

**Långtidssjukskrivna personers
upplevelse av bemötande från
Försäkringskassans handläggare,
med fokus på professionellt bemötande**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Margaretha Voss
010-116 27 01
margaretha.voss@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Detta är en rapport inom ramen för forskningsprojektet ”Professionalisering av handläggrollen genom implementering av Motiverande samtal (MI)”. Forskningsprojektets övergripande syfte är att studera implementeringen av motiverande samtal och förutsättningarna för tillämpning av metoden inom Försäkringskassan.

Karolinska Institutet har på uppdrag av Försäkringskassan tagit fram fördjupad kunskap om långtidssjukskrivna personers upplevelser av bemötanden av Försäkringskassans handläggare med avseende på professionalitet. Särskilt fokus har lagts på olika grupper av långtidssjukskrivna och hur möten har upplevts och tros ha påverkat återgången i arbete. Studien baseras på en enkät till 17 000 personer med en pågående sjukskrivning som varat minst fyra och högst åtta månader.

Forskargruppen vid Karolinska Institutet består av projektledare Kristina Alexanderson samt Elin Hinas och Emilie Friberg. Försäkringskassan har inte haft något att göra varken med studiens design, genomförande eller de slutsatser som dras i rapporten.

Resultaten visar att majoriteten av de svarande upplevt ett positivt bemötande från Försäkringskassan. De flesta med positiva upplevelser hade känt sig respekterade och stärkta i sin situation. Av de med negativa upplevelser angav en mindre andel att de känt sig maktlösa i samband med kontakten med Försäkringskassan. Personer med psykiska diagnoser upplever i högre utsträckning ett professionellt bemötande av handläggaren på Försäkringskassan och att detta ledde till att de kände sig stärkta i sin situation. Fyrtio procent angav att ett positivt bemötande från handläggare på Försäkringskassan främjat möjligheterna att återgå i arbete och tio procent att ett negativt bemötande hindrat detsamma.

Rapportens resultat är i linje med resultat från Försäkringskassans egna kundundersökningar. Även om en majoritet av långtidssjukskrivna som svarade på Försäkringskassans enkät under våren 2014 instämde med påståendena att handläggarna är professionella, respektfulla, kunniga om ersättningar och bidrag samt bra på att informera, så angav cirka tio till tjugoprocent av de långtidssjukskrivna att de inte instämde med dessa påståenden. Dock var inte denna grupp generellt mer missnöjd än de med andra ersättningar som besvarade enkäten. Det tyder på att det finns förbättringspotential när det gäller professionellt bemötande, men inte bara när det gäller bemötandet av långtidssjukskrivna.

Slutsatserna i rapporten har bekräftat bemötandets betydelse i kundmötet. Det gäller både för kundens upplevelse och för utvecklingen av själva sjukfallet, vilket stärker oss i övertygelsen att fortsätta med och förstärka såväl påbörjade som planerade insatser kring bemötande. Det avser Försäkringskassans övergripande insatser till stöd för det goda mötet, såsom

empatiskt förhållningssätt och ökade kommunikationsfärdigheter. Det avser också påbörjade och planerade specifika insatser såsom fortsatt kompetensutveckling inom Motiverande samtal i syfte att ytterligare befästa kunskaperna om och färdigheterna kring samtalsmetoden till stöd för konstruktiva möten med långtidssjukskrivna.

Ett stort tack riktas till Kristina Holmgren, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet som i egenskap av granskare av rapporten bidragit med värdefulla kommentarer.

Stockholm, december 2014

Laura Hartman
Chef för Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	6
Summary	8
Förkortningar och definitioner	10
Bakgrund	11
Åtgärder för att påverka sjukfrånvaron senaste årtiondet.....	11
Professionalitet inom Försäkringskassan	11
Att få kunskap om professionellas arbete	13
Upplevelse av bemötande.....	14
Syfte	17
Material och metod	18
Frågeformuläret.....	18
Svarsfrekvens	19
Dataanalys	21
Resultat	24
Övergripande om bemötande	26
Olika typer av positiva bemötanden och relaterade emotioner.....	30
Olika typer av negativa bemötande och relaterade emotioner	38
Återgång i arbete.....	48
Diskussion	51
Metoddiskussion	54
Referenser	58

Sammanfattning

I den här rapporten presenteras resultat baserade på svar från drygt 9000 långtidssjukskrivna personer som år 2013 svarade på en enkät om bemötande de upplevt från handläggare på Försäkringskassan. Resultaten visar att majoriteten av de svarande hade varit med om olika typer av positiva bemötanden medan en mindre andel upplevt negativa bemötanden.

Enkäten skickades till drygt 17 000 personer som hade en pågående sjukskrivning som varat minst fyra och högst åtta månader. Av dessa svarade 52 procent. Totalt hade 88 procent av de svarande upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan och 21 procent hade upplevt negativt bemötande. En klar majoritet (74 %) hade *enbart* upplevt positivt bemötande och 82 procent ansåg att deras kontakter med handläggare *oftast varit positiva*. Å andra sidan hade sju procent *enbart* upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan och 13 procent svarade att deras kontakter *oftast varit negativa*. Sjuttio procent hade känt sig respekterade och stärkta i sin situation, medan 16 procent hade känt sig maktlösa och 11 procent kränkta i samband med kontakten med Försäkringskassan.

För att särskilt fokusera på professionalitet i bemötandet, genomfördes ytterligare analyser dels av tre olika typer av positiva bemötanden som ansågs viktiga i ett professionellt bemötande ("Respekterat mig", "Givit adekvat och tydlig information/råd" och "Visat sig kunnig/kompetent"), dels fem typer av negativa bemötanden som kan anses oprofessionella inom ramen för denna studie ("Behandlat mig nonchalant", "Behandlat mig som dum", "Behandlat mig respektlöst", "Inte gett svar på frågor" och "Pratat så jag inte förstått"). På motsvarande sätt analyserades mer ingående följande svar om hur personen känt sig i samband med mötet: "stärkt i min situation" eller "respekterad" respektive "maktlös" eller "kränkt".

När det gäller åldersgrupper hade en något mindre andel av den yngsta (19–24 år) samt den äldsta åldersgruppen (65 år eller äldre) upplevt professionellt bemötande jämfört med andra åldersgrupper. En något större andel kvinnor än män hade upplevt oprofessionellt bemötande och 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen hade känt sig kränkta i samband med dessa möten. En lite större andel av personer födda utanför Europa instämde i att handläggare "Inte gett svar på frågor" och i att handläggaren "Pratat så att jag inte förstått". Ju högre utbildning desto större var andelen som upplevt professionellt bemötande. Jämfört med de anställda, hade en något mindre andel av de arbetslösa och av egenföretagarna upplevt professionellt bemötande. Arbetslösa är också den grupp där störst andel känt sig kränkta i samband med möten med handläggare (21 % jämfört med 10 % bland anställda). En något större andel av dem med en psykisk sjukskrivningsdiagnos hade upplevt professionellt bemötande än de med övriga diagnoser, och en större andel av dem kände sig också stärkta i sin situation och respekterade i samband med mötet med handläggare från Försäkringskassan.

En tredjedel av de sjukskrivna svarade att de kände sig nedstämda och en större andel av dem instämde i påståenden om oprofessionellt bemötande, till exempel instämde 19 procent i att handläggaren ”Behandlat mig nonchalant” jämfört med 12 procent bland dem som inte var nedstämda. Bland dem som var nedstämda hade också en större andel känt sig kränkta i samband med möten med handläggare. I jämförelser mellan olika boenderegioner skiljer sig Stockholmsregionen något från resten av landet, med en något mindre andel som upplevt positivt bemötande och en större andel som upplevt negativt bemötande.

Fyrtio procent svarade att positivt bemötande från handläggare främjat möjligheterna att återgå i arbete och 10 procent att negativt bemötande hindrat deras möjligheter till återgång i arbete.

Baserat på resultaten förefaller det finnas en förbättringspotential vad gäller professionellt bemötande av långtidssjukskrivna, särskilt i vissa grupper, såsom bland de arbetslösa, personer födda utanför Europa och bland nedstämda personer. Det förefaller även finnas en stor potential vad avser betydelsen av professionellt bemötande för att främja återgång i arbete; både i att förstärka positiva bemötanden och i att minska olika typer av negativa bemötanden.

Summary

In this report, we present results from a survey among 9,000 long-term sickness absentees regarding how they had experienced encounters with officers of the Swedish Social Insurance Agency. The results show that a majority of the respondents had experienced different types of positive encounters and a smaller proportion had experienced negative encounters.

In 2013, the questionnaire was sent to approximately 17,000 individuals with an ongoing sick-leave spell that had lasted between four to eight months. The response rate was 52 percent. Eighty-eight percent of the participants reported that they had experienced positive encounters with officers at the Social Insurance Agency and 21 percent that they had experienced negative encounters. A majority (74%) reported that they had *only* experienced positive encounters and 82 percent answered that their contacts with officers of the Social Insurance Agency were *usually* positive. On the other hand, seven percent reported that they had *only* experienced negative encounters from the Social Insurance Agency and 13 percent answered that their contacts were *usually* negative. Seventy percent reported that they felt respected or strengthened in their situation, while 16 percent reported feelings of powerlessness and 11 percent that they felt wronged.

As the focus of this report was on professionalism in encounters with officers at the Swedish Social Insurance Agency, further analyses were conducted for some specific positive and negative types of encounters that were considered important from a professional perspective. Various demographic variables, such as age, gender, and main sick-leave diagnosis were studied in relation to the different encounters participants' reported that they had experienced. The positive encounters were: "Respected me," "Gave adequate and clear information/advice", and "Proved knowledgeable/competent". The negative encounters were: "Treated me nonchalantly", "Treated me as stupid", "Treated me with disrespect", "Did not answer questions", and "Spoke in a way I did not understand". Four statements regarding feelings the encounters resulted into were also analyzed in the same manner. The statements were: "strengthened in my situation" or "respected" and "powerless" or "wronged".

Results showed that a slightly smaller proportion of the youngest (19–24 years) and the oldest (65 years and older) age groups reported they had experienced professional encounters compared with the other age groups. Somewhat more women than men had experienced unprofessional encounters and 12 percent of the women and 10 percent of the men reported that they felt wronged during these encounters. A slightly larger rate of individuals born outside Europe agreed with the statements that the officer "Did not answer questions" and "Spoke in a way I did not understand". The higher the educational level, the larger the rate who reported that they had experienced professional encounters. Compared to employed individuals, a

slightly smaller rate of unemployed and self-employed individuals reported they had experienced professional encounters. Moreover, unemployed individuals also constituted the group in which the largest rate reported feeling wronged by the officer in the encounter (21% compared with 10% among employees). A slightly larger rate of respondents with a mental sick-leave diagnosis compared to those with other diagnoses had experienced professional encounters, and a larger rate of them also felt strengthened in their situation and respected in the encounters with the officers from the Social Insurance Agency.

A third of the sickness absentees reported that they felt depressed, and these respondents agreed to a higher extent with statements about unprofessional encounters than respondents reporting that they were not feeling depressed. For example, 19 percent among respondents who reported feeling depressed agreed with the statement that the officer "Treated me nonchalantly", whereas 12 percent of respondents who reported not feeling depressed. Among individuals who reported feeling depressed, a larger rate also reported that they had felt wronged during the encounter.

Forty percent answered that positive encounters from the Social Insurance Agency had promoted their possibility to return to work and 10 percent answered that negative encounters had hindered their return to work.

Taken together, these results suggest that there is room for improvement in officers' professional encounters with long-term sickness absentees, especially in encounters with younger individuals, unemployed individuals, people born outside Europe, and depressed individuals. Professional encounters may have a great potential in promoting return to work.

Förkortningar och definitioner

Följande förkortningar och begrepp används i rapporten

FK	Försäkringskassan
Hjärta/kärl	Hjärt- eller kärlsjukdom
ICD	International Classification of Diagnoses ^[1]
MiDAS	Mikrodata för analys av socialförsäkringen
Musk	Muskuloskeletala diagnoser, det vill säga, besvär från muskler, leder och bindväv
Psyk	Psykiska diagnoser
SCB	Statistiska centralbyrån

Bakgrund

Försäkringskassan ansvarar för hantering av sjukskrivningsärenden inom socialförsäkringen. Försäkringskassans handläggare har en mycket central roll i detta arbete, vad gäller att ta ställning till om det inkomna underlaget (bland annat sjukintyg från läkare) räcker för att fatta beslut om rätt till sjukpenning, att fatta beslut om rätt till olika typer av ersättningar, att ta ställning till när och hur den sjukskrivne ska kontaktas, att hålla i sådana kontakter samt att ta ställning till om ytterligare åtgärder behövs och i så fall att initiera dessa. Detta arbete ska i möjligaste mån dessutom ske skyndsamt. Detta är arbetsuppgifter som kräver hög grad av professionalitet i yrkesutövandet.

Åtgärder för att påverka sjukfrånvaron senaste årtiondet

Många åtgärder har på senare år genomförts för att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen respektive för att minska den tidigare höga sjukfrånvaron [2, sid 11]. Flertalet av dessa åtgärder har direkt eller indirekt påverkat Försäkringskassans arbete med sjukskrivningsärenden. Till sådana åtgärder hör att Riksförsäkringsverket och de tidigare 21 olika regionala försäkringskassorna år 2005 slogs samman till en statlig myndighet; Försäkringskassan, bland annat för att få en mer enhetlig bedömning av sjukskrivningsärenden, det vill säga, större enhetlighet i handläggarnas arbete.

Vidare har olika satsningar gjorts på kompetensutveckling av handläggare inom Försäkringskassan när det gäller deras kommunikationsfärdigheter och särskilt när det gäller kommunikation med sjukskrivna [3, sid 1, 4-6]. Försäkringskassans, hälso- och sjukvårdens respektive Arbetsförmedlingens ansvar när det gäller sjukskrivna personer har även tydliggjorts [7]. Regeringen har infört striktare regler i sjukförsäkringen, bland annat i form av fasta tidsgränser för bedömningen av rätten till sjukpenning (den så kallade rehabiliteringskedjan) [8]. Försäkringskassan har vidare intensifierat sin skadekontrollverksamhet och sitt arbete mot bidragsbrott [9].

När det gäller upplevelse av bemötande från Försäkringskassan torde framförallt införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan den första juli 2008 inneburit att fler sjukskrivna får kontakt med handläggare på Försäkringskassan betydligt tidigare i sjukskrivningsfallet än vad som tidigare skett, för att diskutera möjliga alternativ till sjukskrivning och behov av olika åtgärder för att främja återgång i arbete [10].

Professionalitet inom Försäkringskassan

Professionalitet är ett komplext begrepp som det skrivits mycket om i olika sammanhang. Ulla Holm skriver att det handlar om "... en ständig strävan

att i yrkesutövandet styras av det som – på kort och lång sikt – gagnar den hjälpsökande, inte av de egna behoven, känslorna, och impulserna. Det innebär att visa respekt, intresse, värme, medmänsklighet, empati och ett personligt bemötande." [11, 12]. Ulla Holm skriver även att:

”Detta ställer två speciella krav. Det första är att acceptera att relationen till klienten inte är jämlik och ömsesidig, d v s att den professionella utövaren inte har rätt att ställa samma krav på klienten som klienten har rätt att ställa på henne eller honom. Här avses respekt, uppmärksamhet, empati och medkänsla, vilka ingår i ett professionellt bemötande men som är en psykologisk orimlighet att kräva av klienten i dennas utsatta läge som hjälpbehövande.

Det andra kravet är självkänedom, vilket bl a betyder att vara medveten om de egna behoven och känslorna. Endast då kan man hantera dem så att de inte levs ut och tar överhanden i kontakten med klienten och i de överväganden som gäller denna. Professionell hållning kräver av hjälparen att i sitt yrkesutövande frångå det naturliga sättet att utgå från sig själv och istället ge klienten företräde. Det krävs speciell motivation för att ge upp de vanliga belöningarna och istället utveckla attityder och värderingar som gör att andra handlingar och hållningar känns belönande. En sådan utveckling är en del av professionaliseringsprocessen” [13, sid 15].

Först under senare årtionden har professionalitet diskuterats på allvar i samband med handläggares arbete och Försäkringskassans verksamhet. Nedanstående citat från en av Försäkringskassans dokument är ett exempel på att det nu finns på agendan inom Försäkringskassan [5].

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

Professionalitet är således fråga om en relation mellan de professionella, deras kunder och samhället.

Medarbetaren i en professionell organisation måste visa i praktiken att han/hon besitter den kunskap som det speciella problemet kräver. Kunden skall acceptera denna kunskap och vara villig att begagna sig av den. Samhället/Staten sanktionerar, legitimerar och eventuellt även monopoliserar de professionellas rätt till tillämpningsområdet.

Det är *yrkesskickligheten som är avgörande för om gruppen når erkännande* som profession. De flesta forskare är dessutom eniga om att det professionella yrkesutövandet är baserat på vetenskaplig grund och på en gemensam teoretisk kunskap. Därtill gäller att det existerar gemensamma etiska principer för yrkeskåren och att den fyller en socialt viktig funktion.

Avslutningsvis är professionalisering inte ett tillstånd, *det är en process*. Även när en grupp uppnått erkännande som professionell måste professionaliteten underhållas för att inte minska över tid. Detta är en följd av att det sammanhang som de yrkesverksamma verkar inom hela tiden förändras” [5, sid 4-5].

Försäkringskassan hänvisar i flera av sina dokument om professionalitet till den modell för detta som Kenneth Forslund tagit fram och som ofta används för att beskriva olika aspekter av en professionaliseringsprocess [5, 14-16].

Försäkringskassan har gjort olika satsningar under de senare åren för att utvecklas till en mer professionell organisation. I detta ingår bland annat:

- Att den professionelle har en god förståelse för uppdraget/ tydliga yrkesroller
- Att verksamheten har en klagjord etisk kod/ värdegrund
- Att det finns en koppling till forskning och beprövad erfarenhet
- Att man använder relevanta arbetsmetoder
- Att verksamheten kontinuerligt utvärderas och reflekteras [3, sid 1, 4, 5]

I sin strävan att stärka professionaliseringen av personliga handläggare inom Försäkringskassan, har Försäkringskassan nyligen (2012) påbörjat en satsning på att utbilda samtliga sina handläggare i en metod för samtal med försäkrade, en metod som kallas: ”motiverande samtal” [3, 4, 6, 17]. Syftet är att ge handläggarna kompetens att använda denna metod, dels genom deltagande i en kortare utbildning, dels genom att få stöd i att använda metoden av särskilt utbildade handledare, dessa handledare ska finnas tillgängliga på landets lokala försäkringscentra. De färdigheter och förhållningssätt som ska utvecklas/tränas är bland annat kommunikationsfärdigheter, framför allt vad avser aktivt lyssnande och att kunna främja samtal om förändring [6]. Den sjukskrivnes delaktighet i processen är en annan central aspekt i metoden.

Att få kunskap om professionellas arbete

Information om professionellas arbete – i detta fall bland handläggare inom Försäkringskassan – kan baseras på olika typer av material och inhämtas på många olika sätt [18-36]. Exempel på detta är via inspelningar (enbart ljud eller både ljud och bild) eller observationer av möten med försäkrade, intervjuer (individuella eller gruppintervjuer) samt frågeformulär riktade till handläggare, till sjukskrivna eller till andra som har kontakt med handläggare, till handläggares chefer, till försäkringsmedicinska rådgivare, till kollegor, till jurister, till samverkanspartner (till exempel läkare eller annan vård- eller rehabiliteringspersonal, handläggare inom Arbetsförmedlingen, arbetsgivare) eller till allmänheten [37]. Andra typer av material är data extraherade från Försäkringskassans akter om vidtagna åtgärder [38], data om sjukfrånvaro (om diagnos, längd, grad – självrapporterade eller registerdata), om antal kontakter, innehåll i kontakter, om innehåll i handledning, genomförda utbildningar, etcetera. Den här studien baseras på svar om bemötande som långtidssjukskrivna (sjukskrivna under 4–8 månader) givit på ett frågeformulär.

