilitation*. 2020(5):1-9.
33. Rehabkoordinatorfunktionen. Region Halland, PSH; 2020.
34. Skoglund I, Petersson E, Hange D. A bridge over troubled water? A qualitative study of primary care patients' experiences of a rehabilitation program. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2018(11):457-66.
35. Hörnqvist Bylund S, Johansson U, Edlund C. Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. *Läkartidningen*. 2012;109(22):1090-3.

36. Hörnqvist Bylund S, Johansson U, Edlund C. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden. Västerbotten läns landsting, verksamhetsutveckling; 2011.
37. Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården. En nationell kartläggning. SKL; 2018.
38. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitet; 2013.
39. Benedicto L. Rehabkoordinator, psykiatriska kliniken. Slutrapport. Finsam Gotland; 2011.
40. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator - Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting och HealthNavigator, forsknings- och utvecklingsstöd; 2018 April 2018.
41. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn 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 (review). The Cochrane Library; Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017. Report No.: 1465-1858.
42. MacEachen E, McDonald E, Neiterman E, McKnight E, Malachowski C, Crouch M, Varatharajan S, Dali N, Giau E. Return to Work for Mental Ill-Health: A Scoping Review Exploring the Impact and Role of Return-to-Work Coordinators. *Journal of occupational rehabilitation*. 2020;30:455-65.
43. Shaw W, Hong Q, Pransky G, Loisel P. A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008;18:2-15.
44. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
45. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. Stockholm: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
46. Resultat från uppföljning av försöksverksamhet med rehabkoordinator i psykiatrisk öppenvård. Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2019.
47. Kunskapsteam i försäkringsmedicin
<https://www.psykiatrforskning.se/Utbildning/forsakringsmedicin/>: Centrum för psykiatrforskning, SLL; 2021 [
48. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
49. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
50. 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.
51. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
52. Barth J, de Boer E, Busse J, Hoving J, Kedzia S, Couban R, Fischer K, von Allmen D, Spanjer J, Kunz R. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *Bmj*. 2017;356:14.
53. Letrilliant 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.

Referenser

54. Söderman M. Healthcare professionals' work with sickness absence - with focus on oncology [PhD]: Karolinska Institutet; 2020.
55. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
56. 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.
57. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
58. 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.
59. 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.
60. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
61. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
62. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet; 2009.
63. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
64. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [
65. 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.
66. Edhlund B, McDougall A. Allt om NVivo 11: lulu.com; 2017. 396 p.
67. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
68. 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.
69. 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.
70. Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator. Stockholms Läns Landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Health navigator; 2016.
71. Norén A-M, Hytter-Landahl Å. Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Organisation och koordinering. Stockholms läns landsting; 2014.
72. Alexanderson K, Azad A, Haque M, Lindholm C, V S. Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan; kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar 2017 och jämförelser med tidigare år. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin; 2020.
73. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.

74. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013
[http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1]:
75. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004;328(7431):88.
76. 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.
77. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD Thesis]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
78. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occupational medicine*. 2010;60(2):121-6.
79. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.
80. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån; 2011.
81. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2017.
82. Förändrat behov av socialförsäkringen under coronapandemins första månader. Försäkringskassan Avdelningen för analys och prognos; 2020. FK-nr: 116-23.
83. Svar på regeringsuppdrag Rapport - Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Stockholm: Försäkringskassan; 2021 2021-01-19. Diarienummer: FK 2020/000065.
84. 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.
85. Alexanderson K. 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning': sex delstudier. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
86. 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.
87. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession. Doktorsavhandling: Karolinska Institutet; 2012.
88. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. Healthcare managers' construction of the manager role. *Journal of Health Organization and Management*. 2016;30(3):421-40.
89. Lindholm C, von Knorring M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two survey to physicians. *BMC Research Notes*. 2013;6(207).



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-8016-178-7