När det gäller hantering av sjukskrivningsärenden är vanligen många olika aktörer inblandade: den sjukskrivne, läkare och eventuellt andra professioner från sjukvården, arbetsgivaren och/eller Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, olika rehabiliteringsaktörer och ibland även andra försäkringsorganisationer. När det gäller patienter som är aktuella för sjukskrivning har läkare minst två olika roller [39-41]. Dels rollen som patientens behandlande läkare, dels att i sin roll som medicinskt sakkunnig lämna sakliga uppgifter om patienten till andra aktörer och myndighet. Många läkare tycker det är problematiskt att hantera dessa två roller [39, 40]. Även handläggare inom Försäkringskassan har två roller i relation till sjukskrivna personer. Dels ska handläggaren stötta personen, informera om rättigheter och möjligheter samt utreda behov av ytterligare åtgärder och om sådant behov föreligger, samordna dessa. Samtidigt ska handläggaren vara det som i försäkrings-sammanhang kallas skadekontrollant och som i andra sammanhang kallas grindvakt (gatekeeper) i sjukförsäkringssystemet [40, 42-45] med uppgift att utreda personens rätt till ersättning enligt gällande regler och fatta beslut om detta, beslut som kan få stor betydelse för personernas livssituation och ekonomi. Detta liknar till exempel de två roller som många andra myndighetsutövare har, såsom socialsekreterare. För andra sådana yrkesgrupper finns dock vanligen en högskole- eller universitetsutbildning direkt utformad för det yrket och som ger möjlighet att utveckla och träna ett professionellt förhållningssätt när det gäller hantering av dessa olika roller. En sådan riktad universitetsutbildning saknas för närvarande för handläggare inom Försäkringskassan. Således innebär detta särskilda utmaningar för Försäkringskassan, såväl vad det gäller att skola in nyanställda handläggare, kompetensutveckla redan anställda handläggare och ge samtliga möjlighet att vidareutveckla, vidmakthålla och tillämpa ett professionellt förhållningssätt inom organisationen.

Försäkringskassan vidtar för närvarande olika åtgärder för att öka handläggarnas professionalitet [3-5]. För att kunna ta ställning till lämplig inriktning och utformning av sådana åtgärder behövs olika typer av kunskap, till exempel om vad som saknas vad gäller olika aspekter av professionalitet och om vad som behöver utvecklas. För att kunna utvärdera effekter av vidtagna åtgärder behövs även olika typer av baslinjedata. Detta projekt är en del i att få sådan kunskap.

Upplevelse av bemötande

Alla personer har rätt att få ett korrekt och gott bemötande från personer som arbetar inom statliga myndigheter¹ [46, 47]. Personer som ansökt om och beviljats sjukpenning av Försäkringskassan har ofta många kontakter med Försäkringskassan, särskilt om sjukskrivningen blir längre än några månader. Av och till riktas det kritik, bland annat i massmedia, mot hur personer som ansöker om sjukpenning blir bemötta av Försäkringskassan. För att kunna ta ställning till behov av åtgärder och för att kunna utvärdera vidtagna åtgärder behövs kunskap om hur sjukskrivna faktiskt upplever sig

¹ Enligt 1 kap 2 § regeringsformen (1974:152) ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

bli bemötta av Försäkringskassan och om detta har betydelse för till exempel deras återgång i arbete. Forskningen om hur bemötande från Försäkringskassan reflekteras i sjukskrivna personers upplevelse av detta bemötande är synnerligen begränsad, såväl i Sverige som internationellt. Detta har studerats i betydligt större utsträckning för hälso- och sjukvården. I denna rapport avser vi med bemötande inte enbart möten där handläggare och enskilda försäkrade träffas fysiskt i samma rum, utan även andra former av kontakter, till exempel via telefon.

En central fråga för Försäkringskassan är hur man kan främja återgång i arbete bland långtidssjukskrivna personer. Det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaro och särskilt om vad som påverkar återgång i arbete bland dem som är sjukskrivna är dock mycket bristfälligt [26, 41, 48-50]. Återgång i arbete vid sjukskrivning är ett synnerligen komplext ämne, där ett stort antal faktorer på olika strukturella nivåer har betydelse och samverkar [41, 51].

En sådan faktor, som i några tidigare intervju- och enkätstudier visat sig vara av betydelse, är hur sjukskrivna personer upplever att de blivit bemötta av Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården [20-29]. I dessa studier framkom även att olika typer av bemötande beskrevs som att de antingen hindrade eller främjade återgång i arbete [20]. Baserat på detta har fördjupade studier med mer detaljerad information om olika typer av bemötande genomförts. Även dessa visar att bemötande har betydelse för sjukskrivna personers mående och återgång i arbete. Dessa studier fann ett samband mellan att ha blivit respektfullt bemött och att uppleva att bemötandet främjat ens möjligheter att återgå i arbete [20-27, 32]. Resultaten visade även på skillnader i upplevelse av bemötande vad avser kön, födelseland, utbildningsnivå och ålder [20, 30-36]. Flera av dessa studier har fokuserat på bemötande från hälso- och sjukvården och har baserats på en enkät som år 2004 skickades till ca 10 000 långtidssjukskrivna personer.

Det finns ett flertal studier och läroböcker om bemötande av patienter inom hälso- och sjukvården och om professionellt bemötande [12, 52-58]. Dock har få av de studierna fokus på sjukskrivna personer. Antalet studier om Försäkringskassans bemötande av sjukskrivna är ännu färre [20, 26].

Det finns olika teorier om hur bemötande av sjukskrivna skulle kunna påverka deras vilja och förmåga till återgång i arbete. Några av dessa tar sin utgångspunkt i sociala emotioner, i att (upplevelse av) bemötande kan påverka en persons självkänsla och därmed vilja och energi till att agera, till exempel gällande åtgärder för att återgå i arbete [20, 25, 53, 59, 60]. Andra teorier utgår från bemötandet som en del i så kallade empowerment processer [61-66]. Ytterligare utgångspunkter är stressteorier [53, 59]; negativt bemötande skulle kunna leda till stress, ta energi från tillfrisknande, rehabilitering och åtgärder för att främja återgång i arbete eller till och med innebära risk för annan sjuklighet, såsom depression [53, 59]. Betydelsen av att känna sig delaktig och aktiv, av att få och ge relevant information är andra centrala aspekter i kontakt med Försäkringskassan [26, 67, 68]. Andra teorier pekar på betydelsen av professionell kommunikation och patientcentrerad vård [53, 55, 69-72], det vill säga färdigheter som professionella på olika sätt kan utveckla [54, 57, 73-78]. Flertalet av dessa teorier och modeller har uppstått och testats i hälso- och

sjukvårdens verksamhet och ibland inom socialtjänstens verksamhet; dock sällan inom Försäkringskassan.

Detta projekt utgår bland annat från en enkät som genomfördes 2004; ett omfattande frågeformulär skickades då till cirka 10 000 långtidssjukskrivna personer i hela Sverige. Frågeformuläret innehöll ett stort antal frågor om bemötande från Försäkringskassan och från hälso- och sjukvården. Svaren visade bland annat på skillnader i upplevelse av bemötande vad avser kön, födelseland, utbildningsnivå och ålder [20, 30-36]. Det fanns även ett samband mellan att ha blivit respektfullt bemött och att uppleva att bemötandet främjat ens möjligheter att återgå i arbete [32], något som även redovisats i andra studier [20-27]. Flertalet av studierna baserade på enkäten från 2004 har fokuserat på bemötande från hälso- och sjukvården.

Baserat på den enkäten genomfördes ytterligare en enkät år 2013 då ett frågeformulär skickades hem till drygt 17 000 långtidssjukskrivna personer i hela Sverige. I en första övergripande studie av materialet framkom att en stor majoritet har blivit positivt bemötta av Försäkringskassan och att nästan alla har varit med om positivt bemötande från hälso- och sjukvården [10]. Mindre än 10 procent hade endast upplevt negativt bemötande. Utifrån ett professionaliseringsperspektiv har i denna studie fördjupade analyser av långtidssjukskrivnas upplevelser av bemötande från Försäkringskassan gjorts, fokus i studien är på några av de typer av bemötanden som kan relateras till professionalitet.

Syfte

Syftet med den här studien var att få fördjupad kunskap om hur långtidssjukskrivna personer upplever att de blivit bemötta av Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt respektive oprofessionellt bemötande. Inom det övergripande syftet var specifika syften att:

- få kunskap om andelen i olika grupper av långtidssjukskrivna personer som upplevt olika positiva respektive negativa typer av bemötanden
- få kunskap om hur den sjukskrivne känt sig i samband med mötet med handläggare
- få kunskap om huruvida sjukskrivna upplevt att bemötandet påverkat deras möjlighet till återgång i arbete.

Ett ytterligare syfte med studien var att utgöra en baslinjemätning, för att möjliggöra studier av eventuella effekter av den nu pågående interventionen för ökad professionalitet bland Försäkringskassans handläggare, till exempel den nu pågående utbildningen i motiverande samtal ^[6].

Material och metod

I den här rapporten presenteras resultat från en enkätstudie som under 2013 riktades till långtidssjukskrivna personer i hela Sverige. Ett slumpmässigt urval av samtliga personer som hade en pågående sjukskrivning identifierades ur Försäkringskassans MiDAS register. Hälften av urvalet skulle ha en sjukskrivning som pågått i minst 4 och högst 6 månader och den andra hälften en sjukskrivning som pågått i minst 6 och högst 8 månader. Det innebär cirka 53 procent av samtliga sjukskrivningsfall som pågått 4–6 månader och cirka 76 procent av fallen som varat 6–8 månader.

Urvalet bestod av 17 395 personer och ett frågeformulär skickades till deras hemadresser i april 2013. Statistiska Centralbyrån (SCB) tog fram adresserna, administrerade enkätutskick inklusive tre påminnelser till de som inte hade svarat, skannade in svaren samt gjorde en bortfallsanalys. SCB kompletterade svaren med två typer av registerdata. Dels information om sociodemografiska bakgrundsvariabler (kön, ålder, födelse-land, högsta utbildning och boendelän) från SCB:s befolkningsregister, dels från Försäkringskassans MiDAS register avseende både den aktuella sjukskrivningen samt tidigare sjukskrivningar; typ av sysselsättning vid sjukskrivningsfallets start, sjukskrivningsdiagnos vid sjukskrivningsfallets start (kodade på treställighetsnivå enligt det internationella klassificeringssystemet ICD 10 ^[11]) och sjukskrivningslängd (4–6 eller 6–8 månader). SCB levererade sedan avidentifierade data till forskarna vid Sektionen för försäkringsmedicin på Karolinska Institutet ^[10].

Frågeformuläret

Frågeformuläret innehöll 163 frågor och i denna studie har vi använt information från 71 av dessa frågor. Formuläret baserades på ett frågeformulär från en liknande studie år 2004 ^[10, 35] som framförallt kompletterades med några frågor riktade till personer som fått sin sjukpenning indragen – (de omfattas ej av denna studie) ^[10]. Såväl när det gäller inriktning på frågorna, deras specifika formulering i varje del liksom deras placering i frågeformuläret baseras detta, som framgår ovan i bakgrunden, på tidigare studier om hur sjukskrivna upplevt att de blivit bemötta och vilka aspekter av bemötande långtidssjukskrivna själva nämner som varande av betydelse ^[21-24, 79-81], på olika teorier om bemötande och kommunikation ^[25, 60, 61, 68-73, 82], på diskussioner med professionella och forskare samt på diskussioner med representanter från olika aktörer samt med sjukskrivna. Frågorna har testats i pilotstudier samt använts i olika mindre och större projekt inom området.

Först i frågeformuläret ställdes fyra stycken bakgrundsfrågor, bland annat en om nedstämdhet, då det möjligen finns samband mellan att vara nedstämd och hur bemötande upplevs ^[83-86].

Därefter följde en första övergripande fråga om huruvida den svarande blivit *positivt* bemött av någon handläggare på Försäkringskassan i samband med sjukskrivningen (Ja/Nej), följt av 19 specifika påståenden om olika typer av positiva bemötanden (ordagrant listade i tabell 3) Vid nekande svar på den övergripande frågan uppmanades personen att gå vidare till nästa övergripande fråga om *negativt* bemötande från Försäkringskassan, följt av 25 specifika påståenden om olika typer av negativa bemötanden (ordagrant listade i tabell 7). För varje påstående om positiva och negativa bemötanden fanns det fyra svarsalternativ (Stämmer helt/Stämmer ganska bra/Stämmer ganska dåligt/Stämmer inte alls).

Det fanns även frågor om hur den svarande kände sig i samband med de positiva respektive negativa bemötandena, där 10 respektive 11 olika emotioner listades som långtidssjukskrivna beskrivit i samband med sådana bemötanden (listade i tabell 4 respektive i tabell 8). Även här fanns fyra svarsalternativ (Stämmer helt/Stämmer ganska bra/Stämmer ganska dåligt/Stämmer inte alls).

Dessutom ombads den svarande att ta ställning till om kontakter med handläggare *oftast* varit positiva eller *oftast* varit negativa samt att svara på frågor om det positiva respektive negativa bemötandet hindrat eller främjat dennes möjligheter att återgå i arbete. Även dessa frågor och svarsalternativ återges ordagrant i kommande figurer/tabeller (figur 3 respektive tabell 11).

Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen var 52 procent (Tabell 1). Som ofta är fallet i enkätundersökningar var deltagandet något större bland kvinnor, bland personer med högre ålder, bland dem med högre utbildning samt bland dem födda i Sverige eller i Norden. Det senare torde även ha samband med att frågeformuläret endast distribuerades på svenska. Svarsfrekvensen var högre bland dem som var sjukskrivna i cancer eller en hjärt- eller kärlsjukdom samt lägre bland dem som var sjukskrivna på grund av en skada eller i en psykisk diagnos. Sett över regioner, var svarsfrekvensen något lägre i Stockholmsregionen än i de övriga fyra. Den regionindelning om fem regioner som för närvarande används inom Försäkringskassan har tillämpats, enligt följande länsindelning:

Nord: Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten

Mitt: Södermanland, Uppsala, Västmanland, Östergötland

Stockholm: Stockholm, Gotland

Väst: Västra Götaland, Örebro, Halland, Dalarna, Värmland

Syd: Skåne, Blekinge, Kronoberg, Jönköping, Kalmar

Tabell 1 Urvalsstorlek, antal svarande och svarsfrekvens för de långtids-sjukskrivna, totalt samt uppdelat på kön, åldersgrupper, födelse-land, utbildningsnivå, boenderegion, sjukskrivningslängd samt sjukskrivningsdiagnos. Bortfallsanalys utförd av SCB

		Urval	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga		17 395	9 032	51,9
Kön	Kvinnor	11 288	6 254	55,4
	Män	6 107	2 778	45,5
Åldersgrupper	19–24 år	523	183	35,0
	25–34 år	2 717	1 021	37,6
	35–44 år	3 950	1 725	43,7
	45–54 år	4 716	2 441	51,8
	55–64 år	4 993	3 299	66,1
	65 eller äldre	496	363	73,2
Födelse-land	Sverige	14 615	7 743	53,0
	Övriga Norden	533	303	56,8
	Övriga Europa	1 105	516	46,7
	Utanför Europa	1 142	470	41,2
Utbildning	Grundskola	2 690	1 163	43,2
	Gymnasium	9 116	4 486	49,2
	Eftergymnasial	5 539	3 371	60,9
	Uppgift saknas	50	12	24,0
Boenderegion	Nord	2 216	1 210	54,6
	Mitt	2 316	1 178	50,9
	Stockholm	3 681	1 780	48,4
	Väst	5 359	2 869	53,5
	Syd	3 823	1 995	52,2
Sjukskrivningslängd	4–6 månader	8 721	4 451	51,0
	6–8 månader	8 674	4 581	52,8
Sjukskrivningsdiagnos	Cancer	898	568	63,3
	Psykiska	5 989	2 826	47,2
	Hjärta/kärl	653	399	61,1
	Muskuloskeletal	4 877	2 710	55,6
	Skada	1 504	735	48,9
	Övriga	3 474	1 794	51,6

Dataanalys

Deltagarnas enkätsvar vad avser frågor om upplevelse av bemötande från Försäkringskassan samt registerinformation från SCB och Försäkringskassan har sammanställts och analyserats statistiskt.

Av de 9 032 inkomna svaren uteslöts svar från 15 individer, eftersom de bara svarat på enstaka bakgrundsfrågor och inte på några frågor om bemötande.

I analyserna anses en person ha blivit positivt bemött om personen på den övergripande frågan ”Har Du blivit *positivt* bemött av någon handläggare på Försäkringskassan i samband med Din sjukskrivning?” svarat ”Ja” (84,0 %) eller instämt i något av de 19 efterföljande specifika påståendena om positiva bemötanden (ytterligare 4,0 %). På liknande sätt anses en person ha blivit negativt bemött om personen på frågan ”Har Du blivit *negativt* bemött av någon handläggare på Försäkringskassan i samband med Din sjukskrivning?” svarat ”Ja” (17,3 %) eller instämt i något av de 25 efterföljande specifika påståendena om negativa bemötanden (ytterligare 3,4 %). En person anses ha instämt med ett påstående om denne svarat ”stämmer helt” eller ”stämmer ganska bra”. Undantag för detta gjordes för påståenden om tre olika negativa typer av bemötanden, nämligen: ”Hotat mig”, ”Gjort mig fysiskt illa” och ”Inte hållit professionell gräns sexuellt”, där också ”Stämmer ganska dåligt” räknades som ett instämmande i påståendet, då sådant bemötande bedömdes som mer allvarligt och något som överhuvudtaget inte bör förekomma.

För att, utifrån denna studies syfte, fokusera på bemötanden som kan anses spegla professionellt respektive oprofessionellt bemötande, har vi gjort fördjupade analyser för några specifika typer av bemötanden vad avser förekomst generellt och i olika subgrupper. För positivt bemötande valdes tre typer av bemötanden, nämligen: ”Respekterat mig”, ”Givit adekvat och tydlig information/råd” och ”Visat sig kunnig/kompetent”. När det gäller de olika typerna av negativa bemötanden är det få av dem som kan anses förenliga med ett professionellt bemötande och några av dem är oförenliga med professionalitet i större utsträckning än andra. För negativt bemötande valdes följande fem typer av bemötanden: ”Behandlat mig nonchalant”, ”Behandlat mig som dum”, ”Behandlat mig respektlöst”, ”Inte gett svar på frågor” samt ”Pratat så jag inte förstått”. Vårt urval av påståenden baserades dels på vad metoden ”motiverande samtal” syftar till ^[17], dels på övergripande delar i förvaltningslagen och i Försäkringskassans uppdrag ^[5, 47]. Vi har av samma anledning även gjort ytterligare analyser av de som i samband med positivt bemötande känt sig ”Stärkt i min situation” eller ”Respekterad” samt i samband med negativt bemötande känt sig ”Maktlös” eller ”Kränkt”.

Svarsmönstret redovisas generellt samt uppdelat på följande bakgrundsvariabler: kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, boenderegion, typ av sysselsättning vid sjukskrivningsfallets start, sjukskrivningsfallets längd (4–6 respektive 6–8 månader), sjukskrivningsdiagnos samt om den svarande ansåg sig vara nedstämd. Sådana faktorer har tidigare visat på skillnader både i förekomst av sjukskrivning och i upplevelser av bemötande.

Sjukskrivningsdiagnoserna grupperades på kapitelnivå enligt ICD-10 för de fem vanligaste diagnosgrupperna (muskuloskeletala diagnoser, psykiska diagnoser, cancer, hjärta/kärlsjukdomar samt skador) samt gruppen "Övriga" där samtliga övriga diagnoser, inklusive avsaknad om sjukskrivningsdiagnos i Försäkringskassans register, ingår.

Informationen i Tabell 1 har levererats av SCB och baseras på registerinformation från SCB och Försäkringskassan. Där har analysen av sjukskrivningsdiagnos utgått från den första huvuddiagnosen i det senaste sjukskrivningsfallet. I denna rapport har vi även tagit hänsyn till information om sjukskrivningsdiagnos i närliggande sjukskrivningsfall för de fall där uppgift om diagnos saknades. Det innebär att i analyserna i resultatdelen har några fler personer kunnat ges en sjukskrivningsdiagnos än vad som framgår av Tabell 1. I registerdata från SCB gällande utbildningsnivå finns det två olika koder för att information om detta saknas. I bortfallsanalysen har endast en av dem redovisats separat, den andra har tolkats som låg utbildningsnivå. I våra analyser är dessa sammanslagna, varför något fler (tio personer) saknar uppgift om utbildning i våra analyser (se Tabell 2, jämfört med Tabell 1). I analyserna om utbildningsnivå har de personer för vilka vi saknar information om utbildning exkluderats.

För att bedöma om den svarande var nedstämd, användes två generiska frågor som ofta används för detta [87-89]. Personer som svarat "Ja" både på frågan om de känt sig nedstämda under det senaste året och på frågan om detta varit fallet under de senaste två veckorna, klassificerades som nedstämda. Om svarande svarat både "Ja" och "Nej" valdes svaret "Ja" i analyserna (gällde 2-7 personer). Bortfallet på den första av dessa frågor var 2,1 procent.

För samtliga (65 stycken) specifika påståenden om positiva och negativa bemötanden och emotioner fanns det enstaka svarande som kryssat i fler svarsalternativ, för dessa svarscombinationer valdes det som var mest instämmande inför analyserna. Exempel på detta är om personen svarat både "Stämmer helt" och "Stämmer ganska bra", då valdes "Stämmer helt", eller om personen svarat både "Stämmer helt" och "Stämmer inte alls" valdes "Stämmer helt". För andra frågor med fler svarsalternativ, för vilka endast ett svar skulle anges men där personen ändå kryssat i fler alternativ, klassades sådana ogiltiga svar som internt bortfall.

I de flesta analyser i resultatdelen, om inget annat framkommer, är samtliga svarande (n=9017) inkluderade i nämnaren, alltså andelarna som presenteras är andel av samtliga svarade. De som svarade nekande på den övergripande frågan om de upplevt positivt respektive negativt bemötande uppmanades att gå vidare till nästa fråga utan att svara på påståenden om specifika bemötanden och tillhörande emotioner, följaktligen tolkas inget svar på frågorna om påståenden om specifikt bemötande eller emotioner som inte instämmande.

Generellt presenteras procentsatser med en decimal. För att öka läsbarheten i figurer och i text anges dessa siffror ibland utan decimal.

I texten presenteras ibland en sammanslagning av två svarsalternativ som visas i figur eller tabell. Då siffrorna både i texten och i figurer och tabeller är avrundade innebär det att den sammanslagna siffran i texten ibland kan skilja sig något från summan av de två siffrorna i figuren.

Chi²-tester har utförts för att analysera om skillnader förekommer mellan olika grupper; signifikansnivån har då satts till 0,05. Då studiegruppen är stor är flertalet skillnader mellan grupper och subgrupper, även mycket små skillnader, ofta statistiskt signifikanta, utan att skillnaderna har någon egentlig relevans.

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Resultat

Här redovisas först resultat om de långtidssjukskrivnas *övergripande* upplevelser av positivt respektive av negativt bemötande från Försäkringskassan. Därefter följer ett avsnitt om *olika typer av positivt bemötande*, särskilt sådant bemötande som är av intresse ur ett professionalitetsperspektiv. Dessutom redovisas resultat om hur den svarande kände sig i samband med positivt bemötande. Sedan följer ett avsnitt med motsvarande resultat för *negativt bemötande*. Sist kommer ett avsnitt om hur den sjukskrivne upplevt att positivt respektive negativt bemötande påverkat möjligheten till *återgång i arbete*.

Resultaten redovisas för alla svarande samt uppdelat på den svarandes kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, boenderegion, sysselsättning, sjukskrivningslängd, sjukskrivningsdiagnos samt om de angett att de var nedstämnda.

I Tabell 2 redovisas bakgrundsdata för de drygt 9000 svarande. Antalet deltagande kvinnor var mer än dubbelt så stort som antalet män, vilket till viss del beror på högre svarsfrekvens bland kvinnor men framförallt på att i urvalet var andelen långtidssjukskrivna kvinnor större än andelen män. Bland de svarande var majoriteten äldre än 45 år, de flesta (86 %) födda i Sverige och en lika stor andel (87 %) hade åtminstone gymnasieutbildning.

Nästan hälften av personerna i åldersgruppen 35–44 år hade eftergymnasial utbildning, jämfört med 37 procent bland samtliga. En större andel bland dem som var 55 år eller äldre hade högst en grundskoleutbildning (19 %), jämfört med de yngre än 55 år (9 %). Den yngsta åldersgruppen bestod nästan uteslutande av individer födda i Sverige (97 %).

Störst antal svarande bodde i region väst (se sidan 20, för definition av regioner). I Stockholmregionen var andelen unga (under 35 år) större än i övriga regioner, liksom andel personer födda utanför Sverige och högutbildade.

En stor majoritet (87 %) av de svarande hade en anställning vid sjukskrivningsfallets start, medan nio procent var arbetslösa.

Ungefär en tredjedel av de svarande var sjukskrivna i en psykisk diagnos och en tredjedel i en muskuloskeletal diagnos. En större andel av kvinnorna än av männen var sjukskrivna i en psykisk diagnos (36 % jämfört med 21 %) och en större andel av männen på grund av en skada (13 jämfört med 6 %). I Stockholmregionen var andelen sjukskrivna i en muskuloskeletal diagnos mindre än i övriga regioner.

Nästan en tredjedel av alla långtidssjukskrivna svarade att de kände sig nedstämnda. Bland dem som var arbetslösa, födda utanför Norden samt bland dem med en psykisk sjukskrivningsdiagnos var andelen nedstämnda över 40 procent. Inom alla andra subgrupper var minst en femtedel nedstämnda.

Tabell 2 Bakgrundsdata för samtliga 9 017 långtidssjukskrivna personer som ingår i analyserna

		Antal	Andel av alla (%)
Kön	Kvinnor	6 242	69,2
	Män	2 775	30,8
Åldersgrupper	19–24 år	183	2,0
	25–34 år	1 021	11,3
	35–44 år	1 724	19,1
	45–54 år	2 437	27,0
	55–64 år	3 289	36,5
	65 eller äldre	363	4,0
Födelse land	Sverige	7 729	85,7
	Övriga Norden	303	3,4
	Övriga Europa	515	5,7
	Utanför Europa	470	5,2
Utbildning	Grundskola	1 151	12,8
	Gymnasium	4 477	49,7
	Eftergymnasial	3 367	37,3
	Uppgift saknas ¹	22	0,2
Boenderegion	Nord	1 209	13,4
	Mitt	1 176	13,0
	Stockholm	1 777	19,7
	Väst	2 865	31,8
	Syd	1 990	22,1
Sysselsättning	Anställd	7 870	87,3
	Arbetslös/stud./uppgift saknas ²	805	8,9
	Egenföretagare	231	2,6
	Föräldraledig	111	1,2
Sjukskrivningslängd	4–6 månader	4 444	49,3
	6–8 månader	4 573	50,7
Sjukskrivningsdiagnos	Cancer	574	6,4
	Psyk	2 826	31,3
	Hjärta/Kärl	398	4,4
	Musk	2 734	30,3
	Skada	734	8,1
	Övriga	1 698	18,8
	Uppgift saknas ³	53	0,6
Nedstämdhet	Nej	6 186	68,6
	Ja	2 831	31,4

¹ Dessa har exkluderats i nedanstående analyser som utgår från utbildningsnivå.

² De flesta (95 %) i denna grupp var arbetslösa, fyra var studenter och för 36 saknades uppgift.

³ I kommande analyser som baseras på sjukskrivningsdiagnos har dessa inkluderats i gruppen Övriga.

Övergripande om bemötande

Majoriteten (88 %) av de svarande hade upplevt positivt bemötande från handläggare på Försäkringskassan och 21 procent hade upplevt negativt bemötande (Figur 1). Andel som upplevt negativt bemötande varierade från 13 procent bland dem som var sjukskrivna i cancer till 37 procent bland de arbetslösa. Variationen i andel som varit med om positivt bemötande var inte lika stor. Andelen var lägst (84 %) bland dem födda utanför Europa och de arbetslösa och högst (90 %) bland personer med eftergymnasial utbildning och personer sjukskrivna i en psykisk diagnos.

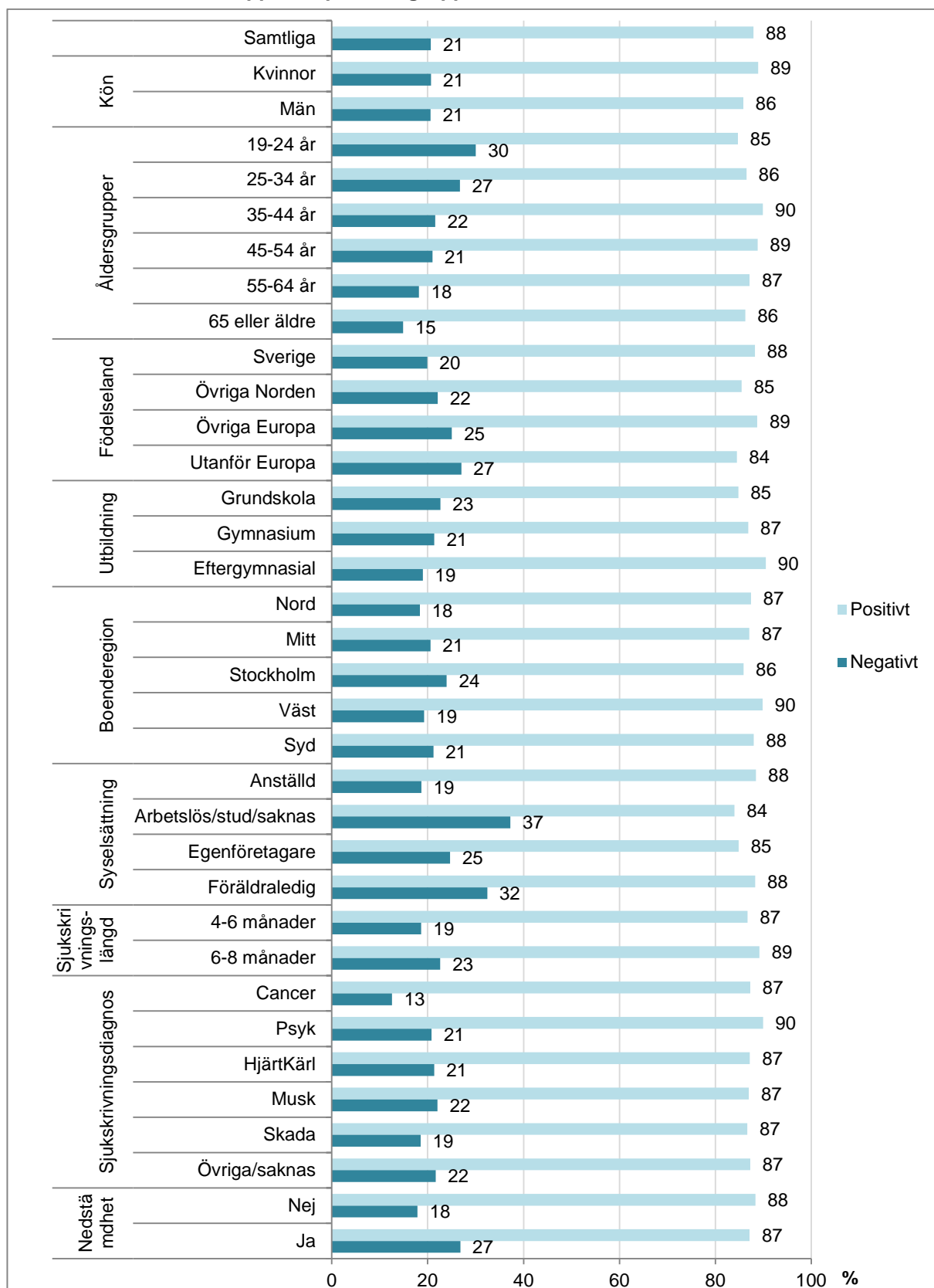
En något större andel av kvinnorna än av männen hade upplevt positivt bemötande, däremot fanns inga sådana könsskillnader avseende negativt bemötande. En större andel yngre instämde i att de upplevt negativt bemötande medan inget tydligt sådant mönster kunde ses för positivt bemötande.

Det fanns tydliga skillnader vad gäller negativt bemötande med avseende på födelse-land; andelen som upplevt negativt bemötande var större ju längre bort från Sverige personerna var födda. Motsvarande skillnader fanns inte vad gäller positivt bemötande. En något större andel av personer med högre utbildning hade upplevt positivt bemötande och en mindre andel av dem hade upplevt negativt bemötande. Bland personer boende i Stockholmsregionen och bland arbetslösa hade en mindre andel upplevt positivt bemötande och en större andel hade upplevt negativt bemötande.

Bland dem som varit sjukskrivna 6–8 månader hade en större andel upplevt både positivt och negativt bemötande, jämfört med dem som varit sjukskrivna 4–6 månader. En större andel av dem med en sjukskrivning i en psykisk diagnos hade upplevt positivt bemötande, medan en mindre andel av dem med en sjukskrivning i cancer hade upplevt negativt bemötande. Bland dem som var nedstämnda var det en större andel som upplevt negativt bemötande än bland dem som inte var nedstämnda, men det var ingen skillnad mellan dessa två grupper vad gäller positivt bemötande.

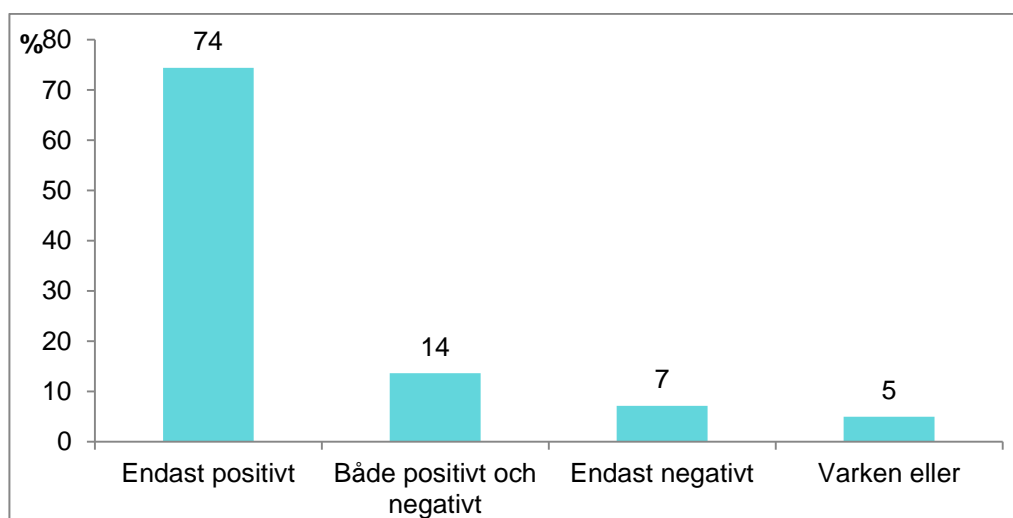
I Figur 1 är samtliga skillnader statistiskt signifikanta, med två undantag; det fanns ingen könsskillnad vad gäller negativt bemötande och inte heller någon skillnad mellan de som var nedstämnda och de som inte var det med avseende på positivt bemötande.

Figur 1 Andel (%) långtidssjukskrivna som upplevt positivt respektive negativt bemötande från handläggare på Försäkringskassan, totalt och uppdelat på olika grupper



Samma person kan ha varit med om både positivt och negativt bemötande från Försäkringskassan. Det kan vara från samma handläggare vid olika tillfällen eller av olika handläggare. I Figur 2 visas andelarna som enbart upplevt positivt bemötande, enbart negativt, både positivt och negativt bemötande samt slutligen de som varken upplevt positivt eller negativt bemötande. En klar majoritet (74 %) hade enbart upplevt positivt bemötande medan 7 procent enbart upplevt negativt bemötande.

Figur 2 Andel (%) som enbart blivit positivt bemötta av handläggare på Försäkringskassan, enbart negativt, både och, respektive varken eller

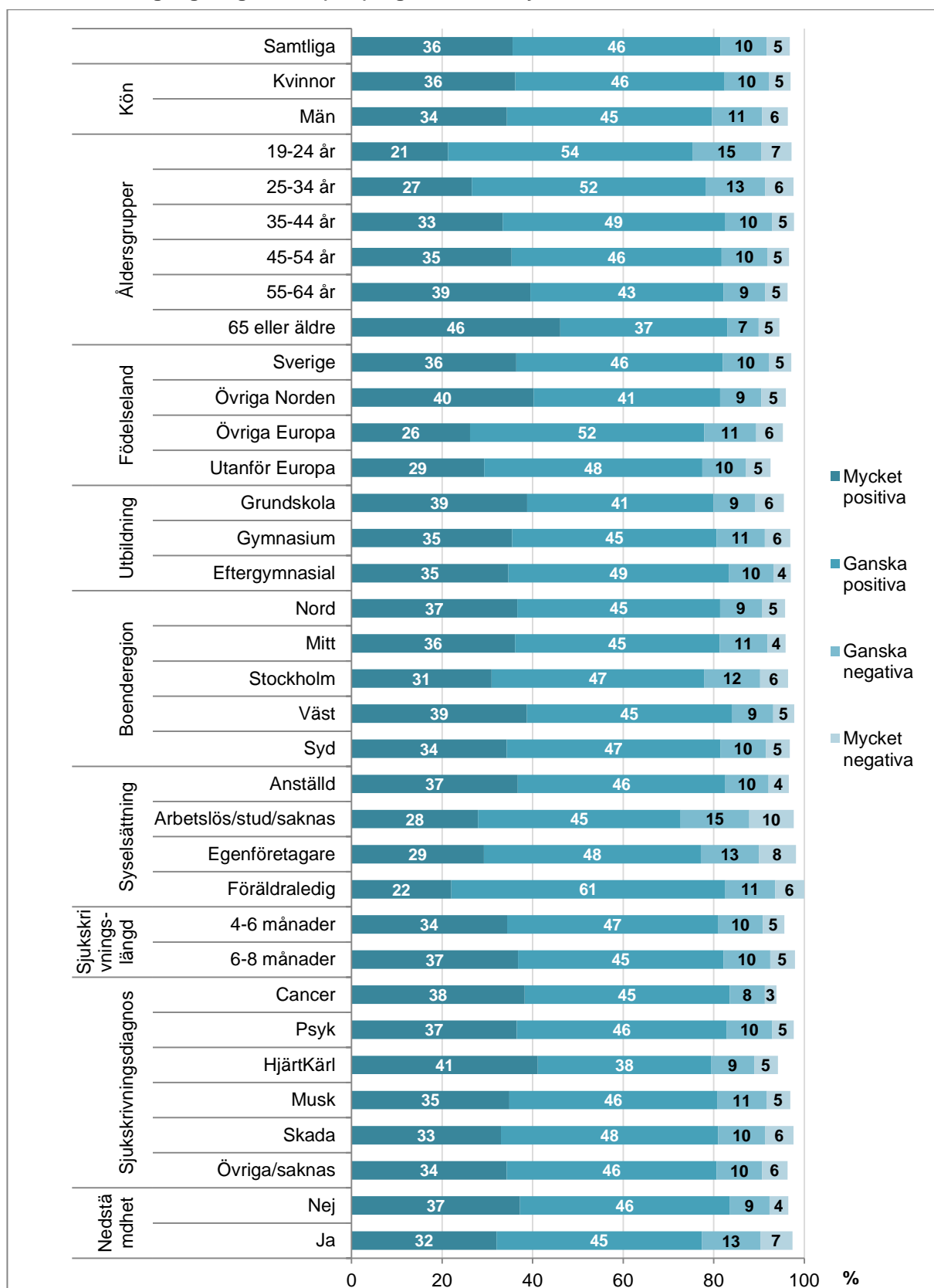


En annan typ av fråga handlade om huruvida den sjukskrivne ansåg att dennes kontakter med Försäkringskassans handläggare oftast var positiva eller oftast negativa, det vill säga, inte om personen varit med om det ena eller andra utan vilket som var vanligast förekommande.

En majoritet, 82 procent, ansåg att kontakterna oftast var positiva medan 15 procent ansåg att de oftast var negativa (Figur 3). De flesta skillnader mellan grupper återspeglar de skillnader som framgår i Figur 1. Det fanns endast små könsskillnader. Det fanns en åldersgradient, på så sätt att en mindre andel av de yngre ansåg att deras kontakter med handläggarna oftast var positiva och en något större andel av dem ansåg att de var övervägande negativa. Ju längre bort från Sverige de var födda desto mindre andel upplevde oftast positivt bemötande. En mindre andel av de som bodde i Stockholmsregionen upplevde oftast positivt bemötande jämfört med övriga regioner. Bland dem som var föräldralediga innan sjukskrivningen upplevde endast 22 procent att de oftast blivit mycket positivt bemötta, jämfört med 37 procent bland de anställda. Däremot svarade 61 procent bland de föräldralediga att de oftast blivit ganska positivt bemötta jämfört med 46 procent bland anställda.

I Figur 3 framgår även att andelen som svarade att de inte haft kontakt med Försäkringskassan varierade något mellan grupperna. Till exempel hade alla som var föräldralediga innan sjukskrivningen haft kontakt med Försäkringskassan, medan sju procent av dem födda utanför Europa inte hade haft sådan kontakt.

Figur 3 Fördelning av svar på frågan ”Är Dina kontakter med handläggare på Försäkringskassan oftast positiva eller oftast negativa?”. Resterande upp till 100 % är de som svarade att de inte haft kontakt med handläggare på Försäkringskassan. Ogiltiga/inget svar (3 %) ingår inte i analysen



Olika typer av positiva bemötanden och relaterade emotioner

När det gäller olika typer av positiva bemötanden instämde störst andel (80 %) i att handläggaren ”Varit trevlig mot mig”, ”Lyssnat på mig” respektive ”Respekterat mig” (Tabell 3). Minst andel hade instämt i påståendet ”Berättat om sig själv” (20 %).

För att särskilt fokusera på professionellt bemötande analyseras svaren på de tre frågorna ”Respekterat mig”, ”Givit adekvat och tydlig information/råd” och ”Visat sig kunnig/kompetent” mer ingående i resten av detta avsnitt, dessa tre påståenden är ’fetade’ i tabellen. Bland dessa tre hade minst andel (42 %) instämt *helt* i påståendet ”Givit adekvat och tydlig information/råd”.

Tabell 3 Andel (%) av samtliga 9 017 som svarat att följande påståenden om positivt bemötande från handläggare på Försäkringskassan stämmer helt eller ganska bra. De med ’fetad’ stil har valts som exempel på professionellt bemötande, utifrån studien syfte

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra
Trott på min förmåga att arbeta	46,4	26,6
Trott på det jag sagt	59,5	19,4
Respekterat mig	61,5	18,2
Lyssnat på mig	61,6	18,4
Engagerat sig i mitt ärende	44,6	28,6
Låtit mig ta eget ansvar	46,1	27,1
Stöttat mig att genomföra egna lösningar	35,8	26,8
Stöttat/uppmuntrat mig på andra sätt	28,9	28,3
Givit adekvat och tydlig information/råd	41,8	27,6
Varit lätt att få tid hos	31,6	31,4
Tagit sig tid när vi träffats	42,7	28,5
Svarat på mina frågor	51,6	24,7
Ställt lagom höga krav	41,9	28,0
Visat sig kunnig/kompetent	44,8	27,9
Gjort något utöver det jag förväntat mig	20,2	22,7
Varit trevlig mot mig	61,7	18,5
Tagit mitt parti/ställt sig på min sida	33,0	28,6
Berättat om sig själv	7,4	12,4
Visat att hon/han tyckt om mig	14,7	28,7

Efter frågorna om positivt bemötande följde frågor om hur den svarande kände sig i samband med mötet/mötena med handläggaren (Tabell 4). Sjuttio procent svarade att det stämde helt eller ganska bra att de kände sig respekterade. Drygt hälften svarade att de känt sig ”Stärkt i min situation” (58 %) respektive ”Handlingskraftig” (51 %). De två emotionerna som är ’fetade’ i tabellen, ”Stärkt i min situation” och ”Respekterad” studeras mer ingående i resten av detta avsnitt.

Tabell 4 Andel (%) av samtliga 9 017 som instämt helt eller delvis i följande påståenden om hur de kände sig i samband med att de blivit positivt bemötta av handläggare på Försäkringskassan. Emotionerna med 'fetad' stil har valts som exempel utifrån studiens syfte

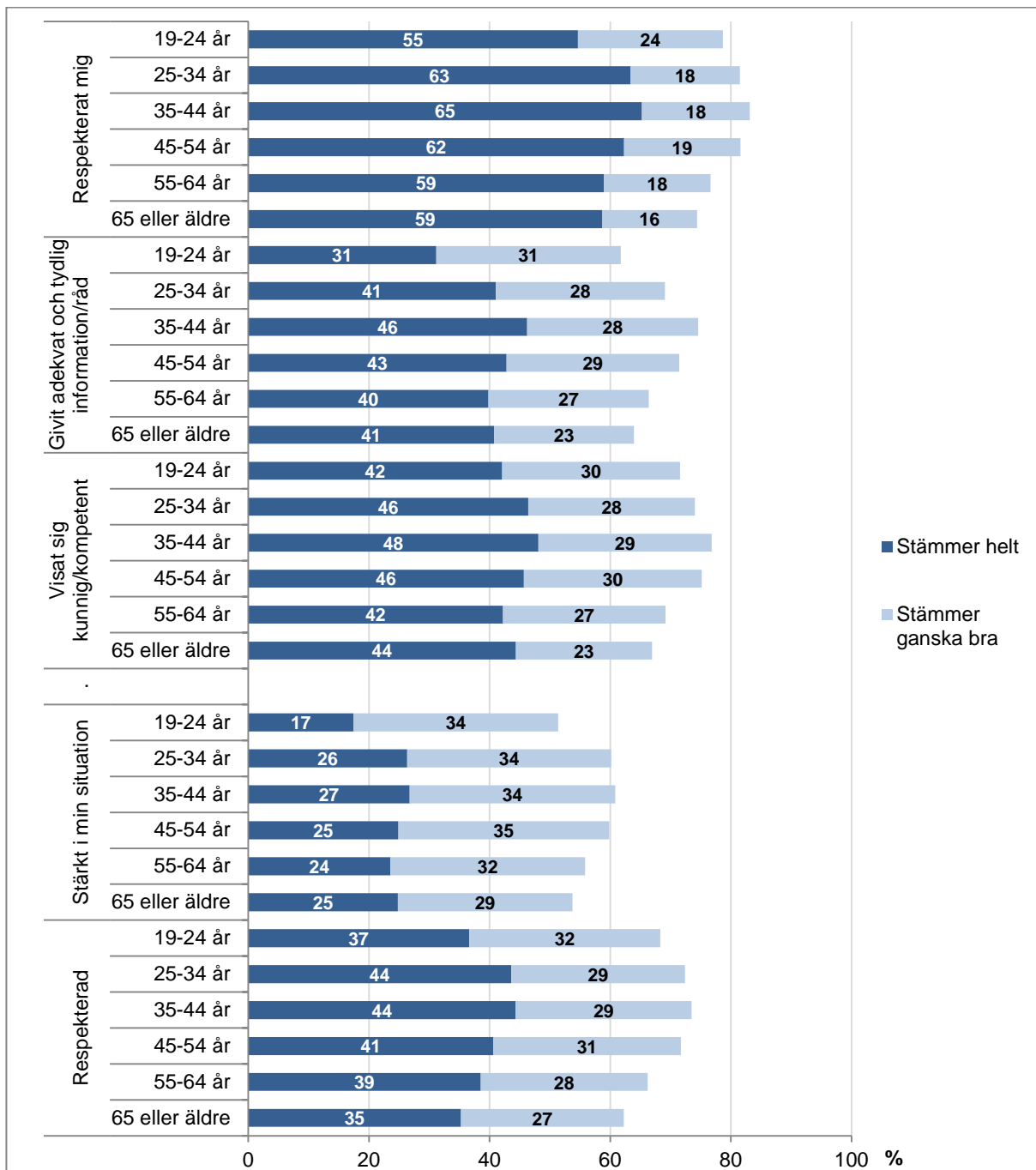
Jag kände mig...	Stämmer helt	Stämmer ganska bra
Omtyckt	19,1	37,9
Stärkt i min situation	24,8	33,4
Handlingskraftig	18,0	33,0
Lättad/lugnad	28,0	31,6
Optimistisk	22,5	31,2
Uppskattad	19,6	31,8
Respekterad	40,6	29,1
Nöjd	30,8	29,9
Glad	20,1	28,0
Stolt	13,3	25,8

Nedan redovisas andelar som instämt med de tre olika påståenden som valts för att spegla professionellt bemötande, nämligen ”Respekterat mig”, ”Givit adekvat och tydlig information/råd” och ”Visat sig kunnig/kompetent”. Även andelar som känt sig ”Stärkt i min situation” respektive ”Respekterad” i samband med bemötandet presenteras, uppdelat på olika subgrupper.

Avseende *kön*, instämde en något större andel kvinnor än män i att de upplevt dessa tre bemötanden från handläggare på Försäkringskassan, en större andel kvinnor kände sig också stärkta i sin situation och/eller respekterade. Åttioen procent av kvinnorna instämde i att handläggaren ”Respekterat mig”, motsvarande siffra bland männen var 76 procent (ej visat i figur).

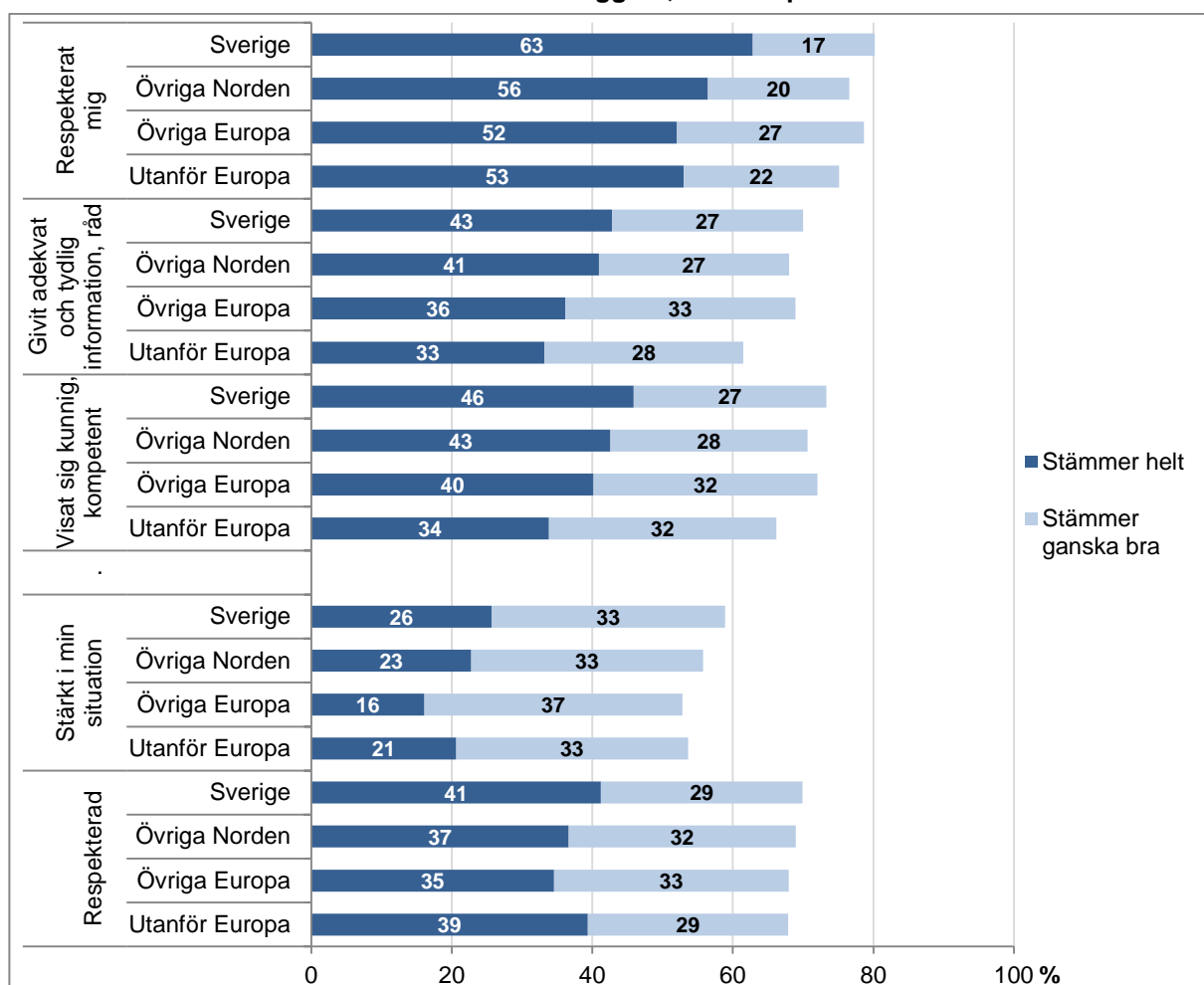
Avseende *åldersgrupper* fanns inga stora skillnader (Figur 4). Dock hade en mindre andel av både de unga och de äldre upplevt professionellt bemötande jämfört med de i övriga åldersgrupper. Femtioen procent av de unga (19–24 år) kände sig stärkta i sin situation i samband med mötet med Försäkringskassan. Motsvarande siffra för dem som var 35–44 år var 61 procent. Bland dem som var 65 år eller äldre hade 62 procent känt sig respekterade, motsvarande siffra för dem som var 35–44 år var 73 procent.

Figur 4 Andel (%) som upplevt tre olika typer av positivt bemötande och som känt sig ”Respekterad” respektive ”Stärkt i sin situation” i samband med möten med handläggare, fördelat på olika åldersgrupper



Vad gäller *födelseland* hade en större andel av dem födda i Sverige upplevt professionellt bemötande jämfört med dem som var födda utanför Sverige (Figur 5). Bland dem födda utanför Europa instämde 61 procent med att handläggaren "Givit adekvat och tydlig information/råd", jämfört med 70 procent bland dem födda i Sverige. En något större andel av de födda i Sverige kände sig också stärkta i sin situation och/eller respekterade i samband med mötet med handläggare.

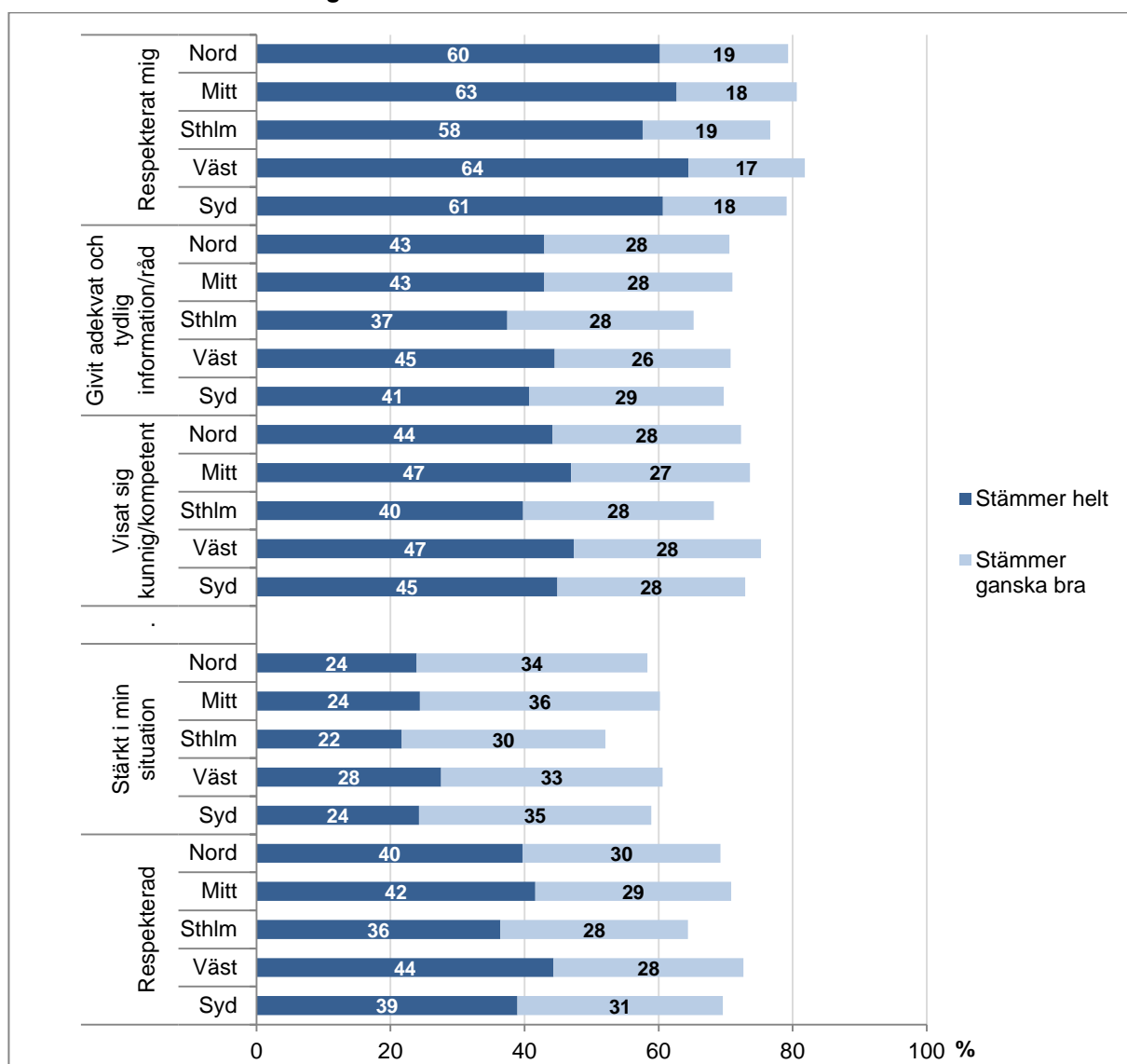
Figur 5 Andel (%) som upplevt tre olika typer av positivt bemötande och som känt sig "Respekterad" respektive "Stärkt i min situation" i samband med möten med handläggare, fördelat på *födelseland*



Genomgående hade en större andel av dem med högre *utbildningsnivå* upplevt professionellt bemötande från handläggare på Försäkringskassan, jämfört med dem med lägre utbildning. En större andel hade känt sig stärkta i sin situation (54 % av dem med endast grundskoleutbildning, 60 % bland dem med eftergymnasial utbildning) och respekterade (65 % av dem med endast grundskoleutbildning, 72 % bland dem med eftergymnasial utbildning) i samband med positivt bemötande (ej visat i figur).

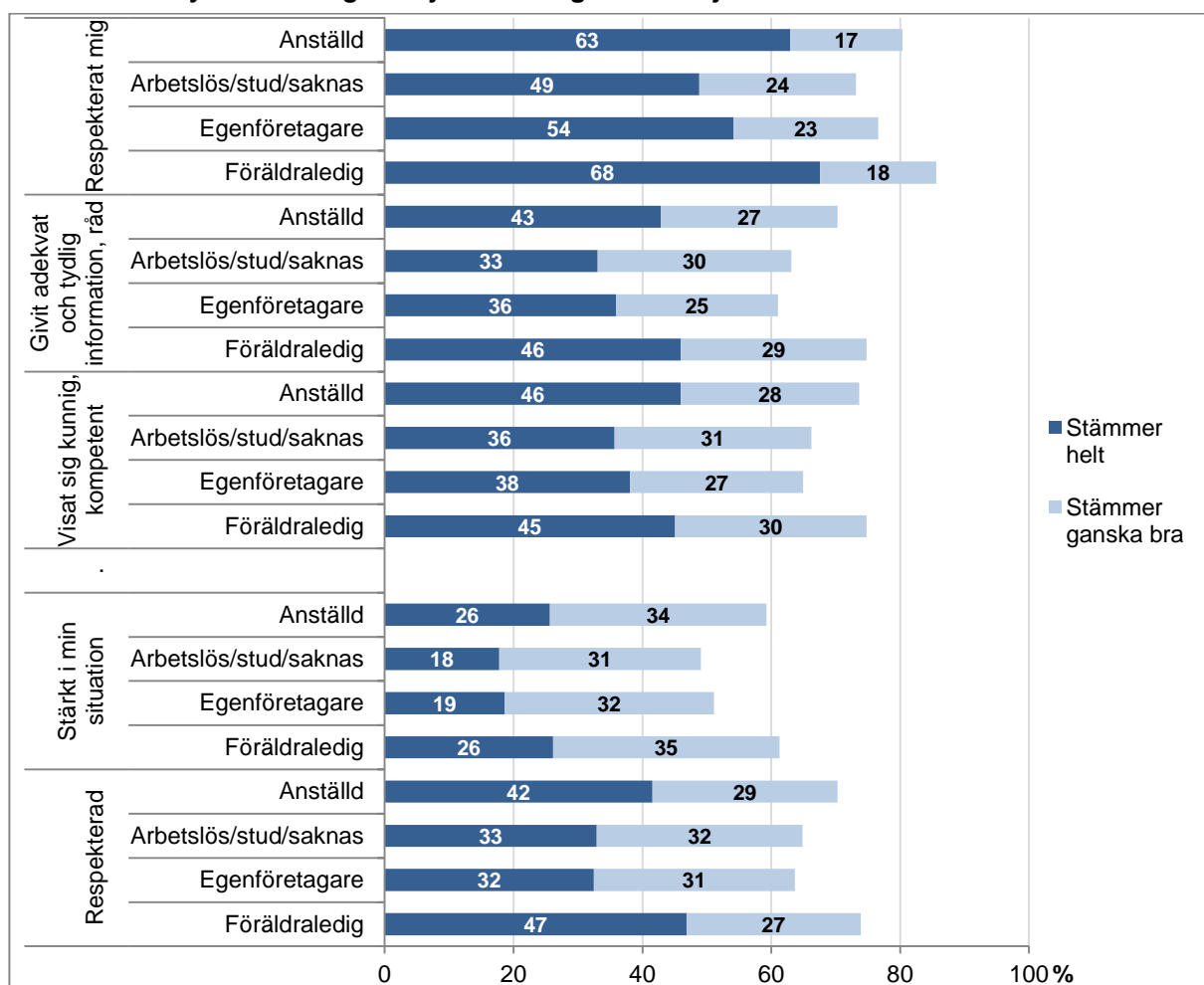
Uppdelat på *boenderegioner* var det genomgående minst andel bland dem som bodde i Stockholmsregionen som instämt med dessa påståenden om professionellt bemötande, samt som känt sig ”Stärkt i min situation” respektive ”Respekterad” (Figur 6). Till exempel var det i region väst 73 procent som instämde i att de känt sig respekterade medan motsvarande siffror för Stockholmsregionen var 64 procent.

Figur 6 Andel (%) som svarat att det stämmer helt respektive ganska bra att de upplevt var och en av tre olika typer av positivt bemötande samt som känt sig ”Respekterad” respektive ”Stärkt i min situation” i samband med möten med handläggare, uppdelat på fem *boenderegioner*



I Figur 7 visas upplevelse av professionellt bemötande uppdelat på den *sysselsättning* de svarande hade vid sjukskrivningsfallets start. De flesta hade en anställning. En något mindre andel av de arbetslösa och av egenföretagarna jämfört med de anställda och föräldralediga hade upplevt professionellt bemötande, till exempel svarade 61 procent av egenföretagarna att det stämde helt eller ganska bra att handläggaren givit adekvat och tydlig information. Motsvarande siffra bland anställda var 70 procent.

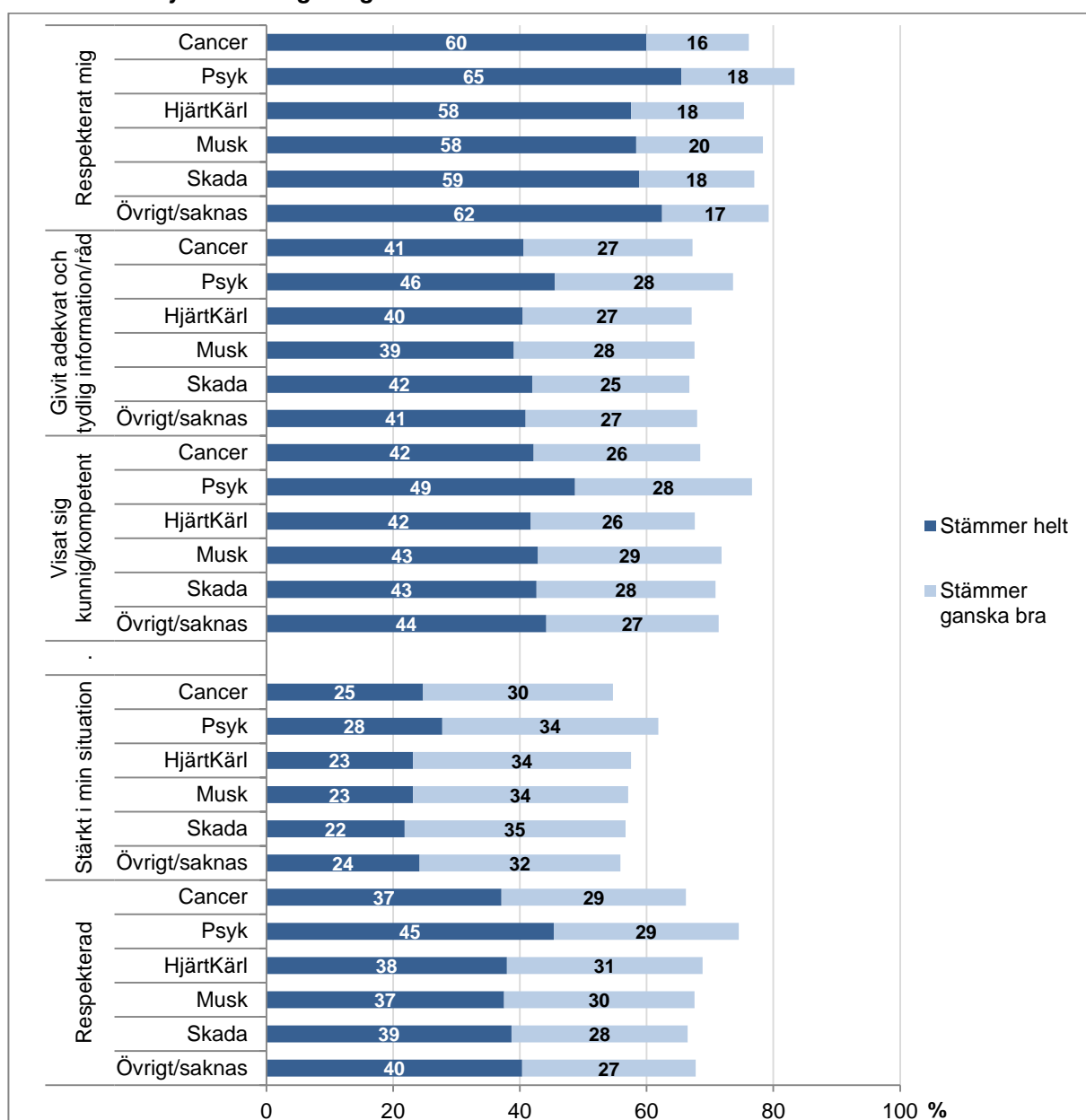
Figur 7 Andel (%) som upplevt tre olika typer av positivt bemötande och som känt sig ”Respekterad” respektive ”Stärkt i sin situation” i samband med möten med handläggare, fördelat på typ av *sysselsättning* när sjukskrivningsfallet började



Genomgående instämde en något större andel av dem med *längre sjukskrivning* (6–8 månader jämfört med 4–6 månader) i att de varit med om dessa tre typer av professionellt bemötande. Störst skillnad var det för påståendet ”Respekterat mig” där 78 procent av de med kortare sjukskrivning instämde, jämfört med 82 procent av de med längre sjukskrivning. En större andel av dem kände sig också stärkta i sin situation och respekterade i samband med mötena med Försäkringskassan (ej visat i figur).

I Figur 8 visas professionellt bemötande uppdelat på *sjukskrivningsdiagnos*. En något större andel av dem med en psykisk sjukskrivningsdiagnos instämde i att de upplevt professionellt bemötande, en större andel av dem kände sig också stärkta i sin situation och respekterade i samband med mötet med handläggare från Försäkringskassan. Det fanns endast marginella skillnader mellan de andra sjukskrivningsdiagnosgrupperna.

Figur 8 Andel (%) som upplevt tre olika typer av positivt bemötande och som känt sig "Respekterad" respektive "Stärkt i min situation" i samband med möten med handläggare, uppdelat på *sjukskrivningsdiagnos*



Vid en jämförelse av upplevelse av professionellt bemötande mellan dem som angett att de var *nedstämmda* med dem som inte var det framkom inga större skillnader (ej visat i figur).

Nedan visas andelen som kände sig stärkta i sin situation bland dem som instämt helt eller delvis i upplevelse av professionellt bemötande (Tabell 5). Sjuttiotvå procent av dem som upplevde att handläggaren respekterat dem kände sig stärkta i sin situation vilket är en något mindre andel än den andelen som kände sig respekterade (86 %) (Tabell 6).

Tabell 5 Antal som instämt med de tre olika typerna av positivt bemötande ("Respekterat mig", "Givit adekvat och tydlig information/råd" respektive "Visat sig kunnig/kompetent") samt andel (%) av dessa som känt sig eller inte känt sig stärkt

Instämmer med att handläggaren...	n	Kände mig stärkt i min situation				Inget svar
		Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	
... respekterat mig	7187	30,7	41,2	13,4	4,6	10,1
... givit adekvat och tydlig information/råd	6261	34,2	43,0	10,9	3,8	8,1
... visat sig kunnig/kompetent	6561	32,9	43,1	12,2	3,9	7,9

I Tabell 6 visas andelen som kände sig respekterade bland dem som instämt helt eller delvis i att de fått olika typer av professionellt bemötande. Av de 6261 personer som instämt i att handläggaren "Givit adekvat och tydlig information" kände sig majoriteten (89 %) "Respekterad".

Tabell 6 Antal som instämt med de tre olika typerna av positivt bemötande ("Respekterat mig", "Givit adekvat och tydlig information/råd" respektive "Visat sig kunnig/kompetent") samt andel (%) av dessa som känt sig eller inte känt sig respekterad

Instämmer med att handläggaren...	n	Kände mig respekterad				Inget svar
		Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	
... respekterat mig	7187	50,2	35,5	5,0	1,5	7,9
... givit adekvat och tydlig information/råd	6261	54,3	34,4	3,7	1,2	6,4
... visat sig kunnig/kompetent	6561	52,9	35,4	4,2	1,3	6,1

Olika typer av negativa bemötande och relaterade emotioner

Nedan, i Tabell 7, redovisas andelar av de långtidssjukskrivna som hade upplevt de olika typerna av negativa bemötanden. Störst andel instämde i påståendet ”Behandlat mig nonchalant” (14 %). Fem påståenden har ur ett professionalitetsfokus bedömts vara av särskilt intresse, dessa påståenden är: ”Behandlat mig nonchalant”, ”Behandlat mig som dum”, ”Behandlat mig respektlöst”, ”Inte gett svar på frågor” samt ”Pratat så jag inte förstått”. Dessa påståenden är ’fetade’ i tabellen och redovisas mer ingående i resten av detta avsnitt.

Tabell 7 Andel (%) av samtliga 9 017 som instämde helt eller delvis i att de varit med om olika typer av negativa bemötanden från handläggare på Försäkringskassan. De med ’fetad’ stil har valts som exempel utifrån studiens syfte

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra
Tvivlat på min förmåga att arbeta	5,4	5,7
Misstrott min arbetsmoral/motivation	6,5	6,9
Inte trott på det jag sagt	6,0	7,2
Behandlat mig nonchalant	8,1	5,9
Tvivlat på mina besvär	7,3	6,3
Behandlat mig som dum	4,5	4,4
Avvisat mina förslag och lösningar	4,6	5,4
Varit stressad/ej tagit sig tid	4,4	5,3
Varit irriterad/otålig	4,0	5,2
Varit arg/otrevlig	3,7	4,0
Behandlat mig respektlöst	5,8	5,3
Hotat mig	0,9	1,6 + 2,6 % ¹
Inte lyssnat	4,0	5,4
Gjort mig fysiskt illa	0,5	0,6 + 1,4 % ¹
Varit för opersonlig	4,7	5,2
Varit för personlig	0,8	1,3
Inte gett svar på frågor	3,9	5,0
Inte hållit våra överenskommelser	2,2	2,6
Gett mig skulden för mina besvär	1,8	2,5
Inte hållit professionell gräns sexuellt	0,3	0,3 + 0,7 % ¹
Pratat så att jag inte förstått	2,4	3,5
Avbrutit mig	3,0	3,2
Ställt för höga krav	6,0	4,8
Ställt för låga krav	0,4	0,7
Inte låtit mig ta eget ansvar	2,1	3,7

¹ Andel som svarat ’Stämmer ganska dåligt’ (detta betraktas som instämmande för tre särskilt allvarliga typer av negativa bemötande, för vilka endast svaret ’Stämmer inte alls’ kan anses acceptabelt)

I frågeformuläret följdes frågorna om negativt bemötande av frågor om hur den svarande kände sig i samband med mötet/mötena med handläggaren (Tabell 8). Störst andel, 16 procent, svarade att de känt sig ”Maktlös” och 11 procent att de känt sig ”Kränkt”. Dessa emotioner är ’fetade’ i tabellen och presenteras mer ingående i resten av detta avsnitt. Förutom dessa emotioner hade även en relativt stor andel (16 %) känt sig ”Besviken”.

Tabell 8 Andel (%) av samtliga 9 017 som instämt i påståenden om hur de kände sig i samband med att de blivit negativt bemötta av handläggare på Försäkringskassan. De med ’fetad’ stil har valts som exempel utifrån studiens syfte

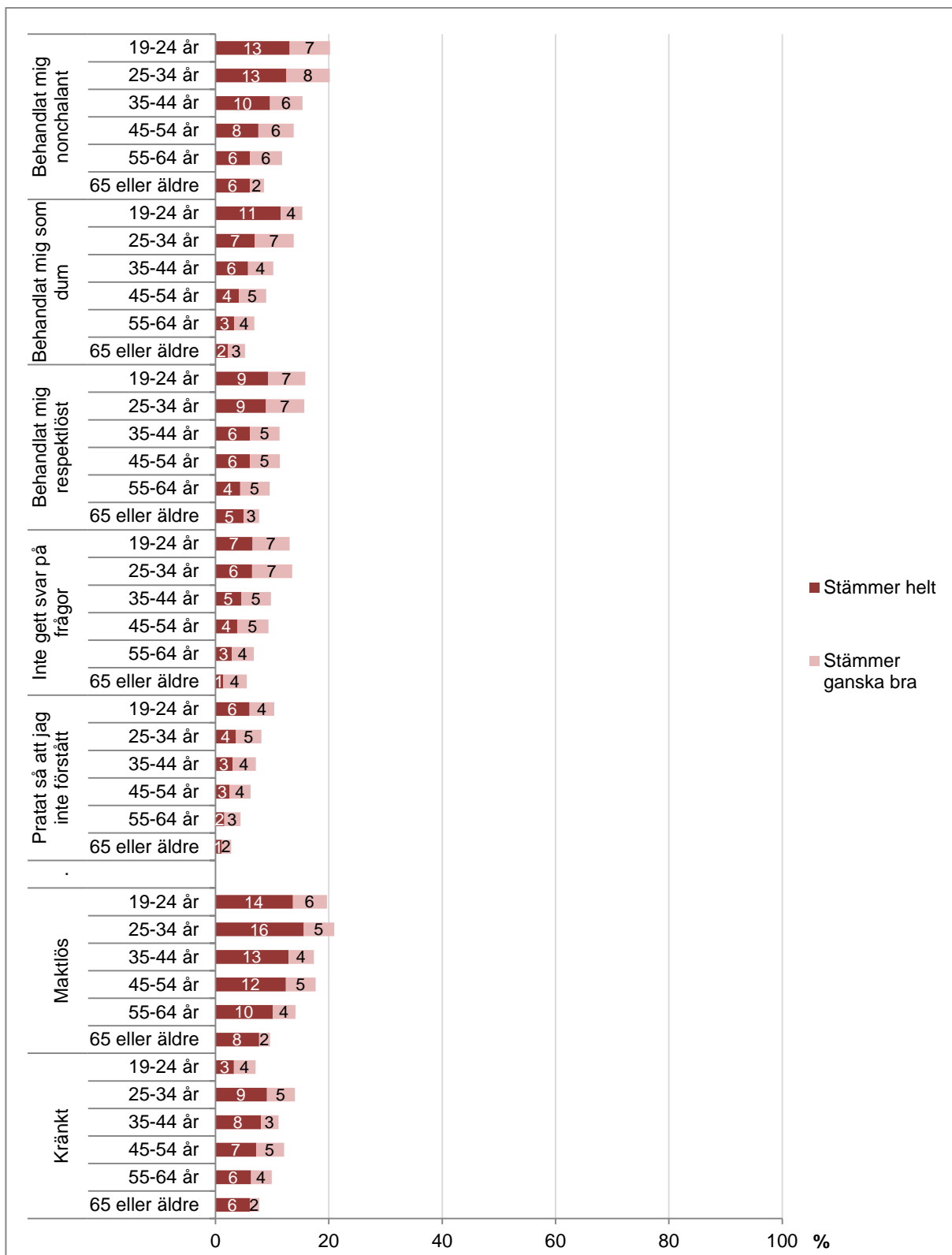
Jag kände mig...	Stämmer helt	Stämmer ganska bra
Besviken	10,4	5,6
Arg/irriterad	9,3	5,4
Orolig/rädd	7,8	5,4
Underlägsen	8,3	5,3
Maktlös	11,9	4,5
Kränkt	7,1	4,0
Skamsen	3,7	3,4
Ledsen	9,6	5,1
Orkeslös/nedstämd	9,3	5,6
Missförstådd	8,0	4,7
Pessimistisk	7,5	5,5

Nedan redovisas andelar som instämmer med de fem olika påståendena som valts avseende oprofessionellt bemötande, nämligen; ”Behandlat mig nonchalant”, ”Behandlat mig som dum”, ”Behandlat mig respektlöst”, ”Inte gett svar på frågor” samt ”Pratat så jag inte förstått”. Även andelar som känt sig ”Maktlös” respektive ”Kränkt” i samband med negativa bemötanden presenteras, uppdelat på olika subgrupper.

Med undantag av påståendet ”Pratat så jag inte förstått”, angav en något större andel *kvinnor* än *män* att de upplevt oprofessionellt bemötande. Till exempel instämde 14 procent av kvinnorna i att handläggare från Försäkringskassan ”Behandlat mig nonchalant”, motsvarande siffra bland männen var 13 procent. En något större andel kvinnor har också känt sig maktlösa (17 % jämfört med 15 %) och/eller kränkta (12 % jämfört med 10 %) i samband med sina möten med handläggare.

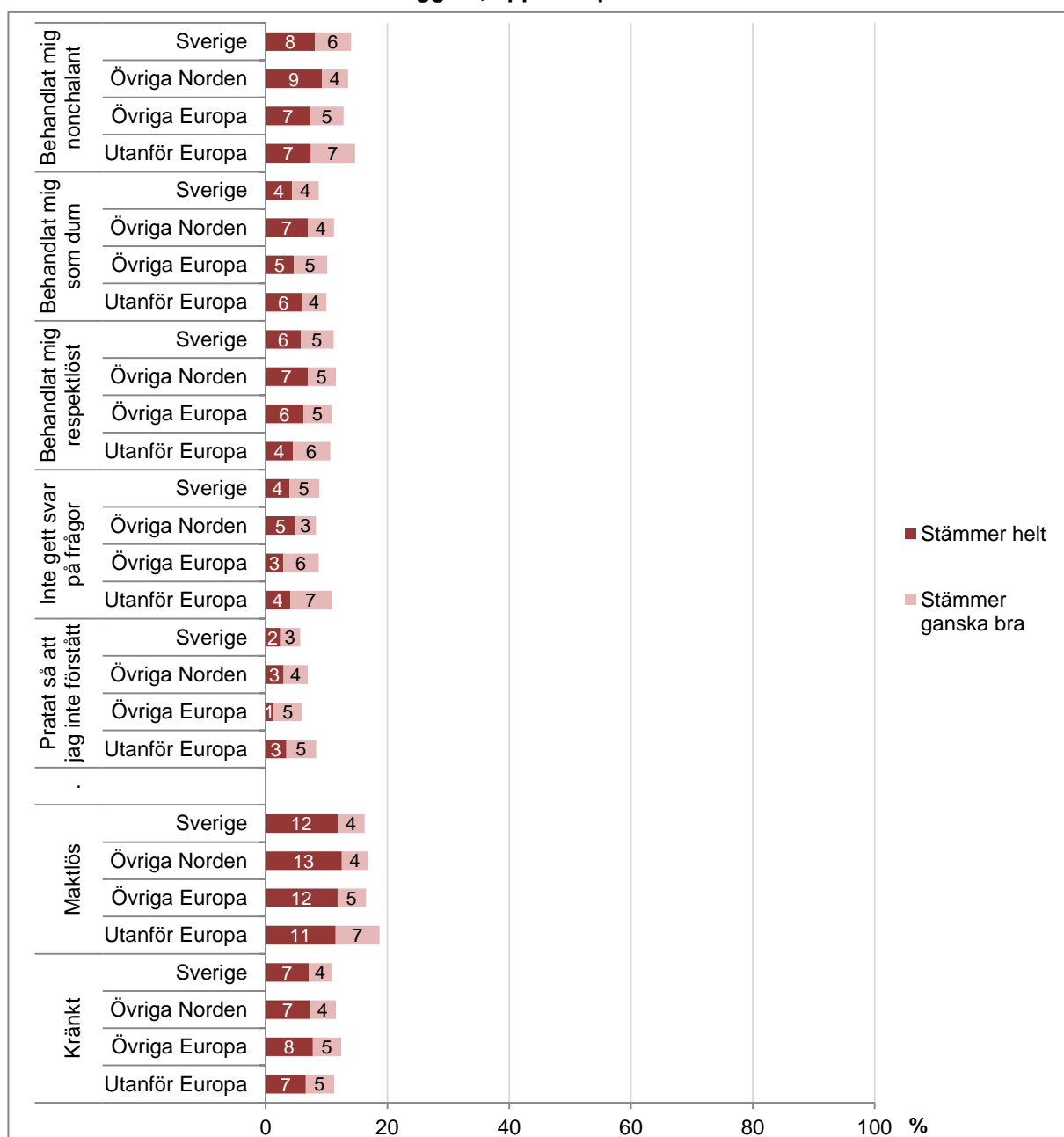
Nedan presenteras andelarna som instämt i att de upplevt olika typer av oprofessionellt bemötande uppdelat på olika *åldersgrupper* (Figur 9). Genomgående ses ett mönster där en större andel av yngre instämmer i de olika påståendena. Avseende ”Behandlat mig nonchalant” har 20 procent av dem som var 19–24 år och 20 procent av dem som var 25–34 år instämt, jämfört med 9 procent bland dem som var 65 år eller äldre. Åldersgruppen 25–34 är den grupp där störst andel kände sig maktlösa (21 %) respektive kränkta (14 %) i samband med möten med handläggare.

Figur 9 Andel (%) som upplevt olika typer av negativa bemötanden och andel som känt sig "Maktlös" respektive "Kränkt" i samband med sådana möten med handläggare, uppdelat på åldersgrupper



I nedanstående Figur 10 framkommer inga större skillnader mellan andelar som upplevt respektive typ av negativt bemötande, uppdelat på *födelseland*. För påståendena ”Inte gett svar på frågor” och ”Pratat så att jag inte förstått” var det en något större andel av dem som är födda utanför Europa som instämde jämfört med dem födda i Sverige. En större andel bland dem födda utanför Europa kände sig maktlösa i samband med möte med handläggaren (19 %) jämfört med dem födda i Sverige (16 %).

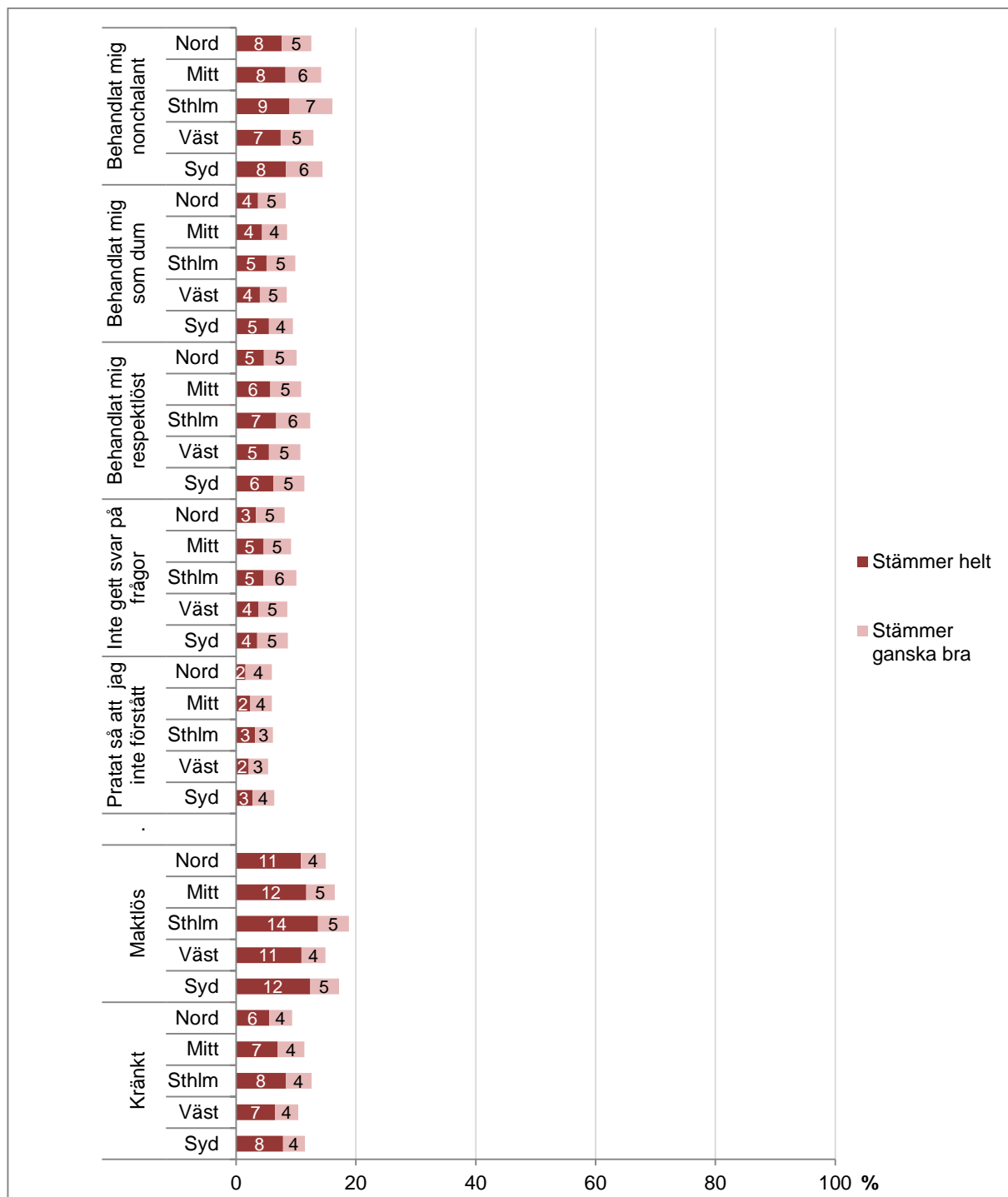
Figur 10 Andel (%) som upplevt olika typer av negativt bemötande och andel som känt sig ”Maktlös” respektive ”Kränkt” i samband med möten med handläggare, uppdelat på *födelseland*



Vid en uppdelning av oprofessionellt bemötande på *utbildningsnivå* framkom generellt små skillnader. De små skillnader som framkom visar att bland dem med högre utbildning hade en något större andel upplevt professionellt och en lägre andel oprofessionellt bemötande. Till exempel instämmer 8 procent av dem med grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå med att handläggaren ”Pratat så att jag inte förstått” jämfört med 4 procent bland dem med eftergymnasial utbildning (ej visat i figur).

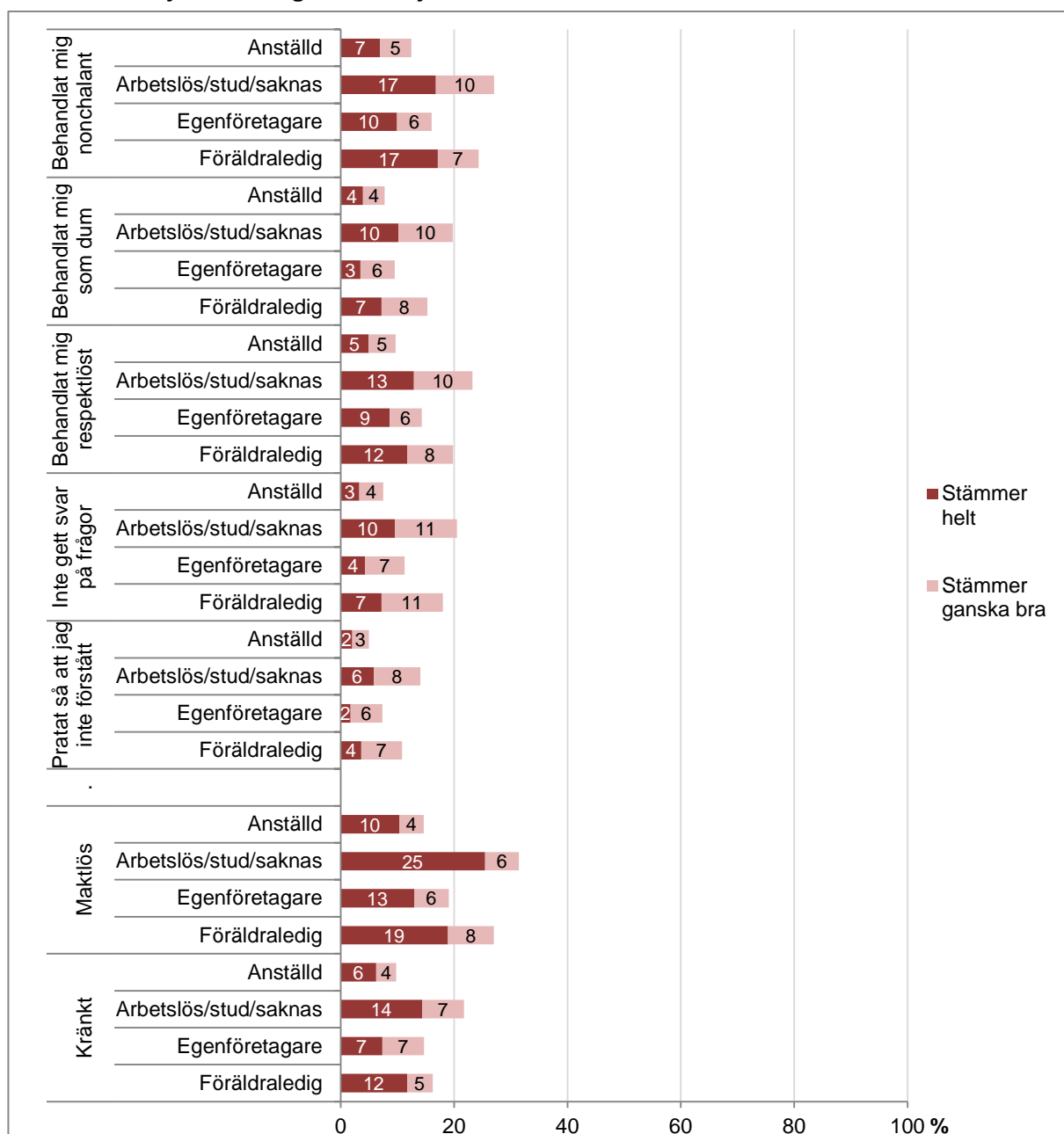
I Figur 11 nedan redovisas andel som instämde i fem typer av negativa bemötanden samt andel som känt sig maktlösa respektive kränkta i samband med möten med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på *regioner*. Stockholmsregionen skiljer sig något från resten av landet när det gäller dessa typer av negativa bemötande i och med att en större andel instämt i dem. Detta kan relateras till de tre positiva professionella bemötandena som redovisats ovan, för vilka andelen som instämde i att de upplevt dessa var minst bland de personer som var boende i Stockholmsregionen. Skillnaderna jämfört med andra regioner är dock mindre för de negativa påståendena och är inte heller statistiskt signifikanta.

Figur 11 Andel (%) som upplevt olika typer av negativt bemötande samt andel som känt sig "Maktlös" respektive "Kränkt" i samband med sådana möten med handläggare, uppdelat på boenderegioner



I Figur 12 redovisas andelar som upplevt oprofessionellt bemötande uppdelat på typ av *sysselsättning* vid sjukskrivningsfallets start. Genomgående har en större andel arbetslösa och föräldralediga upplevt oprofessionellt bemötande. Detta kan jämföras med att föräldralediga också var den grupp där störst andel upplevt professionellt bemötande. En av fyra bland dem som var arbetslösa innan sjukskrivningen instämde helt med att de kände sig maktlösa i samband med möten med handläggare på Försäkringskassan. Arbetslösa är också den grupp där störst andel kände sig kränkta i samband med möten med handläggare (22 % jämfört med 10 % bland anställda).

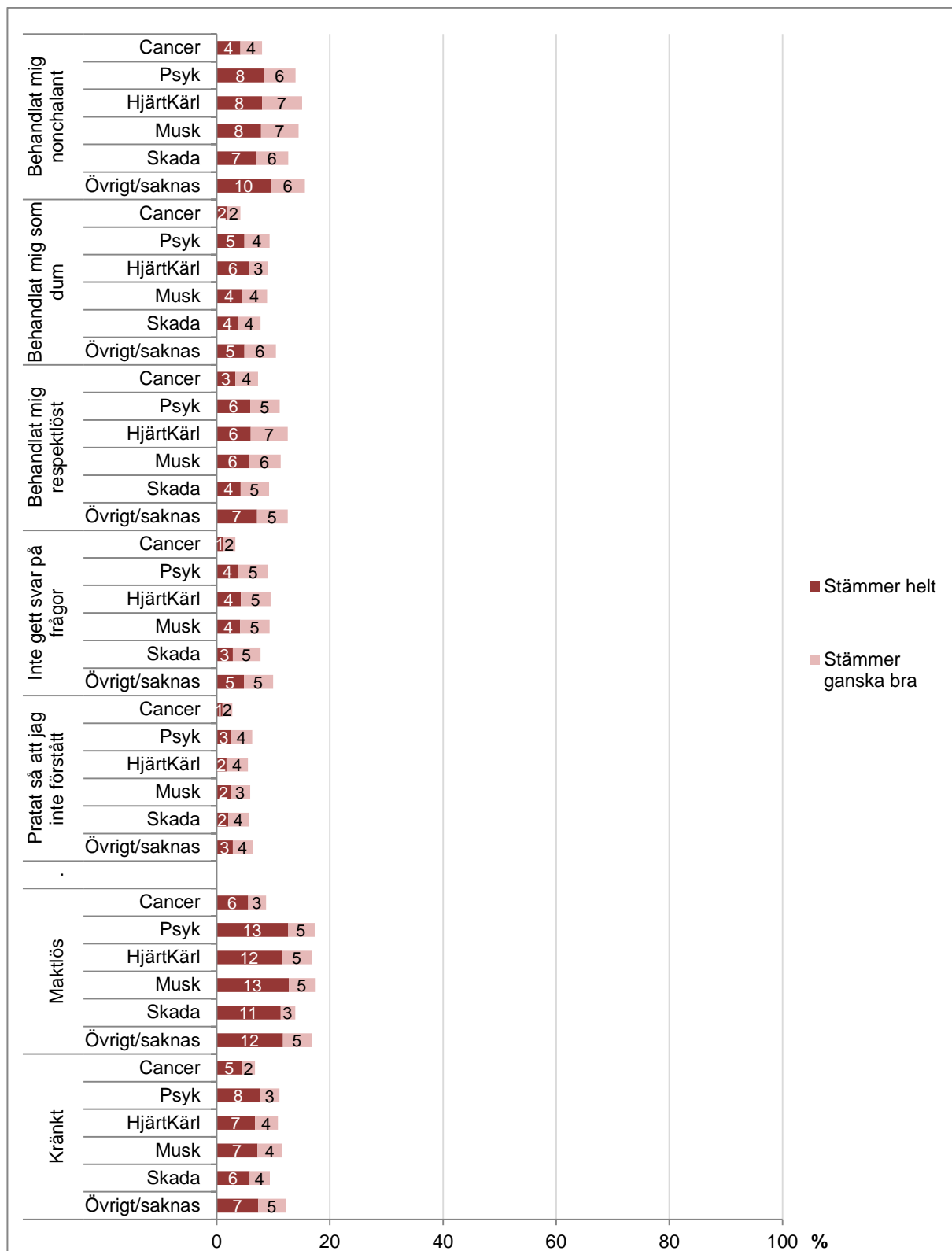
Figur 12 Andel (%) som upplevt olika typer av negativt bemötande och som känt sig "Maktlös" respektive "Kränkt" i samband med möten med handläggare, uppdelat på typ av *sysselsättning* när sjukskrivningsfallet började



Vid en jämförelse mellan dem med en sjukskrivning som pågått 6–8 månader jämfört med 4–6 månader framkom att en något större andel av dem med längre sjukskrivning upplevt olika typer av oprofessionellt bemötande samt känt sig maktlösa eller kränkta i samband med detta. Till exempel angav 15 procent av dem med längre sjukskrivning att handläggare ”Behandlat mig nonchalant”, motsvarande andel bland dem med sjukskrivning som pågått 4–6 månader var 13 procent. Detta kan relateras till att de med längre sjukskrivning också till större andel angett att de upplevt professionellt bemötande (ej visat i figur).

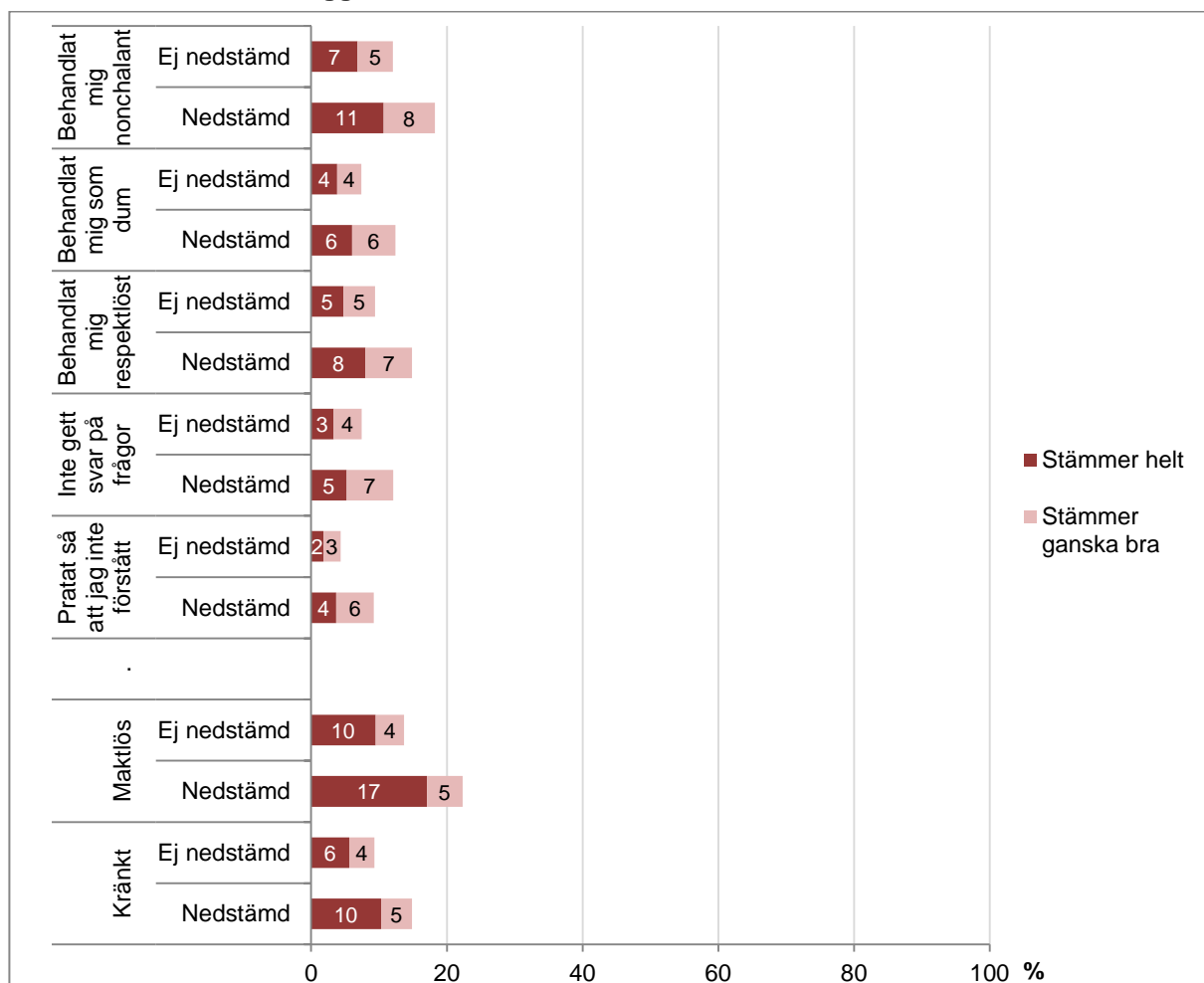
Vid en uppdelning på *sjukskrivningsdiagnos* framkom ett mönster där en mindre andel av dem sjukskrivna i cancer upplevt olika typer av oprofessionellt bemötande (Figur 13). Till exempel instämde tre procent bland de sjukskrivna i cancer i att handläggaren inte gett svar på frågor. För de andra diagnosgrupperna varierade den andelen mellan åtta och tio procent. Åtta procent av de sjukskrivna i cancer instämde i att handläggare ”Behandlat mig nonchalant”. Motsvarande andel bland de sjukskrivna i en psykisk diagnos var 14 procent och 16 procent i gruppen med ”övriga” sjukskrivningsdiagnoser. Samtidigt hade störst andel av de med en psykisk sjukskrivningsdiagnos instämt i att de varit med om de tre olika typerna av professionellt bemötande (Figur 8).

Figur 13 Andel (%) som upplevt olika typer av negativt bemötande och andel som känt sig "Maktlös" respektive "Kränkt" i samband med möten med handläggare, uppdelat på *sjukskrivningsdiagnoser*



En större andel av dem som i frågeformuläret angav att de kände sig *nedstämnda* instämde i påståenden om oprofessionellt bemötande, till exempel instämde 18 procent av dessa i att handläggaren ”Behandlat mig nonchalant” jämfört med 12 procent bland dem som inte var nedstämda (Figur 14). Bland dem som var nedstämda hade också en större andel känt sig maktlösa (22 % jämfört med 14 % bland dem som inte var nedstämda) eller kränkta (15 % jämfört med 9 %) i samband med möten med handläggare. Detta kan sättas i relation till att det inte fanns någon skillnad mellan dessa grupper vad gäller upplevelse av professionellt bemötande.

Figur 14 Andel (%) som upplevt olika typer av negativt bemötande och andel som känt sig ”Maktlös” respektive ”Kränkt” i samband med möten med handläggare, bland dem som var och som inte var *nedstämda*



I Tabell 9 visas andelarna bland dem som instämt i påståenden om oprofessionellt bemötande som också känt sig maktlösa i samband med mötet med handläggare. Nittio procent bland dem som upplevde att handläggaren ”Pratat så jag inte förstod” kände sig maktlösa i samband med mötet. Bland dem som upplevde att handläggaren ”Behandlat mig nonchalant” var motsvarande andel 86 procent.

Tabell 9 Antal som instämt med fem olika typerna av negativt bemötande samt andel (%) av dessa som känt sig eller inte känt sig maktlös

Instämmer med att handläggaren...	n	Kände mig maktlös				
		Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	Inget svar
... behandlat mig nonchalant	1262	67,4	19,1	4,4	4,8	4,3
... behandlat mig som dum	808	76,4	14,0	2,7	4,1	2,8
... behandlat mig respektlöst	1004	72,6	17,0	2,9	4,1	3,4
... inte gett svar på frågor	802	73,4	16,2	3,6	4,1	2,6
... pratat så att jag inte förstätt	531	74,8	16,4	2,4	4,1	2,3

I Tabell 10 visas andelarna, bland dem som instämt helt eller delvis i påståenden om oprofessionellt bemötande, som känt sig kränkta i samband med möten med handläggare på Försäkringskassan. Av de som instämt med respektive påstående var det 67–78 procent som känt sig kränkta i samband med mötet. Högst var andelen bland dem som instämt i att handläggaren ”Behandlat mig som dum” (78 %).

Tabell 10 Antal som instämt med fem olika typerna av negativt bemötande samt andel (%) av dessa som känt sig eller inte känt sig kränkt

Instämmer med att handläggaren...	n	Kände mig kränkt				
		Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	Inget svar
... behandlat mig nonchalant	1262	45,6	21,3	14,0	14,7	4,3
... behandlat mig som dum	808	57,4	20,3	10,0	9,8	2,5
... behandlat mig respektlöst	1004	53,9	23,2	10,8	8,9	3,3
... inte gett svar på frågor	802	48,1	20,7	13,8	14,3	3,0
... pratat så att jag inte förstätt	531	49,5	20,9	12,4	14,7	2,4

Återgång i arbete

I Försäkringskassans uppdrag ingår att främja återgång i arbete bland sjukskrivna, där detta är möjligt. När det gäller positivt bemötande svarade nästan hälften (47 %) av de långtidssjukskrivna att de inte ansåg att bemötandet haft någon betydelse för möjligheten att återgå i arbete (Tabell 11). Fyrtio procent av samtliga deltagare svarade å andra sidan att positivt bemötande främjat deras möjligheter att återgå i arbete (45 % av dem som varit med om positivt bemötande). Nästan 10 procent svarade att negativt bemötande hindrat deras möjligheter till återgång i arbete och en tredjedel svarade att detta inte haft någon betydelse. Av de som varit med om negativt bemötande hade däremot 20 procent upplevt att detta hindrat deras möjligheter till återgång i arbete, vilket framgår av Figur 15 nedan.

Tabell 11 Fördelning av svar (i %) på frågorna ”Har positivt/negativt bemötande från Försäkringskassan påverkat Dina möjligheter att återgå i arbete?”

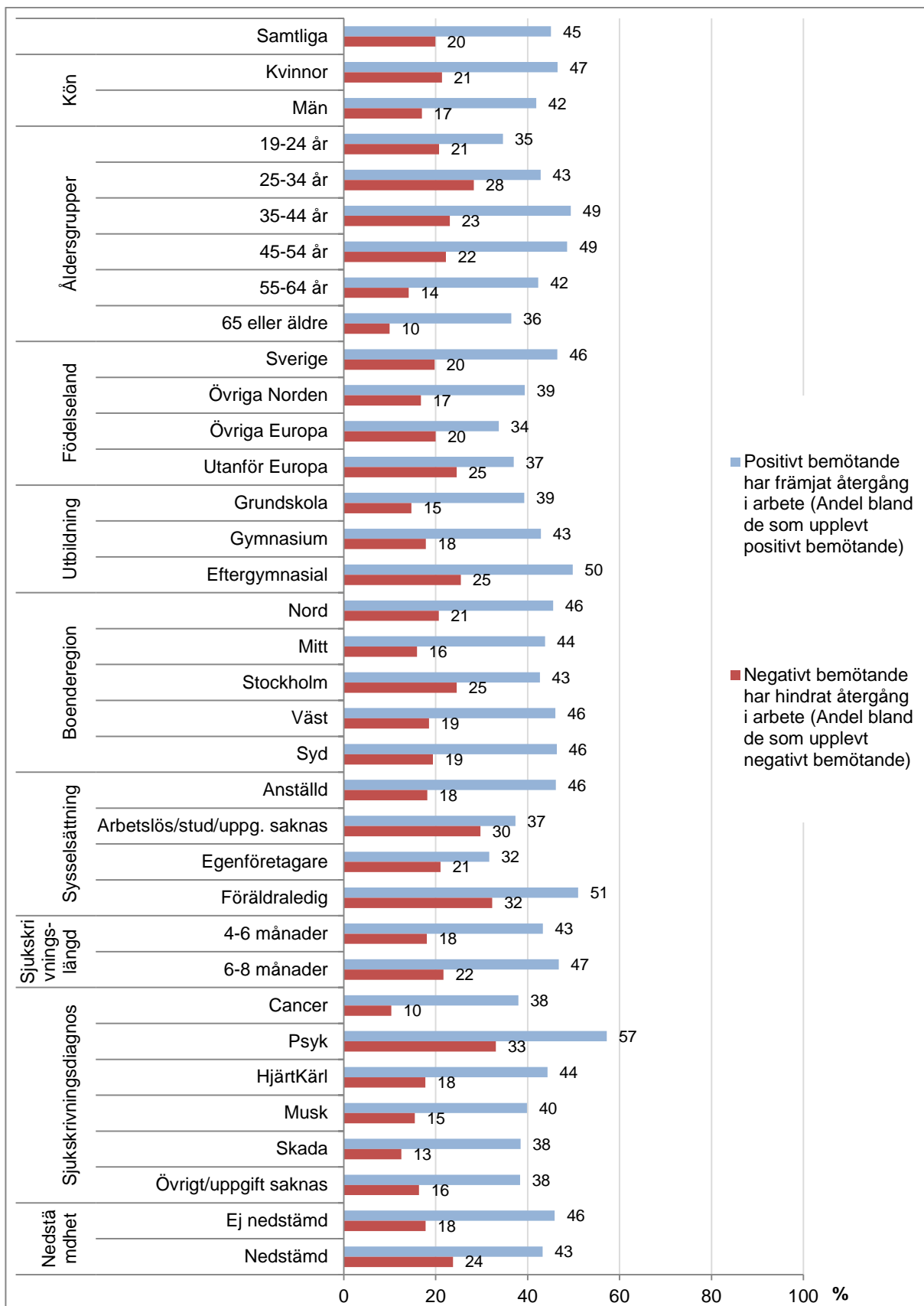
	Hindrat mycket	Hindrat till viss del	Ingen betydelse	Främjat till viss del	Främjat mycket	Ej upplevt sådant bemötande	Inte svarat eller ogiltigt svar
Positivt bemötande	0,6	1,1	46,9	22,7	17,2	6,7	4,8
Negativt bemötande	3,2	5,8	33,4	1,9	0,9	49,3	5,6

I Figur 15 redovisas betydelsen av positivt respektive negativt bemötande för möjligheten till återgång i arbete *enbart bland dem som upplevt respektive bemötande*. De som svarade att de *inte* upplevt respektive bemötande eller inte lämnat ett giltigt svar på frågorna om detta exkluderades alltså i denna analys. Som framgår ovan hade mycket färre upplevt negativt bemötande. Nedanstående resultat gäller alltså för de som varit med om detta.

Genomgående kan konstateras att en större andel av de som varit med om positivt bemötande svarade att detta haft betydelse för deras möjlighet till återgång i arbete jämfört med negativt bemötande. Fyrtiofem procent av dem som upplevt positivt bemötande svarade att detta främjat deras möjlighet till återgång i arbete. På motsvarande sätt svarade 20 procent av dem som upplevt negativt bemötande att det hindrat deras möjlighet till återgång i arbete. Beakta här att betydligt färre personer varit med om negativt bemötande än som varit med om positivt bemötande.

Några grupper avviker mer från de övriga; till exempel har en större andel av de arbetslösa (30 %) och de med en psykisk sjukskrivningsdiagnos (33 %) angett att negativt bemötande hindrat deras möjlighet till återgång i arbete. Dessa siffror kan jämföras med motsvarande andelar bland anställda (18 %) och de med en cancerdiagnos (10 %). Överlag verkar de sjukskrivna i en psykisk diagnos i större utsträckning uppleva att såväl negativt som positivt bemötande hade betydelse för deras återgång i arbete.

Figur 15 Andel (%) bland dem som upplevt *positivt* respektive *negativt* bemötande, som ansåg att detta *främjat* respektive *hindrat* deras möjligheter till återgång i arbete



Diskussion

I denna studie, baserad på enkätsvar från cirka 9000 långtidssjukskrivna personer om deras upplevelser av bemötande från Försäkringskassans handläggare, framkommer att majoriteten av de svarande hade varit med om olika typer av positiva bemötanden medan en betydligt lägre andel hade upplevt negativa bemötanden. En stor majoritet hade känt sig respekterade medan en tiondel hade känt sig kränkta i samband med positiva respektive negativa bemötanden. En stor andel (45 %) av de som fått ett positivt bemötande ansåg att detta främjat deras möjlighet till återgång i arbete medan 20 procent av dem som blivit negativt bemötta upplevde att det hindrade deras möjlighet till återgång i arbete.

Övergripande finns det stora likheter mellan de olika subgrupperna när det gäller andel som upplevt olika typer av bemötanden. Försäkringskassan är en statlig myndighet och hur en person upplever bemötandet från en handläggare inom en myndighet beror bland annat på vilka förväntningar personen har på det bemötandet. Sådana förväntningar kan skilja sig åt mycket och till exempel vara relaterade till ålder, socialgrupp och kön. Det finns också en omfattande litteratur som visar att hälso- och sjukvårdspersonal bemöter personer med olika bakgrund olika även när detta inte bör ske, såväl när det gäller kön, social ställning, etnicitet, ålder och typ av sjukdom [90-99]. Studier om detta vad gäller Försäkringskassan är betydligt färre, men går i samma riktning [42, 100, 101]. För att kunna främja ett professionellt bemötande av alla försäkrade, finns det ett stort behov av att öka medvetenheten bland handläggare om sådana skillnader i bemötande, för att kunna förebygga dem [91].

Vi fann få könsskillnader i upplevelse av bemötande – där sådana fanns, hade vanligen något större andel av kvinnorna upplevt positivt bemötande och mindre andel upplevt negativt bemötande. Detta kan relateras till Bäckströms studie där det framkom att sjukskrivna män hade högre förväntningar på bemötandet från Försäkringskassan än kvinnor och därför hade en tendens att vara mindre nöjda även om mötet varit likartat [28, 102].

Åldersskillnaderna var desto tydligare; större andelar bland de yngre hade upplevt oprofessionellt bemötande jämfört med de äldre, och bland dem som var medelålders hade större andelar upplevt professionellt bemötande jämfört med både äldre och yngre. En större andel med högre utbildningsnivå hade upplevt de studerade professionella bemötandena och en något mindre andel av dessa hade upplevt oprofessionellt bemötande. En något mindre andel av de födda utanför Europa, jämfört med övriga, hade upplevt de studerade professionella bemötandena och en större andel av dessa hade upplevt de negativa bemötanden som direkt kan kopplas till kommunikation ("inte gett svar på frågor" och "pratad så att jag inte förstätt").

Genomgående är andelen som varit med om såväl positivt som negativt bemötande större bland dem som varit sjukskrivna längre (6–8 månader jämfört med 4–6). Vid tolkning av sådana skillnader är det viktigt att beakta att personer som varit sjukskrivna längre även haft fler möjligheter till möten med handläggare, det vill säga, de kan ha exponerats för såväl fler positiva som fler negativa bemötanden.

Det stora flertalet sjukskrivna hade en anställning vid sjukfallets start. Jämfört med de anställda, var de arbetslösa den grupp där störst andel känt sig kränkta i samband med möte med handläggare. Vad avser regioner, så hade en något större andel från Stockholmsregionen upplevt olika typer av negativt bemötande. Samtidigt var, bland de som svarat, andelen yngre, utlandsfödda, personer sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser och personer med högre utbildning större i Stockholm.

Det framkom att en stor andel av de långtidssjukskrivna som Försäkringskassans handläggare möter är *nedstämda* och att detta gäller *även* bland dem som inte har en psykisk sjukskrivningsdiagnos (det vill säga, en del av de som var nedstämda hade en psykisk sjukskrivningsdiagnos, men inte alla). Eftersom de använda enkätfrågorna inte medger en skattning av allvarighetsgrad av nedstämdhet, är det möjligt att många av de svarande även var deprimerade i någon grad. Att en större andel av dem som var nedstämda hade upplevt negativt bemötande bör ses som ett observandum, speciellt som personer med en psykisk sjukskrivningsdiagnos var den diagnosgrupp som till störst andel angav att de blivit professionellt bemötta. Det finns inga självklara förklaringar till dessa skillnader, de kan vara relaterade till olika faktorer på olika strukturella nivåer och kan tolkas på olika sätt [41]. Några av de många aspekter som bör beaktas är att nedstämdheten kan vara ett resultat av ett negativt bemötande [24, 25]. Personer som är nedstämda kan också uppfatta, tolka, alternativt minnas bemötanden på andra sätt än vad som skulle skett om de inte var nedstämda – det vill säga, nedstämdhet kan ha påverkat svarsmonstret [103, 104]. Nedstämdhet kan även vara en konsekvens av inte bara sjukdom och funktionsnedsättning utan även av långvarig sjukfrånvaro i sig och kan även vara en riskfaktor för långvarig sjukfrånvaro [41]. Resultaten tyder på att såväl medvetenhet om och kompetens att hantera sjukskrivna som är nedstämda är av stor vikt bland handläggare, inte bara gällande dem som är sjukskrivna i psykisk diagnos. Betydelsen av detta har även diskuterats när det till exempel gäller handläggares hantering av unga med aktivitetsersättning [105-107].

Tre typer av de negativa bemötanden som listats i frågeformuläret kan anses oacceptabla från en myndighet som Försäkringskassan, nämligen att inte hålla professionell gräns sexuellt, att hota någon samt att göra någon fysiskt illa – här finns troligen en 'nolltolerans'. Dessa typer av bemötande är inte förenliga med ett professionellt bemötande och få har upplevt dem. Även om det "bara" handlar om enstaka procent av de svarande som upplevt detta handlar det om många personer för mycket. Om samma gräns hade satts som för de övriga typerna av bemötande hade andelen som upplevt negativt bemötande varit 0,2 procentenheter lägre (20,5 istället för 20,7 %). Som i alla enkätstudier kan ställda frågor ha tolkas på olika sätt av deltagarna. Dessutom kan det finnas skillnader mellan personer till exempel i vad som

uppfattas som en sexuell gräns eller som hot, liksom att känna sig respekt-erad eller lyssnad till, något som det ingår i ett professionellt förhållnings-sätt att vara medveten om.

En central del av en kommunikationsprocess, i situationer när det finns en inbyggd strukturell skillnad i makt mellan deltagarna, som är fallet i sjukskrivnas möten med Försäkringskassan [12, 42-44, 108], är hur kommunikationen faktiskt uppfattas av den sjukskrivne. Denna studie, liksom andra, tyder på att professionellas bemötande påverkar denna upplevelse. Detta kan relateras till den numera omfattande litteraturen om betydelsen av god kommunikation med patienter och försäkrade [70, 109, 110] och om betydelsen av patientcentrerad vård [55, 58, 71, 72, 84-86, 104, 108, 111-115].

I alla myndigheter finns det en variation i grad av professionalitet hos de anställda, och i hur denna professionalitet utövas. Målet med ledning och styrning av myndigheten måste självklart vara att alla som har kontakt med myndigheten ska få ett professionellt bemötande, även om detta inte alltid kommer att ske. Resultaten från denna studie kan dels ge indikationer om vad som kan förbättras, dels utgöra underlag, baslinjemätning, för att få kunskap om eventuella förändringar över tid. Baserat på resultaten förefaller det finnas en förbättringspotential vad gäller professionellt bemötande av sjukskrivna, generellt och särskilt i vissa grupper. Det verkar även finnas en stor potential vad avser betydelsen av professionellt bemötande för återgång i arbete; både i att förstärka positiva bemötanden och i att minska olika typer av oprofessionella bemötanden.

På enkätfrågorna om huruvida bemötandet påverkat möjligheten till återgång i arbete, svarade de flesta att bemötandet inte haft betydelse för detta; hälften ansåg att positivt bemötande och en tredjedel att negativt bemötande inte påverkat deras möjlighet till återgång i arbete. Det kan anses förväntat; för de flesta är det andra aspekter som har avgörande betydelse för återgång i arbete. Återgång i arbete är en mycket komplex process som kan påverkas av olika typer av faktorer på olika strukturella nivåer [41]. Det finns dock anledning att beakta betydelsen av dessa självrapporterade resultat som även överensstämmer med resultaten från andra studier [20, 26]. Hela 45 procent av de som blivit positivt bemötta av Försäkringskassan svarade att detta främjat deras möjlighet till återgång i arbete. Således visar dessa resultat att positivt bemötande kan ha en särskild betydelse för främjande av återgång i arbete. Observeras bör att detta baseras på de sjukskrivnas upplevelse av vad som främjat återgång i arbete, vi vet alltså inte i vilken utsträckning personerna faktiskt återgår i arbete.

Resultaten tyder dessutom på att det finns en särskilt god potential i att genom olika interventioner främja just positivt bemötande. Exempel på sådana interventioner är utbildningsinsatser, handledning och andra former av stöd till professionella inom Försäkringskassan [54, 67, 68, 74-77]. Vid sådana interventioner bör det dock även beaktas att 20 procent av de som varit med om negativt bemötande ansåg att detta hindrat deras återgång i arbete och att motsvarande siffra för de med en psykisk sjukskrivning var 33 procent. Det återstår att studera om den nu pågående interventionen med införande av ”motiverande samtal” som en gemensam metod kommer att innebära en förändring av detta. Nilsson med flera [26] fann att kvinnor som opererats för

bröstcancer ofta värderade yrkesarbete högt och ansåg att det var en synnerligen viktig aspekt av deras liv. Få hade dock uppmuntrats i sina ambitioner att arbeta, vare sig från Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården, snarare tvärtom [26, 27].

Flera studier visar att det är möjligt att utveckla och påverka professionellas bemötande av sjukskrivna genom olika interventioner och sådana interventioner bör vara baserade på kunskap [73-76]. Resultaten från denna studie ger underlag till sådana interventioner, till exempel vad gäller behov av utbildning och stöd samt till utvärdering av dem. *Det finns anledning att se över vilka möjligheter handläggare inom Försäkringskassan har att utveckla, vidmakthålla och tillämpa ett professionellt förhållningssätt.*

Metoddiskussion

Nedan diskuteras några metodologiska aspekter av studien.

Studiens styrkor är att resultaten baserats på svar från ett mycket stort antal slumpmässigt utvalda långtidssjukskrivna, att bakgrundsdata om individerna kunnat inhämtas från två rikstäckande register av god kvalitet, att det finns information om bortfallet i olika subgrupper och att studien ger kunskap utifrån de sjukskrivnas eget perspektiv och egna upplevelser – särskilt som det är dessa upplevelser som ligger till grund för de sjukskrivnas reaktioner och handlingar. Däremot är det en svaghet att resultaten baseras på självrapporterade uppgifter om möjligheter att återgå i arbete – det vill säga, inte på uppgifter om huruvida personerna faktiskt återgått i arbete, även om några kan ha hunnit göra detta innan de besvarade enkäten. Som i alla intervju- eller enkätstudier, kan frågorna ha tolkats på olika sätt och svaren vara färgade av senare händelser eller tillstånd (så kallad recall bias), till exempel av att sjukdomstillståndet blivit värre eller bättre eller av, som nämnts ovan, nedstämdhet. Det torde vara en fördel att enkäten har utgått från forskare vid ett universitet. Vi har anledning att tro att om den utgått från till exempel Försäkringskassan, skulle den sjukskrivna kunnat mistänka att svaren skulle kunna påverka beslut om fortsatt ersättning. Detta kunde i sin tur ha påverkat såväl svarsfrekvensen som svarsbeteende.

Svarsfrekvensen (52 %) får anses vara förhållandevis god i jämförelse med svarsfrekvenser på enkätstudier i Sverige idag [116] och med beaktande av enkätens relativt stora omfattning (163 frågor), att den endast fanns tillgänglig på svenska (det krävdes alltså såväl kunskap i svenska, i att kunna läsa samt viss synfunktion för att kunna besvara enkäten – andelen som inte uppfyller dessa tre krav är större bland sjukskrivna personer) samt att många i studiepopulationen hade allvarlig sjuklighet – för några innebar sjukdomen, skadan eller behandlingen stora problem med att besvara enkäten, till exempel på grund av koncentrationssvårigheter, minnesstörningar eller andra kognitiva funktionsnedsättningar, smärta och/eller trötthet till följd av sjukdom eller behandling. Svarsfrekvensen kan jämföras med den från en liknande enkät som år 2004 skickades hem till drygt 10 000 personer som då varit sjukskrivna 6–8 månader (58 %) [10, 35] samt med den i det så kallade SKA-projektet där en enkät med frågor om Försäkringskassan skickades hem till personer i den allmänna befolkningen år 2005 – svars-

frekvensen var då 57 procent [117]. Svarsfrekvensen kan också jämföras med till exempel den från SOM-institutet som bland annat mäter förtroende för Försäkringskassan, där svarsfrekvensen år 2013 var 48,6 % i den ordinarie undersökningen [118]. Flera har observerat att svarsfrekvenser i enkätstudier i allmänhet har blivit lägre de senare åren [116]. I den ovan nämnda undersökningen från SOM-institutet minskade svarsfrekvensen till exempel med 4 procentenheter bara mellan åren 2012 och 2013.

Som ofta i enkätstudier var svarsfrekvensen högre bland kvinnor och äldre. Däremot var svarsfrekvensen lägre bland personer födda utanför Sverige vilket var väntat då enkäten bara fanns på svenska. Dock saknas kunskap om eventuell systematik i bortfallet när det gäller upplevelse av bemötande. Kontakt har inte kunnat tas med personer som inte besvarade frågeformuläret, vilket innebär att det inte går att uttala sig om huruvida svarsmönstret för de som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade, till exempel vad gäller att ha upplevt olika typer av negativt bemötande. De som valde att inte svara kan alltså ha upplevt negativt bemötande antingen i större eller i mindre utsträckning än de som svarat, eller i lika stor utsträckning. Detsamma gäller erfarenheter av positivt bemötande – de som valt att inte svara kan ha upplevt sådana bemötanden i samma, större eller mindre utsträckning. Det bör till exempel beaktas att bortfallet var större i de grupper där större andel hade varit med om negativt bemötande, såsom bland unga, personer födda utanför Norden, personer med lägre utbildningsnivå. Vi kan alltså inte uttala oss om de som valde att inte besvara enkäten också skulle haft ett sådant svarsmönster. Å andra sidan är antalet deltagare så stort att resultaten bör tillskrivas betydelse även om de *bara* skulle gälla för de svarande, det vill säga, även om de som inte svarat på enkäten skulle ha ett helt annat svarsmönster. Svarsmönstren är också relativt lika dem från ovan nämnda motsvarande studie som gjordes år 2004, vilket är ytterligare en styrka [10, 35].

Frågorna anses ha hög validitet; de baseras på ett flertal intervjustudier och har testats i diskussioner med sjukskrivna, i mindre enkätstudier och pilotstudier, som beskrivits i bakgrunden, och har även använts i en tidigare större enkät [10, 35]. Deltagarna gavs möjlighet att skriva om de varit med om andra positiva och negativa bemötanden från Försäkringskassan, än de som listades. Vid genomgång av de drygt 1000 öppna svaren framkom inga ytterligare typer av bemötanden. Några av frågorna som använts här, till exempel de om nedstämdhet, är mer 'generiska' och används generellt i ett stort antal studier.

När det gäller sjukskrivningsdiagnos har vi använt den information som finns i Försäkringskassans MiDAS register, nämligen om huvuddiagnosen i första sjukskrivningsperioden i sjukskrivningsfallet. Detta kan vara den enda diagnosen eller en av flera. Diagnosen kan också ändras under sjukskrivningsfallet gång. Det hade varit en fördel att ha tillgång till information om såväl eventuella bidiagnoser som förändring av diagnos över tid.

I de flesta analyserna fokuserade vi på några specifika bemötanden och emotioner. Valet av de tre positiva och fem negativa specifika bemötanden, samt de fyra olika emotionerna dessa bemötanden kan ha lett till, baserades på Försäkringskassans syn på professionalitet inom organisationen och

bland handläggare, inklusive metoden ”motiverande samtal” på förvaltningslagen ^[47] samt på diskussioner med Försäkringskassan ^[3-5]. Även andra påståenden om specifika bemötanden och emotioner kunde valts.

Studier av faktiska möten mellan en professionell och sjukskriven person kan, som nämns i bakgrunden, genomföras på olika sätt, till exempel via ljud- eller filminspelningar eller intervjuer ^[18-21]. Den typen av studier innebär vanligen färre deltagare och möjligen starkare selektion vad gäller deltagande. Här har vi utgått från resultat av sådana studier och lagt stor omsorg vid att identifiera relevanta typer av bemötanden, för att fånga det som sjukskrivna kan uppleva har betydelse och frågat ett mycket stort antal sjukskrivna personer. Det innebär en större möjlighet att få en bredd bland deltagarna och i svaren.

Det är viktigt att beakta att i denna studie har vi ingen information om vad som faktiskt skett i kontakten med Försäkringskassan. Det vi har information om är hur den sjukskrivne upplevt bemötandet, det vill säga, alla resultat bygger på självrapporterade upplevelser. Detta är dock en central del i studien, då det är utifrån just sin upplevelse av bemötande som en person reagerar och agerar. Ett professionellt bemötande innebär att vara medveten om och lyhörd för att en situation och ett bemötande kan uppfattas på olika sätt av den försäkrade, samt att ha kompetens att hantera detta.

Det är även viktigt att skilja på utfallet av mötet med handläggaren (i termer av beviljad sjukpenning eller av olika åtgärder) och upplevelse av bemötandet från handläggaren. Även om den sjukskrivne inte är nöjd med utfallet så kan bemötandet ha upplevts som positivt, såväl generellt som vad avser de olika specifika typerna av bemötanden som ingår i enkäten. Ett exempel på detta är att majoriteten av de personer som fått sin sjukpenning indragen har upplevt ett positivt bemötande från Försäkringskassan ^[10]. Det motsatta gäller också; den person som fått den ersättning och de olika efterfrågade åtgärderna beviljad som hon eller han ansökt om kan ändå ha upplevt att bemötandet varit negativt eller oprofessionellt.

Den nu pågående interventionen; utbildning av Försäkringskassans handläggare i metoden ”motiverande samtal”, genomförs på enskilda enheter i hela landet. Det innebär att det inte är möjligt att studera effekten av interventionen på samma sätt som om den först genomförts för alla handläggare i en eller ett par regioner – då hade man senare kunnat jämföra med de regioner där den ej genomförts. Istället kan denna rikstäckande studie användas som en baslinjemätning som med fördel kan upprepas efter interventionen för att studera eventuella effekter i termer av sjukskrivna personers upplevelser av (o)professionellt bemötande från handläggare.

Det skulle kunna ses som ett problem att den intervention inom Försäkringskassan, som införandet av ”motiverande samtal” som en arbetsmetod innebär, just påbörjats vid några kontor när datainsamlingen genomfördes. Att utveckla ett professionellt förhållningssätt och att tillägna sig en viss metod för kommunikation är dock en process som vanligen kräver lång tid, liksom att finna sätt att införliva och tillämpa detta i sin egen praktiska verksamhet. Därför ser vi det inte som något stort metodproblem att några av de handläggare som de sjukskrivna träffat möjligen redan påbörjat sin

utbildning i ”motiverande samtal”. Flera av de möten som deltagarna upplevt kan dessutom ha inträffat innan interventionen påbörjades, även om de fick enkäten senare.

Sammanfattningsvis har den absoluta majoriteten av de långtidssjukskrivna varit med om positivt bemötande medan sju procent enbart varit med om negativt bemötande i sina kontakter med Försäkringskassan. Det förefaller som att det finns en förbättringspotential vad gäller professionellt bemötande av långtidssjukskrivna, särskilt i vissa grupper, såsom bland de arbetslösa, personer födda utanför Europa och bland nedstämnda personer. Det förefaller även finnas en stor potential vad avser betydelsen av professionellt bemötande för att främja återgång i arbete; både i att förstärka positiva bemötanden och i att minska olika typer av negativa bemötanden.

Referenser

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2007: WHO; 2010 [cited 2010 March 26]. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
2. 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.
3. LFC på väg mot en professionell organisation. Försäkringskassan, 2010.
4. Andersson B, Arvidsson U, Komulainen H, Nilsson Å, Grehorn C. Utveckla arbetet inom Samordningsuppdraget. LFC-projekt 2011 i samverkan med Avdelningen för Försäkringsprocesser. Slutrapport - 2 januari 2012. Stockholm: Försäkringskassan, 2012.
5. Professionalisering inom Försäkringskassan. Försäkringskassan, 2005.
6. Holm Ivarsson B. MI motiverande samtal: praktisk handbok för Försäkringskassan. Mölnlycke: Gothia förlag AB; 2012.
7. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011.
8. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan, 2013.
9. Försäkringskassans årsredovisning 2012. Försäkringskassan, 2013 ISBN 978-91-7500-374-0.
10. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014:9.
11. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: Natur och Kultur; 1995.
12. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken: Natur Kultur; 2009.
13. Holm U. Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården: Statens institutionsstyrelse (SiS); 2001.
14. Forslund K. Professionell kompetens. Fyra essäer om inläring och utveckling för professionalitet. Tredje upplagan. Linköping: Linköpings universitet, 1995.
15. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
16. Wilhelmsson M, Pelling S, Uhlin L, Owe Dahlgren L, Faresjo T, Forslund K. How to think about interprofessional competence: a metacognitive model. Journal of interprofessional care. 2012;26(2):85-91.
17. Ståhl C, Gustavsson M, Böhm L. Implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan. Försäkringskassan, 2014.
18. Arborelius E, Timpka T. In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship. Medical Teacher. 1990;12:197-208.
19. Fossum B, Arborelius E. Patient-centred communication: video-taped consultations. Patient Education and Counseling. 2004;54(2):163-9.

20. Müssener U. Encouraging encounters. Experiences of People on Sick Leave in their Meetings with Professionals [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2007.
21. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
22. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29(4):285-91.
23. Borg K. Sickness absence with musculoskeletal diagnoses - an eleven-year follow-up of young persons [Doktorsavhandling]: Linköpings universitet; 2003.
24. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003;13(3):183-95.
25. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*. 2006;27:57-65.
26. Nilsson M. Psychosocial situation and work after breast cancer surgery - women's experiences [Doktorsavhandling]: Karolinska Institutet; 2013.
27. Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, Petersson LM, Alexanderson K. Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(3):267-74.
28. Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå university; 1997.
29. Knapstad M, Overland S, Henderson M, Holmgren K, Hensing G. Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scandinavian journal of public health*. 2014;42(1):96-103.
30. Müssener U, Persson A, Alexanderson K. A population-based questionnaire study of how people on sick leave perceive contacts with professionals in healthcare, occupational health services, and social insurance. In: Müssener U, editor. *Encouraging encounters Experiences of People on Sick Leave in their Meetings with Professionals*: Linköping University; 2006.
31. Lynöe N, Juth N, Alexanderson K, Wessel M, Olsson D, Tannsjö T. Duelling with doctors, restoring honour and avoiding shame? A cross-sectional study of sick-listed patients' experiences of negative healthcare encounters with special reference to feeling wronged and shame. *Journal of Medical Ethics*. 2013;39(10):654-7.
32. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work – empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011;Doi:10.1136/bmjopen-2011-000246.
33. Wessel M, Helgesson G, Olsson D, Juth N, Alexanderson K, Lynöe N. When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *European J Public Health*. 2013;23(2):230-5.
34. Müssener U, Festin K, Upmark M, Alexanderson K. Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2008(40):805-11.
35. Upmark M, Hagberg J, Alexanderson K. Negative encounters with social insurance officers - experiences of women and men on long-term sick leave. *International Journal of Social Welfare*. 2011;20(3):309-17.

36. Upmark M, Borg K, Alexanderson K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35:577-84.
37. Hensing G, Holmgren K, Rohdén H. Sänkt förtroende för Försäkringskassan. In: Holmberg S, Weibull L, editors. *Nordiskt ljus*. 50. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2010. p. 229-43.
38. Marklund S, Lundh G, Gustafsson K, Linder J, Svedberg P, Alexanderson K. The actions of the social insurance agency regarding long-term sickness absentees before and after a medical assessment - a study of 384 case files. *Disability and Rehabilitation*. 2014;Accepted.
39. 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.
40. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
41. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), 2003.
42. Söderberg E. *Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors* [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
43. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
44. Lipsky M. Bureaucratic Disentitlement in Social Welfare Programs. *Social Services Review*. 1984;58:3-27.
45. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
46. En ny förvaltningslag. Betänkande av Förvaltningslagsutredningen: SOU 2010:29; 2010.
47. Förvaltningslag, Stat. 1986:223 (1986).
48. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
49. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
50. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41:115-21.
51. Sánchez Mendoza PM. *Work ability assessment of employees on long term sick leave in Insurance Medicine* [Doctoral thesis]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2014.
52. Croona G. *Etik och utmaning. Om lärande och bemötande i professionsutbildning*. Växjö: Växjö universitet; 2003.
53. Gruber J, Moskowitz JT, editors. *Positive emotion. Integrating the Light Sides and Dark Sides.*: Oxford University Press; 2014.
54. Fossum B. *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
55. Dwamena F, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;12:CD003267.

56. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice. (Thesis). Utrecht/Rotterdam, the Netherlands: NIVEL (the Netherlands Institute for Health Services Research); 1991.
57. Bendix T. Din nervösa patient, det terapeutiska samtalet. Lund: Studentlitteratur; 1978.
58. Ottosson J-O, editor. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU; 1999.
59. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping*. 2008;21(1):3-14.
60. Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions - Royal Society Biological sciences*. 2004;359(1449):1367-78.
61. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
62. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health*. 2008;36(1):92-8.
63. Malterud K, editor. Empowerment as a clinical strategy for recovery and rehabilitation. EUMASS European Union of Medicine in Assurance and Social Security; 2002 13-15 juni 2002; Oslo.
64. Larsson A-C. Empowermentprocesser - ett sätt att öka långtidssjukskrivnas kvinnors resurser? [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2007.
65. Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*. 1994;21(2):253-68.
66. Arneson H. Empowerment and health promotion in working life [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköping University; 2006.
67. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology*. 2006;45(4):371-8.
68. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7.
69. Croona G. Etik och utmaning. Om lärande och bemötande i professionsutbildning: Växjö Universitet; 2003.
70. Fossum B. Communication in the Health Service; Two Examples [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2003.
71. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method: Thousand Oaks: SAGE; 1995.
72. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 2000;51:1087-100.
73. Baldwin JD, Baldwin JI. Behavior principles in everyday life. 4 ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2001.
74. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. xiv ed. New York: Guilford Press; 2008. 210 p.
75. Marsland E, Bowman J. An interactive education session and follow-up support as a strategy to improve clinicians' goal-writing skills: a randomized controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(1):3-13.
76. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ. Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *Journal of evaluation in clinical practice*. 2009;15(4):724-32.

77. Higgins R, Murphy B, Worcester M, Daffey A. Supporting chronic disease self-management: translating policies and principles into clinical practice. *Aust J Prim Health*. 2012;18(1):80-7.
78. Wretmark AA, Wretmark G. [The art of communicating - is it something one can learn?]. *Nord Med*. 1979;94(12):332-3.
79. Scheff T. *Microsociology. Discourse, Emotion and Social Structure*. Chicago: The University of Chicago Press; 1990.
80. Scheff TJ, Starrin B. Skam och sociala band - om social underordning. In: Meeuwisse A, Swärd H, editors. *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur; 2002. p. 167-98.
81. Östlund G, Borg K, Wide P, Hensing G, Alexanderson K. Clients' perceptions of contacts within health care and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(4):275-82.
82. Scheff T. Shame and conformity: the deference-emotion system. *American Sociological Review*. 1988;53:395-406.
83. Schenker Y, Stewart A, Na B, Whooley MA. Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the Heart and Soul study. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(5):550-6.
84. Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *British Journal of General Practice*. 2003;53:278-83.
85. Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. Patients' Health as a Predictor of Physician and Patient Behavior in Medical Visits. A synthesis of four studies. *Medical Care*. 1996;34(12):1205-18.
86. Hall JA, Milburn MA, Roter DL, Daltroy LH. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1998;17(1):70-5.
87. Whooley M, Avins A, Miranda J, Browner W. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-45.
88. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44.
89. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition ed*: Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
90. Jakobsson U. Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2007;6:541-8.
91. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
92. Handlingsplan för jämställda sjukskrivningar, 2012-13. Stockholms läns landsting, 2012.
93. Trygde- og sosialhjelpsforskning. Norges forskningsråd Kultur og samfunn.
94. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet, 1996 SOU, 1996:133.
95. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. Stockholm: Socialdepartementet, 1996 1996:134.
96. Hamberg K, Risberg G, E JE. Male and female physicians show different patterns of gender bias: A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scand Journal Public Health*. 2004(32):144-52.
97. Hovellius B, Johansson EE, editors. *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur; 2004.

98. Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen - två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Höskoleverket, 2004.
99. Kanter T. Diagnos och bemötande i primärvården styrs av socioekonomisk tillhörighet. *Läkartidningen*. 1992;2 612-2 4.
100. Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Ur ett jämställdhetsperspektiv. *Inspektionen för socialförsäkringen*, 2013:16.
101. En socialförsäkring för kvinnor och män. Stockholm: RFV; 1998.
102. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000;28(2):88-94.
103. Forgas JP, Bower GH, Krantz SE. The Influence of Mood on Perceptions of Social Interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1984;20:497-513.
104. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, Delbanco TL. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals of internal medicine*. 1996;125(8):640-5.
105. Jonsson U, Alexanderson K, Kjeldgård L, Westerlund H, Mittendorfer-Rutz E. Diagnosis-specific disability pension predicts suicidal behaviour and mortality in young adults: a nation-wide prospective cohort study. *BMJ Open*. 2013;3:e002286.
106. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, 2013 S2010:04.
107. Brist på brådskan - en översyn av aktivitetsersättningen. Betänkande av utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen. *SOU*, 2008:102.
108. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*. 2001;76(4):390-3.
109. Follesdal D, Walloe L, Elster J. Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi. Stockholm: Thales; 1995.
110. Hall S. Det offentliga mötet. Om etik, tilltro och bemötande på försäkringskassan. Lund: Bokbox Förlag; 2001.
111. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine*. 2001;52(4):609-20.
112. Werner A, Malterud K. "The pain isn't as disabling as it used to be": how can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33(Suppl. 66):41-6.
113. Wilkinson A. Empowerment: theory and practice. *Personnel Review*. 1997;27(1):40-56.
114. Jansson A-C, Jacobson M. Krock eller möte? Om professionellt bemötande och heteronormen. 2006.
115. Leppänen V. Det lilla extra. Om formella och informella relationer mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2007 10.
116. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
117. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
118. Vernersdotter F. Den nationella SOM-undersökningen 2013. In: Bergström A, Oscarsson H, editors. *Mittfåra och marginal: Göteborgs universitet SOM-institutet*; 2014.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2014:

- 2014:1 Låg kunskap om jämställdhetsbonus. En enkätstudie 2013
- 2014:2 Mediebilden av Försäkringskassan 2003–2012
- 2014:3 På väg in: Ungdomars liv och försörjning. Rapport från forskarseminarium i Umeå 15–16 januari 2014
- 2014:4 Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år
- 2014:5 Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende
- 2014:6 Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013
- 2014:7 Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete
- 2014:8 Upplevd kvalitet av personlig assistans. En litteraturöversikt över upplevd kvalitet i personlig assistans enligt studier över utfall under LSS reformens 20 år
- 2014:9 Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet
- 2014:10 Hur upplevs kontakten med Försäkringskassan?
- 2014:11 Barnhushållens ekonomi – utveckling, omfördelning och valfrihet. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2014
- 2014:12 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, år 2014
- 2014:13 Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än för Försäkringskassan och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka?
- 2014:14 Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar
- 2014:15 Nya siffror om inflödet till sjukpenning. Sjukfrånvaron under sjuklöneperioden
- 2014:16 Implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan
- 2014:17 Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid
- 2014:18 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2, år 2014
- 2014:19 Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande