

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter

Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004

Huvudrapport 2018

Kristina Alexanderson
Britt Arrelöv
Emilie Friberg
Mahbuba Haque
Christina Lindholm
Per Lytsy
Veronica Svärd

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



Karolinska
Institutet

Rapport, februari 2018

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

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

Telefon: 08-524 832 24

ISBN 978-91-7676-053-6

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en enkät som år 2017 skickades till läkare i Sverige med frågor om läkares arbete med sjukskrivningar. Resultat jämförs även med resultat från motsvarande enkäter år 2004, 2008 och 2012. Den första, år 2004, skickades till de yrkesverksamma läkarna i Stockholms och Östergötlands län, de tre övriga till yrkesverksamma läkare i hela landet. Dessa enkätstudier, även den som enbart omfattade läkarna i Stockholm och Östergötland, är de fyra hittills största i sitt slag, även internationellt. Resultat avseende samtliga slutna frågor har publicerats i rapporter för var och en av enkäterna (1-4). Enkäterna innebär goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter och om förändringar som skett i detta de senaste 15 åren. Många interventioner har vidtagits under dessa år, för att öka kvaliteten i läkares arbete med sjukskrivningsärenden. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse, dels för utvärdering av resultat av vidtagna åtgärder och dels som en kunskapsbas för framtida interventioner.

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och praktisera försäkringsmedicinsk kompetens är därför av stor betydelse för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till goda sådana möjligheter.

I *projektgruppen* har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr, chef för Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI)
- Britt Arrelöv, allmänläkare, med dr, medicinskt sakkunnig/överläkare, Stockholms läns landsting samt vetenskapligt råd (försäkringsmedicin), Socialstyrelsen
- Emilie Friberg, forskarasistent, med dr, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Mahbuba Haque, statistiker, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Christina Lindholm, forskare, med dr, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Per Lytsy, docent, läkare, specialist i socialmedicin, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI samt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Katarina Lönnqvist, adm ass, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI
- Gunnar Nilsson, allmänläkare, med dr, professor i allmänmedicin, Centrum för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI
- Veronica Svärd, fil dr, socionom, post doc, Avdelningen för försäkringsmedicin, KI

Till projektet har under samtliga år en eller två *referensgrupper* varit knutna med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått i referensgruppen för enkäten 2017: Karin Jacobsen, Arbetsförmedlingen, Christina Olsson Bohlin/Anna Persson, Försäkringskassan; Ove Andersson, Svenska Läkarförbundet; Bo Runeson, Svenska Läkaresällskapet; Cecilia Alfvén, Sveriges kommuner och landsting (SKL); Per Lytsy, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); Malin Josefsson, Inspektionen för socialförsäkring, samt Eleonora Fridholm Björkman, Socialstyrelsen.

Projektet har genomförts vid Avdelningen för försäkringsmedicin, KI, och ett mycket stort antal personer har under åren varit behjälpliga i projektet. Vi tackar alla för goda insatser! Vi riktar också ett varmt tack till referensgrupp, forskare och intressenter för värdefulla synpunkter i arbetet. *Framför allt tackar vi alla de läkare som generöst bidragit genom att dela med sig av sina erfarenheter i enkäten!*

Kristina Alexanderson

Professor i socialförsäkring

Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	6
Förkortningar och begrepp	8
Bakgrund	10
Sjukförsäkringar	10
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	12
Läkares olika professionella roller	13
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	13
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	14
Situationen för 15 år sedan	16
Åtgärder 2003-2017	17
Sjukskrivningsmiljarden	19
Läkarenkätprojektet	20
Syfte	20
Material och metod	21
2017 års enkätstudie	22
Enkäten	22
Frågeområden	23
Datainsamling	23
Svarsfrekvens	23
Datainsamling för de tre tidigare enkäterna; 2004, 2008 och 2012	24
2004 års enkätstudie	24
2008 års enkätstudie	25
2012 års enkätstudie	25
Dataanalys	25
Resultat från 2017 års enkät	26
Jämförelser över tid; tre stycken	27
Skillnader i utformning av frågor mellan enkäterna	28
Jämförelsen 2012-2017	28
Jämförelsen 2008-2012-2017	30
Jämförelsen 2004-2008-2012-2017	32
Öppna svar 2004-2017	35
Resultat	37
Upplägg av resultatpresentationen 2004-2017	39
1. Svar från samtliga svarande läkare 2017	43
Yrkesverksamma	44
Andel som har sjukskrivningsärenden	45
2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017	51
Frekvens av sjukskrivningsärenden	56
Sammanfattning	59
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning	60
Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska	64
Allvarlighetsgrad av specifika problem	67
Oro och hot	72
Sammanfattning	74
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt	75
Sammanfattning	77
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	77
Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer	78

De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden.....	79
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet.....	82
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra	86
Sammanfattning	90
Samarbete och samverkan.....	91
Sammanfattning	96
Kontakter med Försäkringskassan.....	96
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	100
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	106
Sammanfattning	108
Försäkringsmedicinsk kompetens	109
Sammanfattning	113
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	113
Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	113
Stöd från ledningen	115
Tid i arbetet med sjukskrivning.....	117
Tillräckliga resurser.....	118
Sammanfattning	120
Rehabkoordinator	121
Sammanfattning	129
Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning	130
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”	130
Vikten av fokus på arbetsåtergång	132
Syn på deltidssjukskrivning	133
Sammanfattning	135
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	135
Sammanfattning	137
3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012.....	141
Frekvens av sjukskrivningsärenden	144
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning	147
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	148
Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska.....	149
Allvarlighetsgrad av problematiska situationer.....	150
Oro och hot.....	153
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	153
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	155
Samarbete och samverkan	156
Kontakter med Försäkringskassan.....	157
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	159
Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet	163
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	165
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	166
Stöd från ledningen	167
Tid till arbete med sjukskrivning.....	167
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	168
Arbetsmiljöproblem	170
Sammanfattning jämförelse 2017-2012	170
4. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008	175
Frekvens av sjukskrivningsärenden	178
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning	181
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	181
Oro och hot.....	182
Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska.....	182

Allvarlighetsgrad av problematiska situationer.....	184
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	186
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	188
Samarbete och samverkan	191
Kontakter med Försäkringskassan.....	191
Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.....	193
Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet	196
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	197
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	197
Stöd från ledningen	198
Tid till arbete med sjukskrivning.....	199
Arbetsmiljöproblem	200
Sammanfattning 2017-2012-2008.....	200
5. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008-2004; Stockholm och Östergötland	205
Frekvens av sjukskrivningsärenden	207
Problematiska aspekter i arbetet.....	209
Frekvens av potentiellt problematiska situationer.....	209
Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska.....	210
Allvarlighetsgrad av problematiska situationer.....	213
Oro och hot.....	219
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	219
Samarbete och samverkan	221
Kontakter med Försäkringskassan.....	222
Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.....	222
Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet	226
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	230
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	230
Stöd från ledningen	233
Sammanfattning, jämförelsen 2017-2012-2008-2004 för Stockholm och Östergötland	235
Avslutande kommentarer	237
Figur- och tabellförteckning.....	241
Lista över figurer.....	241
Lista över tabeller.....	248
Referenser.....	254

Sammanfattning

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Under de senaste 15 åren har därför stora satsningar gjorts för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar av patienter.

I denna rapport presenteras enkätsvar från läkare om deras erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar. Resultaten presenteras för samtliga enkätfrågor år 2017 och jämförs även med svar på motsvarande enkätfrågor från år 2012, 2008 och 2004. I nedanstående tabell framgår studiepopulationens storlek och svarsfrekvens för respektive enkätår.

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

År 2017 svarade majoriteten av läkarna (78 %) att de minst några gånger om året möter patienter som är aktuella för sjukskrivning. Dessa läkare definieras i rapporten som ”sjukskrivande läkare” och nedan sammanfattas deras svar.

Majoriteten av läkarna ansåg att hur de arbetar med sjukskrivningar är betydelsefullt för patienterna (92 %) och att fokus på arbetsåtergång är viktigt (87 %).

En dryg tredjedel (38 %) hade *sjukskrivningsärenden* minst sex gånger/vecka. Andelen var störst inom ortopedi (74 %), företagshälsovård (72 %) och rehabilitering (69 %). För vårdcentralsläkare var andelen mindre (45 %). I samtliga kliniska verksamheter har andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka minskat sedan enkätår 2004 och var lägst 2012.

Knappt hälften (42 %) upplevde minst en gång/vecka att *sjukskrivningsärenden är problematiska* och denna andel var störst bland vårdcentralsläkare (70 %). Andelen läkare som upplevde detta 2017 var större än tidigare enkätår (33 % 2004; 33 % 2008; 29 % 2012). Framförallt ansågs det problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att hantera de två rollerna som både behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att göra en prognos för varaktigheten av arbetsförmågan samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg.

För flera av frågorna om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning, minskade andelen läkare som upplevde problemen från enkätåren 2004 till 2012 och hade återigen ökat år 2017.

Den absoluta majoriteten av läkarna sjukskrev inte längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. De vanligaste orsakerna, av de som listades i enkäten, till att sjukskriva längre än nödvändigt var väntetid till utredning eller till behandling inom vården.

De yrkesgrupper som flest läkare *samarbetade* med/remitterade till varje vecka är fysioterapeuter/arbetsterapeuter (20 %) och kuratorer/psykologer (17 %). En fjärdedel remitterade till företagshälsovård någon gång/månad. En majoritet av läkarna (52-74 %) svarade att de inte har kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen kring patientens sjukskrivning. Detta hade inte förändrats mellan enkätåren 2008-2017. År 2017 svarade en tredjedel av läkarna att de har tillgång till de nyligen införda *rehabkoordinatorerna*. Hälften av de läkare som hade tillgång till rehabkoordinatorer ansåg att de har stort värde för deras hantering av sjukskrivningsärenden.

Jämfört med tidigare enkätår (38 % 2008; 46 % 2012), svarade fler läkare år 2017 (53 %) att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Även andelarna som angav att underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut och kurator/psykolog har stort värde ökade från en dryg tredjedel 2012 till hälften 2017. Omkring hälften svarade 2017 att viktiga faktorer för hög kvalitet i arbetet är att få ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning, kontakt med

läkarkollegor och annan vårdpersonal samt bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

Fyra av fem läkare svarade år 2017 att de hade *kontakt med Försäkringskassan* och av dem var drygt hälften (53 %) ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. En stor andel (85 %) upplevde dock olika typer av svårigheter i kontakten. De svårigheter störst andel läkare angav var att ”Försäkringskassans begär onödiga kompletteringar av mina intyg” (56 %) samt att ”Försäkringskassan efterfrågar ’objektiva medicinska fynd’ där sådana inte kan observeras vid undersökning” (46 %). För elva av de fjorton listade svårigheterna ökade andelen läkare som uppgav att de upplevt dem vid en jämförelse av enkätåren 2008-2012-2017.

En tredjedel upplevde åtminstone varje månad att deras *försäkringsmedicinska kompetens* inte räcker till; vanligast var detta inom reumatologi, psykiatri och vid vårdcentraler (40-52 %). En stor andel läkare angav att handledning (40 %) eller kurser i försäkringsmedicin (35 %) hade stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivningar.

Flertalet ansåg att *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd* samt den *elektroniska överföringen* av läkarintyg både underlättar och höjer kvaliteten på arbetet med sjukskrivningar.

En tredjedel av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivning som ett *arbetsmiljöproblem* minst en gång/vecka. Andelen som *aldrig* upplevde det som ett arbetsmiljöproblem minskade jämfört med tidigare enkätår (51 % 2008; 42 % 2012; 29 % 2017).

Angående *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning*, svarade en tredjedel av läkarna att det finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik. De som hade sådana rutiner/policy hade stor nytta av detta i det kliniska arbetet. En fjärdedel uppgav stort stöd från sin närmaste ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden. En tredjedel upplevde tidsbrist dagligen i sjukskrivningsarbetet. I ingen av dessa aspekter har det skett någon större förändring över enkätåren. År 2017 svarade hälften att de i stort sett har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden.

I korthet: Flertalet läkare ansåg att arbetet med sjukskrivningar är viktigt och de önskar ökad försäkringsmedicinsk kompetens. Andelen som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka är mindre än 2004 och 2008 och något större än 2012. Andelen som tyckte att arbetet med sjukskrivningar är problematiskt har ökat, framförallt bland vårdcentralsläkare. Detsamma gäller andelen som upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. Behovet av verktyg/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används, underlättar och bedöms bidra till hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många var nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men majoriteten upplevde även olika svårigheter i den kontakten, framförallt att handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg eller efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras. Andelen som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan har ökat.

Det finns stora förbättringsmöjligheter, bland annat när det gäller samverkan med Försäkringskassan samt organisatoriska förutsättningar för läkare att utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens. Detta gäller flertalet kliniska verksamheter och särskilt vårdcentraler.

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen ' <i>Administration</i> ' som sammanfattande beteckning för 'att huvudsakligen arbeta inom <i>Administration, forskning och/eller undervisning</i> '
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
FMB	Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, framtaget av Socialstyrelsen. Det finns dels ett övergripande beslutsstöd som gäller för alla sjukskrivningsärenden (5), dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälsa- och sjukvårdens adressregister
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen typ av <i>klinik/mottagning/verksamhet</i> som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet ' <i>klinik</i> ' för att beteckna alla dessa tre
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun. I texten nämns endast länets namn för att underlätta läsningen, till exempel ' <i>Östergötland</i> ' i stället för ' <i>Östergötlands läns landsting</i> '
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
Psykiatri	Här ingår även beroendevård
Rehabkoordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna ska införas i landstingen (6, 7).
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen ' <i>sjukskrivande läkare</i> ' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning

Sjukskrivningsmiljarden	Begreppet används genomgående i rapporten för den överenskommelse mellan staten och landstingen, via SKL, som sedan år 2016 har kallas ”En kvalitetssäker sjukskrivning och rehabiliteringsprocess” i och med att delar av rehabiliterings-garantin då samordnades med det som tidigare kallades sjukskrivningsmiljarden.
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Specialist	Läkare med minst en medicinsk specialistutbildning, godkänd av Socialstyrelsen som sådan, kallas här genomgående för specialister, för att inte i onödan tynga texten
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning

Bakgrund

I Sverige har läkare en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både i rollen som patientens behandlande läkare och i rollen som medicinskt sakkunnig (8). Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad (8-14). Detta projekt, där enkäter har skickats till läkare om deras arbete med sjukskrivning av patienter, är ett sätt att generera sådan kunskap.

Försäkringsmedicin är som kunskapsområde ett relativt nytt område, vilket innebär att flera olika definitioner av det förekommer i litteraturen(9). Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om följande definition av försäkringsmedicin:

”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” (15).

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen (16-18).

Nationellt försäkringsmedicinskt forum har arbetat med att ta fram en något reviderad version av definitionen och beslöt den 22 november 2017 om följande:

”Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem.”

I detta projekt fokuserar vi på läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Nedan nämns några utgångspunkter i projektet, vad gäller sjukförsäkringssystemet, läkares olika uppgifter i sjukskrivningsärenden, de roller läkare har i dessa, möjliga effekter av de olika interventioner och förändringar som skett inom området.

Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada (19). Hur detta har hanterats har varierat såväl över tid som mellan länder och politiska system. I industrisamhällen har olika typer av försäkringar blivit ett vanligt sätt att hantera ekonomisk risk vid sjukdom eller skada såväl som vid andra risker, såsom brand (16, 20-26). Möjligheten att vid sjukdom och skada dels ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro, samt dels att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är centrala delar i de flesta välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet (2, 9, 23, 27-31).

Det finns i princip två olika typer av försäkringar kring detta, dels de som fokuserar på ekonomisk invaliditet, dels de som fokuserar på medicinsk invaliditet (32). För utfall för båda dessa typer av försäkringar krävs en medicinsk utredning, vanligen genomförd av en läkare. I denna rapport är fokus på ekonomisk invaliditet, i form av att inte kunna försörja sig helt eller delvis på grund av sjukdom eller skada - och på läkares arbete med sådana ärenden.

Sjukfrånvaro, både kortvarig sjukfrånvaro och mer varaktig sådan i form av sjukersättning respektive aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå (9, 27, 28, 33,

34). Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer kan innebära olika typer av problem, på olika strukturella nivåer (35-37), samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har, till skillnad från i de flesta länder, sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna (9, 31). Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat (8, 9, 33, 38-47).

I vilken omfattning personer, som omfattas av en sjukfrånvaroförsäkring, kan utnyttja eller faktiskt utnyttjar den, har bland annat samband med följande fyra faktorer:

1. *Vilka som omfattas*; om det finns begränsningar i vilka som omfattas av försäkringen vad avser ålder, inkomst, tid i arbete, tidigare sjuklighet eller funktion
2. *Vad som omfattas*; vilka skador och sjukdomar som omfattas, och vilka som är undantagna
3. *Självrisk*; karensdagar, ersättningsnivå, till exempel i förhållande till det inkomstbortfall sjukfrånvaron leder till, samt antal dagar som försäkringen täcker
4. *Skadekontroll*; i vilken omfattning det sker kontroll av i vilken utsträckning en person som söker ersättning uppfyller kraven för att få sådan.

När det gäller den allmänna sjukförsäkringen i Sverige (48), det vill säga, den som gäller ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro, är de första tre av de ovanstående aspekterna generösa; de flesta personer med inkomst från arbete, arbetslöshetsersättning, föräldrapenning, etcetera, omfattas av sjukförsäkringen, liksom de flesta sjukdomar och skador och självrisk är, internationellt sett, låg. Ur ett försäkringsperspektiv brukar man då säga att det är extra viktigt att skadekontrollen fungerar bra, för att försäkringen ska anses ha legitimitet respektive inte överutnyttjas.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för sjukfrånvaro respektive sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på den information som ges i läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken (48). Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och till åtgärder. För de flesta anställda är det till exempel alltid arbetsgivaren som ska genomföra denna skadekontroll under ett sjukskrivningsfalls första 14 dagar.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen, som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst 25 procent, kan ha rätt att vara sjukskriven och att få sjukpenning. Det innebär att, för att ha rätt till sjukpenning ska två förutsättningar, så kallade rekvisit, vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska denna sjukdom eller skada ha lett till nedsatt funktion som i sin tur lett till nedsatt arbetsförmåga (48). Den allmänna sjukförsäkringen är alltså egentligen en inkomstbortfallsförsäkring.

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukskrivningsfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning – liksom för arbetsgivarens beslut om rätt till sjuklön. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar (8, 9, 49).

När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, företagshälsovård och/eller Arbetsförmedlingen vara involverade (9). Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (2).

Bakgrund

Sjukskrivning av en patient är en förhållandevis vanlig åtgärd inom vissa delar av hälso- och sjukvården i Sverige (2-4, 50, 51). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient (52-57). Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet (40, 57-60).

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju (2, 5, 8, 9, 40, 60-63):

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt - i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra ”normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden” (37, 48).
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder. (När det gäller bland annat grad och längd av sjukskrivning ska läkare i Sverige använda Socialstyrelsens övergripande och när sådant förekommer, diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd som stöd vid ställningstaganden (5, 64, 65))
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och för andra aktörer, för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av att eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens (13, 14, 20, 49, 51, 62, 66-68). *Läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, de färdigheter och de förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt* (69, 70). De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, kan sjukskrivningsärenden ibland bli problematiska. Detta kan till exempel vara fallet om patienten har vissa besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär (9, 71-75), besvär för vilka den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering i många fall är mindre utvecklad än för andra diagnoser, såsom cancer eller hjärtsjukdom (2, 68, 74-81), och objektiva undersökningsfynd dessutom är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå ifrån. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggsmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin (82-84).

Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten (17, 18, 20, 53, 68, 85, 86, 87). Tidigare studier visar även att många saknar handledning i arbetet med sjukskrivningar (2-4). För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar (88, 89). Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare (90). Läkares lärande i försäkringsmedicin sker dock fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kollegor gör, eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning (8, 49, 62, 91). Detta är en av anledningarna till att försäkringsmedicinsk kompetensutveckling har varit en central aspekt i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna (6, 83, 84, 92, 93).

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller (8):

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa (94-96).
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (61, 97, 98).
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk (99).
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet (62, 100-102).

I samband med sjukskrivning är det framförallt den första och den tredje av dessa roller som är aktuella; rollen som patientens behandlande läkare och rollen som medicinskt sakkunnig. Rollen som grindvakt ligger under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall huvudsakligen hos arbetsgivaren och därefter hos Försäkringskassan. Det vill säga, det ingår i deras roll att kontrollera om villkoren för rätt till sjuklön respektive sjukpenning är uppfyllda.

Läkaren har i rollen som behandlande läkare att skapa en tillitsfull relation med patienten som bas för optimal utredning och behandling och på olika sätt verka för patientens bästa. I rollen som medicinskt sakkunnig gentemot arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska läkaren ge en noggrann och saklig beskrivning av patientens diagnos, funktion och aktivitetsförmåga och göra en bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar aktivitet och arbetsförmågan.

Många åtgärder har genomförts de senaste 15 åren för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den höga sjukfrånvaron. Flertalet av de åtgärderna har direkt eller indirekt påverkat läkares arbete med sjukskrivningar (2, 6, 60). Den enkät som denna rapport baseras på är ett sätt att få kunskap om huruvida sådana åtgärder kan ha påverkat läkares beteende och uppfattningar.

Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Vetenskapliga studier om läkares arbete med sjukskrivning kan ha olika utgångspunkter/perspektiv och vara designade på många olika sätt (8, 9, 103). Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär (8, 9) men några interventionsstudier har också publicerats (8, 9, 49, 104).

Data om läkares sjukskrivningspraxis kan baseras på olika typer av material och samlas in på många olika sätt. Exempel på detta är via:

- intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer) – såväl läkare, som patienter, kollegor, chefer, andra hälsoprofessioner, arbetsgivare, handläggare inom Försäkringskassa, Arbetsförmedling,

Bakgrund

Socialtjänst etcetera kan intervjuas om läkares sjukskrivningspraxis.

- enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder – så kallade vinjettstudier), såväl läkare som andra kan delta i sådana enkäter (se intervjuer. Vinjettstudier är dock vanligen riktade till läkare),
- så kallade audits (68),
- inspelade konsultationer (ljud eller film),
- data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden, från Försäkringskassans akter, från rättsliga dokument, samt
- data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) (8, 9).

Det perspektiv en studie utgår från har betydelse för resultaten liksom för tolkningen av dem. De perspektiv som kan tas i studier om läkares sjukskrivningspraxis är framförallt följande (9, 34, 105, 106):

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur lång tid läkare sjukskriver patienter (28, 59, 74, 107-119).
- *Försäkringskassans perspektiv*, till exempel genom att studera kvaliteten i de olika intyg som skrivs, hur snabbt vissa processer såsom remisser eller behandlingar initieras, eller hur anställda inom Försäkringskassan ser på läkares sjukskrivningspraxis respektive uppfattar samverkan med läkare i sådana ärenden (108, 120-128).
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden (107, 124).
- *Andra aktörers perspektiv*, till exempel socialtjänstens eller Arbetsförmedlingens perspektiv.
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta (129-144).
- *Chefer inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på läkares arbete med sjukskrivning och på ledning och styrning av detta (145-148).
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis (7, 40, 124).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovård eller primärvård ser på andra läkares praxis (40, 49, 124, 149, 150).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden (40, 49, 124, 149-157).

I detta projekt har datainsamlingen skett via en enkät till läkare och det är framförallt läkares perspektiv vi utgår från. Frågorna i enkäten är dock även delvis utformade ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, Försäkringskassans perspektiv, Socialstyrelsens perspektiv samt ur ett samhällsperspektiv i stort. Frågorna baseras även på tidigare forskning om läkares arbete med sjukskrivningar. Detta innebär att vi i enkätfrågorna har utgått från existerande vetenskaplig kunskap och inte börjat som om inte en sådan fanns. Vi har även utgått från de uppgifter och roller läkare faktiskt har i Sverige när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden. Nedan följer en kort sammanfattning av kunskapsläget.

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter (8). Samma metoder som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens (158). I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

- hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig
- bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning
- hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning
- samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden
- den egna försäkringsmedicinska kunskapen brister, till exempel om arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet - och därmed problem som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt (111, 159); resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten (8) fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för läkares sjukskrivningspraxis (sådana faktorer har tidigare diskuterats i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis var inte studerade alls och i de flesta studier låg fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum var också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittsstudier och hade relativt få deltagare och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av dem. På en övergripande nivå sågs dock stora likheter i resultaten mellan olika länder (10). Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder (49, 160-163). Det har under åren gjorts ett stort antal interventioner för att påverka läkares arbete med sjukskrivning av patienter, i Sverige såväl som i andra länder. Tyvärr har dessa interventioner sällan designats så att effekten av dem kan studeras vetenskapligt och det finns ytterst få publicerade studier om sådana interventioner (8, 9). Det innebär att flertalet åtgärder, på såväl individnivå, som på andra strukturella nivåer fortfarande i stor utsträckning måste grundas på tyckande snarare än på vetenskapligt baserad kunskap.

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten (8), liksom i andra översikter (9, 10, 12, 13, 104, 164), är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Detta projekt, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap.

När det gäller kunskap som bas för förbättringsåtgärder med syfte att påverka läkares sjukskrivningspraxis, och som bas för utvärderingar av sådana interventioner, behövs även kunskap om läkares egna synpunkter och erfarenheter. I detta projekt, som syftar till att få fördjupad vetenskaplig kunskap inom ett område som har mycket stor betydelse för läkares arbetsmiljö, för patienters

Bakgrund

livssituation och för samhället i stort, har vi därför valt det sistnämnda perspektivet, det vill säga, vi utgår från läkares perspektiv; läkares erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar.

Situationen för 15 år sedan

I denna rapport presenterar vi resultat från fyra olika enkäter till läkare om arbetet med sjukskrivning av patienter. Enkäterna skickades ut med 4 - 4,5 års mellanrum, den första i oktober 2004. Hur var situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro och sjukskrivning då? Detta finns det självklart många olika uppfattningar om, ur olika perspektiv. Nedan listas några aspekter som många då såg som problematiska när det gäller förhållanden som präglade läkares sjukskrivningspraxis (ordet praxis används här i betydelsen 'handlingsmönster i professionell praktik') (8, 40, 124):

- En oklarhet i rollfördelningen gentemot Försäkringskassan, som endast i liten utsträckning tog sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt skadekontrollansvar. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning (43, 126); fanns det ett läkarintyg utbetalades nästan alltid sjukpenning, även om det av intyget inte framgick om patienten hade en sjukdom eller skada som lett till arbetsoförmåga (43, 108, 122). Detta innebar att läkare ibland kände att grindvaksrollen kom att ligga på dem. Det innebar också att läkare sällan fick respons/feedback på läkarintygets kvalitet, det vill säga, den typ av feedback som vanligen leder till lärande (62). Försäkringskassan höll ofta inte heller på 12-månadersgränsen, det vill säga gränsen för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/ sjukbidrag) skulle göras. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall kom att pågå mycket länge utan ställningstagande till behov av åtgärder.
- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa (40, 124, 126, 157).
- Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid och -grad vid olika diagnoser för personer i olika åldrar, med multisjuklighet eller olika arbetssituationer, eller om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven eller av att ha sjukersättning (9). När vetenskapligt baserad kunskap om optimal behandling finns utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men eftersom det huvudsakligen saknades vetenskaplig kunskap om optimal hantering av sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer (40, 52-55). Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar.
- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin, både generellt och i jämförelse med i många andra välfärdsländer (17, 18, 40, 41, 63, 85, 90, 165, 166).
- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig eller saknades helt (40, 124). Det saknades till exempel strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan (extern likaväl som intern) och för kunskapsgenerering när det gäller dessa komplexa arbetsuppgifter.
- Sjukfrånvaronivåerna hade fluktuerat mycket i Sverige under de senare decennierna och ökat dramatiskt sedan 1996 för att vara högre än någonsin vid sekelskiftet (9, 167, 168). Detta diskuterades mycket i massmedia, även vad gäller läkares roll för sjukfrånvaronivåerna. Dåvarande statsminister Göran Persson förklarade vid sekelskiftet att de höga sjukfrånvaronivåerna var ett av Sveriges största problem och ett flertal åtgärder vidtogs.
- När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven var många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade, kände sig utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden (40, 73, 74, 124, 149, 169, 170).

Försäkringskassan har naturligtvis en central roll, eftersom det är där beslut om ekonomisk ersättning vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller skada fattas, vanligen för sjukskrivningsfall >14 dagar.

En lika central roll har läkaren, som med sin medicinska kunskap ska ge patienten, arbetsgivaren och Försäkringskassan underlag om i vilken mån och hur länge patientens funktionsnedsättning påverkar möjligheten att utföra arbete. Det är läkarens perspektiv på arbetet med sjukskrivning som framkommer i de fyra enkäterna. Förändrade krav på och från Försäkringskassan, samarbeten och samverkansmöjligheter, Socialstyrelsens och landstingens stödfunktioner och uppföljningsverksamhet påverkar detta arbete.

Åtgärder 2003-2017

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

- På förslag från regeringen antog Riksdagen år 2003 ett *mål om att halvera sjukskrivningen* till år 2008 (171). Detta följdes av specificerade mål och insatser inom olika instanser involverade i sjukskrivningsarbetet under den period som enkätstudierna har ägt rum. Sjukfrånvaron sjönk dramatiskt i Sverige fram till 2010 för att därefter åter stiga något.
- År 2015 antog regeringen ett mål om *att sjukskrivningen i december år 2020 inte skulle vara högre än 9,0* (medelantalet nettodagar med sjukpenning per sjukpenningförsäkrad under ett år (172, 173). Sjukskrivningen har nu åter börjat minska.
- Regeringen gav statens beredning för medicinsk utvärdering (*SBU*) i uppdrag att genomföra systematiska litteraturöversikter när det gäller kunskapsbasen om sjukskrivning och konsekvenser av att vara sjukskriven, denna rapport kom 2003 (9).
- *Annonskampanjer* till allmänheten har genomförts av Försäkringskassan (till exempel om vad sjukförsäkringen omfattar och att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning utan att sjukdomen också måste ha lett till nedsättning av arbetsförmågan) (174).
- De tidigare 21 olika regionala försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket slogs 2005 samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för öka enhetligheten i bedömningarna.
- Ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* (NFF) med representanter från aktuella myndigheter och organisationer bildades.
- På uppdrag av regeringen utövade Socialstyrelsen, för första gången någonsin, *tillsyn* av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av patienter (52-56, 175). Socialstyrelsen definierade i samband med det uppdrag sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling och fann flera problem hur detta hanterades på olika nivåer inom vården.
- Regeringen gav Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Utredningen publicerades 2005 (40, 124). Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* (58, 59) för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning (se vidare nedan).
- Senare, år 2009, infördes även den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och regeringen (176, 177). Liksom för sjukskrivningsmiljarden, innebar rehabiliteringsgarantin ekonomiska incitament för landstingen att i större utsträckning förmedla kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodala behandlingar med syfte att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning. (176, 178-184). Efter kritik, bland annat från Riksrevisionen (185) avslutades rehabiliteringsgarantin år 2015, och under en övergångsfas lades en del av de medlen över till sjukskrivningsmiljarden.
- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra professioner, har ökat och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare (90). År 2015 infördes Socialstyrelsen försäkringsmedicin som ett specialistövergripande delmål för läkare under deras specialiseringstjänstgöring. Det innebär att landstingen är skyldiga att utbilda ST-läkare i försäkringsmedicin (186).

Bakgrund

- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet (187), särskilt de senare åren. Flera domar har också påverkat detta. Försäkringskassan har även tagit fram en ny typ av utredning av sjukskrivna personers aktivitets- och arbetsförmåga; 'Aktivitetsförmågeutredning (AFU)(188-195).
- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263), som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget (187).
- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*¹ infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering (196-198). Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar(5). Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer, att användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser (5, 199-203).
- *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och samtliga landsting/regioner har arbetat mycket aktivt med olika aspekter av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning, bland annat utifrån överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden från och med 2006 (se vidare nedan).
- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen, både för sjukfrånvaro och för sjuk- och aktivitetsersättning (204-206). Under några år fanns även en tidsgräns för maximalt antal sjukskrivningsdagar som kunde beviljas av särskilda skäl (sammanlagt 914 dagar, 2,5 år). Denna gräns togs bort år 2016.
- *Arbetsförmedlingen* har fått en tydligare och mer aktiv roll i arbetet med personer som är eller varit sjukskrivna.
- En allmän diskussion har fortsatt förts i *massmedia* och i samhället om sjukförsäkringen och sjukfrånvaronivåer samt om läkares roll i detta.
- Mer *forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, vad som påverkar återgång i arbete och om sjukskrivningspraxis (8, 9, 33, 207-209). År 2014 etablerades Cochrane Insurance Medicine som ett 'field' inom Cochrane² - ett viktigt steg mot att försäkringsmedicin alltmer etableras som ett viktigt forskningsområde.
- Med början år 2011 har system införts för *elektronisk överföring av läkarintyg* (blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan, inklusive en funktion för ärendekommunikation ('Fråga-svar-funktionen') i syfte att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan. Under senaste året har även detta system alltmer integrerats med sjukvårdens elektroniska journalsystem.
- Det har blivit ett *tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hantering av patienters sjukskrivning (210).
- Många läkare har fått tillgång till statistiktjänster för att få information om hur deras sjukskrivning av patienter ser ut i jämförelse med andras (211, 212).
- En "ny yrkesgrupp", så kallade rehabiliteringskoordinatorer har införts, framförallt vid vårdcentraler, men även inom andra typer av kliniska verksamheter (7, 213).
- Den *kraftiga minskningen av sjuktalen* fram till 2010 innebar att läkare, speciellt de vid vårdcentraler, hade färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt (3, 214, 215).

Tre andra förändringar som kan ha haft betydelse för läkares arbete med sjukskrivning av patienter är den större andelen *privat organiserade vårdgivare*, den större andelen så kallade *hyrläkare* eller 'stafettläkare', samt att *företagshälsovårdens* roll delvis har förändrats.

Förändringar på andra strukturella nivåer som vanligen har betydelse för sjukfrånvaro, och därmed för läkares arbete med sjukskrivningar, är förändringar på *arbetsmarknaden* och möjlighet till anställning

¹ Se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

² <http://insuremed.cochrane.org/>

vid funktionsnedsättningar (216), i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar (217) samt generellt i *sjukfrånvaronivåer* och andel med *sjuk- och aktivitetsersättning*.

Sjukskrivningsmiljarden

För att förbättra kvalitén i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågorna införde regeringen, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ekonomiska incitament genom den så kallade ”sjukskrivningsmiljarden”, i en överenskommelse med SKL för åren 2006-2009. Fortsatta sådana överenskommelser har sedan gjorts varje år, hitintills till och med år 2018 (6, 58, 59, 192, 218-225). Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Senare år har cirka hälften av ’miljarden’ i den tidigare rehabiliteringsgarantin lagts in i sjukskrivningsmiljarden, så summan har snarare varit 1,5 miljarder per år. Syftet med denna ekonomiska stimulans har varit att landstingen skulle prioritera sjukskrivningsfrågorna för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

I den första ’miljardöverenskommelsen’ 2006-2009 fokuserades på förstärkning av följande fyra områden inom hälso- och sjukvården; *ledning och styrning*, *kompetensutveckling*, *samverkan (intern och extern)* i *sjukskrivningsprocessen* samt *kvinnors ohälsa* (i senare överenskommelser kallad jämställd sjukskrivning (226)) (58). Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar (52-55), dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning (40, 124), där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick (4). Valet av det fjärde området, kvinnors ohälsa, baserades på de stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. En central del i sjukskrivningsmiljarden var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Landstingen har på många sätt arbetat för en samordnad sjukskrivningsprocess. Bland annat har så kallade sjukskrivnings- eller försäkringsmedicinska kommittéer inrättats, och många använder så kallade sjukskrivnings- eller rehabiliteringskoordinatorer som stöd för intern samordning och/eller gentemot andra aktörer. Kompetensutvecklingen inom försäkringsmedicin har förstärkts och främjande av användande av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av systemet för elektroniskt överföring av läkarintyg till Försäkringskassan har organiserats.

Även i den andra ’miljardöverenskommelsen’ för 2010-2011 (219) betonades vikten av att hälso- och sjukvårdens ledningssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), även skulle omfatta sjukskrivningsprocessen, som en del av vård och behandling. Därför ålades landstingen i den villkorade delen att ta fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen skulle även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Under 2010 skulle varje landsting ha utarbetat ledningssystem på övergripande nivå, och under 2011 på verksamhetsnivå. Genom ledningssystemet skulle landstingen kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet samt efterfråga utvärdering av resultat av kvalitetsarbetet. Med anledning av detta konstaterar SKL på sin hemsida:

”Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt har. Det innebär att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn konstaterat att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet” (227).

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess (58, 59, 192, 218-225, 228). Fokus i

Bakgrund

överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

Landstingen och regionerna har successivt integrerat arbetet med sjukskrivningsmiljarden (överenskommelserna) i sin ordinarie ledningsstruktur på central nivå. Även utbildning i försäkringsmedicin med fokus på AT och ST läkare har alltmer integrerats i landstingens ordinarie utbildningsstruktur. Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande samt försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare bistår med stöd, särskilt vad gäller utbildningsinsatser. Personer från lokala avdelningar inom Försäkringskassan är i varierande grad involverade i arbetet med sjukskrivningsmiljarden, kommittéer och utbildningsinsatser i hälso- och sjukvården. Via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedrivs flera projekt med syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med intyg, rehabkoordinatorer (213, 229), försäkringsmedicinsk utbildning, ta fram ett elektroniskt prognosverktyg inom ramen för projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS) (230, 231) samt att stärka ledning och styrning inom området för att säkerställa att arbetet med att främja hög kvalitet i hantering av sjukskrivningsärenden efter sjukskrivningsmiljardens/överenskommelsens slut.

Läkarenkätprojektet

Syftet med läkarenkätprojektet var från början främst att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning. Utifrån de nya mål och krav som tillkom efter 2004 och framförallt de många och omfattande interventioner som sedan dess har genomförts för att förbättra sjukskrivningsarbetet, utvecklade projektgruppen enkätfrågorna för att även få kunskap om hur dessa åtgärder förändrade läkarnas arbete med sjukskrivning. Varje enkätstudie finns redovisad i särskild rapport (2-4). Rapporter är även publicerade för en del landsting och för speciella teman (215, 232-234) (235).

I denna rapport redovisas resultat från enkätstudien 2017 och dessa jämförs med resultat från de tre tidigare enkätstudierna 2004, 2008 och 2012 vad avser gemensamma enkätfrågor.

Syfte

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning utifrån läkares synpunkter på och attityder till det år 2017, generellt och relaterat till olika faktorer såsom landsting, typ av klinik/mottagning, utbildningsnivå, etcetera. Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt, i olika typer av kliniska verksamheter och i olika landsting
- Frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivningar
- Internt samarbete i sjukskrivningsärenden
- Extern samverkan med andra aktörer, särskilt med Försäkringskassan
- Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling
- Organisatoriskt stöd i arbetet med sjukskrivningar

Ett ytterligare syfte var att, genom jämförelse av enkätsvaren från 2017 med från motsvarande enkät svar från 2004, 2008 respektive 2012, få kunskap om eventuella förändringar över tid vad avser ovanstående punkter.

Material och metod

I denna rapport presenteras resultat från en enkätstudie som år 2017 riktades till drygt 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (1)³. För att få kunskap om förändringar över tid jämförs dessa resultat med tre motsvarande enkätstudier som genomfördes år 2004, 2008 respektive 2012 (2-4). I enkätstudien 2004 inbjöds läkare i Stockholms och Östergötlands läns landsting, i de övriga inbjöds läkare från hela Sverige. Både inklusionskriterier och antal frågor och utformningen av frågorna i enkäterna har varierat något över åren. De tre främsta orsakerna till förändring av frågor har varit:

- 1.) baserat dels på resultat av analyser av svar på tidigare enkäter i projektet dels på resultat från andra studier där det framkommit att ordval behöver ändras alternativt ytterligare frågor behövs eller kan strykas – ibland har även språkbruk förändrats,
- 2) de omfattande interventioner rörande läkares arbete med sjukskrivning av patienter som genomförts i Sverige mellan varje enkätomgång har inneburit behov av frågor som kan belysa betydelsen av dem samt
- 3) önskemål från olika aktörer, framförallt av dem i projektets referensgrupp om ytterligare frågor, kombinerat med ett allmänt önskemål om att hålla nere antalet frågor.

Ett viktigt syfte med detta projekt var att få kunskap om eventuella förändringar över tid i läkares erfarenheter av och syn på arbetet med sjukskrivning av patienter. Därför har det varit angeläget att i enkäten 2017 i så stor utsträckning som möjligt använda frågor som ingick i de tre tidigare enkätstudierna (2-4). Frågorna i de frågeformulären baserades på intervjuer med läkare (individuellt och i grupp), tidigare enkätstudier, litteraturöversikter, diskussioner med kliniker, praktiker, forskare, både från Sverige och från andra länder samt med personer från projektets referensgrupp (4, 9, 50, 62, 88, 91, 124, 150, 214, 215, 234, 236-260).

I alla enkätstudier av denna typ är det en grannliga uppgift att hitta en avvägning mellan att ha ett så stort antal frågor som har samma eller liknande utformning varje år, för att kunna genomföra tidsserieanalyser avseende eventuella förändringar över tid av tid och inkludera frågor som är tidsaktuella. Intresset från olika aktörer att få med frågor har ökat över åren.

Som framgår av Tabell 1 ökade vi antalet frågor radikalt från år 2004 till enkäten år 2008. Även år 2012 tillkom ett stort antal frågor. För att inte ytterligare öka antalet ströks då istället några enskilda frågor och frågeområden. Det fanns önskemål om att minska antalet frågor från och det totala antalet frågor i 2017 års enkät blev 133.

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

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

³ En stor del, men inte alla resultat, från enkätsvaren 2017 har tidigare presenterats i en delrapport från projektet. (Alexanderson K, m.fl. Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2017.)

I denna rapport redovisas först svar på de frågor som förekom i enkäten 2017 för samtliga läkare (röd färg) och för sjukskrivande läkare (blå färg), därefter svaren på frågor gemensamma för enkäten 2017 och enkäten 2012 (grön färg), sedan svar på de frågor som förekom i enkäten 2017, 2012 och 2008 (aprikos färg). Skillnaden i åldersgränser för de olika åren innebär att ett antal läkare exkluderas vid jämförelserna, för att de ska vara jämförbara. I avsnitten med grön respektive aprikos färg redovisas svaren för de läkare som var yngre än 68 år. I ett femte avsnitt redovisas svaren på de frågor som förekommit i samtliga fyra enkäter för de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms eller Östergötlands län och som var yngre än 65 år (gul färg).

I detta metodavsnitt beskrivs urval, enkätfrågor och de förändringar i urval, frågeformuleringar och svarsalternativ som skett under åren. För mer detaljerad information om de olika studierna hänvisas till respektive rapport (2-4).

Som framgår i Tabell 1 har antalet läkare i studiepopulationerna varierat beroende på urvalskriterier de olika åren. Dessa kriterier beskrivs nedan för varje studie. År 2004 ingick endast läkare från Stockholm och Östergötland.

2017 års enkätstudie

Enkäten 2017 skickades i maj 2017 till drygt 34 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år eller som nyligen fyllt 68 år. Enkäten stängdes i oktober 2017. Studiepopulationen baserades på uppgifter i Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), som administreras av QuintilesIMS. Samtliga yrkesverksamma läkare i Stockholms län fick enkäten för att kunna jämföra med resultaten från de tre tidigare enkäterna. För övriga landet exkluderades de läkare som enligt HSAR var specialister och arbetade inom kliniker där läkare, enligt de tre första enkäterna sällan har sjukskrivningsärenden, nämligen: laboratorieverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, rättsmedicin samt röntgen/mammografi. Vid analyserna för denna rapport framkom att de flesta gynekologer/obstetiker i övriga landet, av misstag, inte heller inkluderats i urvalet.

Antalet läkare i studiepopulationen var 34 585 personer.

Enkäten

Enkäten utgick från tidigare enkäter (se nedan). Samtidigt har vissa förändringar skett när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar sedan enkäten år 2012, vilka också behövde beaktas. Ytterligare en utgångspunkt i dessa revideringar av frågeformuläret var analyser av resultaten från 2012 års enkät, inklusive analyser av de omkring 4 000 öppna svaren (233, 261). Från referensgruppen och andra intressenter inkom dessutom förslag på ett stort antal ytterligare frågor. Det fanns även önskemål om att minska antalet frågor från de 163 frågorna i 2012 års enkät. Samtidigt skedde vissa förändringar när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar sedan år 2012 vilka också behövde beaktas i enkäten. Samtliga förslag diskuterades inom projektgruppen och med referensgruppen ett flertal gånger och olika versioner av nya frågeformulär prövades. Det totala antalet frågor i 2017 års enkät blev slutligen 133 frågor.

Frågeområden

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2017 års enkät:

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, klinik, landsting, organisation, tid på nuvarande arbetsplats
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; avseende typ, frekvens och allvarlighetsgrad
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Elektronisk överföring av läkarintyg
- Samarbete och samverkan, internt och externt samt svårigheter i samverkan med Försäkringskassan
- Försäkringsmedicinsk kompetens i arbetet med sjukskrivning (former för att få ökad kompetens, former för detta och vad de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning)
- Syn på olika aspekter i arbetet med sjukskrivningar
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar
- Rehabkoordinatorer
- Arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem

Datainsamling

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

För att inte belasta frågeformuläret med onödiga frågor samt för att öka tillförlitligheten i vissa typer av uppgifter, hämtades information om kön, ålder, län, år för läkarexamen och för läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning(ar) från HSAR via QuintilesIMS. Informationen i HSAR baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

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

Enkäten kunde besvaras antingen via en webbenkät eller i pappersform. Läkarna inbjöds först att svara via webbenkäten och i första påminnelsen skickades även en pappersenkät med. Fyra påminnelser gjordes till de personer som inte svarat.

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 34 718 läkare i maj 2017. Det framkom att 176 av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit. Antalet läkare i studiepopulationen var således 34 585 personer.

Av de 34 585 som ingick i urvalet besvarade 18 714 enkäten, det vill säga svarsfrekvensen var 54,1 procent (Tabell 2). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer. För 213 personer kom inbjudan att delta tillbaka till SCB med postretur, vilket innebär att dessa personer aldrig fick inbjudan. Om dessa personer inte räknas med blev svarsfrekvensen 54,4 procent.

Av de svarande använde 57,5 procent möjligheten att svara via webbenkäten, övriga svarade via pappersformuläret.

Tabell 2. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	34 585	18 714	54,1
Kvinnor	16 567	9419	56,9
Män	18 018	9295	51,6
20-39 år	11 125	6070	54,6
40-54 år	12 904	6392	49,5
55-67 år	10 556	6252	59,2

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys uppdelat på län. Svartsfrekvensen varierade från 47 till 65 procent mellan länen (Tabell 3) och är tillräckligt hög för analyser på landstingsnivå i alla län. Observera att denna bortfallsanalys är baserad på läkarens boendelän, medan svaren i resultatdelen presenteras relaterat till vilket landsting läkaren har uppgett att hon eller han huvudsakligen arbetar i.

Tabell 3. Svartsfrekvens (%) uppdelat på län efter läkarens bostadsort.

Län	Svartsfrekvens	Antal svarande
Stockholm	52,9	5695
Uppsala	54,1	870
Södermanland	52,7	346
Östergötland	54,1	833
Jönköping	60,5	558
Kronoberg	53,9	259
Kalmar	54,0	335
Gotland	65,0	104
Blekinge	51,4	218
Skåne	53,3	2425
Halland	57,1	517
Västra Götaland	53,0	2932
Värmland	55,3	403
Örebro	55,9	502
Västmanland	47,0	300
Dalarna	63,7	485
Gävleborg	59,1	416
Västernorrland	56,8	330
Jämtland	63,6	245
Västerbotten	56,1	614
Norrbottn	52,7	327
Hela landet	54,1	18 714

Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, var i medeltal 4,7 procent. Det redovisas inte för var och en av frågorna i rapporten.

Datansamling för de tre tidigare enkäterna; 2004, 2008 och 2012

I rapporten jämförs alltså svaren även med dem från tre tidigare enkäter. Nedan ges en kort beskrivning av respektive enkät.

2004 års enkätstudie

I 2004 års studie inkluderades läkare som var yngre än 65 år, sammanlagt 7665 läkare. Av dessa var 6794 från Stockholms län och 871 från Östergötlands län (4, 236-240). Dessa utgjorde då 22 procent av läkarna i Sverige.

Urvalet i Stockholms län utgjordes av de läkare i Stockholm som var medlemmar i Svenska läkarförbundet. Cirka 95 % av läkarna i Sverige var då medlemmar i läkarförbundet.

Urvalet i Östergötland baserades på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) med hjälp av Pharma Marketing AB, som förvaltade HSAR. I detta urval ingick inte geriatriker, pediatriker och andra grupper som sällan har patienter som är aktuella för sjukskrivning.

De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter (9, 150). Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (4).

Svarsfrekvensen var 71 procent, något högre för kvinnor (74 %) än för män (68 %). Av samtliga 5455 läkare som svarade hade 4 018 (74 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar (4, 50, 62, 91, 124, 215, 236-249).

2008 års enkätstudie

Enkätstudien 2008 var en totalundersökning riktad till alla drygt 37 000 yrkesverksamma läkare, i alla åldrar, som i oktober 2008 bodde i och huvudsakligen var yrkesverksamma i Sverige. Uppgifter om vilka dessa var hämtades från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) som förvaltades av Cegedim AB och innehåller information om alla läkare i Sverige, inklusive information från Socialstyrelsen om år för läkarexamen och legitimation, typ av specialistkompetens i Sverige samt om personen är yrkesverksam.

Svarsfrekvensen var 61 procent. Av samtliga 22 498 läkare som svarade hade 15 057 (67 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer (50, 62, 88, 91, 214, 215, 234, 242, 244, 248-256).

2012 års enkätstudie

Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), förvaldat av Cegedim Sweden AB. Två olika urval användes:

- För Stockholms och Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år, även läkare som arbetade i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta. Detta för att kunna jämföra med resultaten från de två tidigare enkäterna 2004 och 2008.
- För övriga landet ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år med undantag av specialister som arbetade inom kliniker där läkare, enligt de två tidigare enkäterna, sällan har sjukskrivningsärenden; laboratorieverksamheter, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

Antalet läkare i studiepopulationen var 33 144 personer som oktober 2012 bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Antal sjukskrivande läkare, som ingår i denna jämförande studie, var 12 933 personer (Tabell 4). Flera publikationer baseras på denna enkät (4, 62, 91, 124, 149, 237, 238, 240, 242, 245, 250).

Dataanalys

För var och en av de fyra enkäterna erhöll projektgruppen avidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn, adress, etc). Enkätsvaren har här analyserats med deskriptiva statistiska analysmetoder. För jämförande analyser för att statistiskt testa om det föreligger skillnad mellan grupper har vi huvudsakligen använt oss av Chi-2 tester och andelsskillnadstester (T-tester). Vid korrelationsanalyser har vi använt icke parametrisk metod och rapporterat sambandsmått med Kendalls tau-b som har genomförts för att undersöka eventuella samband mellan svar på vissa frågor avseende svar från 2017 års enkät.

I ett datamaterial av den storlek som detta projekt genererat, blir även små absoluta skillnader mellan olika grupper som regel statistiskt signifikanta. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans', och att det snarare är anmärkningsvärt när det inte finns en signifikant

skillnad mellan resultat. Vi har därför valt att inte belasta rapporten med information om p-värden för skillnader i resultat, med några få undantag. Vi har i rapporten valt att i stor utsträckning presentera resultaten grafiskt i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se eventuella skillnader.

Resultat från 2017 års enkät

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

Enkätsvaren för 2017 redovisas i två övergripande avsnitt.

I det första, det så kallade **röda avsnittet**, redovisas bakgrundsvariabler för samtliga svarande, samt svar på frågan ”Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?”.

I det **blå avsnittet** redovisas svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning och som bor och huvudsakligen arbetar i Sverige och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna.

Huvudsakligen redovisas resultaten för samtliga sjukskrivande läkare. Vissa resultat redovisas även uppdelat på landsting där läkaren har sin huvudsakliga arbetsplats, uppdelat på läkarens huvudsakliga typ av kliniska verksamhet eller uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå. För redovisningar på kliniknivå ingår i gruppen ’Annan klinik/mottagning’ även dessa: barn- och ungdomskliniker, geriatrik, Försäkringskassan/försäkringsbolag samt de som svarat ’Ingen klinik’.

I bearbetningen av några av svaren har några justeringar behövts göras, nämligen följande:

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit och dessa har klassificerats enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid, har kategoriserats till en typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren. På liknande sätt har svaren justerats för det fåtal läkare som angett flera alternativ på frågan om i vilket landsting/region hon eller han hade sin huvudsakliga arbetsplats. De som inte svarat på frågan om klinik respektive om landsting redovisas i det röda avsnittet. I det blå avsnittet, det vill säga avsnittet om sjukskrivande läkare 2017, redovisas de i Tabell 10 och Tabell 11. Därefter ingår dessa få personer inte i de klinik- respektive landstingsuppdelade tabellerna/figurena.

På frågan om läkaren upplevde svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ; ’Upplever inga svårigheter’ före de olika tänkbara listade specifika svårigheterna. De som kryssat ’Upplever inga svårigheter’ och sedan även angett en eller flera specifika svårigheter, har i analyserna betraktats som att de upplevde svårigheter – detta gällde 21 procent av dem som först kryssat i ’inga svårigheter’. Samma hantering har skett av frågan ”Vilken information från FMB använder Du?”. De som både kryssat i svarsalternativet ”Ingen alls” och även kryssat i ruta för att de använder specifik information från FMB.

De som på övriga frågor i frågeformuläret kryssat i flera svarsalternativ har kodats som att det minst extrema svaret gäller.

För åtta av frågorna i enkäten fanns det möjlighet att kommentera och skriva in *öppna svar*. Drygt 15 500 sådana kommentarer har getts. I denna rapport redovisas inte analyser av öppna svar.

Jämförelser över tid

Tre olika jämförelser mellan enkätsvaren från de olika åren har gjorts:

1. jämförelser mellan svar på enkäterna 2012 och 2017 (det så kallade **gröna avsnittet**)(Tabell 4)
2. jämförelser mellan svar på enkäterna 2008, 2012 och 2017 (det så kallade **aprikosa avsnittet**) (Tabell 4), samt
3. jämförelser mellan svar på frågor i alla fyra enkäterna; 2004, 2008, 2012 och 2017 (det **gula avsnittet**) för Stockholm och Östergötland (Tabell 5).

Motsvarande jämförelser har gjort i tidigare rapporter för enkäten 2012 (2) respektive för enkäten 2008 (3). Antalet frågor som i de rapporterna jämförs med varandra är inte exakt samma som i denna rapport, eftersom flera frågor från tidigare enkäter inte finns med i 2017 års enkät medan andra frågor har tillkommit – det vill säga, frågor som vi inte kan jämföra med tidigare enkätresultat.

I de tre olika jämförelserna mellan åren ingår de läkare ("sjukskrivande läkare") som uppgav att de har konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt minst några gånger per år (Tabell 4 och Tabell 5). Trots att svarsfrekvensen var lägre 2017 ingår fler sjukskrivande läkare från 2017 i jämförelserna än från 2012, eftersom större andel av de svarande hade sjukskrivningsärenden 2017. I Tabell 4 presenteras dels antal svarande och antal och andel av dem som var sjukskrivande läkare, dels motsvarande siffror för dem som ingår i var och en av de tre olika jämförelserna. I de två första jämförelserna (2012-2017 (den gröna) samt 2008-2012-2017 (den aprikosa) är inklusionskriterierna lika vad avser ålder och att samtliga landsting ingår. I Tabell 5 tabell visas motsvarande uppgifter för den tredje jämförelsen (2004-2008-2012-2017), som omfattar två landsting och läkare <65 års ålder.

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

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

Tabell 5. Antal svarande läkare i Stockholm och Östergötlands läns landsting, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.

Enkätår	Antal svarande läkare i Stockholm & ÖG	Antal sjukskrivande läkare i Stockholm & ÖG	Andel sjukskrivande läkare av de svarande i Stockholm & ÖG	Antal sjukskrivande läkare <65 år i Stockholm & ÖG	Andel sjukskrivande läkare <65 år av de svarande i Stockholm & ÖG
2004	5455	4018	73,7 %	4018	73,7 %
2008	6886	4243	61,6 %	3993	58,0 %
2012	6048	3914	64,7 %	3700	61,2 %
2017	5924	4037	68,1 %	3807	64,3 %

Nedan redogörs för hanteringen av analyser i dessa tre jämförelser.

Dessa fyra enkätstudier är tvärsnittsstudier och i jämförelserna mellan dem kan man därför inte avgöra om de skillnader i andelar som gett svar på frågor innebär en reell skillnad, eftersom det inte är alldeles samma personer som svarat de olika åren. Trots att det inte blir helt korrekt uttryckt, använder vi ändå ibland begreppen ökning och minskning när vi jämför andelar av läkare som gett ett visst svar på en fråga mellan åren. Detta för att texten inte ska bli alltför tungläst med de skrivningar som skulle behövas för att det ska bli korrekt uttryckt.

Skillnader i utformning av frågor mellan enkäterna

Vissa av frågorna har utformats på något olika sätt i enkäterna. Där vi bedömer att skillnad i utformning inte har någon större betydelse för jämförbarhet har vi presenterat resultaten för samtliga år frågorna förekommit. Nedan presenteras utformning av frågorna respektive svarsalternativ för de där det finns skillnader, för var och en av de tre jämförelserna, så att läsaren enkelt ska kunna urskilja de som rör en specifik jämförelse. Det innebär alltså att dessa skillnader upprepas för var och en av de tre jämförelserna som frågan fanns med i, i nedanstående text.

Jämförelsen 2012-2017

I det **gröna avsnittet** (sidan 141) jämförs svar från 2012 och 2017 års enkäter från läkare som var under 68 år och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Jämförelser är gjorda för alla de **104 frågor** som fanns med i båda enkäterna. Nedan beskrivs hur vi i analyserna hanterat de frågor som var något annorlunda formulerade mellan åren.

- Under rubriken "*Hur ofta i Ditt kliniska arbete...*" formulerades en delfråga annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
 - 2017: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
- Under rubriken "*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...*" formulerades en delfråga annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?
 - 2017: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete?
- Under rubriken "*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...*" formulerades en delfråga annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?
 - 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
- Under rubriken "*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...*" formulerades en delfråga annorlunda 2017. Två delfrågor har för 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ...att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En delfråga under rubriken "*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*" formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök
 - 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
- En delfråga under rubriken "*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*" formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2012. Två delfrågor har för 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2012: "Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året" samt "Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året"
 - 2017: "Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året"

- En delfråga under rubriken *"Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"* formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: "Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser"
 - 2017: "Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"
- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2012.
 - 2012: *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*
 - 2017: *"I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*. (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- En delfråga under rubriken *"Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att..."* formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: ... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
 - 2017: ... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
- En delfråga under rubriken *"Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att..."* formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?"
 - 2017: ... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)?
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skiljde sig något mellan åren. 2012 ställdes frågan *"Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)"* medan frågan *"Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?"* ställdes 2017. "Dagligen" och "Någon eller några gånger per vecka" 2012 har slagits ihop och jämförts med "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 gånger/vecka" och "1-5 ggr/vecka" 2017.
 - 2012 fanns svarsalternativen "Dagligen", "Någon eller några gånger per vecka", "Någon gång per månad", "Några gånger per år" samt "Aldrig eller i stort sett aldrig".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 ggr/vecka", "1-5 ggr/vecka", "Någon gång/månad", "Några gånger/år" samt "Aldrig/i stort sett aldrig".
- Frågan *"Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?"* hade delvis olika svarsalternativ de två åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma alternativ.
 - 2012 fanns svarsalternativen "Mycket", "Ganska", "Knappast", "Inte alls" samt "Har inga kontakter med FK".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Mycket nöjd", "Ganska nöjd", "Ganska missnöjd", "Mycket missnöjd" samt "Har inga kontakter med FK".
- Frågan *"Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem?"* hade olika svarsalternativ de två åren. De två "Ja"-svarsalternativen 2017 har slagits samman vid jämförelser med 2012.
 - 2012 fanns svarsalternativen "Ja", "Nej" samt "Vet ej".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Ja, och det fungerar i stort sett bra", "Ja, med det uppstår problem", "Nej" samt "Vet ej".
- Två delfrågor under rubriken *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"* 2012 har slagits samman vid jämförelsen.
 - 2012: *"Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"* och *"Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare (f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"*

- 2017: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"

När det gäller "Annat" ingick de som svarade "Annat" men även konkreta svarsalternativ. År 2012 ingick de läkare som svarade att de upplever svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan i minst ett av följande alternativ: "FK tar inte kontakt med patienten", "Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg", och "Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK". För 2017 ingick "Att FK efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana ej kan observeras vid undersökningen", och "FK deltar ej i avstämningsmöten/rehabmöten".

Jämförelsen 2008-2012-2017

I det **aprikosa avsnittet** (sidan 175) jämförs svar från 2008, 2012 och 2017 års enkäter från läkare som var under 68 år och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades för 2012 och 2017 alternativet "Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna" till. De som kryssat för detta alternativ 2012 eller 2017 har exkluderats från analyserna.
- På frågan om hur länge läkaren har varit på sin nuvarande arbetsplats lades ytterligare ett svarsalternativ till 2012 och 2017. I analyserna gjordes en sammanslagning av de två första svarsalternativen 2012 och 2017.
 - 2008: <5 år, 5-9 år, 10 år eller längre
 - 2012 och 2017: <1 år, 1-4 år, 5-9 år, 10 år eller längre
- Två svarsalternativ ändrades på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför redovisades en sammanslagning av dessa svarsalternativ.
 - 2008: Fler än 20 ggr/vecka, 6-20 ggr/vecka
 - 2012 och 2017: Fler än 10 ggr/vecka, 6-10 ggr/vecka
- Under rubriken "Hur ofta i Ditt kliniska arbete..." formulerades en delfråga annorlunda de tre åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: ... använder Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning vid sjukskrivning (infördes 2008)?"
 - 2012: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
 - 2017: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
- Svarsalternativet "Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen" delades 2012 och 2017 upp i två separata svarsalternativ på frågan gällande om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättade kontakter med olika aktörer. De läkare som svarade 'Ja' på minst ett av alternativen år 2012 och 2017 jämfördes med dem som svarade 'Ja' på alternativet år 2008.
- Ett av svarsalternativen på frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan formulerades om 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: Svårt att förmedla information via FK:s förtryckta medicinska intyg
 - 2012 och 2017: Svårt att förmedla information via FK:s blanketter
- Under rubriken "Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av..." formulerades tre delfrågor annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 1.)
 - 2008 och 2012: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?
 - 2017: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete?
 - 2.)
 - 2008 och 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?

- 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
- 3) Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2008 och 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ...att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En fråga är ställd annorlunda för de olika åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: "Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?"
 - 2012 och 2017: " Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"
- En delfråga under rubriken "*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*" formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök
 - 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
 - Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2008 och 2012: "Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året" samt " Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året"
 - 2017: "Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året"
 - Ytterligare en delfråga under denna rubrik formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: "Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser"
 - 2017: "Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"
- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: "*I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?*"
 - 2017: "*I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?*". (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- Under rubriken "*Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...*" formulerades två delfrågor annorlunda de tre åren.
 - 1.)
 - 2008: ... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?
 - 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd? "
 - 2017: ... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)?
 - För 2012 och 2017 togs svarsalternativet '*Har ej använt dem*' bort för delfrågan "... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd". För 2008 års svar har därför i jämförelsen mellan åren de läkare som svarade '*Har ej använt dem*' exkluderats. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2.) Följande delfråga formulerades också annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.

- 2008 och 2012: ... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
- 2017: ... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skiljde sig något mellan åren. 2008 och 2012 ställdes frågan "Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)" medan frågan "Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?" ställdes 2017. "Dagligen" och "Någon eller några gånger per vecka" 2008 och 2012 har slagits ihop och jämförts med "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 gånger/vecka" och "1-5 ggr/vecka" 2017.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "Dagligen", "Någon eller några gånger per vecka", "Någon gång per månad", "Några gånger per år" samt "Aldrig eller i stort sett aldrig".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 ggr/vecka", "1-5 ggr/vecka", "Någon gång/månad", "Några gånger/år" samt "Aldrig/i stort sett aldrig".
- Frågan "Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?" hade olika svarsalternativ 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma alternativ.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "Mycket", "Ganska", "Knappast", "Inte alls" samt "Har inga kontakter med FK".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Mycket nöjd", "Ganska nöjd", "Ganska missnöjd", "Mycket missnöjd" samt "Har inga kontakter med FK".
- Två delfrågor under rubriken "I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?" 2008 och 2012 har slagits samman vid jämförelsen med 2017.
 - 2008 och 2012: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" och "Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare(f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"
 - 2017: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"

När det gäller "Annat" ingick de som svarade "Annat" men även konkreta svarsalternativ. År 2008 ingick de läkare som svarade att de upplever svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan i minst ett av följande alternativ: "FK tar inte kontakt med patienten" och "Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK". För 2012 ingick frågorna: "FK tar inte kontakt med patienten", "FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg", "Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg", "Du upplever brister i FK handläggares kompetens" och "Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK". För 2017 ingick: "FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg", "Du upplever brister i FK handläggares kompetens", "Att FK efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana ej kan observeras vid undersökningen" och "FK deltar ej i avstämningsmöten/rehabmöten".

Jämförelsen 2004-2008-2012-2017

I det gula avsnittet (sidan 205) jämförs svar från 2004, 2008, 2012 och 2017 års enkäter för de läkare som respektive år huvudsakligen arbetade i Stockholms eller Östergötlands läns landsting och som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Eftersom endast läkare som var under 65 år inkluderades år 2004, ingår i detta kapitel endast svar från de läkare som var yngre än 65 år när de besvarade enkäten.

- I 2008, 2012 och 2017 års enkäter fanns fler typer av kliniker/mottagningar angivna som fasta svarsalternativ, jämfört med år 2004. De läkare som 2008, 2012 eller 2017 uppgav att de arbetade på någon av de nyttillkomna klinikerna/mottagningarna hänförs i jämförelsen till 'Annan klinik/mottagning'. (Orsaken till att antalet svarsalternativ för typ av klinik/mottagning

utökades från och med 2008 års enkäter, var att 2004 års enkätstudie visade att ett betydande antal inom kategorin 'Annan klinik' var sjukskrivande läkare.)

- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades för 2012 och 2017 alternativet ”*Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna*” till. De som kryssat för detta alternativ 2012 eller 2017 har exkluderats från analyserna.
- För frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning, ändras svarsalternativet för det mest frekventa enligt följande:
 - 2004 och 2008: Fler än 20 ggr/vecka
 - 2012 och 2017: Fler än 10 ggr/vecka

I jämförelserna slås de som svarat något av detta ihop med de som svarat ≥ 6 ggr/vecka
- På frågan om läkaren har stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008, 2012 och 2017, nämligen: ”*Ej aktuellt, har ingen chef*” och ”*Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet*”. De läkare som valt något av dessa två svarsalternativ 2008, 2012 respektive 2017 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.
- Skalan på svarsalternativen till frågorna ”*Hur ofta i Ditt kliniska arbete...*” ändrades från 2004 till 2008, 2012 och 2017. De två första svarsalternativen ändrades från ”*Fler än 20 ggr/vecka*” och ”*6-20 ggr/vecka*” år 2004 till ”*Fler än 10 ggr/vecka*” och ”*6-10 ggr/vecka*” år 2008. 2012 och 2017. Vid jämförelserna slogs båda alternativen ihop för vardera år till ”*minst 6 ggr/vecka*”.
- Under rubriken ”*Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...*” formulerades en delfråga annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004, 2008 och 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?
 - 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
- En annan delfråga formulerades olika i enkäterna. Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop och jämfördes med motsvarande delfråga 2004 och 2017.
 - 2004: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?
 - 2008 och 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ...att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En fråga är ställd annorlunda för de olika åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: ”Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?”
 - 2008: ”Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?”
 - 2012 och 2017: ” Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?”
- En delfråga under rubriken ”*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*” formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2004, 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004, 2008 och 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök
 - 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
- En annan delfråga under rubriken ”*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*” formulerades annorlunda 2004 jämfört med 2008, 2012 och 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: Kurser
 - 2008, 2012 och 2017: Kurser i försäkringsmedicin

- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2004, 2008, och 2012.
 - 2004, 2008 och 2012: *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*
 - 2017: *"I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*. (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- Till frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan fanns 2008, 2012 och 2017, men inte 2004, påståendet *"Upplever inga svårigheter"*. Det betyder att ett uteblivet svar år 2004 kunde innebära att man inte upplevt några svårigheter. För att få en någorlunda korrekt jämförelse mellan de fyra enkäterna togs därför alla läkare med i analyserna för frågorna om upplevda svårigheter, även om hon eller han inte alls svarat på frågan.
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skiljde sig något mellan åren. 2004, 2008 och 2012 ställdes frågan *"Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)"* medan frågan *"Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?"* ställdes 2017. "Dagligen" och "Någon eller några gånger per vecka" 2004, 2008 och 2012 har slagits ihop och jämförts med "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 gånger/vecka" och "1-5 ggr/vecka" 2017.
 - 2004, 2008 och 2012 fanns svarsalternativen *"Dagligen"*, *"Någon eller några gånger per vecka"*, *"Någon gång per månad"*, *"Några gånger per år"* samt *"Aldrig eller i stort sett aldrig"*.
 - 2017 fanns svarsalternativen *"Fler än 10 ggr/vecka"*, *"6-10 ggr/vecka"*, *"1-5 ggr/vecka"*, *"Någon gång/månad"*, *"Några gånger/år"* samt *"Aldrig/i stort sett aldrig"*.
- Två delfrågor under rubriken *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"* 2008 och 2012 har slagits samman vid jämförelsen med 2004-2008-2012-2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: *"Jag upplever att jag/mina bedömningar ifrågasätts"*
 - 2008 och 2012: *"Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"* och *"Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare(f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"* (personer som svarat ja på minst en av dessa frågor räknades som upplevt svårigheten)
 - 2017: *"Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"*

När det gäller svarsalternativet "Annat" ingick de som svarade "Annat" men även de som svarat ja på specifika svarsalternativ som inte fanns listade i alla fyra års enkäter. År 2004 ingick de läkare som svarade att de upplever svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan i minst ett av följande alternativ: *"FK tar inte kontakt med patienten"* och *"Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK"*. För 2008 ingick frågorna: *"FK tar inte kontakt med patienten"*, *"Svårt att förmedla information via FKs blanketter"*, *"Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"* och *"Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK"*. För 2012 ingick: *"FK tar inte kontakt med patienten"*, *"Svårt att förmedla information via FKs blanketter"*, *"FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg"*, *"Du får ovidkommande frågor via fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg"*, *"Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"*, *"Du upplever brister i FK handläggares kompetens"* och *"Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK"*. För 2017 ingick: *"Svårt att förmedla information via FKs blanketter"*, *"FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg"*, *"Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"*, *"Du upplever brister i FK handläggares kompetens"*, *"Att FK efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana ej kan observeras vid undersökningen"* och *"FK deltar ej i avstämningsmöten/rehabmöten"*.

Öppna svar 2004-2017

I samtliga enkäter fanns det möjlighet att skriva egna kommentarer kring någon specifik fråga och generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning. I de tre första enkäterna kunde sådana kommentarer skrivas på en sista sida i pappersformuläret (och i en ruta sist i webenkäten 2012). I 2017 års enkät fanns det möjlighet att skriva kommentarer efter flera frågor, såväl i webenkäten som i pappersformuläret. I 2004 års enkät fanns sådana kommentarer i cirka 1 000 av enkäterna, i 2008 års enkät i cirka 5000, i 2012 års enkät i drygt 4000 av enkäterna och i 2017 års enkät gavs cirka 15 500 kommentarer av 7780 läkare. I denna rapport redovisas inga analyser av öppna svar.

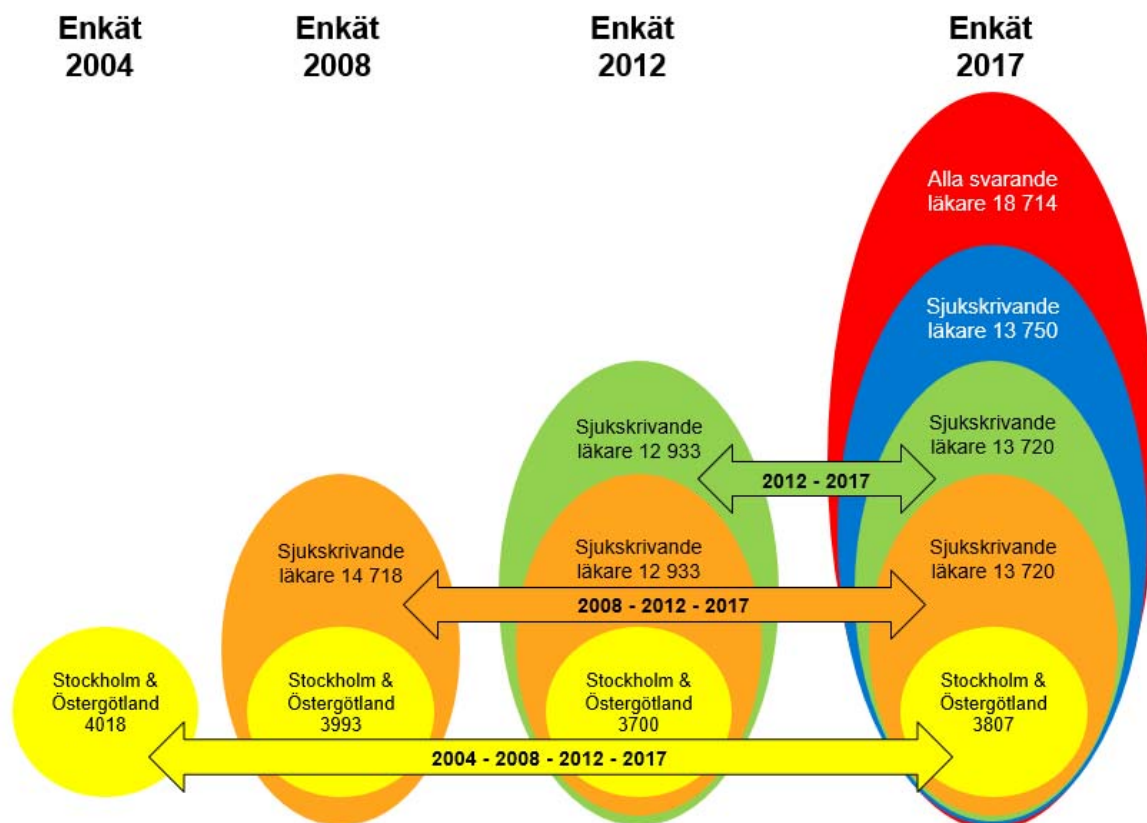
Resultat

Resultat

I denna rapport presenteras först resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från år 2017 (röd och blå del). Vissa svar presenteras även uppdelat på landsting, klinik/mottagning eller relaterade till svaren på andra frågor. *Landstingen* presenteras då i länsnummerordning och endast deras namn används i text och tabeller för att underlätta läsningen. *Typ av kliniker/mottagning/verksamhet* presenteras i bokstavsordning.

Därefter jämförs svar från 2017 års enkät med svar från motsvarande frågor från tidigare enkäter för de sjukskrivande läkare som besvarat dem. Resultaten av jämförelserna presenteras först för enkäterna 2017-2012 (grön del) och därefter för de tre enkäterna 2017-2012-2012 (aprikos del). Sist jämförs svar på de frågor som fanns i samtliga fyra enkäter 2017-2012-2008-2002, från läkarna i Stockholm och Östergötland (gul del). Dessa tre separata avsnitt av jämförelser görs för att så många svar som möjligt ska kunna jämföras mellan åren, även om frågorna inte funnits med i alla enkäter.

I Figur 1 gest en bild av dessa fem avsnitt, som har givits olika färger: röd, blå, grön, aprikos respektive gul.



Figur 1. En översiktsbild för illustration av de fem avsnitten i rapporten; röd, blå, grön, aprikos respektive gul.

Resultat

Upplägg av resultatpresentationen 2004-2017

Presentationen av resultaten är indelad i fem avsnitt, som även markeras med olika färger: rött, blått, grönt, aprikos respektive gult.

1: 2017 års enkät. Samtliga läkares svar

Redovisning av svar från *samtliga* läkare som besvarade 2017 års enkät vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för hela studiepopulationen, uppdelat per landsting och olika typer av kliniker/verksamheter.

Röda tabeller och figurer

2: 2017 års enkät. Svar från sjukskrivande läkare

Redovisning av svar från 2017 års enkät för läkare som möter patienter sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare, här kallade '*sjukskrivande läkare*' för att underlätta läsningen.

Blå tabeller och figurer

3: 2017-2012. Läkares arbete med sjukskrivning

För de *104 frågor* som fanns med i både 2012 och 2017 års enkäter jämförs svaren från sjukskrivande läkare i hela landet som var under 68 år respektive år.

Gröna tabeller och figurer

4: 2017-2012-2008. Läkares arbete med sjukskrivning

För de *87 frågor* som fanns med i 2008, 2012 och 2017 års enkäter jämförs svaren från sjukskrivande läkare i hela landet som var under 68 år respektive år.

Aprikosfärgade tabeller och figurer

5: 2017-2012-2008-2004. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholm och Östergötland

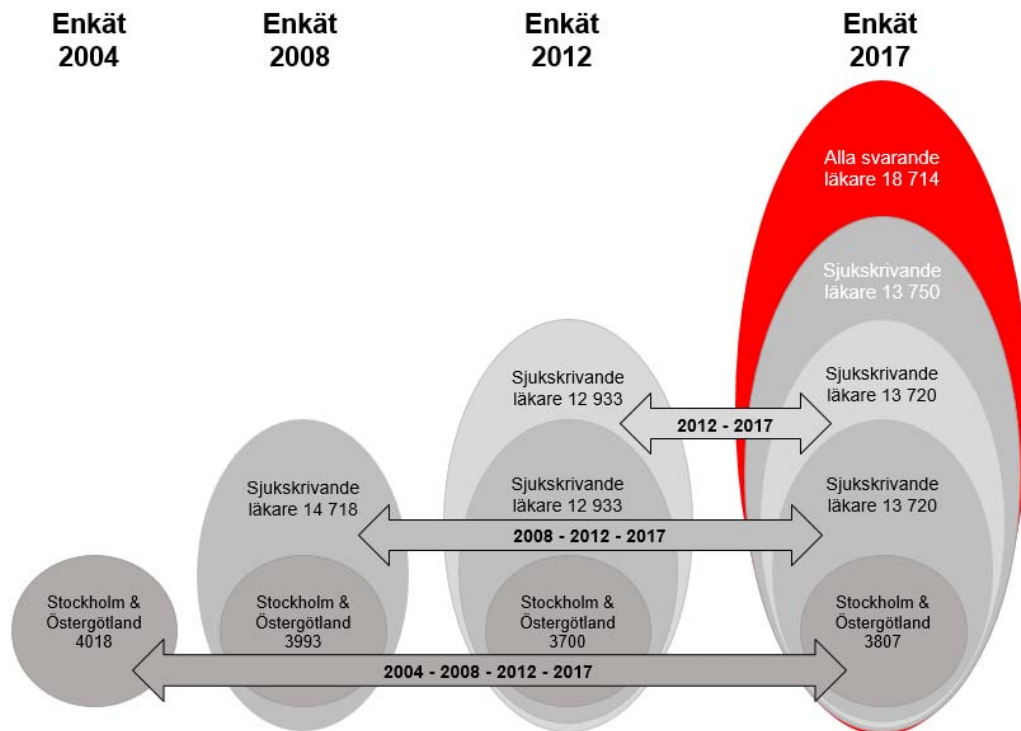
För de *48 frågor* som fanns med i samtliga fyra enkäter (2004, 2008, 2012 och 2017) jämförs svaren från sjukskrivande läkare som respektive år var under 65 år och huvudsakligen arbetade i Stockholms län eller i Östergötlands län.

Gula tabeller och figurer

Resultat

1.

Samtliga svarande läkare 2017



1. Svar från samtliga svarande läkare 2017

Antalet läkare som besvarade denna enkät var 18 714, varav 9 418 kvinnor (50,3 %) och 9 296 män (49,7 %).

I Tabell 6 nedan visas antal och andel svarande, totalt och uppdelat per landsting, baserat på det landsting där läkarna huvudsakligen arbetade, andel kvinnor, andel i olika åldersgrupper samt andel specialister.

Andelen svarande kvinnor per landsting varierade mellan som lägst 43 (Örebro) och som högst 55 procent (Stockholm). Åldersfördelningen redovisas uppdelat i tre åldersgrupper. Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns i Norrbotten (42 %) och störst andel äldre (55-68 år) fanns på Gotland (40 %). Andel specialistutbildade var störst i Uppsala (74 %). Även andel svarande per landsting visas i tabellen; 27 procent av alla svarande läkare arbetade i Stockholm.

Tabell 6. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.

Landsting	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialist %
Stockholm	5142	27	55	28	37	34	73
Uppsala	805	4	48	30	36	34	74
Södermanland	385	2	49	34	34	32	66
Östergötland	782	4	47	36	38	27	67
Jönköping	541	3	44	40	39	22	67
Kronoberg	272	1	48	38	32	30	68
Kalmar	336	2	49	33	35	32	68
Gotland	117	1	44	28	32	40	69
Blekinge	215	1	46	36	33	30	70
Skåne	2193	12	50	32	35	33	69
Halland	487	3	48	34	36	30	67
Västra Götaland	2755	15	50	34	35	31	69
Värmland	399	2	46	35	33	31	68
Örebro	530	3	43	33	32	35	71
Västmanland	312	2	52	38	29	32	64
Dalarna	491	3	44	41	30	29	61
Gävleborg	429	2	46	39	30	31	66
Västernorrland	334	2	48	37	31	31	66
Jämtland	251	1	45	35	36	29	68
Västerbotten	604	3	52	39	32	29	62
Norrbotten	347	2	49	42	27	31	64
Annat land ²	116	1	25	21	22	57	80
Har ej svarat på frågan om landsting ³	871	5	55	21	18	62	74
Hela landet	18 714	100	50,3	32,4	34,2	33,4	69,6

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² De som svarade "Annat land" har exkluderats ur kommande analyser.

³ 88 % av dessa hade inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna och var därför inte ombudda att svara på denna fråga.

Som framgår av Tabell 7 var det större skillnader mellan olika typer av kliniker än mellan landsting vad gäller andel kvinnor och andel i olika ålderskategorier. Störst andel kvinnor fanns inom gynekologi (81 %) och minst inom ortopedi (27 %). Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns på infektionskliniker (43 %) medan störst andel äldre (55-68 år) fanns inom Försäkringskassan/försäkringsbolag (81 %). Andelen specialister var störst inom företagshälsovård (96 %) och smärtmottagningar (95 %).

Tabell 7. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialist-utbildad %
Barn- o ungdom	590	3	69	41	34	24	61
Företagshälsovård	348	2	49	4	27	69	96
Försäkringskassa/bolag	26	<0,5	62	8	12	81	92
Geriatrisk	269	1	72	30	34	36	61
Hud	263	1	72	26	37	37	77
Infektion	376	2	51	43	35	21	63
Invärtesmedicin	1751	9	45	40	34	26	66
Kirurgi	1482	8	34	36	38	26	72
Neurologi	317	2	45	36	41	23	74
Gynekologi	366	2	81	36	34	30	70
Onkologi	351	2	64	34	39	26	70
Ortopedi	957	5	27	33	36	31	74
Psykiatri	1133	6	54	30	35	35	72
Rehabilitering	167	1	61	20	34	47	80
Reumatologi	202	1	64	32	34	34	78
Smärtmottagning	83	<0,5	37	4	31	65	95
Vårdcentral	4774	26	55	36	34	30	62
Ögon	417	2	55	27	39	34	80
Öron-, näs- och hals	450	2	49	32	36	32	74
Annan klinik/mottagning	2706	14	47	32	38	30	72
Administration	631	3	43	9	28	63	85
Ingen	191	1	43	23	21	55	71
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna ²	764	4	56	22	17	61	73
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	100	1	39	21	32	47	66
Samtliga läkare	18 714	100	50,3	32,4	34,2	33,4	69,6

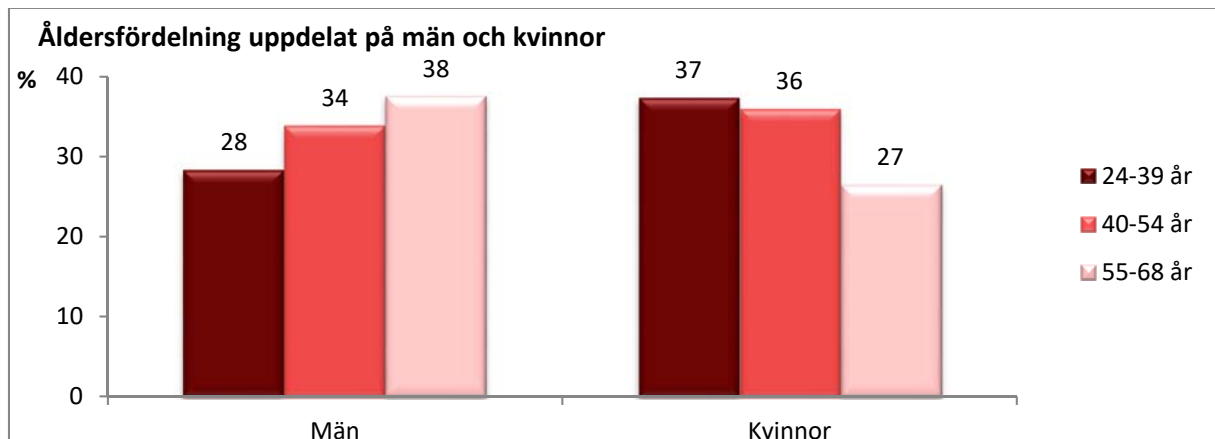
¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² De som inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna har exkluderats ur kommande analyser.

Yrkesverksamma

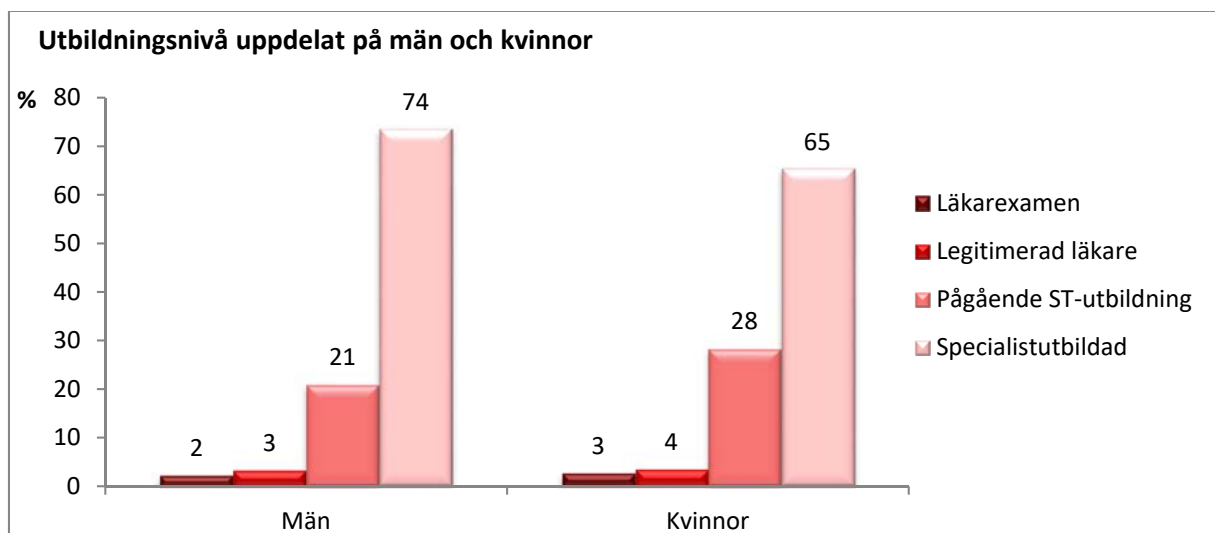
Resultatet i fortsättningen av detta avsnitt baseras på svar från de läkare (n=17 836) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Sverige. Det innebär att de 878 läkare som uppgav att de inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension, etcetera) eller huvudsakligen arbetade i ett annat land inte har tagits med i analyserna i resten av rapporten.

Det fanns en signifikant könsskillnad ($p < 0,001$) avseende åldersfördelningen. Av kvinnorna tillhörde den största andelen, 37 procent, den yngsta åldersgruppen, medan 38 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen (Figur 2).



Figur 2. Åldersfördelning (%) bland de svarande som var yrkesverksamma i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.

Det fanns även en könsskillnad ($p < 0,001$) när det gäller fördelningen av läkare vad avser högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). Av männen hade 74 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 65 procent.



Figur 3. Andel (%) läkare med läkaresexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.

Andel som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebär att patienten sjukskrivs, det vill säga, diskussion om sjukskrivning kan leda till att sjukskrivning inte är det bästa alternativet. Resultatet visar att de flesta, 64 procent, hade sådana konsultationer minst en gång per vecka (Figur 4). En liten andel av läkarna svarade inte på denna fråga ($n=203$, 1,1 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Av de 17 633 läkare som svarade på den frågan, var det 22 procent (n=3883) som aldrig har sjukskrivningsärenden (Figur 4). Av dessa var 49 procent kvinnor (visas ej i tabell).

I Tabell 8 visas uppgifterna för respektive landsting. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka varierade mellan 9 procent (Gotland, Halland, Dalarna, Gävleborg) och 15 procent (Jönköping, Västra Götaland, Norrbotten). Att andelen svarande läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning är aktuellt var störst i Stockholm (33 %), har samband med att även läkare i icke-kliniska verksamheter i Stockholm fick enkäten.

Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.

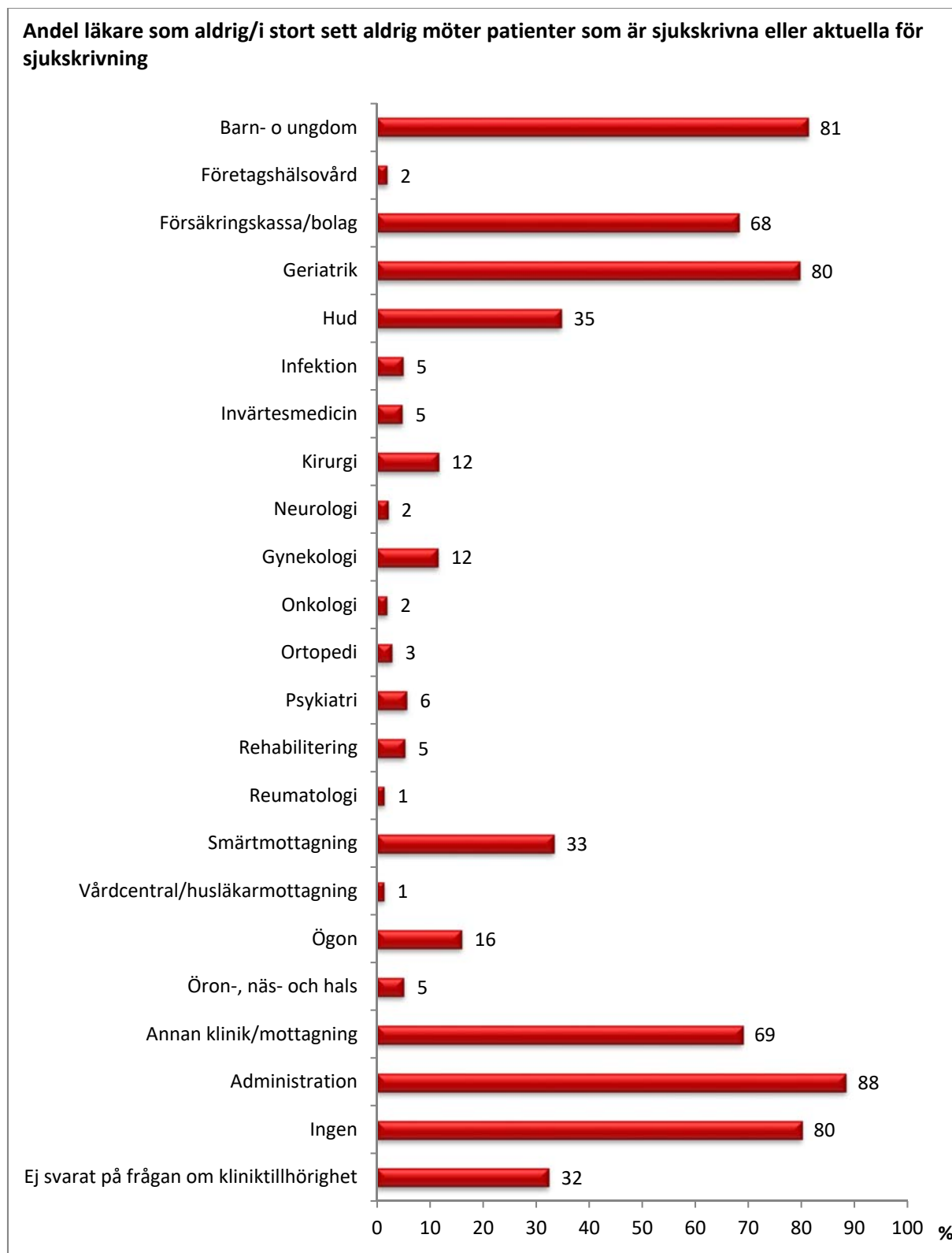
Landsting	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	5096	12	15	28	8	4	33
Uppsala	797	11	19	35	10	4	22
Södermanland	382	10	20	40	13	4	14
Östergötland	776	10	15	38	13	4	19
Jönköping	535	15	21	35	11	4	14
Kronoberg	271	11	20	38	14	4	14
Kalmar	333	10	20	42	9	4	15
Gotland	117	9	21	47	9	2	12
Blekinge	215	10	16	39	18	5	13
Skåne	2180	12	18	36	12	5	17
Halland	485	9	21	39	11	4	15
Västra Götaland	2744	15	18	31	11	4	21
Värmland	391	12	21	37	13	5	13
Örebro	523	10	18	39	12	4	17
Västmanland	311	14	22	32	11	3	18
Dalarna	489	9	22	40	11	4	13
Gävleborg	425	9	20	40	15	4	13
Västernorrland	332	12	23	31	14	4	16
Jämtland	251	11	18	40	11	4	15
Västerbotten	601	10	17	39	10	5	20
Norrbotten	341	15	21	35	12	3	15
Har ej svarat på frågan om landsting	38	13	16	18	8	0	45
Hela landet	17 633	12,0	17,6	33,6	10,7	4,2	22,0

Motsvarande resultat uppdelat på typ av klinik/mottagning visade en betydligt större variation än mellan landstingen (Tabell 9). De typer av kliniker/mottagningar där störst andel läkare hade konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning oftare än 10 gånger/vecka var onkologi, rehabilitering, ortopedi och företagshälsovård (36, 37, 39, respektive 50 %).

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn- o ungdom	584	1	1	5	5	7	81
Företagshälsovård	345	50	21	20	6	2	2
Försäkringskassa/-bolag	25	4	12	8	0	8	68
Geriatric	264	0	0	5	5	11	80
Hud	262	<0,5	2	5	20	37	35
Infektion	376	2	7	53	27	7	5
Invärtesmedicin	1746	4	8	44	32	8	5
Kirurgi	1456	9	15	46	15	3	12
Neurologi	312	7	21	57	11	2	2
Gynekologi	362	6	13	45	17	8	12
Onkologi	349	36	24	30	6	2	2
Ortopedi	949	39	33	22	1	1	3
Psykiatri	1114	29	26	30	8	2	6
Rehabilitering	167	37	29	22	4	3	5
Reumatologi	201	6	17	60	14	1	1
Smärtmottagning	81	25	11	22	6	2	33
Vårdcentral	4757	12	33	50	4	<0,5	1
Ögon	406	<0,5	2	16	36	29	16
Öron-, näs- och hals	444	3	6	53	27	6	5
Annan klinik/mottagning	2645	7	5	10	6	3	69
Administration	565	0	1	4	4	3	88
Ingen	155	4	6	9	1	0	80
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	68	9	10	38	6	4	32
Samtliga läkare	17 633	12,0	17,6	33,6	10,7	4,2	22,0

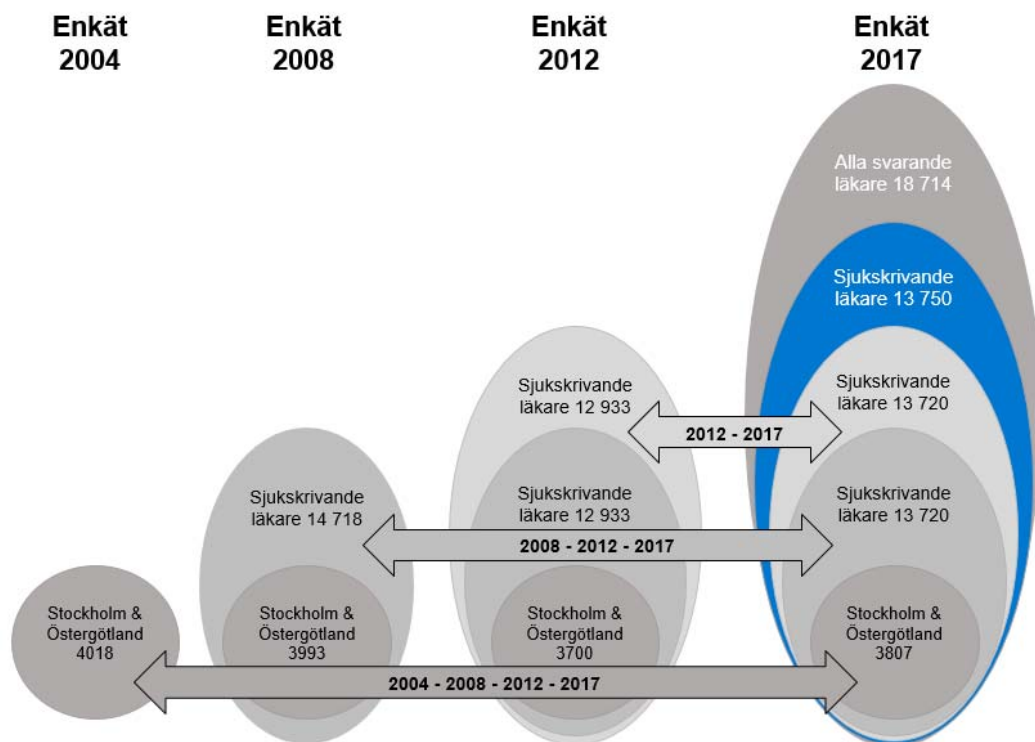
Andelen läkare som aldrig hade sjukskrivningsärenden varierade mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Figur 5). Minst andel fanns inom reumatologi och på vårdcentraler, där endast en procent angav att de aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.



Figur 5. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

2.

Svar från sjukskrivande läkare 2017



2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017

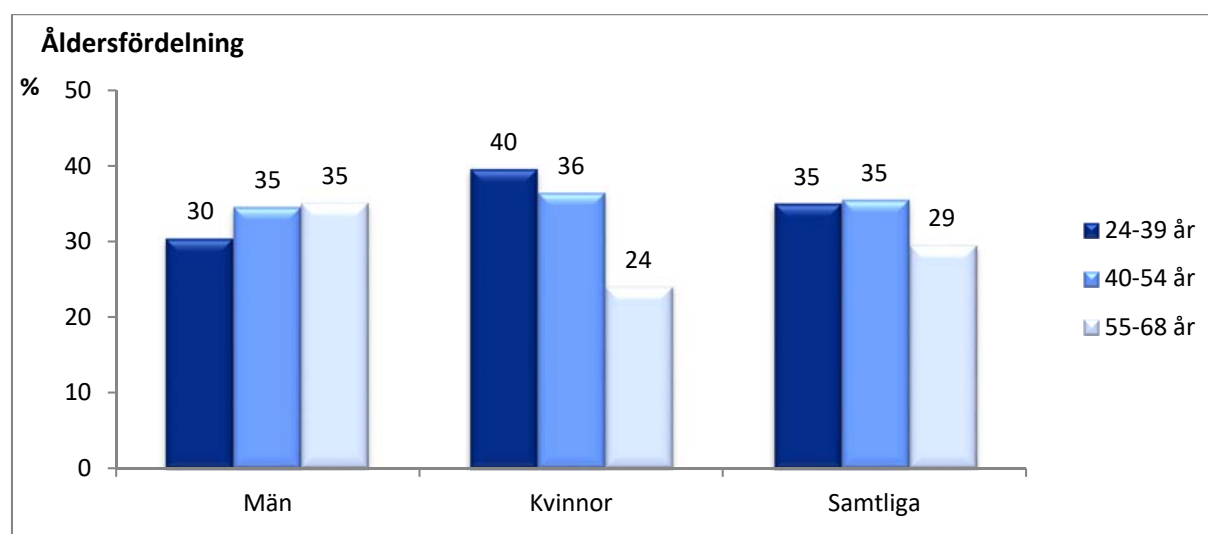
I detta avsnitt redovisas resultaten för de 13 750 läkare som svarat på enkäten och som:

- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade i Sverige
- var yrkesverksamma, det vill säga hade arbetat som läkare under den senaste 12-månadersperioden
- svarat att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning

För att underlätta läsningen kallas dessa läkare härnäst i rapporten för 'sjukskrivande läkare'. Av de sjukskrivande läkarna var 6821 (49,6 %) män och 6929 (50,4 %) kvinnor.

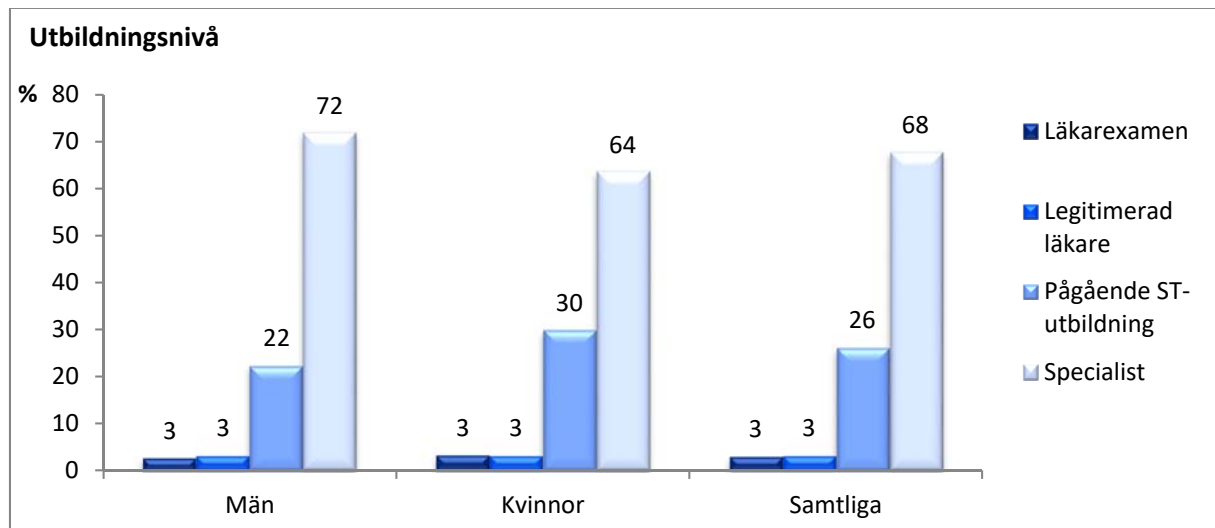
Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp (≤ 8 personer). För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på klinisk nivå, har de inkluderats i gruppen "Annan klinik/mottagning". I den gruppen redovisas även svar från läkare som svarade att de huvudsakligen arbetar på barn- och ungdomskliniker eller inom geriatrisk medicin samt de som svarade att de inte arbetar på någon klinik.

Som framgår av Figur 6 skilde sig åldersfördelningen mellan kvinnor och män i den yngsta och den äldsta åldersgruppen. Skillnaden i åldersfördelning är signifikant ($p < 0,001$). Bland kvinnorna tillhörde 40 procent den yngsta åldersgruppen och 24 procent den äldsta. Bland männen var fördelningen jämnare mellan åldersgrupperna där 30 procent ingick i den yngsta åldersgruppen och 35 procent i den äldsta gruppen.



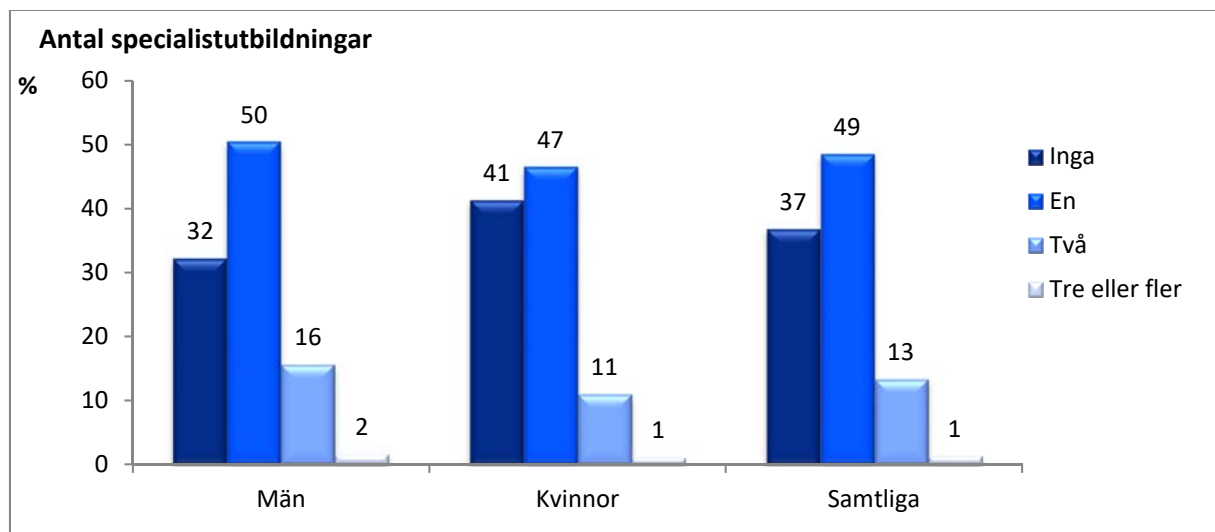
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen med specialistutbildning. En större andel av männen hade en specialistexamen (72 %), jämfört med kvinnorna (64 %) ($p < 0,001$) (Figur 7).



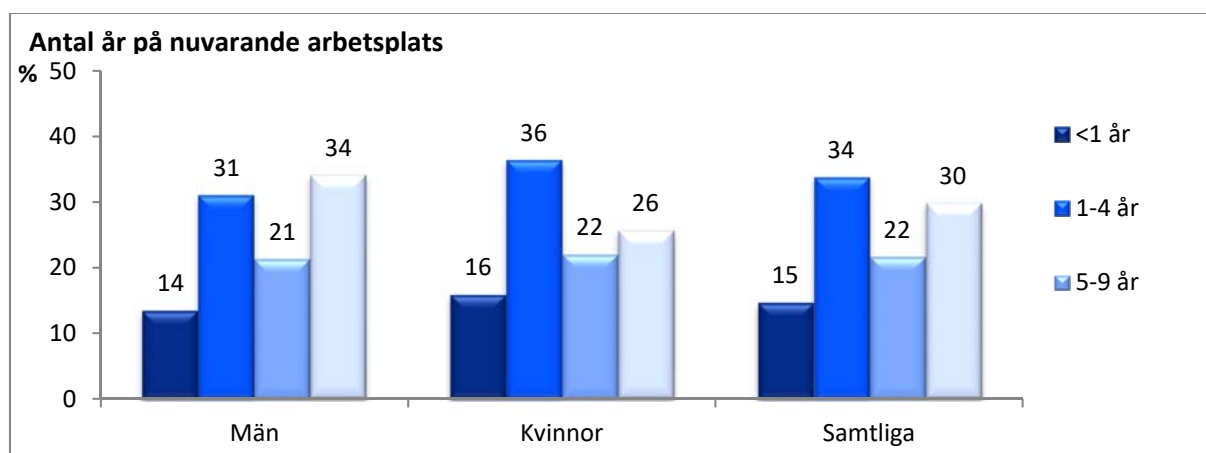
Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

I Figur 8 visas även andel med fler än en specialistutbildning. Det framgår där tydligt att andelen icke-specialister var större bland kvinnorna (41 %) än bland männen (32 %).



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Nästan hälften (49 %) av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och en tredjedel tio år eller längre (Figur 9). En större andel män (34 %) jämfört med kvinnor (26 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats ($p < 0,001$).



Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Antalet sjukskrivande läkare i de olika *landstingen* som svarat på enkäten avspeglar landstingens befolkningsstorlek; med flest svarande från de stora regionerna; Stockholm (25 %), Västra Götaland (16 %) och Skåne (13 %) (Tabell 10). Könsfördelningen varierade något, med störst andel kvinnor i Stockholm (55 %) och minst i Örebro (43 %). Ålderssammansättningen varierade också. Störst andel yngre läkare bland de svarande fanns i Norrbotten och Dalarna (44 % respektive 43 %), och störst andel äldre fanns på Gotland (39 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Uppsala (73 %) och minst i Västerbotten och Dalarna (59 % respektive 60 %).

Tabell 10. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.

Landsting	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Stockholm	3411	24,8	55	31	38	31	71
Uppsala	619	4,5	48	32	35	33	73
Södermanland	330	2,4	48	35	35	31	66
Östergötland	626	4,6	47	37	38	25	66
Jönköping	459	3,3	45	42	38	20	66
Kronoberg	234	1,7	51	39	32	29	67
Kalmar	282	2,1	49	36	35	29	66
Gotland	103	0,7	45	30	31	39	67
Blekinge	186	1,4	47	36	35	29	70
Skåne	1805	13,1	51	33	36	31	68
Halland	410	3,0	49	34	37	30	67
Västra Götaland	2173	15,8	51	36	35	29	67
Värmland	340	2,5	48	35	33	32	68
Örebro	435	3,2	43	34	32	34	71
Västmanland	255	1,9	53	40	31	29	63
Dalarna	425	3,1	44	43	31	26	60
Gävleborg	371	2,7	45	39	32	30	66
Västernorrland	280	2,0	48	40	31	30	66
Jämtland	213	1,5	47	37	33	30	66
Västerbotten	483	3,5	53	42	33	25	59
Norrbotten	289	2,1	50	44	30	26	63
Har ej svarat på frågan om landsting ²	21	<0,5	62	33	24	43	80
Samtliga läkare	13 750	100	50	35	35	29	68

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² Dessa läkare har i fortsättningen av rapporten inte tagits med i de landstingsspecifika redovisningarna.

Resultat

Skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* var betydande (Tabell 11). Störst andel svarande kvinnor återfanns inom gynekologi (81 %) och störst andel män inom ortopedi (74 %).

Åldersfördelningen inom företagshälsovård och smärtklinik utmärker sig med endast fyra procent av läkarna under 40 år. Dessa kliniker/mottagningar hade också störst andel läkare i den äldsta gruppen (68 % respektive 61 %) och även störst andel specialistutbildade läkare (96 % respektive 93 %). I åldersgruppen 40-54 år skiljer sig inte klinikerna/mottagningarna sig åt mer än marginellt. Det är i den yngre och äldre gruppen som variationen är stor. Andelen läkare i den yngsta gruppen varierade från mellan 4 procent inom företagshälsovård och smärtklinik till 45 procent inom infektionskliniker och i den äldsta gruppen från 19 procent inom infektion och 68 procent inom företagshälsovård.

Tabell 11. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

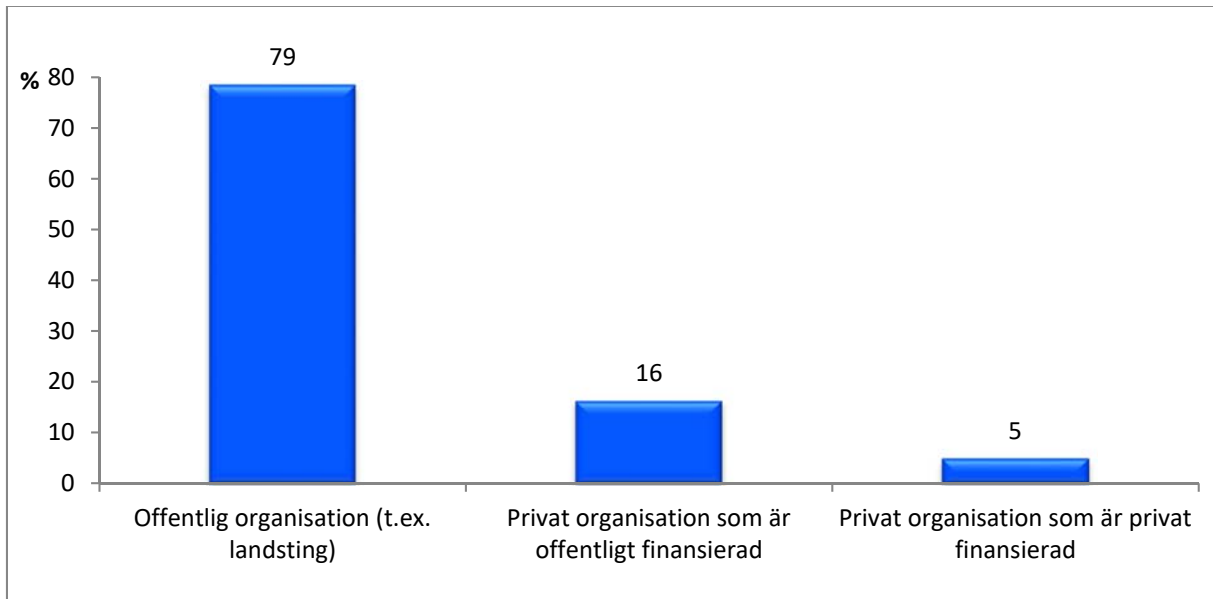
Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	338	2,5	50	4	28	68	96
Hud	171	1,2	75	29	40	32	76
Infektion	357	2,6	51	45	36	19	62
Invärtesmedicin	1661	12,1	46	41	34	24	65
Kirurgi	1285	9,3	34	37	39	24	71
Neurologi	305	2,2	46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

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

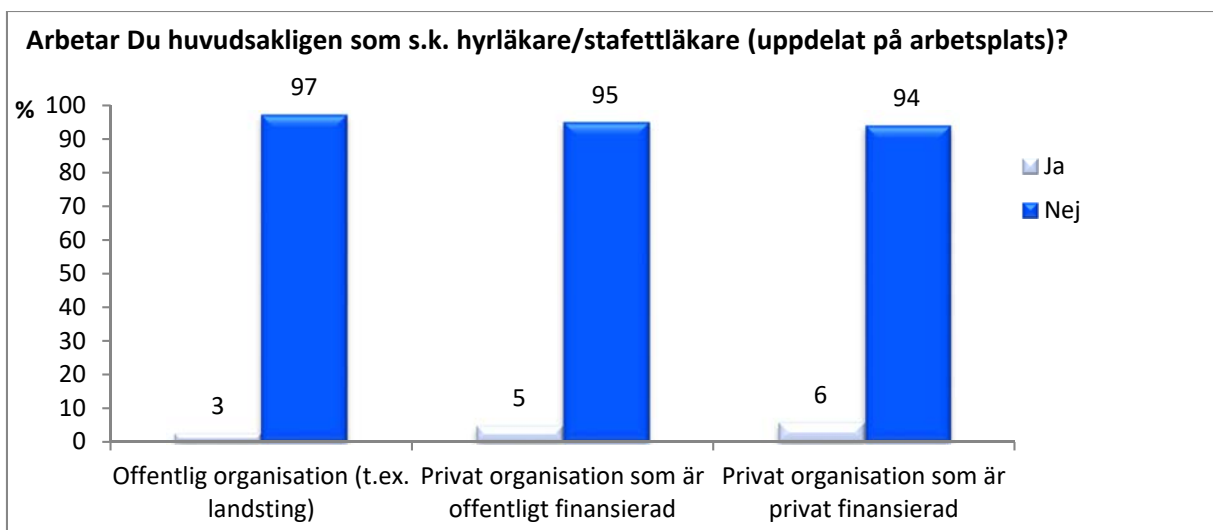
³ I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n ≤8). Där ingår även läkare inom barn- och ungdomskliniker, geriatrik samt de som svarade att de inte arbetade på någon klinik.

Avseende *offentlig/privat organisation respektive hyr-/stafettläkare* framkom att av de svarande läkarna arbetade den absoluta majoriteten (95 %) huvudsakligen inom offentligt finansierade organisationer medan endast fem procent arbetade inom organisationer som är både privat organiserade och finansierade. Sexton procent arbetade i en privat organisation som är offentligt finansierad (Figur 10).



Figur 10. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.

Deltagarna fick en fråga om de huvudsakligen arbetade som så kallade hyrläkare/stafettläkare; detta definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Sammanlagt svarade tre procent att de arbetade som hyrläkare/stafettläkare. Av dem var 37 procent (n=165) kvinnor. I Figur 11 framgår att andelen läkare som arbetade som hyr-/stafettläkare var liten oavsett typ av organisation de huvudsakligen arbetade inom; andelen var något större inom privat organisation med privat finansiering (6 %).



Figur 11. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.

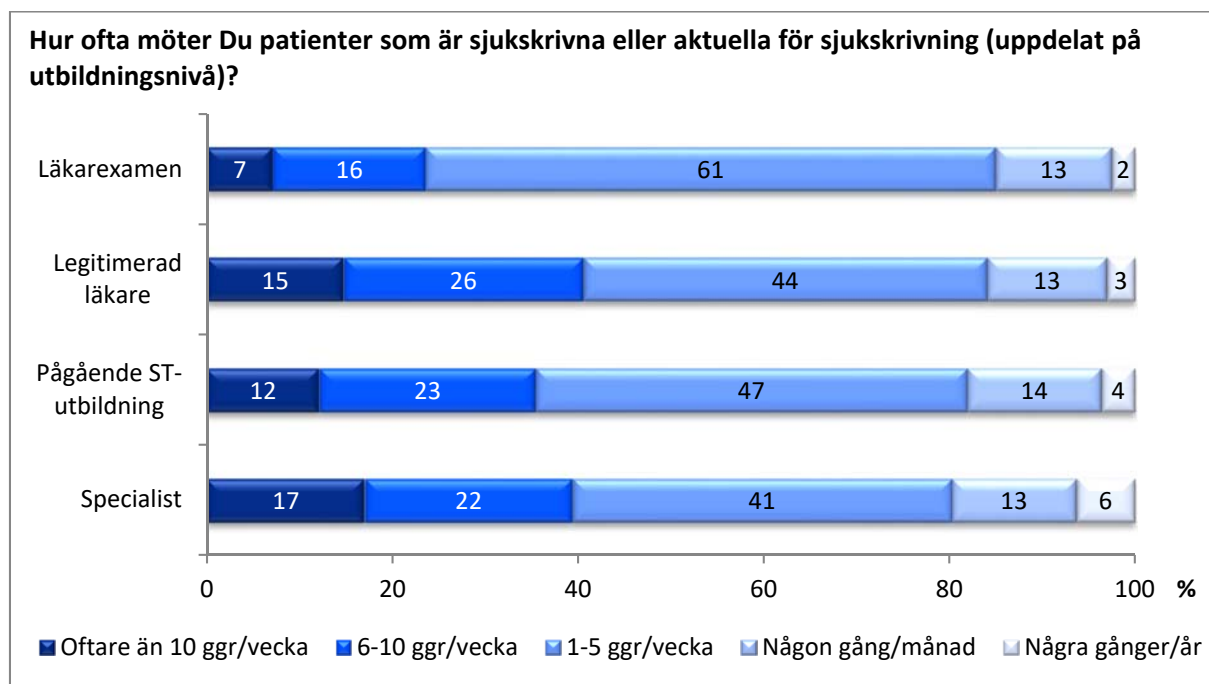
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 12 visas andel läkare i förhållande till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden. Det framgår att drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka.



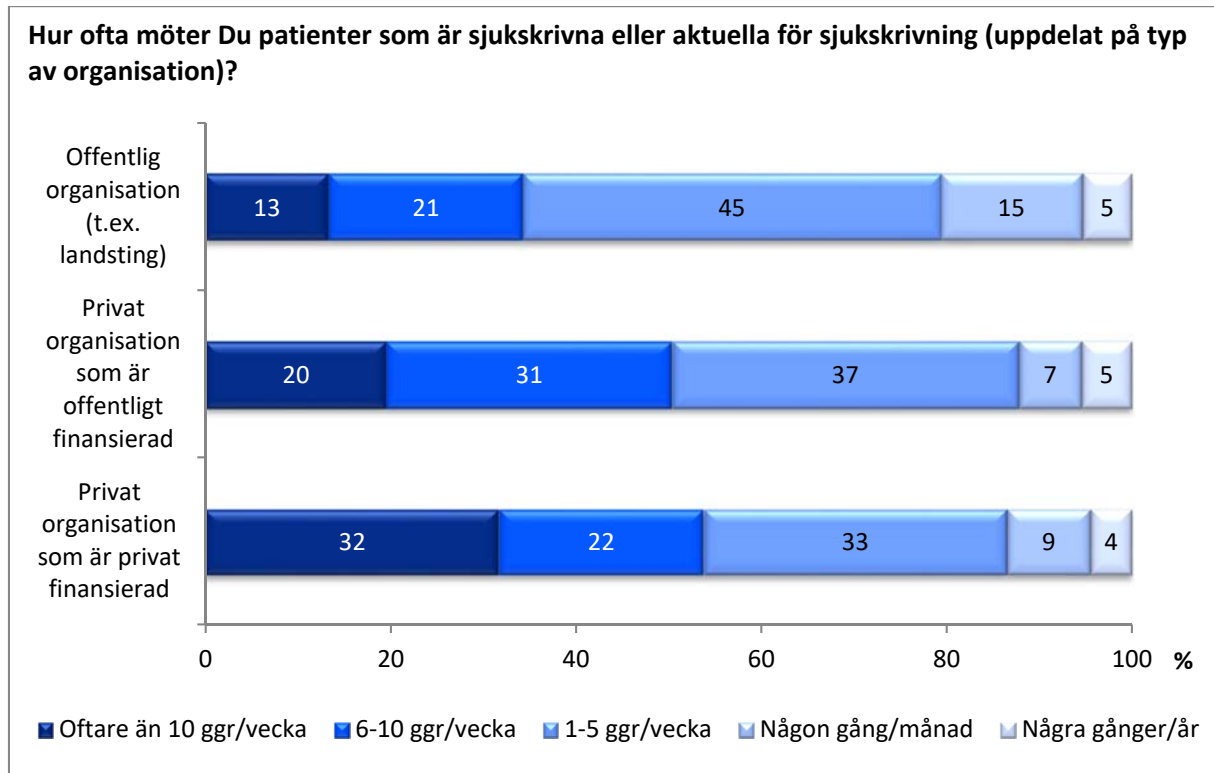
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

På frågan om hur ofta läkaren möter patienter aktuella för sjukskrivning fanns fem svarsalternativ; från 'Fler än 10 gånger per vecka' till 'Någon gång per år'. (De som svarat det sjätte alternativet: 'Aldrig/i stort sett aldrig', har exkluderats i detta blå avsnitt.) Det var en relativt jämn fördelning vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning för alla svarsalternativ tillsammans (Figur 13). Ett undantag är de läkare som endast har läkarexamen, de har färre sjukskrivningsärenden; sju procent av dem har det oftare än 10 gånger/vecka, jämfört med 17 procent bland specialisterna.



Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

En större andel av läkarna som arbetade i privata organisationer hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka än av dem i offentliga organisationer, Figur 14. Störst andel (32 %) med sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka fanns bland läkare i privata organisationer som var privat finansierade.



Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.

Motsvarande siffror för hyr-/stafettläkare var: 20 procent oftare än tio gånger/vecka, 34 procent 6-10 gånger/vecka samt 33 procent 1-5 gånger/vecka.

I Tabell 12 redovisas hur ofta läkare möter patienter som är aktuella för sjukskrivning, uppdelat på *landsting*. I Stockholm och Västra Götaland svarade 19 procent av läkarna att de har sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka. På Gotland och i Gävleborg var motsvarande siffra tio procent, vilket var den minsta andelen i landet.

Resultat

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.

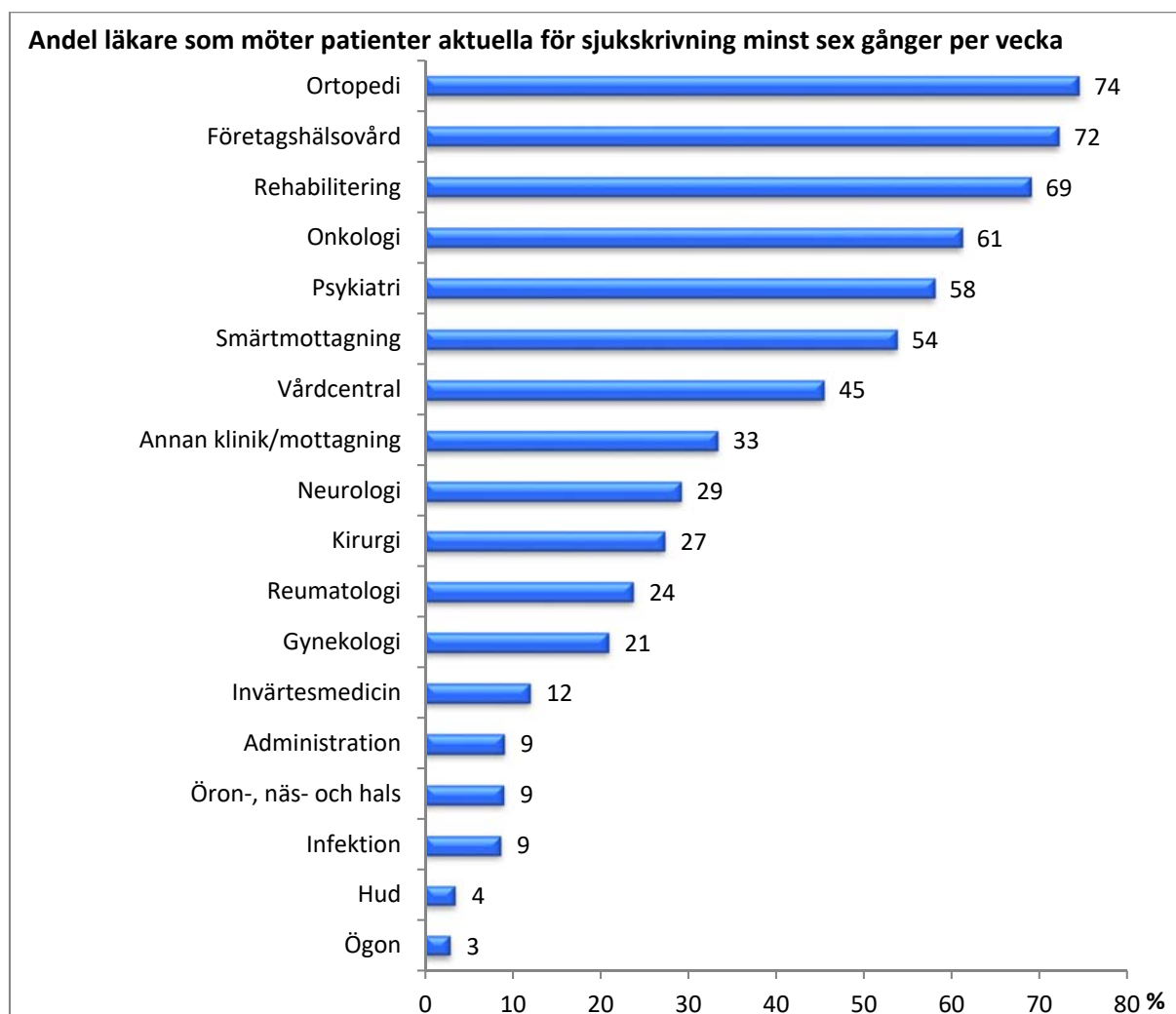
Landsting	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Stockholm	19	22	41	12	7
Uppsala	14	25	45	12	5
Södermanland	11	24	46	15	5
Östergötland	13	19	47	16	5
Jönköping	17	25	41	13	4
Kronoberg	12	23	44	16	5
Kalmar	11	24	50	11	4
Gotland	10	24	53	11	2
Blekinge	11	18	45	20	5
Skåne	14	21	44	15	6
Halland	11	25	46	13	5
Västra Götaland	19	22	40	14	5
Värmland	14	24	42	14	5
Örebro	12	22	47	15	5
Västmanland	17	27	40	13	4
Dalarna	11	25	47	12	5
Gävleborg	10	23	46	17	4
Västernorrland	14	28	36	17	5
Jämtland	13	22	47	13	5
Västerbotten	12	21	48	13	6
Norrbottn	17	25	41	14	3
Hela landet	15	23	43	14	5

Konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning förekom bland läkare inom alla olika typer av *kliniker/mottagningar*, men variationen mellan olika typer av kliniker/mottagningar var betydligt större än mellan landstingen (ögon <0,5 % jämfört med företagshälsovård 51 %) (Tabell 13).

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Företagshälsovård	51	22	20	6	2
Hud	1	3	8	31	57
Infektion	2	7	55	29	7
Invärtesmedicin	4	8	46	33	8
Kirurgi	10	17	52	17	4
Neurologi	8	22	58	11	2
Gynekologi	7	14	51	19	9
Onkologi	37	25	31	6	2
Ortopedi	40	34	23	2	1
Psykiatri	30	28	32	8	2
Rehabilitering	39	30	23	4	3
Reumatologi	6	18	61	15	1
Smärtmottagning	37	17	33	9	4
Vårdcentral	12	33	50	4	<0,5
Ögon	<0,5	3	19	43	35
Öron-, näs- och hals	3	6	56	29	6
Annan klinik/mottagning	19	14	31	20	16
Administration	0	9	30	33	27
Samtliga läkare	15	23	43	14	5

I Figur 15 presenteras andelen läkare, inom olika *typer av kliniska verksamheter*, som uppgav att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka fanns på ortopedkliniker (74 %), inom företagshälsovård (72 %), rehabilitering (69 %) och onkologi (61 %). På vårdcentraler var motsvarande andel 45 procent.



Figur 15. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Sammanfattning

Fyra av fem av de sjukskrivande läkarna uppgav att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och 38 procent minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst inom ortopedi (74 %), företagshälsovård, rehabilitering och onkologi. Fyrtiofem procent av vårdcentralsläkarna hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Bland de specialistutbildade läkarna fanns störst andel som hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka; detsamma gällde läkare som arbetade i privata organisationer vare sig dessa var offentligt eller privat finansierade.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

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

På en övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska svarade drygt 40 procent att de upplevde detta minst en gång per vecka (Figur 16). Nio procent svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var problematiska.



Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

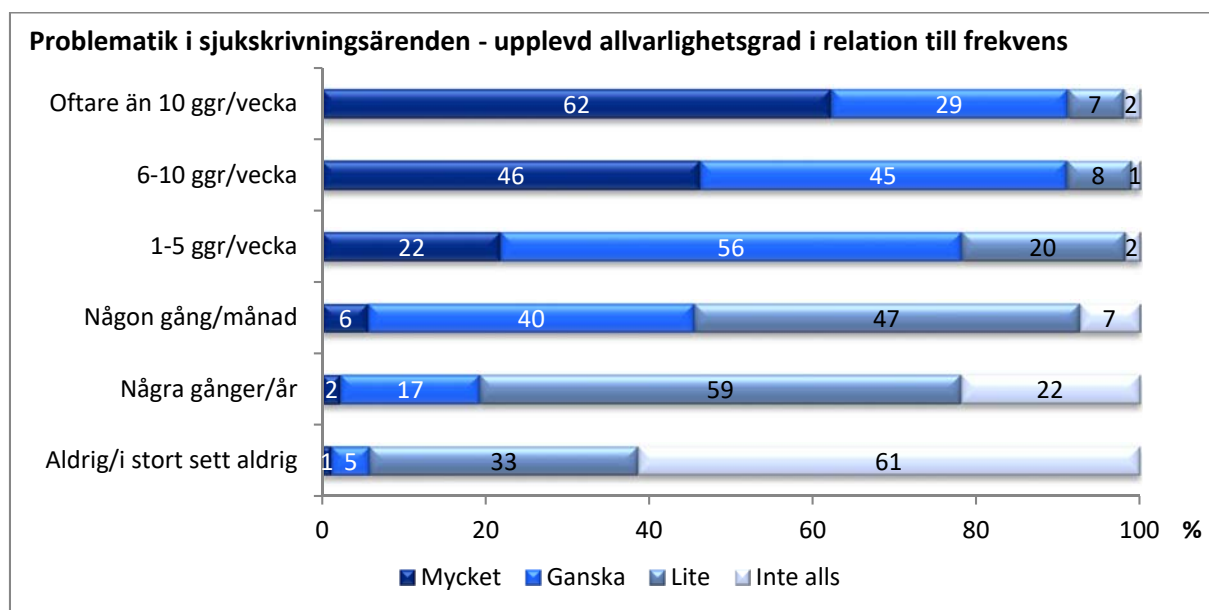
Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Fjorton procent tyckte det var mycket problematiskt och 13 procent att det inte alls var problematiskt. Drygt hälften av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 17).



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

I Figur 18 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de är. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få (1 %) av dem som aldrig eller högst några gånger/år upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket problematiska.

Korrelationskoefficienten mellan svaren, beräknad med Kendalls tau-b, var 0,54, det vill säga, det fanns ett samband mellan frekvens och allvarlighetsgrad.



Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Det fanns vissa skillnader mellan *landstingen* vad gällde hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska (Tabell 14). Andelen läkare som gjorde detta minst en gång per vecka varierade från 36 procent (Blekinge) till 51 procent (Gotland). Störst andel läkare som aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden var 10-12 procent i Stockholm, Västra Götaland respektive i Västerbotten.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	10	33	27	19	12
Uppsala	7	31	32	21	9
Södermanland	9	36	31	19	6
Östergötland	6	31	30	25	8
Jönköping	8	35	28	21	8
Kronoberg	6	35	30	21	8
Kalmar	8	30	35	20	7
Gotland	9	42	26	15	8
Blekinge	6	30	32	25	8
Skåne	9	35	28	19	9
Halland	10	35	26	20	9
Västra Götaland	7	33	29	21	10
Värmland	8	37	29	21	5
Örebro	7	35	26	23	8
Västmanland	8	34	31	19	8
Dalarna	4	37	35	19	5
Gävleborg	8	35	31	18	7
Västernorrland	10	31	29	22	8
Jämtland	10	39	28	14	9
Västerbotten	8	35	26	21	10
Norrbottn	6	36	30	21	7
Hela landet	8	34	29	20	9

Resultat

Det var en stor variation mellan olika *typer av klinik/mottagning* i hur ofta läkare upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska (Tabell 15). Andelen varierade mellan en och 19 procent att uppleva problem med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. De typer av kliniker/mottagningar där störst andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka var vårdcentraler (70 %), företagshälsovård (59 %) och psykiatri (57 %). Andelen som aldrig/i stort sett aldrig hade problem med sjukskrivningsärenden varierade från <0,5 procent på vårdcentral till 37 procent på hudmottagningar.

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	19	40	27	11	3
Hud	1	2	11	49	37
Infektion	1	6	21	49	24
Invärtesmedicin	2	14	35	37	13
Kirurgi	2	11	32	38	17
Neurologi	6	35	40	16	2
Gynekologi	4	23	34	24	15
Onkologi	3	15	41	32	10
Ortopedi	10	40	35	11	4
Psykiatri	18	39	27	11	4
Rehabilitering	10	40	26	18	6
Reumatologi	6	43	36	13	2
Smärtmottagning	6	37	35	12	10
Vårdcentral	13	57	26	4	<0,5
Ögon	1	4	16	52	27
Öron-, näs- och hals	1	5	33	43	19
Annan klinik/mottagning	4	17	23	25	32
Administration	5	18	21	34	23
Samtliga läkare	8	34	29	20	9

I Tabell 16 visas i vilken typ av organisation läkarna arbetade och hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden problematiska. Två tredjedelar av läkarna som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka arbetade i privat organisation med offentlig finansiering. Motsvarande siffra för läkare i offentlig organisation var 38 procent.

Tabell 16. Andel (%) läkares organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

	Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Offentlig organisation (t.ex. landsting)	2	5	31	30	22	10
Privat organisation som är offentligt finansierad	4	9	46	23	10	8
Privat organisation som är privat finansierad	6	9	37	25	13	9

Skillnader mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare när det gällde hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska visas i Tabell 17. Minst en gång per vecka upplevde 66 procent av hyr-/stafettläkarna denna typ av problem medan motsvarande för övriga läkare var 41 procent.

Tabell 17. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

	Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Hyrläkare/stafettläkare	5	10	51	19	10	5
Övriga	2	6	33	29	20	9

Även svaren på *hur* problematiskt arbetet med sjukskrivningar upplevdes, det vill säga, allvarlighetsgrad av problemen snarare än frekvensen, varierade något mellan *landstingen* (Tabell 18). Sextiofem procent av läkarna i Jämtland upplevde handläggning av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematisk, medan motsvarande andel var 45 procent i Uppsala och i Blekinge.

Tabell 18. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på landsting.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Stockholm	15	36	32	16
Uppsala	11	34	41	15
Södermanland	15	45	32	9
Östergötland	12	35	40	14
Jönköping	12	38	39	12
Kronoberg	13	35	37	15
Kalmar	18	37	35	10
Gotland	19	40	35	7
Blekinge	10	35	44	12
Skåne	15	39	34	12
Halland	13	37	36	13
Västra Götaland	11	38	37	14
Värmland	17	43	33	8
Örebro	13	37	39	11
Västmanland	11	37	42	11
Dalarna	12	38	41	8
Gävleborg	13	42	38	7
Västernorrland	13	36	37	14
Jämtland	15	50	29	6
Västerbotten	16	38	33	13
Norrbotten	10	42	40	8
Hela landet	14	38	36	13

Resultat

Majoriteten av läkarna på vårdcentraler (77 %) upplevde sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska (Tabell 19). Även inom reumatologi (68 %), psykiatri (61 %) och neurologi (60 %) var det en majoritet av läkarna som upplevde detta. Den största andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som mycket problematiska återfanns på vårdcentral (24 %), smärtmottagning (22 %) och reumatologi (20 %).

Tabell 19. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

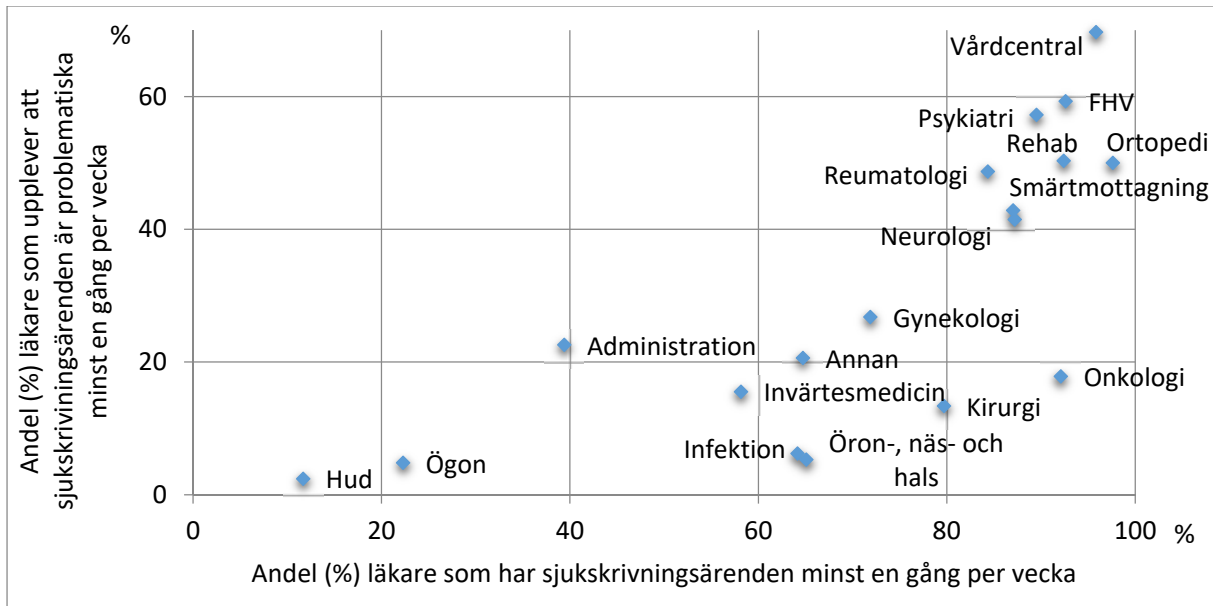
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	10	35	39	16
Hud	4	24	54	18
Infektion	1	14	60	24
Invärtesmedicin	7	30	49	14
Kirurgi	4	19	49	28
Neurologi	14	46	34	6
Gynekologi	10	31	42	17
Onkologi	3	18	59	20
Ortopedi	12	35	43	10
Psykiatri	15	46	30	9
Rehabilitering	13	33	38	15
Reumatologi	20	48	30	2
Smärtmottagning	22	37	31	10
Vårdcentral	24	53	21	3
Ögon	3	21	48	28
Öron-, näs- och hals	3	19	54	24
Annan klinik/mottagning	9	24	34	33
Administration	8	33	41	18
Samtliga läkare	14	38	36	13

Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

I Figur 19 visas relationer mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av att uppleva dem som problematiska, uppdelat på olika typer av kliniker/mottagningar. Korrelationen mellan frågorna om frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av att uppleva dem som problematiska var 0,46, dvs relativt högt.

Andelen läkare inom de olika typerna av kliniker/mottagningar som hade sjukskrivningsärenden *minst en gång per vecka* relateras till andelen som hade problem med hantering av sjukskrivningsärenden lika ofta, det vill säga *minst en gång per vecka* (Figur 18).

Läkare som arbetade på hudkliniker och inom ögon hade relativt få sjukskrivningsärenden och upplevde dessa sällan som problematiska. På onkolog- och kirurgkliniker hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden varje vecka och en relativt liten andel av dem upplevde dessa som problematiska. Bland andra grupper av läkare med stor andel konsultationer per vecka, svarade däremot en stor andel av läkarna att de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Störst andel med problem bland de sistnämnda fanns bland läkarna på vårdcentraler, följda av läkare inom företagshälsovård och psykiatri.



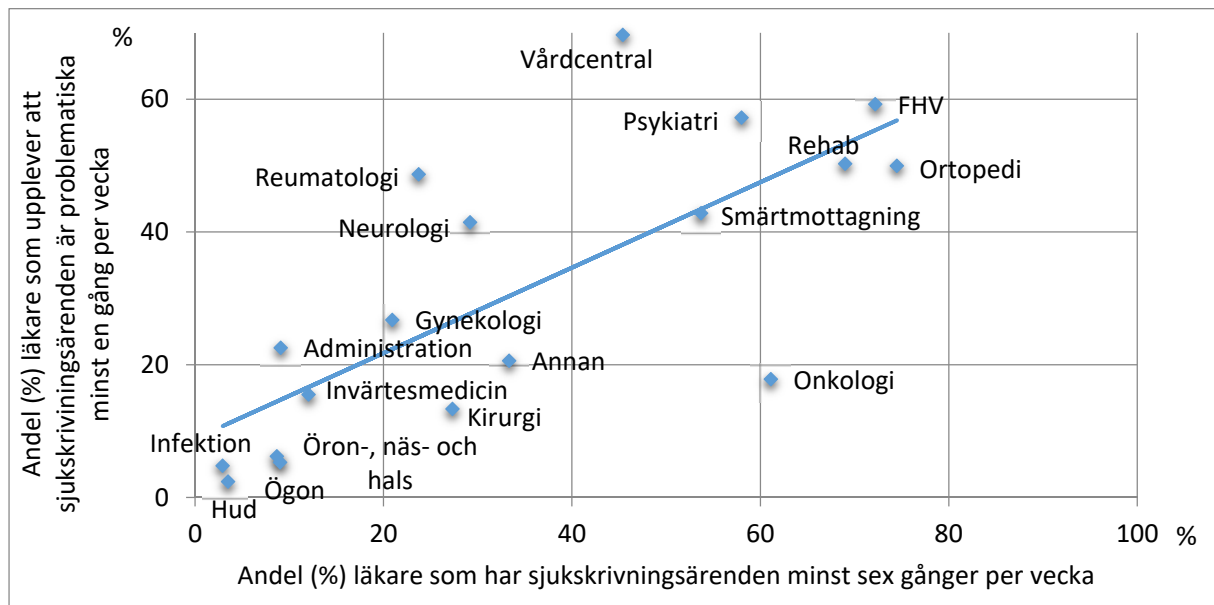
Figur 19. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

I Figur 20 visas motsvarande samband som i Figur 19, men för andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som hade sjukskrivningsärenden *minst sex gånger per vecka* och upplevde dessa som problematiska *minst en gång per vecka*. Där utgår vi från att läkare inte upplever varje sjukskrivningsärende som problematiskt.

Då ser fördelningen något annorlunda ut och förhållandet mellan antal ärenden och hur ofta dessa upplevs som problematiska är mer linjärt, det vill säga, ju större andel som har många ärenden på kliniken, desto större andel upplevde dessa som problematiska åtminstone någon gång per vecka, med vissa undantag. Vi har i bilden även lagt in en regressionslinje för att visa detta samband och lutningen för det. De flesta typer av kliniker ligger nära linjen.

Bland läkare inom onkologi hade en relativt liten andel problem varje vecka, trots att en stor andel ofta hade sjukskrivningsärenden. Läkare som arbetade på vårdcentral skiljde sig från övriga genom att andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka var störst medan andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka (45 %) var mindre än inom flera andra typer av kliniker/mottagningar. Även läkare inom psykiatri, reumatologi och neurologi avvek något från ett linjärt samband. De hade, i förhållande till antal ärenden, något större andel som upplevde problem varje vecka.

Resultat



Figur 20. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, samt regressionslinje för sambanden.

I Figur 20 ovan illustreras relationen mellan andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniker och andelen som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka för olika kliniker. Det estimerade sambandet (inte ett orsakssamband) visas med regressionslinjen. Klinikerna ligger olika långt från regressionslinjen beroende på hur mycket klinikerna avviker från det estimerade värdet. I Tabell 20 visas avståndet i procentenheter mellan den faktiska andelen läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan och det estimerade värdet, uppdelat på typ av klinik/mottagning. De största avvikelserna mellan estimerat och faktiskt värde finns för vårdcentraler. där andel läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska ≥ 1 gång/vecka är 32 procentenheter större än estimerat och reumatologi 25 procentenheter. Inom onkologi var andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden problematiska 30 procentenheter mindre än det estimerade värdet.

Tabell 20. Avstånd i procentenheter från andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Avstånd till estimerad regressionslinje ¹
Företagshälsovård	4
Hud	-9
Infektion	-8
Invärtesmedicin	-1
Kirurgi	-13
Neurologi	14
Gynekologi	4
Onkologi	-30
Ortopedi	-7
Psykiatri	11
Rehabilitering	-3
Reumatologi	25
Smärtmottagning	-1
Vårdcentral	32
Ögon	-6
Öron-, näs- och hals	-9
Annan klinik/mottagning	-10
Administration	8

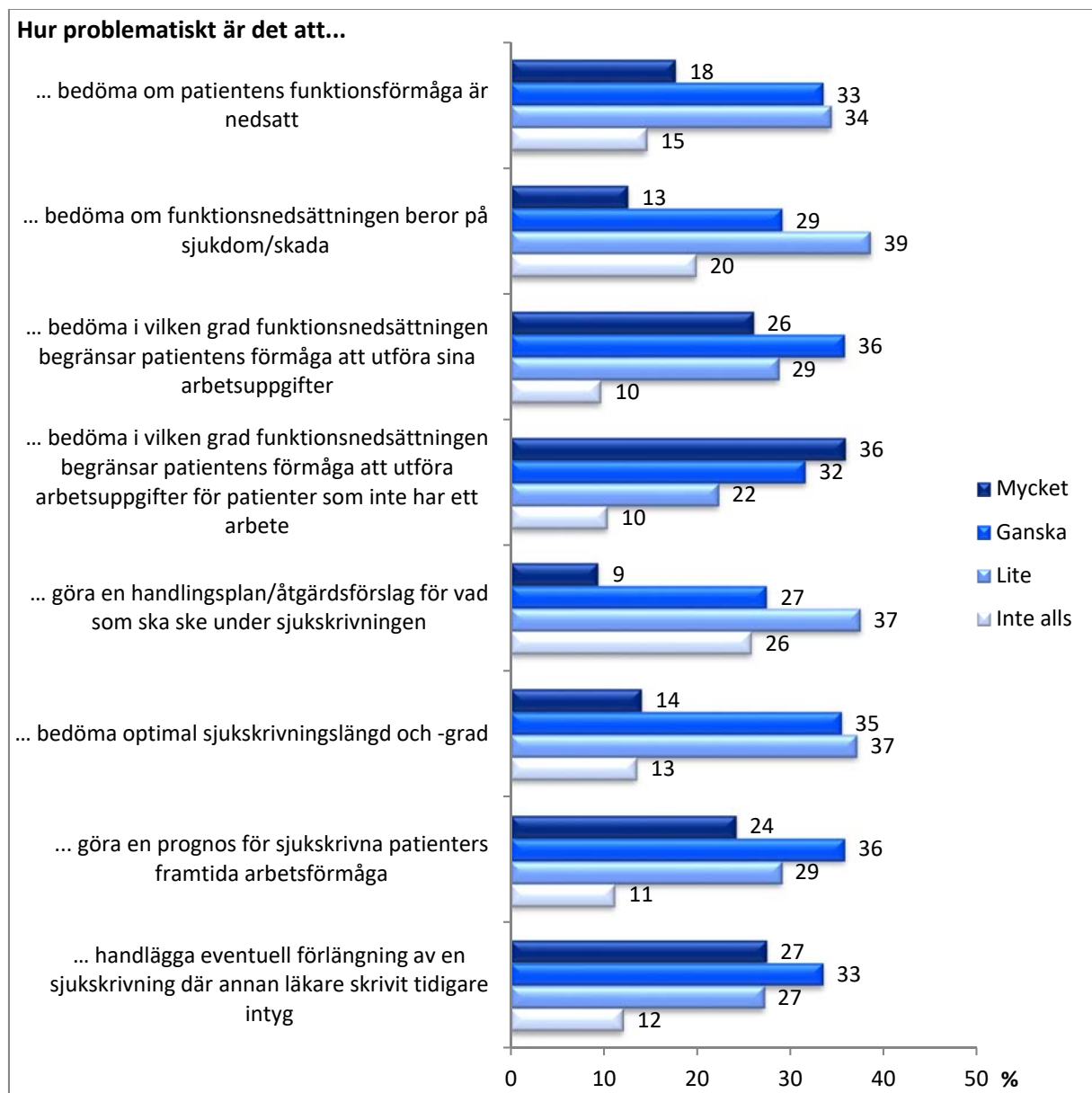
¹ Värdet större än det absoluta värdet 13 är i fet stil

Allvarlighetsgrad av specifika problem

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 77) respektive ”Samarbete och samverkan” (sidan 91) längre fram i rapporten.

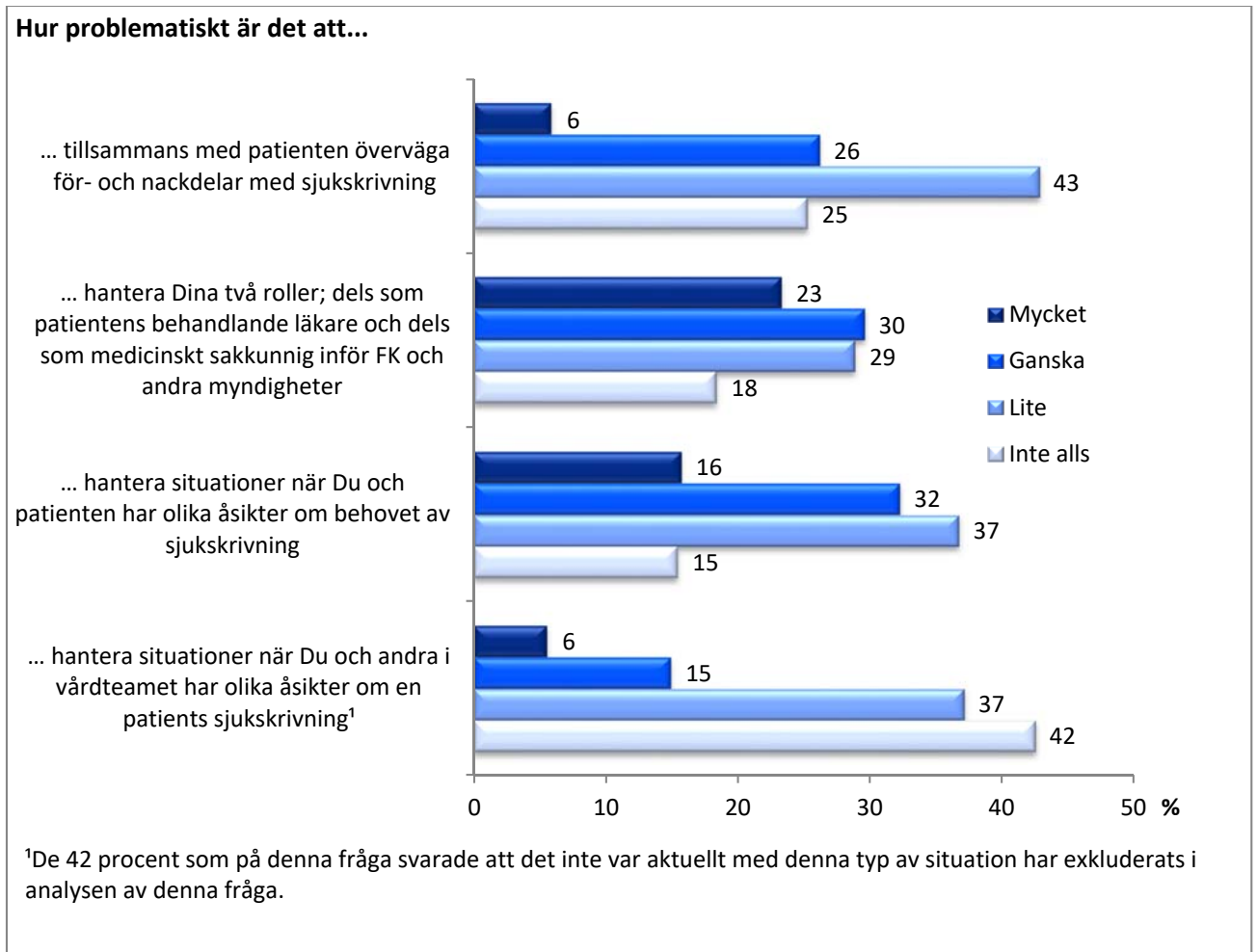
Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 36 procent angav det som mycket problematiskt och 32 procent som ganska problematiskt (Figur 21).

En majoritet av läkarna svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som hade ett arbete, att göra en prognos för patientens framtida arbetsförmåga samt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat (62 %, 60 % respektive 60 %).



Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

I sitt yrkesutövande har läkaren i sjukskrivningsärenden olika roller i förhållande till patienten, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör (2, 8). Femtiotre procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Figur 22). Nästan hälften angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.

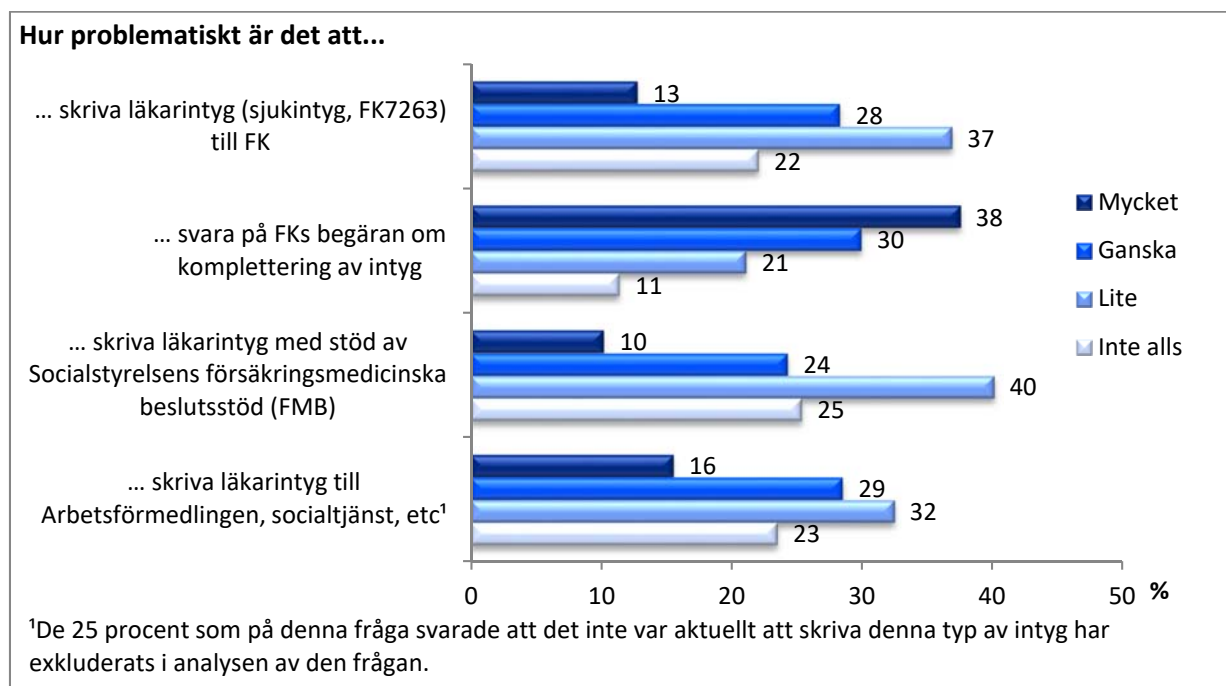


Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Resultat

Det som angavs vara mycket eller ganska problematiskt när det gällde olika administrativa uppgifter var att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg; majoriteten (68 %) svarade detta (Figur 23). Detta var även den uppgift som störst andel läkare upplevde som ”mycket problematiskt” (38 %) – näst störst andel som fanns för att uppleva något som mycket problematiskt var 36 procent för att bedöma arbetsförmåga för arbetslösa patienter (Figur 21).

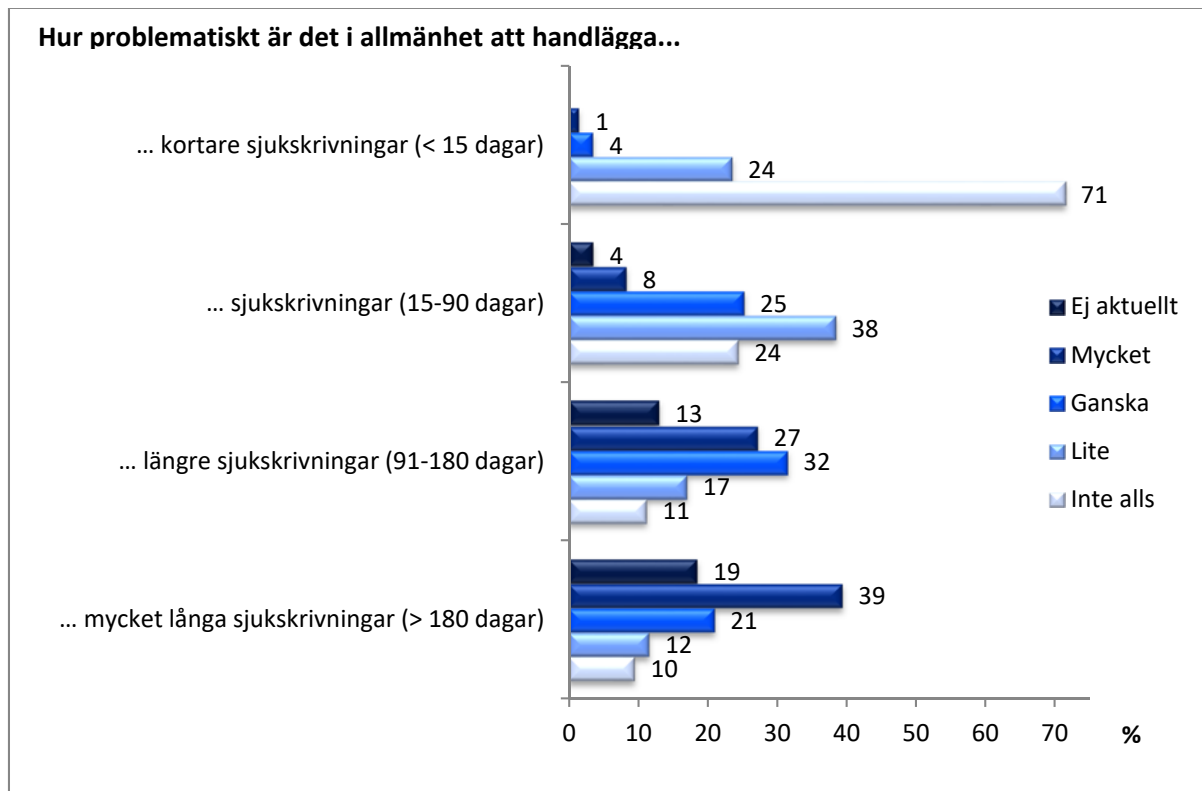
Det var ungefär lika stor andel läkare som svarade att det var problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan som att skriva intyg till Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, etcetera (41 % respektive 45 %).



Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter relaterade till sjukskrivning av patienter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

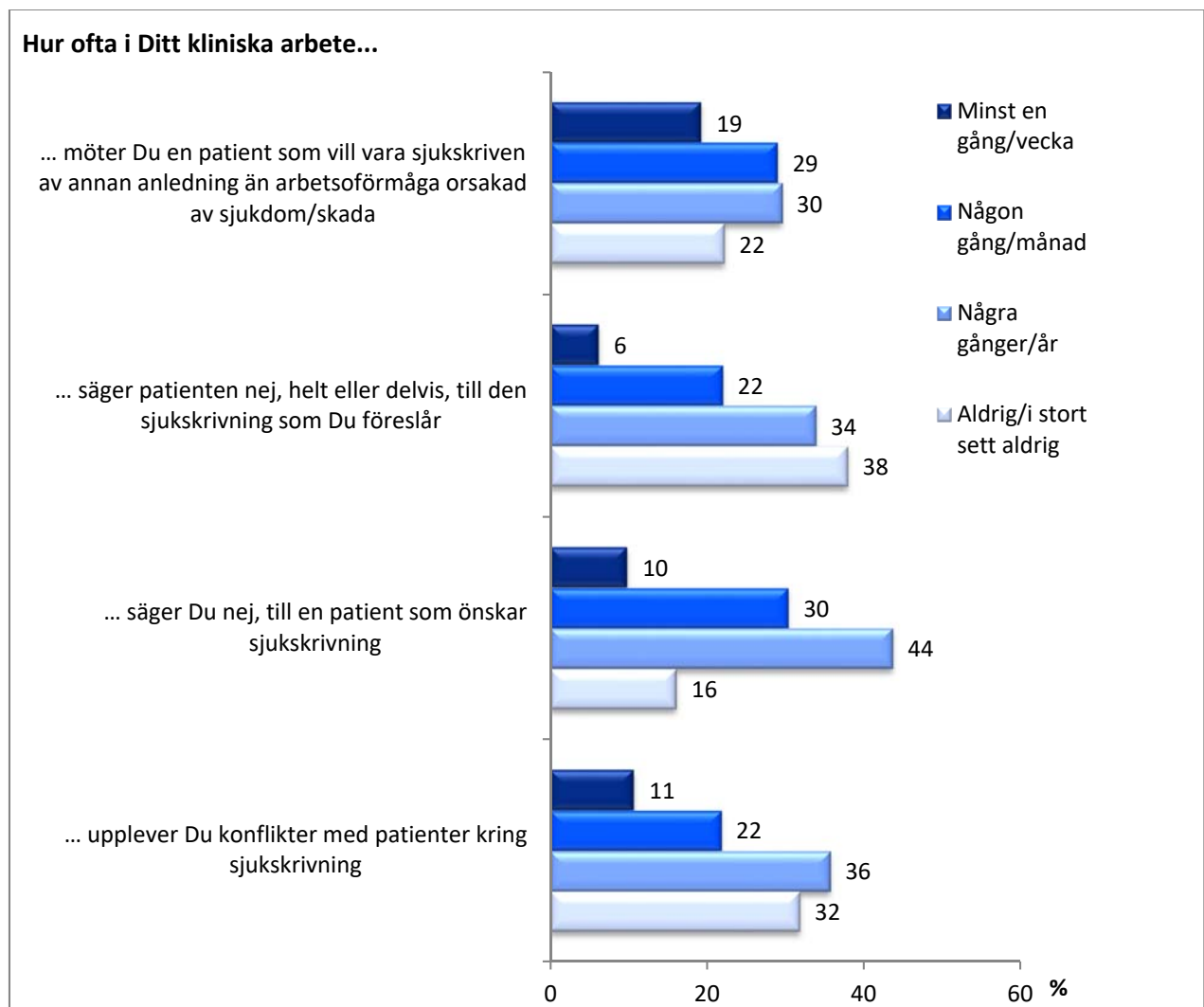
Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem (från 1 % för <15 dagar till 39 % för >180 dagar) (Figur 24). Tretton respektive 19 procent av läkarna hade inte sjukskrivningsärenden som översteg tre respektive sex månader.

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



Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

På frågorna som gällde kontakten med patienten, svarade 19 procent av läkarna att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (Figur 25). Tio procent av läkarna angav att de minst en gång per vecka säger nej till en patients önskan om sjukskrivning. Så ofta hade även elva procent av läkarna konflikter med patienter kring sjukskrivning. Minst en gång per vecka var sex procent av läkarna med om att patienten helt eller delvis sade nej till den sjukskrivning läkaren föreslog.

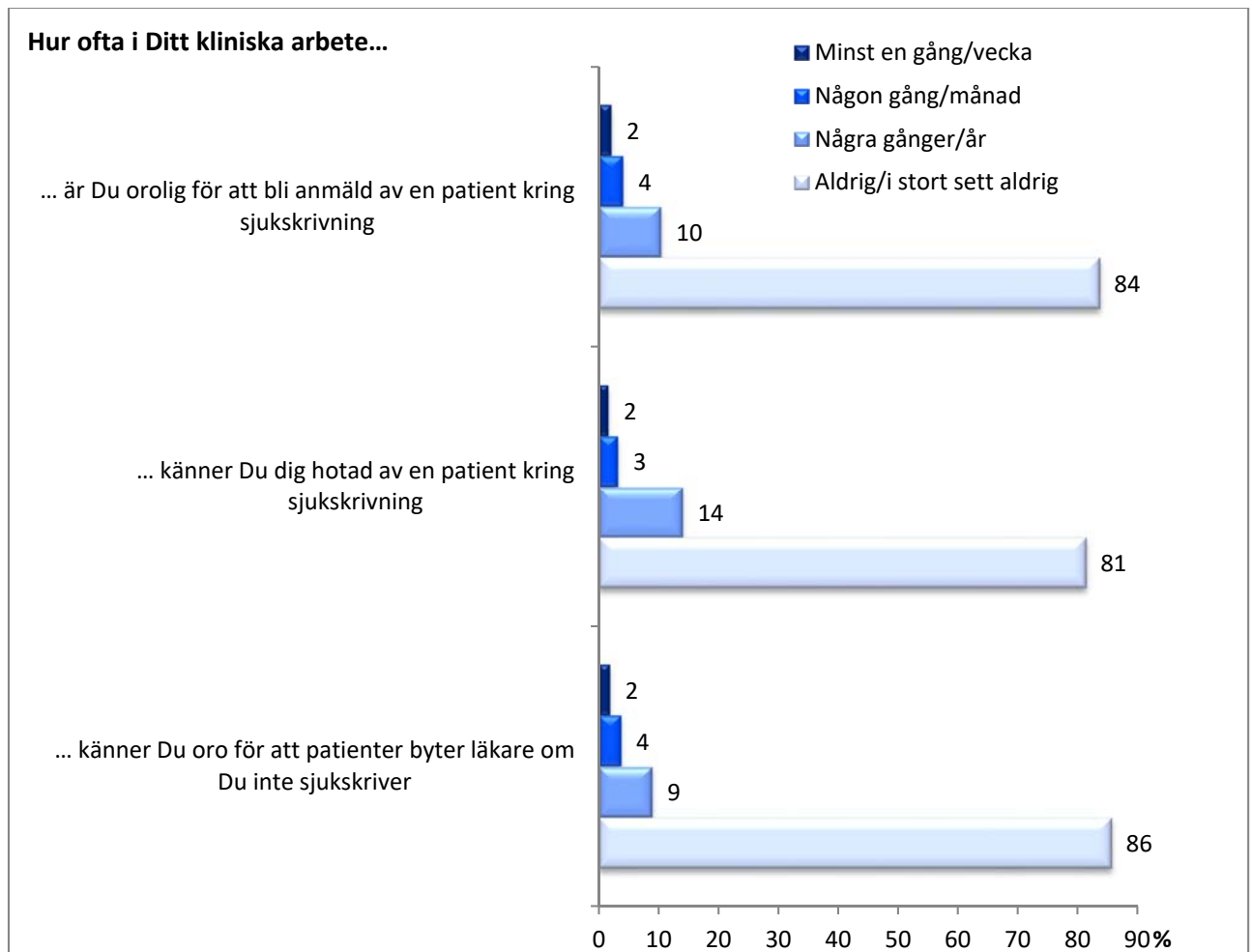


Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.

Oro och hot

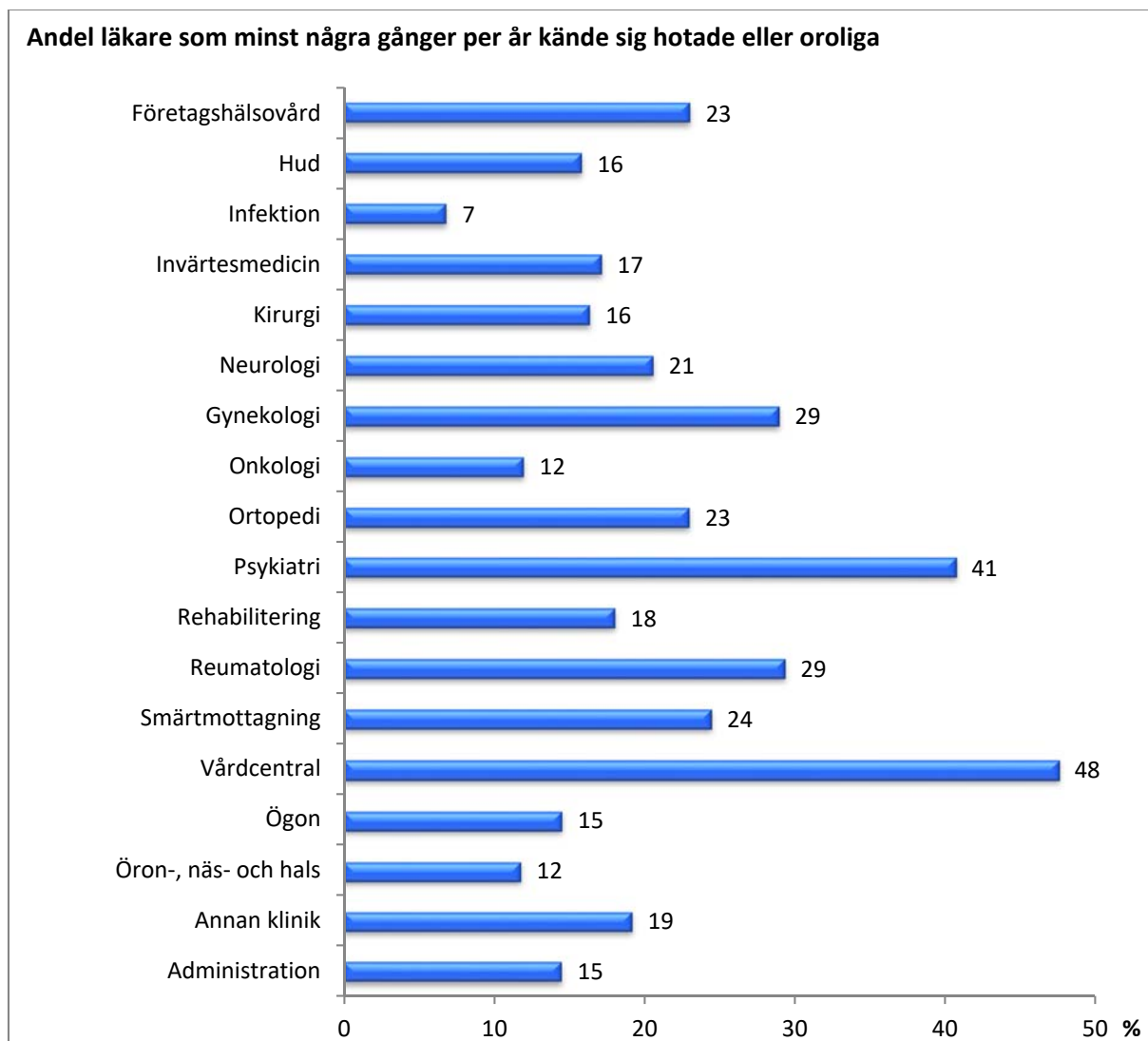
Tre av frågorna kring problem berörde *oro eller att bli hotad* i samband med sjukskrivningsärenden. I Figur 26 presenteras svaren för var och en av de tre frågorna. En liten andel (2 %) svarade att de upplever detta minst en gång per vecka och den absoluta majoriteten (>80 %) kände ingen oro när det gällde de beskrivna situationerna.

Sett till de tre frågorna sammantaget (visas ej i figur) uppgav majoriteten av läkarna (68 %) att de inte känner någon sådan oro, tio procent svarade att de upplever åtminstone en av de tre situationerna minst någon gång per månad.



Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

Andelen läkare som minst några gånger per år kände sig hotade och oroliga, för minst ett av ovanstående alternativ, var störst vid vårdcentraler (48 %), inom psykiatri (41 %), inom gynekologi (29 %) samt inom reumatologi (29 %) (Figur 27).



Figur 27. Andel (%) läkare som minst några gånger per år kände sig hotade eller oroliga, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Sammanfattning

Drygt hälften av läkarna ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning och drygt 40 procent upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt minst en gång per vecka. De som ofta hade sjukskrivningsärenden upplevde oftare att sådana ärenden var problematiska. Det fanns dock undantag; bland läkarna inom onkologi hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, medan en relativt liten andel upplevde dessa ärenden som problematiska minst en gång per vecka. Det motsatta förhållandet gällde för vårdcentralsläkare, det vill säga, en lägre andel av dem hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka, medan en större andel av dem svarade att ärendena var problematiska. Två tredjedelar av läkarna som arbetade i privat organisation med offentlig finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, medan drygt 40 procent av läkarna i offentlig verksamhet gjorde detsamma. Även mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare fanns liknande skillnad; drygt två tredjedelar av hyr-/stafettläkarna och 40 procent av övriga läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka.

Det fanns även ett samband mellan sjukskrivningarnas varaktighet och upplevd problematik; ju längre sjukskrivningsfall desto större andel läkare ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem.

Två tredjedelar av läkarna tyckte inte att det var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningsfallen, det vill säga, de fall som inte varade längre än två veckor.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt när det gällde olika bedömningsfrågor var att bedöma patientens arbetsförmåga, särskilt gällde detta för arbetslösa patienter; 68 procent svarade att det var mycket eller ganska problematiskt. Även att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat upplevdes av en stor andel (60 %) som mycket eller ganska problematiskt.

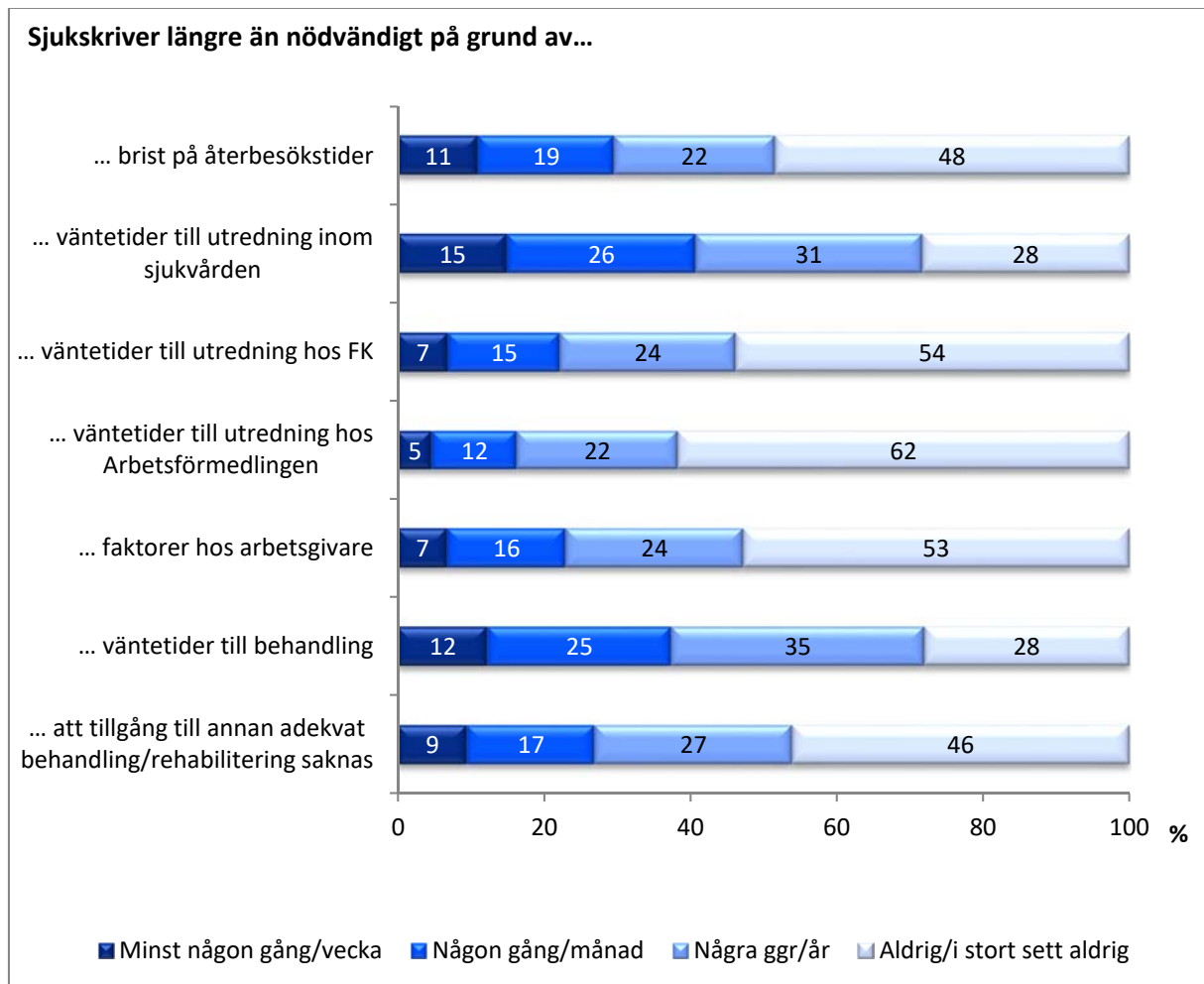
Drygt hälften (53 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig och nästan hälften (48 %) att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Två tredjedelar (68 %) ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg. Det senare var den problematiska situation som störst andel angav som problematisk.

I procent räknat upplevde en förhållandevis liten andel hot respektive oro för anmälningar av en patient i sjukskrivningsarbetet. Detta ingår dock som en del av många läkares arbetsmiljö och behöver uppmärksammas.

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Figur 28 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården. Fyrtioen procent uppgav att de sjukskriver en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av väntetider till utredning inom sjukvården och 37 procent på grund av väntetid till behandling. Femton procent svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per vecka på grund av väntetid till utredning inom vården.

Sju procent sjukskrev patienter längre tid minst någon gång per vecka på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan, ytterligare 15 procent gjorde detta någon gång per månad.

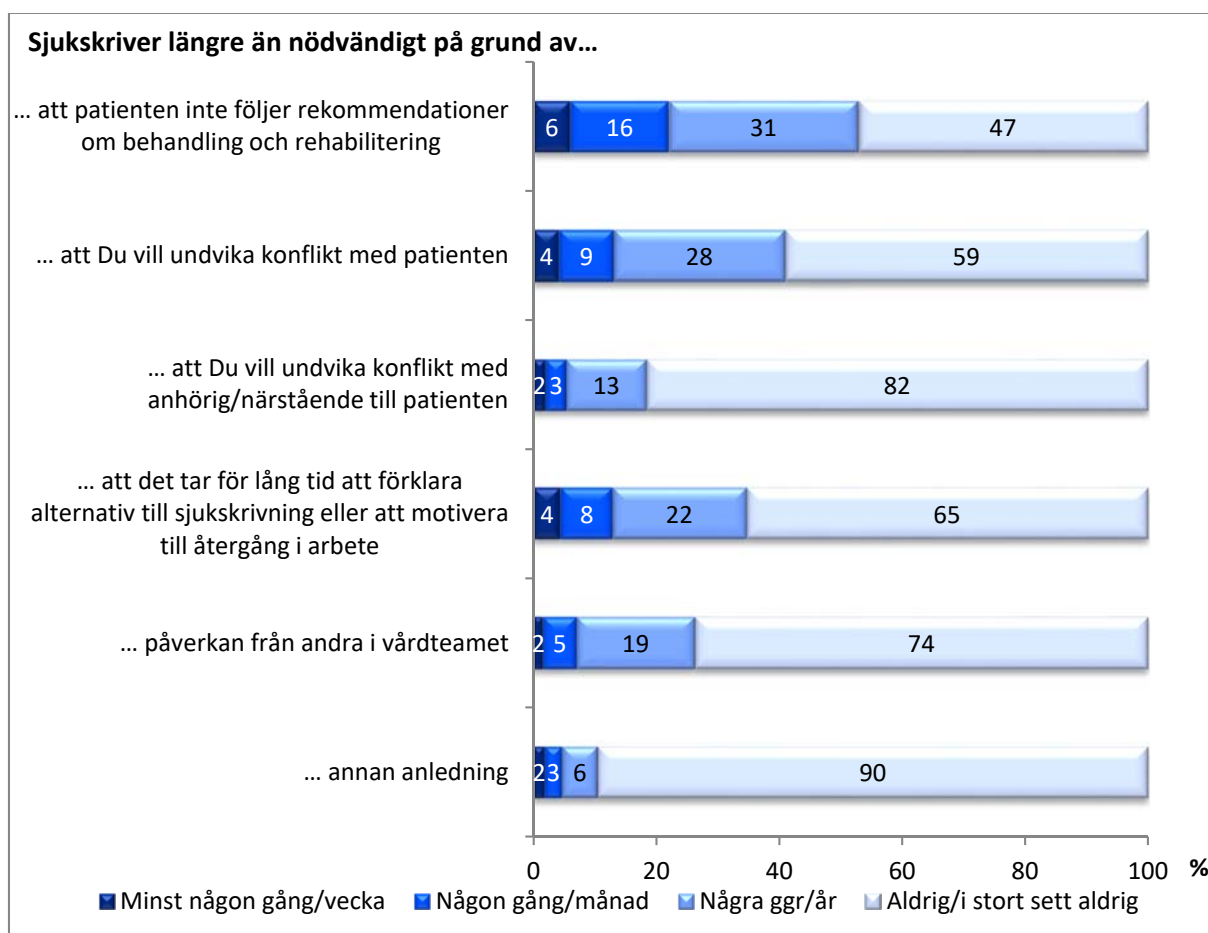


Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

Sex ytterligare frågor ställdes om möjliga anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt. Dessa frågor handlade mer om kontakten med patienten och med det egna vårdteamet (Figur 29). De två orsaker som angavs av flest läkare att förekom minst en gång per månad, var att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (22 %) och att läkaren vill undvika konflikt med patienten (13 %).

De allra flesta läkare uppgav dock att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt av de nedanstående anledningarna.

Till dessa frågor fanns det även möjlighet att ge preciserade, öppna svar, vilket mer än 3000 läkare har gjort.



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

Sammanfattning

De allra flesta läkarna svarade att de inte sjukskriver längre än nödvändigt på grund av de 13 olika anledningar som listades i enkäten. De vanligaste orsakerna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning eller till behandling inom sjukvården; 15 respektive 12 procent av läkarna gjorde detta varje vecka och ytterligare en fjärdedel någon gång per månad.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) infördes hösten 2007 och vissa delar av det har sedan uppdaterats, både när det gäller de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna om sjukskrivningslängd och -grad (5, 65). I enkäten fanns ett flertal frågor om FMB, dess användning och betydelse. Svaren redovisas under två delrubriker, först avseende de övergripande principerna och därefter de diagnosspecifika rekommendationerna. I båda avsnitten används förkortningen FMB för att underlätta läsningen.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer

Hälften av läkarna svarade att de känner till Socialstyrelsens ”övergripande principer för sjukskrivning” mycket väl eller något, en fjärdedel att de känner till dem men inte läst dem och en fjärdedel svarade att de inte känner till dem (Tabell 21). Det finns en liten variation mellan landstingen, 8 till 14 procent kände till de övergripande principerna i FMB mycket väl. I alla landsting utom i Kronoberg (46 %) svarade minst hälften av läkarna att de övergripande principerna ger stöd i arbetet. Av de läkare som kände till principerna, svarade en femtedel i Kronoberg, Blekinge, Västernorrland och Jämtland att de inte är något stöd av principerna, eftersom de var svårtillgängliga.

Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av dem som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på landsting.

Landsting	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Stockholm	11	39	24	25	53	33	14
Uppsala	13	41	22	24	55	33	12
Södermanland	14	40	22	24	57	24	19
Östergötland	12	42	21	25	53	34	13
Jönköping	9	42	22	27	56	34	10
Kronoberg	13	40	22	25	46	34	20
Kalmar	14	38	23	25	53	35	13
Gotland	11	46	28	16	55	27	18
Blekinge	10	39	25	26	54	25	20
Skåne	12	42	22	23	50	33	17
Halland	13	38	21	29	61	25	15
Västra Götaland	10	40	23	27	59	28	13
Värmland	10	40	28	22	57	32	11
Örebro	13	38	26	23	53	36	11
Västmanland	14	35	27	25	63	22	15
Dalarna	12	37	21	31	54	32	14
Gävleborg	11	46	24	18	56	30	14
Västernorrland	13	38	23	26	55	25	20
Jämtland	9	41	20	30	53	27	20
Västerbotten	8	35	26	31	51	35	14
Norrbottn	12	43	21	25	57	25	18
Hela landet	11	40	23	25	54	31	15

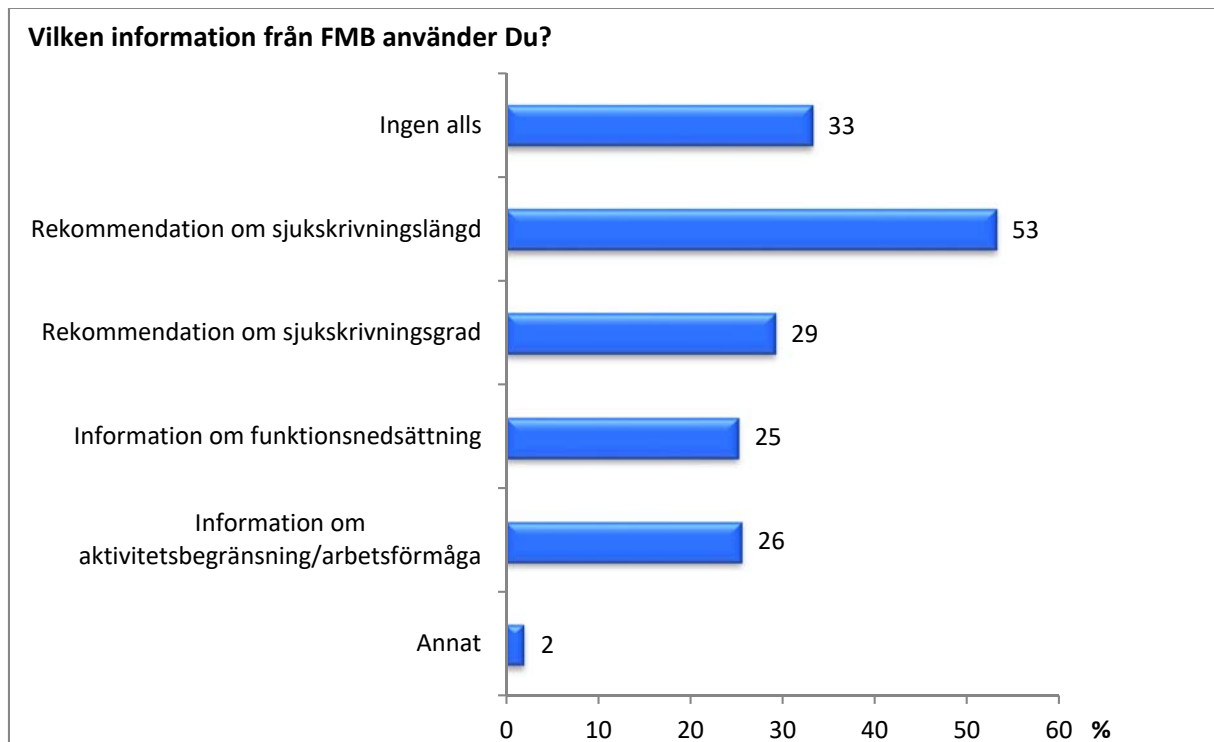
När det gällde att känna till FMB:s övergripande principer mycket väl var variationen betydligt större mellan de olika typerna av kliniker än mellan landstingen (Tabell 22). Störst andel läkare med denna kännedom fanns bland läkarna inom företagshälsovård (40 %) och inom rehabilitering (37 %). Minst andel läkare som kände till principerna mycket väl fanns inom infektion samt inom hud (1 respektive 2 %) samtidigt som det var inom infektion som störst andel (66 %) läkare ansåg att dessa principer ger stöd i arbetet. Över hälften av läkarna i majoriteten av de olika typerna av kliniker/mottagningar ansåg att principerna är ett stöd i arbetet. Minst andel som angav att det är ett stöd var inom reumatologi (41 %), administration (43 %) och neurologi (45 %).

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Företagshälsovård	40	37	13	10	58	29	13
Hud	2	31	36	31	61	24	15
Infektion	1	28	32	39	66	20	14
Invärtesmedicin	6	39	28	27	59	25	16
Kirurgi	5	31	29	35	61	27	11
Neurologi	10	37	24	29	45	41	14
Gynekologi	6	36	28	30	61	24	15
Onkologi	5	39	31	25	48	39	13
Ortopedi	13	38	25	24	48	36	16
Psykiatri	18	45	17	20	54	34	12
Rehabilitering	37	34	16	14	52	37	11
Reumatologi	13	42	29	16	41	40	19
Smärtmottagning	18	49	12	20	55	28	17
Vårdcentral	14	46	18	21	53	31	16
Ögon	3	33	30	34	51	38	11
Öron-, näs- och hals	4	33	31	32	56	30	14
Annan klinik/mottagning	9	35	25	30	57	33	11
Administration	9	41	24	26	43	36	21
Samtliga läkare	11	40	23	25	54	31	15

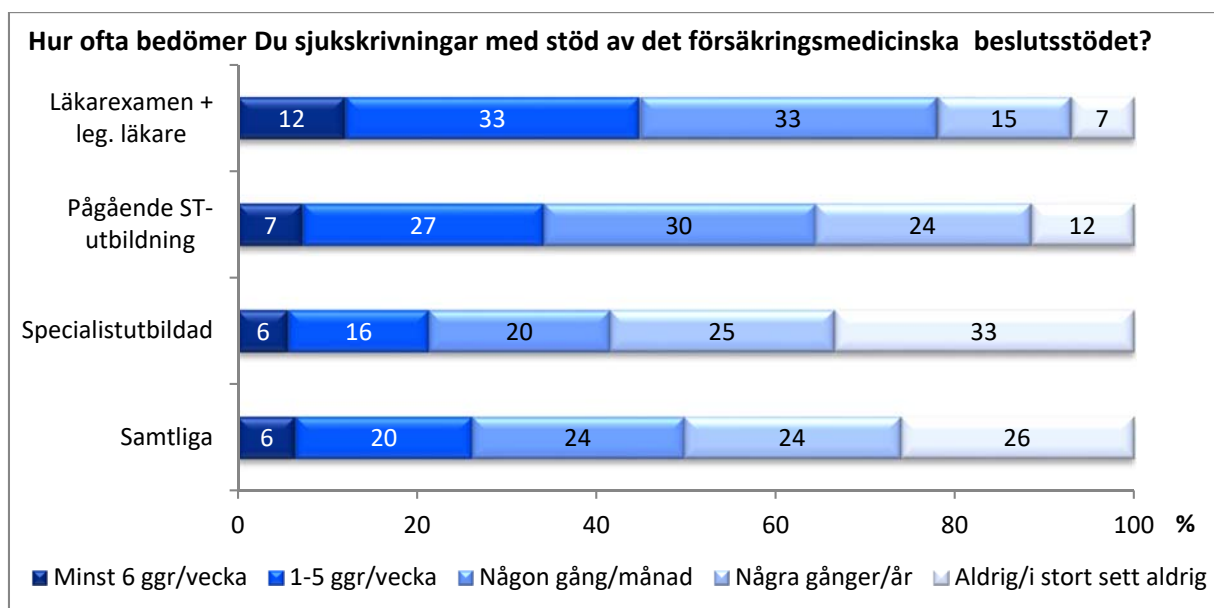
De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden

Det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) innehåller olika typer av information. Drygt hälften av läkarna uppgav att de använder rekommendationer om sjukskrivningslängd och en tredjedel av läkarna använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad (Figur 30).



Figur 30. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.

Hälften av läkarna, 50 procent, svarade att de använder FMB i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 31). Skillnader i användningen av FMB minst någon gång per månad kan ses i relation till utbildningsnivå, från störst bland dem som enbart har läkarexamen eller läkarlegitimation (78 %) till minst bland specialister (42 %).



Figur 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.

Andel läkare i varje *landsting* som svarade att de använder FMB i sina bedömningar visas i Tabell 23. Tjugosex procent svarade att de använder FMB minst någon gång per vecka och lika stor andel att de aldrig/i stort sett aldrig använder stödet. Störst andel som aldrig använde FMB, det vill säga en tredjedel av läkarna, fanns i Uppsala, Värmland och Stockholm. I Norrbotten svarade 34 procent av läkarna och i Dalarna och Halland 33 procent att de använder FMB minst någon gång per vecka. Lägst andel läkare som använde FMB med samma frekvens fanns i Kronoberg (18 %) och i Östergötland, 21 procent.

Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	7	18	22	23	30
Uppsala	6	18	22	24	31
Södermanland	5	20	28	27	18
Östergötland	5	16	23	28	28
Jönköping	6	21	25	27	22
Kronoberg	3	15	28	30	24
Kalmar	4	20	25	27	24
Gotland	3	27	31	19	20
Blekinge	3	21	27	22	27
Skåne	8	21	24	21	26
Halland	7	26	26	22	20
Västra Götaland	7	20	23	25	25
Värmland	6	17	21	25	31
Örebro	3	19	21	28	29
Västmanland	5	17	26	30	23
Dalarna	6	27	25	23	20
Gävleborg	5	22	26	27	19
Västernorrland	8	21	25	23	24
Jämtland	5	19	26	25	26
Västerbotten	4	18	25	26	26
Norrbotten	9	25	28	22	16
Hela landet	6	20	24	24	26

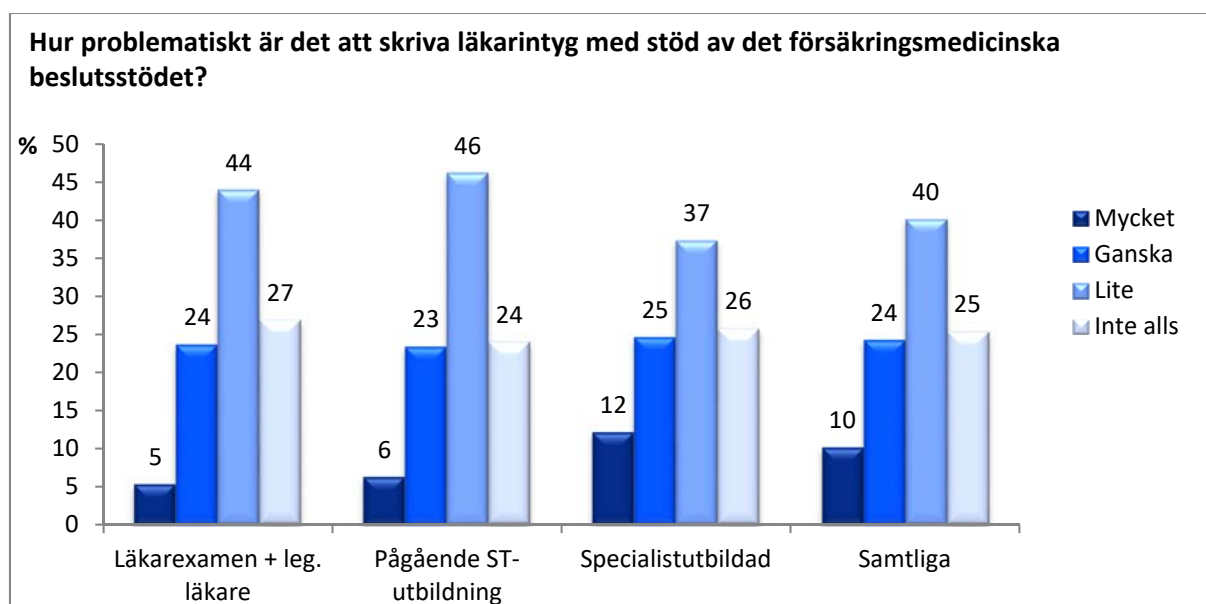
Det fanns stora skillnader mellan de olika typerna av *kliniker/mottagningar* i hur ofta FMB användes (Tabell 24). Den största andelen läkare som svarade att de använder FMB fanns bland dem som arbetade inom företagshälsovård, där 18 procent använde det minst sex gånger per vecka, 42 procent minst en gång per vecka. Nästan lika stor andel (41 %) av vårdcentralsläkarna använde FMB minst en gång per vecka. Andelen som aldrig eller nästan aldrig använder FMB var störst inom ögon, hud samt och öron-, näs- och hals.

Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	18	24	22	22	13
Hud	1	2	6	37	54
Infektion	1	7	18	34	41
Invärtesmedicin	2	10	22	34	32
Kirurgi	4	13	18	27	38
Neurologi	1	12	16	35	36
Gynekologi	5	19	22	26	27
Onkologi	5	11	20	25	39
Ortopedi	11	21	20	21	27
Psykiatri	11	23	27	20	19
Rehabilitering	10	14	15	35	25
Reumatologi	2	13	17	31	37
Smärtmottagning	10	4	14	24	47
Vårdcentral	9	32	31	18	10
Ögon	1	3	8	28	60
Öron-, näs- och hals	0	3	13	30	53
Annan klinik/mottagning	4	11	18	24	43
Administration	3	10	13	25	49
Samtliga läkare	6	20	24	24	26

Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Majoriteten (65 %) av läkarna svarade att det är lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Tio procent uppgav att detta är mycket problematiskt och övriga (24 %) att det är ganska problematiskt (Figur 32). En större andel läkare med specialistkompetens upplevde detta som mycket problematiskt (12 %), jämfört med läkare med lägre utbildningsnivå.



Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Andelen läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB varierade mellan *landstingen*. Fyrtiotre procent av läkarna på Gotland och 40 procent i Jämtland ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt, jämfört med 29 procent i Västernorrland och 28 procent i Blekinge (Tabell 25). De tre landsting där minst andel ansåg att det inte alls är problematiskt var Jönköping, Värmland och Gävleborg (20 %).

Tabell 25. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Stockholm	11	26	37	26
Uppsala	9	21	42	28
Södermanland	8	28	42	22
Östergötland	10	23	40	27
Jönköping	9	26	45	20
Kronoberg	12	23	41	25
Kalmar	11	21	40	27
Gotland	7	36	36	21
Blekinge	9	19	43	29
Skåne	12	24	40	24
Halland	9	21	43	28
Västra Götaland	9	24	41	27
Värmland	12	26	42	20
Örebro	11	21	45	24
Västmanland	9	25	41	25
Dalarna	8	22	41	28
Gävleborg	12	26	41	20
Västernorrland	6	23	43	27
Jämtland	11	29	36	23
Västerbotten	11	21	39	29
Norrbotten	9	25	44	23
Hela landet	10	24	40	25

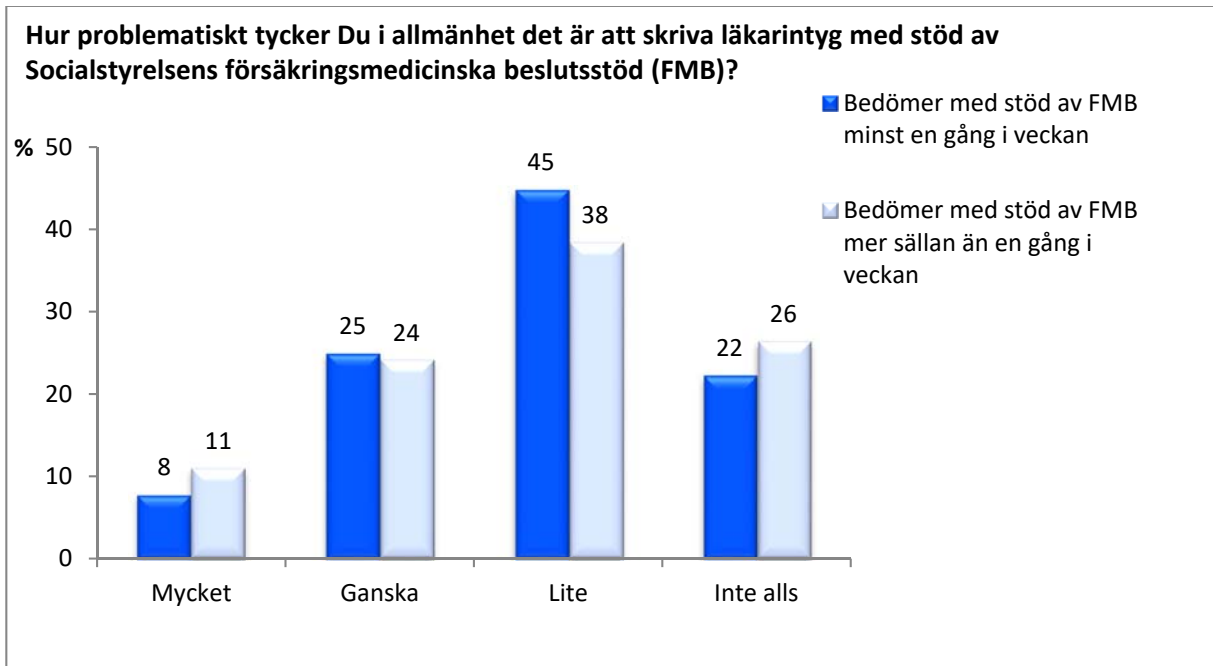
Resultat

Skillnaderna i svarsmönster mellan olika typer av *kliniker* var även i denna fråga något större än mellan landstingen. Drygt hälften av läkarna på smärtmottagningar och reumatologkliniker ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg med stöd av FMB (Tabell 26). Inom företagshälsovård och vårdcentraler, där FMB användes i störst utsträckning, ansåg en mindre andel läkare inom företagshälsovård (29 %) och en större andel vårdcentralsläkare (45 %), jämfört med samtliga läkare (34 %), att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg med stöd av FMB.

Tabell 26. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

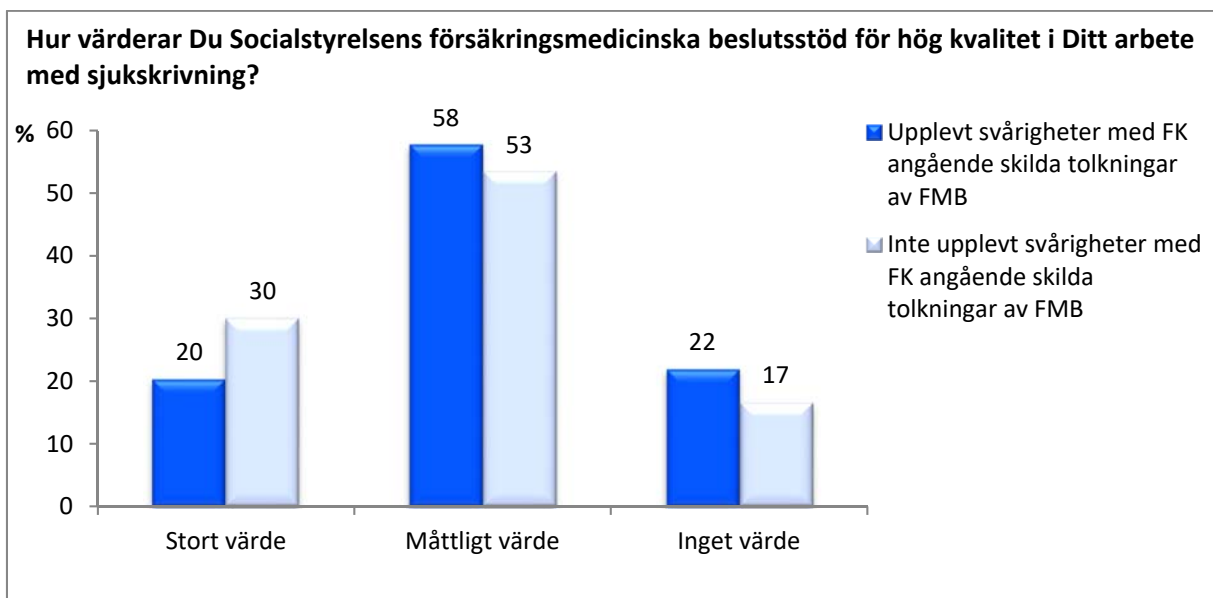
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	9	20	43	29
Hud	10	20	36	34
Infektion	5	18	43	34
Invärtesmedicin	8	20	40	31
Kirurgi	6	15	39	40
Neurologi	12	25	42	22
Gynekologi	9	20	39	31
Onkologi	7	18	42	33
Ortopedi	13	20	42	25
Psykiatri	12	27	41	19
Rehabilitering	12	22	43	24
Reumatologi	22	30	34	15
Smärtmottagning	23	29	29	19
Vårdcentral	12	33	41	14
Ögon	4	13	39	45
Öron-, näs- och hals	5	18	39	38
Annan klinik/mottagning	7	16	31	45
Administration	11	16	40	33
Samtliga läkare	10	24	40	25

I Figur 33 visas hur problematiskt läkarna ansåg det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB relaterat till hur ofta de gör bedömningar med stöd av FMB. Drygt en tredjedel av läkarna, oavsett hur ofta de använder FMB, ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att använda FMB. Störst andel som angav att det inte alls är problematiskt att använda FMB var de läkare som mer sällan använder FMB (26 %).



Figur 33. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tycker att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.

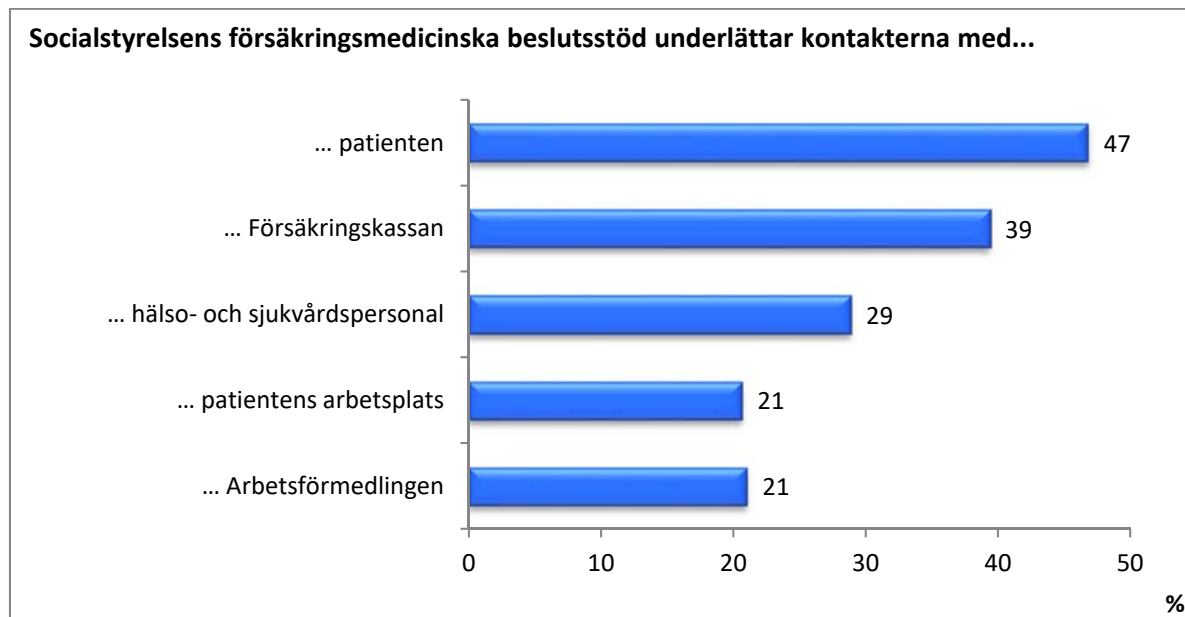
I Figur 34 framgår att bland de läkare, som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB, svarade en mindre andel läkare (20 %) att FMB har stort värde. Motsvarande andel var 30 procent bland de läkare som inte upplevt sådana svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.



Figur 34. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.

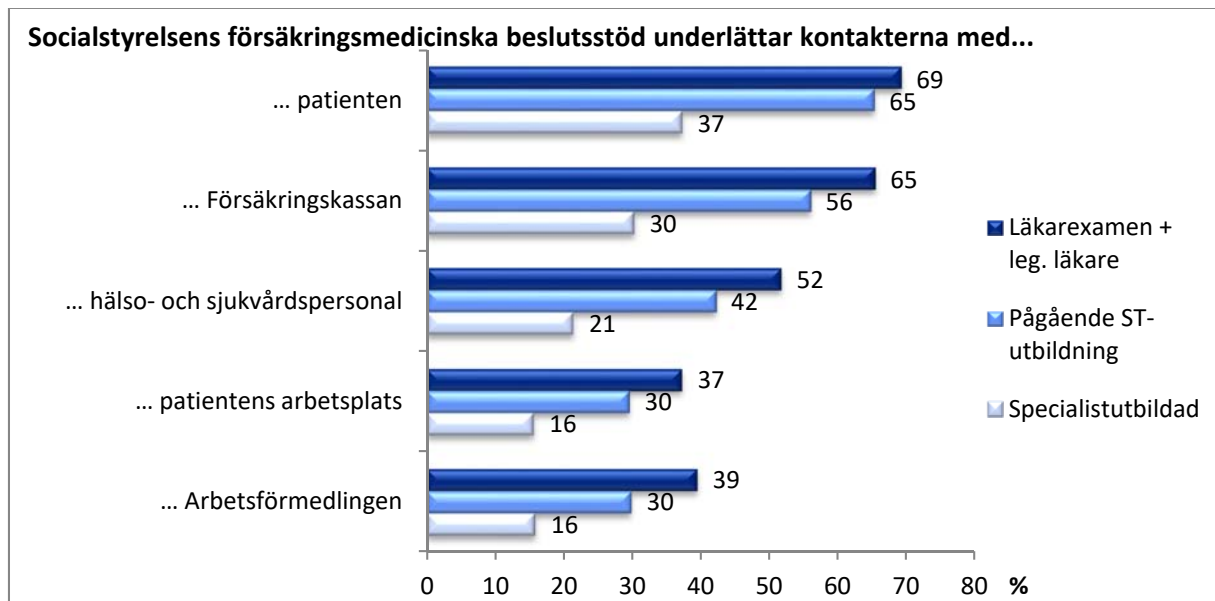
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) har visat sig ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom med olika samarbets- och samverkansparter (2, 3). Av Figur 35 framgår att nästan hälften av läkarna svarade att FMB underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel ansåg att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättas av FMB, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning läkaren har sådana kontakter. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen innebär inte att FMB är mindre användbart i de kontakterna, utan troligen att färre av de svarande överhuvudtaget haft sådana kontakter.



Figur 35. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

I Figur 36 har svaren på frågan om FMB underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas utbildningsnivå. Mer än två tredjedelar av läkarna som ännu inte var specialister ansåg att FMB underlättar kontakterna med patienten. Störst andel läkare som ansåg att FMB underlättar kontakterna även med andra aktörer var de med lägre utbildningsnivå. De specialistutbildade ansåg detta i minst utsträckning



Figur 36. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Resultaten, uppdelat på *landstingen*, visar att hälften av läkarna i vart och ett av landstingen upplevde att FMB underlättar kontakter med olika aktörer (Tabell 27). Liksom i ovanstående gällde detta främst i kontakten med patienten. Vissa skillnader fanns mellan landstingen; från 42 procent i Örebro till 57 procent av läkarna i Dalarna ansåg att FMB innebär att kontakten med patienten underlättas. Andelen för vilka FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan varierade mellan 34 procent i Örebro och 51 procent i Västmanland.

Andelen läkare som ansåg att FMB underlättar kontakten med minst en av de andra aktörerna varierade från 48 procent i Stockholm, Uppsala och Värmland till 64 procent i Dalarna.

Resultat

Tabell 27. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på landsting.

Landsting	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats	Arbetsförmedlingen	Minst en av dessa aktörer
Stockholm	43	37	28	19	20	48
Uppsala	43	36	28	18	20	48
Södermanland	48	40	32	21	25	56
Östergötland	47	38	32	22	21	52
Jönköping	50	41	29	21	22	58
Kronoberg	47	41	27	20	22	54
Kalmar	50	37	31	27	24	54
Gotland	44	38	26	16	18	56
Blekinge	53	44	35	24	23	63
Skåne	45	38	26	20	21	53
Halland	55	42	35	23	24	62
Västra Götaland	48	42	31	22	22	56
Värmland	43	35	27	18	18	48
Örebro	42	34	23	18	18	50
Västmanland	54	51	35	21	25	61
Dalarna	57	48	33	24	23	64
Gävleborg	46	41	29	22	22	55
Västernorrland	50	42	32	25	22	59
Jämtland	51	38	23	16	15	57
Västerbotten	47	39	27	20	21	54
Norrbottn	51	41	28	19	22	59
Hela landet	47	39	29	21	21	54

Det fanns även en variation mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ansågs underlätta kontakten med patienter och andra aktörer (Tabell 28). Att det inte finns diagnosspecifika FMB för alla diagnoser kan ha betydelse för resultatet i denna fråga.

Andelen läkare som ansåg att FMB underlättar kontakten med minst en av de listade aktörerna var störst på vårdcentraler (65 %) och minst på ögonmottagningar (27 %). Det var samma förhållande när det gällde nytta av FMB i kontakten med patienter; störst andel läkare på vårdcentraler (55 %) och minst andel bland läkare på ögonmottagningar (26 %) (Tabell 28). Drygt 40 procent av läkarna som arbetade inom invärtesmedicin, psykiatri eller på vårdcentral svarade att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan.

Tabell 28. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Patienten	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvårdspersonal	Patientens arbetsplats	Arbetsförmedlingen	Minst en av dessa aktörer
Företagshälsovård	46	37	24	31	17	58
Hud	40	27	24	15	16	40
Infektion	44	35	23	18	16	46
Invärtesmedicin	50	41	31	22	22	53
Kirurgi	46	34	28	18	17	48
Neurologi	31	32	17	12	14	42
Gynekologi	48	37	29	19	16	51
Onkologi	35	37	20	13	13	42
Ortopedi	44	35	24	16	16	50
Psykiatri	40	43	31	22	25	55
Rehabilitering	32	30	22	19	19	42
Reumatologi	34	33	24	19	19	41
Smärtmottagning	33	28	28	18	20	33
Vårdcentral	55	45	33	23	25	65
Ögon	26	25	18	13	14	27
Öron-, näs- och hals	39	31	22	17	18	41
Annan klinik/mottagning	41	35	30	19	20	39
Administration	33	36	18	18	16	45
Samtliga läkare	47	39	29	21	21	53

Av dem som minst en gång per vecka bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i FMB, upplevde 20 procent svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan på grund av ”Skilda tolkningar av Socialstyrelsens FMB” (ej i tabell).

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att FMB hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En tredjedel (29 %) ansåg att FMB har stort värde, drygt hälften (54 %) att det har måttligt värde och mindre än en femtedel (17 %) ansåg att FMB inte har något sådant värde (Figur 37). När frågan om FMB:s värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar relaterades till högsta läkarutbildningsnivå framkom att störst andel av läkarna som ansåg att FMB har stort värde för kvaliteten (55 %) fanns bland dem som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, medan störst andel (20 %) som svarade att FMB inte har något sådant värde återfanns bland specialisterna.



Figur 37. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Sammanfattning

Hälften av läkarna kände till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning mycket väl eller något och ansåg att principerna är ett stöd i arbetet med sjukskrivning. Skillnaden i kännedom om principerna var stor mellan olika typer av kliniker/mottagningar; mellan 1 och 40 procent, samtidigt som variationen mellan störst och minst andel som angav att de övergripande principerna är ett stöd i arbetet varierade mellan 41 och 66 procent.

Hälften av läkarna använde Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i arbetet med sjukskrivningar minst någon gång per månad. Knappt en tredjedel (29 %) av läkarna ansåg att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. En betydligt större andel av läkarna som ännu inte var specialister använde FMB ofta och ansåg att de hade stort värde, än bland specialisterna.

Inom företagshälsovård användes FMB betydligt oftare än inom andra verksamheter. Fyrtio procent av läkarna på företagshälsovården och vårdcentralerna använde FMB minst en gång per vecka. Drygt var tredje läkare, hälften av läkarna inom rehabilitering och reumatologi, upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB, störst andel bland läkare med specialistutbildning och minst bland dem med lägst utbildningsnivå.

Beslutsstödet upplevdes underlätta kontakten med patienten för närmare hälften av läkarna som använde det, störst andel bland vårdcentralsläkarna. Även i kontakterna med andra aktörer upplevdes FMB underlätta, framför allt med Försäkringskassan.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har således ett fortsatt stort genomslag och används av en stor andel av läkarna och upplevs som ett stöd.

Samarbete och samverkan

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna respektive externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen⁴. Som framgår av Tabell 29 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra läkare eller med andra professioner inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till fysioterapeut eller arbetsterapeut och kurator eller psykolog vilket 20 respektive 17 procent gjorde minst en gång per vecka.

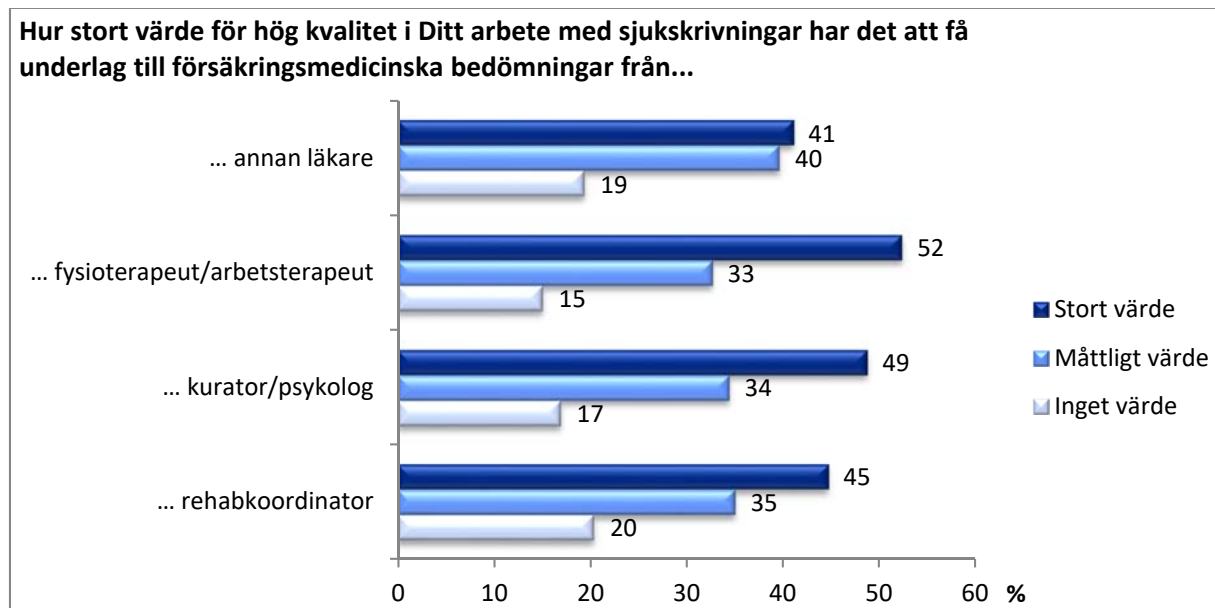
När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Två tredjedelar av läkarna angav att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakt med socialtjänsten eller arbetsgivare och drygt hälften att de inte deltog i avstämningsmöten eller hade kontakt med Arbetsförmedlingen. Fyrtiotvå procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård. (Detta kan vara relaterat till att patienterna inte är i arbetsför ålder eller till att diagnosen inte påverkar eller påverkas av arbetet.)

Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... hänvisar Du till företagshälsovård?	5	19	33	42
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	17	21	21	41
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	20	23	23	34
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	5	22	39	34
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	5	16	27	52
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	4	7	20	69
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	1	5	21	73
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	1	9	34	55

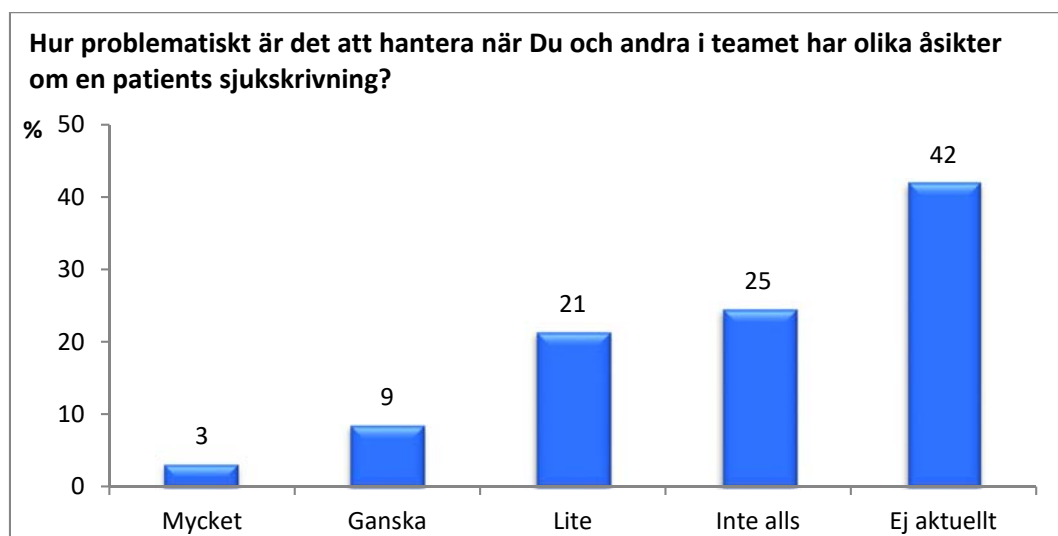
Hälften av läkarna ansåg att det är av stort värde att få underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut (52 %) eller kurator/psykolog (49 %) till sina försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 38). Mer än fyrtio procent uppgav även att underlag från annan läkare (41 %) eller från rehabkoordinator (45 %) har stort värde.

⁴ En ytterligare intern samverkansresurs, som alltfler kliniska enheter nu har infört, utifrån de senaste sjukskrivningsmiljarderna, är så kallade rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, vanligen kallade **rehabkoordinatorer**. Svar på frågor om rehabkoordinatorer redovisas nedan under rubriken Rehabkoordinator, sidan 110.



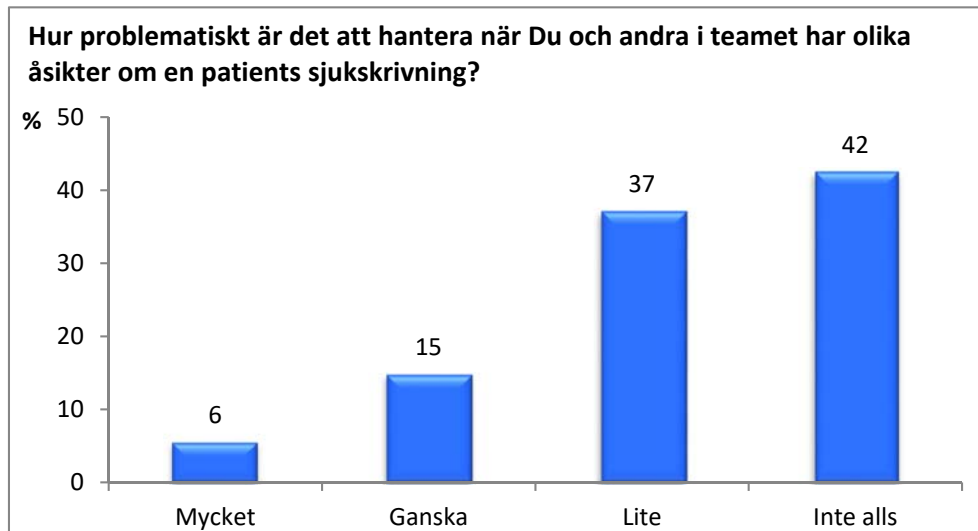
Figur 38. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

I senare avsnitt om rehabkoordinator (sid. 121) framgår att av de läkare som har tillgång till rehabkoordinator svarade 60 procent att detta hade stort värde, medan nio procent ansåg att det inte hade något värde. En fråga gällde hur problematiskt det var att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet avseende en patients sjukskrivning (Figur 39). Fyrtiotvå procent av läkarna svarade att sådana situationer inte var aktuella. Detta kan betyda att man oftast har samma åsikter, eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.



Figur 39. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

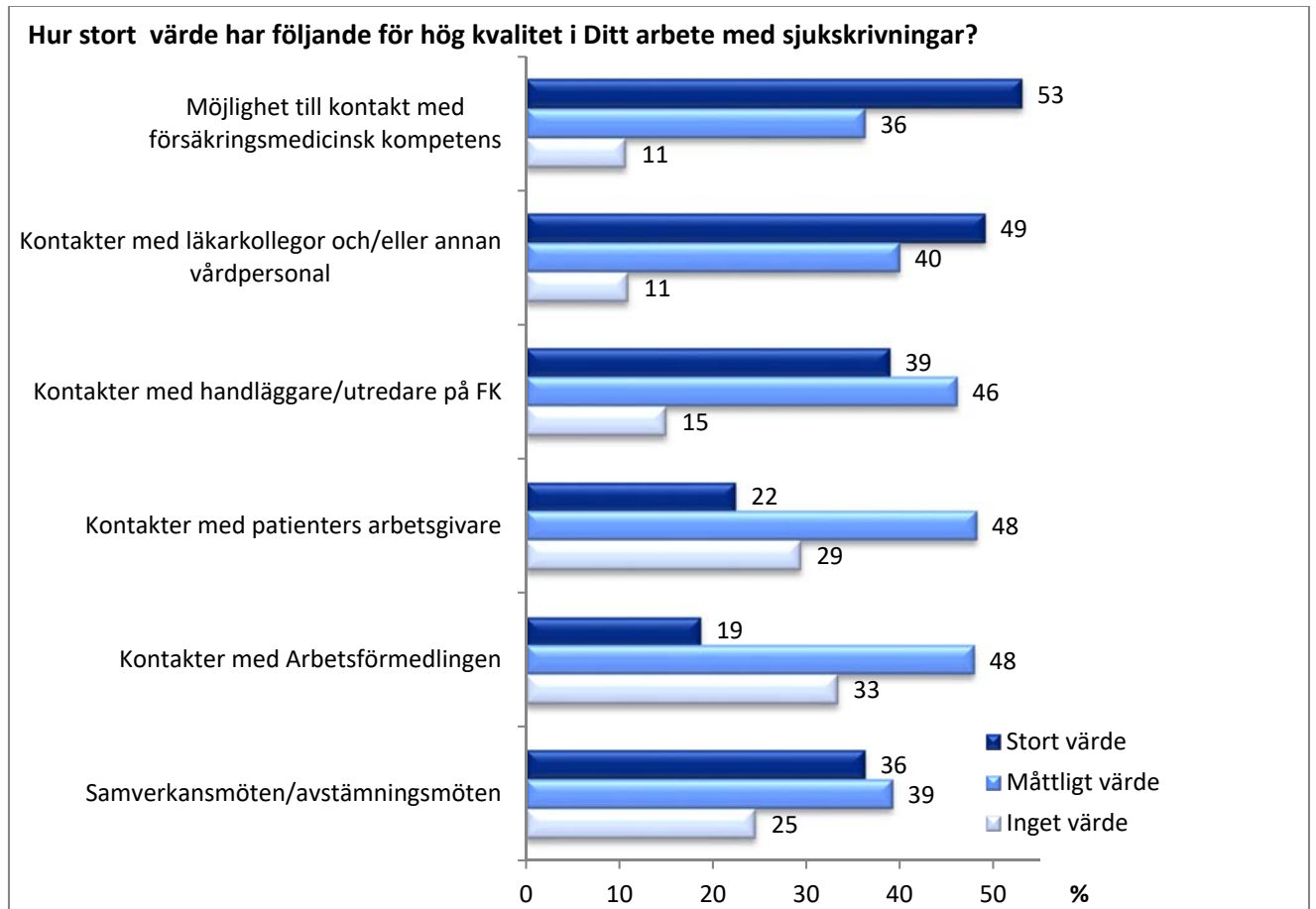
Av de tre procent av läkarna som svarade att det var mycket problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra teammedlemmar har olika åsikter om en patients sjukskrivning, arbetade över hälften (55 %) på en vårdcentral och tolv procent inom psykiatrin (visas ej i figur). I Figur 40 visas resultatet för samma fråga, där de 42 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. En femtedel (21 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning.



Figur 40. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning (De 42 % som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)

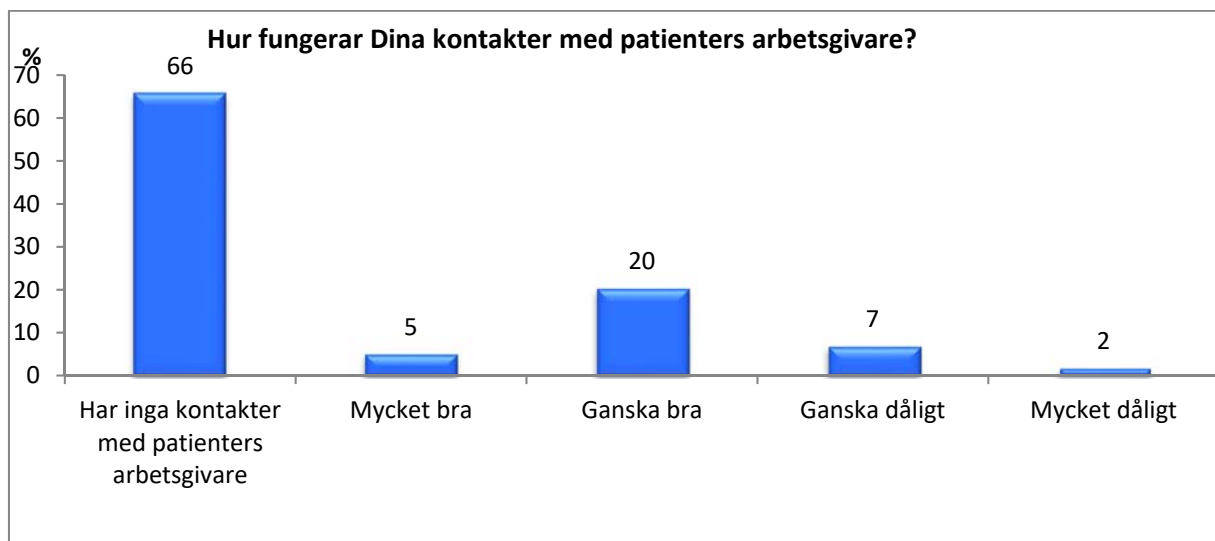
Frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra redovisas delvis här medan flertalet sådana resultat redovisas i avsnittet ovan (sidan 77).

Nästan 90 procent av läkarna svarade att kontakter med personer med försäkringsmedicinsk kompetens (89 %), med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (89 %) samt med handläggare/utredare på Försäkringskassan (85 %) är av stort eller måttligt värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 41). Drygt hälften (53 %) svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde, vilket även hälften (49 %) ansåg att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har. En femtedel ansåg att kontakter med arbetsgivare respektive med Arbetsförmedlingen har stort värde. Samverkansmöten/avstämningsmöten ansågs inte ha något sådant värde av en fjärdedel av läkarna och en tredjedel (29 %) uppgav att kontakter med patientens arbetsgivare inte har det.



Figur 41. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Majoriteten (66 %) av läkarna svarade att de inte har några kontakter med patientens arbetsgivare. En fjärdedel svarade att kontakten är ganska eller mycket bra (Figur 42). Läkarna ombads även att beskriva eventuella svårigheter och problem med sina kontakter med arbetsgivare och drygt 1600 gav sådana öppna svar.



Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.

Majoriteten av läkarna inom samtliga *landsting*, med undantag av Kalmar, har inga kontakter med patientens arbetsgivare. Mycket eller ganska bra fungerande kontakter med patienters arbetsgivare varierade från 20 procent i Gävleborg till 40 procent i Kalmar (Tabell 30). Störst respektive minst andel som inte hade några kontakter med patientens arbetsgivare fanns i Stockholm (72 %) och i Kalmar (47 %).

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på landsting.

Landsting	Har inga kontakter med patienters arbetsgivare	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
Stockholm	72	5	16	6	2
Uppsala	70	5	18	5	2
Södermanland	61	6	23	9	2
Östergötland	68	6	19	6	1
Jönköping	56	5	32	7	<0,5
Kronoberg	60	5	27	6	1
Kalmar	47	6	34	11	2
Gotland	71	4	20	3	2
Blekinge	69	4	20	4	3
Skåne	62	5	24	8	2
Halland	63	4	22	8	4
Västra Götaland	64	5	21	8	2
Värmland	61	4	28	6	2
Örebro	68	5	20	6	1
Västmanland	66	4	20	7	2
Dalarna	68	6	18	6	1
Gävleborg	65	5	15	12	4
Västernorrland	68	6	16	8	2
Jämtland	57	8	26	8	1
Västerbotten	64	7	20	7	1
Norrbottn	68	7	16	7	2
Hela landet	66	5	20	7	2

Kontakten med patienters arbetsgivare varierade än mer mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* (Tabell 31). För 99 procent av företagsläkarna fungerade kontakter med patienters arbetsgivare mycket eller ganska bra. En majoritet av läkarna inom rehabilitering (74 %) och psykiatri (52 %) angav detsamma. Minst andel som hade mycket eller ganska bra kontakter var läkare inom kirurgi (4 %) och gynekologi (5 %) vilka även hade störst andel utan kontakt med patienters arbetsgivare (94 respektive 93 %). Drygt en tredjedel av läkarna på vårdcentral svarade att deras kontakter med arbetsgivare fungerade mycket eller ganska bra. Bland dem var också störst andel, 18 procent, som svarade att kontakten med patienters arbetsgivare fungerade ganska eller mycket dåligt.

Resultat

Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Har inga kontakter med patienters arbetsgivare	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
Företagshälsovård	<0,5	69	30	<0,5	<0,5
Hud	86	2	10	1	0
Infektion	93	2	4	1	0
Invärtesmedicin	84	3	10	2	<0,5
Kirurgi	94	1	3	1	1
Neurologi	57	5	27	11	1
Gynekologi	93	1	4	2	<0,5
Onkologi	85	4	9	1	1
Ortopedi	86	3	7	2	1
Psykiatri	39	7	45	8	2
Rehabilitering	24	16	58	3	0
Reumatologi	70	2	22	5	2
Smärtmottagning	52	10	28	8	2
Vårdcentral	47	4	31	14	4
Ögon	91	1	7	1	0
Öron-, näs- och hals	88	3	7	1	<0,5
Annan klinik/mottagning	82	3	11	4	<0,5
Administration	69	0	22	9	0
Samtliga läkare	66	5	20	7	2

Sammanfattning

De yrkesgrupper som störst andel läkare (20 %) angav att de samarbetar med eller remitterar till minst en gång per vecka är fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Nästan lika stor andel samarbetar med eller remitterade till kuratorer och psykologer.

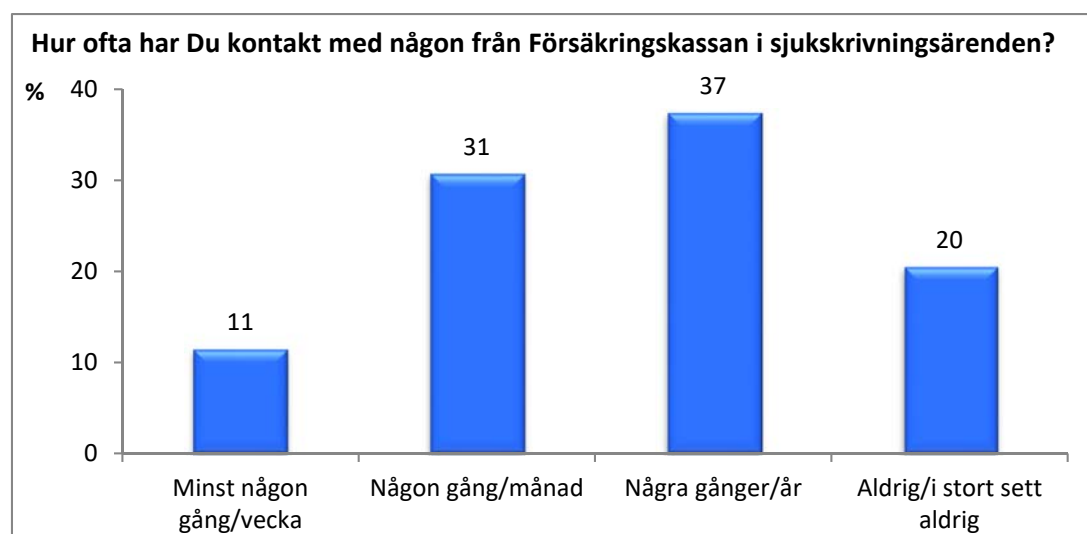
Drygt 40 procent av läkarna svarade att de aldrig/i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovård och tre av fyra angav att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare eller socialtjänst i sjukskrivningsfrågor. En fjärdedel av dem som hade kontakt med patientens arbetsgivare svarade att kontakten fungerade ganska eller mycket bra.

Drygt hälften av läkarna svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Knappt hälften svarade detsamma angående kontakter med kollegor och annan vårdpersonal. Hälften ansåg att underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut eller kurator/psykolog har stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. En femtedel av läkarna angav att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra medlemmar i teamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, frekvens av kontakter, hur kontakterna upplevs, typer av svårigheter i kontakten och hur den elektroniska överföringen av intyg fungerar. Resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet "Försäkringsmedicinsk kompetens" (sidan 109) och några har redovisats i avsnittet "Samarbete och samverkan" (sidan 91) respektive under avsnittet om "det försäkringsmedicinska beslutsstödet" (sidan 77). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av detta avsnitt.

En femtedel av läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan elva procent har sådan kontakt minst en gång per vecka (Figur 43).



Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

I Tabell 32 visas hur läkare i de olika *landstingen* svarade på frågan om hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan. Andelen läkare som hade kontakt minst någon gång per vecka varierade mellan sex procent (Jönköping, Västerbotten, Norrbotten) och 15 procent (Södermanland). Andelen som aldrig hade kontakter med Försäkringskassan varierade från 13 procent i Kalmar till 27 procent i Västernorrland.

Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Stockholm	12	30	35	23
Uppsala	9	30	38	23
Södermanland	15	32	36	17
Östergötland	9	24	44	23
Jönköping	6	33	42	19
Kronoberg	12	32	41	15
Kalmar	13	36	38	13
Gotland	11	33	42	15
Blekinge	7	27	42	23
Skåne	14	31	34	20
Halland	14	33	33	19
Västra Götaland	14	32	36	18
Värmland	14	33	36	17
Örebro	9	32	42	18
Västmanland	8	34	38	21
Dalarna	7	30	43	20
Gävleborg	10	34	38	17
Västernorrland	10	24	39	27
Jämtland	11	32	39	19
Västerbotten	6	24	44	26
Norrbotten	6	27	46	21
Hela landet	11	31	37	20

Resultat

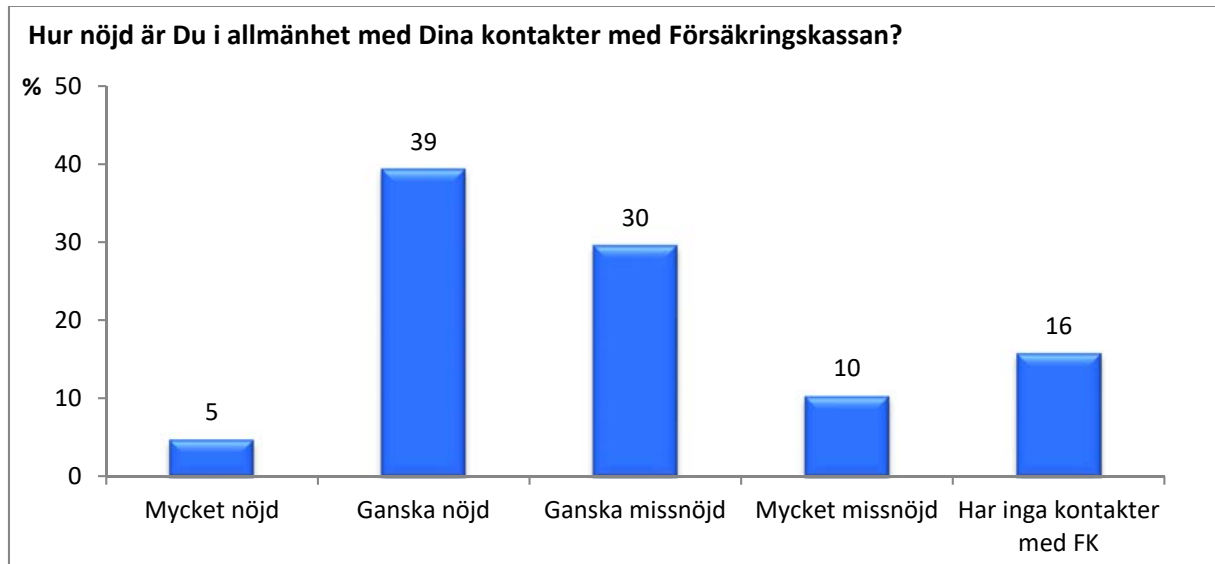
Hur ofta samverkan med Försäkringskassan sker varierade med vilken *typ av klinisk verksamhet* läkarna arbetar inom. Företagshälsovård avvek när det gällde kontakter med Försäkringskassan; 44 procent uppgav att de har kontakt varje vecka (Tabell 33) – detta ska relateras till att samtliga patienter inom företagshälsovård är i arbetsför ålder och att merparten av patienterna har en anställning. Även en relativt stor andel av läkare vid rehabiliteringskliniker (24 %) och inom psykiatri (25 %) hade kontakter med Försäkringskassan varje vecka. Andel som hade kontakt minst någon gång per månad var på motsvarande sätt störst inom företagshälsovård (83 %), vårdcentral (68 %) samt rehabilitering (59 %).

Andelen som aldrig har kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden varierade mellan fem procent (företagshälsovård, rehabilitering, vårdcentral) och 55 procent (hud).

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

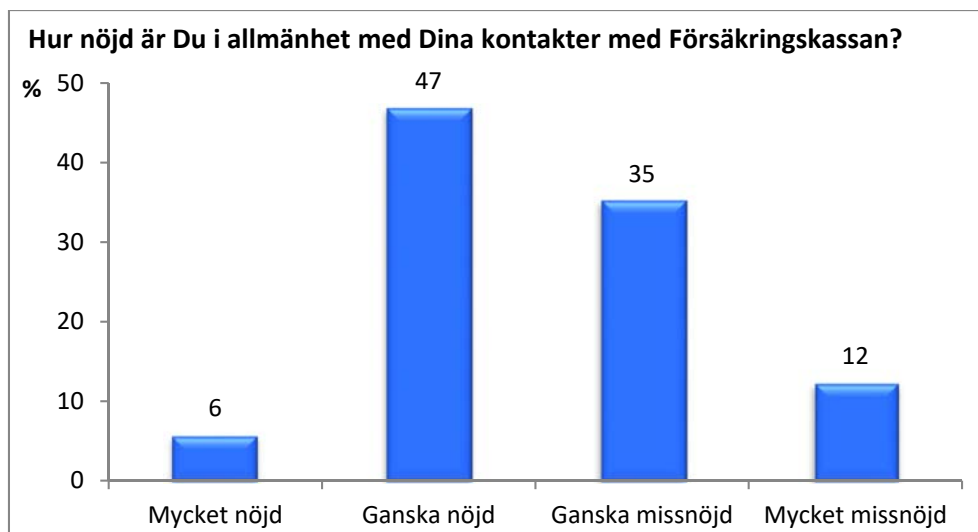
Klinik/mottagning	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Företagshälsovård	44	39	11	5
Hud	0	2	43	55
Infektion	0	3	50	47
Invärtesmedicin	1	12	53	35
Kirurgi	<0,5	7	52	40
Neurologi	7	37	43	13
Gynekologi	3	12	47	38
Onkologi	3	29	56	13
Ortopedi	12	40	41	7
Psykiatri	25	41	27	7
Rehabilitering	24	44	26	5
Reumatologi	8	36	51	6
Smärtmottagning	17	42	25	17
Vårdcentral	18	50	27	5
Ögon	0	4	46	51
Öron-, näs- och hals	1	6	50	43
Annan klinik/mottagning	4	13	33	50
Administration	6	16	50	27
Samtliga läkare	11	31	37	20

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 44 procent att de är mycket eller ganska nöjda medan 30 procent var ganska missnöjda och tio procent mycket missnöjda (Figur 44). Av stafettläkarna svarade 61 procent att de inte har några kontakter med Försäkringskassan.



Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 45 har de 16 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderats. Av dem som haft kontakter med Försäkringskassan svarade drygt hälften att de är mycket eller ganska nöjda. Andelen som var mycket nöjda var sex procentenheter lägre än andelen som var mycket missnöjda (6 vs 12 %).



Figur 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

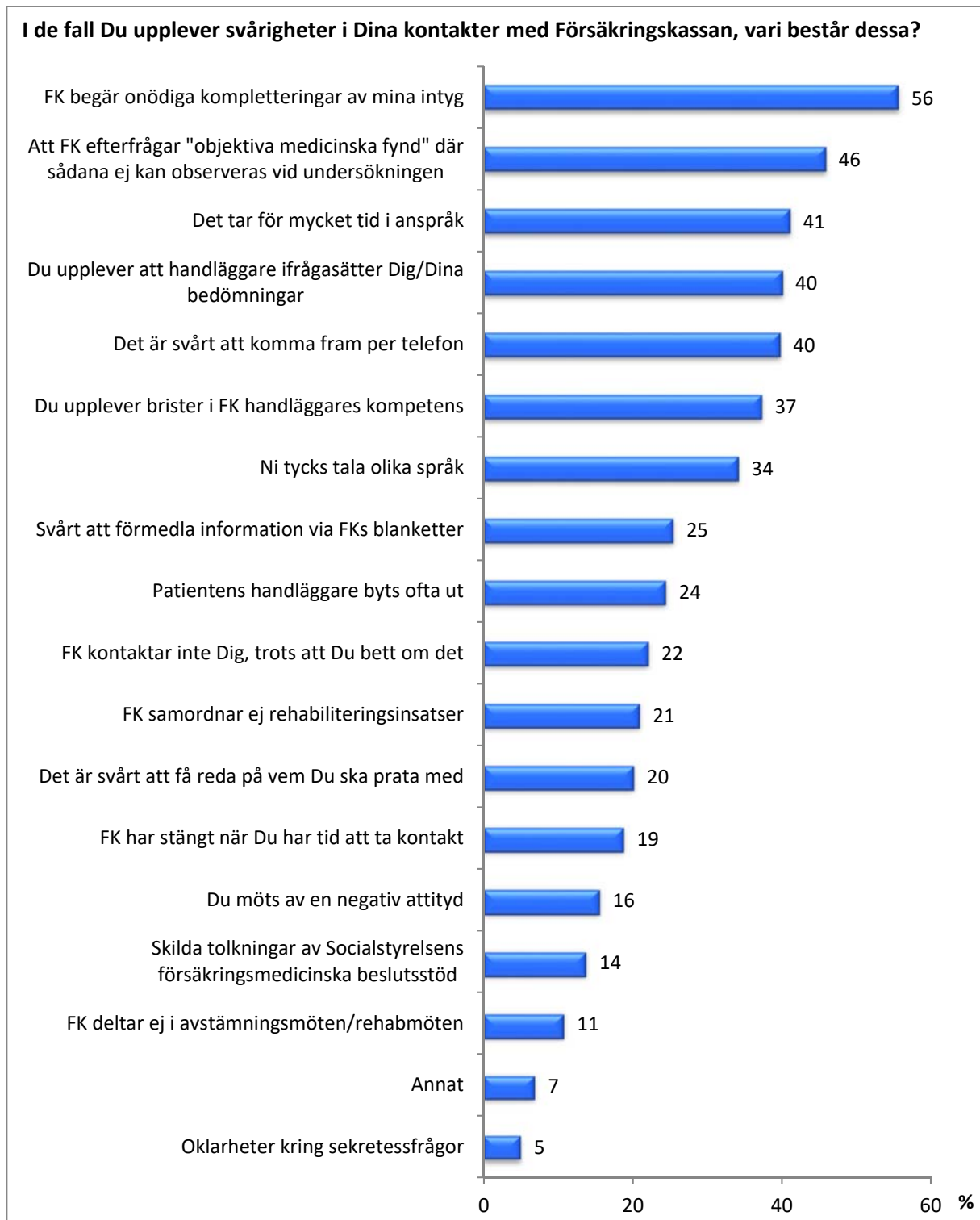
På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet 5,6 procent (n=775). De läkare som inte alls svarade på frågan är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade, var det 23 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna. Av dessa hade 44 procent tidigare i enkäten svarat att de inte hade några kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 46 visas de typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som listades i enkäten samt andel läkare som svarade att de upplever dessa svårigheter. Störst andel (56 %) svarade att det är en svårighet att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg. Näst störst andel uppgav svårigheten att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (46 %). Mer än en tredjedel svarade att kontakterna tar för mycket tid (41 %) och att handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar (40 %).

Av dem som svarat att de haft kontakt med Försäkringskassan, svarade sammanlagt 85 procent att de upplevt åtminstone en av de listade svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan (ej i figur).

När det gäller logistiska svårigheter i kontakten, dvs svårigheter som det går att hitta praktiska lösningar på, upplevde 53 procent minst en av dessa (det vill säga, minst en av följande: Försäkringskassan har stängt när Du har tid att ha kontakt; Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med; Försäkringskassan kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det; Det är svårt att komma fram per telefon) (ej i figur).

Efter svarsalternativet ”annat” fanns möjlighet att förtydliga med egna ord och nästan 2500 av läkarna har gjort detta.



Figur 46. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

Resultat

I Tabell 34 redovisas de fyra typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel angav att de har, uppdelat på respektive *landsting*. Störst andel läkare (62 %) som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg fanns i Värmland och i Skåne. Störst andel (56 %) som angav svårigheter med att Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning fanns i Norrbotten. Hälften (50 %) av läkarna på Gotland svarade att kontakter med Försäkringskassan tar för mycket tid och nästan hälften av läkarna i Halland (48 %) upplevde att handläggare ifrågasätter dem/deras bedömningar.

Tabell 34. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.

Landsting	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
Stockholm	56	47	42	41
Uppsala	53	44	40	40
Södermanland	58	47	42	40
Östergötland	49	37	36	34
Jönköping	60	42	44	42
Kronoberg	58	47	44	39
Kalmar	57	43	39	39
Gotland	53	52	50	47
Blekinge	43	35	29	25
Skåne	62	52	46	45
Halland	61	49	44	48
Västra Götaland	51	39	37	36
Värmland	62	51	44	36
Örebro	57	47	39	39
Västmanland	46	40	39	33
Dalarna	53	48	41	40
Gävleborg	59	50	40	47
Västernorrland	54	47	39	35
Jämtland	60	55	49	47
Västerbotten	53	51	41	41
Norrbotten	56	56	41	41
Hela landet	56	46	41	40

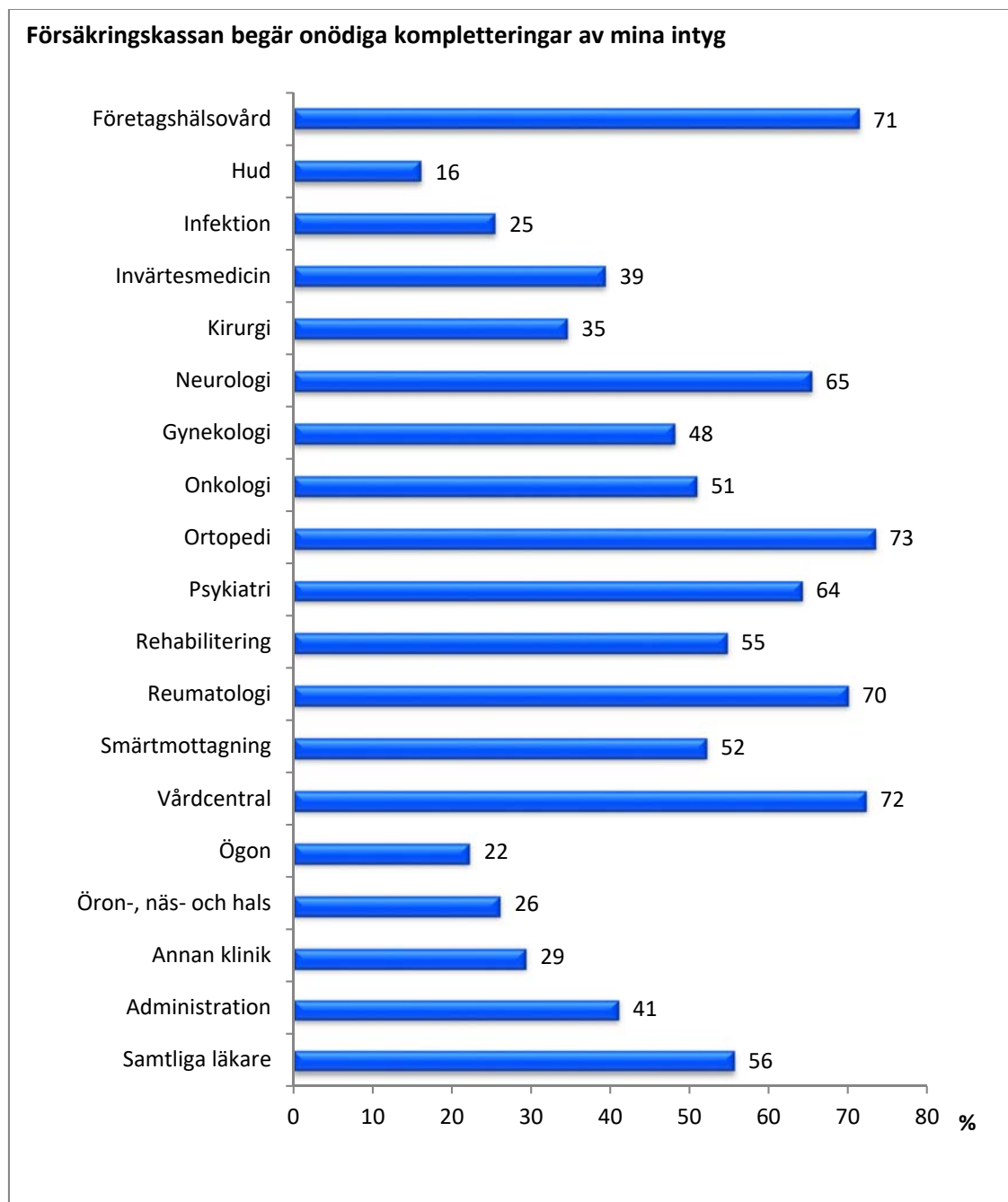
De fyra svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel läkare angav redovisas även uppdelat på olika *typer av kliniker/mottagningar* i Tabell 35.

Störst andel läkare som angav att Försäkringskassan begär in onödiga kompletteringar arbetade inom företagshälsovård, ortopedi eller vårdcentral (71-73 %). Störst andel, som angav svårigheter med att Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning, var läkare inom företagshälsovård (74 %), följt av vårdcentralsläkare (72 %). De sistnämnda har även störst andel som angav att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk (54 %) vilket även motsvarande andel läkare inom reumatologi angav. Störst andel läkare som upplevde att Försäkringskassans handläggare ifrågasätter dem eller deras bedömningar arbetar på vårdcentral, inom företagshälsovård eller inom psykiatri (56, 53 respektive 51 %). Två av dessa svårigheter ”Försäkringskassan begär in onödiga kompletteringar av mina intyg” och att ”Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning” illustreras även i Figur 47 respektive Figur 48 nedan.

Tabell 35. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.

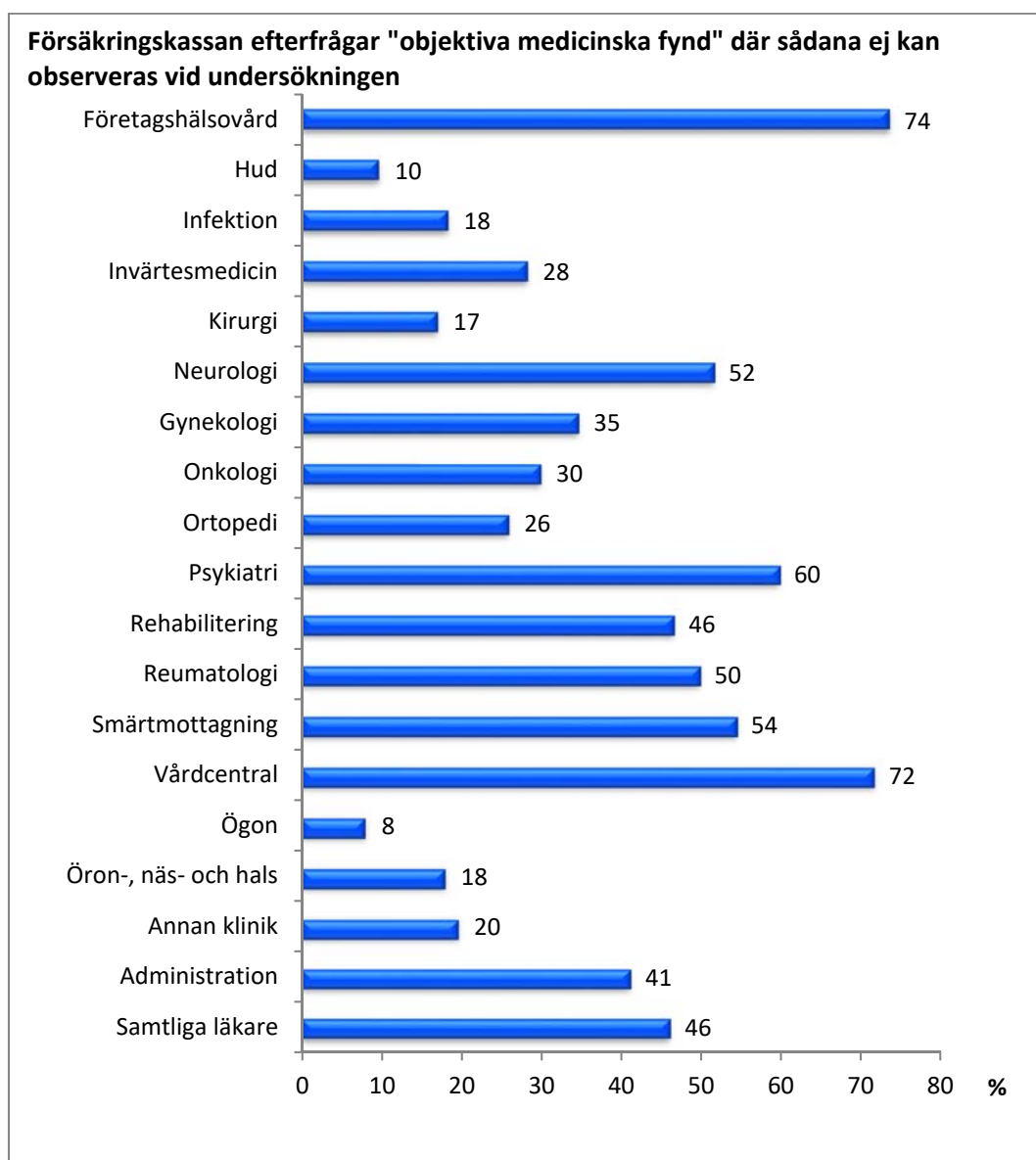
Klinik/mottagning	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
Företagshälsovård	71	74	39	53
Hud	16	10	16	13
Infektion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

Andel av samtliga läkare som svarade att "Försäkringskassan begär in onödiga kompletteringar av mina intyg" var 56 procent (Figur 49). Inom nio typer av kliniker gav mer än hälften av läkarna detta svar. Störst andel arbetade inom ortopedi (73 %), vårdcentral (72 %), företagshälsovård (71 %) och reumatologi (70 %).



Figur 47. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Fyrtiosex procent av läkarna svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att "Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning" (Figur 48). Inom sex typer av kliniker gav mer än hälften av läkarna detta svar. Störst andel läkare som svarade denna svårighet var delvis samma som tidigare, det vill säga företagshälsovård (74 %) och vårdcentral (72 %) men den tredje största andelen läkare arbetade inom psykiatri (60 %).



Figur 48. Andel (%) läkare som uppgav att "Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen" som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

På frågan om "hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg" svarade 69 procent att detta är mycket eller ganska problematiskt (Figur 23). På frågan om det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg" svarade 56 procent att det var det – det vill säga, en något lägre andel. I Tabell 36 relateras dessa andelar till varandra för samtliga läkare och i Tabell 37 för vårdcentralsläkare. I båda tabellerna framgår att även om en läkare inte tycker det är särskilt problematiskt att göra kompletteringar kan detta vara en svårighet i kontakten med Försäkringskassan – och tvärtom. Fördjupade analyser av dessa samband behövs.

Resultat

Tabell 36. Andel (%) läkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.

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

Tabell 37. Andel (%) vårdcentralsläkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.

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

Elektronisk överföring av läkarintyg

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan har nu införts i hela landet, även i Stockholm och på Gotland, de två områden där detta skett nyligen. Systemet innebär att i stället för att patienten får ett läkarintyg med sig vid läkarbesöket och sedan kan välja att skicka in det till Försäkringskassan, kan läkaren, efter godkännande från patienten, elektroniskt skicka in intyget direkt till Försäkringskassan. Inom ramen för detta elektroniska system finns det även möjlighet för läkaren och Försäkringskassans handläggare att kommunicera med varandra kring eventuella oklarheter, via den så kallade "Fråga-svar-funktionen".

Majoriteten (80 %) av läkarna svarade att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 38). I de olika *landstingen* använde mellan 84 och 96 procent av läkarna elektronisk överföring av intyg – med ett undantag; bland läkarna i Stockholm svarade 49 procent av läkarna att de använder sådan elektronisk överföring. Stockholm är det län där elektronisk överföring införts sist, delvis under år 2016 respektive under 2017.

Nästan alla, 93 procent, av de läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg har även detta system integrerat med sitt journalsystem. Också i detta finns en variation mellan landstingen, där 26 procent av läkarna i Skåne angav att de inte har den elektroniska överföringen integrerad med journalsystemet och en femtedel av läkarna i Örebro (17 %) och i Västerbotten (20 %) har den integrerad men med problem. I övriga landsting svarade 81-96 procent att integreringen finns och fungerar bra.

Tabell 38. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

Landsting	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
Stockholm	1664	49	85	10	3	3
Uppsala	554	89	96	2	1	1
Södermanland	308	93	81	13	5	1
Östergötland	577	92	95	3	1	2
Jönköping	441	96	95	3	<0,5	2
Kronoberg	221	94	95	4	<0,5	1
Kalmar	265	94	95	2	2	2
Gotland	95	92	85	14	0	1
Blekinge	168	90	87	8	5	1
Skåne	1523	84	59	13	26	2
Halland	388	95	89	8	2	2
Västra Götaland	1939	89	88	9	2	1
Värmland	310	91	92	4	2	2
Örebro	398	91	75	17	7	1
Västmanland	229	90	94	2	2	2
Dalarna	397	93	95	3	1	1
Gävleborg	346	93	85	10	2	3
Västernorrland	253	90	88	10	1	1
Jämtland	200	94	93	7	1	0
Västerbotten	442	92	71	20	8	1
Norrbottn	258	89	92	6	2	<0,5
Hela landet	10 990	80	84	9	6	2

Störst andel läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg fanns bland vårdcentralsläkarna (90 %) (Tabell 39). Dock hade vårdcentralerna minst andel läkare som uppgav fungerande integration med journalsystemet (79 %) och störst andel (11 %) utan integration, i jämförelse med andra kliniska verksamheter. Lägst andel läkare som använder elektronisk överföring fanns inom företagshälsovård; 12 procent. Även de inom smärtmottagningar respektive inom annan klinik/mottagning låg relativt lågt (59 respektive 55 %). De flesta typer av kliniker/mottagningar har en andel över 70 procent som använder elektronisk överföring och över 80 procent av dem har elektroniska överföringen integrerat med journalsystemet.

Resultat

Tabell 39. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

Klinik/mottagning	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
Företagshälsovård	39	12	82	5	13	0
Hud	138	81	80	10	5	4
Infektion	298	83	90	8	1	1
Invärtesmedicin	1378	83	87	8	3	2
Kirurgi	1055	82	88	8	2	1
Neurologi	228	75	86	11	2	1
Gynekologi	239	75	89	7	3	2
Onkologi	290	85	88	9	2	2
Ortopedi	691	75	83	13	3	1
Psykiatri	869	83	88	8	3	1
Rehabilitering	113	72	87	9	4	1
Reumatologi	162	82	84	10	5	1
Smärtmottagning	32	59	81	9	6	3
Vårdcentral	4204	90	79	8	11	1
Ögon	287	84	86	9	1	3
Öron-, näs- och hals	319	76	88	8	2	3
Annan klinik/mottagning	562	55	87	7	3	3
Administration	46	70	87	13	0	0
Samtliga läkare	10 990	80	84	9	6	2

Sammanfattning

Fyra av fem sjukskrivande läkare hade kontakt med Försäkringskassan och av dem var drygt hälften ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. Tjugotvå procent upplevde inte några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. Den svårighet flest läkare upplevde i kontakterna var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (56 %), följt av att Försäkringskassan efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” (46 %) där sådana inte kan observeras vid undersökning. Inom företagshälsovård, ortopedi, reumatologi och vårdcentral svarade över 70 procent att en svårighet är ”Försäkringskassans begäran om onödiga kompletteringar av intyg”. Över 70 procent av läkarna inom företagshälsovård och vårdcentraler, 60 procent inom psykiatri och 52 procent inom neurologi svarade att en svårighet var att Försäkringskassan ”efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” där sådana inte kan observeras vid undersökning”.

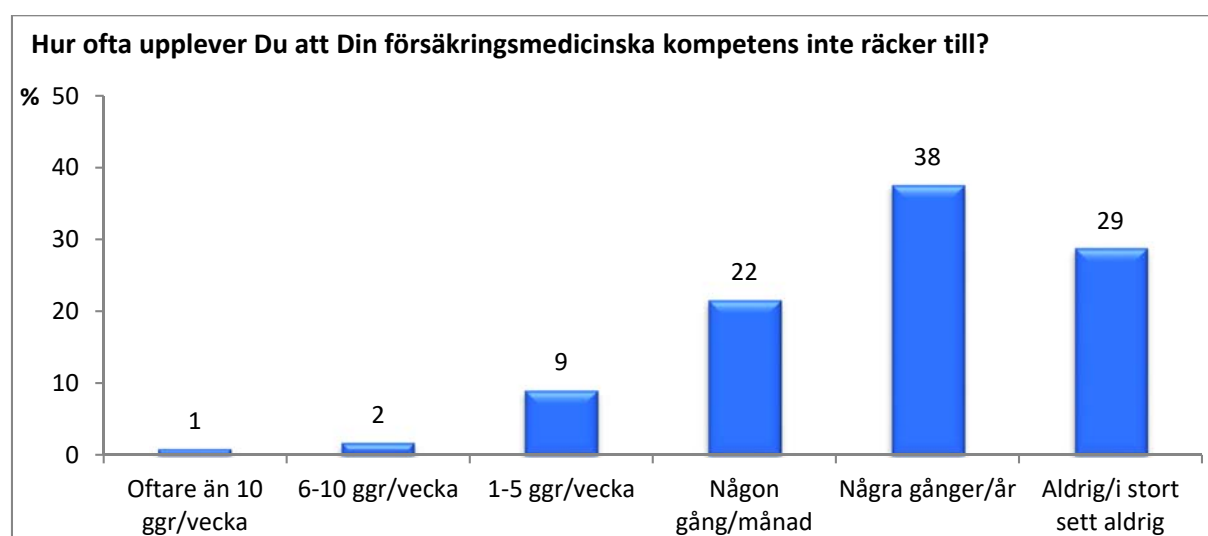
Fyra av fem läkare svarade att de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan med överföringen integrerad med journalsystemet och de upplevde att systemet för detta i stort sett fungerar bra. Störst andel läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg arbetar på vårdcentralerna (90 %). De hade samtidigt minst andel läkare som uppgav fungerande integration med journalsystemet och störst andel utan integration.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Det fanns flera frågor om olika aspekter av försäkringsmedicinsk kompetens. Svar på sådana frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten ”Samarbete och samverkan” (sidan 91) respektive ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 77).

I detta avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Svaren redovisas för de olika landstingen och per typ av klinik/mottagning. En sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om försäkringsmedicinsk kompetens återfinns i slutet av detta avsnitt.

Var tredje läkare (34 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, medan nästan en tredjedel (29 %) aldrig/i stort sett aldrig upplevde detta (Figur 49).



Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

Resultat

Det var inga stora skillnader mellan *landstingen* avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Tabell 40). Störst andel som upplevde detta minst någon gång per månad fanns på Gotland (43 %), och minst andel fanns i Östergötland (27 %).

Tabell 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst en gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	13	20	37	30
Uppsala	10	21	38	31
Södermanland	11	22	41	25
Östergötland	8	19	42	31
Jönköping	12	23	40	25
Kronoberg	14	18	37	30
Kalmar	13	21	38	28
Gotland	17	26	37	21
Bleking	8	22	43	27
Skåne	11	23	35	31
Halland	13	22	33	32
Västra Götaland	11	22	38	30
Värmland	14	25	38	23
Örebro	13	17	39	31
Västmanland	11	23	42	25
Dalarna	9	26	41	24
Gävleborg	10	25	39	26
Västernorrland	17	21	34	28
Jämtland	15	21	43	20
Västerbotten	12	25	34	29
Norrbottn	10	23	39	29
Hela landet	12	22	38	29

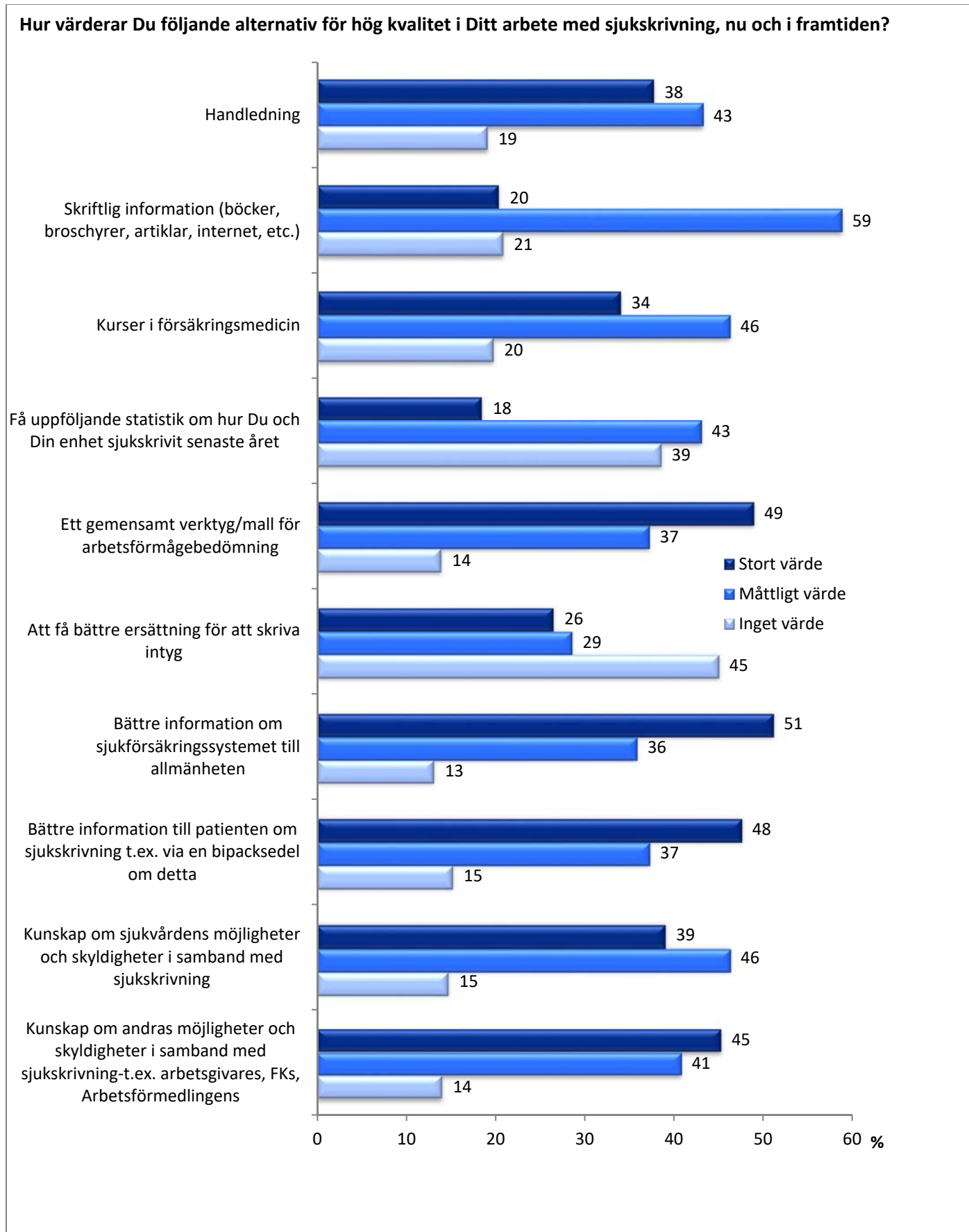
Variationen avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till var stor mellan olika *typer av kliniker/mottagningar* (Tabell 41). Störst andel läkare som minst en gång per månad upplevde detta fanns inom reumatologi, psykiatri och på vårdcentraler (40, 42, 52 %). Läkare inom hud och inom ögon hade störst andelar som aldrig/i stort sett aldrig upplevde att deras kompetens inte räcker till.

Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst en gång per vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	14	15	30	41
Hud	1	4	36	59
Infektion	3	9	51	37
Invärtesmedicin	5	17	47	31
Kirurgi	5	11	40	44
Neurologi	9	25	45	20
Gynekologi	5	13	39	42
Onkologi	4	17	48	32
Ortopedi	10	20	40	30
Psykiatri	17	25	34	24
Rehabilitering	9	18	42	31
Reumatologi	14	26	42	18
Smärtmottagning	8	23	42	27
Vårdcentral	20	32	33	14
Ögon	2	5	35	58
Öron-, näs- och hals	1	9	45	44
Annan klinik/mottagning	7	14	30	50
Administration	6	11	45	37
Samtliga läkare	12	22	38	29

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Det som störst andel läkare ansåg skulle vara av stort värde är bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (51 %) samt bättre information om sjukskrivning till patienten, till exempel via en så kallad bipacksedel (48 %), något som alltfler börjat använda under senare år (Figur 50). Hälften ansåg att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (49 %) skulle ha stort värde. Däremot ansåg nästan hälften att bättre ersättning för att skriva intyg inte skulle ha något värde.

När det gäller former för kompetensutveckling ville störst andel få detta genom handledning, tätt följt av kurser i försäkringsmedicin. Framförallt önskade man kunskap om andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, såsom arbetsgivares, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen – men även om hälso- och sjukvårdens.



Figur 50. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde åtminstone någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Störst andel som upplevde sådan kompetensbrist fanns inom reumatologi, psykiatri och på vårdcentraler (40-52 %).

De aktiviteter som hälften av läkarna ansåg skulle vara av störst värde för deras arbete med sjukskrivning är informationsinsatser om sjukförsäkringssystemet till allmänheten respektive om sjukskrivning till patienten (till exempel via en 'bipacksedel') samt att ha ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning. Läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. En tredjedel av läkarna ansåg att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

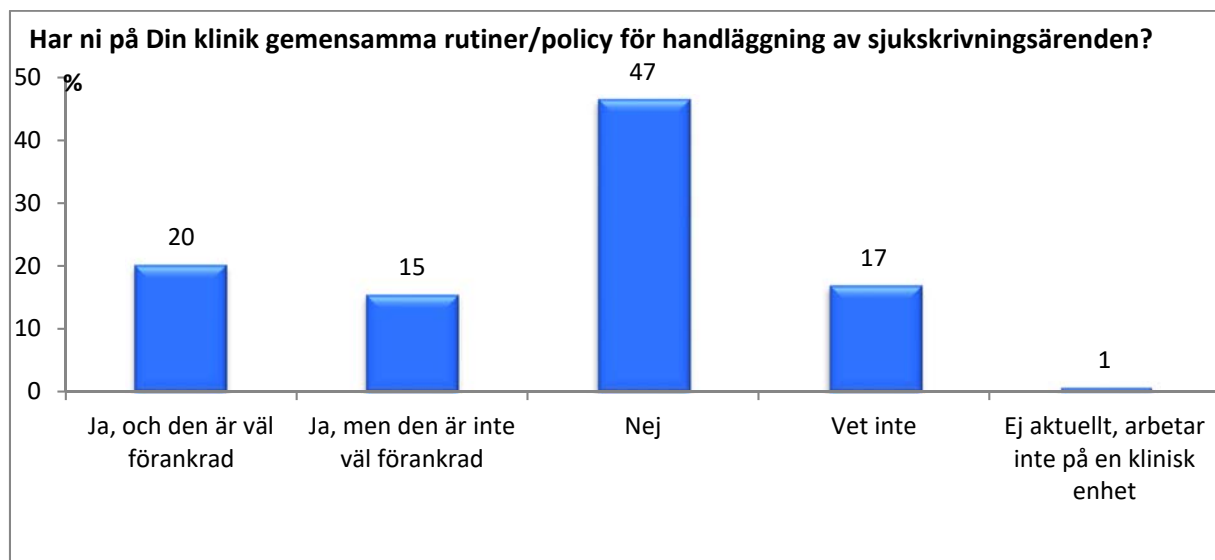
De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg ha högt värde är handledning och kurser i försäkringsmedicin.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter (57, 58, 227). Detta innebär att det har varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning och tre av frågorna berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst på läkarens arbetsplats av gemensamma rutiner/policy för arbetet med sjukskrivning och i en följdfråga till dem som svarat att en sådan fanns, huruvida rutinerna/policyn upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid/tidsbrist i olika aspekter av sjukskrivningsarbetet.

Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensamma rutiner/policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 35 procent att en sådan finns och av dem uppgav 20 procent att den även är väl förankrad (Figur 51). Nästan hälften, 47 procent, svarade att det inte finns några sådana rutiner/någon sådan policy på deras arbetsplats och ytterligare 17 procent att de inte visste. Bland dem som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare var de andelarna 37 respektive 25 procent (ej i figur).



Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

Resultat

En följdfråga till dem som svarat att de har gemensamma rutiner/policy på kliniken var om de har nytta av dem i sitt kliniska arbete; majoriteten (78 %) svarade ja på den frågan.

Det landsting där störst andel läkare svarat att de har gemensamma rutiner/policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var Södermanland (50 %) och det landsting där minst andel läkare uppgav att de har detta var Norrbotten (21 %) (Tabell 42). Av dem som svarade att de har rutiner/en sådan policy - väl eller inte väl förankrad - på sin klinik/mottagning, har majoriteten nytta av den i sitt kliniska arbete; från 70 procent av dem i Skåne till 87 procent av dem i Kronoberg.

Tabell 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet ¹
Stockholm	18	14	50	17	1	77
Uppsala	16	12	50	21	1	81
Södermanland	34	16	33	16	1	85
Östergötland	20	15	48	17	1	83
Jönköping	28	17	38	17	<0,5	82
Kronoberg	22	12	48	18	0	87
Kalmar	29	16	38	17	<0,5	84
Gotland	9	17	48	26	1	71
Blekinge	19	13	48	19	1	71
Skåne	21	19	45	14	1	70
Halland	21	14	45	20	<0,5	84
Västra Götaland	23	17	42	17	1	78
Värmland	18	18	47	17	1	72
Örebro	16	16	52	16	<0,5	77
Västmanland	11	15	52	22	0	75
Dalarna	15	12	53	19	<0,5	82
Gävleborg	24	19	39	19	0	82
Västernorrland	22	14	44	19	1	86
Jämtland	12	11	60	16	0	85
Västerbotten	24	16	43	17	1	81
Norrbotten	13	8	61	17	1	81
Hela landet	20	15	47	17	1	78

¹ Andel (%) av de läkare som svarade "Ja, och den är väl förankrad" eller "Ja, men den är inte väl förankrad".

Det fanns även skillnader mellan olika typer av kliniker/mottagningar. I Tabell 43 framkommer att gemensamma rutiner/policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var vanligast förekommande på smärtmottagningar (68 %), rehabilitering (52 %) och vårdcentraler (51 %). Motsvarande andel var minst för infektionskliniker (9 %). Andelen läkare som hade nytta av rutinerna/policyn varierade mellan 70 procent (invärtesmedicin) och 94 procent (smärtmottagning).

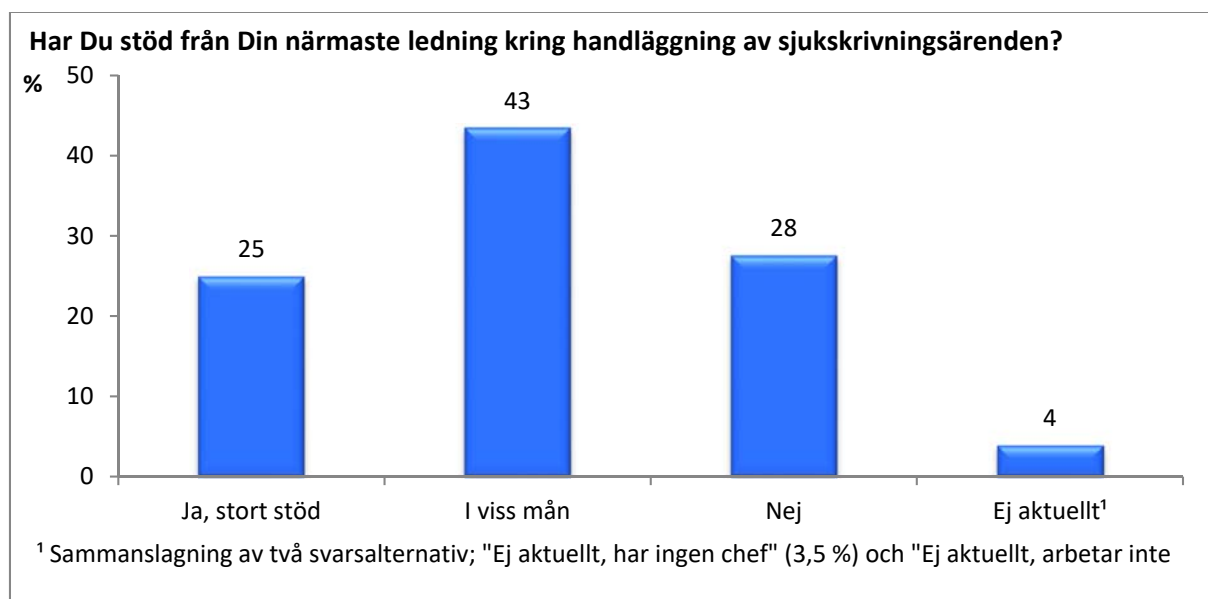
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet ¹
Företagshälsovård	35	13	45	6	1	85
Hud	8	8	73	10	1	85
Infektion	4	5	74	17	0	78
Invärtesmedicin	9	9	56	26	<0,5	70
Kirurgi	17	11	51	21	<0,5	84
Neurologi	8	8	64	20	0	64
Gynekologi	22	18	43	17	1	83
Onkologi	16	13	46	24	0	90
Ortopedi	24	16	42	18	<0,5	80
Psykiatri	18	14	45	21	1	74
Rehabilitering	37	15	39	8	0	86
Reumatologi	15	12	62	11	0	79
Smärtmottagning	46	22	24	6	2	94
Vårdcentral	27	24	37	12	<0,5	76
Ögon	13	7	59	22	0	84
Öron-, näs- och hals	12	8	64	15	1	87
Annan klinik/mottagning	19	9	46	21	5	83
Administration	20	8	48	14	11	82
Samtliga läkare	20	15	47	17	1	78

¹ Andel (%) av de läkare som svarade "Ja, och den är väl förankrad" eller "Ja, men den är inte väl förankrad".

Stöd från ledningen

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 52 visas att en fjärdedel av läkarna kände stort stöd, medan 43 procent svarade att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En knapp tredjedel (28 %) svarade att de inte har något stöd i detta arbete.



Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Resultat

Andelen läkare som svarade att de har stort stöd i sjukskrivningsarbetet varierade något mellan *landstingen*. Den enda större avvikelserna var Kalmar där störst andel läkare (35 %) svarade att de känner stort stöd i sjukskrivningsarbetet från sin ledning. Den minsta andelen fanns i Gävleborg och på Gotland med 21 procent (Tabell 44).

Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Ja, stort stöd	Stöd i viss mån	Nej, inget stöd	Ej aktuellt ¹
Stockholm	22	41	31	5
Uppsala	22	44	29	4
Södermanland	26	45	25	4
Östergötland	29	43	26	2
Jönköping	29	49	19	2
Kronoberg	30	40	25	4
Kalmar	35	37	24	4
Gotland	21	47	29	3
Blekinge	25	49	24	2
Skåne	23	44	29	5
Halland	28	43	27	3
Västra Götaland	27	45	24	4
Värmland	25	44	27	4
Örebro	26	45	25	5
Västmanland	25	43	29	3
Dalarna	28	47	22	2
Gävleborg	21	44	33	2
Västernorrland	26	42	31	1
Jämtland	22	36	41	1
Västerbotten	27	44	27	2
Norrbottn	23	44	27	5
Hela landet	25	43	28	4

¹ Sammanslagning av svarsalternativen "Ej aktuellt, har ingen chef" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet".

Det fanns större skillnader mellan de olika typerna av *kliniker/mottagningar* vad gäller om läkarna hade stöd från sin närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden (Tabell 45). Närmare hälften (45 %) av läkarna inom företagshälsovård och 41 procent på smärtkliniker uppgav att de har stort sådant stöd i sjukskrivningsarbetet. Inom kirurgi, invärtesmedicin och neurologi hade 36, 37 respektive 42 procent av läkarna inget stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsfrågor.

Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Ja, stort stöd	Stöd i viss mån	Nej, inget stöd	Ej aktuellt ¹
Företagshälsovård	45	28	17	10
Hud	25	41	26	8
Infektion	18	50	31	1
Invärtesmedicin	17	44	37	2
Kirurgi	20	41	36	3
Neurologi	12	45	42	2
Gynekologi	20	41	31	7
Onkologi	24	46	30	1
Ortopedi	20	47	29	4
Psykiatri	20	43	30	7
Rehabilitering	39	39	20	3
Reumatologi	18	46	35	1
Smärtmottagning	41	24	20	14
Vårdcentral	32	46	19	3
Ögon	24	39	34	3
Öron-, näs- och hals	20	42	31	7
Annan klinik/mottagning	24	37	32	7
Administration	14	54	17	14
Samtliga läkare	25	43	28	4

¹ Sammanslagning av svarsalternativen "Ej aktuellt, har ingen chef" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet".

Tid i arbetet med sjukskrivning

En central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är tid (60). Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist. Dessa avsåg frekvens av tidsbrist i hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet (till exempel när intyg ska skrivas eller kontakter med andra aktörer ska tas), samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor.

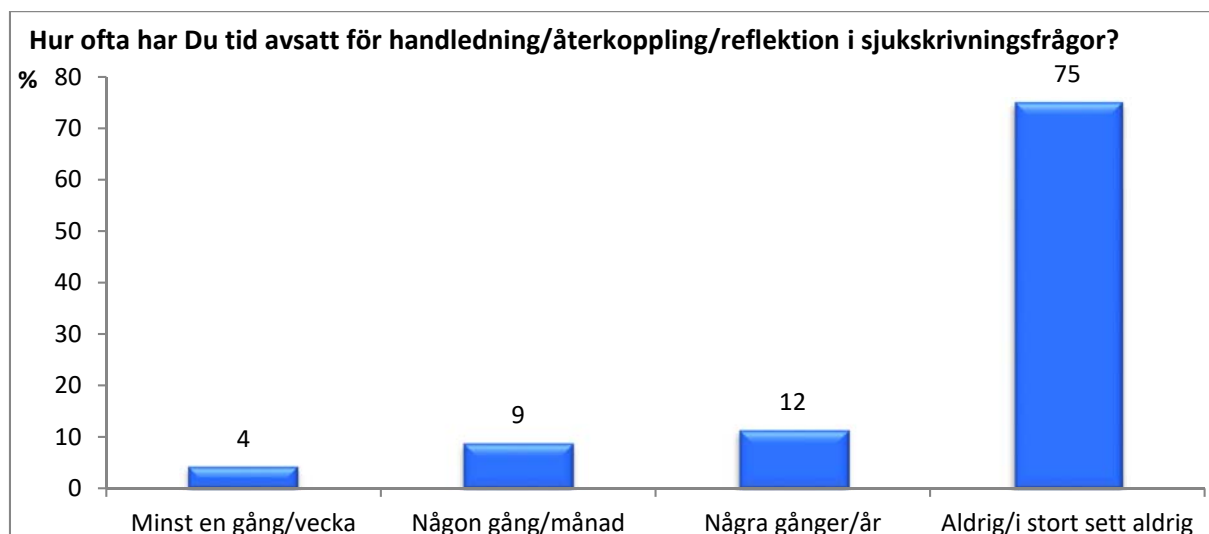
Av Tabell 46 framgår att en tredjedel dagligen upplevde tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller patientrelaterad tid (34 %) och kompetensutveckling (30 %). För det direkta patientarbetet uppgav 27 procent av läkarna att de har sådan tidsbrist dagligen.

Tabell 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	27	33	18	10	13
... patientrelaterad tid?	34	31	16	10	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	30	22	18	13	17

Resultat

På frågan om hur ofta läkare hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden framkom att 75 procent av läkarna aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för detta (Figur 53). Endast 13 procent har tid avsatt för detta någon gång per månad eller oftare.

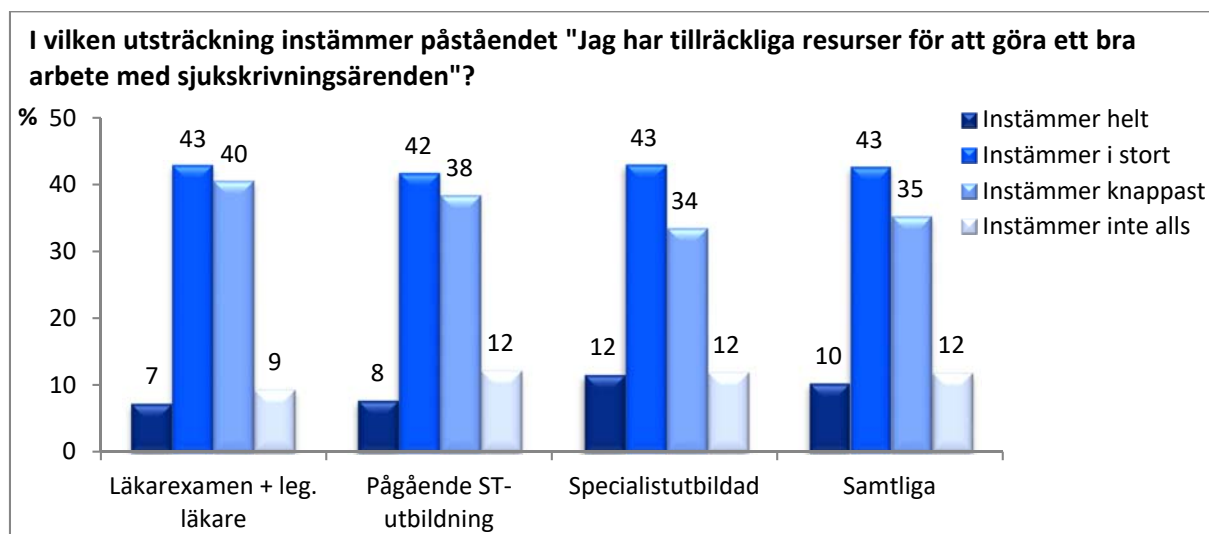


Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Tillräckliga resurser

På frågan om läkarna har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden instämde tio procent helt i att de har detta, drygt hälften (53 %) instämde helt eller i stort medan nästan hälften instämde inte alls eller knappast i detta påstående.

För denna fråga var svarfs fördelningen relativt lika mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 54). Specialistutbildade hade högst andel (12 %) som instämde helt i att de har tillräckliga resurser och minst andel som uppgav detsamma var de med läkarexamen/leg. läkare (7 %). Hälften av läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation och bland de under ST-utbildning instämde knappast eller inte alls i att ha tillräckliga resurser och även en nästan lika stor andel av specialisterna (46 %).



Figur 54. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

I Tabell 47 presenteras motsvarande resultat uppdelat på *landstingen*. Det fanns en variation mellan landstingen, från 42 till 56 procent som instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser. I Jämtland svarade högst andel (19 %) att de inte alls instämmer i att de har tillräckliga resurser.

Tabell 47. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

Landsting	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Stockholm	11	41	35	13
Uppsala	11	45	32	12
Södermanland	11	43	36	10
Östergötland	11	45	32	12
Jönköping	8	45	35	12
Kronoberg	10	42	37	11
Kalmar	13	43	32	13
Gotland	6	40	41	14
Blekinge	8	45	37	11
Skåne	10	41	36	13
Halland	12	43	34	11
Västra Götaland	11	45	34	10
Värmland	6	37	42	15
Örebro	11	45	32	11
Västmanland	11	40	34	15
Dalarna	9	46	37	8
Gävleborg	9	39	42	10
Västernorrland	11	43	35	11
Jämtland	7	35	39	19
Västerbotten	10	41	35	14
Norrbotten	11	44	36	9
Hela landet	10	43	35	12

Variationen mellan *typer av kliniker/mottagningar* i frågan om tillräckliga resurser i arbetet med sjukskrivning var större än mellan landstingen; mellan 38 och 85 procent instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser i detta arbete (Tabell 48). Störst andel som instämde på detta sätt var läkare på företagshälsovården (85 %) följt av infektionsklinik/mottagning och rehabilitering (77 %). Av dem som knappast eller inte alls instämde fanns störst andel på vårdcentral (62 %) och neurologen (61 %).

Resultat

Tabell 48. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Företagshälsovård	29	56	12	3
Hud	12	57	25	6
Infektion	12	65	22	1
Invärtesmedicin	8	51	33	8
Kirurgi	14	51	26	9
Neurologi	6	33	43	18
Gynekologi	10	48	31	10
Onkologi	11	47	34	8
Ortopedi	8	40	39	12
Psykiatri	11	42	35	12
Rehabilitering	24	53	18	5
Reumatologi	6	37	42	15
Smärtmottagning	20	47	14	18
Vårdcentral	6	32	45	17
Ögon	15	58	22	5
Öron-, näs- och hals	13	57	26	3
Annan klinik/mottagning	20	44	25	12
Administration	10	53	30	7
Samtliga läkare	10	43	35	12

Sammanfattning

Drygt en tredjedel av läkarna angav att det finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen och av dem svarade en femtedel att de/den är väl förankrad. Mer än hälften svarade att det inte finns någon policy eller att de inte visste om det finns en sådan. Majoriteten av dem som hade en policy svarade att de har nytta av den i sitt kliniska arbete.

Gemensamma rutiner/policy var vanligast förekommande på smärtmottagningar, rehabilitering och vårdcentraler, där mer än hälften av läkarna angav att de har detta.

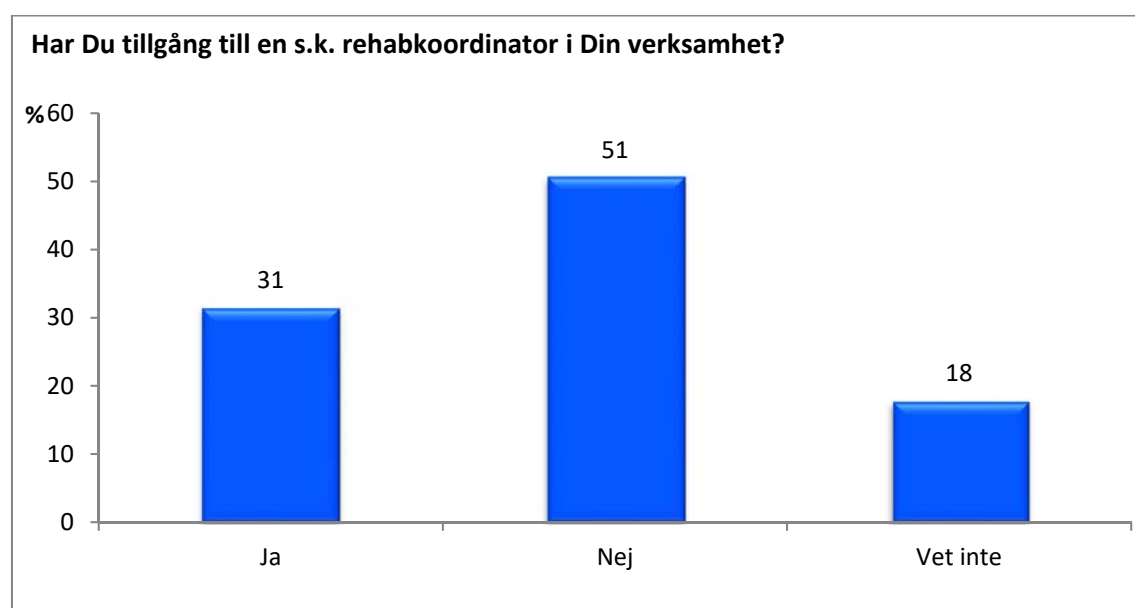
En fjärdedel av läkarna kände stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden medan en något större andel uppgav att de *inte* har sådant stöd i sitt sjukskrivningsarbete. Drygt 40 procent av läkarna inom företagshälsovården och smärtmottagning kände stort stöd medan samma andel på neurologen inte hade något stöd i arbetet med sjukskrivning.

Två tredjedelar av läkarna hade tidsbrist i sjukskrivningsärenden dagligen eller någon gång per vecka, när det gäller tid med patienten respektive tid för patientrelaterat arbete och hälften när det gäller kompetensutveckling. På frågan om att ha tillräckliga resurser för sjukskrivningsarbetet svarade omkring hälften att de har det helt eller i stort och hälften att de inte alls eller knappast har det. Detta förhållande varierade stort mellan olika typer av kliniker/mottagningar; från 38 till 85 procent svarade att de helt eller i stort har tillräckliga resurser.

Rehabkoordinator

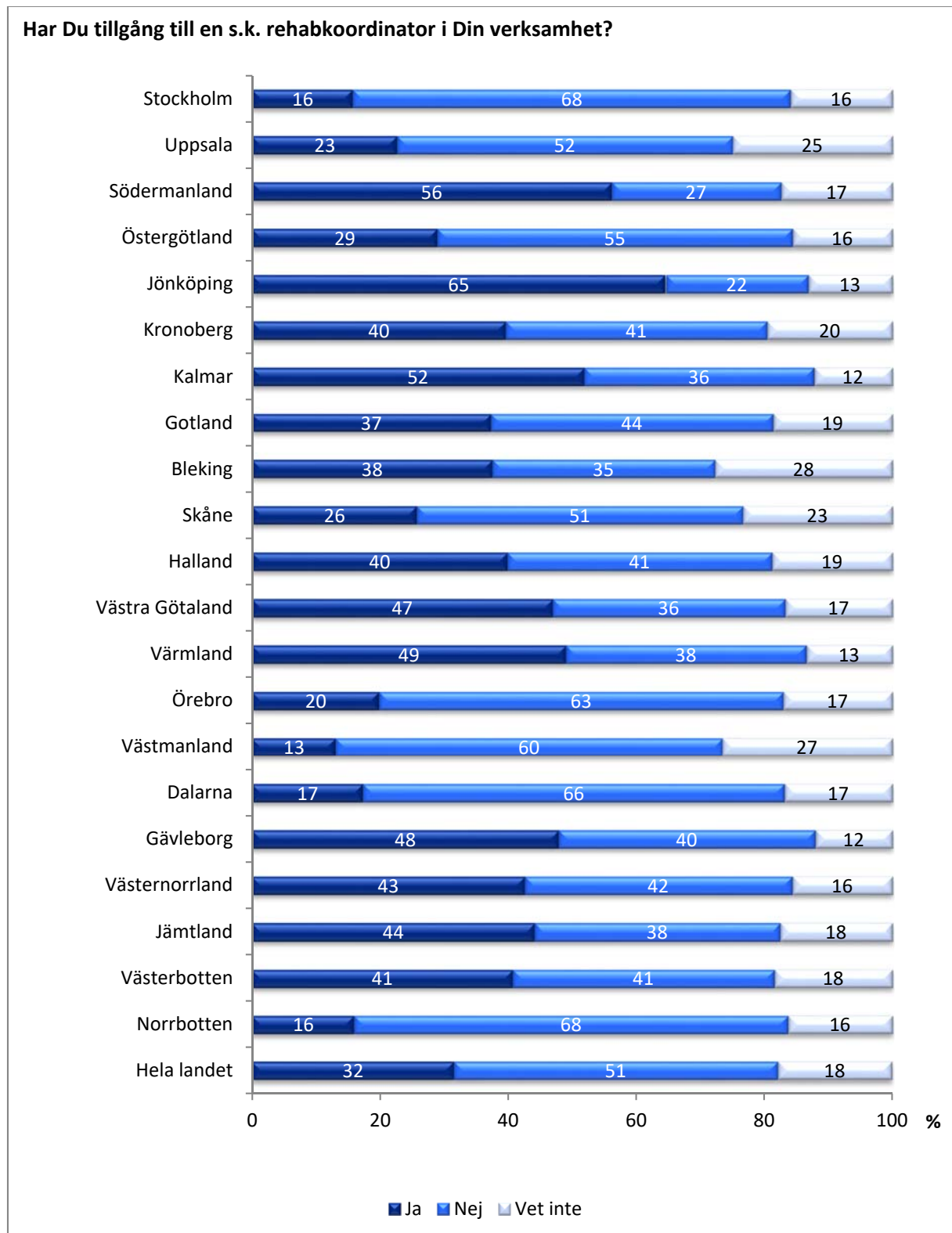
I de senaste överenskommelserna mellan regering och landstingen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden ska rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, här kallade rehabkoordinatorer, finnas inom ett flertal typer av kliniska verksamheter, framförallt vårdcentraler (6, 7, 213, 262-264). Vi har valt att samla alla enkätfrågorna om rehabkoordinatorer i ett avsnitt, i anslutning till avsnittet om organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, då rehabkoordinatorerna är avsedda att vara ett sådant stöd inom hälso- och sjukvården (6).

Av Figur 55 framgår att en tredjedel av läkarna hade tillgång till en rehabkoordinator medan en femtedel (18 %) svarade att de inte visste om de hade detta.



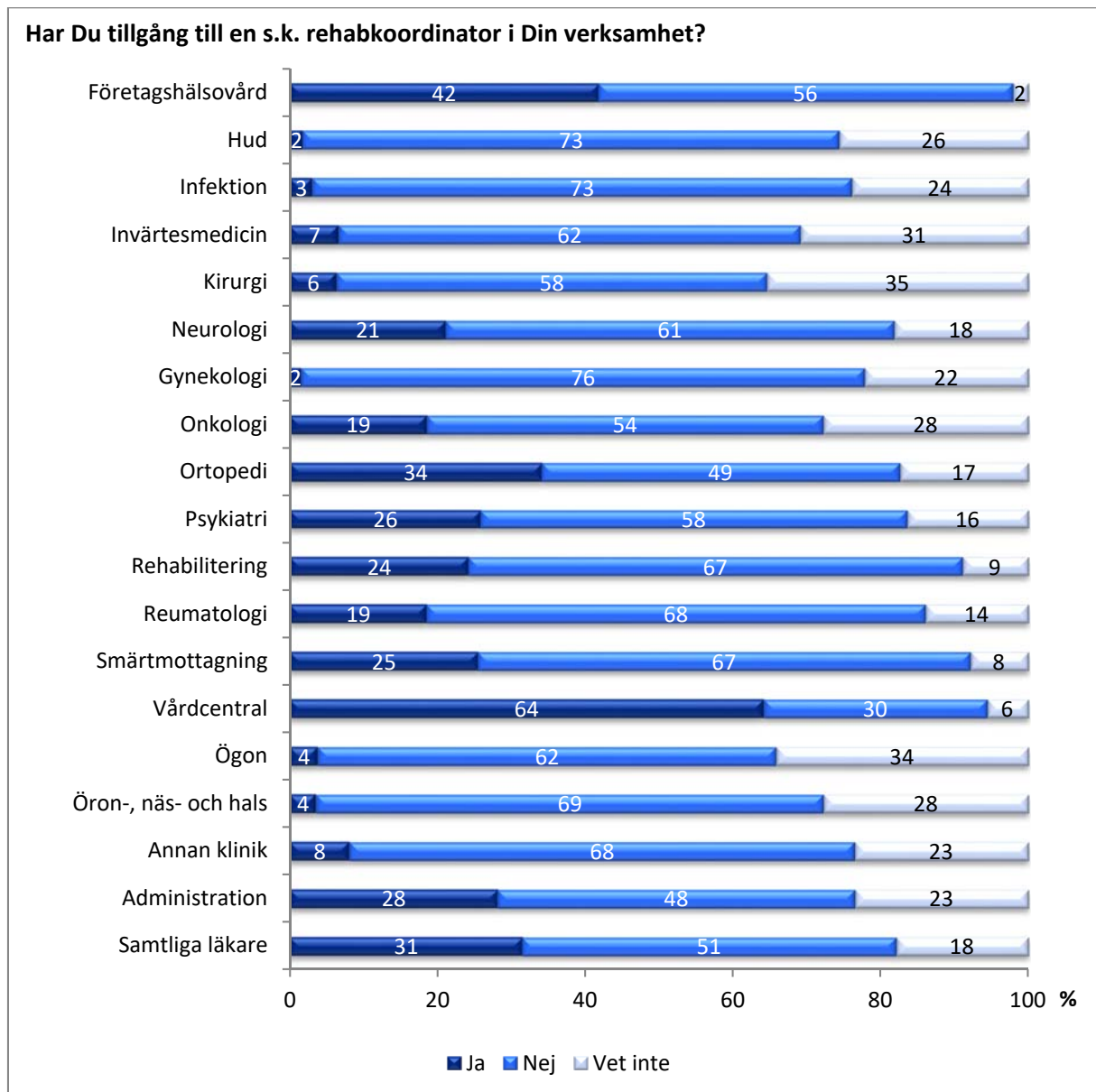
Figur 55. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet.

Skillnaden i tillgång till rehabiliteringskoordinator varierade stort mellan *landstingen* (Figur 56), från 13 procent i Västmanland till 65 procent i Jönköping. Mer än hälften av läkarna i Södermanland och Kalmar svarade att de har tillgång till koordinator medan mindre än en femtedel av läkarna i Stockholm, Dalarna och Norrbotten har tillgång till en sådan.



Figur 56. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på landsting.

Skillnaden i tillgång till rehabkoordinator var stor även mellan olika *typer av kliniker/mottagningar*, vilket torde spegla att fokus i sjukskrivningsmiljarden har varit att sådana först och främst ska finnas inom vårdcentraler (Figur 57). Störst andel läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator fanns därför bland vårdcentralsläkarna (64 %). Näst störst andel fanns inom företagshälsovård (42 %). Minst andel läkare med tillgång till rehabkoordinator arbetade inom hud respektive gynekologi (2 %). Bland vårdcentralsläkarna hade en tredjedel (30-36 %) inte tillgång till rehabkoordinatorer.

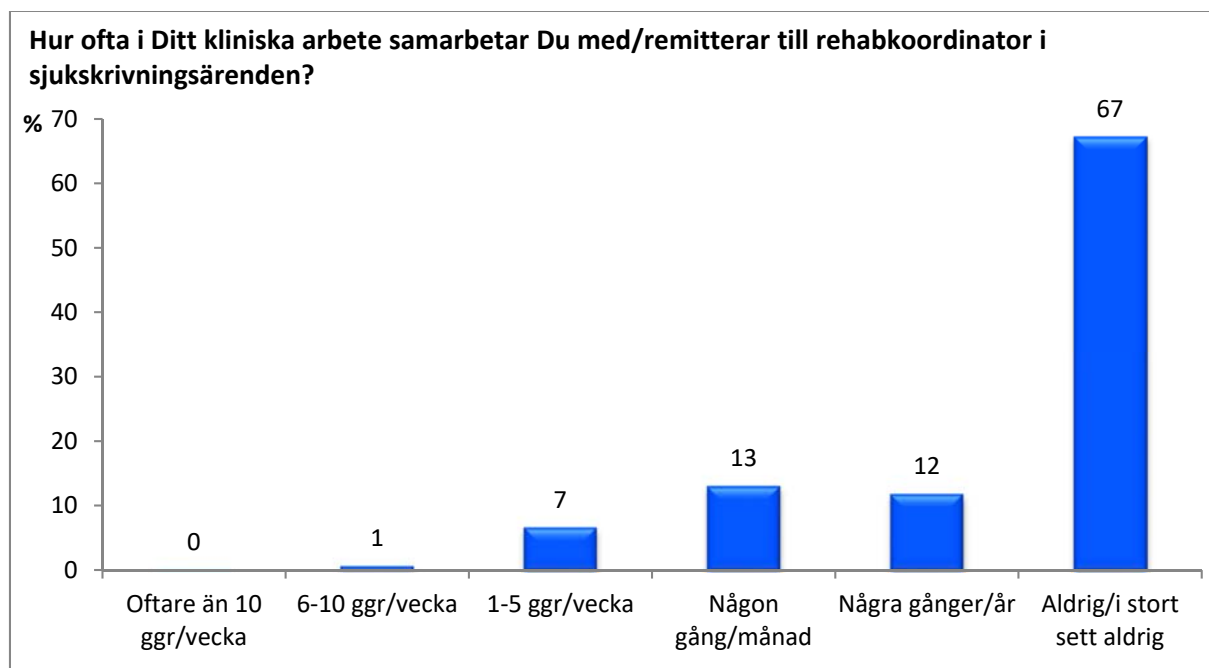


Figur 57. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Resultat

På frågan om hur ofta de samarbetar med/remitterar till rehabkoordinator, svarade två tredjedelar att detta gör de aldrig/i stort sett aldrig (Figur 58). En femtedel (21 %) av läkarna gjorde detta minst någon gång per månad.

Andelen som samarbetar med/remitterar till rehabkoordinatorer i sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan var åtta procent. Motsvarande andelar för sådant samarbete/remittering till kurator/psykolog var 17 procent och för arbetsterapeut/fysioterapeut 20 procent, det vill säga, betydligt större. För ytterligare jämförelse med svar på frågan om samarbete med olika professioner och aktörer, se det ovanstående avsnittet "Samarbete och samverkan" sidan 91.



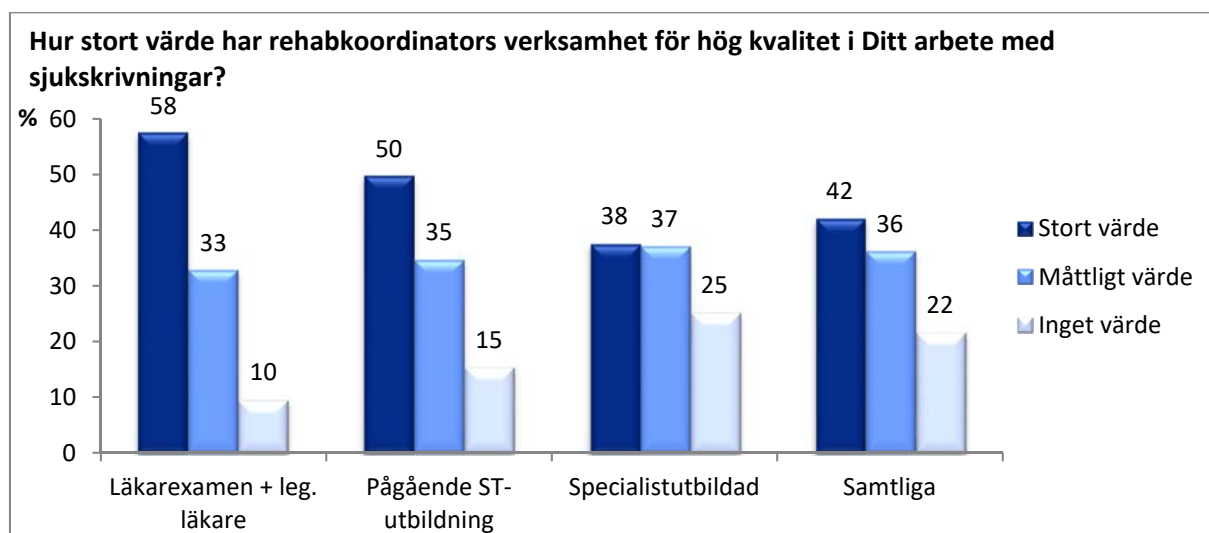
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

I ovanstående figur ingår samtliga sjukskrivande läkare. I Tabell 49 nedan redovisas svaren för detta i relation till hur läkaren svarat på frågan om hon eller han har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet. Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator ansåg en fjärdedel (23 %) att de samarbetar med eller remitterar till koordinatorn minst en gång per vecka och 16 procent gjorde det aldrig.

Tabell 49. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

Tillgång till rehabkoordinator?	Fler än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Ja	1	2	20	37	24	16
Nej	0	0	1	2	6	92
Vet ej	0	0	0	2	8	90

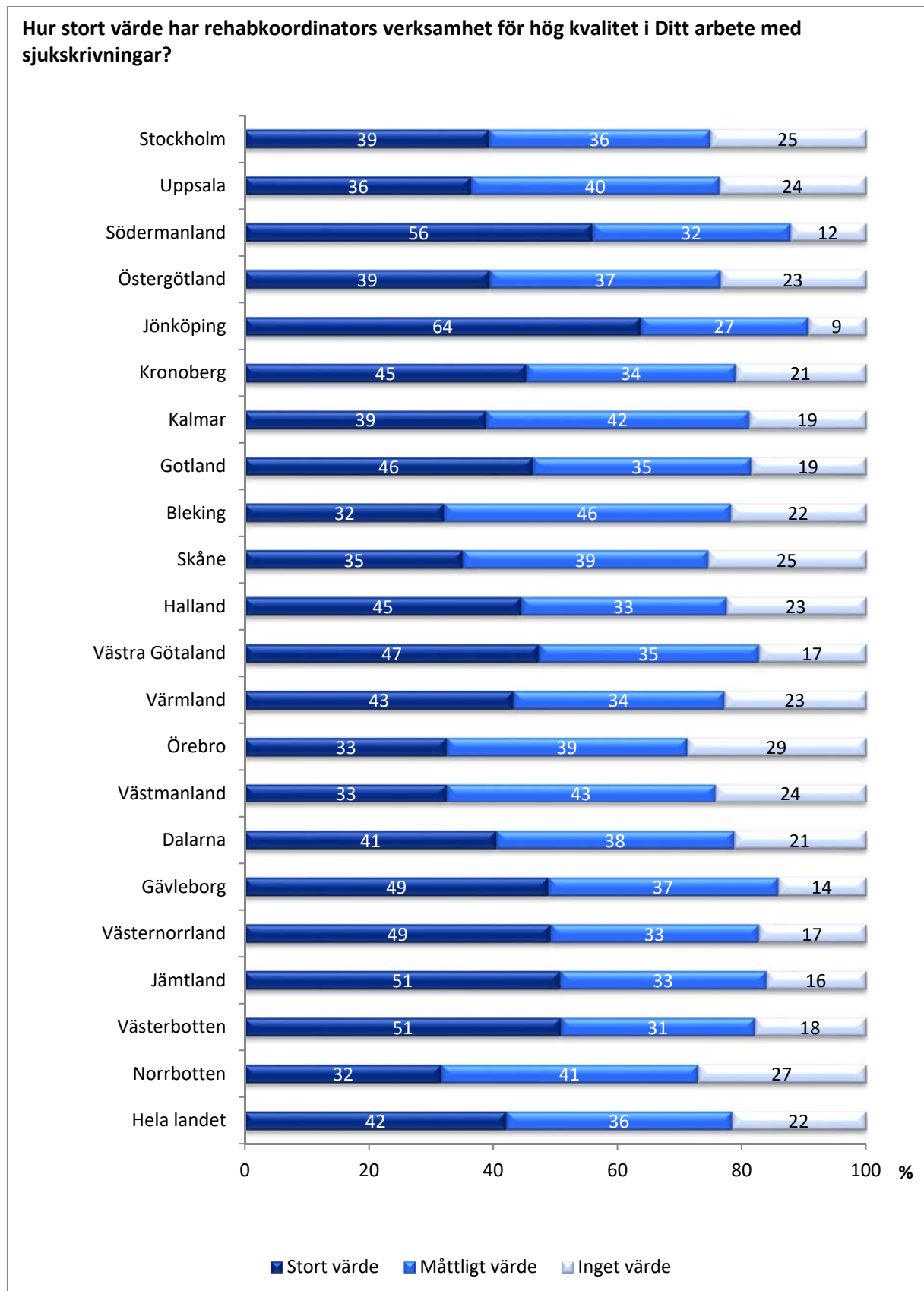
Det ingick även en fråga om betydelsen av rehabkoordinator för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar. I Figur 59 relateras svar på värdet av rehabkoordinators verksamhet till läkarens utbildningsnivå. En betydligt större andel (58 %) bland läkarna med lägst utbildningsnivå angav att denna verksamhet har stort värde än bland specialisterna (38 %).



Figur 59. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.

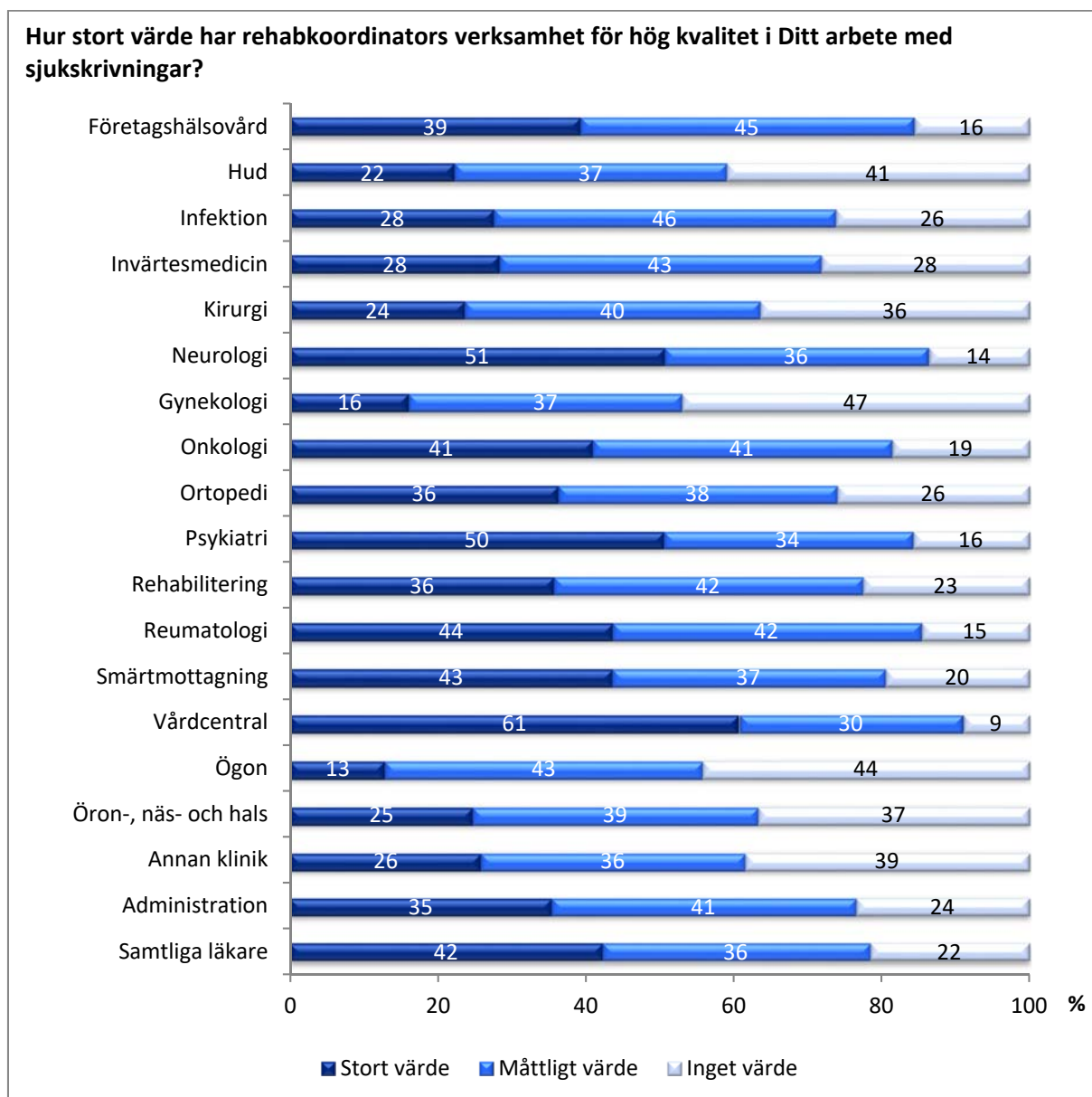
I ovanstående figur ingår samtliga sjukskrivande läkare. Bland dem som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator svarade 60 procent att detta har stort värde, 31 procent måttligt värde, medan 9 procent svarade att underlag från rehabkoordinator inte har något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (visas ej i figur)

Tillgången till rehabkoordinator varierade mellan landstingen och det gjorde även andelen som svarade att koordinatorn hade stort eller måttligt värde (Figur 60). Fyrtiotvå procent i hela landet svarade att den hade stort värde, 36 procent måttligt värde. Variationen mellan landstingen var från 32 procent i Blekinge och Norrbotten till 64 procent i Jönköping av läkarna som svarade att rehabkoordinatorn hade stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.



Figur 60. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på landsting.

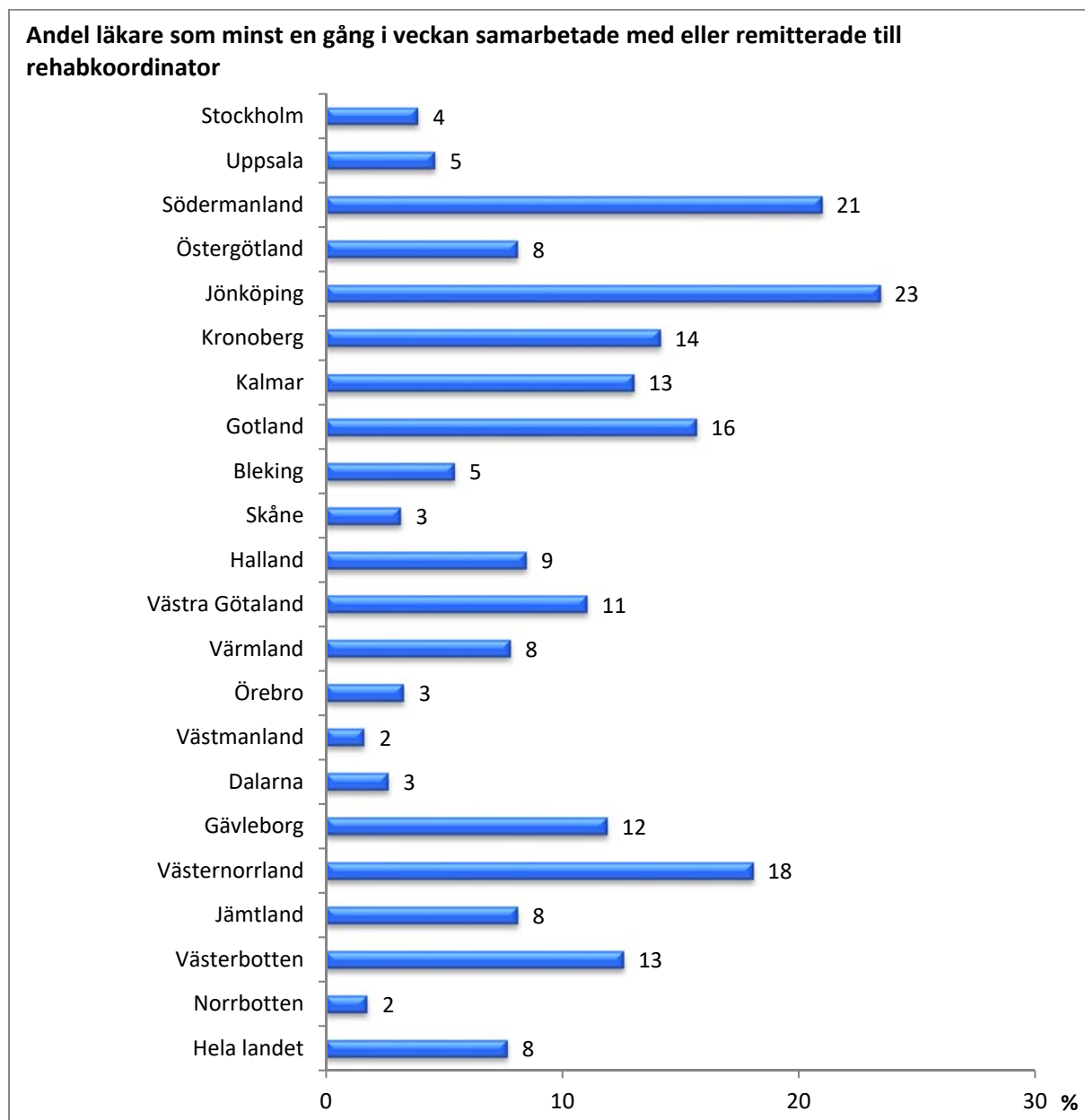
När frågan om rehabkoordinators värde för kvaliteten i arbetet delas upp per *typ av klinik* finns även i denna uppdelning stora skillnader (Figur 61). Störst andel läkare som svarade att värdet är stort arbetade på vårdcentral (61 %), neurologi (51 %) och psykiatri (50 %). Minst andel läkare som svarade att rehabkoordinator hade stort värde var de inom ögonmottagning (13 %) och gynekologi (16 %).



Figur 61. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på typ av klinisk/mottagning.

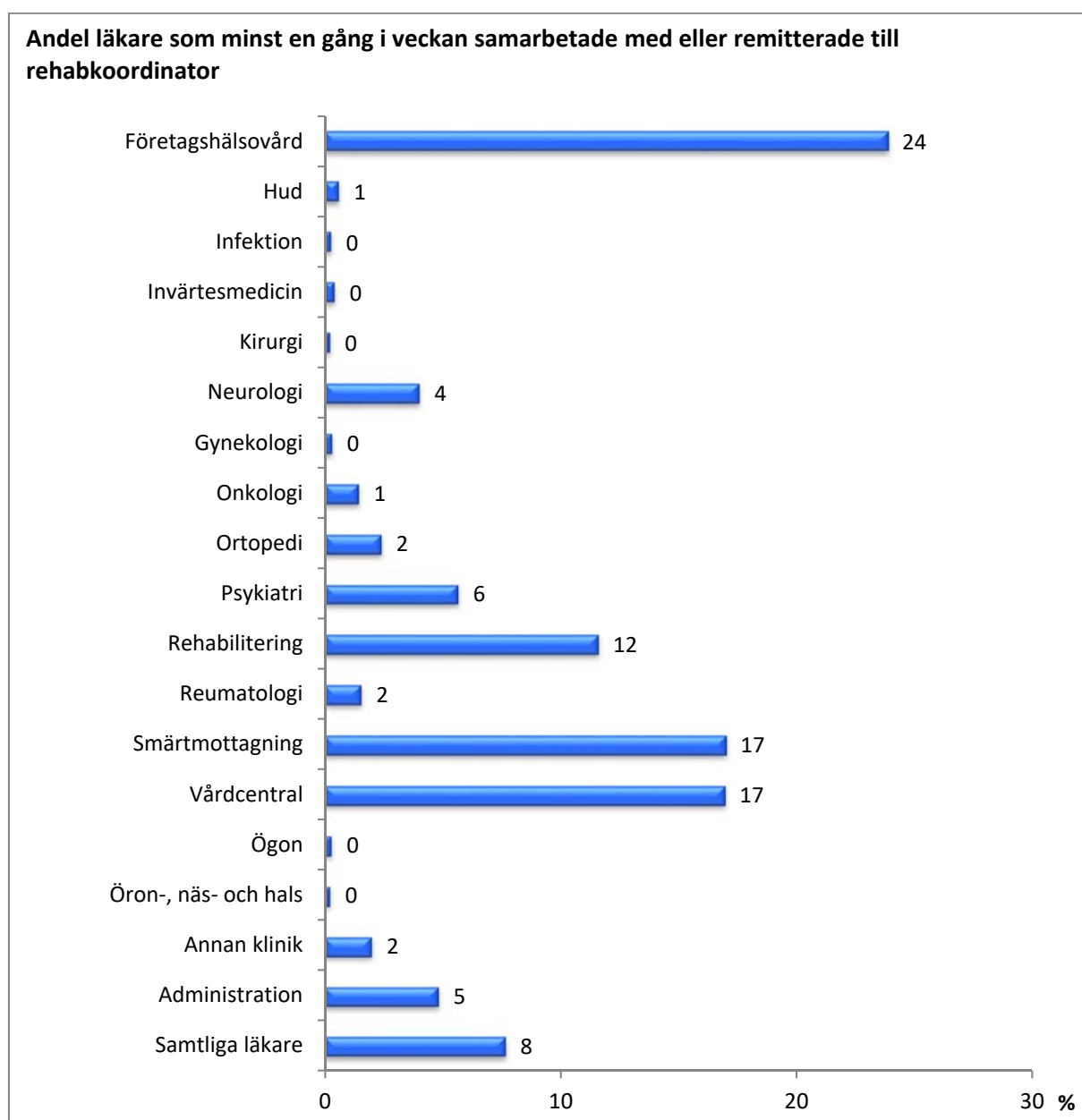
Resultat

I Figur 62 visas andel som minst en gång i veckan samarbetar med eller remitterar till rehabkoordinator för varje landsting. För hela landet var det åtta procent av läkarna som remitterade till rehabkoordinator med en variation mellan landstingen från två procent i Västmanland och Norrbotten till 23 procent i Jönköping och 21 procent i Södermanland.



Figur 62. Andel (%) läkare som minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator, för samtliga samt uppdelat på landsting.

Samma fråga uppdelat på *typ av klinik* i Figur 63 visar stor skillnad också mellan dessa. Sex kliniker samarbetar/remitterar inte alls till rehabkoordinator med frekvensen minst en gång per vecka. Inom företagshälsovård (24 %), smärtmottagning och vårdcentral (17 %), rehabiliteringsmottagning (12 %) finns största andelarna läkare som svarade att de remitterar minst en gång i veckan och inom.



Figur 63. Andel (%) läkare som minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna svarade att de har tillgång till rehabkoordinator. Det var en stor variation mellan landstingen i detta (13-65 %). Detsamma gällde mellan olika typer av kliniska verksamheter: från 2 till 64 procent – där den senare siffran gäller som vårdcentraler. Knappt en fjärdedel (23 %) av de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator samarbetar med/remitterar till dessa minst en gång per vecka. Variationen av andel som remitterar var stor mellan landsting (2-23 %) och än större mellan kliniker (0-24 %). Fyrtiotvå procent ansåg att rehabkoordinatorns verksamhet har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, andelen varierade mellan landsting (32-64 %) och mellan kliniker (13-61 %). Läkare som ännu inte var specialister värderade rehabkoordinatorer högst.

Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning

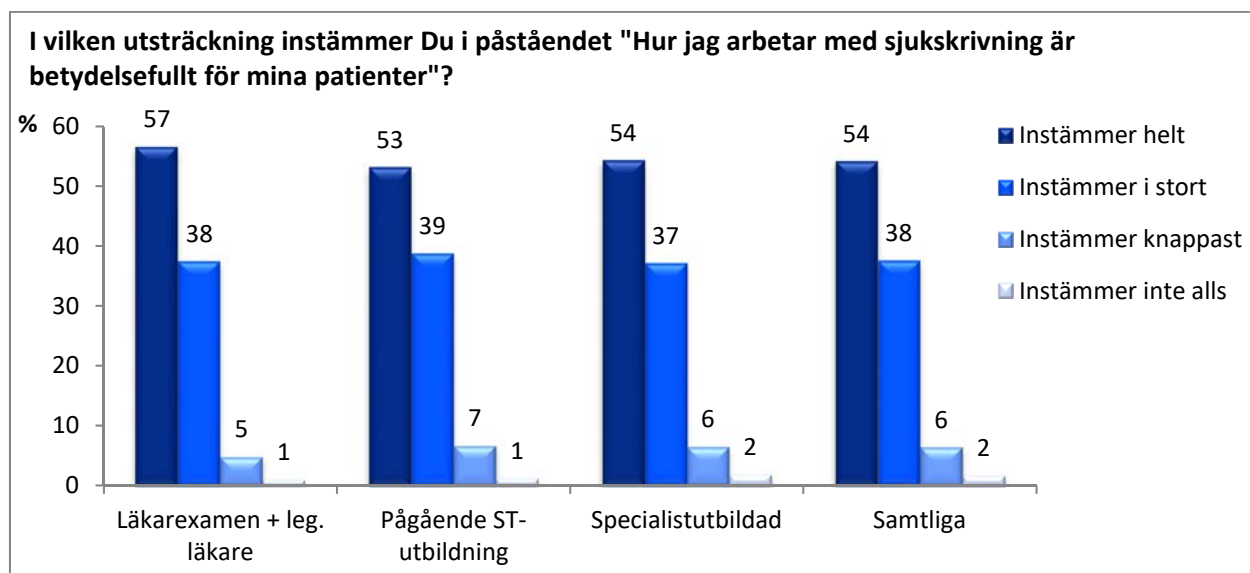
Det fanns ett flertal frågor i enkäten om läkares syn på och attityder till olika aspekter i arbetet med sjukskrivning av patienter. Nedan redovisas svaren för tre av frågorna om detta, där läkaren ombads svara på i vilken utsträckning hon eller han instämde i tre påståenden. Dessa tre var: ”Hur jag arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”, ”Fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i mitt arbete med sjukskrivning” samt ”Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid”.

Mer än 90 procent av läkarna instämde helt eller i stort i att hur de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. Nästan lika stor andel instämde helt eller i stort i att arbetsåtergång är betydelsefullt i sjukskrivningsarbetet. Drygt två tredjedelar av läkarna svarade att de i första hand överväger deltidssjukskrivning.

Nedan visas hur svar på ovanstående tre frågor varierar med utbildningsnivå, landsting samt typ av klinisk verksamhet.

”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”

Mer än 90 procent av läkarna, oavsett utbildningsnivå, instämde helt eller i stort att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter (Figur 64).



Figur 64. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Jämförelsen mellan *landstingen* visar att andelen läkare som helt instämde i påståendet om betydelsen av sjukskrivningsarbetet är störst i Halland (60 %) och minst i Gävleborg (50 %) (Tabell 50). Andelen som inte alls eller knappast instämde i påståendet är störst i Stockholm (10 %) och minst på Gotland (5 %).

Tabell 50. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på landsting.

Landsting	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Stockholm	54	36	8	2
Uppsala	55	37	6	2
Södermanland	51	40	7	2
Östergötland	54	36	7	2
Jönköping	53	40	5	2
Kronoberg	52	40	7	1
Kalmar	53	40	5	1
Gotland	55	40	4	1
Blekinge	51	43	5	1
Skåne	54	38	6	2
Halland	60	34	5	1
Västra Götaland	53	40	6	2
Värmland	57	37	4	2
Örebro	55	37	6	1
Västmanland	59	33	7	2
Dalarna	56	36	6	1
Gävleborg	50	41	8	1
Västernorrland	54	38	6	2
Jämtland	53	39	6	1
Västerbotten	58	34	6	2
Norrbottn	55	39	4	2
Hela landet	54	38	6	2

I Tabell 51 framgår att det inte heller finns några större skillnader mellan olika *typer av kliniker* i uppfattningen av hur betydelsefullt arbetet med sjukskrivning är för deras patienter sett till om de instämde helt eller i stort i påståendet. Däremot är det en större variation i andelen som instämde helt i påståendet. Andelen som instämde helt var störst bland läkare inom företagshälsovård (85 %) och rehabilitering (74 %) medan minst andel fanns inom ögon (36 %) och kirurgi (37 %).

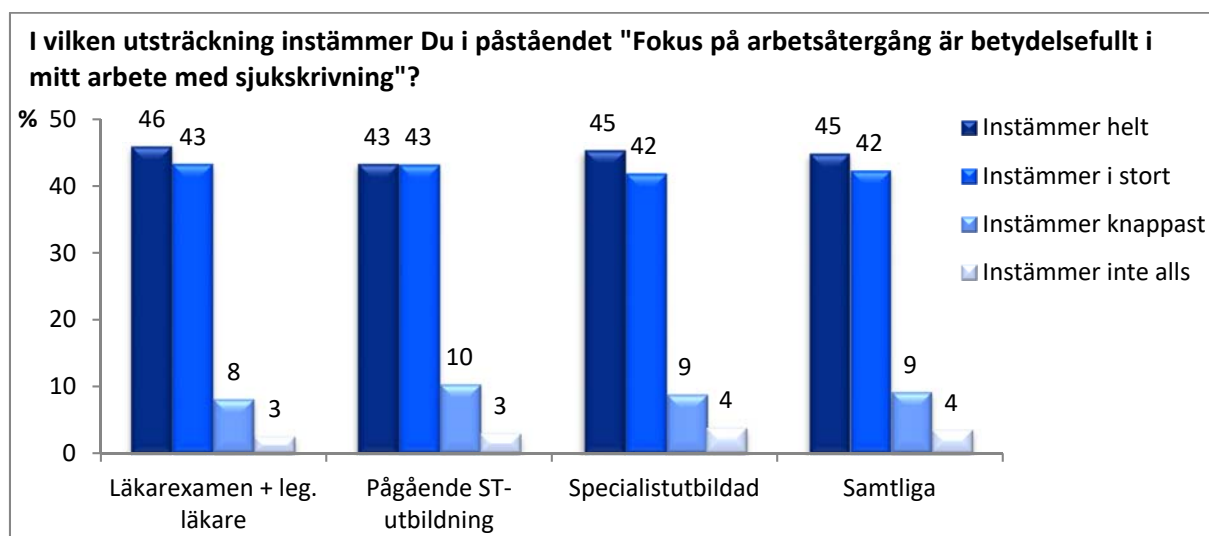
Tabell 51. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Företagshälsovård	85	15	0	0
Hud	41	44	11	4
Infektion	38	50	10	2
Invärtesmedicin	43	46	10	2
Kirurgi	37	48	13	2
Neurologi	55	40	4	1
Gynekologi	45	46	7	2
Onkologi	52	42	5	1
Ortopedi	50	44	5	1
Psykiatri	63	32	5	1
Rehabilitering	74	25	1	0
Reumatologi	61	34	4	2
Smärtmottagning	69	20	8	2
Vårdcentral	65	31	3	1
Ögon	36	48	14	2
Öron-, näs- och hals	42	48	8	1
Annan klinik/mottagning	48	34	10	8
Administration	51	38	10	2
Samtliga läkare	54	38	6	2

Resultat

Vikten av fokus på arbetsåtergång

Av samtliga läkare instämde 87 procent, helt eller i stort, i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. I Figur 65 visas dessa resultat även för läkare med olika utbildningsnivåer. Skillnaden är liten mellan de olika grupperna.



Figur 65. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Den absoluta majoriteten (87 %) av läkarna i alla *landsting* instämde helt eller i stort i påståendet "Fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i mitt arbete med sjukskrivning". Störst andel som knappast eller inte alls instämde i påståendet fanns bland läkare i Stockholm och Gävleborg (15 %) och minst i Blekinge, Västmanland och Dalarna (9 %) (Tabell 52).

Tabell 52. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på landsting.

Landsting	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Stockholm	45	39	10	5
Uppsala	46	42	8	4
Södermanland	43	43	10	4
Östergötland	48	39	9	4
Jönköping	41	47	10	2
Kronoberg	43	45	10	2
Kalmar	47	42	8	3
Gotland	47	41	8	3
Blekinge	43	47	7	2
Skåne	45	42	9	3
Halland	48	40	9	3
Västra Götaland	45	43	9	3
Värmland	48	40	10	2
Örebro	42	47	9	2
Västmanland	47	44	5	4
Dalarna	43	49	7	2
Gävleborg	41	44	11	4
Västernorrland	42	44	12	2
Jämtland	43	45	10	2
Västerbotten	45	43	8	4
Norrbotten	41	49	8	3
Hela landet	45	42	9	4

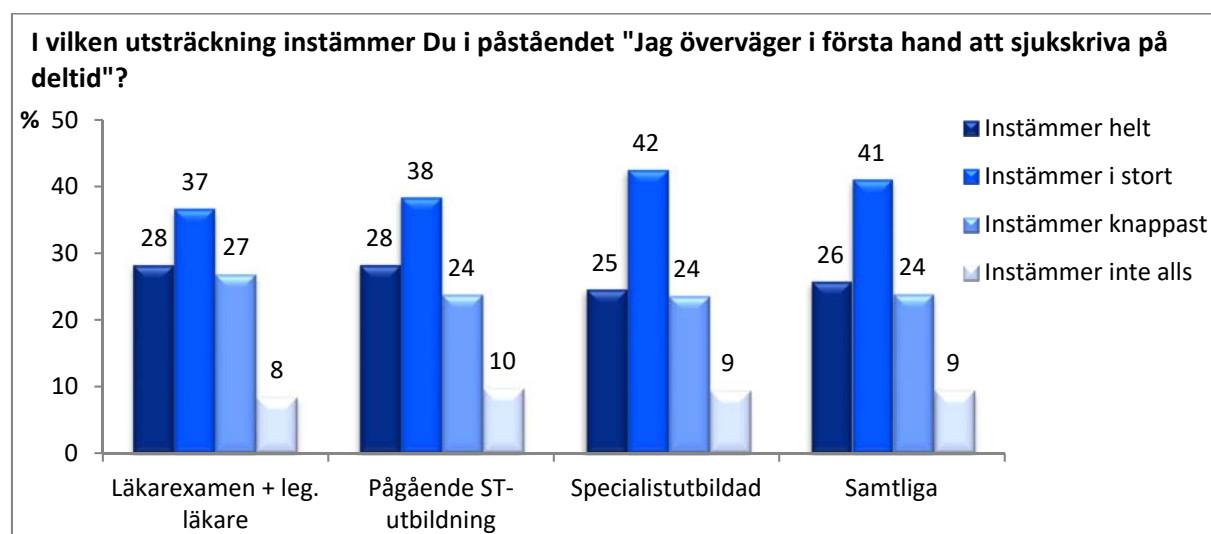
Liksom i tidigare frågor är skillnaderna större mellan olika *typer av kliniker/mottagningar* än mellan landsting (Tabell 53). Andelen läkare som instämde helt i påståendet varierade mellan 25 procent inom onkologi och 87 procent inom företagshälsovård. Variationerna var även stora när det gällde att inte alls instämde i påståendet, där minst andel fanns inom företagshälsovård (0 %) samt vårdcentral och rehabilitering (1 %) och störst i 'annan klinik' (20 %) och gynekologi (14 %). Svaren speglar i stor utsträckning klinikernas/mottagningarnas olika inriktningar. Generellt så instämde flest i att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt och andelarna som inte instämde var låg i de flesta verksamheter.

Tabell 53. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik.

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

Syn på deltidssjukskrivning

Ett tredje sådant påstående handlade om att i sjukskrivningsärenden i första hand överväga deltidssjukskrivning. En fjärdedel instämde helt i detta och ytterligare 41 procent instämde i stort (Figur 66). Inte heller här var det någon egentlig variation i svar relaterat till läkarnas utbildningsnivå; en något större andel bland dem med lägre utbildning instämde helt i påståendet.



Figur 66. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Resultat

När det gällde att i första hand överväga sjukskrivning på deltid, uppdelat på *landsting*, var andelen som instämde helt i detta störst på Gotland (32 %) och minst i Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten (21 %) (Tabell 54).

Tabell 54. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på landsting.

Landsting	Instämmer helt	Instämmer i stort	Instämmer knappast	Instämmer inte alls
Stockholm	26	39	24	11
Uppsala	27	41	23	10
Södermanland	25	48	18	9
Östergötland	29	40	23	9
Jönköping	24	43	26	7
Kronoberg	25	38	27	10
Kalmar	25	44	24	7
Gotland	32	38	25	6
Blekinge	27	44	19	10
Skåne	25	42	24	9
Halland	26	38	25	11
Västra Götaland	25	41	25	9
Värmland	27	38	28	7
Örebro	23	44	23	11
Västmanland	28	39	26	7
Dalarna	27	43	22	8
Gävleborg	21	46	24	8
Västernorrland	21	43	25	10
Jämtland	29	43	20	8
Västerbotten	29	38	21	13
Norrbotten	21	44	25	9
Hela landet	26	41	24	9

När det gäller *typ av klinisk verksamhet* var det stor variation i svarsmonstret vad avser om deltidssjukskrivning övervägs i första hand. Störst andel som instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning, var läkare i företagshälsovård (46 %) och reumatologi (40 %) och minst andel inom kirurgi (9 %) infektion, onkologi respektive ögon (11 %) (Tabell 55). Endast två till tre procent av läkarna inom vårdcentral, reumatologi, företagshälsovård och neurologi instämde inte alls i detta påstående.

Tabell 55. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Sammanfattning

Mer än 90 procent av läkarna instämde helt eller i stort i påståendet att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. I detta fanns inte några större skillnader mellan landsting eller utbildningsnivåer, däremot mellan olika typer av kliniker/mottagningar. Andelen som instämde helt var störst bland läkare inom företagshälsovård och rehabilitering (mer än tre fjärdedelar) medan minst andel fanns inom ögon och kirurgi (drygt en tredjedel).

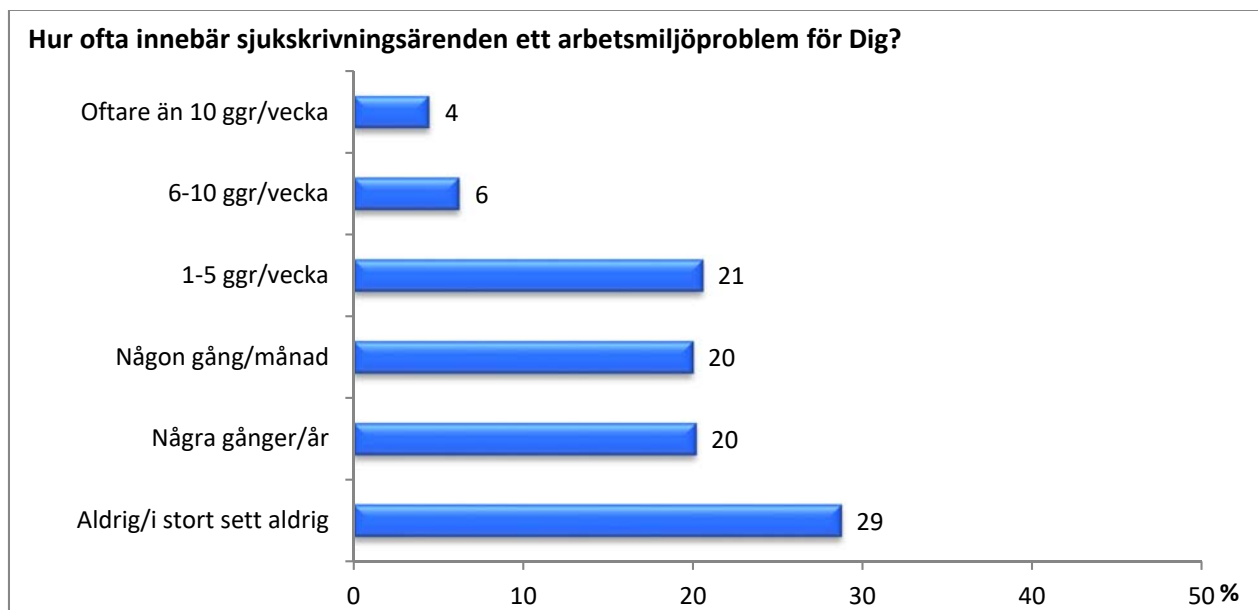
Den absoluta majoriteten, mer än 80 procent, instämde helt eller i stort även i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i det egna arbetet med sjukskrivningsärenden. Svar på denna fråga speglade klinikernas olika inriktningar och skillnaden i instämmande varierade från en fjärdedel inom onkologi till över 80 procent inom företagshälsovård.

En fjärdedel (26 %) av alla instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning och 67 procent instämde helt eller i stort i detta påstående. Störst andel, som instämde helt, fanns bland läkare i företagshälsovård och minst andel inom kirurgi.

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (2, 49, 79, 149, 150, 265). I enkäten ingick en fråga om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem.

En tredjedel svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka och lika stor andel att de aldrig eller nästan aldrig är ett arbetsmiljöproblem (Figur 67).



Figur 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

I majoriteten av *landstingen* upplevde omkring en tredjedel av läkarna arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (Tabell 56). Blekinge hade minst andel läkare som angav sjukskrivningsärenden som arbetsmiljöproblem (20 %) och störst andel fanns i Värmland och Jämtland, vardera 41 procent.

Tabell 56. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på landsting.

Landsting	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	12	20	19	19	30
Uppsala	9	17	20	21	33
Södermanland	10	21	24	22	23
Östergötland	10	19	19	20	32
Jönköping	8	20	25	18	28
Kronoberg	9	21	21	21	28
Kalmar	11	22	19	21	27
Gotland	8	29	27	12	24
Blekinge	5	15	22	26	31
Skåne	11	22	20	19	29
Halland	14	21	16	20	30
Västra Götaland	10	20	20	22	29
Värmland	15	26	19	17	23
Örebro	10	20	21	22	27
Västmanland	9	20	20	20	32
Dalarna	7	23	23	21	26
Gävleborg	12	18	22	24	24
Västernorrland	15	18	19	19	29
Jämtland	11	30	20	21	18
Västerbotten	11	24	16	21	29
Norrbottnen	9	18	25	20	28
Samtliga	11	21	20	20	29

Andelen som upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem varierade med typ av *klirik/mottagning* (Tabell 57). Knappt en femtedel (18 %) av läkare inom företagshälsovård, psykiatri och vårdcentral upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka. Andel läkare som upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka varierade från två procent på hud- och infektionskliniker till 55 procent på vårdcentraler.

Tabell 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Företagshälsovård	18	21	24	13	24
Hud	1	1	6	22	71
Infektion	1	1	6	25	66
Invärtesmedicin	2	6	16	30	46
Kirurgi	3	6	14	26	51
Neurologi	7	21	30	25	17
Gynekologi	6	14	20	23	37
Onkologi	2	10	23	30	35
Ortopedi	14	25	26	19	16
Psykiatri	18	25	21	18	19
Rehabilitering	12	19	17	24	28
Reumatologi	11	20	30	28	11
Smärtmottagning	4	17	23	23	33
Vårdcentral	18	37	25	13	7
Ögon	1	3	7	24	66
Öron-, näs- och hals	1	4	10	31	54
Annan klinik/mottagning	5	9	12	18	56
Administration	8	10	5	16	61
Samtliga läkare	11	21	20	20	29

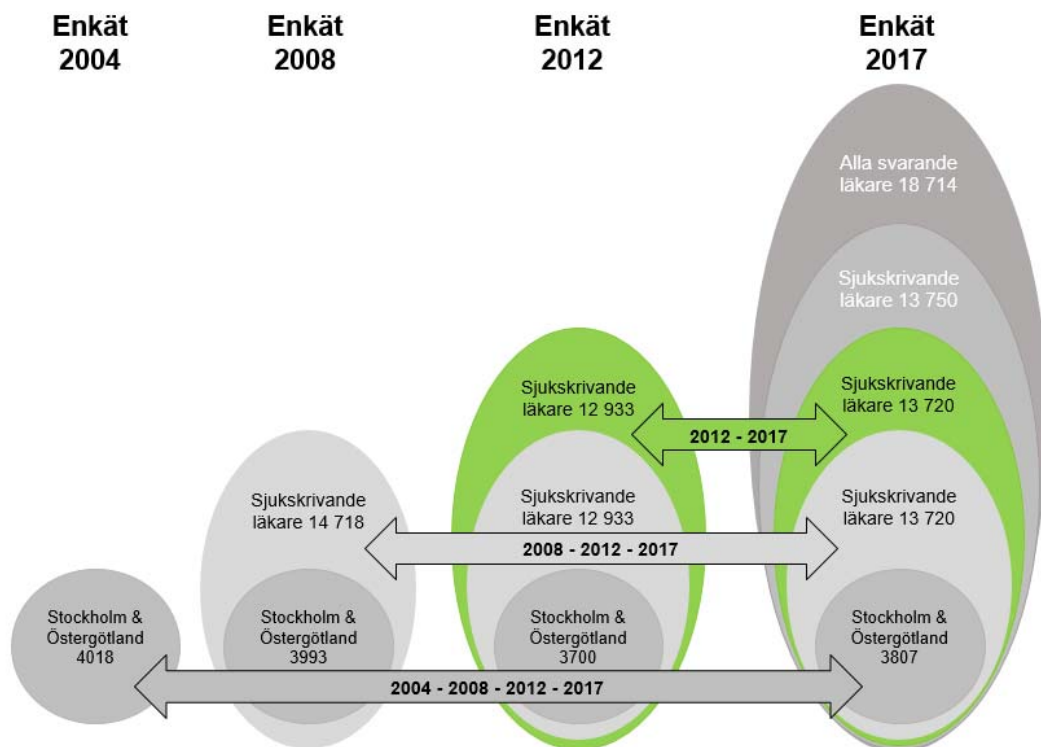
Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka. Andelen varierade mellan landstingen, med högst andel i Värmland och Jämtland (41 %). Än större var variationen mellan olika typer av kliniker; från två procent inom hud och infektion till 55 procent på vårdcentraler. Knappt en femtedel (18 %) av läkare inom företagshälsovård, psykiatri och vårdcentral upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka.

Resultat

3.

Läkares arbete med sjukskrivning i ett fyraårsperspektiv; 2017-2012





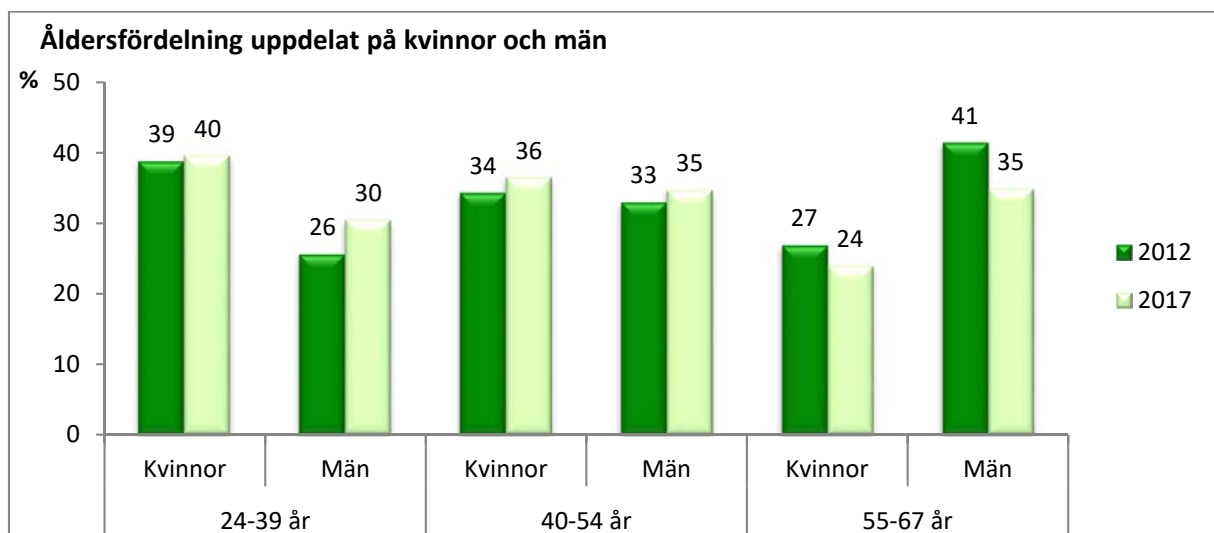
3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012

I detta gröna avsnitt jämförs svaren för de 104 frågor som fanns med i både 2012 och 2017 års enkäter för de sjukskrivande läkare som respektive enkätår var yngre än 68 år. De läkare som inte besvarat frågan om vilket landsting respektive vilken typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade inom, har inte tagits med i de redovisningar som visas med dessa uppdelningar. I Tabell 58 visas antalet läkare, samt andel uppdelat på kön, ålder och andel specialistutbildade. Andelen i åldersgruppen 55-67 år samt andelen med specialistutbildning har minskat från 2012 till 2017.

Tabell 58. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.

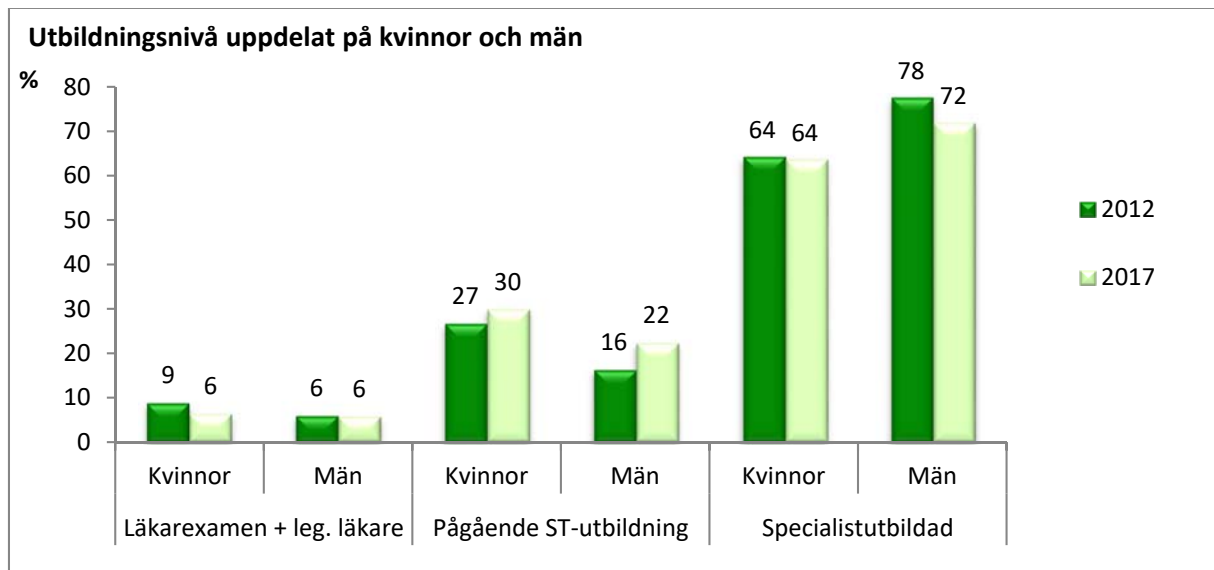
Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
2012	12 933	49	32	34	34	71
2017	13 720	50	35	36	29	68

Ålderssammansättningen har förändrats mellan 2012 och 2017, främst bland män där andelen i den äldsta åldersgruppen var störst båda åren men sex procentenheter mindre år 2017 jämfört med 2012 (Figur 68). Bland kvinnor var andelen störst i den yngsta åldersgruppen båda åren, och minst i den äldsta åldersgruppen.



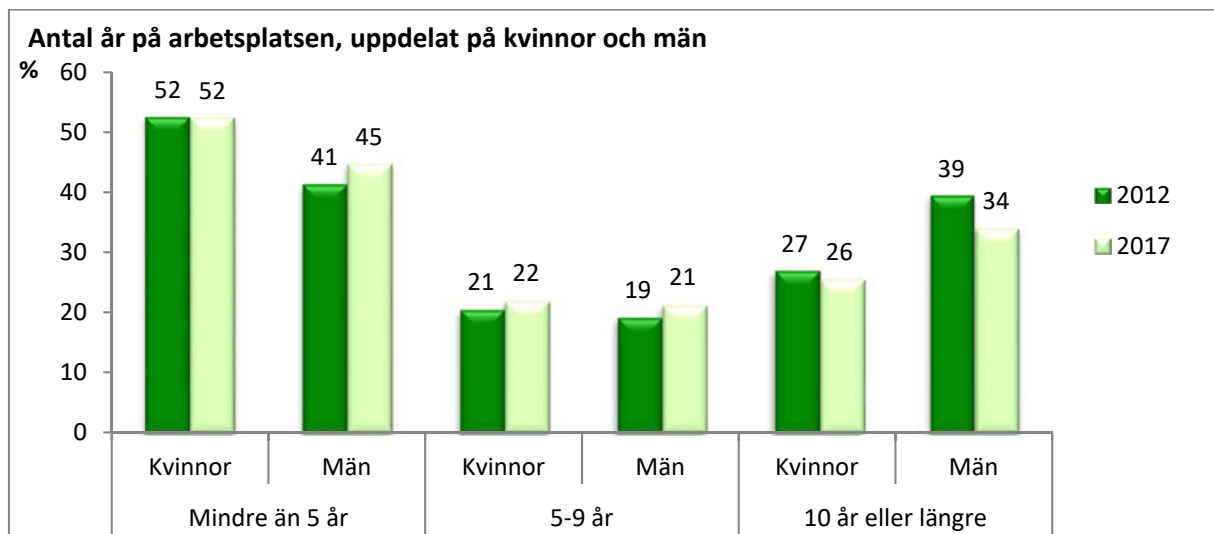
Figur 68. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.

Den mindre andelen män i den äldsta åldersgruppen syns också i fördelningen av utbildningsnivå. Andel specialistutbildade var mindre bland män 2017 men var oförändrad bland kvinnor (Figur 69). Andel med pågående ST-utbildning var större 2017 jämfört med 2012 både bland kvinnor och bland män.



Figur 69. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.

Skillnaderna mellan 2012 och 2017 när det gäller antal år på arbetsplatsen var obetydlig för kvinnor (Figur 70). För män syns vissa skillnader: en mindre andel hade 2017 varit på samma arbetsplats minst 10 år (39 % 2012; 34 % 2017) och en större andel hade varit på nuvarande arbetsplats mindre än fem år (41 % 2012; 45 % 2017).



Figur 70. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.

I Tabell 59 visas deltagarna uppdelat på de landsting där de huvudsakligen arbetade respektive år.

Tabell 59. Antal sjukskrivande läkare per landsting som de huvudsakligen arbetade i, samt andel (%) av samtliga, år 2012 respektive 2017.

Landsting	2012: Antal	% ¹	2017: Antal	% ¹
Stockholm	3271	25,3	3403	24,8
Uppsala	570	4,4	617	4,5
Södermanland	299	2,3	329	2,4
Östergötland	643	5,0	625	4,6
Jönköping	412	3,2	459	3,3
Kronoberg	211	1,6	233	1,7
Kalmar	263	2,0	280	2,0
Gotland	87	0,7	103	0,8
Blekinge	184	1,4	186	1,4
Skåne	1690	13,1	1801	13,1
Halland	361	2,8	410	3,0
Västra Götaland	2105	16,3	2169	15,8
Värmland	301	2,3	339	2,5
Örebro	407	3,1	434	3,2
Västmanland	265	2,0	255	1,9
Dalarna	349	2,7	423	3,1
Gävleborg	352	2,7	371	2,7
Västernorrland	265	2,0	280	2,0
Jämtland	185	1,4	212	1,5
Västerbotten	410	3,2	482	3,5
Norrbottn	265	2,0	288	2,1
Har ej svarat på frågan om landsting	38	0,3	21	0,2
Hela landet	12 933	100	13 720	100

¹ Kolumnprocent

I Tabell 60 visas motsvarande siffror uppdelat på typ av klinisk verksamhet. I tabellen framgår tydligt konsekvensen av att inte alla läkare inom ögon och öron/näsa/hals inkluderades 2012 och att inte alla inom gynekologi inkluderades 2017 (sid 21).

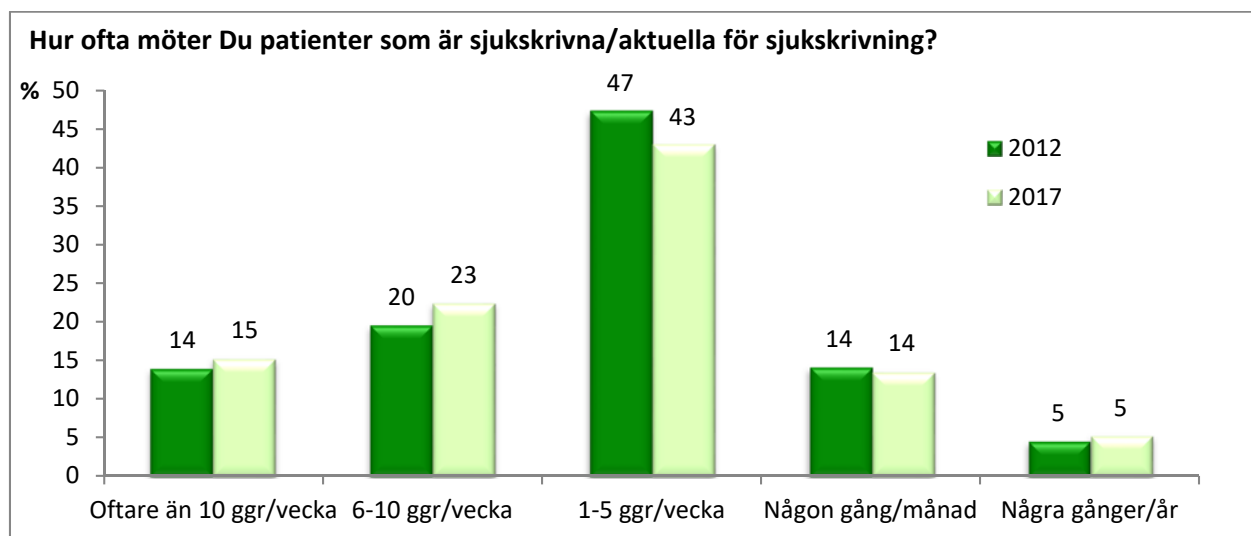
Tabell 60. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	2012: Antal	% ¹	2017: Antal	% ¹
Barn- och ungdoms	116	0,9	110	0,8
Företagshälsovård	333	2,6	338	2,5
Försäkringskassa/bolag	11	0,1	8	0,1
Geriatrisk	52	0,4	54	0,4
Hud	175	1,4	170	1,2
Infektion	320	2,5	357	2,6
Invärtesmedicin	1749	13,5	1656	12,1
Kirurgi	1327	10,3	1282	9,3
Neurologi	251	1,9	304	2,2
Gynekologi	876	6,8	318	2,3
Onkologi	342	2,6	340	2,5
Ortopedi	863	6,7	918	6,7
Psykiatri	987	7,6	1047	7,6
Rehabilitering	130	1,0	158	1,2
Reumatologi	182	1,4	197	1,4
Smärtmottagning	65	0,5	54	0,4
Vårdcentral	4067	31,4	4683	34,1
Ögon	116	0,9	339	2,5
Öron-, näs- och hals	148	1,1	419	3,1
Annan klinik/mottagning	674	5,2	825	6,0
Administration	66	0,5	66	0,5
Ingen	21	0,2	31	0,2
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	62	0,5	46	0,3
Samtliga läkare	12 933	100	13 720	100

¹ Kolumnprocent

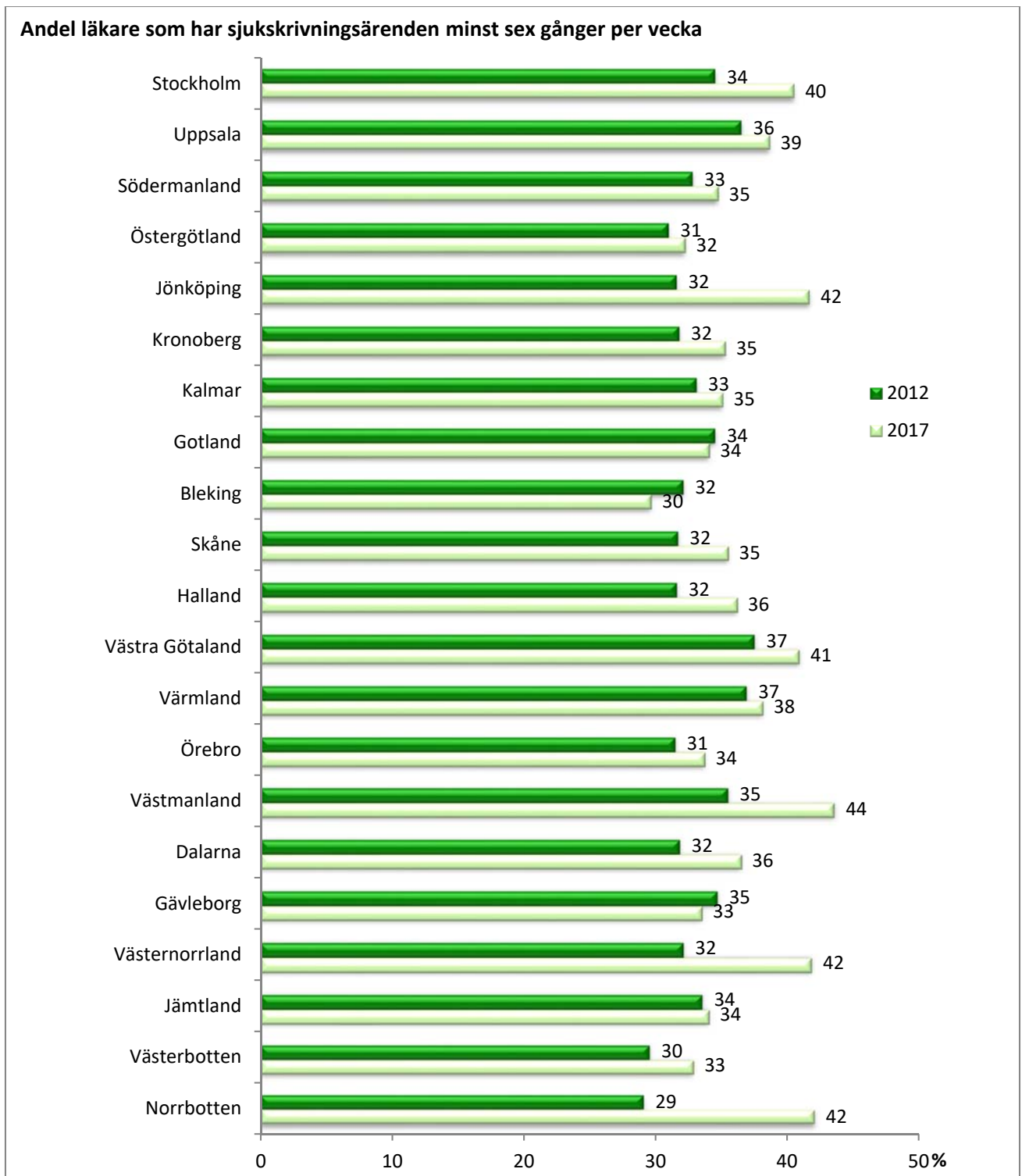
Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var något större 2017 (38 %) jämfört med 2012 (34 %) (Figur 71). Andelen med sjukskrivningsärenden 1-5 gånger per vecka minskade med motsvarande andel.



Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

För att jämföra hur ofta förekommande sjukskrivningsärenden var inom de olika *landstingen* år 2017 respektive år 2012 har frekvensangivelsen *sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan* använts. För majoriteten av landsting var andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka något större 2017 jämfört med 2012 (Figur 72). I två landsting, Blekinge och Gävleborg, syntes en liten minskning mellan åren. Ett antal landsting visade en betydligt större andel med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka 2017 jämfört med 2012; Norrbotten, Jönköping, Västernorrland och Västmanland med 13, 10, 10 respektive 9 procentenheters skillnad mellan åren.



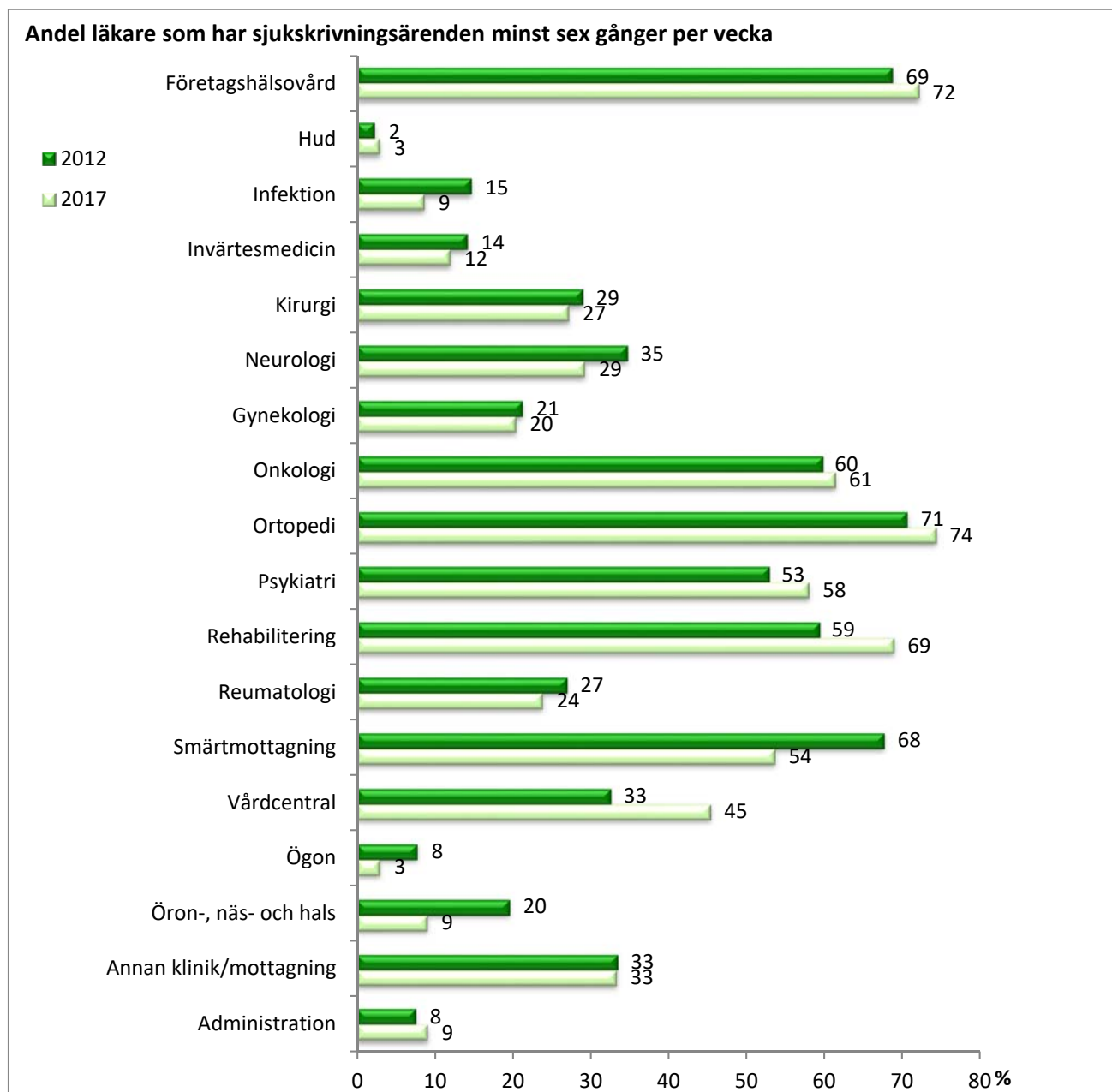
Figur 72. Andel (%) läkare som minst sex gånger per vecka mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.

På motsvarande sätt redovisas att ha *sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan* år 2012 respektive år 2017 per *typ av klinik/mottagning* (Figur 73). Inom majoriteten av verksamheter var skillnaden mellan åren liten. Åtta kliniker/mottagningar visade en större andel 2017 än 2012 och nio kliniker en mindre andel. Det finns således inte någon övergripande trend i ökning eller minskning av andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Största ökningen mellan

Resultat

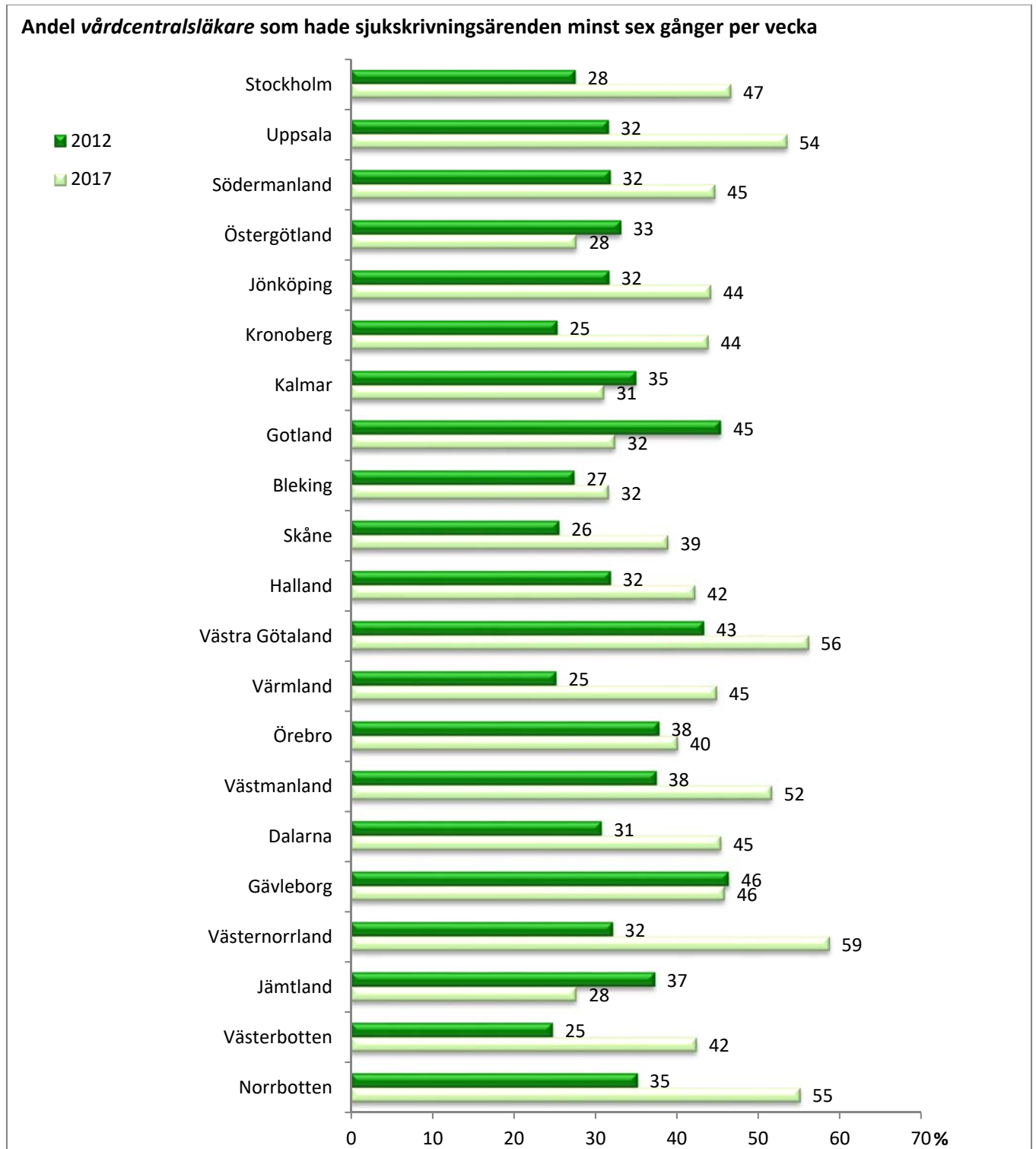
åren sågs inom vårdcentraler (33 % år 2012 och 45 % år 2017) och rehabilitering (59 % år 2012 och 69 % år 2017) samt störst minskning inom smärtkliniker (68 % 2012 och 54 % 2017) och öron-, näs- och halsmottagningar (20 % 2012 och 9 % 2017).

Variationen mellan typ av klinisk verksamhet var betydligt större än mellan landstingen.



Figur 73. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.

I Figur 74 presenteras motsvarande siffror för läkare som huvudsakligen arbetade på vårdcentraler år 2012 respektive 2017, uppdelat på landsting. Östergötland, Kalmar, Gotland och Jämtland uppvisade en mindre andel som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2017, störst var minskning för Gotland (45 % 2012; 32 % 2017). För Gävleborg fanns ingen skillnad mellan åren. I övriga landsting var andelen större 2017 jämfört med 2012. Betydande skillnader mellan åren fanns för Värmland, Norrbotten, Uppsala och störst i Västernorrland, där andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka ökade från 32 till 59 procent.



Figur 74. Andel (%) vårdcentralsläkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

I enkäterna fanns ett flertal frågor om frekvens av olika situationer och om ett antal potentiella problem i handläggning av sjukskrivningsärenden samt frågor om hur allvarliga dessa problem upplevdes vara.

Resultat

I Tabell 61 visas andel som upplevde fyra olika beskrivna situationer olika ofta - andelen som var med om respektive situation minst en gång/vecka var större år 2017 än 2012.

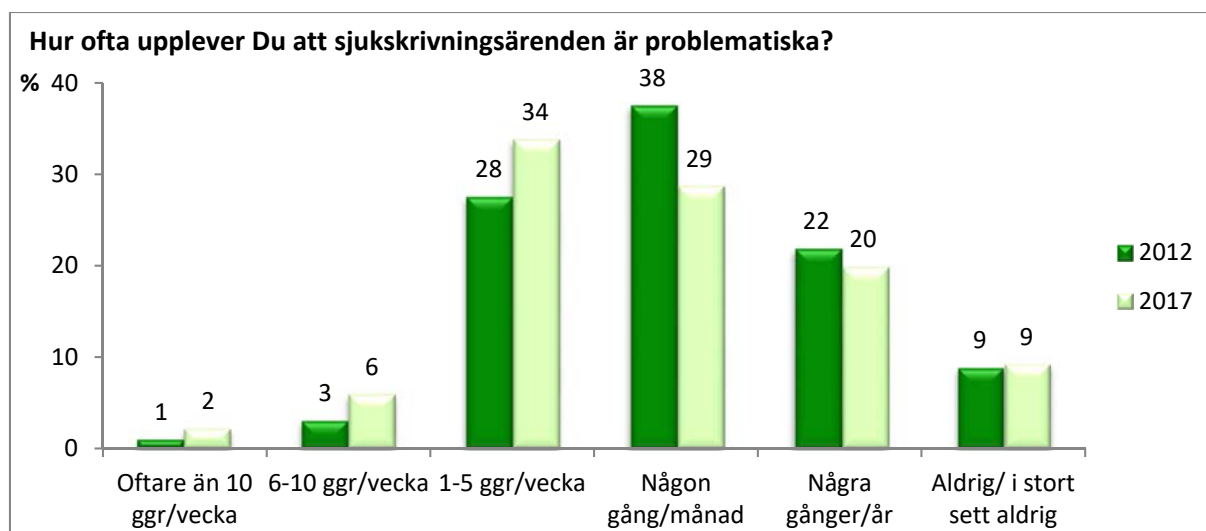
Andelarna var större 2017 för ”möte patienter som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada”, för andel som ”sade nej till patientens önskan om sjukskrivning” samt för ”patienten sade nej till föreslagen sjukskrivning”. Även andelen läkare som upplevde ”konflikter med patienter om sjukskrivning” någon gång i månaden eller oftare ökade från 25 procent 2012 till 33 procent 2017, varav den största ökningen gällde att ha sådana konflikter minst en gång per vecka.

Tabell 61. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2012	13	30	33	24
	2017	19	29	30	22
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2012	4	19	35	41
	2017	6	22	34	38
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2012	7	29	48	15
	2017	10	30	44	16
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2012	6	19	39	36
	2017	11	22	36	32

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var större 2017 (42 %) jämfört med 2012 (32 %) (Figur 75). Andelen läkare som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska var dock oförändrad. Det var främst andelen läkare som ofta upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska som var större.



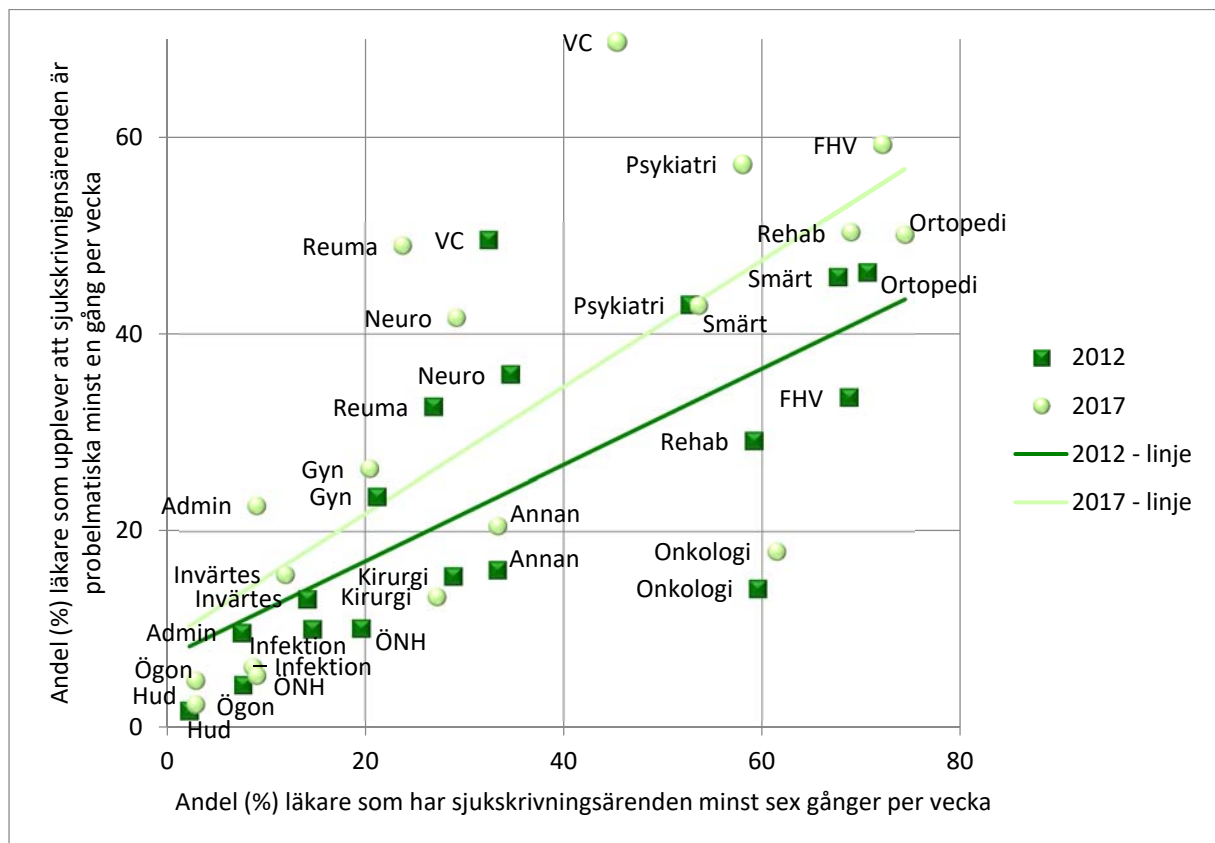
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2012 respektive 2017.

Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

Det är inte troligt att läkare upplever varje sjukskrivningsärende som problematiskt. När andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter relateras till andelen som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka, finns vissa skillnader mellan de två åren (Figur 76). Det övergripande sambandet mellan dessa två frågor 2012 och 2017 verkar vara positivt, det vill säga att ju större andel läkare inom en viss typ av klinisk verksamhet som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, med vissa undantag. För vart och ett av de två åren har en regressionslinje för detta samband tagits fram, och dessa är inlagda i figuren. Regressionslinjen för 2017 har en brantare lutning än den för 2012. För båda åren

Vid en jämförelse mellan 2012 och 2017 var det vissa typer av kliniker som avvek från detta mönster. Åt ena hållet avviker onkologi tydligt för båda åren. Trots relativt stor andel som har sjukskrivningsärenden 6 gånger vecka så upplever mindre andel dem som problematiska.

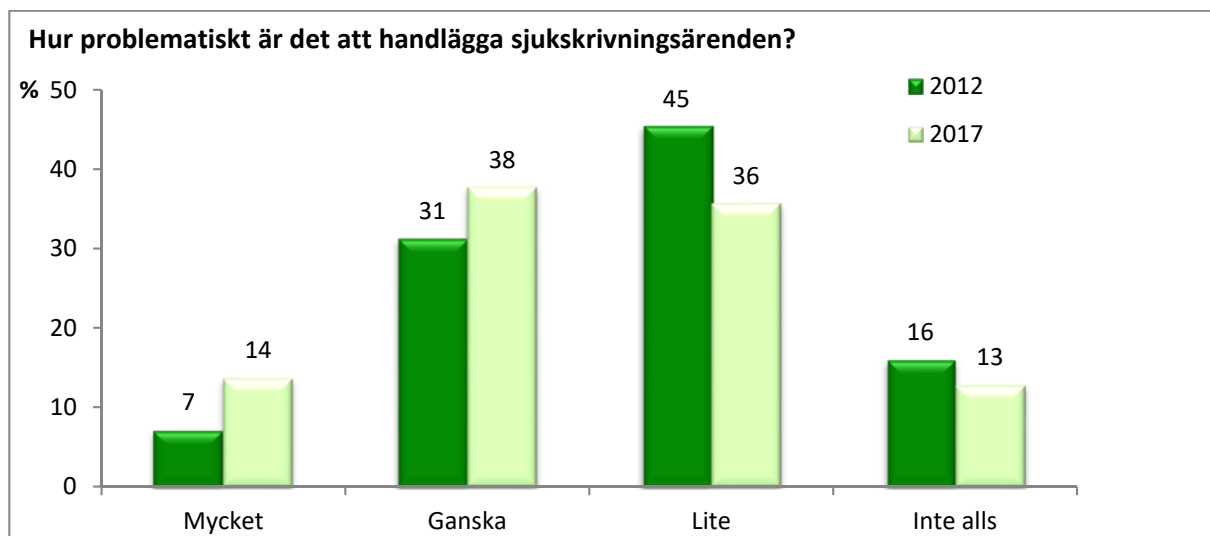
Läkare inom reumatologi och neurologi avvek något från det övergripande mönstret; mindre andel med sjukskrivningsärenden och större andel med problematiska ärenden. Även läkare inom psykiatri, företagshälsovård, rehabilitering och vårdcentral avvek från den genomsnittliga typen av klinik, med en större ökning av problematiska ärenden än ökning av andel med sjukskrivningsärenden. För vårdcentraler var detta extra tydligt 2017.



Figur 76. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för vart och ett av åren.

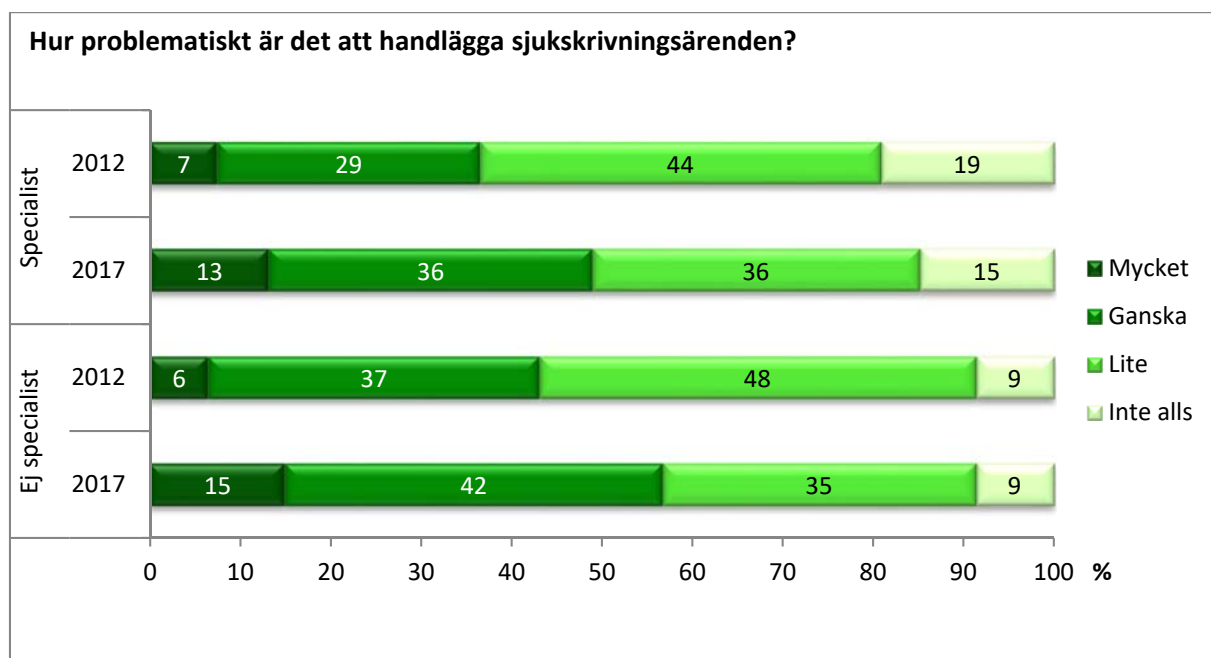
Allvarlighetsgrad av problematiska situationer

Drygt hälften av läkarna svarade 2017 att det var ganska eller mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden, vilket knappt 40 procent svarade 2012 (Figur 77). Det var en något mindre andel 2017 än 2012 som svarade att detta inte alls var problematiskt.



Figur 77. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2012 respektive 2017.

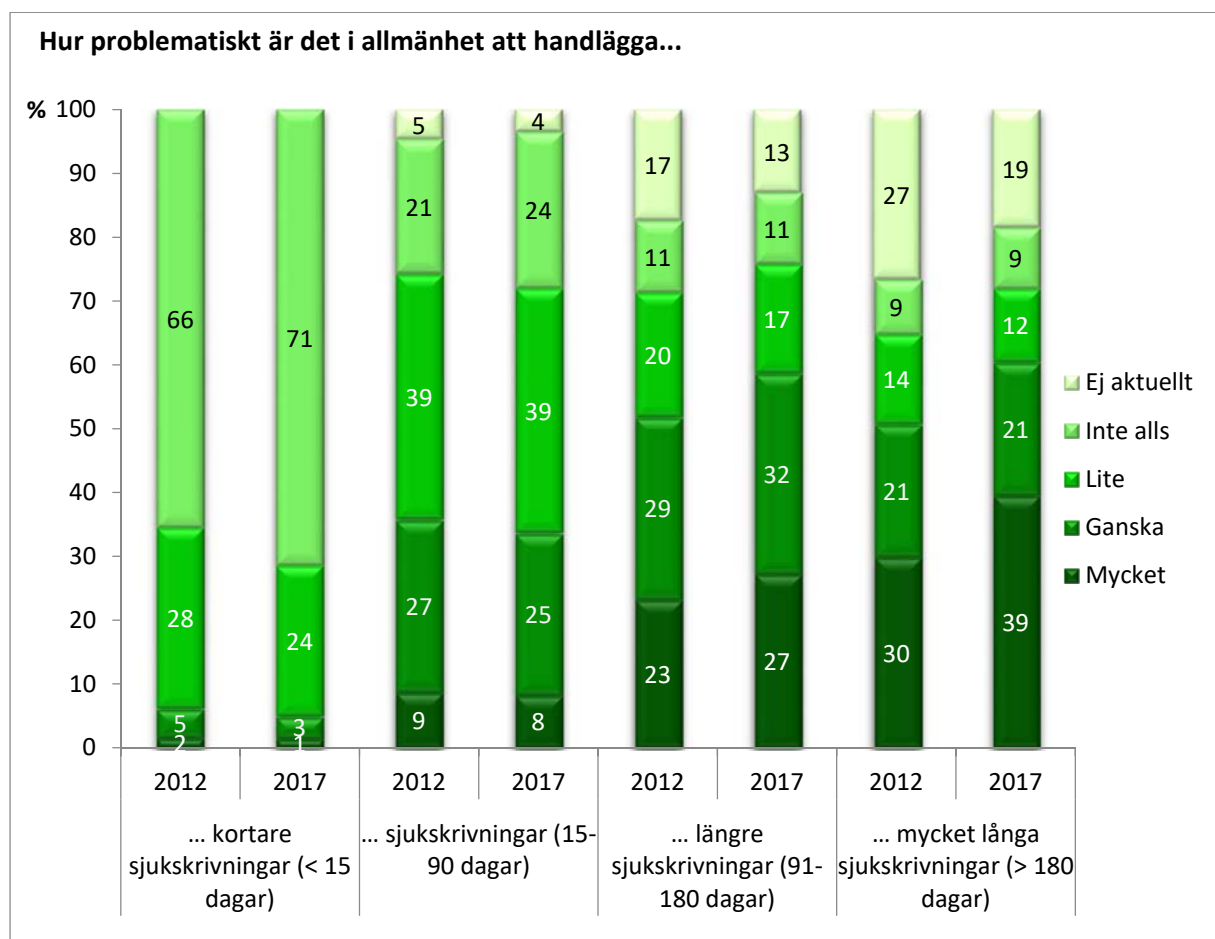
En större andel specialister (19 %) än icke-specialister (9 %) svarade 2012 att det inte alls var problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden (Figur 78). Bland specialister var andelen 4 procentenheter mindre år 2017. Andelen läkare som upplevde att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden var större 2017 än 2012 för båda grupperna.



Figur 78. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på specialister och icke specialister, år 2012 respektive 2017.

Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det var att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem (Figur 79). Det fanns inte några större skillnader mellan 2012 och 2017 i upplevda problem med sjukskrivningar upp till 90 dagar. Två tredjedelar av läkarna tyckte att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna (<15 dagar). För sjukskrivningsfall >90 dagar var det omkring två tredjedelar som svarade att det var problematiskt varav den största ökningen mellan åren var andelen som svarade mycket problematiskt för fall som blev längre än 180 dagar, en ökning från 30 till 39 procent 2012 till 2017.

För 44 respektive 32 procent av läkarna 2012 respektive 2017 var det inte aktuellt med konsultationer som innebar längre (91-180 dagar) eller mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar).



Figur 79. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt alternativt ej aktuellt, år 2012 respektive 2017.

Enkäterna innehöll frågor med ett antal olika aspekter relaterade till sjukskrivningsärenden och om dessa upplevdes som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska. De olika aspekterna inbegrep bedömningsfrågor, patientrelaterade situationer och andra typer av handläggningssituationer.

Avseende *bedömningsuppgifter* i sjukskrivningsärenden var andelen läkare som upplevde dem mycket eller ganska problematiska något större år 2017 jämfört med år 2012, med viss variation mellan de beskrivna bedömningsuppgifterna (Tabell 62). Det var främst andelen som svarat ”mycket problematiskt” som ökade och medan andelen som svarat ”lite problematiskt” minskade. Att *bedöma patientens arbetsförmåga* var den uppgift som störst andel läkare upplevde som problematisk båda

Resultat

enkätåren: 30 % 2012; 36 % 2017. Särskilt gällde detta om patienten var arbetslös. Den uppgift som visade en betydande ökning i att vara mycket problematisk var att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg: 17 % år 2012; 27 % år 2017.

Tabell 62. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2012	13	33	39	15
	2017	18	33	34	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2012	9	28	42	21
	2017	13	29	39	20
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2012	21	37	32	10
	2017	26	36	29	10
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	2012	30	35	25	11
	2017	36	32	22	10
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2012	13	35	39	12
	2017	14	35	37	13
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2012	8	24	40	29
	2017	9	27	37	26
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2012	21	35	30	14
	2017	24	36	29	11
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2012	17	33	35	15
	2017	27	33	27	12

Andelen läkare som upplevde olika *patientrelaterade situationer* som mycket eller ganska problematiska var något större 2017 jämfört med 2012 (Tabell 63). Att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig var den situation som störst andel upplevde vara mycket problematisk 2017 (23 %) jämfört med 2012 (16 %).

Tabell 63. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2012	4	22	45	28
	2017	6	26	43	25
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2012	13	30	40	17
	2017	16	32	37	15
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2012	16	29	34	22
	2017	23	30	29	18

Andelen som ansåg det vara mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan ökade (från 33 % år 2012 till 41 % år 2017) (Tabell 64).

En liten andel läkare (2 %) svarade 2012 att det var mycket problematiskt att hantera situationer när det

fanns olika åsikter i vårdteamet om en patients sjukskrivning i vårdteamet. Motsvarande (3 %) gällde 2017 - för en stor andel läkare var detta dock inte aktuellt.

Tabell 64. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska alternativt ej aktuellt, år 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2012	9	24	41	27	
	2017	13	28	37	22	
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2012	2	9	26	25	37
	2017	3	9	22	25	42

Oro och hot

Majoriteten av läkarna (>80 %) upplevde inte de olika typer av hot eller oro som listas i Tabell 65, även om andelen som inte gjorde det var mindre 2017. Nivåerna var i stort stabila över enkätåren, med ett undantag, andelen som aldrig ”kände oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver” minskade med 7 procentenheter (från 93 % till 86 %). Var och en av de listade typerna av oro och hot upplevdes varje vecka av en procent år 2012, av två procent år 2017.

Tabell 65. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2012	1	3	9	87
	2017	2	4	10	84
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2012	1	2	12	85
	2017	2	3	14	81
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2012	1	2	5	93
	2017	2	4	9	86

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

År 2017 var andelen läkare, som svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt, större jämfört med år 2012 med två undantag (Tabell 66).

Väntetider till utredning inom sjukvården var båda åren den anledning störst andel angav, 32 % 2012 och 41 % 2017, följt av väntetid till behandling. Störst ökning över åren gällde väntetid för åtgärder hos arbetsgivare.

Mellan en och två tredjedelar svarade att de aldrig sjukskrivde längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av de listade åtgärderna. För samtliga listade åtgärder minskade andelen som aldrig sjukskrivde längre än nödvändigt mellan 2012 och 2017.

Resultat

Tabell 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2012	1	8	23	36	33
	2017	3	12	26	31	28
... väntetider till utredning hos FK?	2012	1	3	11	25	60
	2017	1	5	15	24	54
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2012	<0,5	2	8	22	67
	2017	1	4	12	22	62
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2012	<0,5	2	9	26	63
	2017	1	6	16	24	53
... väntetider till behandling?	2012	1	7	23	40	29
	2017	2	10	25	35	28

I Tabell 67 listas ytterligare anledningar som möjliga orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt, avseende anledningar som i större utsträckning kan vara relaterade till resurser inom den egna verksamheten, egna arbetet. Majoriteten av läkarna sjukskrev år 2012 aldrig/nästan aldrig längre än nödvändigt på grund av de anledningar som nämns i Tabell 67. Detta gällde även år 2017 för tre av anledningarna. För följande tre anledningar hade andelen minskat och mindre än hälften av läkarna svarade 2017 att de aldrig/nästan aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av: ”brist på återbesökstid”, ”att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas” och ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”.

Både för samtliga anledningar som listas ovan i Tabell 66 och de som listas i nedanstående tabell, var andel som sjukskrev längre än nödvändigt på grund av dem större år 2017 än år 2012.

Tabell 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2012	1	5	13	20	61
	2017	2	9	19	22	48
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2012	1	4	11	25	58
	2017	2	8	17	27	46
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2012	<0,5	3	12	32	54
	2017	1	5	16	31	47
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2012	<0,5	2	6	25	67
	2017	1	3	9	28	59
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2012	<0,5	2	5	16	77
	2017	1	3	8	22	65
... påverkan från andra i vårdteamet?	2012	<0,5	1	4	18	77
	2017	<0,5	1	5	19	74

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen läkare som svarade att de *aldrig* använde Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var ungefär densamma år 2017 som år 2012 (28 respektive 26 %) (Tabell 68). Däremot ökade andelen som använde beslutsstödet mer frekvent; 26 procent av läkarna använde det minst en gång i veckan år 2017 jämfört med 22 procent 2012.

Tabell 68. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2012 respektive 2017.

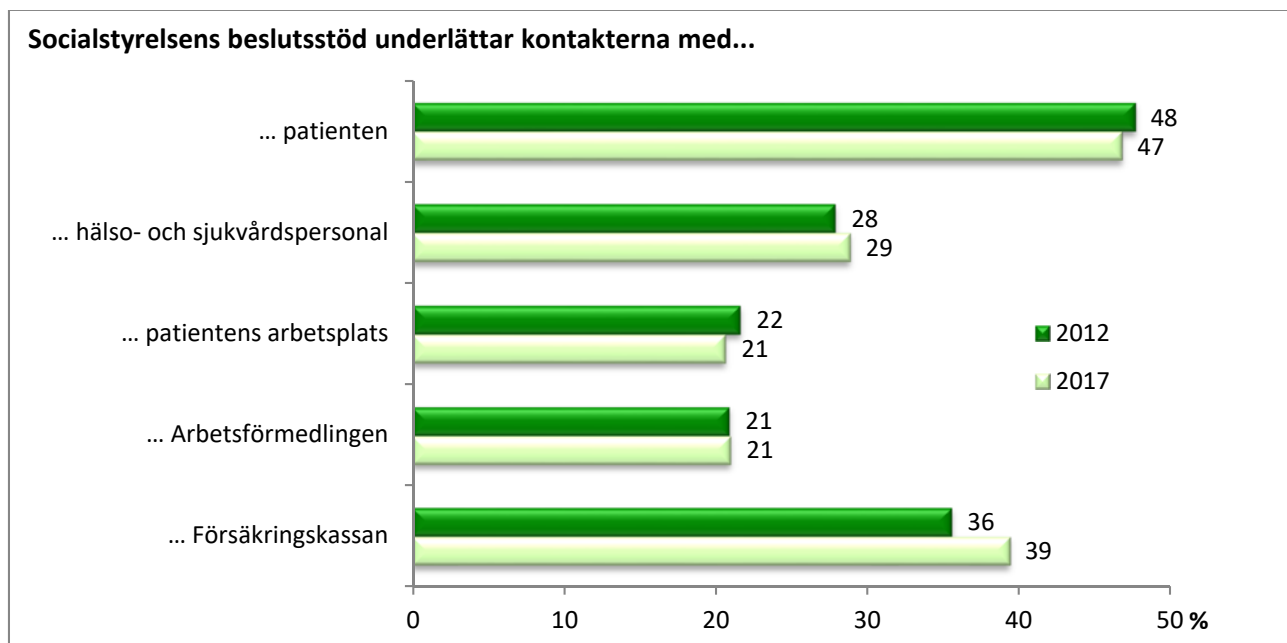
Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... bedömer Du sjukskrivningsärenden med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2012	5	17	25	25	28
	2017	6	20	24	24	26

På frågan om hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer, har andelen som upplevde det som problematiskt minskat något mellan åren (med fyra procentenheter avseende att uppleva det som mycket eller ganska problematiskt) (Tabell 69). Tjugofem procent av läkarna svarade 2017 att detta inte alls var problematiskt, jämfört med 22 procent 2012.

Tabell 69. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2012 respektive 2017.

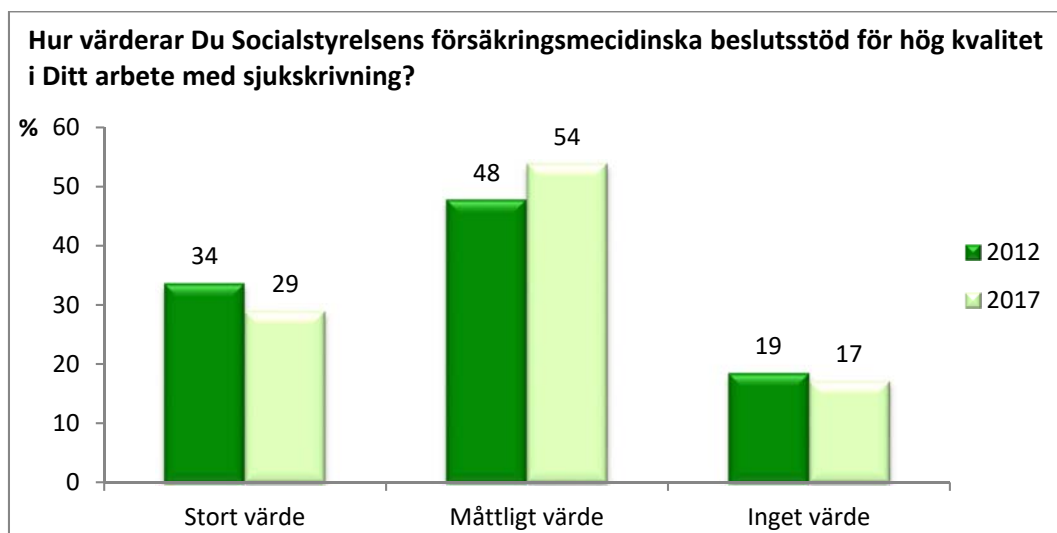
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	2012	11	27	40	22
	2017	10	24	40	25

Nästan hälften av läkarna svarade att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, en tredjedel att det underlättar kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal och en fjärdedel för vardera patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, med små skillnader mellan åren (Figur 80). I frågan om kontakten med Försäkringskassan svarade 39 procent 2017 att beslutsstödet underlättade kontakterna jämfört med 36 procent 2012. Att lägre andelar svarade att beslutsstödet underlättade kontakten med till exempel Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats ska sättas i relation till att många läkare inte hade sådana kontakter, och därför faktiskt inte kunnat vara med om att beslutsstödet underlättade kontakterna.



Figur 80. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarade att de satte stort värde på beslutsstödet för att hålla hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning var mindre 2017 än 2012 (34 % 2012; 29 % 2017) (Figur 81) medan andelen som svarade att beslutsstödet har måttligt värde ökade lika mycket.



Figur 81. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Samarbete och samverkan

Resultatet visar endast små skillnader mellan åren vad gäller andel läkare som olika ofta remitterar till eller hänvisar till andra aktörer, internt eller externt (Tabell 70). Enda undantaget till detta gäller andel som remitterade/hänvisade till företagshälsovården, andelen som gjorde detta åtminstone någon gång per månad ökade från 13 till 24 procent från år 2012 till 2017.

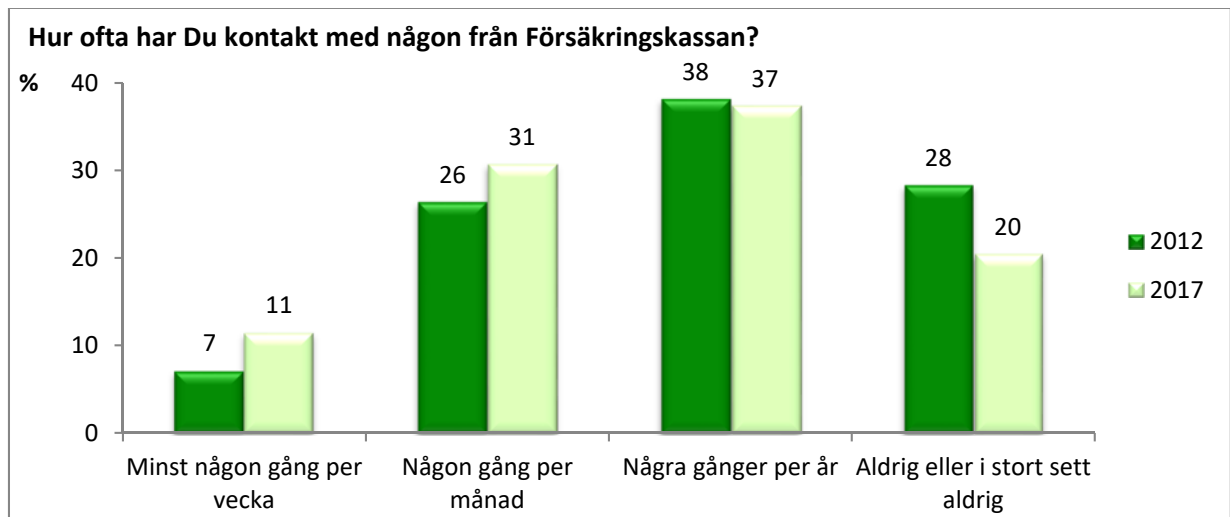
Tabell 70. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2012	2	11	38	50
	2017	5	19	33	42
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2012	14	23	26	37
	2017	17	21	21	41
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2012	19	24	26	31
	2017	20	23	23	34
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2012	5	20	40	35
	2017	5	22	39	34
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2012	5	15	24	55
	2017	5	16	27	52
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2012	3	6	17	74
	2017	4	7	20	69
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2012	1	5	19	74
	2017	1	5	21	73
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2012	1	10	33	56
	2017	1	9	34	55

Kontakter med Försäkringskassan

Ett av de prioriterade områdena inom sjukskrivningsmiljarden var intern och extern samverkan kring sjukskrivningar. Försäkringskassan är en vanlig extern samverkanspartner i sjukskrivningsärenden. Här presenteras svar på de flesta av enkäternas frågor om samverkan med Försäkringskassan. Några delfrågor har redovisats under Sjukskrivning längre än nödvändigt (sidan 153), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 155) respektive Samverkan och kontakter (sidan 156).

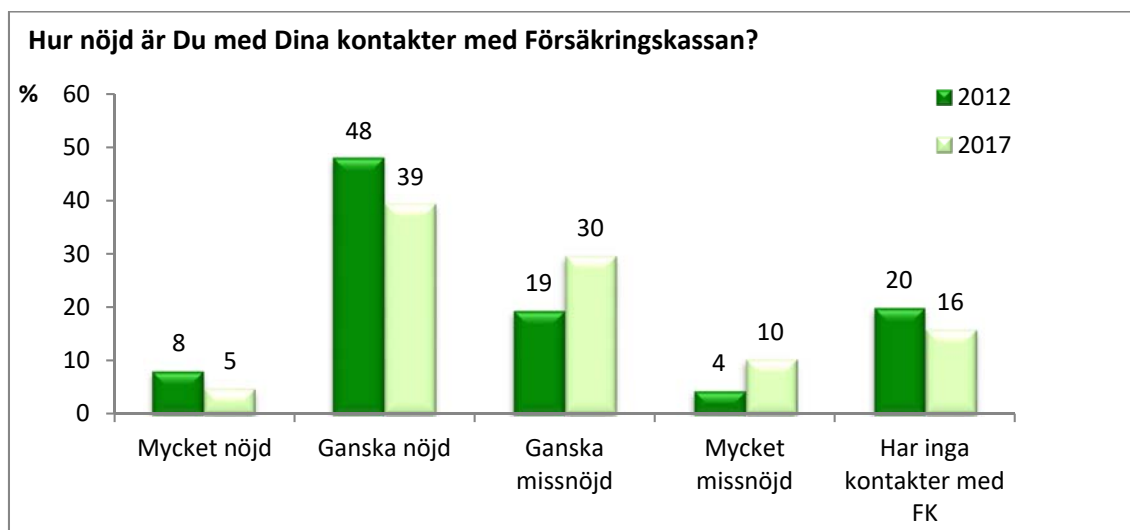
Andelen läkare som ofta hade kontakt med någon från Försäkringskassan var större år 2017 jämfört med 2012 (Figur 82).



Figur 82. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.

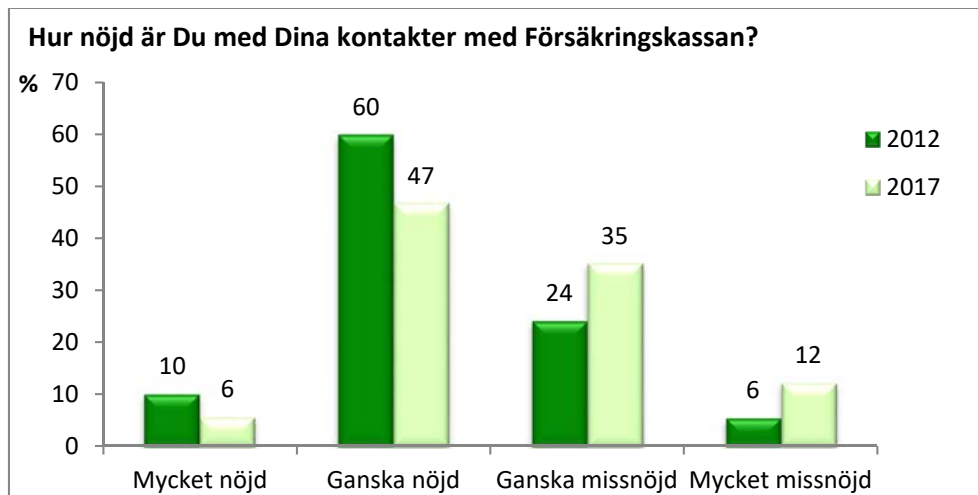
Majoriteten var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan år 2012 (56 %) - år 2017 var motsvarande andel mindre (44 %) (Figur 83).

Svarsalternativen om 'ganska missnöjd' respektive 'mycket missnöjd' år 2017 löd år 2012: 'knappast nöjd' och 'inte alls nöjd'. Andelen som svarat att de är missnöjda är betydligt större år 2017 än andelen som 2012 svarade att de inte var nöjda.



Figur 83. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.

I Figur 84 visas svarfsördelningen för samma fråga som i Figur 83, med skillnaden att de läkare som svarade "Har inga kontakter" är exkluderade. Svarmönstret är detsamma, men med en något större skillnad mellan 2012 och 2017 för "mycket nöjd" och för "ganska nöjd".



Figur 84. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.

(De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.)

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

I Figur 85 redovisas de olika typerna av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som listades i både 2012 och 2017 års enkäter och andel läkare som upplevde sådana svårigheter respektive år.

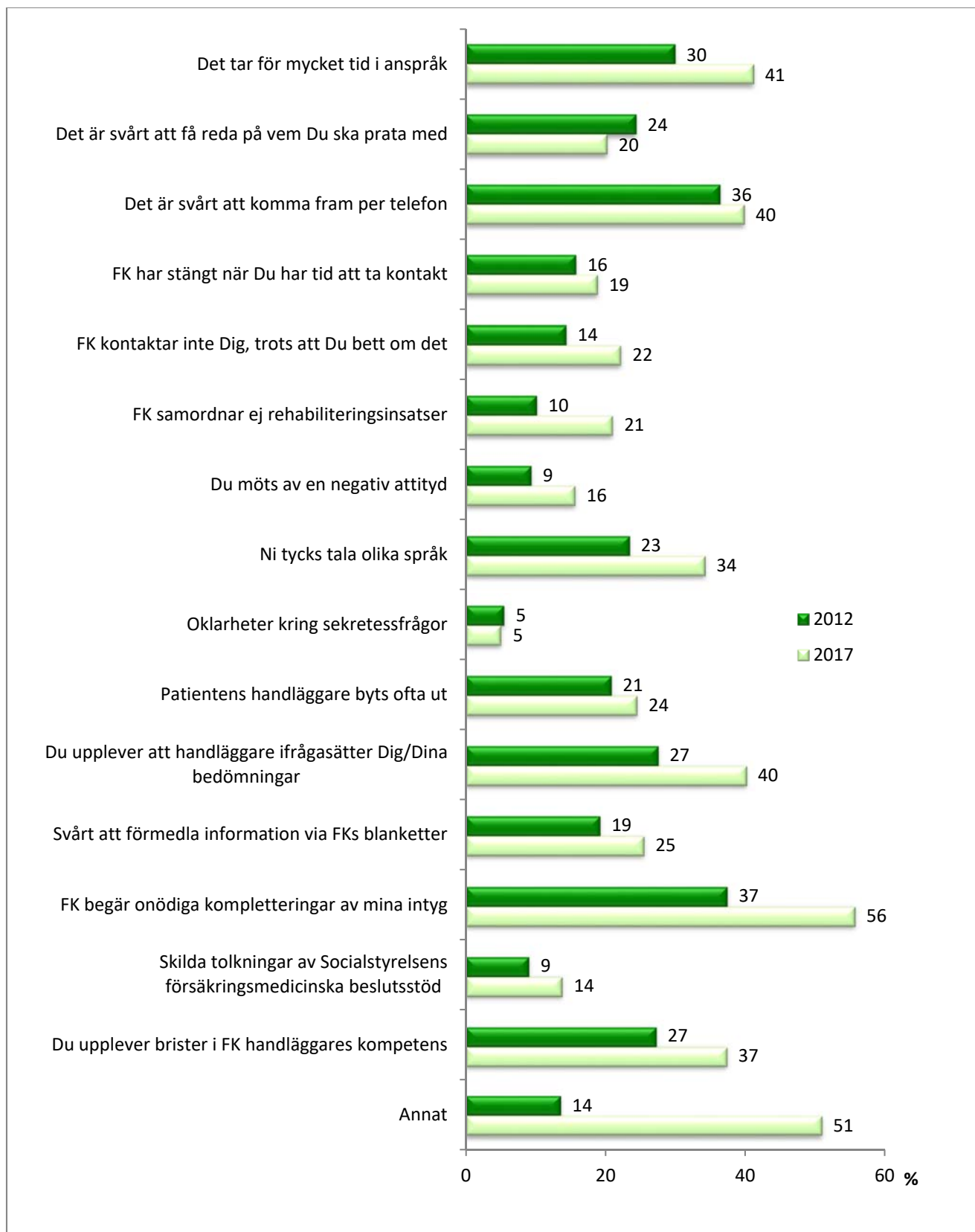
Det första svarsalternativet i frågan var dock att *inte* uppleva några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. Andel som inte upplevde några svårigheter i kontakterna var mindre 2017 än de två tidigare enkätåren. En femtedel (23 %) av läkarna 2017 svarade att de *inte* upplevde några svårigheter i jämförelse med en tredjedel (31 %) av läkarna 2012.

För samtliga listade svårigheter var det en större andel av läkarna som upplevde dem år 2017 än 2012, med två undantag: 5 procent upplevde båda åren "oklarheter kring sekretessfrågor" och år 2017 upplevde en något mindre andel som ansåg att det var "svårt att få reda på vem jag ska prata med" (24 % 2012, 20 % 2017).

Störst var ökningen i andel som upplevde följande fyra typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan:

- "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg" (37 % 2012; 56 % 2017)
- "brister i handläggares kompetens" (27 % 2012; 37 % 2017)
- "handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" (27 % 2012; 40 % 2017)
- "vi tycks prata olika språk" (23 % 2012; 34 % 2017)

Att andelen som här anges som att ha svarat "annat" var så mycket större 2017 har samband med att vi för 2017 i detta svarsalternativ i figuren även redovisar de som angett de specifika svårigheter som listas i 2017 års enkät, som inte fanns med i 2012 års enkät (se sid 28).



Figur 85. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2012 respektive 2017.

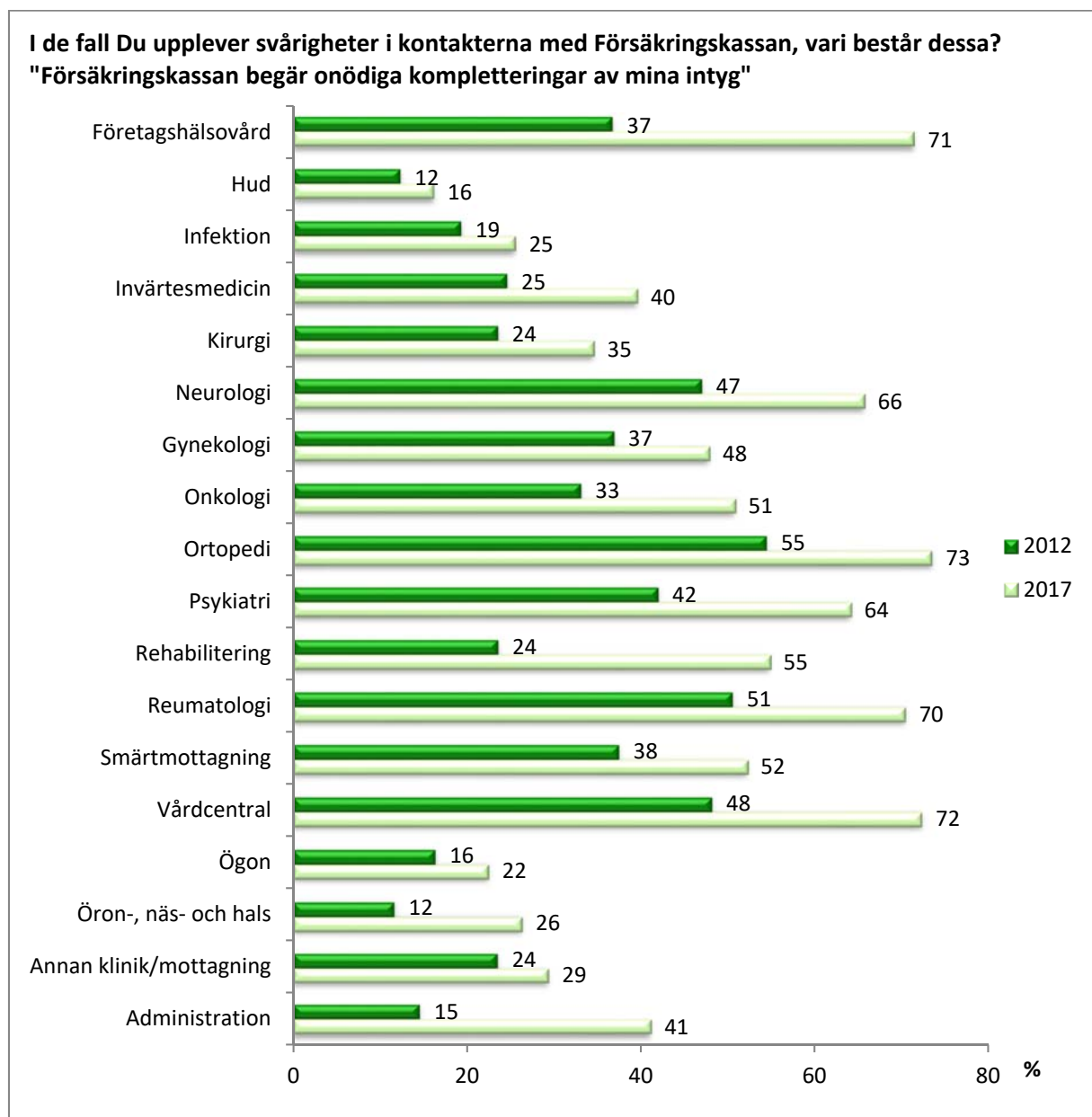
De två svårigheter där skillnaden mellan åren är störst i andel läkare som upplevde dem var att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg" och att "handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar". I Tabell 71 visas andelen läkare som upplevde dessa två svårigheter för hela landet och uppdelat på landsting. I jämförelsen mellan enkätsvaren 2012 och 2017 svarade 37 procent 2012 och 56 procent 2017 att en svårighet var att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg".

Uppdelat på *landsting* var det stor variation i andelar som upplevde dessa två svårigheter. För "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg" var skillnaden över åren minst i Västmanland (39 % 2012; 46 % 2017) och störst i Halland (30 % 2012; 61 % 2017). För den andra svårigheten, att "handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar", upplevde 27 procent 2012 och 40 procent 2017 att detta var en svårighet. Störst skillnad mellan åren fanns för Jämtland (24 % 2012; 47 % 2017) och för Halland (25 % 2012; 48 % 2017) med 23 procentenheter större andel som upplevde denna svårighet 2017 jämfört med år 2012.

Tabell 71. Andel (%) läkare som upplevde nedan angivna typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.

Landsting	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg		Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	
	2012	2017	2012	2017
Stockholm	36	56	27	41
Uppsala	36	53	29	40
Södermanland	37	58	20	39
Östergötland	32	49	22	34
Jönköping	43	60	30	42
Kronoberg	40	58	29	39
Kalmar	38	57	26	39
Gotland	41	53	29	47
Blekinge	34	43	26	25
Skåne	47	62	32	45
Halland	30	61	25	48
Västra Götaland	31	51	26	36
Värmland	42	62	28	36
Örebro	41	57	30	39
Västmanland	39	46	27	33
Dalarna	32	53	25	40
Gävleborg	44	59	28	47
Västernorrland	33	54	20	35
Jämtland	47	60	24	47
Västerbotten	39	53	31	41
Norrbottn	38	56	32	41
Hela landet	37	56	27	40

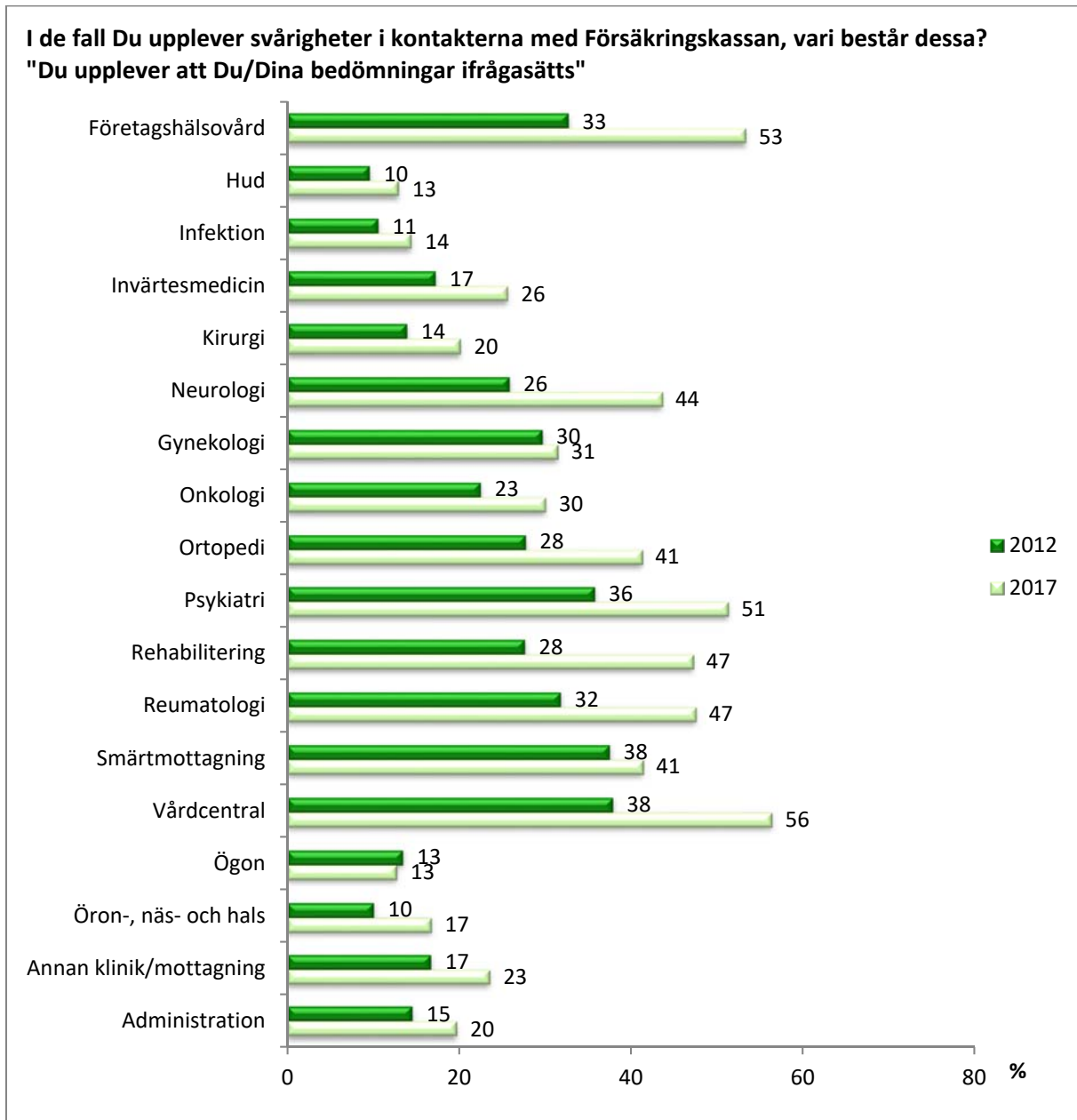
Andel läkare som upplevt någon av de två svårigheterna i kontakten med "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg" och att "handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" visas också per typ av klinik/mottagning i nedanstående två figurer (Figur 86 och Figur 87). År 2012 svarade drygt hälften av läkarna inom ortopedi och reumatologi att "begäran om onödiga kompletteringar av mina intyg" var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan och andelen ökade till två tredjedelar av läkarna 2017 (Figur 86). Den största ökningen var av andelen läkare inom företagshälsovården (37 till 71 %) och inom rehabilitering (24 till 55 %) som upplevde detta som en svårighet i kontakten. Även på vårdcentralerna var skillnaden mellan åren stor (48 % 2012, 72 % 2017).



Figur 86. Andel (%) läkare som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar, för samtliga läkare samt uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.

Samma kliniker/mottagningar som hade störst andel läkare som svarade att "Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg" hade även störst ökning av andel som svarade att "handläggarna ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" (Figur 87). Variationen av andel läkare som angav

detta som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var stor mellan olika typer av kliniker år 2012 (10-38 %) och ännu större år 2017 (13-56 %) med störst andel 2017 på vårdcentral (56 %), företagshälsovård (53 %) och psykiatri (51 %) och störst skillnad mellan åren fanns inom företagshälsovården (33 % 2012; 53 % 2017). Läkare på ögonmottagningar är den enda typ av klinik/mottagning som inte har en större andel läkare som upplevt dessa svårigheter 2017 jämfört med 2012.



Figur 87. Andel (%) läkare som upplevde att Försäkringskassan ifrågasätter dem/deras bedömningar, samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.

Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet

När det gäller läkarnas uppfattning om värdet av olika kontakter för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete, var andelen som ansåg att kontakterna var av *stort värde* större 2017 än 2012 för alla typer av listade kontakter (Tabell 72). Den största skillnaden ses avseende kontakter med patientens

Resultat

arbetsgivare där andelen som svarade ”inget värde” minskat från 40 procent till 29 procent. Motsvarande ökning kan ses i andel som svarade att kontakterna hade stort respektive måttligt värde (60 % 2012; 70 % 2017).

Båda enkätåren ansåg störst andelar att ”möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens” hade stort värde (46 % 2012; 53 % 2017).

Tabell 72. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2012	46	42	12
	2017	53	36	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2012	42	44	14
	2017	49	40	11
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2012	33	49	18
	2017	39	46	15
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2012	32	40	28
	2017	36	39	25
Kontakter med patienters arbetsgivare	2012	18	42	40
	2017	22	48	29

I Tabell 73 visas andelen läkare som svarade att handledning, vidareutbildningar och olika informationskällor hade stort, måttligt eller inget värde för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Den största skillnaden mellan åren var att en mindre andel år 2017 angav att de satte stort värde på kurser i försäkringsmedicin (34 % 2017 jämfört med 40 % 2012). Andelen som svarade att skriftlig information var av stort värde, var båda åren betydligt mindre än andelen som värderade att handledning och kurser hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Denna andel var något större 2017 än 2012 (15 % år 2012; 20 % år 2017).

En stor andel angav båda åren handledning och kurser.

Tabell 73. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2012	40	41	19
	2017	38	43	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2012	15	62	22
	2017	20	59	21
Kurser i försäkringsmedicin	2012	40	43	17
	2017	34	46	20

Svaren på frågorna om andra faktorer värde för att ha en hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning visas i Tabell 74. Båda enkätåren svarade cirka hälften av läkarna att ”*ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning*” skulle ha ett stort värde och lika stor andel ansåg att ”*bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten*” skulle ha stort värde. Inga större skillnader kan ses över åren mer än att en mindre andel svarade att uppföljande statistik hade stort eller måttligt värde 2017 jämfört med 2012. Även om andelen som har möjlighet att få uppföljande statistik om sina sjukskrivningar torde ha ökat mycket sedan 2012, har andel som anser att sådana uppgifter har stort värde alltså minskat (från 25 till 18 %).

Tabell 74. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2012	25	41	34
	2017	18	43	39
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2012	50	37	13
	2017	51	36	13
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2012	48	36	16
	2017	49	37	14
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2012	27	29	44
	2017	26	29	45

Betydligt större skillnader mellan åren visas i Tabell 75 där frågan gällde värdet av försäkringsmedicinska bedömningar av kolleger och andra professioner för kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. För samtliga alternativ angav en betydligt större andel läkare att sådana försäkringsmedicinska bedömningar har stort värde år 2017 jämfört med 2012; en ökning med 14-15 procentenheter för stort värde av de olika professionernas bedömningar.

Tabell 75. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

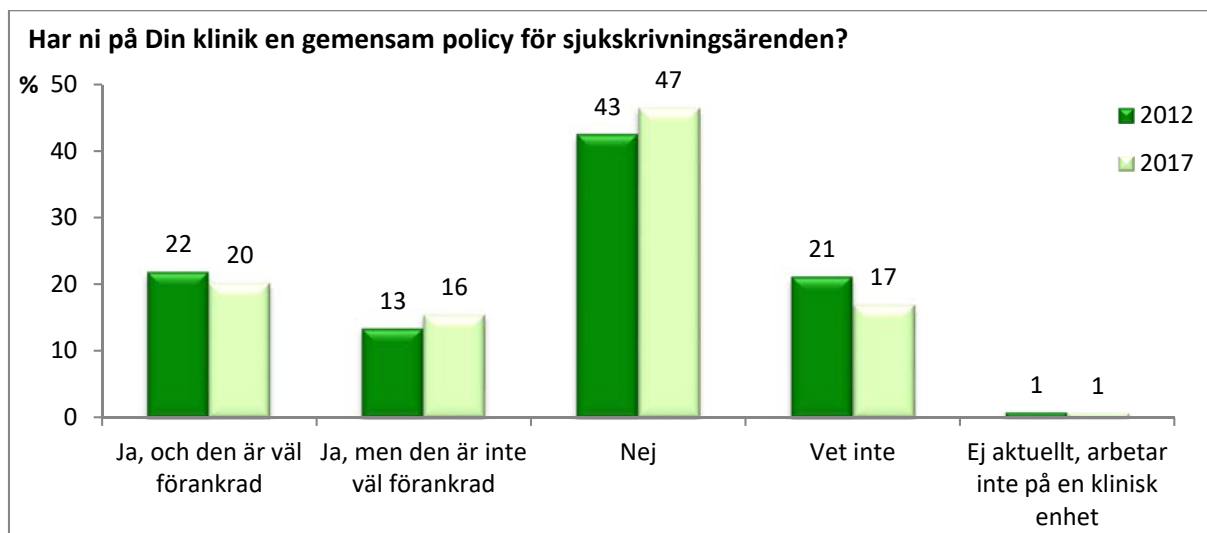
Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning? Att få försäkringsmedicinska bedömningar av:	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Annan läkare	2012	26	45	28
	2017	41	40	19
Fysioterapeut/arbetsterapeut	2012	37	40	23
	2017	52	33	15
Kurator/psykolog	2012	35	41	24
	2017	49	34	17

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Frågor som förekom i både 2012 och 2017 års enkäter och som kan hänföras till organisatoriska förutsättningar gällde följande tre områden; en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen, stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden samt tid för arbete med sjukskrivningsärenden.

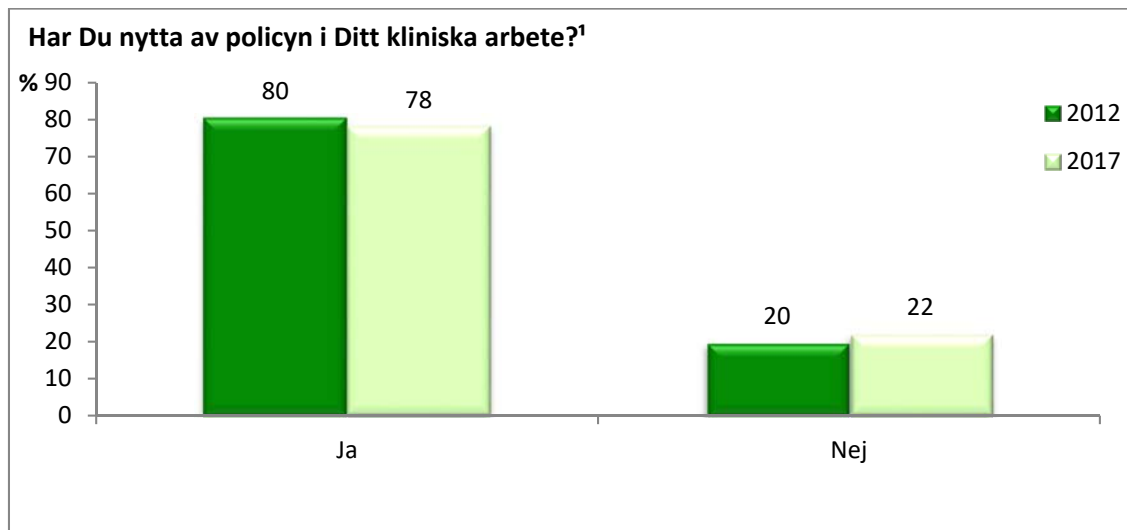
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Det var inga större skillnader i fördelningarna av svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de två åren (Figur 88). År 2017 svarade en något mindre andel att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på den egna kliniken men en större andel att den fanns men inte var väl förankrad jämfört med 2012. Andelen läkare som svarade att det *inte* fanns en policy var något större 2017.



Figur 88. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.

De läkare som svarade att de hade en policy, väl eller inte väl förankrad, fick frågan om de hade nytta av den, vilket den absoluta majoriteten hade, 80 procent 2012 och 78 procent 2017 (Figur 89).

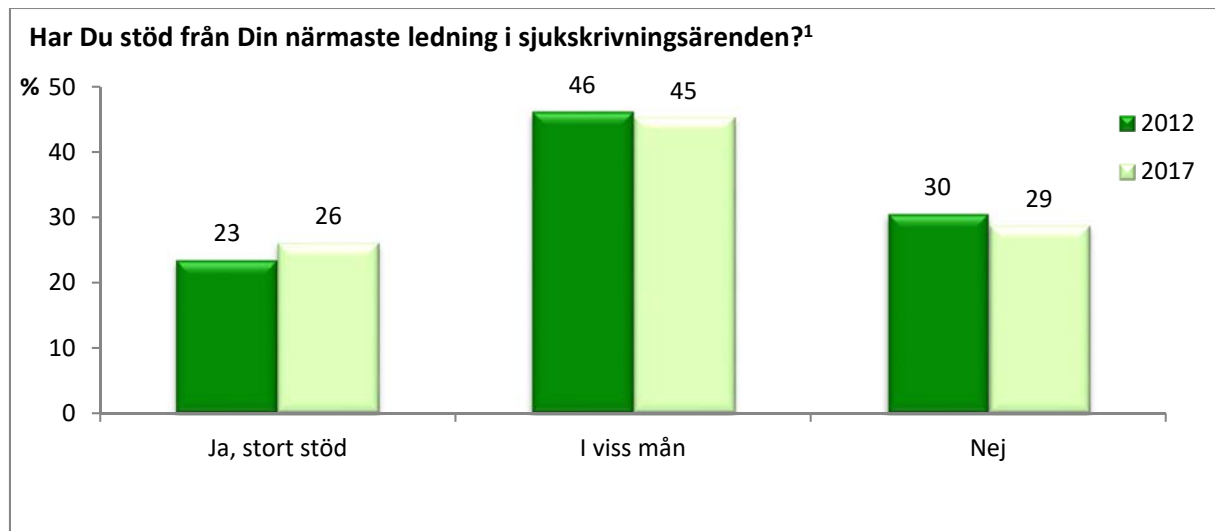


Figur 89. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har nytta av den gemensamma policyn i deras kliniska arbete, år 2012 respektive 2017.

¹Endast de som svarat ”Ja, och den är väl förankrad” eller ”Ja, men den är inte väl förankrad” på föregående fråga fick denna följdfråga.

Stöd från ledningen

Även andelen läkare som upplevde stöd från den närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden var ungefär lika stor de två åren (Figur 90). Det var dock en något större andel som upplevde ett stort stöd 2017 (26 %) jämfört med 2012 (23 %). I Figur 90 har de som svarat *Ej aktuellt, har ingen chef* eller *Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet* exkluderats. Analyser där de svarsalternativen inkluderades ändrade inte svarmönstret (visas ej).



Figur 90. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.

¹ Svarsalternativen *Ej aktuellt, har ingen chef* och *Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet* är exkluderade.

Tid till arbete med sjukskrivning

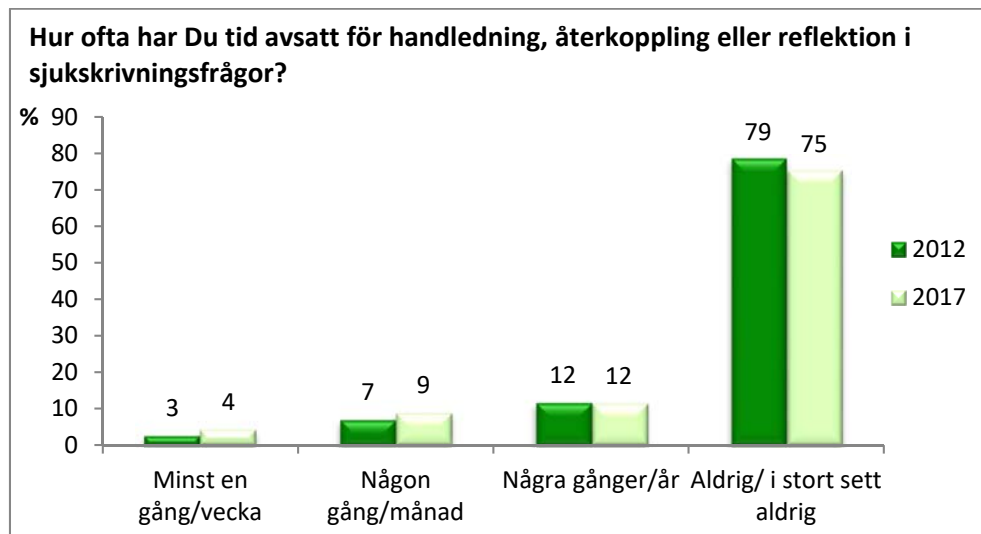
Ungefär var tredje läkare hade år 2012 tidsbrist dagligen när det gällde patientrelaterad tid och kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden och andelen var 2017 densamma när det gällde kompetensutveckling med en något större andel läkare som uppgav patientrelaterad tidsbrist år 2017 än 2012 (Tabell 76). För var och en av de listade typerna av tidsbrist var andelarna som upplevde dem större 2017 än 2012.

Tabell 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2012	22	34	19	11	14
	2017	27	33	18	10	13
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2012	30	31	19	11	10
	2017	34	31	16	10	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2012	29	21	18	15	17
	2017	30	22	18	13	17

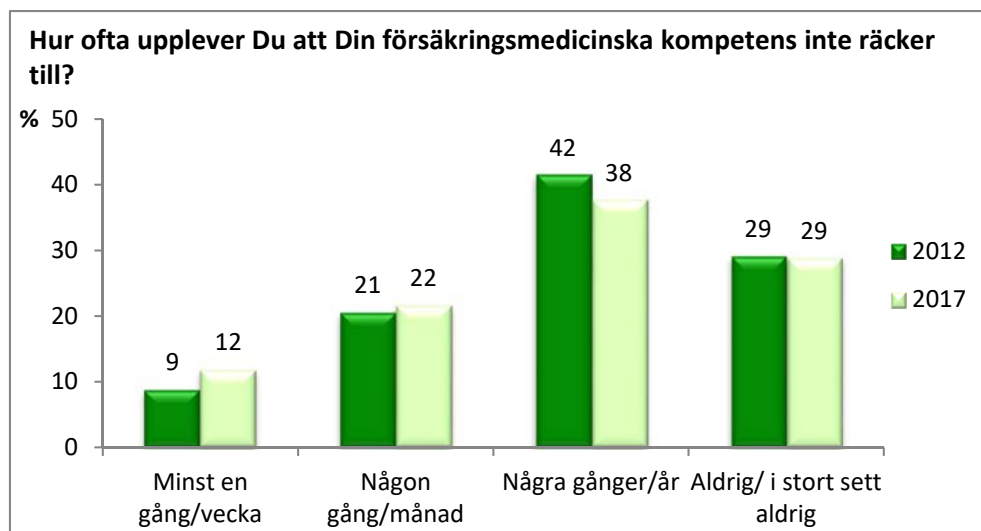
Resultat

Sjuttiofem procent av läkarna svarade år 2017 att de aldrig/i stort sett aldrig hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden, vilket var fyra procentenheter mindre än 2012 (Figur 91). Detta resultat bör ses i relation till att två femtedelar anser att handledning, kurser etc skulle ha stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (Tabell 73).



Figur 91. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2012 respektive 2017.

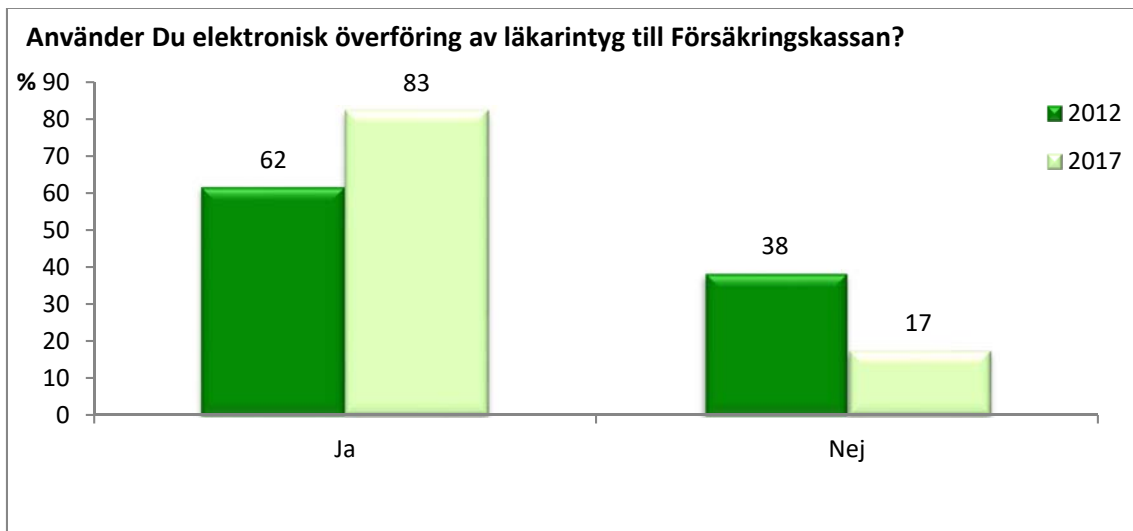
År 2012 upplevde 9 procent av läkarna minst en gång/vecka att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Figur 92). År 2017 var andelen större: 12 procent. Båda åren var det 29 procent som aldrig upplevde detta.



Figur 92. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, år 2012 respektive 2017.

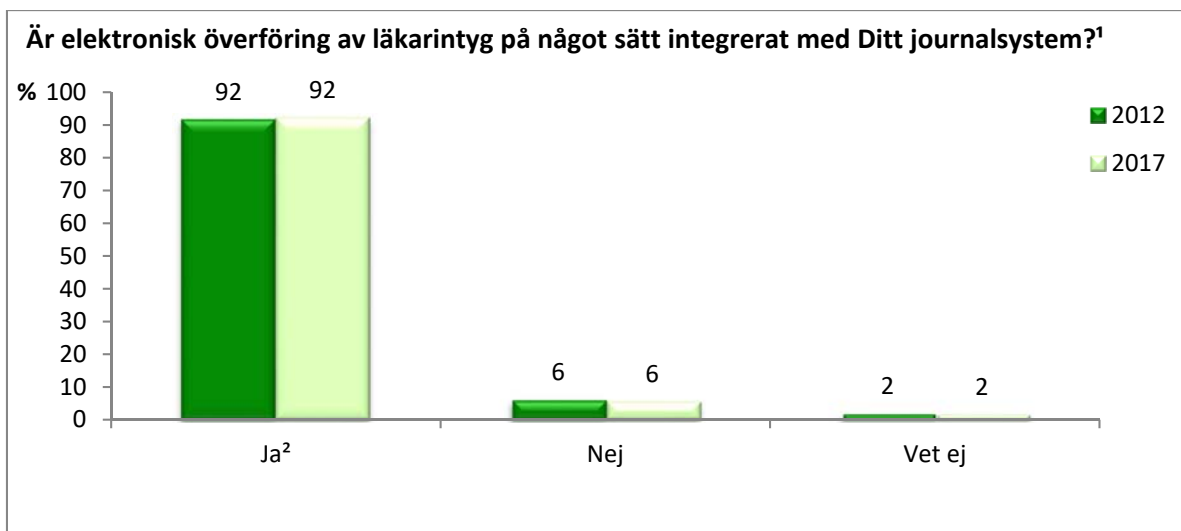
Elektronisk överföring av läkarintyg

År 2012 hade elektronisk överföring av läkarintyg hunnit införas i några landsting och implementeringen fortsatte fram till 2017 varför en jämförelse mellan åren endast kan visa att alltfler har infört systemet men ännu inte alla (Figur 93). År 2017 använde 17 procent ännu inte den elektroniska överföringen.



Figur 93. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.

I Figur 94 framgår att för dem som hade möjlighet till elektronisk överföring var den integrerad med deras journalsystem för 92 procent av läkarna både år 2012 och 2017.

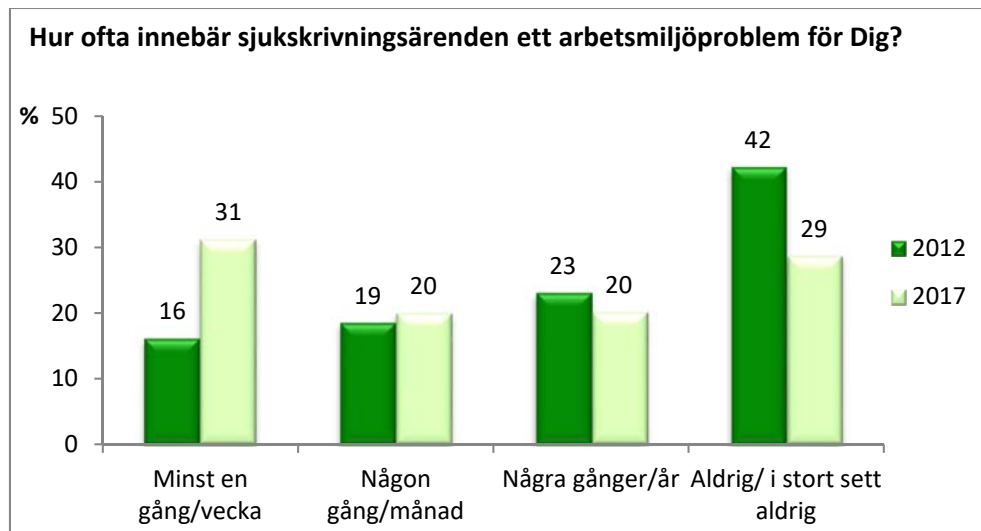


Figur 94. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt är integrerat med deras journalsystem, år 2012 respektive 2017.

¹Endast de som svarat "Ja" på föregående fråga, om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan.

Arbetsmiljöproblem

I Figur 95 presenteras andel av läkare som respektive år upplevde att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. Resultatet visar en kraftig ökning av andel läkare som betraktade sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (16 % 2012; 31 % 2017). En motsvarande skillnad syns i minskning av andelen som aldrig/nästan aldrig upplevde detta som ett arbetsmiljöproblem (42 % 2012; 29 % 2017).



Figur 95. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.

Sammanfattning jämförelse 2017-2012

I detta avsnitt har svar på 104 frågor i enkäterna från 2017 och 2012 jämförts. Resultatet visar att en något större andel läkare år 2017 (38 %) jämfört med 2012 (34 %) hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. De kliniska verksamheter där den andelen hade ökat mest var vårdcentraler (från 33 % till 45 %) och rehabilitering (från 59 % till 69 %). Även andelen läkare som upplevde att sjukskrivningsärenden var problematiska mer än en gång i veckan ökade från 32 till 42 procent. Andelen läkare som svarade att ärendena var mycket eller ganska problematiska ökade från 38 procent 2012 till 52 procent 2017 och andelen läkare som svarade att det var mycket problematiskt ökade för samtliga delfrågor om bedömningar i sjukskrivningsarbetet (arbetsförmåga, funktionsförmåga, etcetera). Det fanns också en ökning i andel läkare som upplevde att det var mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (17 % 2012; 27 % 2017), att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig (16 % 2012; 23 % 2017) samt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan (9 % 2012; 13 % 2017).

En majoritet var ganska eller mycket nöjd med sina kontakter med Försäkringskassan, även om andelen minskade betydligt, från 70 procent 2012 till 53 procent 2017. Av de olika svårigheter läkare angav i sina kontakter med Försäkringskassan ökade särskilt andelen som ansåg att: ”det tar för mycket tid i anspråk” (30 % 2012; 41 % 2017), ”ni tycks tala olika språk” (23 % 2012; 34 % 2017), ”handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar” (27 % 2012; 40 % 2017) samt ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg” (37 % 2012; 56 % 2017). I den senare frågan var ökningen alltså 19 procentenheter.

En liten andel, tre till sex procent, upplevde någon typ av oro eller hot relaterat till sjukskrivningsärenden någon gång per månad eller oftare vanligast var ”oro för att patienten byter läkare om hon/han inte blir sjukskriven” (3 % 2012; 6 % 2017). Den absoluta majoriteten (81-93 %) upplevde ingen typ av oro eller hot.

Andelen som upplevde det som mycket problematiskt att handlägga mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar) ökade från 30 procent 2012 till 39 procent 2017. Andelen läkare som sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt ökade något. En majoritet sjukskrev 2017 dock fortfarande aldrig längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av att ”det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning” (65 %), för att ”undvika konflikt med patient” (59 %), på grund av ”påverkan från andra i vårdteamet” (74 %), på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan (54 %), Arbetsförmedling (62 %) eller arbetsgivares åtgärder (53 %).

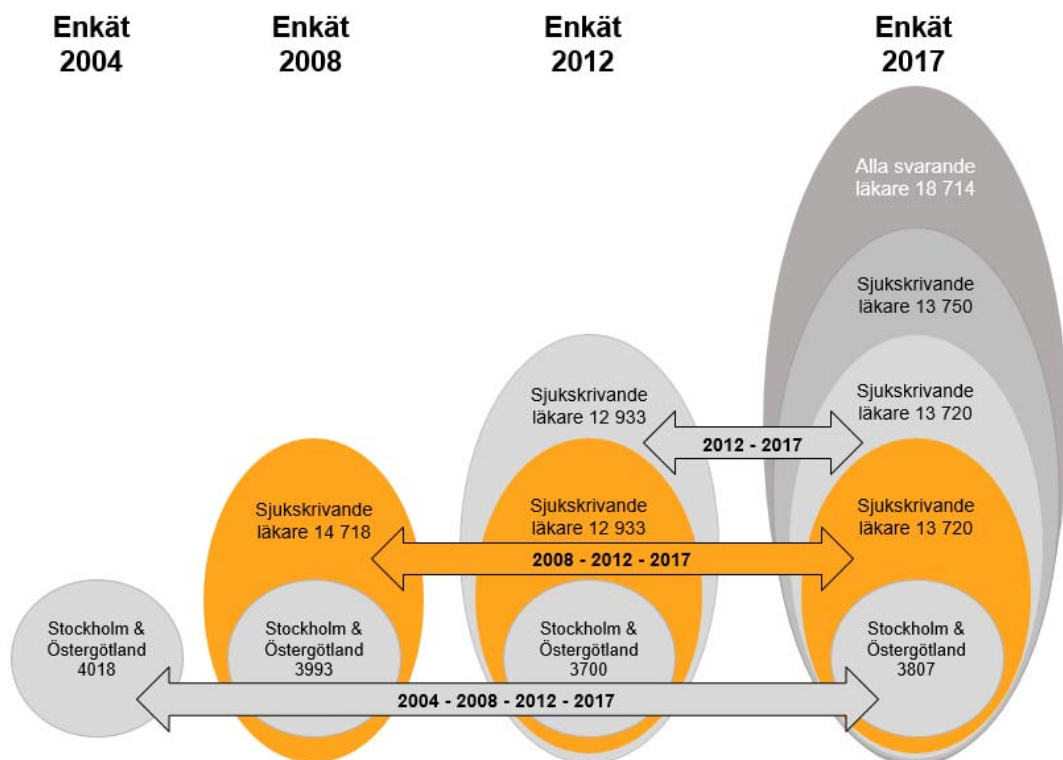
Angående Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var det inga egentliga förändringar mellan de två enkätåren vad avser användandet och syn på hur användbart det är. Andelen läkare som använde beslutsstödet ökade något från 2012 till 2017; andelen som använde det mest frekvent, en gång i veckan eller oftare, ökade från 24 till 27 procent. Nästan hälften svarade båda åren att beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten.

Det var små skillnader mellan enkätåren avseende hur stor andel av läkarna som hade kontakt med eller remitterade till andra aktörer. Andelen läkare som angav att kontakter med läkarkollegor/vårdpersonal (42 % 2012; 49 % 2017), försäkringsmedicinsk kompetens (46 % 2012; 53 % 2017) eller handläggare på Försäkringskassan (33 % 2012; 39 % 2017) hade stort värde för hög kvalitet i sitt sjukskrivningsarbete ökade med 6-7 procentenheter. En ännu större ökning kan ses i den andel läkare som angav stort värde av att få försäkringsmedicinska bedömningar av annan läkare (26 % 2012; 41 % 2017), fysioterapeut/arbetsterapeut (37 % 2012; 52 % 2017) samt kurator/psykolog (35 % 2012; 49 % 2017). År 2012 svarade 40 procent att de värderade handledning och kurser i försäkringsmedicin högt, år 2017 var den andelen något mindre. Hälften av läkarna angav båda enkätåren även att det skulle ha stort värde med gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning samt bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten.

Den absoluta majoriteten av dem som svarade att det fanns en väl förankrad gemensam rutin eller policy för arbetet med sjukskrivningsärenden inom verksamheten, svarade också att de hade nytta av den (80 % 2012; 78 % 2017). En något större andel 2017 jämfört med 2012 upplevde stort stöd från sin närmaste ledning i sitt sjukskrivningsarbete (23 % 2012; 26 % 2017). Tre fjärdedelar svarade att de aldrig/i stort sett aldrig hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden. Andelen som minst en gång i månaden upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till ökade något från 30 procent till 34 procent.

Resultatet visar en kraftig ökning av andel läkare som betraktade sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka; från 16 procent år 2012 till 31 procent år 2017. Nästan en femtedel (18 %) av läkare inom företagshälsovård, psykiatri och vårdcentral upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka 2017, det vill säga väldigt ofta.

4. Läkares arbete med sjukskrivning 2017-2012-2008





4. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008

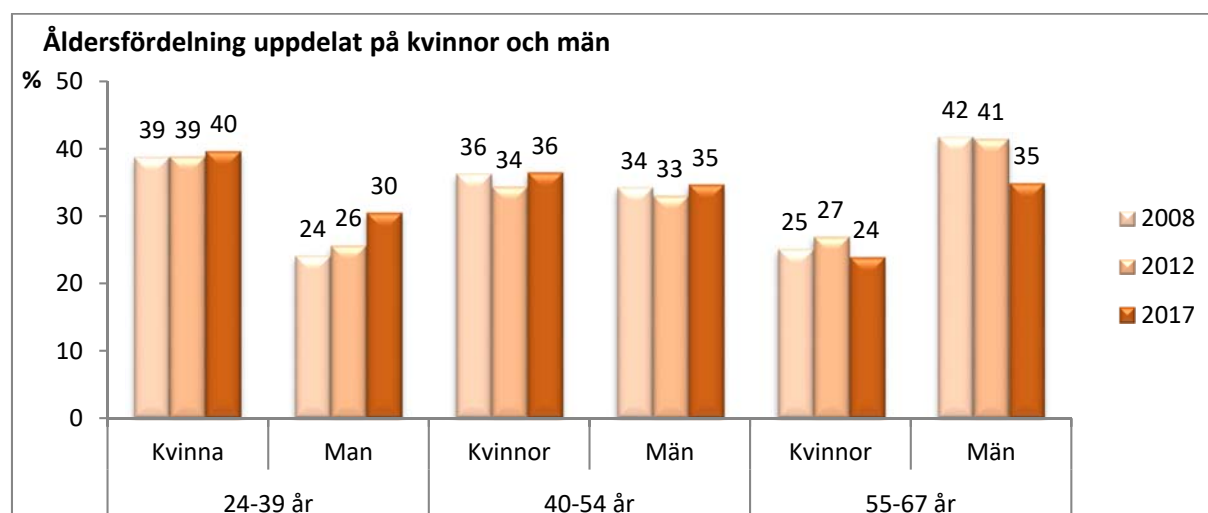
I detta **aprikosa** avsnitt jämförs svaren för de 87 frågor som fanns med i alla tre enkäterna från år 2008, 2012 och 2017 för de sjukskrivande läkare som respektive enkätår var yngre än 68 år. De läkare som inte besvarat frågan om vilket landsting respektive vilken typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade inom, har inte tagits med i de redovisningar som visas med dessa uppdelningar.

I Tabell 77 visas antalet läkare samt andelar uppdelat på kön, ålder och andel specialistutbildade. En liten skillnad i åldersfördelningen kan ses mellan åren, med fler äldre enkätåret 2008 och fler yngre 2017. Med en mindre andel i den äldsta gruppen har även andelen med specialistutbildning minskat något. År 2017 var andel kvinnor och män lika stor; de två tidigare åren var andelen män något större.

Tabell 77. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.

Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
2008	14 718	47	31	35	34	70
2012	12 933	49	32	34	34	71
2017	13 720	50	35	36	29	68

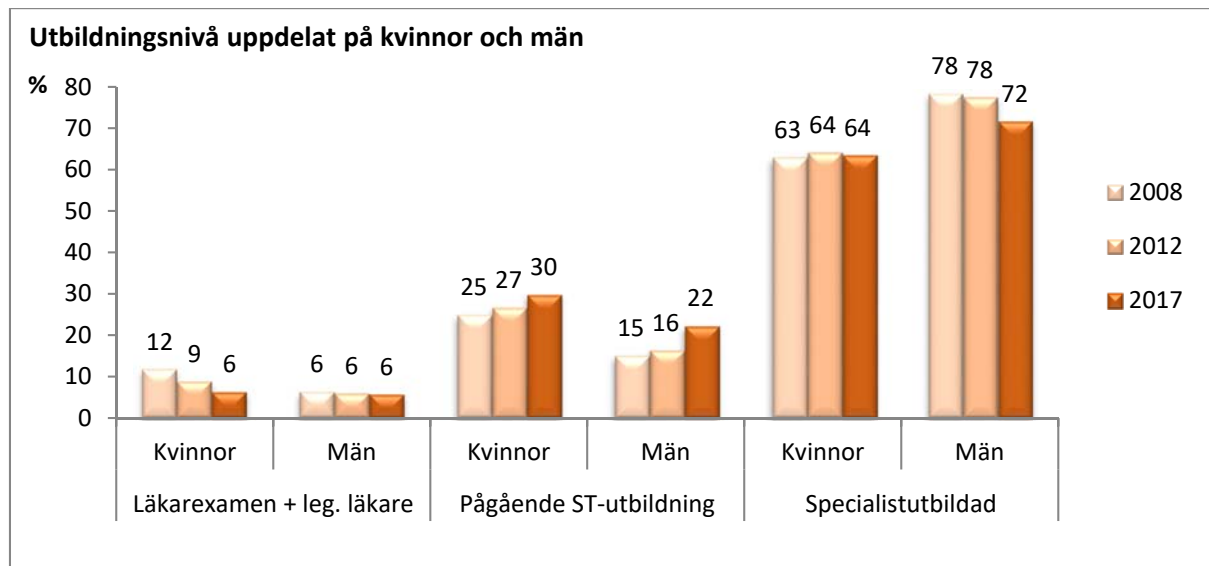
Det var inga stora skillnader i åldersfördelningen bland kvinnor de tre enkätåren, störst andel i den yngsta åldersgruppen och minst i den äldsta (Figur 96).



Figur 96. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

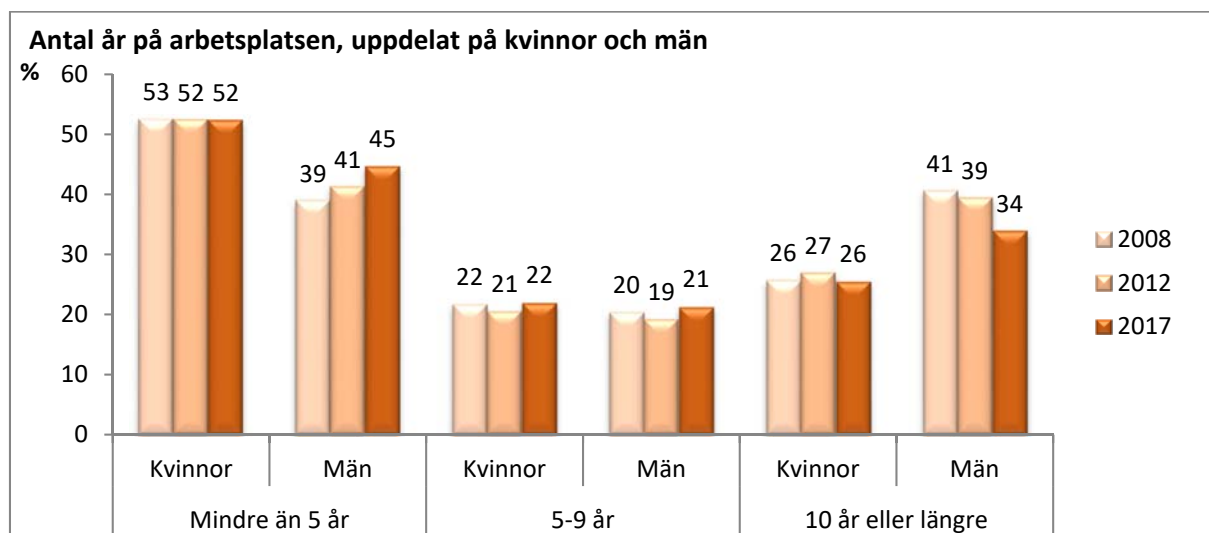
Resultat

Bland de svarande kvinnorna ses en minskning av andel med endast läkarexamen/leg. läkare (12 % 2008; 9% 2012; 6 % 2017) samt en större andel med pågående ST-utbildning (25 % 2008; 27% 2012; 30 % 2017) (Figur 97). Andelen specialistutbildade är densamma. Även bland män fanns en ökning av andelen med pågående ST-utbildning (15 % 2008; 16% 2012; 22 % 2017).



Figur 97. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

Skillnaderna i åldersfördelningen bland män syns också i antal år på arbetsplatsen med en större andel som arbetat på arbetsplatsen mindre än fem år och mindre andel som arbetat 10 år eller mer på samma arbetsplats (Figur 98). Bland kvinnor är det endast marginella skillnader mellan åren.



Figur 98. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Tabell 78 visas sjukskrivande läkare uppdelat på de *landsting* där de huvudsakligen arbetade respektive år.

Tabell 78. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per landsting som de huvudsakligen arbetade i, år 2008, 2012 respektive 2017.

Landsting	2008		2012		2017	
	Antal	% ¹	Antal	% ¹	Antal	% ¹
Stockholm	3434	23,3	3271	25,3	3403	24,8
Uppsala	668	4,5	570	4,4	617	4,5
Södermanland	356	2,4	299	2,3	329	2,4
Östergötland	705	4,8	643	5,0	625	4,6
Jönköping	465	3,2	412	3,2	459	3,3
Kronoberg	246	1,7	211	1,6	233	1,7
Kalmar	310	2,1	263	2,0	280	2,0
Gotland	102	0,7	87	0,7	103	0,8
Blekinge	207	1,4	184	1,4	186	1,4
Skåne	2003	13,6	1690	13,1	1801	13,1
Halland	410	2,8	361	2,8	410	3,0
Västra Götaland	2430	16,5	2105	16,3	2169	15,8
Värmland	350	2,4	301	2,3	339	2,5
Örebro	469	3,2	407	3,1	434	3,2
Västmanland	343	2,3	265	2,0	255	1,9
Dalarna	432	2,9	349	2,7	423	3,1
Gävleborg	388	2,6	352	2,7	371	2,7
Västernorrland	349	2,4	265	2,0	280	2,0
Jämtland	232	1,6	185	1,4	212	1,5
Västerbotten	493	3,3	410	3,2	482	3,5
Norrbottn	326	2,2	265	2,0	288	2,1
Har ej svarat på frågan om landsting	0	0	38	0,3	21	0,2
Hela landet	14 718	100	12 933	100	13 720	100

¹ Kolumnprocent

I Tabell 79 visas motsvarande siffror för deltagande läkare uppdelat på typ klinik/mottagning för respektive enkätår. När det gäller läkare inom gynekologi är orsaken till det lägre antalet år 2017 ett misstag som innebar att flertalet av specialistutbildade gynekologer utanför Stockholm inte fick enkäten. Andelen av deltagarna som arbetade på vårdcentraler ökade över enkätåren.

Resultat

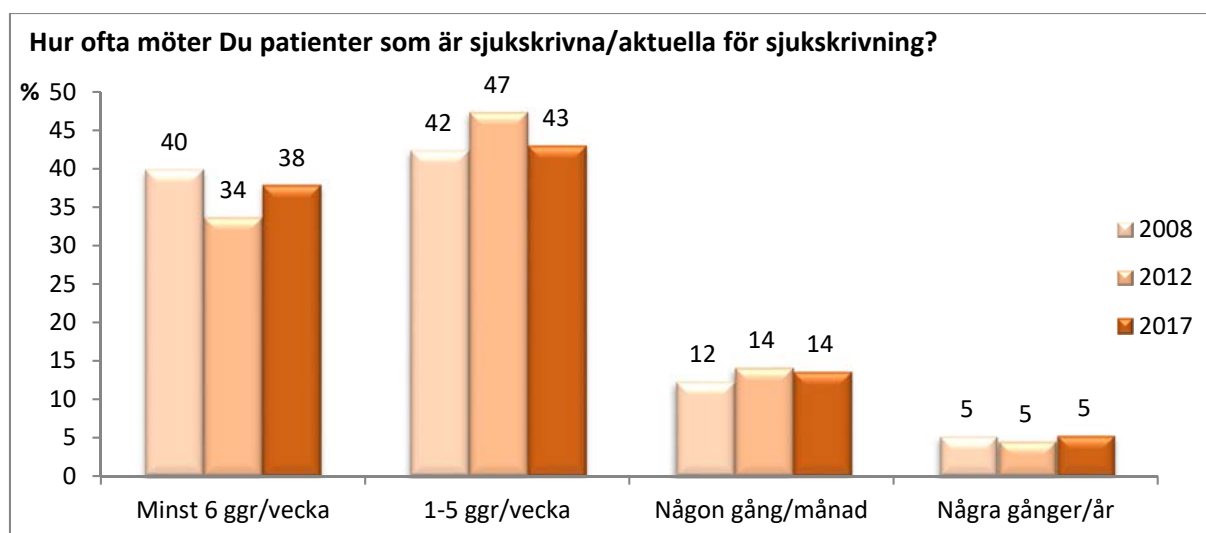
Tabell 79. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	2008		2012		2017	
	Antal	% ¹	Antal	% ¹	Antal	% ¹
Barn- och ungdoms	399	2,7	116	0,9	110	0,8
Företagshälsovård	460	3,1	333	2,6	338	2,5
Försäkringskassa/bolag	12	0,1	11	0,1	8	0,1
Geriatrisk	120	0,8	52	0,4	54	0,4
Hud	205	1,4	175	1,4	170	1,2
Infektion	328	2,2	320	2,5	357	2,6
Invärtesmedicin	1932	13,1	1749	13,5	1656	12,1
Kirurgi	1358	9,2	1327	10,3	1282	9,3
Neurologi	237	1,6	251	1,9	304	2,2
Gynekologi	914	6,2	876	6,8	318	2,3
Onkologi	332	2,3	342	2,6	340	2,5
Ortopedi	872	5,9	863	6,7	918	6,7
Psykiatri	1078	7,3	987	7,6	1047	7,6
Rehabilitering	176	1,2	130	1,0	158	1,2
Reumatologi	189	1,3	182	1,4	197	1,4
Smärtmottagning	83	0,6	65	0,5	54	0,4
Vårdcentral	4214	28,6	4067	31,4	4683	34,1
Ögon	351	2,4	116	0,9	339	2,5
Öron-, näs- och hals	436	3,0	148	1,1	419	3,1
Annan klinik/mottagning	830	5,6	674	5,2	825	6,0
Administration	94	0,6	66	0,5	66	0,5
Ingen	42	0,3	21	0,2	31	0,2
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet	56	0,4	62	0,5	46	0,3
Samtliga läkare	14 718	100	12 933	100	13 720	100

¹ Kolumnprocent

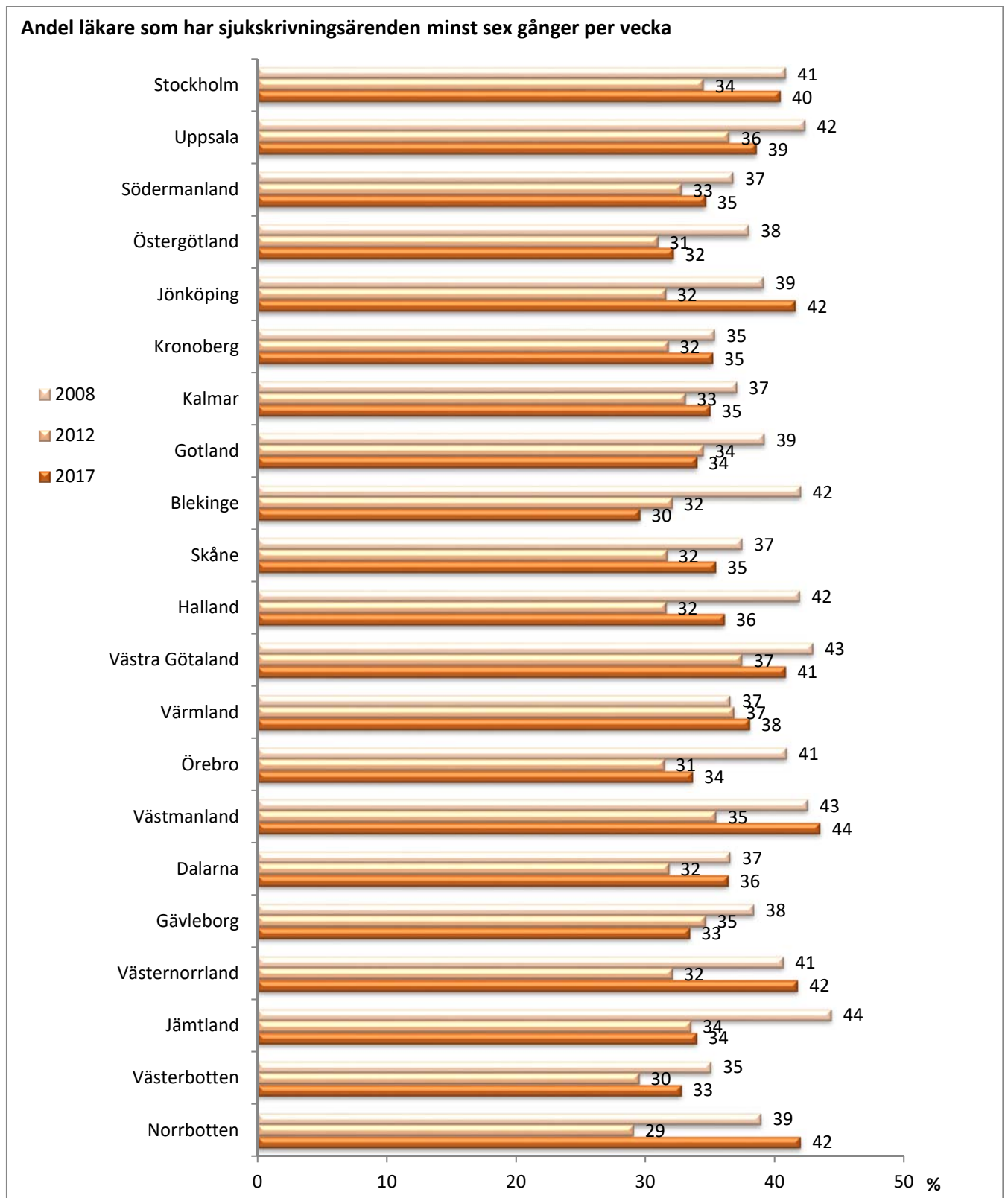
Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka respektive 1-5 gånger i veckan har inte förändrats mer än marginellt mellan enkätåren 2008-2012-2017 (Figur 99). År 2012 var det år som avvek med något lägre andel minst sex gånger i veckan och större andel 1-5 gånger per vecka jämfört med 2008 och 2017.



Figur 99. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

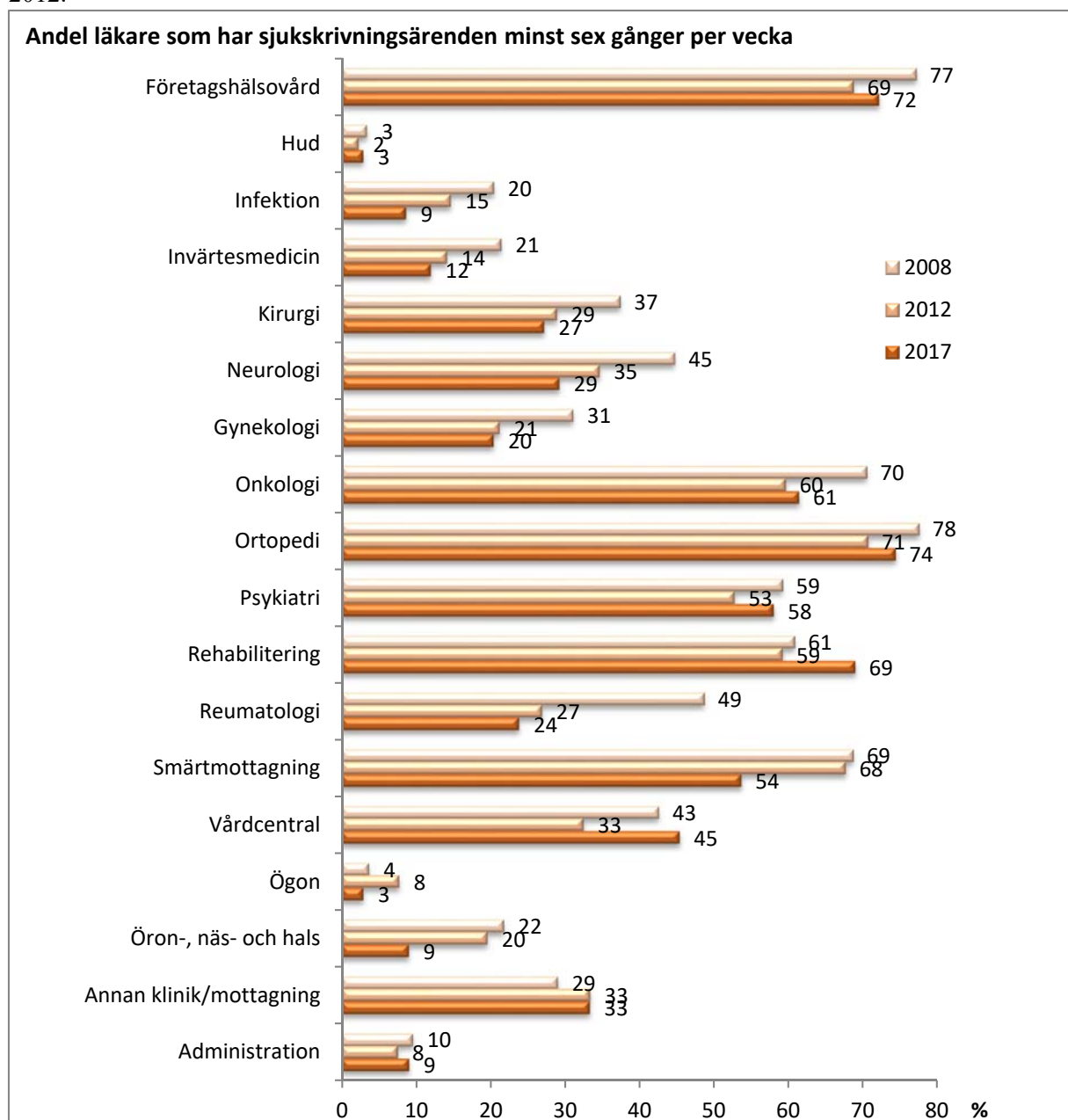
Uppdelat på de olika *landstingen* fanns ett liknande mönster för skillnader mellan enkätåren i andel med sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka i majoriteten (15 stycken) av landstingen (Figur 100). I dessa 15 landsting hade år 2012 en mindre andel läkare sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka jämfört med 2008 och 2017.



Figur 100. Andel (%) läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2008, 2012 respektive 2017.

Resultat

I Figur 101 visas andel läkare inom olika typer av kliniker, som hade minst sex sjukskrivningsärenden per vecka. Det var stor variation i andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka om man jämför de tre enkätåren. För samtliga tre enkätår var andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka störst inom och smärtmottagning. Det var inte några större skillnader mellan åren för företagshälsovård, ortopedi och rehabilitering, men för smärtmottagning var andelen betydligt mindre 2017. Även för flera andra typer av verksamheter blev andelen mindre för varje enkätår, såsom infektion, invärtesmedicin, kirurgi, neurologi, gynekologi, reumatologi, öron/näsa/hals. För vårdcentralsläkarna ökade dock andelen 2017, efter en minskning 2012.



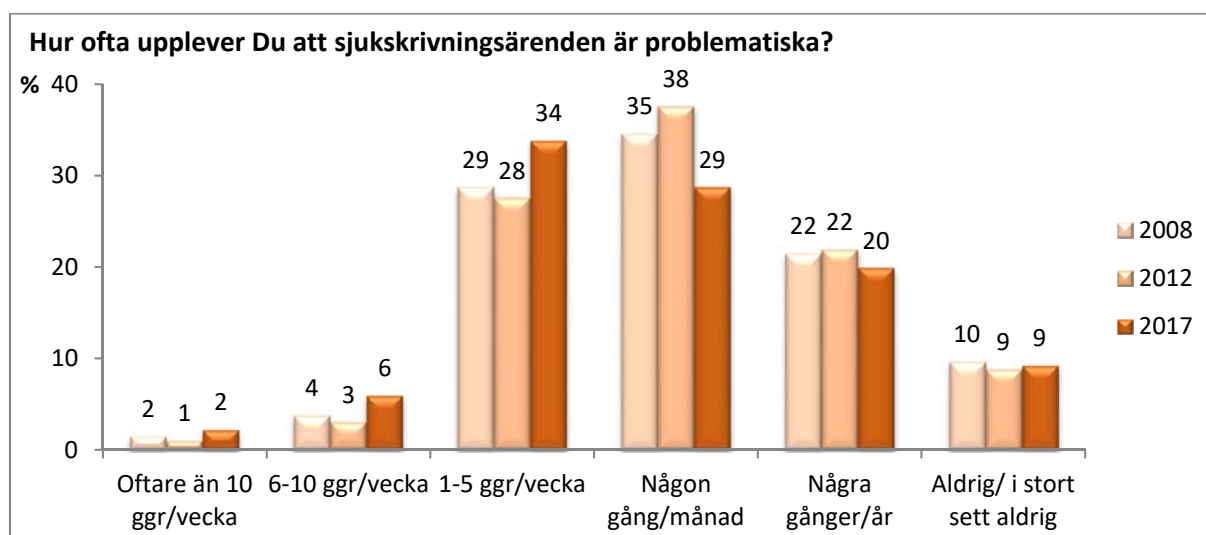
Figur 101. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäterna innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem vilka redovisas under denna rubrik.

Frekvens av potentiellt problematiska situationer

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var större 2017 (42 %) jämfört med både 2012 (32 %) och 2008 (35 %) (Figur 102). Andelen läkare som i stort sett aldrig eller några gånger per år upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska var relativt lika de tre enkätären.



Figur 102. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som upplevde de olika situationerna beskrivna i Tabell 80 minst en gång per vecka eller minst någon gång i månaden var generellt något mindre 2012 än 2008 och 2017. Det finns ingen tydlig trend i ökning eller minskning av andelar över de tre enkätären. Den situation som störst andel läkare upplevde alla de tre enkätären, var att åtminstone varje månad möta patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (46% 2008; 43% 2012; 48 % 2017).

Tabell 80. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	16	31	32	21
	2012	13	30	33	24
	2017	19	29	30	22
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	5	21	36	38
	2012	4	19	35	41
	2017	6	22	34	38
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	9	31	45	15
	2012	7	29	48	15
	2017	10	30	44	16
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	7	20	43	30
	2012	6	19	39	36
	2017	11	22	36	32

Oro och hot

Jämförelsen mellan enkätåren visar att 3-4 procent av läkarna upplevde olika typer av hot, oro eller konflikter någon gång per månad eller oftare åren 2008 och 2012 (Tabell 81). En något större andel har därefter upplevt detta år 2017 (5-6 %). Majoriteten (81-93 %) upplevde dock *aldrig/i stort sett aldrig* sådan oro eller hot. Andelen som aldrig var oroliga för att bli ”anmäld av en patient kring sjukskrivning”, eller känt sig ”hotad av en patient kring sjukskrivning” var något mindre 2017 jämfört med de två andra enkätåren. När det gällde ”oro för att patienten byter läkare om hon/han inte blir sjukskriven”, minskade andelen som aldrig/i stort sett aldrig känt sådan oro (92 % 2008; 93 % 2012; 86 % 2017).

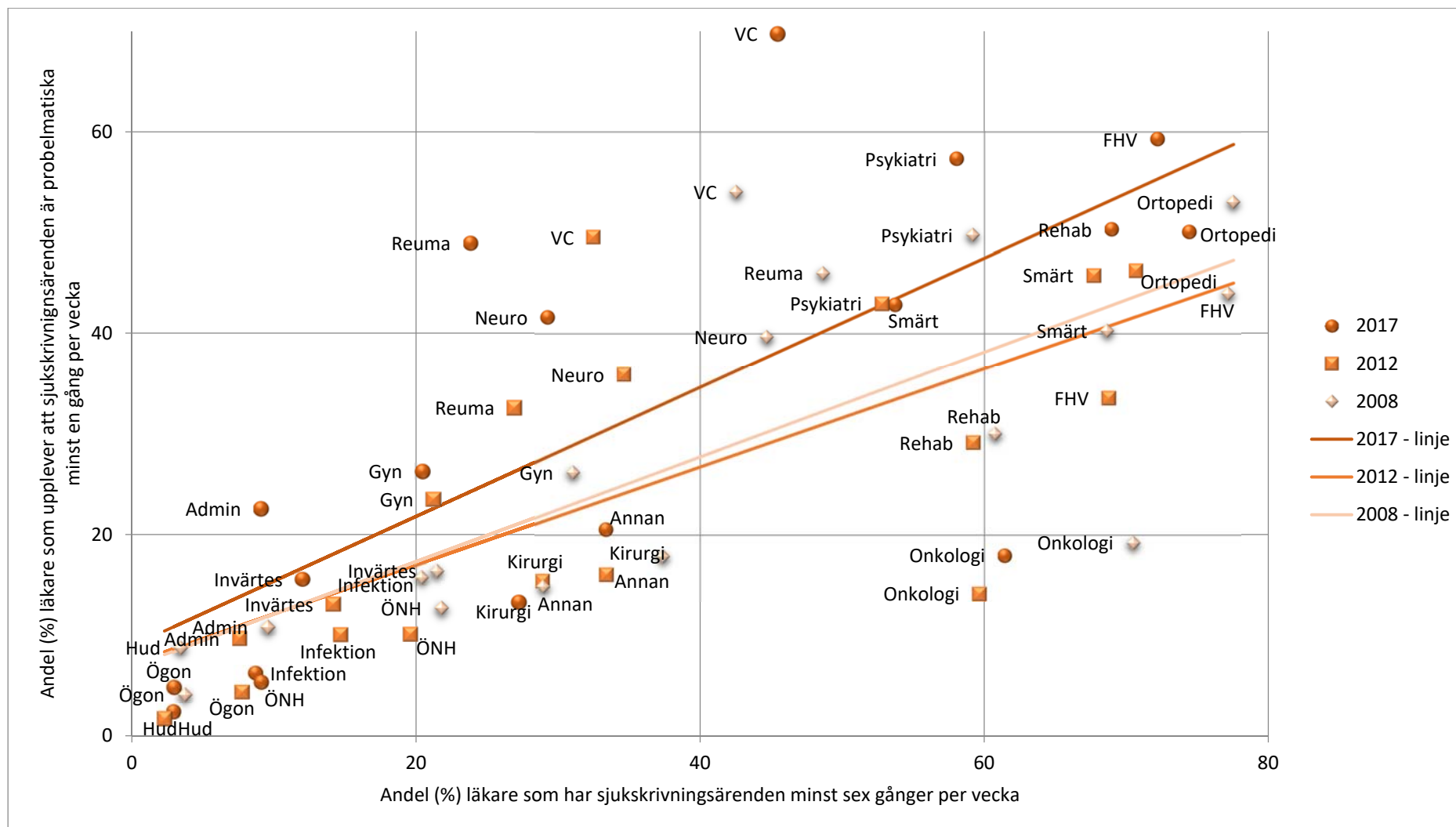
Tabell 81. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	10	86
	2012	1	3	9	87
	2017	2	4	10	84
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	13	83
	2012	1	2	12	85
	2017	2	3	14	81
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	6	92
	2012	1	2	5	93
	2017	2	4	9	86

Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

I Figur 103 relateras andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter till andelen som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka år 2008, 2012 respektive 2017. Den övergripande tendensen var att ju större andel läkare inom en viss typ av klinisk verksamhet som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan, desto större andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. En regressionslinje för detta samband har tagits fram för vart och ett av de tre åren och lagts in i bilden. Regressionslinjen för 2017 är brantare, dvs sambandet mellan andel med ≥ 6 sjukskrivningsärenden/vecka och andelen som en gång/vecka upplevde dem som problematiska var starkare.

Läkare inom reumatologi och neurologi avvek från det generella mönstret att typ av klinik/mottagning med större andel läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka också har en större andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska genom att ha en minskad andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka när man jämför de tre enkätåren men en ökning av andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska. Vårdcentralsläkare och läkare inom företagshälsovård avvek även de med en betydlig ökning av andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka utan motsvarande ökning av andelen som har sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka.



Figur 103. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för vart och ett av åren.

Resultat

I Tabell 82 visas avståndet mellan den faktiska andelen som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan och det utifrån regressionslinjen estimerade värdet (visad i ovanstående Figur 103), uppdelat på typ av klinik/mottagning år 2008, 2012 respektive 2017. De största avstånden 2017 sågs för vårdcentraler där andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska är 32 procentenheter *större* än det estimerade värdet och inom onkologi där andel läkare som upplever detta är 31 procentenheter *mindre* än det estimerade. Inom onkologi har andelen läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan varit mycket mindre än det estimerade även 2008 och 2012 (24 respektive 22 procentenheter mindre). Den största skillnaden mellan åren är andelen läkare inom reumatologi som 2008 respektive 2012 hade 14 respektive 12 procentenheter större andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan än det utifrån regressionslinjen estimerade värdet, denna skillnad hade 2017 ökat till 25 procentenheters skillnad jämfört med det estimerade värdet.

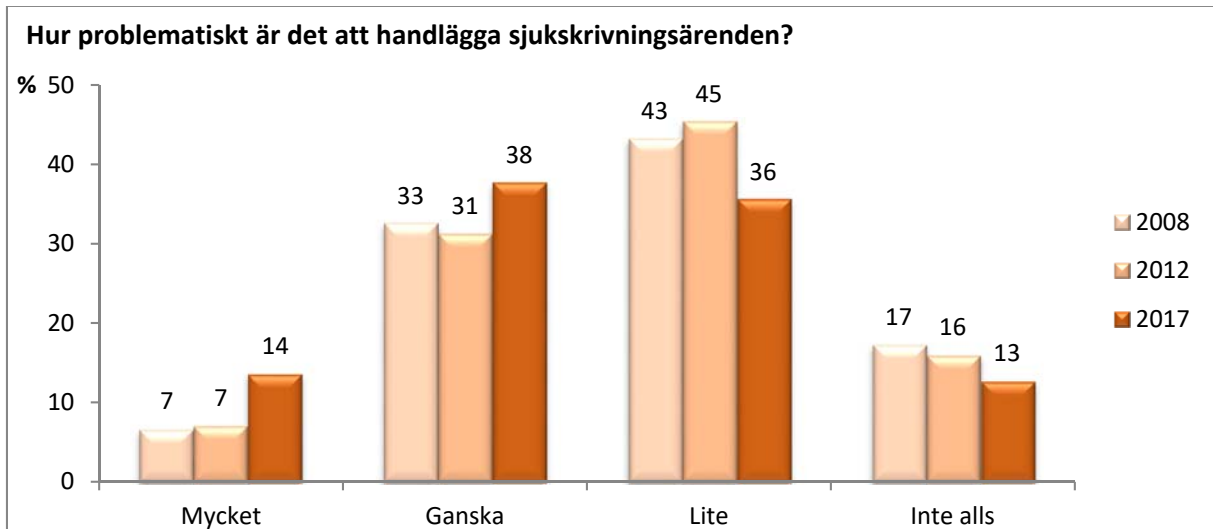
Tabell 82. Avstånd i procentenheter från andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	Avstånd till estimerad regressionslinje ¹		
	2008	2012	2017
Företagshälsövård	-3	-7	4
Hud	0	-7	-8
Infektion	-2	-4	-8
Invärtesmedicin	-2	-1	-1
Kirurgi	-9	-6	-13
Neurologi	9	12	14
Gynekologi	3	6	4
Onkologi	-24	-22	-31
Ortopedi	6	5	-7
Psykiatri	12	10	11
Rehabilitering	-9	-7	-3
Reumatologi	14	12	25
Smärtmottagning	-2	6	-1
Vårdcentral	25	26	32
Ögon	-5	-7	-6
Öron-, näs- och hals	-6	-7	-9
Annan klinik/mottagning	-7	-7	-10
Administration	-1	-1	8

¹ Värdet större än det absoluta värdet 13 är i fet stil

Allvarlighetsgrad av problematiska situationer

År 2008 och 2012 svarade 7 procent att de upplevde handläggningen av patienters sjukskrivning som mycket problematisk (Figur 104). År 2017 var andelen dubbelt så stor (14 %). Andelen som inte alls upplevde detta som problematiskt minskade sett över de tre enkätåren 2008, 2012 och 2017 (17; 16; 13 %).



Figur 104. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.

Det finns inte heller något tydligt mönster för hur läkare upplevde problem i de i Tabell 83 listade uppgifterna i sjukskrivningsarbetet. För de flesta av de listade uppgifterna svarade minst andel av läkarna 2012 och störst andel 2017 att situationen var problematisk. Den största skillnaden mellan åren är ökningen av andelen läkare som upplevde det mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (18% 2008; 17% 2012; 27 % 2017).

Tabell 83. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	14	33	37	15
	2012	13	33	39	15
	2017	18	33	34	15
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	28	42	20
	2012	9	28	42	21
	2017	13	29	39	20
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	22	37	31	10
	2012	21	37	32	10
	2017	26	36	29	10
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	16	36	36	11
	2012	13	35	39	12
	2017	14	35	37	13
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	26	37	28
	2012	8	24	40	29
	2017	9	27	37	26
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	22	36	28	14
	2012	21	35	30	14
	2017	24	36	29	11
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	18	34	33	15
	2012	17	33	35	15
	2017	27	33	27	12

Resultat

I de patientrelaterade situationerna svarade störst andel alla tre enkätår att situationen att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig var mycket problematisk (Tabell 84). Vid en sammanslagning av svarsalternativen ”mycket” och ”ganska” problematiskt sågs en större andel läkare som upplevde de listade situationerna som problematisk 2017 jämfört med de två andra enkätåren.

Tabell 84. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	5	23	45	27
	2012	4	22	45	28
	2017	6	26	43	25
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	15	30	38	17
	2012	13	30	40	17
	2017	16	32	37	15
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	16	28	32	23
	2012	16	29	34	22
	2017	23	30	29	18

Resultaten i Tabell 85 visar att omkring 40 procent 2008 och 2017, samt drygt 30 procent 2012 av läkarna upplevde det ganska eller mycket problematiskt att skriva läkarintyg och drygt 10 procent alla enkätår upplevde det problematiskt att hantera situationer när det finns olika åsikter i vårdteamet om en patients sjukskrivning.

Tabell 85. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	11	26	38	25	
	2012	9	24	41	27	
	2017	13	28	37	22	
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	3	9	24	20	45
	2012	2	9	26	25	37
	2017	3	9	22	25	42

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Resultaten från jämförelsen av de tre enkätåren 2008, 2012 och 2017 är, när det gäller att sjukskriva längre än nödvändigt är inte lika entydiga som de var vid jämförelse av enbart åren 2012 och 2017. Svaren 2012 skiljer sig från både 2008 och 2017 genom att en mindre andel läkare det året, jämfört med enkätåren före och efter, uppgav väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder som grund för längre sjukskrivning än nödvändigt. År 2017 var andelen läkare som svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder 6-9 procentenheter större jämfört med 2012 och 2-4 procentenheter större jämfört med år 2008 (Tabell 86). Någon tydlig trend kan därför inte ses även om andelen läkare som upplevt detta är störst 2017. Andelen som angav väntetider till utredning och till behandling inom sjukvården, som anledning till längre sjukskrivning än nödvändigt, var störst alla tre åren.

Tabell 86. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	2	10	25	35	29
	2012	1	8	23	36	33
	2017	3	12	26	31	28
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	6	17	26	51
	2012	1	3	11	25	60
	2017	1	5	15	24	54
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	10	22	65
	2012	<0,5	2	8	22	67
	2017	1	4	12	22	62
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	<0,5	3	11	26	60
	2012	<0,5	2	9	26	63
	2017	1	6	16	24	53
... väntetider till behandling?	2008	1	9	25	38	26
	2012	1	7	23	40	29
	2017	2	10	25	35	28

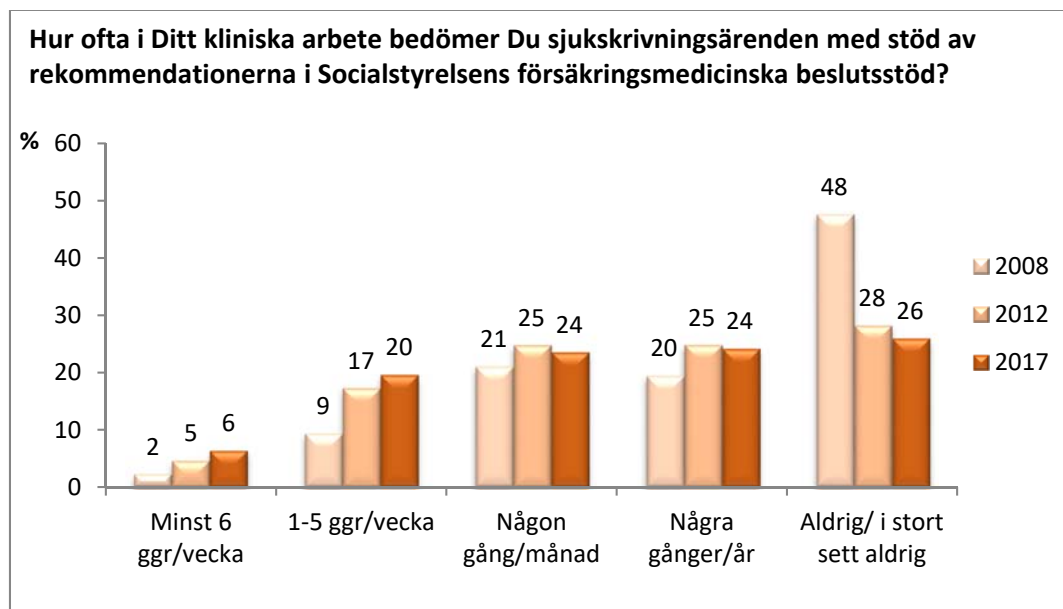
Majoriteten av läkarna 2008 och 2012 sjukskrev aldrig/nästan aldrig längre än nödvändigt på grund av de olika anledningar som nämns i Tabell 87. För år 2017 gällde detta endast för tre av påståendena. Andelen som svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt av olika anledningar ändrades endast marginellt mellan 2008 och 2012 men var 5-15 procentenheter större 2017 jämfört med tidigare enkätår. Enda undantaget var ”påverkan från andra i vårdteamet” där andelen var lika stor oavsett år.

Tabell 87. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	5	13	21	61
	2012	1	5	13	20	61
	2017	2	9	19	22	48
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	5	13	25	56
	2012	1	4	11	25	58
	2017	2	8	17	27	46
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	<0,5	3	11	29	58
	2012	<0,5	3	12	32	54
	2017	1	5	16	31	47
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	2	6	25	66
	2012	<0,5	2	6	25	67
	2017	1	3	9	28	59
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	<0,5	2	5	15	78
	2012	<0,5	2	5	16	77
	2017	1	3	8	22	65
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	<0,5	1	5	21	73
	2012	<0,5	1	4	18	77
	2017	<0,5	1	5	19	74

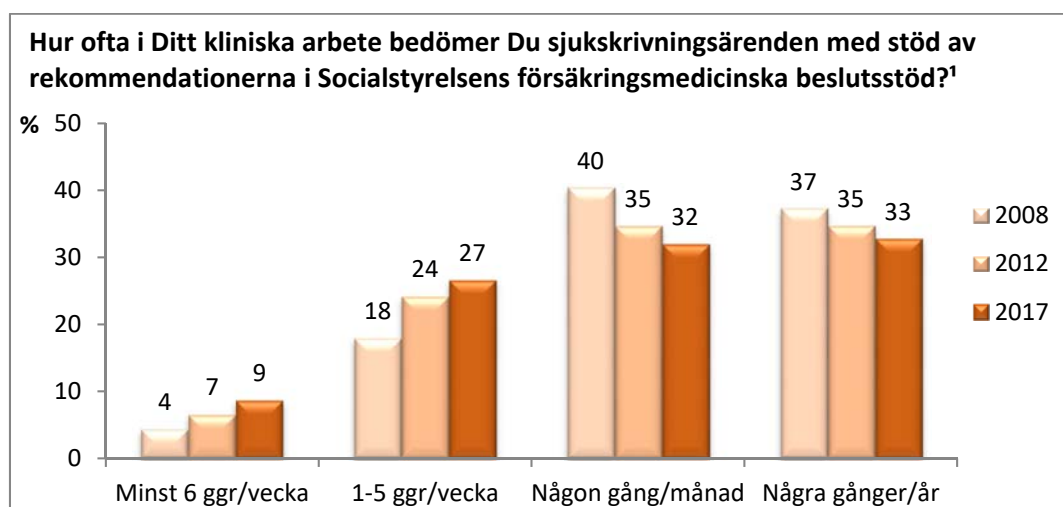
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Hälften av läkarna svarade år 2008 att de aldrig använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet – detta ska ställas i relation till att beslutsstödet infördes först hösten 2007 och vissa delar först under våren 2008. Att det redan hösten 2008 användes av hälften av läkarna kan ses som att det haft stort genomslag i vården på kort tid. Andel som svarade att de aldrig använde beslutsstödet blev därefter mindre; 28 procent 2012 och 26 procent 2017 (Figur 105). Andel läkare som använde beslutsstödet mest frekvent, minst en gång/vecka blev större för varje enkätår: (11 % 2008, 22 % 2012; 26 % 2017).



Figur 105. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

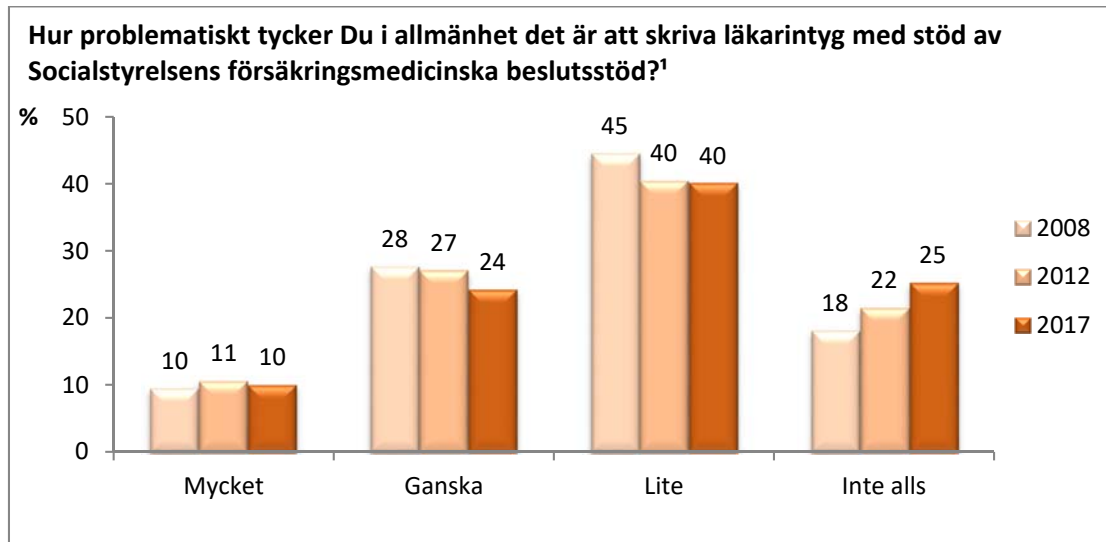
I nedanstående Figur 106 visas svaren endast för dem som använt beslutsstödet rekommendationer minst några gånger per år. Resultatet visar i detta fall en trendmässig ökning av andelen som använde beslutsstödet minst en gång i veckan (22 % 2008; 31 % 2012; 36 % 2017) och en motsvarande minskning av andelen som använde det mer sällan (77 % 2008; 70 % 2012; 65 % 2017).



Figur 106. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De som inte använt beslutsstödet är exkluderade.

De som aldrig använt beslutsstödet exkluderades nedan i redovisningen av svar på frågan om hur problematiskt läkarna upplevde det var att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstöds rekommendationer. Andelen som upplevde sådana problem minskade mellan enkätåren (Figur 107). En fjärdedel av läkarna svarade 2017 att det inte alls var några problem, jämfört med 22 procent 2012 och 18 procent 2008. Tio procent svarade varje år (2008-2012-2017) att det var mycket problematiskt.

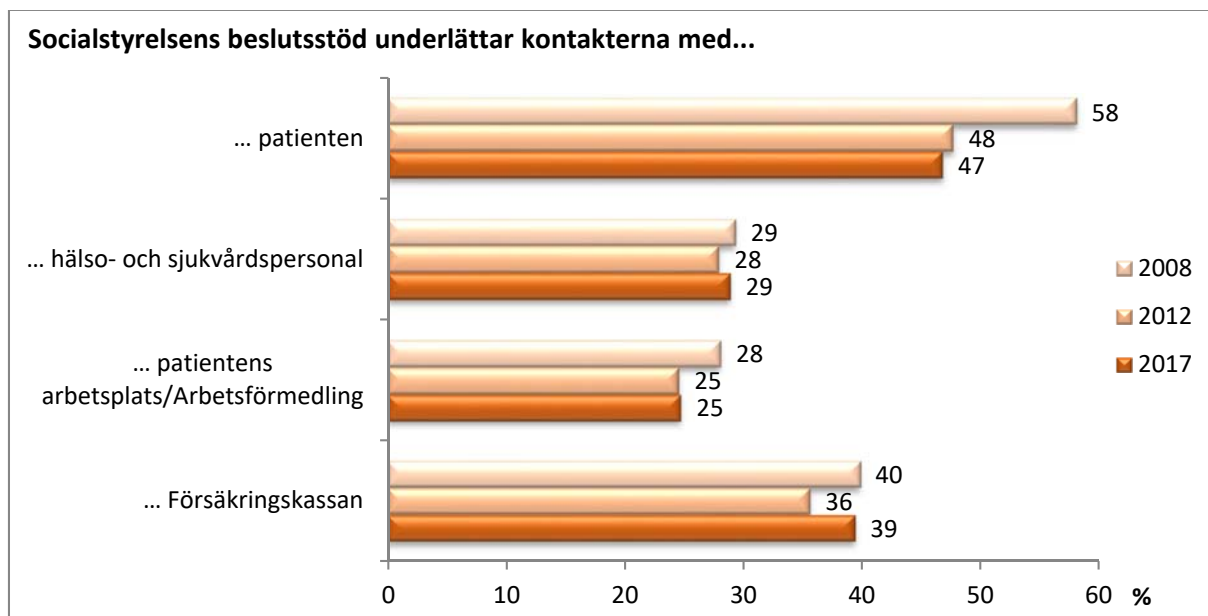


Figur 107. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De som svarade att de ej använt beslutsstödet är exkluderade.

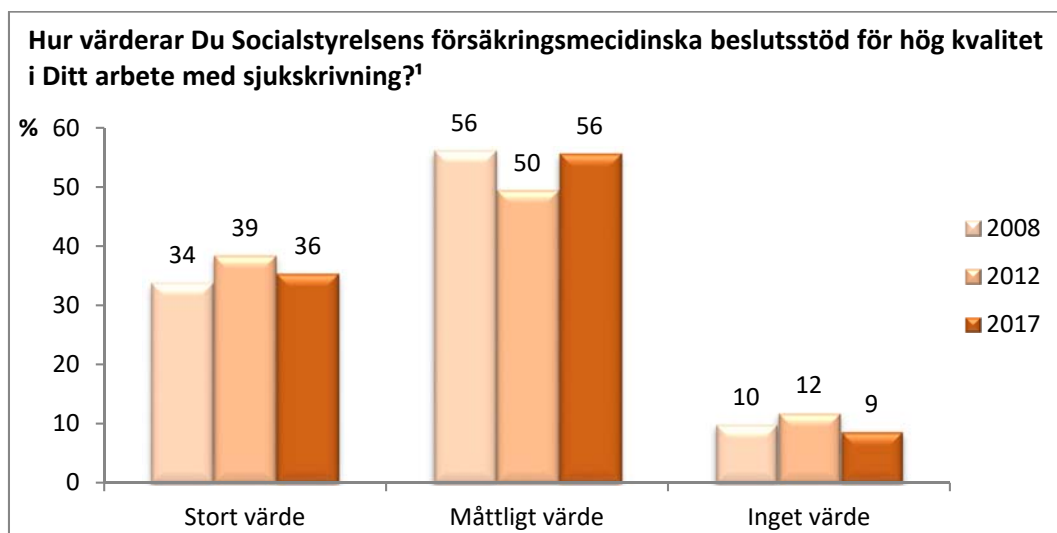
Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har underlättat kontakten med patienterna för en mycket stor andel av läkarna. Andelen som svarade detta var störst år 2008, när beslutstödet nyligen införts (Figur 108). Eftersom nästan hälften av läkarna då ännu inte använde beslutsstödet, kan svaren här tolkas som att nästan alla som använde det ansåg att det underlättade kontakten med patienter. Vid de kommande enkäterna hade beslutsstödet funnits i fem respektive tio år. Det innebär att det inte är lika enkelt att svara på frågan om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med olika aktörer – många läkare har, särskilt vid 2017 års enkät, inte varit yrkesverksamma innan beslutsstödet fanns.

Trots detta svarade nästan hälften att beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten år 2012 respektive 2017. Nästan 40 procent svarade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan och en tredjedel att det underlättade kontakterna med övrig hälso- och sjukvårdspersonal, med små variationer mellan åren. Att mindre andel läkare svarat att beslutsstödet underlättade kontakten med till exempel Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats ska sättas i relation till att många läkare inte hade haft sådana kontakter och därför inte kunde uppleva att beslutsstödet underlättade just dessa kontakter.



Figur 108. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

Vi ser inga större skillnader mellan de tre i andel som svarade att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Andelen läkare som satte stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning var, jämfört med 2017, något större 2012 (39 %) och något mindre 2008, när det var nytt (34 %) (Figur 109). Omkring tio procent svarade att beslutsstödet hade ”inget värde”, störst andel 2012, övriga cirka 90 procent svarade måttligt eller stort värde.



Figur 109. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹Baserat på de läkare som svarade att de minst några gånger per år bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Samarbete och samverkan

En majoritet av läkarna (52-74 %) svarade att de aldrig/nästan aldrig hade kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen eller deltog i avstämningsmöten kring patientens sjukskrivning (Tabell 88). Det finns endast små skillnader i dessa andelar mellan de tre enkätåren.

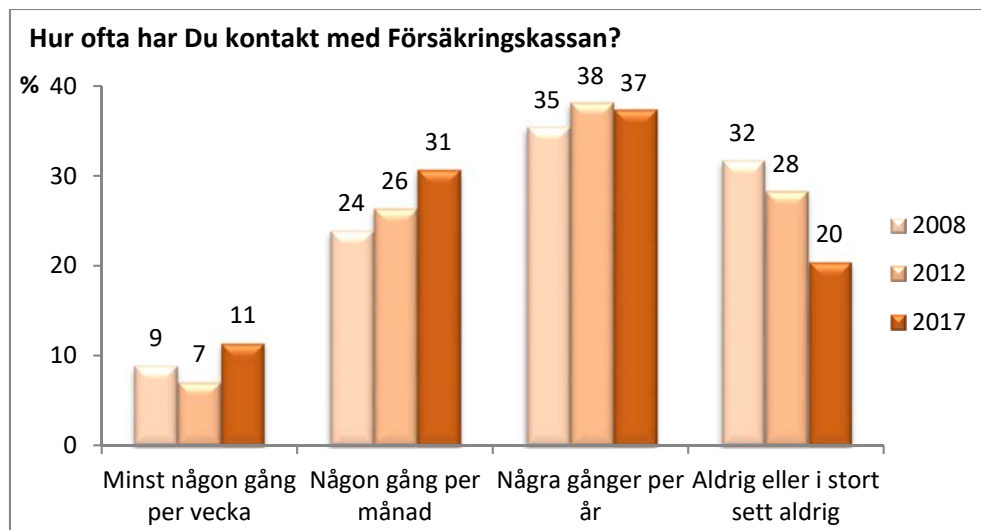
Det var inte heller några betydande skillnader i läkarnas övriga kontakter. En något större andel läkare remitterade oftare till företagshälsovården 2017. Samarbete/remittering till kurator/psykolog och till sjukgymnast/arbetsterapeut ökade mellan 2008, 2012 och 2017, om än lite, remittering till kurator/psykolog minst en gång i veckan (13; 14; 17 %) respektive till sjukgymnast/arbetsterapeut (18; 19; 20 %).

Tabell 88. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	3	15	34	48
	2012	2	11	38	50
	2017	5	19	33	42
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	13	21	28	38
	2012	14	23	26	37
	2017	17	21	21	41
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	18	23	26	33
	2012	19	24	26	31
	2017	20	23	23	34
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	7	24	40	29
	2012	5	20	40	35
	2017	5	22	39	34
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	6	16	22	57
	2012	5	15	24	55
	2017	5	16	27	52
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	6	17	73
	2012	3	6	17	74
	2017	4	7	20	69
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	5	20	74
	2012	1	5	19	74
	2017	1	5	21	73
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	8	32	59
	2012	1	10	33	56
	2017	1	9	34	55

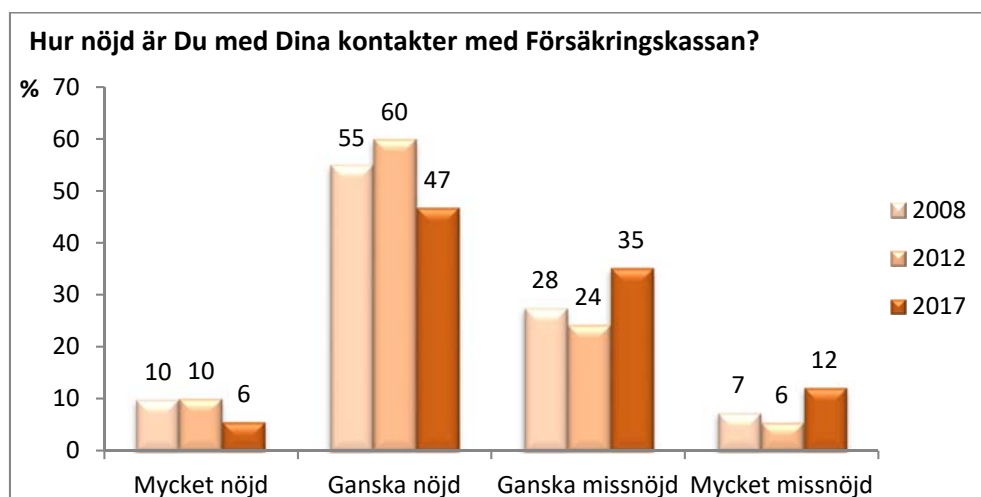
Kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre 2012 (7 %), jämfört med 2008 (9 %) och 2017 (11 %) (Figur 110). Resultatet visar en tydlig minskning från 2008 (32 %) till 2017 (20 %) i andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan. Andelen som svarade att de någon gång per månad hade denna kontakt ökade från 24 till 31 procent de tre enkätåren.



Figur 110. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 111 har de som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har några kontakter med Försäkringskassan exkluderats. Andelen läkare som aldrig/i stort sett aldrig har några kontakter minskade över åren; (22 % 2008; 20 % 2012; 16 % 2017). I en analys där de som aldrig/i stort sett aldrig har kontakt med Försäkringskassan inkluderades var svarsmönstren likadana (visas ej i figur). Av dem som hade kontakter med Försäkringskassan, var majoriteten mycket eller ganska nöjda men andelen som var nöjda var mindre 2017 än tidigare enkätår (65 % 2008; 70 % 2012; 53 % 2017).



Figur 111. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan

På frågan om vilka typer av svårigheter som läkarna upplevde i kontakter med Försäkringskassan var det första svarsalternativet att de inte upplevde några svårigheter. Ungefär en tredjedel upplevde inte några svårigheter år 2008 (34 %) respektive 2012 (31 %) – den andelen var mindre (23 %) år 2017 (ej i figur). I Figur 112 visas 14 potentiella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.

För två av dessa var andelen läkare som upplevde dem mindre år 2017 jämfört med år 2008 och 2012. Den ena av dessa var att det var svårt att få reda på vem de ska prata med. År 2017 upplevde en femtedel av läkarna den svårigheten, jämfört med en fjärdedel 2012 och en tredjedel 2017. Den andra var att patientens handläggare ofta byts ut; även om det var en viss minskning i andel som upplevde detta 2017, så svarade fortfarande en fjärdedel det.

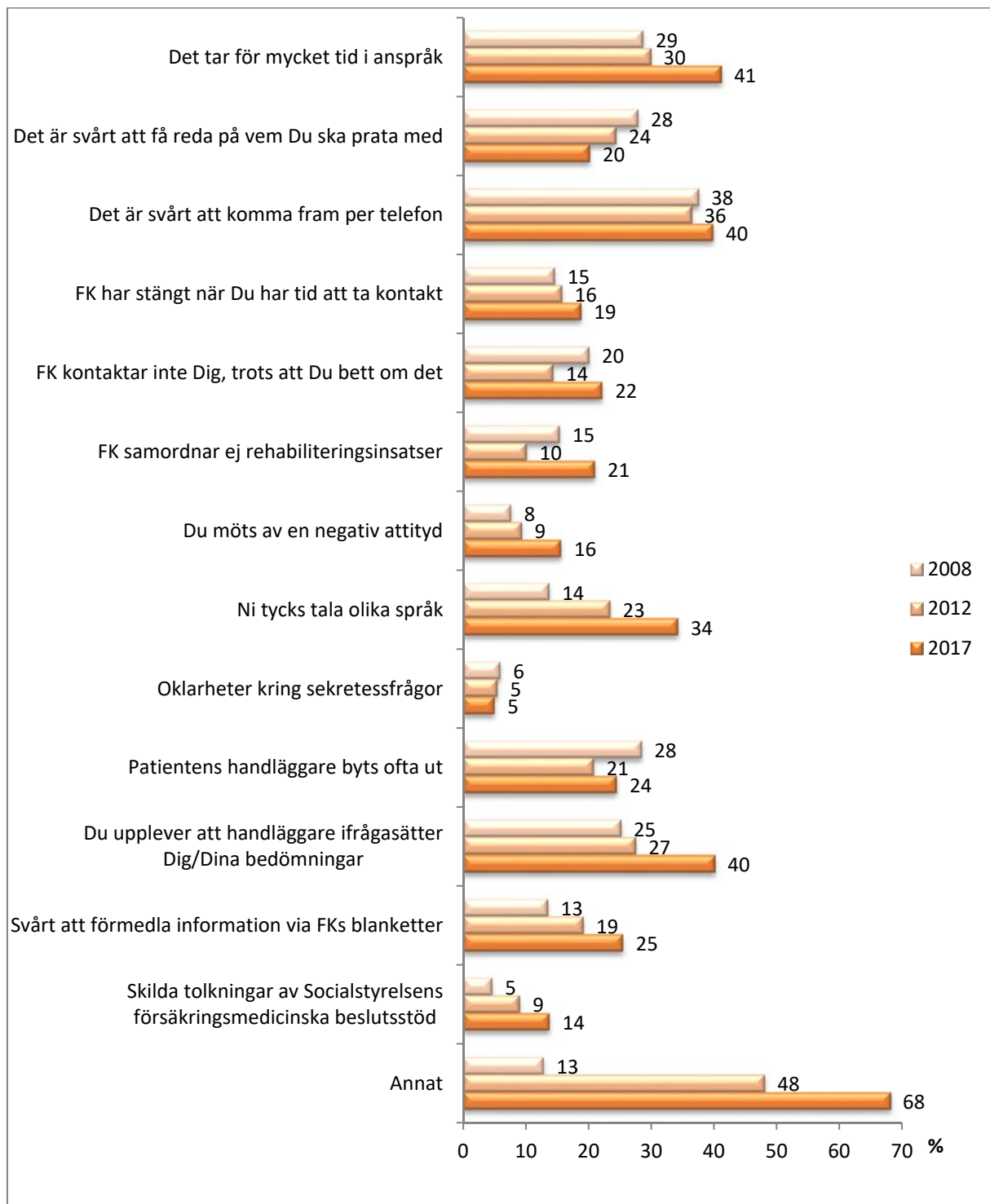
En liten andel (5 %) upplevde oklarheter kring sekretessfrågor som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan. Den andelen var lika stor all tre enkätåren.

För de övriga elva listade typerna av svårigheter var andelen som upplevde dem störst år 2017. För de flesta typer av svårigheter fanns det en stegvis ökning av andelen som upplevde detta för varje enkätår.

Den svårighet, av samtliga 14 listade svårigheter, som störst andel upplevt 2017 (41 %) var att kontakten med Försäkringskassan ”tar för mycket tid i anspråk”. År 2017 året svarade 40 procent att ”det är svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon”, ungefär lika stor andel varje år. År 2017 var det också en större andel avarade ja på att ”Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar”. För detta svarsalternativ var det den allra största ökningen (25 % år 2008; 27 % år 2012; 40 % år 2017). Ökningen var även hög för andelar som upplevde att ”ni tycks tala olika språk”.

Att andelen som här anges som att ha svarat ”annat” blev så mycket större över åren har samband med att vi där även redovisar de som angett specifika svårigheter som inte listas i 2008, 2012 och 2017 års enkäter (se sid 30)

Resultat



Figur 112. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2008, 2012 respektive 2017.

Resultatet för andelen läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan visas uppdelat på landsting i Tabell 89. För hela landet ökade andelen som svarade detta från 25 till 40 procent om man jämför 2008 och 2017 med en variation mellan landstingen; år 2008 (14-37 %), år 2012 (20-32 %) och år 2017 (25-48 %). I Gotland och Jämtland sågs störst skillnader mellan enkätåren i andel som svarade att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan med störst skillnad mellan 2012 och 2017 (Gotland 17% 2008; 29% 2012; 47 % 2017 och Jämtland 14% 2008; 24% 2012; 47 % 2017).

Tabell 89. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting, år 2008, 2012, respektive 2017.

Landsting	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar		
	2008	2012	2017
Stockholm	22	27	41
Uppsala	26	29	40
Södermanland	22	20	39
Östergötland	27	22	34
Jönköping	23	30	42
Kronoberg	14	29	39
Kalmar	19	26	39
Gotland	18	29	47
Blekinge	19	26	25
Skåne	23	32	45
Halland	23	25	48
Västra Götaland	32	26	36
Värmland	36	28	36
Örebro	18	30	39
Västmanland	22	27	33
Dalarna	25	25	40
Gävleborg	28	28	47
Västernorrland	25	20	35
Jämtland	15	24	47
Västerbotten	28	31	41
Norrbottn	37	32	41
Hela landet	25	27	40

Störst andel läkare som upplevde det som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att Försäkringskassans handläggare ifrågasätter deras bedömning, var vårdcentralsläkare (39, 38, 56 % år 2008, 2012 och 2017). Den största förändringen skedde mellan 2012 och 2017 vilket visar sig även för majoriteten av övriga kliniker/mottagningar (Tabell 90). Den största det som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att Försäkringskassans handläggare ifrågasätter deras bedömning, var vårdcentralsläkare (39, 38, 56 % år 2008, 2012 och 2017). Den största förändringen skedde mellan 2012 och 2017 vilket visar sig även för majoriteten av övriga inom rehabilitering (25, 28,47 %), psykiatri (32, 36, 51 %) och reumatologi (28, 32, 47 %).

Resultat

Tabell 90. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar		
	2008	2012	2017
Företagshälsovård	35	33	53
Hud	14	10	13
Infektion	11	11	14
Invärtesmedicin	13	17	26
Kirurgi	8	14	20
Neurologi	26	26	44
Gynekologi	25	30	31
Onkologi	17	23	30
Ortopedi	23	28	41
Psykiatri	32	36	51
Rehabilitering	25	28	47
Reumatologi	28	32	47
Smärtmottagning	38	38	41
Vårdcentral	39	38	56
Ögon	8	13	13
Öron-, näs- och hals	12	10	17
Annan klinik/mottagning	19	17	23
Administration	24	15	20
Samtliga läkare	25	27	40

Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet

För två av de fem listade kontakterna svarade störst andel läkare att dessa kontakter hade stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet, de två kontakterna var: kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal (Tabell 91). Mellan de tre enkätåren kan man för dessa två kontaktalternativ se att mindre andel svarat att kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal har stort värde medan större andel svarat att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde. När det gäller att uppleva stort värde av kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har andelen ökat från 38 procent 2008 till 53 procent 2017. Andelen läkare som svarade att kontakten med kollegor och annan vårdpersonal hade stort värde minskade från 62 procent 2008 till 49 procent 2017. Det finns i detta fall ingen trend i minskningen; år 2012 var andelen 42 procent.

Tabell 91. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	38	45	16
	2012	46	42	12
	2017	53	36	11
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	62	33	5
	2012	42	44	14
	2017	49	40	11
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2008	37	46	17
	2012	33	49	18
	2017	39	46	15
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	36	41	23
	2012	32	40	28
	2017	36	39	25
Kontakter med patienters arbetsgivare	2008	23	51	26
	2012	18	42	40
	2017	22	48	29

Hälften av läkarna svarade att ”Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten” har stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet, med liten ökning mellan åren (48 % 2008; 50 % 2012; 51 % 2017). För denna faktor var det också minst andel som svarade att det inte hade något värde. En skillnad mellan åren fanns för att svara att ”Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning” (41 % 2008, 48 % 2012, 49 % 2017) hade stort värde (Tabell 92).

Tabell 92. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	28	42	31
	2012	25	41	34
	2017	18	43	39
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	48	38	15
	2012	50	37	13
	2017	51	36	13
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	41	40	19
	2012	48	36	16
	2017	49	37	14
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	26	30	45
	2012	27	29	44
	2017	26	29	45

För både handledning och kurser i försäkringsmedicin fanns en ökning mellan 2008 och 2012 av andelen som svarade att de hade stort värde; år 2008 33 % respektive 32 % och år 2012 40 % för båda alternativen. År 2017 var andelen densamma som 2012 för handledning men minskade till 2008 års nivå för kurser i försäkringsmedicin (Tabell 93). En majoritet av läkarna svarade alla tre år att skriftlig information hade måttligt värde.

Tabell 93. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	33	45	22
	2012	40	41	19
	2017	38	43	19
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	16	58	26
	2012	15	62	22
	2017	20	59	21
Kurser i försäkringsmedicin	2008	32	45	23
	2012	40	43	17
	2017	34	46	20

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

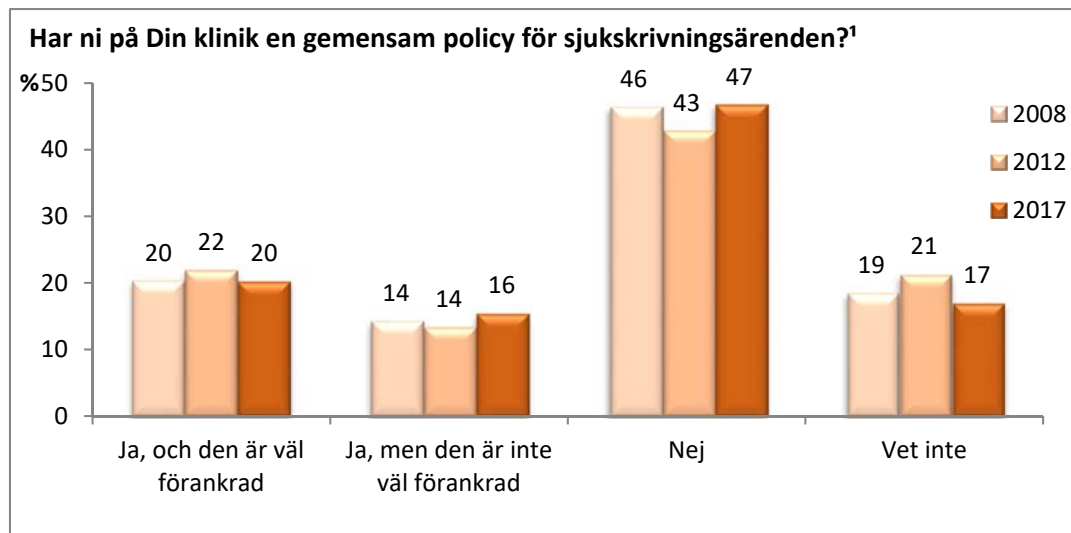
Till organisatoriska förutsättningar ingår bland annat att ha gemensamma rutiner/policy för sjukskrivningsarbetet och att det finns ett stöd från ledningen. Även att det finns tid avsatt för olika delar i sjukskrivningsarbetet.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

Det fanns inga större skillnader i svaren på frågan om förekomst av en gemensam policy mellan de tre åren (Figur 113). En femtedel av läkarna, som arbetade på klinisk enhet, svarade att de hade en väl förankrad policy, något större andel 2012 än 2008 och 2017. År 2017 svarade en något större andel än de tidigare åren att det fanns en gemensam policy men att den inte var väl förankrad på kliniken. År 2017 svarade även en något större andel läkare att det inte fanns någon policy för

Resultat

sjukskrivningsärenden jämfört med 2012 men det var samma andel som 2008. När de två procent som svarade att de inte arbetade på klinisk enhet inkluderades ändrades inte svarsmönstret (visas ej i figur).

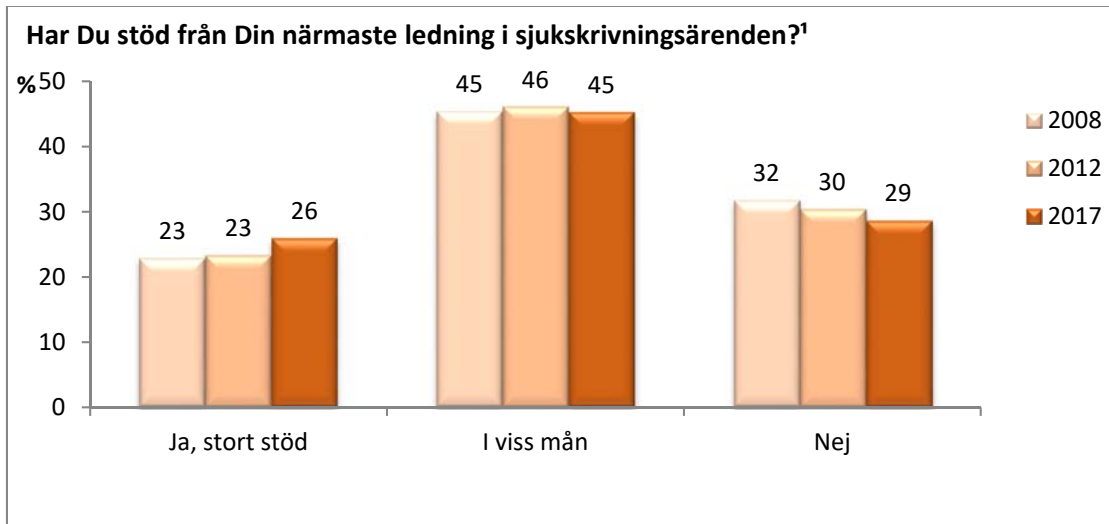


Figur 113. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som svarade "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

Stöd från ledningen

På frågan om stöd från närmaste ledning fanns även svarsalternativ att frågan inte var aktuell, *har ingen chef* alternativt *arbetar inte på klinisk enhet*. Andelen som svarade något av dessa två alternativ minskade mellan 2008, 2012 och 2017 (9 %, 7 % respektive 3 %). I Figur 114 är de som angav något av dessa svarsalternativ exkluderade för att få en större jämförbarhet mellan åren. Två tredjedelar upplevde att de hade stort stöd eller i viss mån stöd i sitt sjukskrivningsarbete med en liten men stadig ökning över åren. Resultatet visade även en liten ökning av andelen som upplevde att de har stort stöd och motsvarande minskning av andelen som inte har något stöd.



Figur 114. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017. ¹De läkare som svarade ”Ej aktuellt, har ingen chef” eller ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinik enhet” har exkluderats.

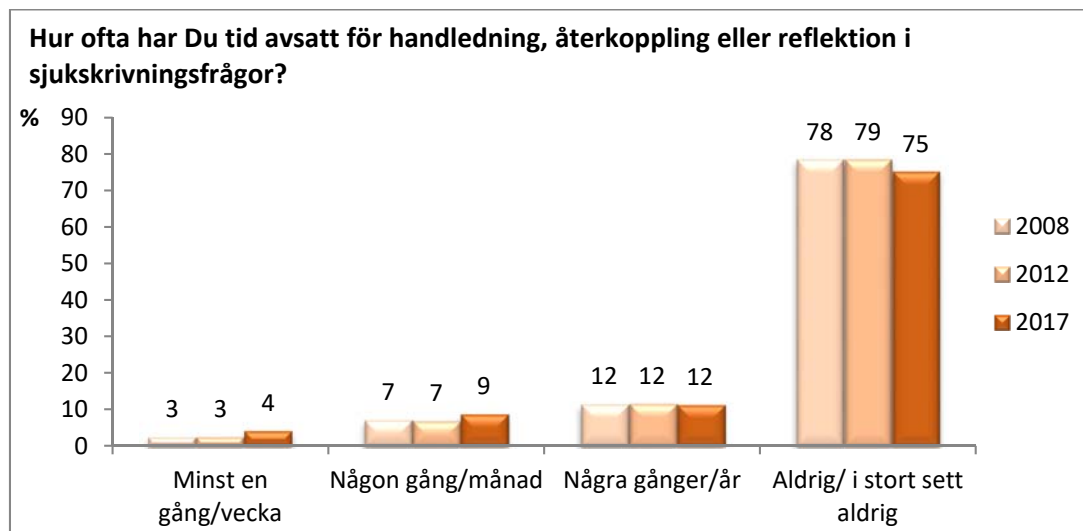
Tid till arbete med sjukskrivning

Var tredje läkare upplevde tidsbrist dagligen när det gäller patientrelaterad tid och egen kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden (Tabell 94). Knappt en fjärdedel av läkarna upplevde tidsbrist i den dagliga tiden med patienten 2008 (23 %) och 2012 (22 %) med en ökning till 27 procent 2017. Även i den patientrelaterade tiden kan en tendens ses till ökad tidsbrist.

Tabell 94. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	23	32	18	10	18
	2012	22	34	19	11	14
	2017	27	33	18	10	13
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	31	30	17	10	11
	2012	30	31	19	11	10
	2017	34	31	16	10	9
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	33	23	16	12	16
	2012	29	21	18	15	17
	2017	30	22	18	13	17

Det fanns inga större skillnader mellan åren när det gäller tid avsatt för kompetensutveckling (Figur 115). En liten större andel läkare hade tid avsatt någon gång per månad eller oftare 2017 (13%) jämfört med 2008 och 2012 (10 % båda åren).



Figur 115. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.

Arbetsmiljöproblem

I fördjupningsstudier efter 2004 års enkätstudie framkom att arbetet med sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem. Frågan ställdes därför 2008, 2012 och 2017 men med olika svarsalternativ. Jämförbart över åren är ändå andelen som svarade nej/aldrig/i stort sett aldrig på frågan om sjukskrivningsarbetet upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. Femtioen procent 2008, 42 procent 2012 och 29 procent 2017 svarade att de aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem.

Sammanfattning 2017-2012-2008

Andelen läkare med olika frekvens av sjukskrivningsärenden och även av upplevd problematik i dessa ärenden förändrades inte mer än marginellt mellan de tre enkätåren. Ett generellt mönster var att ju större andel läkare inom en viss typ av klinik som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka, desto större andel upplevde också ärenden som problematiska (minst en gång per vecka). Två kliniska verksamheter avvek dock starkt från detta mönster; en betydligt större andel vårdcentralsläkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska medan en betydligt mindre andel av läkare inom onkologi gjorde det, jämfört med det generella mönstret.

Andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska mer än en gång i veckan ökade något till 2017 (35 % 2008; 32 % 2012; 42 % 2017), och andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som mycket problematiskt fördubblades (7 % 2008; 7 % 2012; 14 % 2017).

Det fanns inte något tydligt mönster över enkätåren vilka situationer läkare upplevde som problematiska i sjukskrivningsarbetet. Som framkommit i många studier ansåg en stor andel att det är mycket problematiskt att bedöma arbetsförmåga (22 % 2008 och 26 % 2017). Den största skillnaden mellan enkätåren gäller den större andelen läkare som 2017 upplevde det mycket problematiskt att ”handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg” (18 % 2008; 17 % 2012; 27 % 2017). En större andel läkare 2017 (23 %) jämfört med 2008 (16 %) och 2012 (16 %) svarade också att det var mycket problematiskt att ”hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig”.

Mellan två och sex procent av läkarna upplevde någon typ av oro eller hot i samband med sjukskrivningsärenden de olika åren, men drygt 80 procent kände sig aldrig/i stort sett aldrig hotad av en patient och omkring 90 procent var aldrig/i stort sett aldrig orolig för att bli anmäld av en patient eller att en patient skulle byta läkare.

Under alla tre enkätår mötte knappt hälften av läkarna varje månad patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsoförmåga på grund av sjukdom/skada. Majoriteten av läkarna svarade alla tre enkätåren att de aldrig/i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning/behandling hos externa aktörer och 30 procent sjukskrev aldrig längre på grund av väntetider till behandling och till utredning inom sjukvården.

I jämförelsen av svar om det försäkringsmedicinska beslutsstödet ökade den mer frekventa användningen, en gång i veckan eller oftare, tydligt med 15 procentenheter från 2008 till 2017 (11 % 2008; 22 % 2012; 26 % 2017). En förbättring mellan enkätåren kunde också ses, i och med att andelen som inte alls upplevde det problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av beslutsstödet rekommendationer successivt ökade från 18 procent 2008 till 25 procent 2017.

När det gällde olika kontakter i sjukskrivningsarbetet, svarade en majoritet av läkarna (mellan 55 och 74 %) samtliga tre enkätår, att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen eller deltar i avstämningsmöten kring patientens sjukskrivning.

Andelen som ofta hade kontakt med Försäkringskassan ökade från 2008 till 2017 och majoriteten (65-70 %) av de läkare som hade kontakt var ganska eller mycket nöjda med kontakten år 2008 och 2012; andelen nöjda hade dock minskat till 53 procent 2017. Ungefär en tredjedel upplevde inte några svårigheter i kontakter med Försäkringskassan enkätår 2008 respektive 2012 (31 %), också här hade andelen läkare minskat till 22 procent år 2017. I frågan om vilka typer av svårigheter som upplevdes i kontakten framkom en tydlig ökning mellan enkätåren i frågorna att "det tar för mycket tid i anspråk" (29 % 2008; 30 % 2012; 41 % 2017), att "Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser" (15 % 2008; 10 % 2012; 21 % 2017), att "ni tycks tala olika språk" (14 % 2008; 23 % 2012; 34 % 2017), att "handläggare ifrågasätter läkaren/dennes bedömningar" (25 % 2008; 27 % 2012; 40 % 2017), att "det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter" (13 % 2008; 19 % 2012; 25 % 2017) samt "skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd" (5 % 2008; 9 % 2012; 14 % 2017). Sett över de tre enkätåren 2008-2012-2017 minskade dock andelen läkare som svarade att de upplevt svårigheten att "få reda på vem du ska prata med" (28 % 2008; 24 % 2012; 20 % 2017).

En av de kontakter som ansågs ha störst värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens; andelen som ansåg detta ökade över enkätåren 2008-2017 (från 38 till 53 %). Andra faktorer som ansågs ha stort värde var att ha ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (41 % 2008; 48 % 2012; 49 % 2017) och bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (48 % 2008; 50 % 2012; 51 % 2017). Trettio till fyrtio procent ansåg samtliga tre enkätår att handledning och kurser i försäkringsmedicin skulle ha stort värde för deras arbete med sjukskrivningar.

Avseende organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar, fanns det inga större skillnader i svaren över det tre enkätåren, vare sig angående förekomst av en gemensam rutin/policy för sjukskrivningsärenden eller i andel som hade stöd från sin närmaste ledning när det gäller sjukskrivningar. Merparten hade inte detta. Fyra femtedelar av läkarna hade inte en väl förankrad rutin/policy som stöd och endast en fjärdedel hade stort stöd av närmaste ledningen. Detta bör ses i relation till att ett övergripande mål med sjukskrivningsmiljarderna har varit att stärka hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter.

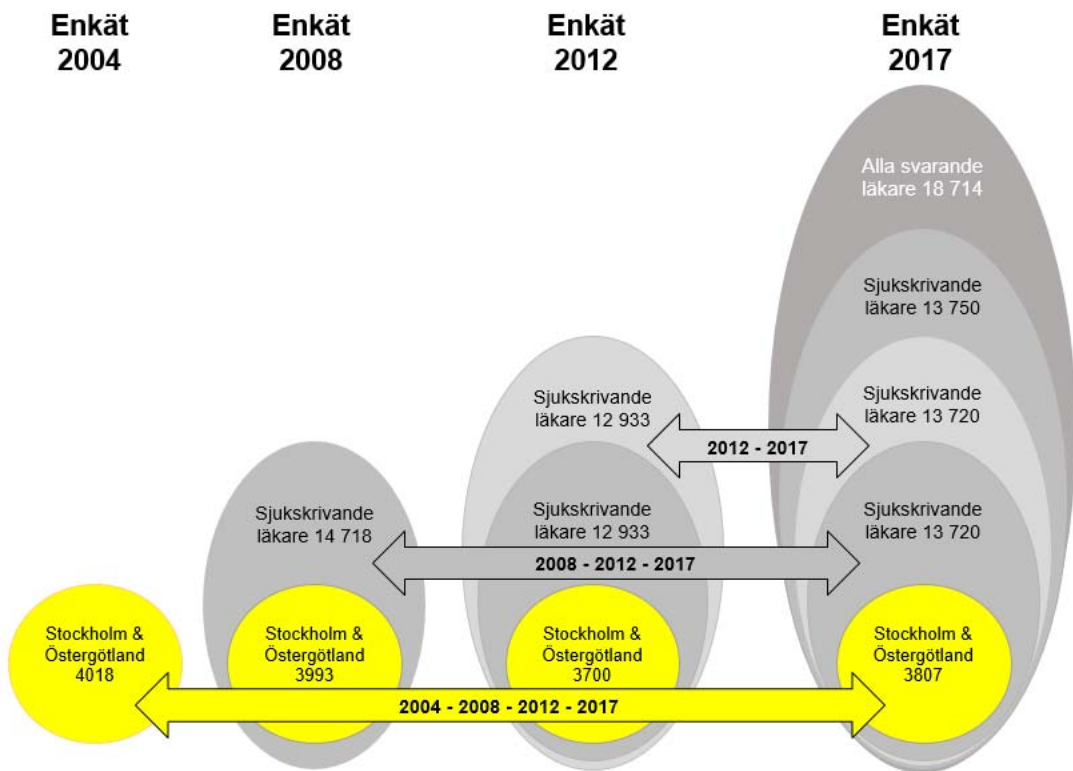
En annan organisatorisk förutsättning är tid, för patientkontakter, för kontakter med andra i sjukskrivningsärenden och för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. En stor andel upplevde tidsbrist i detta dagligen och andelarna som gjorde det ökade något över tid.

Andelen läkare som *inte* upplevde att sjukskrivningsarbete innebar ett arbetsmiljöproblem minskade från hälften till en knapp tredjedel över enkätåren (51 % 2008; 42 % 2012; 29 % 2017).

5.

Läkares arbete med sjukskrivning 2017-2012-2008-2004

Stockholm och Östergötland





5. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008-2004; Stockholm och Östergötland

I denna tidsserieanalys ingår enkätsvar från sjukskrivande läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms eller Östergötlands län och som var yngre än 65 år när de besvarade enkäten år 2004, 2008, 2012 eller 2017⁵. Jämförelsen baseras på svar på de 48 frågor som ingått i samtliga fyra enkäterna, 2004, 2008, 2012 och 2017 (sid 32). I Tabell 95 presenteras antal läkare som ingår i jämförelserna som görs i detta kapitel. Som väntat är majoriteten av de deltagande läkarna från Stockholm under samtliga enkätår.

Läkarna i dessa två landsting utgör cirka 22 procent av landets samtliga yrkesverksamma läkare. Analyser av enkätsvaren gällande 2008 från hela landet, visade att det var möjligt att generalisera svaren från Stockholm och Östergötland till hela landet (3).

Tabell 95. Antal sjukskrivande läkare från Stockholm och Östergötland för respektive enkätår som ingår i analyserna, samt andel av dem från Östergötlands län.

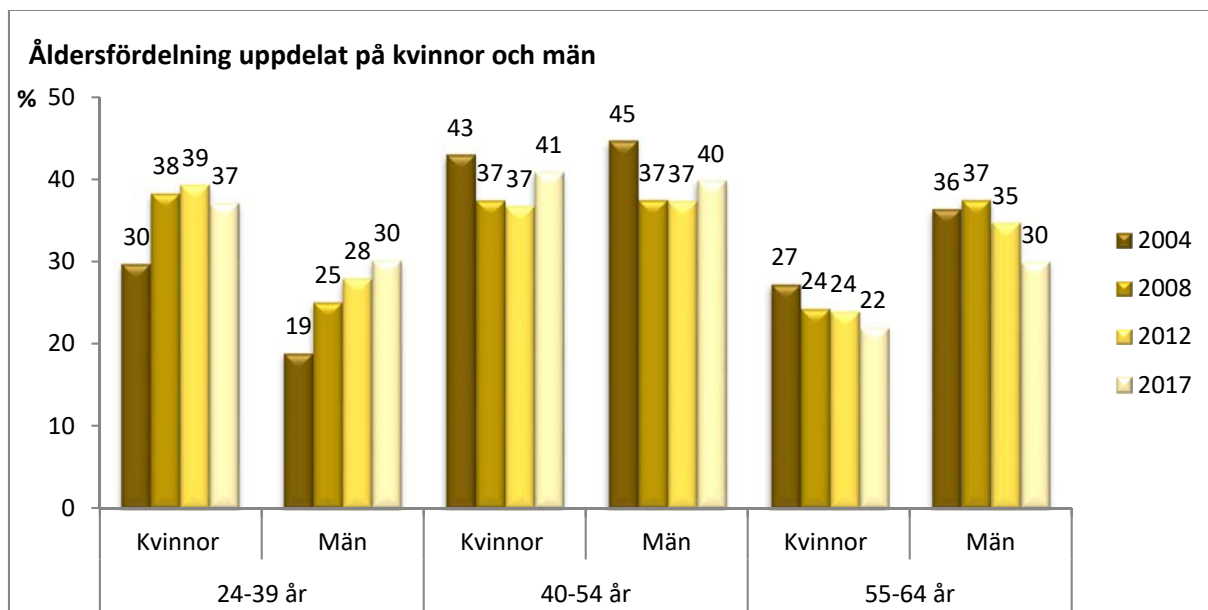
Enkätår	Totalt: Stockholm + Östergötland	Andel från Östergötland
2004	4018	14,2 %
2008	3993	17,3 %
2012	3700	16,7 %
2017	3807	15,6 %

I Tabell 96 ges en sammanställning av några bakgrundsfaktorer för de sjukskrivande läkarna som ingick i analysen respektive enkätår. Andelen kvinnor och andelen yngre blev successivt större mellan enkätåren samtidigt som andelen specialistutbildade minskade. I Figur 116 presenteras åldersfördelningen respektive enkätår även uppdelat på kön och i Figur 117 uppdelat på utbildningsnivå. Andelen deltagande läkare med pågående specialistutbildning blev större för varje enkätår; bland kvinnor 23 % 2004 och 28 % 2017, och bland män 14 % 2004 och 22 % 2017.

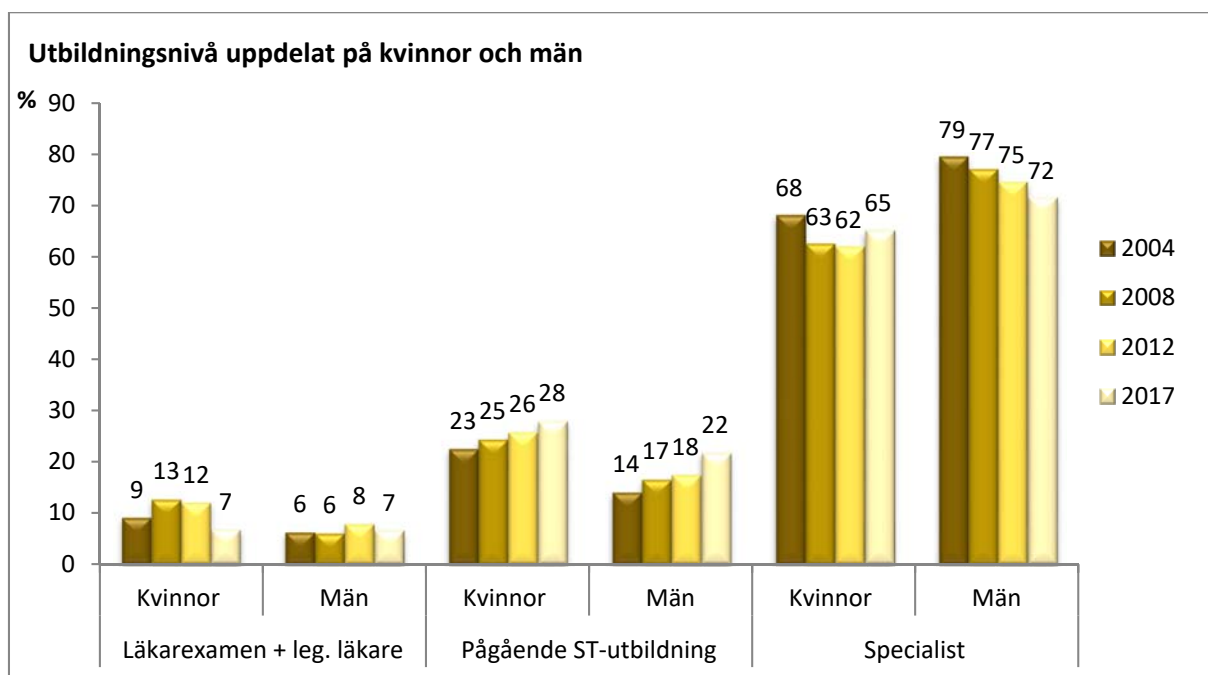
Tabell 96. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.

Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år	40-54 år	55-64 år	Specialistutbildade %
			%	%	%	
2004	4018	50	24	44	32	73
2008	3993	52	32	37	31	69
2012	3700	54	34	37	29	68
2017	3807	55	34	40	26	68

⁵ Det innebär att i denna tidsserieanalys har de sjukskrivande läkare i Stockholm och Östergötland som då de svarade på enkäterna var 65 år eller äldre exkluderats; 250 läkare 2008, 214 2012 samt 230 år 2017.



Figur 116. Åldersfördelningen (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.



Figur 117. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

År 2004 svarade en tredjedel av läkarna (31 %) att de huvudsakligen arbetade vid "Annan klinik" än de som listats i frågeformuläret. I de senare enkäterna (2008, 2012, 2017) listades därför fler olika typer av kliniker/mottagningar som svarsalternativ. I denna jämförelse, där resultat redovisas uppdelat på kliniker/mottagningar, har de tillagda klinikerna/mottagningarna hänförs till kategorin "Annan klinik". Andel i kategorin "annan klinik" var störst 2004 (31 %) för att därefter minska 2008 (24 %) och sedan ligga på något lägre andel (Tabell 97). Vad avser andel av de sjukskrivande läkare som svarat att de arbetar vid en specifik typ av klinik, har andelen vårdcentralsläkare varit störst varje enkätår och blivit något större över åren (24, 27, 29, 30 % 2004-2017).

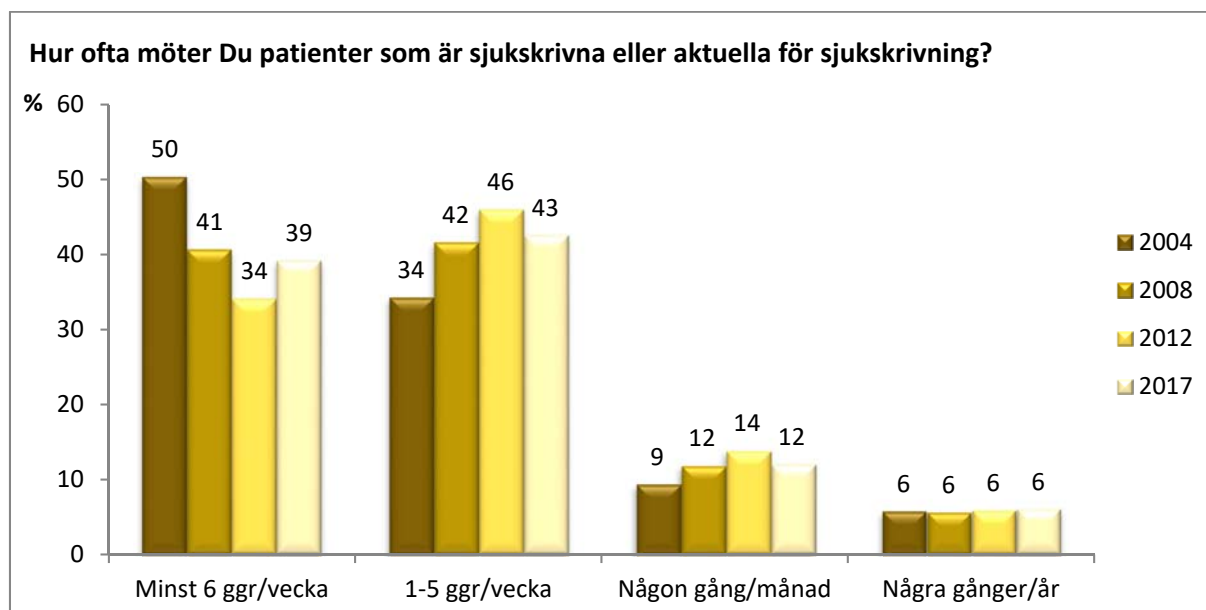
Tabell 97. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar i Stockholm och Östergötland, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	2004		2008		2012		2017	
	Antal	% ¹	Antal	% ¹	Antal	% ¹	Antal	% ¹
Företagshälsovård	123	3	123	3	73	2	85	2
Gynekologi	282	7	270	7	235	6	197	5
Invärtesmedicin	363	9	494	12	474	13	438	12
Kirurgi	294	7	367	9	360	10	338	9
Onkologi	105	3	109	3	114	3	95	2
Ortopedi	189	5	195	5	180	5	200	5
Psykiatri	399	10	365	9	335	9	366	10
Rehabilitering	52	1	58	1	46	1	62	2
Vårdcentral	954	24	1059	27	1060	29	1136	30
Annan klinik/mottagning	1235	31	939	24	811	22	878	23
Har ej svarat på frågan om kliniktillhörighet	22	1	14	<0,5	12	<0,5	12	<0,5
Samtliga läkare	4018	100	3993	100	3700	100	3807	100

¹ Kolumnprocent

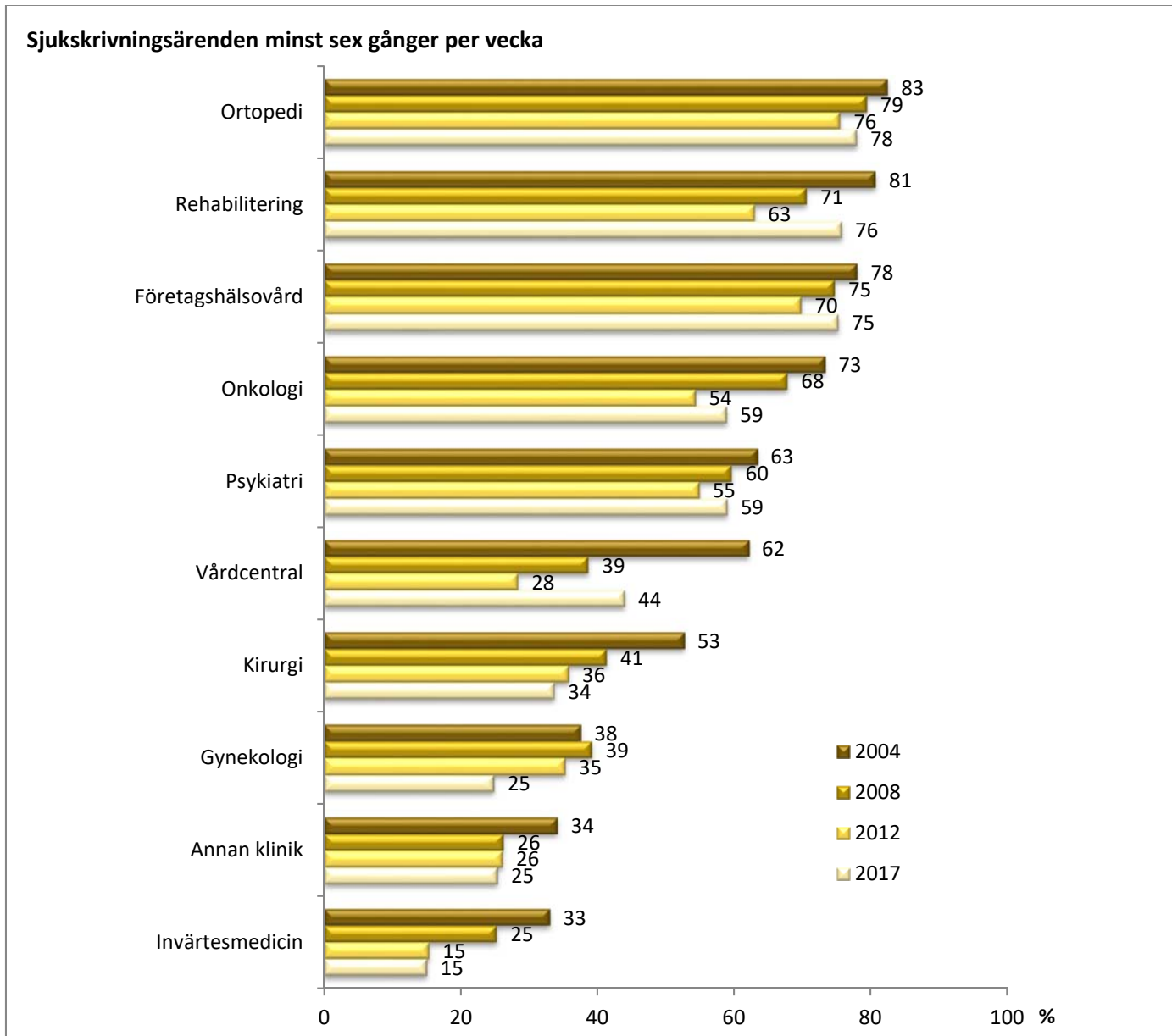
Frekvens av sjukskrivningsärenden

Majoriteten av de deltagande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan (Figur 118). Under de fyra enkätåren hade 84, 83, 80 respektive 82 procent detta, när svarsalternativen 1-5ggr och minst 6ggr/vecka läggs ihop. Andelen läkare som svarade att de hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst år 2004, blev sedan successivt mindre de tre första enkätåren och ökade åter 2017 till samma nivå som 2008.



Figur 118. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

En jämförelse mellan enkätåren av andel läkare med sjukskrivningsärenden *minst sex gånger per vecka*, uppdelat på typ av klinik redovisas i Figur 119. För sex av de nio specificerade klinikerna fanns ett likartat mönster, med en minskande andel från 2004 till 2012. Denna trend bröts därefter med en större andel 2017 än 2012 men i samtliga fall var andelen mindre än 2004. Den största ökningen mellan 2012 och 2017 fanns för andel läkare på vårdcentral (från 28 till 44 %) och inom rehabilitering (från 63 till 76 %).



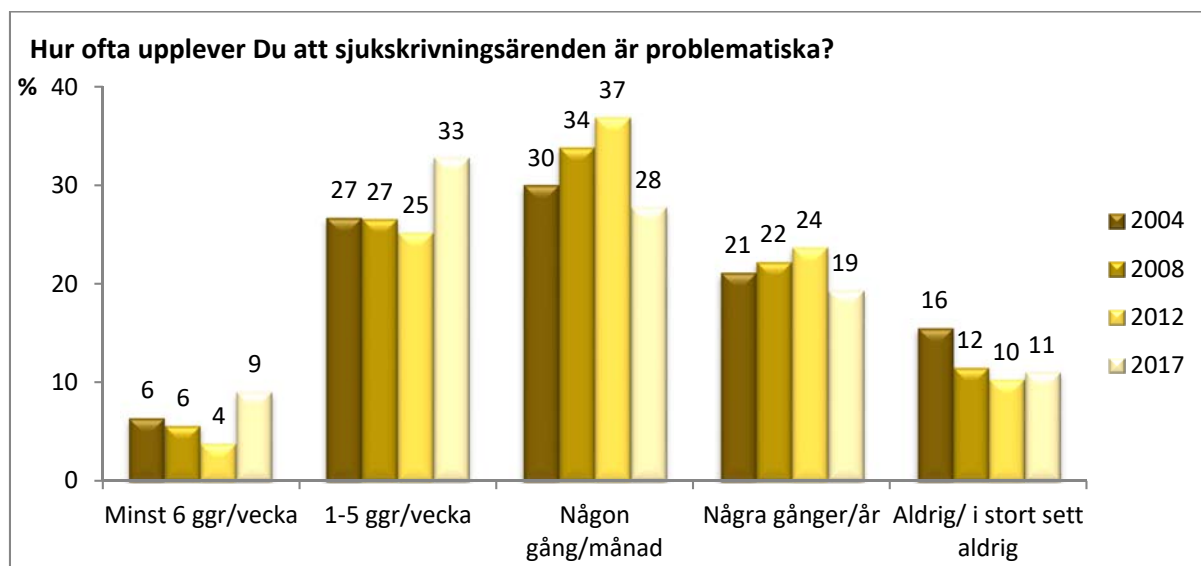
Figur 119. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Problematiska aspekter i arbetet

Under denna rubrik sammanställs svar på ett antal frågor om frekvens respektive allvarlighetsgrad av problematiska aspekter i sjukskrivningsarbetet.

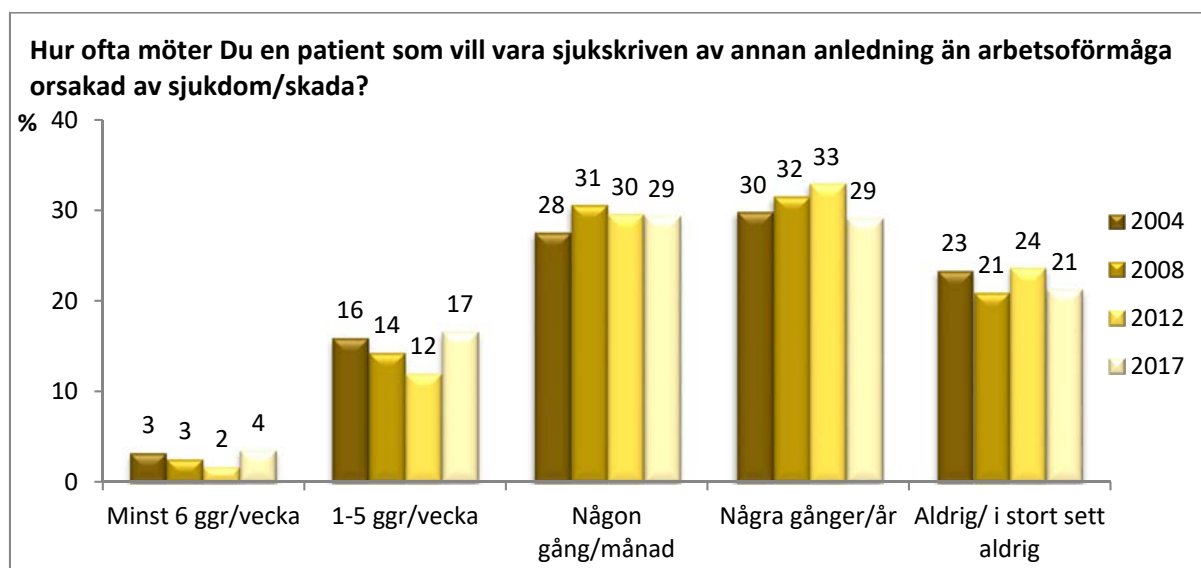
Frekvens av potentiellt problematiska situationer

I Figur 120 visas andelen läkare som upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska olika frekvent. Mellan enkätåren 2004-2008-2012 skedde ingen större förändring i andelar, däremot mellan 2012 och 2017. Från 2012 till 2017 ökade andelen, som upplevde ärenden som problematiska minst en gång per vecka, från 29 procent år 2012 till 42 procent 2017; en ökning med 13 procentenheter.



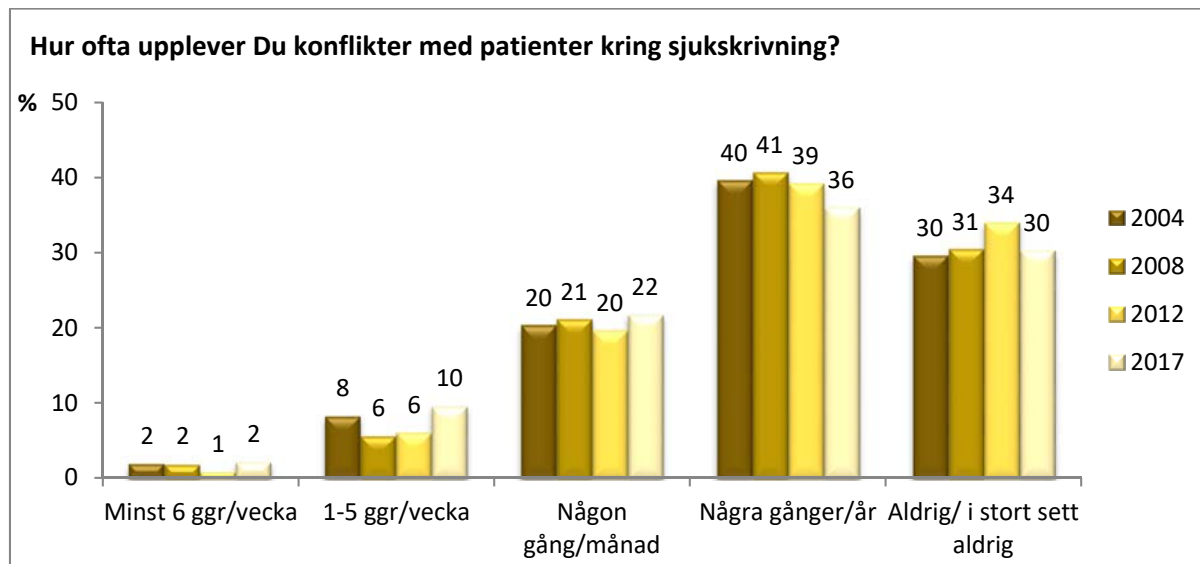
Figur 120. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som svarade att de minst en gång i veckan möter en patient som vill vara sjukskriven för någon annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada, minskade något mellan varje enkätår 2004-2008-2012 (19, 17, 14 %) (Figur 121). Mellan 2012 och 2017 ökade andelen något, från 14 till 21 procent, det vill säga, blev något större än år 2004, det enkätår där andelen tidigare varit störst.



Figur 121. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

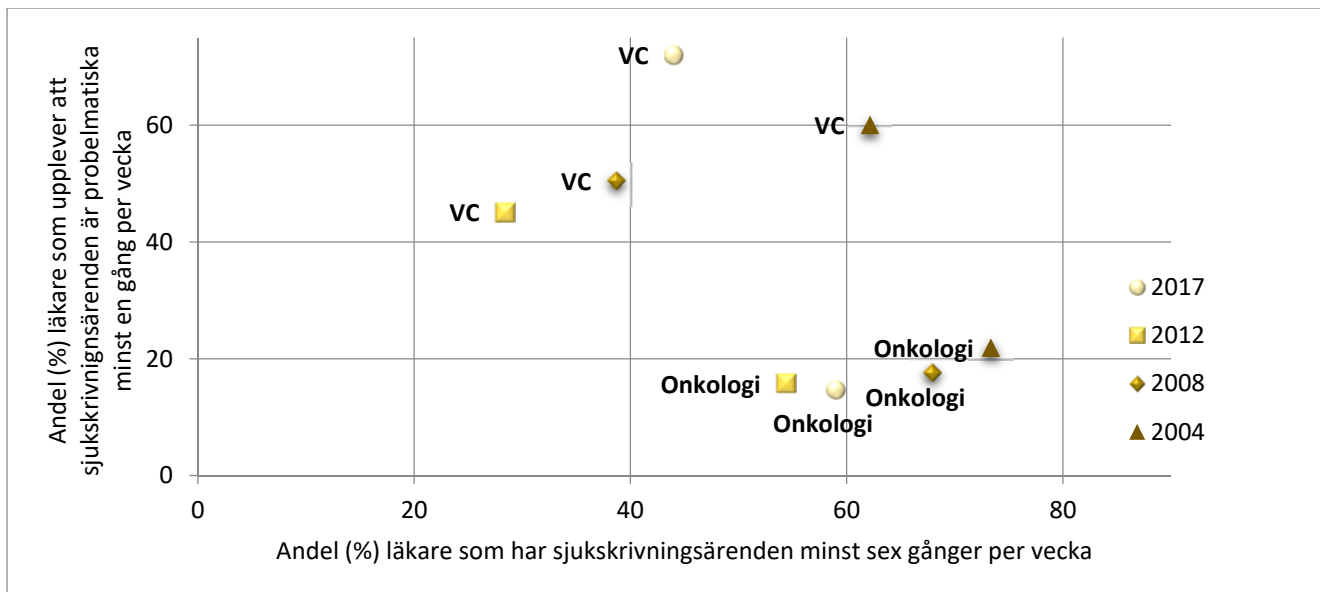
Motsvarande mönster som ovan syns även i Figur 122. En svag tendens fanns till att en mindre andel upplevde konflikter kring sjukskrivning med patienter varje vecka år 2008 och 2012, jämfört med 2004. Den tendensen bröts sedan, i och med att andelen åter blev något större år 2017.



Figur 122. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Samband; frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

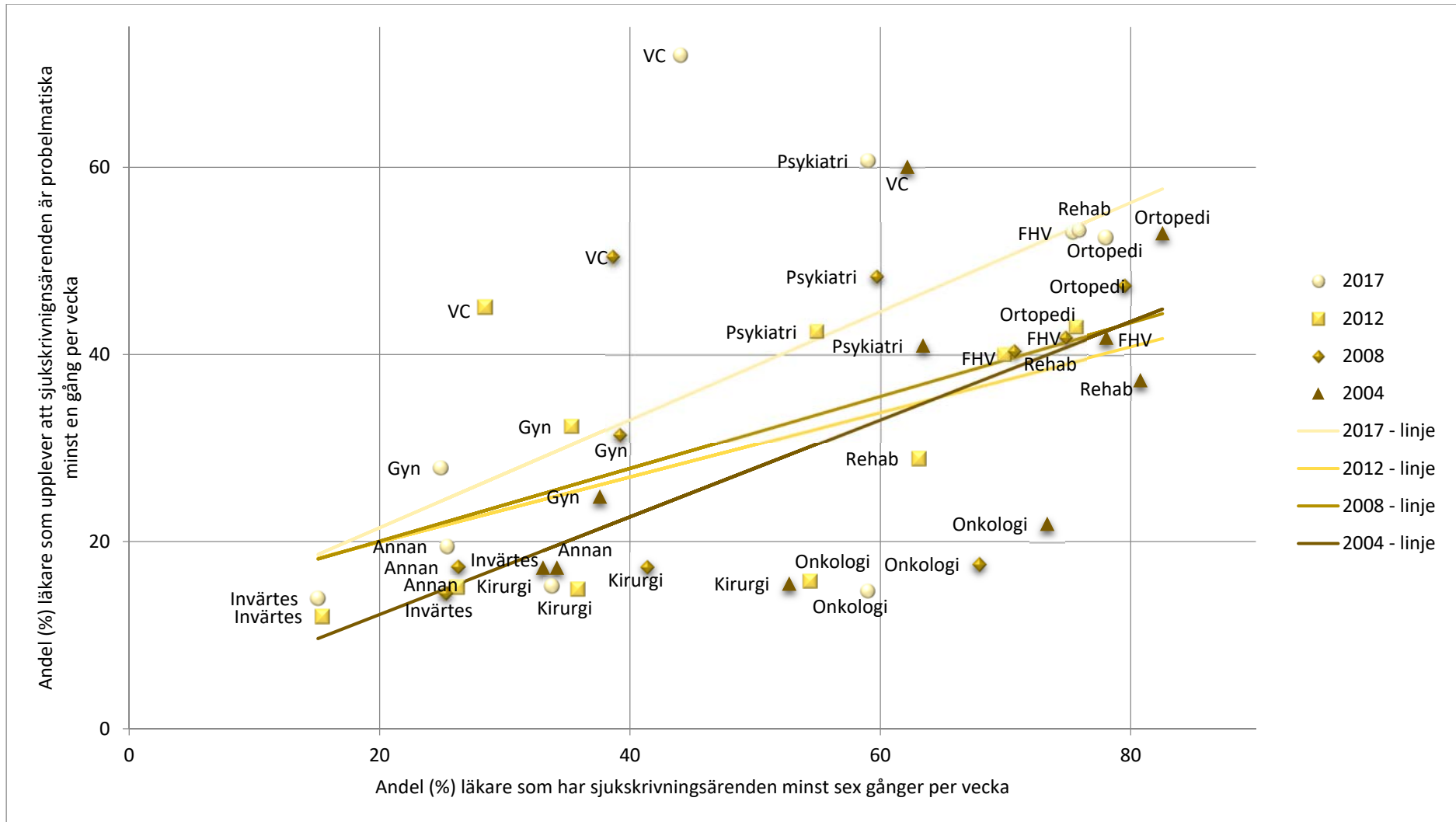
I Figur 123 relateras andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka till andelen läkare som upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång/vecka för läkare som huvudsakligen arbetade inom vårdcentraler respektive inom onkologi, då deras mönster avviker mest från varandra. För båda dessa kliniska verksamheter finns det en variation i hur stor andel som hade sjukskrivningsärenden sex gånger/vecka - och den variationen är betydligt större bland vårdcentralsläkarna. Samtliga enkätår är andelen större inom onkologi. När det gäller andelen som upplever hanteringen av sjukskrivningsärenden som problematisk minst en gång/vecka är betydligt lägre inom onkologi än vid vårdcentraler, och varierar nästan inte alls mellan åren inom onkologi - för vårdcentraler är dock variationen stor mellan enkätåren. Ibland kan stora variationer förklaras av att antalet deltagande är få - detta är dock inte förklaringen när det gäller vårdcentralsläkare, då det är den största gruppen.



Figur 123. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger/vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka, uppdelat för de läkare som huvudsakligen arbetade vid vårdcentral respektive inom onkologi, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 124 relateras andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka till andelen läkare som upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång/vecka för var och en av *alla* de tio typer av kliniska verksamheter som ingår i denna jämförelse, för var och ett av de fyra enkätåren. Då många typer av kliniker och många år ingår, innehåller figuren naturligtvis många detaljer, men generella tendenser går att se med hjälp av varje års regressionslinje för sambandet. Det linjära samband som visade sig 2017 kan i ovanstående jämförelser förväntas även här. År 2004 och 2017 är regressionslinjerna brantare än de för 2008 och 2012. Den brantare lutningen innebär ett starkare samband mellan andelen med denna frekvens av sjukskrivningsärenden och andelen som upplever dem som problematiska. De kliniker som avviker mest 'uppåt' från linjerna är vårdcentraler och psykiatri, där andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka ökade betydligt mer än andelen som hade sjukskrivningsärenden sex gånger/vecka. Onkologiska kliniker har relativt stor andel med sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka, men en mindre andel som upplevde dem som problematiska varje vecka.

Resultat



Figur 124. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för respektive år.

I Figur 124 ovan illustreras relationen mellan andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka inom olika typer av kliniska verksamheter och andelen som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka för olika kliniker år 2004, 2008, 2012 och 2017. Det beräknade statistiska sambandet (ej orsakssamband) mellan andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka och andel som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka visas i regressionslinjer framtagna för varje år. Klinikerna ligger olika långt från regressionslinjerna beroende på hur mycket de avviker från det estimerade värdet. I Tabell 98 visas avståndet i procentandelar mellan andelen läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan och det utifrån regressionslinjen estimerade värdet, uppdelat på typ av klinik, för var och ett av enkätåren 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Det största avståndet enkätår 2017 ses för vårdcentraler, där andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var 37 procentenheter större än estimerat och avståndet är större 2017 än 2004, 2008 respektive 2012 (26, 23 respektive 22 procentenheter). Inom onkologi, där andel läkare som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska istället var 29 procentenheter mindre än estimerat år 2017, har andelen som upplever sjukskrivningar som problematiska i förhållande till sjukskrivningsärenden blivit mindre jämfört med 2004. Även andel läkare inom kirurgi som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var mindre än estimerat; -14, -11, -11, -14 procentenheter 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Tabell 98. Avstånd i procentenheter från den andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	Avstånd till estimerad regressionslinje ¹			
	2004	2008	2012	2017
Företagshälsovård	-1	0	3	0
Gynekologi	3	4	7	4
Invärtesmedicin	-2	-8	-6	-5
Kirurgi	-14	-11	-11	-14
Onkologi	-18	-21	-16	-29
Ortopedi	8	4	4	-3
Psykiatri	6	13	10	17
Rehabilitering	-7	1	-6	-1
Vårdcentral	26	23	22	37
Annan klinik/mottagning	-2	-5	-7	-5

¹ Värdet större än det absoluta värdet 13 är i fet stil

Allvarlighetsgrad av problematiska situationer

I Tabell 99 redovisas andel av de sjukskrivande läkarna som respektive år som respektive enkätår svarade att olika situationer var ”mycket” och ”ganska” problematiska. För de flesta olika situationerna syns ett generellt mönster av att andelarna som upplevde dem minskade mellan enkätåren till och med år 2012 för att därefter bli större år 2017. För flera typer av problem blev andelen då dessutom större än år 2004.

Att bedöma patientens arbetsförmåga (”att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter”) var den typ av situation som lågt högst samtliga enkätår; mer än hälften upplevde detta som mycket eller ganska problematiskt och andelen ökade med åtta procentenheter (51-59 %). Även andelen som upplevde det som problematiskt ”att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt” blev större över de fyra enkätåren.

Resultat

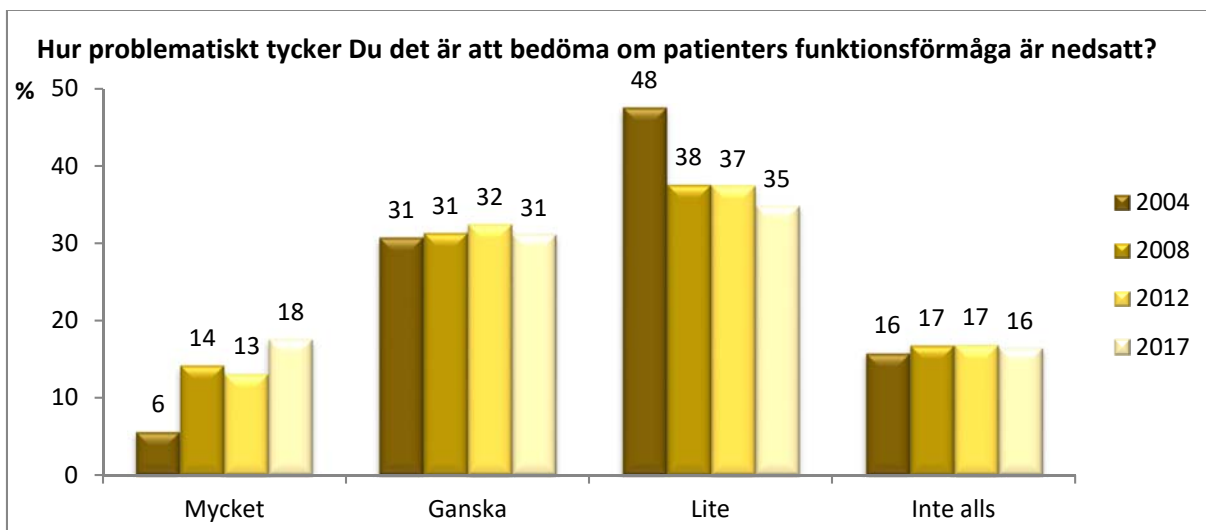
De största förändringarna i andel syns mellan enkätår 2004 och 2008, då andelen som svarade ”att hantera situationer när läkare och patient hade olika åsikt om behovet av sjukskrivning” var mycket eller ganska problematiskt minskade från 61 procent 2004 till 46 procent 2008, för att därefter ligga kvar på ungefär samma nivå de två följande enkätåren. Den andra större förändringen var mellan 2012 och 2017 med en ökning av andelen som svarade att ”att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg” var mycket problematiskt; 48 procent 2012 och 59 procent 2017 – det vill säga, liknande nivå som 2004 (55 %).

Tabell 99. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	2004	2008	2012	2017
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	36	46	46	49
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	54	56	56	59
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	30	26	27	32
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	38	34	32	37
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	54	49	49	48
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	39	43	43	50
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	55	49	48	59
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	61	46	45	48
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK 7263) till FK	33	35	33	41

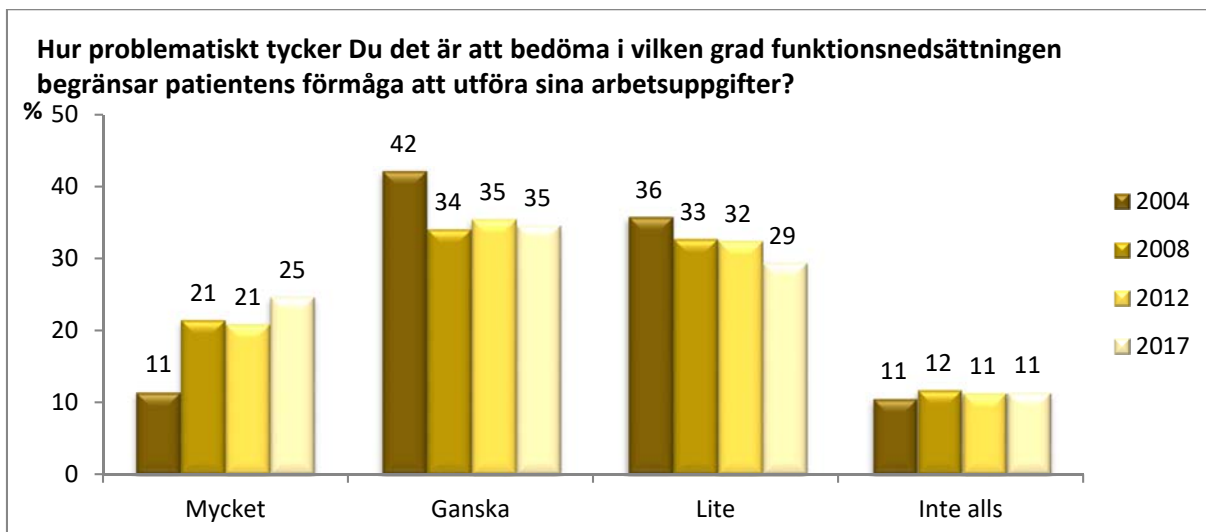
Resultaten för de nio delfrågorna i Tabell 99 ovan redovisas även med alla fyra svarsalternativ i Figur 125 - Figur 133 nedan.

I frågan om hur problematiskt det är att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt visar resultatet en minskning i andelen som svarade att det var lite problematiskt mellan 2004 (48 %), 2008 (38 %), 2012 (37 %) och 2017 (35 %) (Figur 125). Denna minskning motsvaras av större andelar som svarade att det var mycket problematiskt, från 6 procent 2004 till 18 procent 2017.



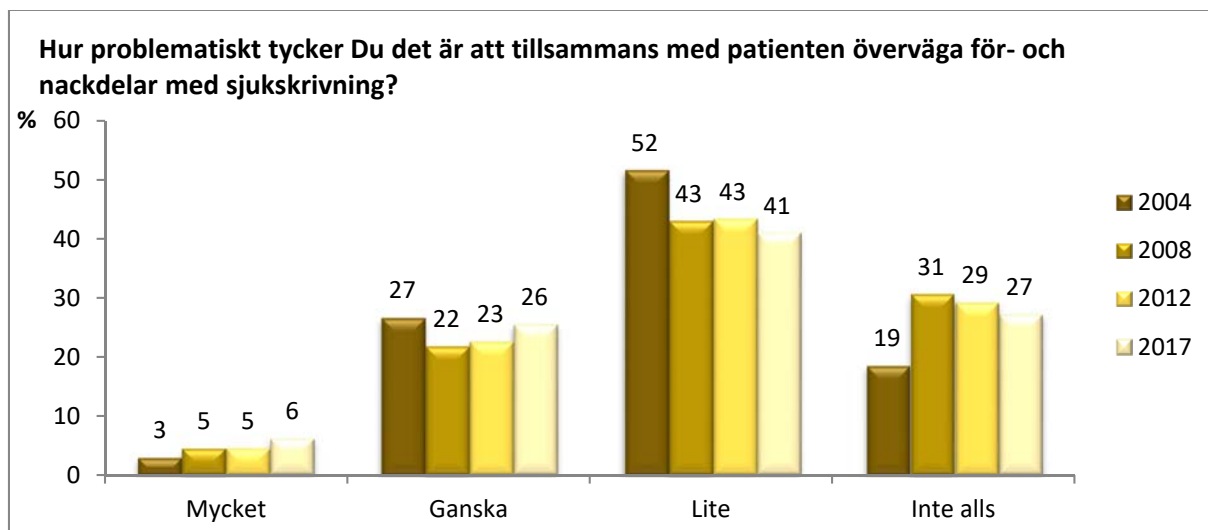
Figur 125. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om patientens funktionsnedsättning är nedsatt, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om hur problematiskt läkaren ansåg att det var att bedöma patientens arbetsförmåga upplevde en större andel det som mycket problematiskt 2008, 2012 och 2017, jämfört med 2004 (Figur 126). Andelen som upplevde det som mycket problematiskt var störst år 2017 (25 %).



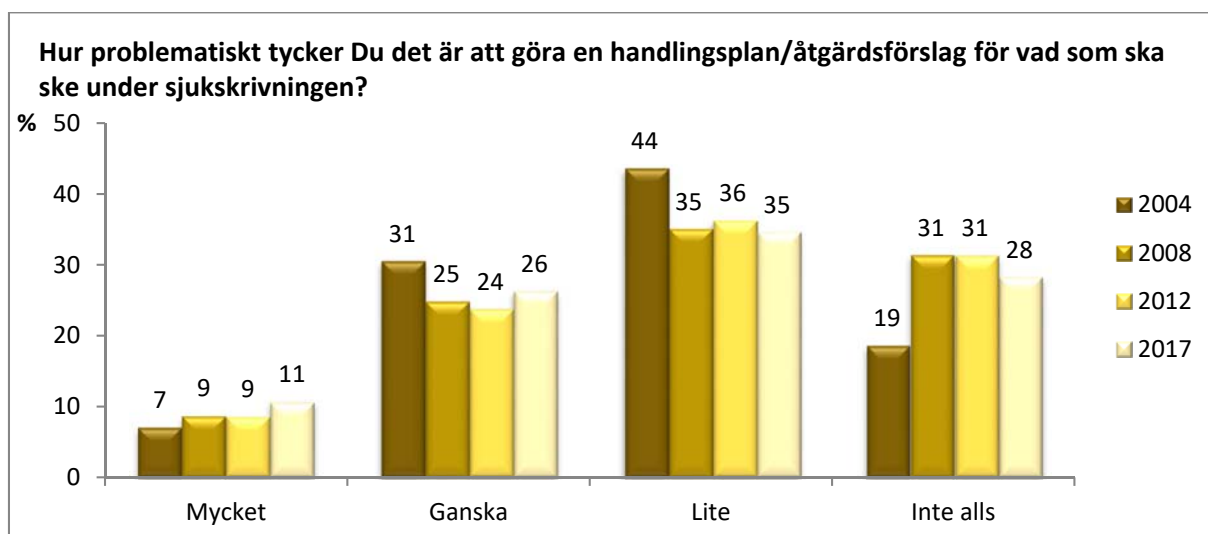
Figur 126. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarade att de inte alls hade problem med att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning var störst 2008 (31 %), med lite mindre andelar år 2012 och 2017 och lägst år 2004 (19 %) (Figur 127).



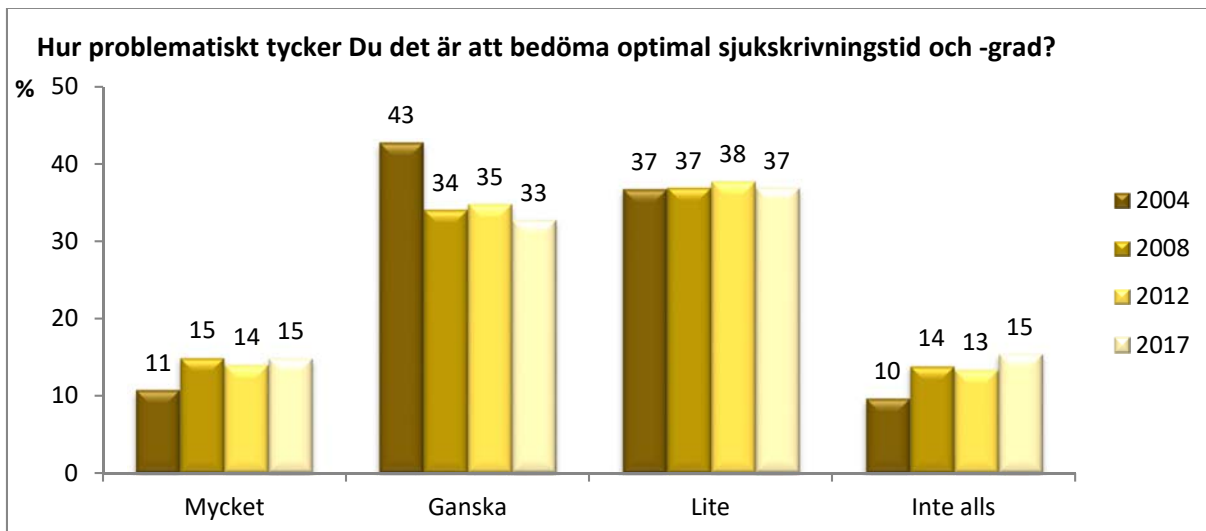
Figur 127. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som svarade att det inte alls var problematiskt att göra en handlingsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen var på motsvarande sätt också minst år 2004 (19 %) (Figur 128). De övriga tre enkätåren ansåg en tredjedel att det inte var något problem.



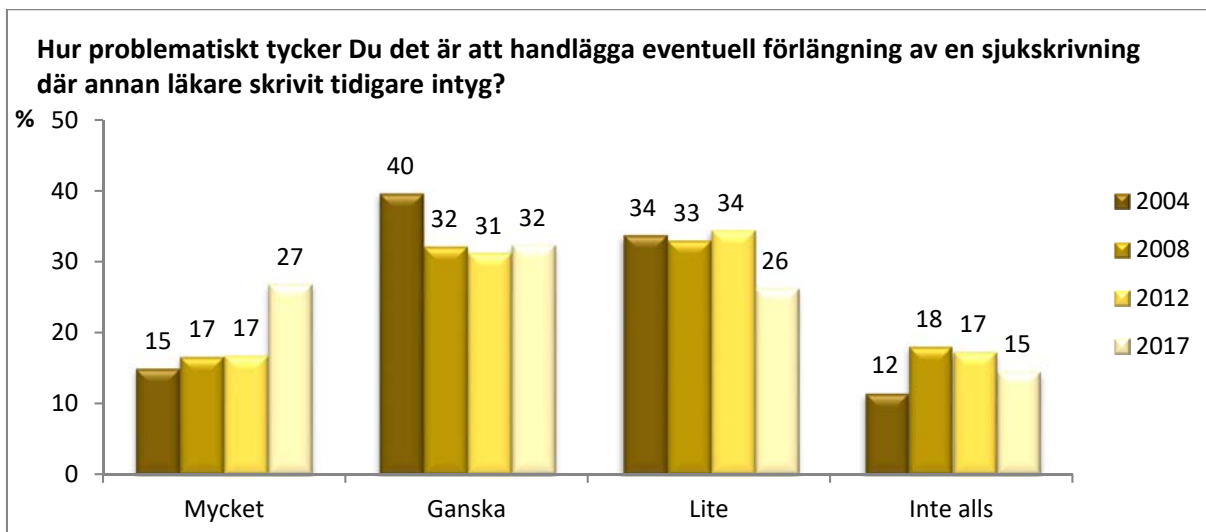
Figur 128. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden, år 2004, 2012 respektive 2017.

Fördelningen av svaren på frågan hur problematiskt läkaren tyckte det var att bedöma optimal längd och grad av en sjukskrivning skilde sig endast marginellt åt mellan 2008, 2012 och 2017 (Figur 129). Det år som avvek var 2004 med en något mindre andel som ansåg det mycket respektive inte alls problematiskt.



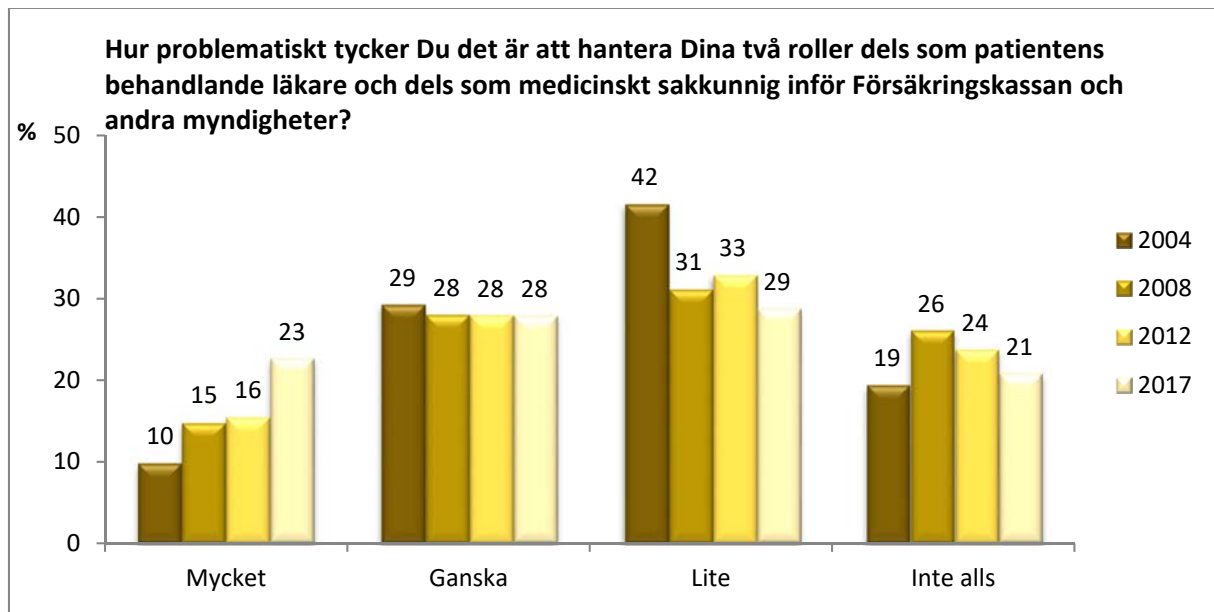
Figur 129. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivningen, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som upplevde det som mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg varierade inte mycket mellan 2004, 2008 och 2012 (15, 17, 17 %) däremot var andelen betydligt större år 2017 (27 %) (Figur 130).



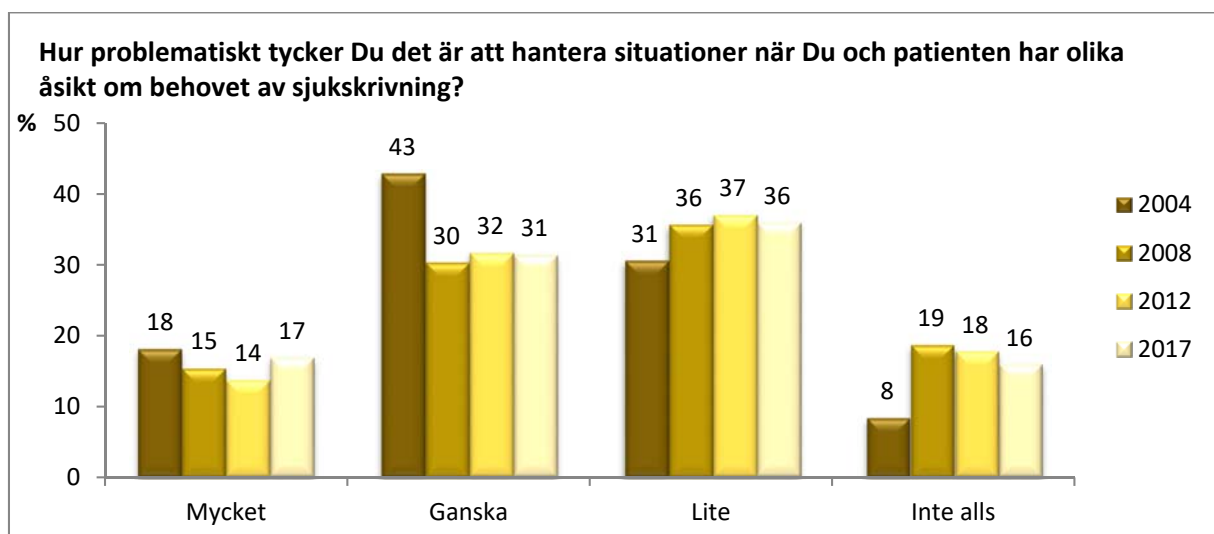
Figur 130. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarat att det är mycket problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig har blivit större för varje enkätår (10 %, 15 %, 16 %, 23 %) (Figur 131).



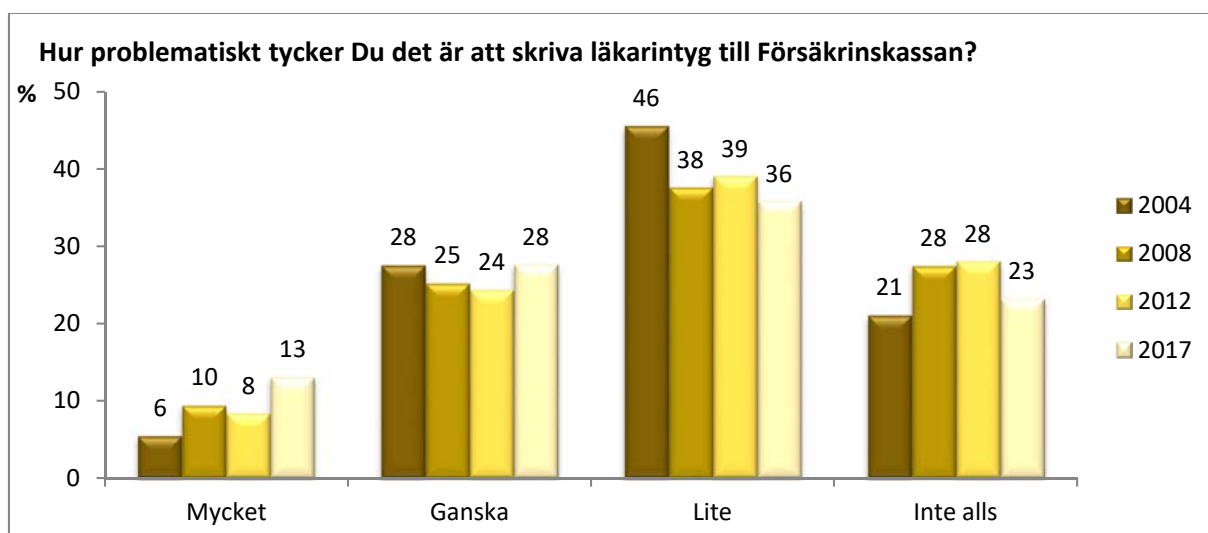
Figur 131. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

När det gäller att hantera situationer då läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, framkom att en större andel tyckte detta var problematiskt år 2004 än de senare enkätåren (Figur 132).



Figur 132. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

En relativt liten andel av läkarna svarade att det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, även om andelen var större 2008 (10 %) och 2012 (8 %) jämfört med 2004 (6 %) och störst 2017 (13 %) (Figur 133). Vid en sammanläggning av svarsalternativen ganska och mycket problematiskt finns endast en marginell skillnad i andelen läkare som svarat detta åren 2004-2008-2012 men en ökning från 32 till 41 procent för 2012 till 2017.



Figur 133. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Oro och hot

Majoriteten av läkarna (80-86 %) upplevde aldrig/i stort sett aldrig oro för att bli anmäld av en patient eller att känna sig hotad av en patient i samband med sjukskrivningsärenden (Tabell 100). Det var inte någon större skillnad mellan åren när det gäller andelen som upplevde dessa två situationer minst en gång/vecka: 1-2 procent respektive 1-3 procent.

Tabell 100. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot, oro eller konflikter i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...	Minst någon gång/vecka				Aldrig/i stort sett aldrig			
	2004	2008	2012	2017	2004	2008	2012	2017
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2	1	1	2	81	82	84	80
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2	1	2	3	85	85	86	83

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

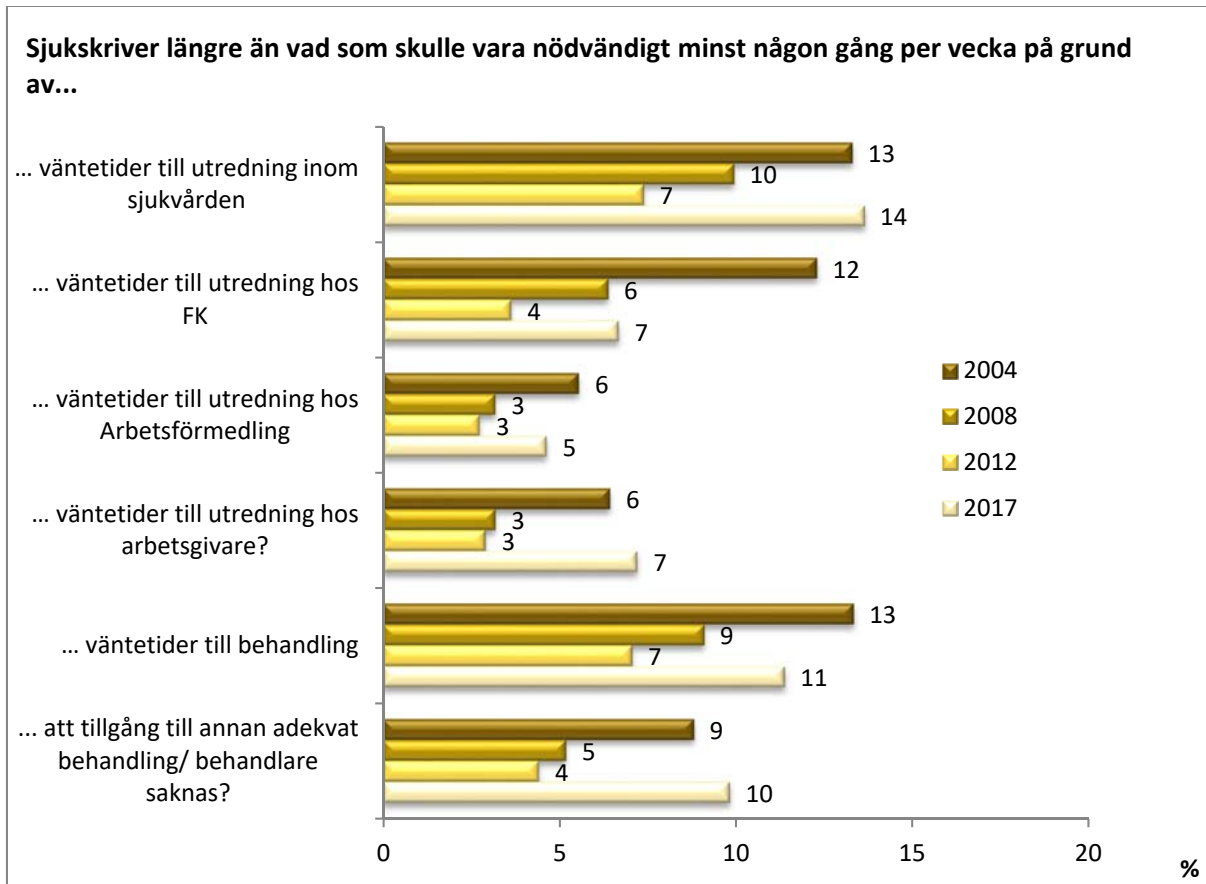
I samtliga enkäter presenterades flera anledningar som svarsalternativ till frågan om att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Vissa skillnader mellan enkäterna i formuleringar beskrivs under Metodavsnittet sid 32. Det finns ingen tydlig trend över de fyra åren för någon av dessa anledningar (Tabell 101). Vid sammanslagning av svarsalternativen *Någon gång/vecka* och *Dagligen* finns en svag tendens till minskning 2004-2008-2012 av andelen läkare som svarade längre sjukskrivning på grund av väntetider till utredning inom sjukvården respektive hos Försäkringskassan samt till behandling. Mellan åren 2012 och 2017 ses istället en ökande andel, vilket visas tydligare i Figur 134 nedan.

Resultat

Tabell 101. Andel (%) läkare i relation hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	2	11	21	28	38
	2008	1	9	22	36	32
	2012	1	7	20	35	38
	2017	3	11	24	30	33
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	10	18	22	48
	2008	1	5	15	24	54
	2012	1	3	10	23	63
	2017	2	5	13	21	59
... väntetider till utredning/faktorer hos Arbetsförmedlingen?	2004	1	5	13	20	61
	2008	1	3	9	21	67
	2012	<0,5	2	8	20	69
	2017	1	3	10	20	66
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	5	14	25	55
	2008	<0,5	3	11	26	61
	2012	<0,5	3	8	23	66
	2017	1	6	16	22	55
... väntetider till behandling?	2004	2	11	21	33	32
	2008	1	8	23	38	29
	2012	1	6	20	39	34
	2017	2	9	23	33	33
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2004	2	7	15	22	55
	2008	1	4	13	24	58
	2012	1	4	10	25	61
	2017	2	8	16	25	49

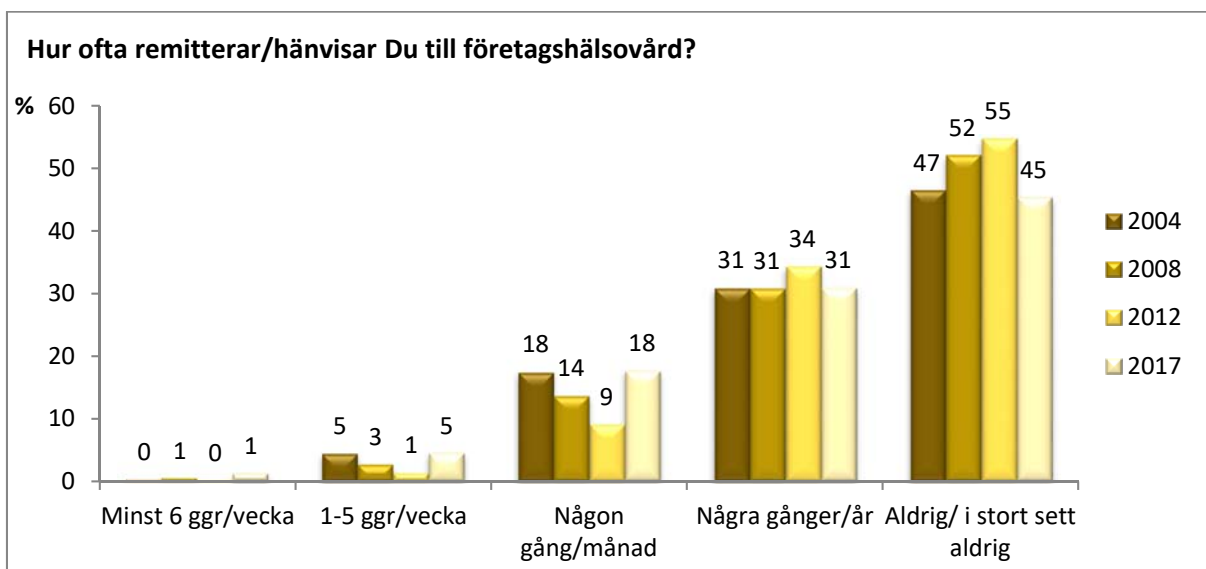
Resultat från frågorna som redovisas i tabellen ovan visas även i Figur 134 nedan med en sammanslagning av svarsalternativen ”någon gång/vecka” och ”dagligen”. I figuren syns tydligare den ovan nämnda trenden från 2004 till 2012, med en successivt mindre andel som angav att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av olika typer av väntetider och hur den nedgången bryts år 2017. Störst ökning 2017 jämfört med 2012 var av andelen läkare som svarade att väntetider till utredning inom sjukvården (2012: 7 % 2012; 14 % 2017), till behandling (7 % 2012; 11 % 2017) och tillgång till annan adekvat behandling (4 % 2012; 10 % 2017) var anledningen till längre sjukskrivning åtminstone någon gång per vecka.



Figur 134. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Samarbete och samverkan

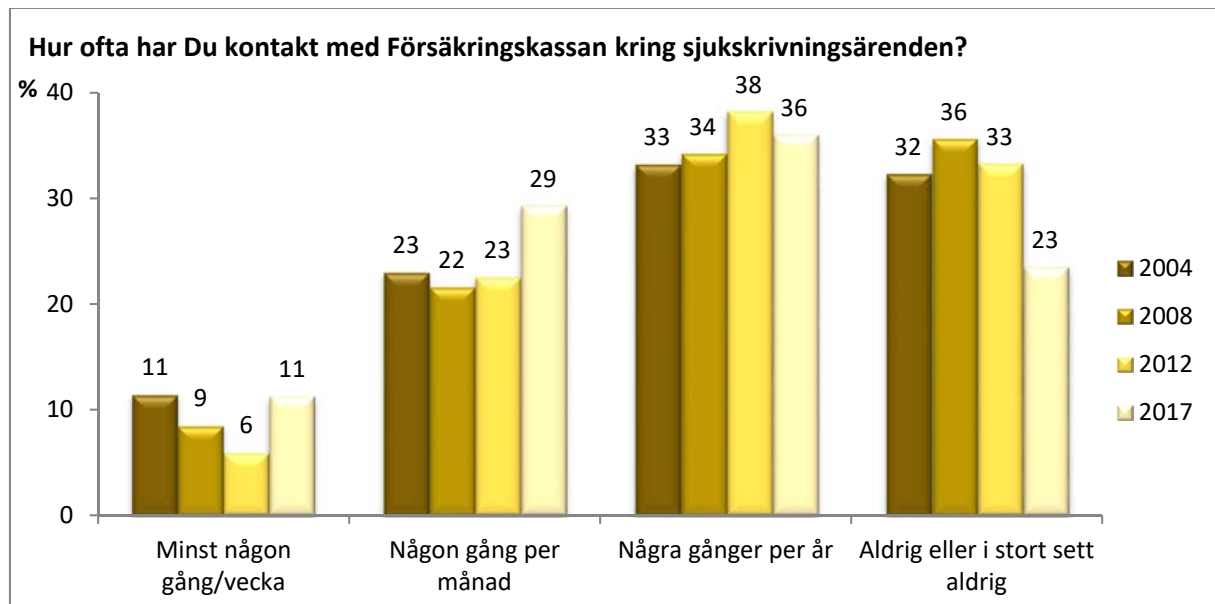
En fråga om samverkan och kontakter fanns med i alla fyra enkäterna, nämligen hur ofta läkaren remitterade eller hänvisade en patient till företagshälsovård (Figur 135). Andelen som gjorde detta minst en gång i veckan var liten samtliga enkätår och andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde det blev större för varje år fram till och med 2012 (47, 52, 55 %) och sedan mindre igen (45 %).



Figur 135. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som hade kontakt med någon på Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre 2008 (9 %) och 2012 (6 %) jämfört med 2004 (11 %) (Figur 136). År 2017 var dock andelen lika stor som 2004. Andelen som hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per månad eller oftare minskade 2004 till 2012 (34, 31, 29 %) för att därefter öka till 40 procent 2017. I de tre första enkäterna svarade en tredjedel att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan och 2017 svarade endast en knapp fjärdedel att de aldrig hade kontakt.



Figur 136. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan

I enkäterna efterfrågas om läkarna upplevt specifika svårigheter i sin kontakt med Försäkringskassan. Antalet listade svårigheter har ökat över åren, bland annat baserat på öppna svar i de olika enkäterna. I Figur 137 redovisas svaren på de potentiella svårigheter som listats i all fyra enkäter. För samtliga typer av svårigheter är andelen som upplevde dem störst år 2017, med två undantag ("det är svårt att få reda på vem Du ska prata med", där andelen var två procentenheter mindre 2017 än 2004 och "Försäkringskassan kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det" där andelen är tre procentenheter mindre 2017). För tre av svårigheterna var ökningen omfattande.

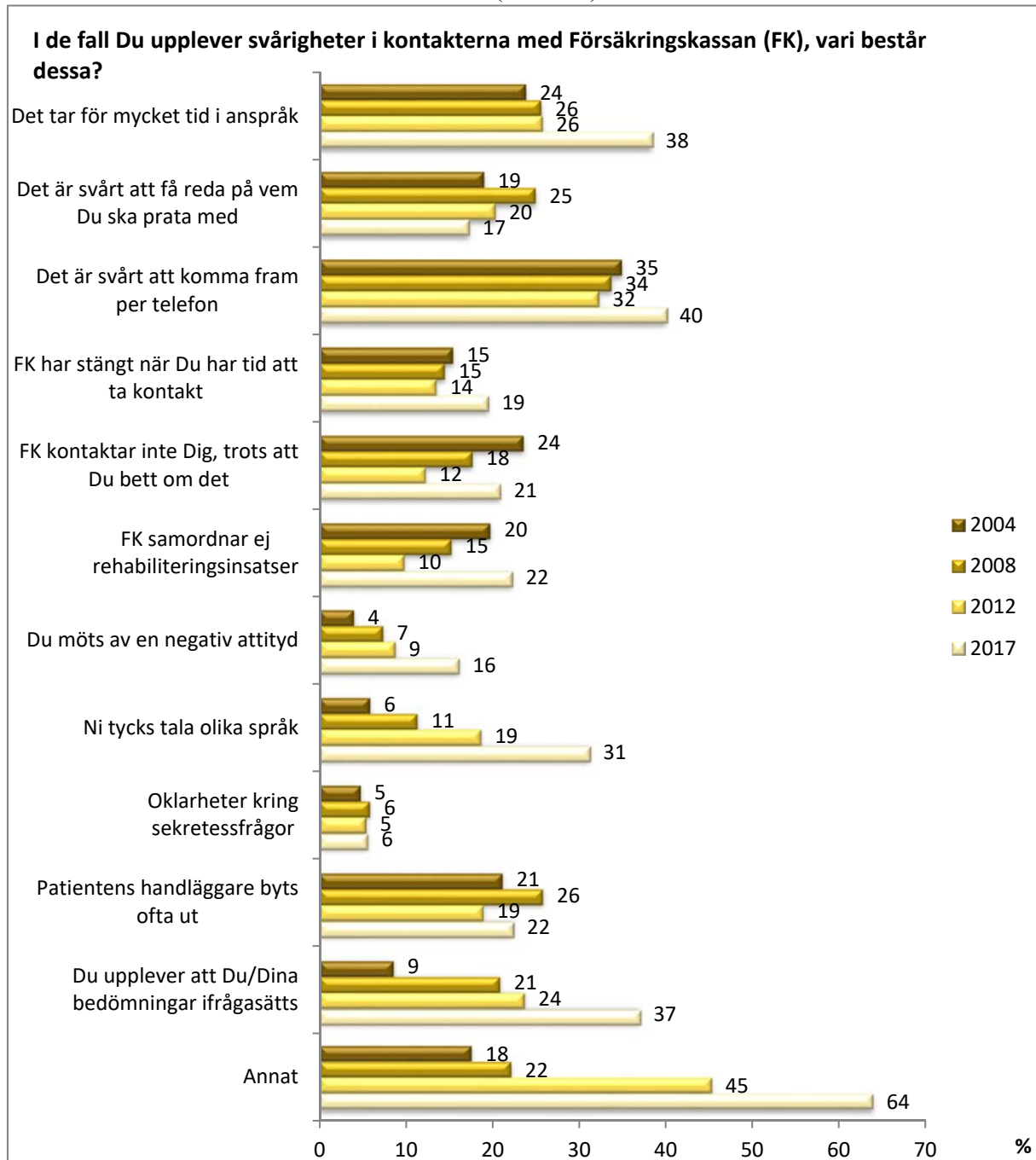
När det gäller *logistiska svårigheter*, de fem som listas högst upp i Figur 137, ses alltså en svag förbättring för två aspekter ("det är svårt att få veta vem Du ska prata med" och "Försäkringskassan kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det") men inte för de övriga. Hela 40 procent svarade år 2017 att "Det är svårt att komma fram per telefon". Den största ökningen ses för andelen som ansåg att kontakterna "tar för mycket tid i anspråk". Åren 2004, 2008 och 2012 svarade en fjärdedel att detta var en svårighet, år 2017 var andelen 38 procent.

De största ökningarna av andelar som upplevde svårigheter kan ses i de tre frågor som kan relateras mer till *bemötande* i kontakten med Försäkringskassan, och ökningen var successiv för varje enkätår. I dessa frågor ses alltså inte de minskade andelarna från 2004 till 2012 som ses för många andra frågor i detta 'gula' avsnitt.

Andelen som svarade att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan "att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" ökade på följande sätt över de fyra enkätåren 9, 21, 24, 37 procent. Nästan lika stor ökning ses i andelen som svarade "Ni tycks tala olika språk", från 2004

(6 %), 2008 (11 %), 2012 (19 %) till 2017 (31 %). Samma trend finns även när det gäller andel läkare som angav ”Du möts av en negativ attityd” men på en lägre nivå (4, 7, 9, 16 % år 2004-2017).

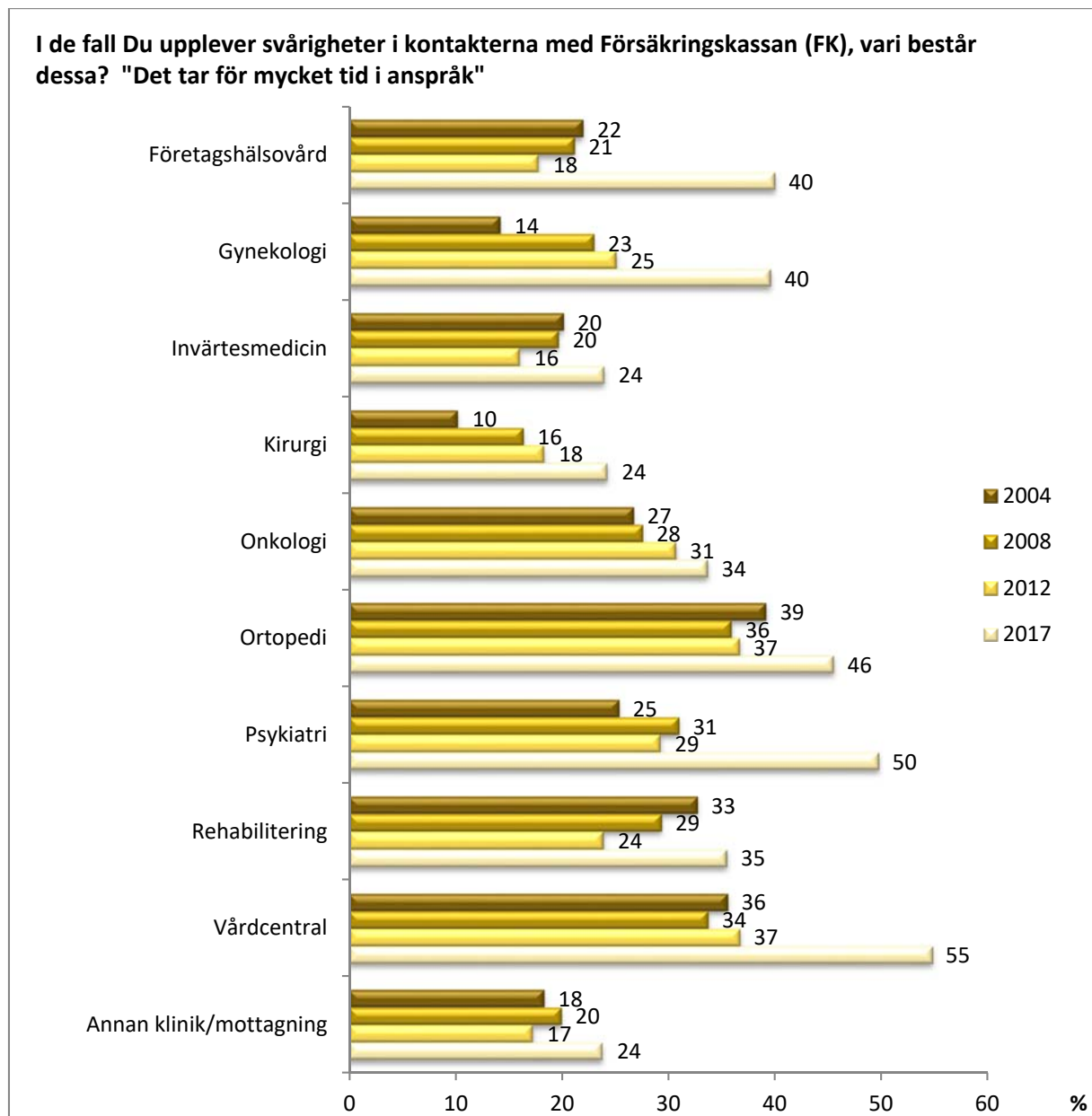
Två av svårigheterna handlar om andra aspekter av Försäkringskassans arbete: att patientens handläggare ofta byts ut (vilket en femtedel upplever som en svårighet de olika enkätåren) samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser. När det gäller det senare, blev andelen som upplevde detta som en svårighet mindre de tre första enkätåren, och sedan ökade andelen åter 2017 till en femtedel (22 %). När det gäller att uppleva oklarheter kring sekretessfrågor som en svårighet ligger den andelen konstant på 5 - 6 procent alla enkätåren. Att andelen som här anges som att ha svarat ”annat” ökar så kraftigt har samband med att vi där även redovisar de som angett specifika svårigheter som inte listas i både 2004 och 2017 års enkäter (se sid 32).



Figur 137. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Resultat

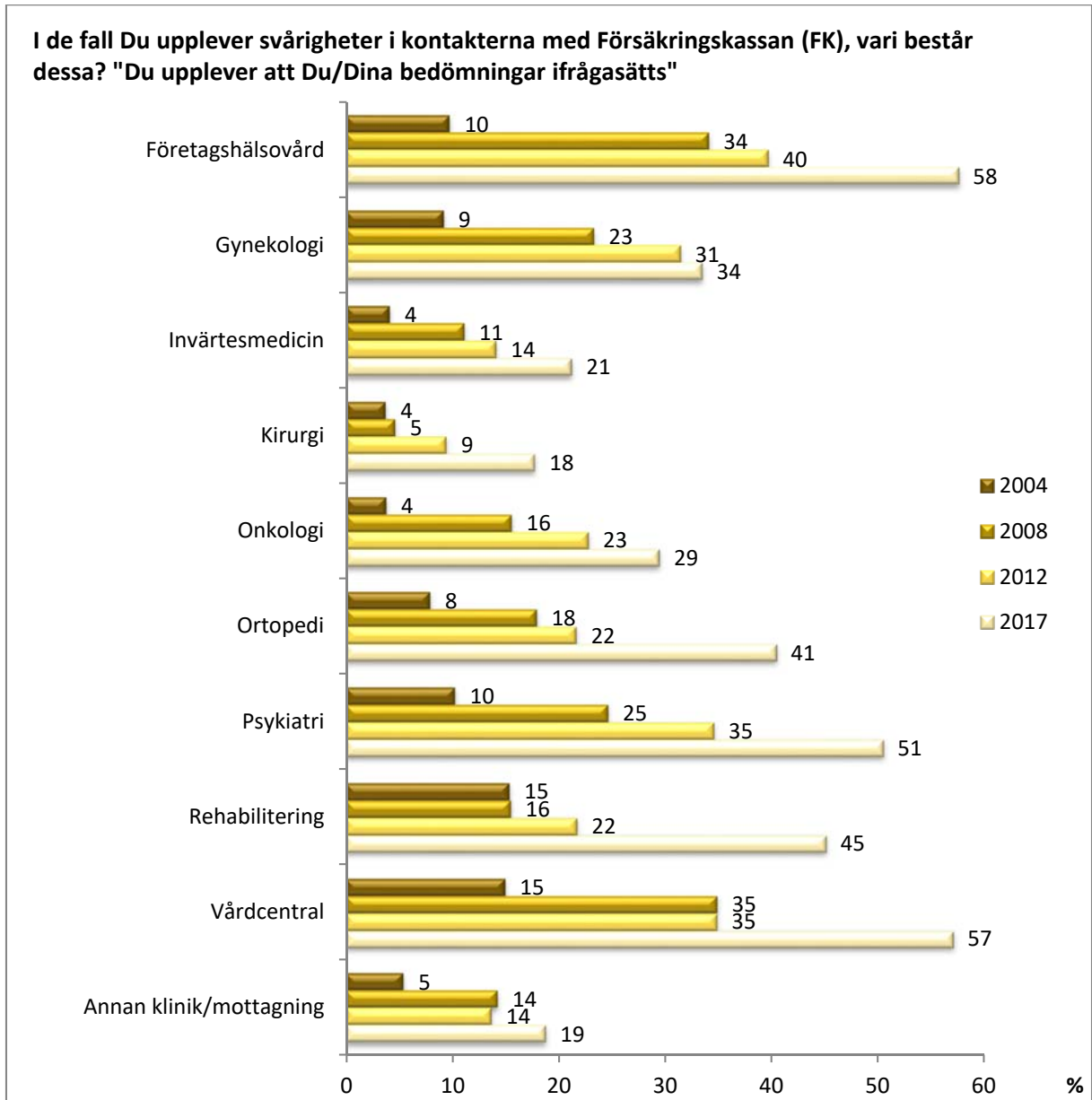
Som framgår av ovanstående figur blev andelen läkare som svarade att kontakten med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk succesivt större; från 24 till 38 procent 2004-2017. Nedan, i Figur 138 visas andelarna uppdelat på de tio olika typerna av klinik. De kliniker där störst andel läkare år 2017 upplevde denna svårighet var vårdcentraler (55 %), psykiatri (50 %) och ortopedi (46 %) med en större andel än tidigare år. Störst ökning mellan åren var andelen läkare inom gynekologi (14 % 2004; 40 % 2017), psykiatri (25 % 2004; 50 % 2017) och företagshälsovård (22 % 2004; 40 % 2017).



Figur 138. Andel (%) läkare som svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”det tar för mycket tid i anspråk”, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Även resultatet för den listade svårigheten: ”Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar” redovisas separat för de tio typerna av klinik/mottagning i Figur 139. För denna svårighet finns en generell trend över åren mot större andel som upplevde att deras bedömningar ifrågasätts (9, 21, 24, 37 % 2004-2008-2012-2017) och ökningen gäller för samtliga typer av klinik, men i olika hög grad. Mer än hälften av läkarna inom företagshälsovård (58 %), vårdcentraler (57 %)

respektive psykiatri (51 %) upplevde att deras bedömningar blev ifrågasatta. För dessa typer av kliniker sågs också den största ökningen från 2004 till 2017; företagshälsovård från 10 till 58 %, vårdcentral från 15 till 57 % samt psykiatri från 10 till 51 %.



Figur 139. Andel (%) läkare som upplevde att "Du/Dina bedömningar ifrågasätts", uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet

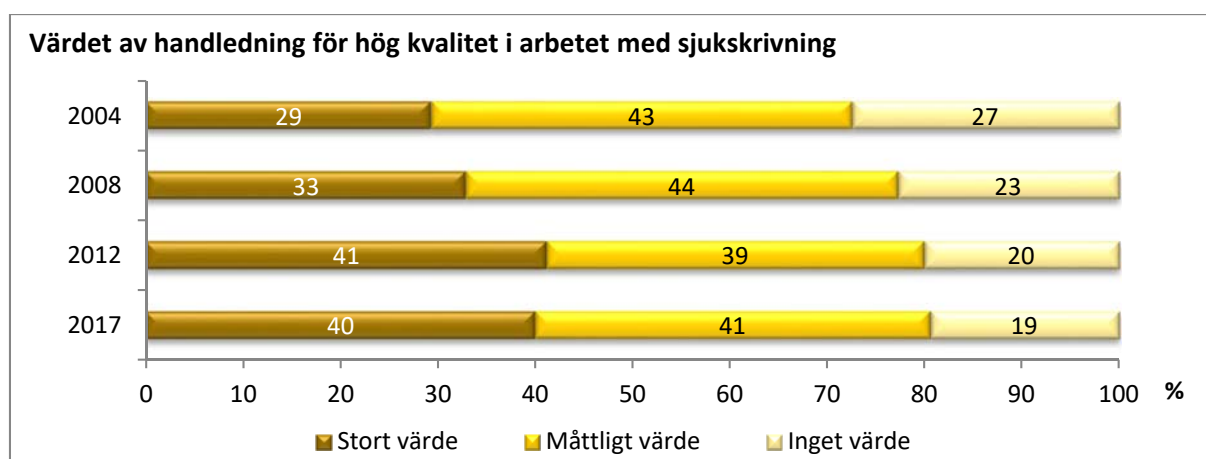
I Tabell 102 redovisas andel läkare som de olika enkätåren svarat att vissa faktorer skulle ha stort värde⁶ för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Det som flest läkare svarade att skulle ha stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, var alla fyra enkätåren, att ha en gemensam mall för arbetsförmågebedömning. Både år 2012 och 2017 svarade hälften (50 %) detta, en något mindre andel de två tidigare åren.

Andelen som svarade att kontakter med kollegor hade stort värde varierade mer över de fyra åren (41, 61, 42, 48 %). En annan viktig faktor var handledning, vilket 40 procent av läkarna 2012 och 2017, en tredjedel av läkarna 2004 och 2008 angav. Nästan lika stor andel (något mindre andel 2012) svarade att kontakter med FKs handläggare hade stort värde.

Tabell 102. Andel (%) läkare som svarade att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarade att följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning ...	2004	2008	2012	2017
Handledning	29	33	41	40
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	45	42	50	50
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	20	17	18	23
Kurser	30	32	42	35
Samverkansmöten/avstämningsmöten	31	34	28	32
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	21	15	20
Kontakter med handläggare/utredare på FK	42	36	32	36
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	41	61	42	48

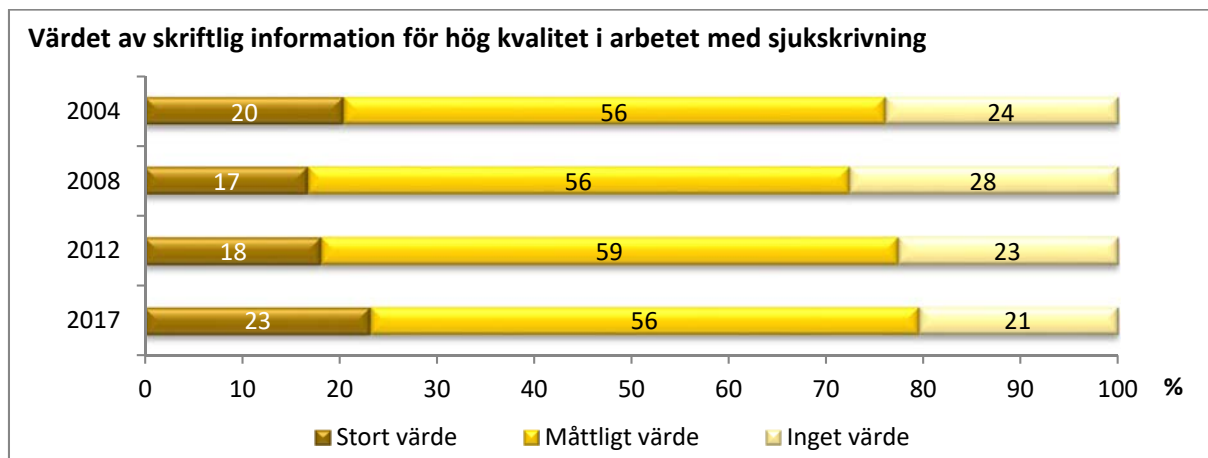
Nedan redovisas även resultaten från Tabell 102 ovan med de olika svarsalternativen i Figur 140 – Figur 147. År 2004 och 2008 svarade omkring en tredjedel av läkarna att handledning när det gäller sjukskrivningsärenden skulle ha stort värde och andelen ökade till 40 procent de följande två åren (Figur 140). Andelen som svarade att handledning inte hade något värde minskade över åren från en fjärdedel 2004 till en femtedel 2012 och 2017.



Figur 140. Andel (%) läkare som angav att handledning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

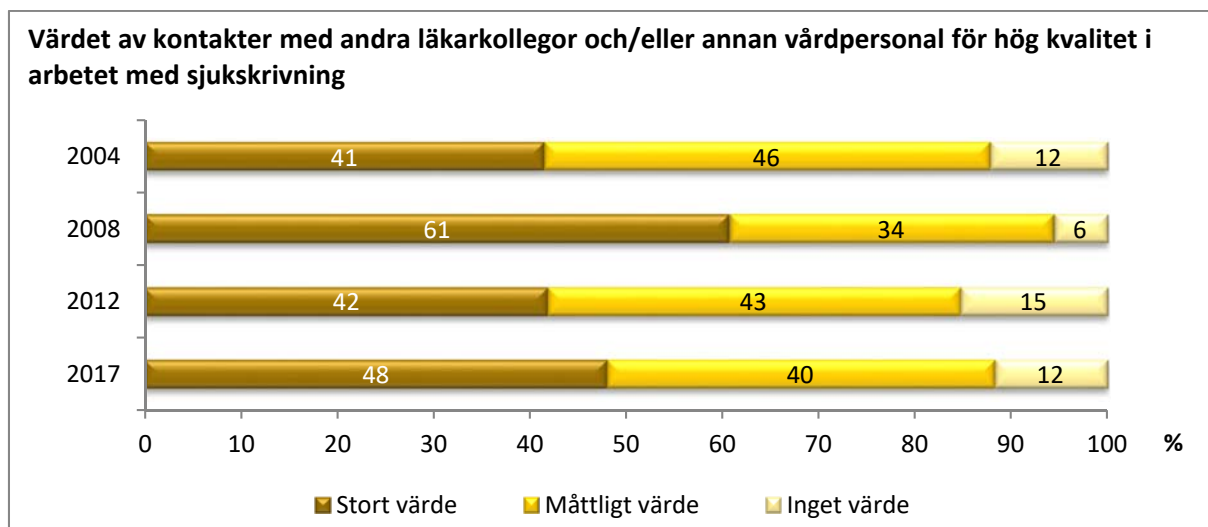
⁶ Tre svarsalternativ fanns: Stort värde, Måttligt värde, Inget värde.

Andelen som ansåg att skriftlig information var betydelsefull för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning varierade inte mycket över de fyra enkätåren (Figur 141). Omkring en femtedel svarade att skriftlig information hade stort värde och ungefär lika stor andel att den inte hade något värde.



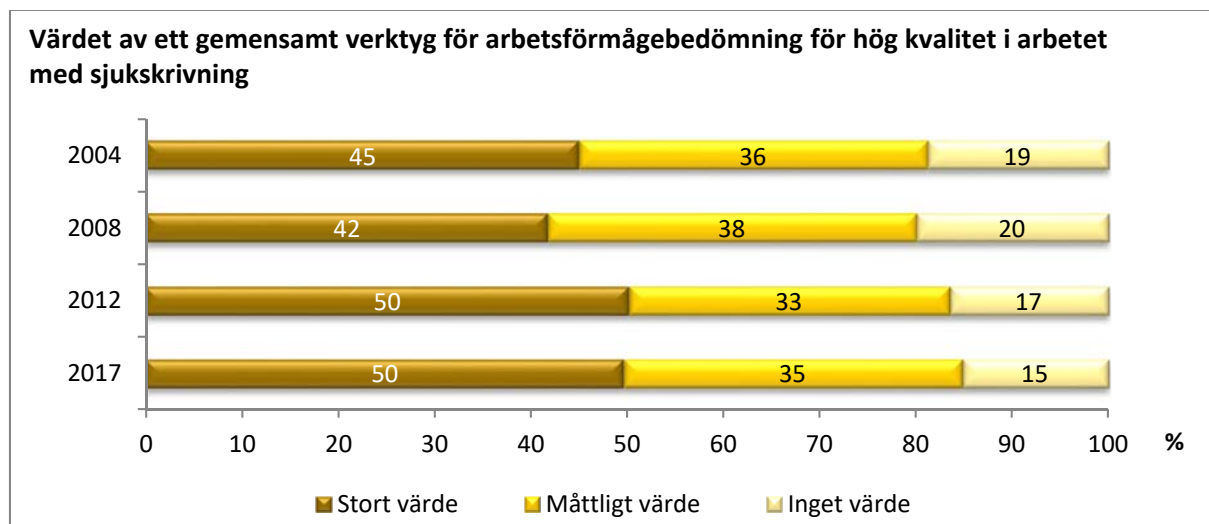
Figur 141. Andel (%) läkare som angav att skriftlig information har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Svaren på frågan om värdet av kontakter med andra läkarkollegor/annan vårdpersonal varierade inte heller mycket mellan åren, med ett undantag: år 2008 svarade en större andel, 61 procent att sådana kontakter hade stort värde (Figur 142).



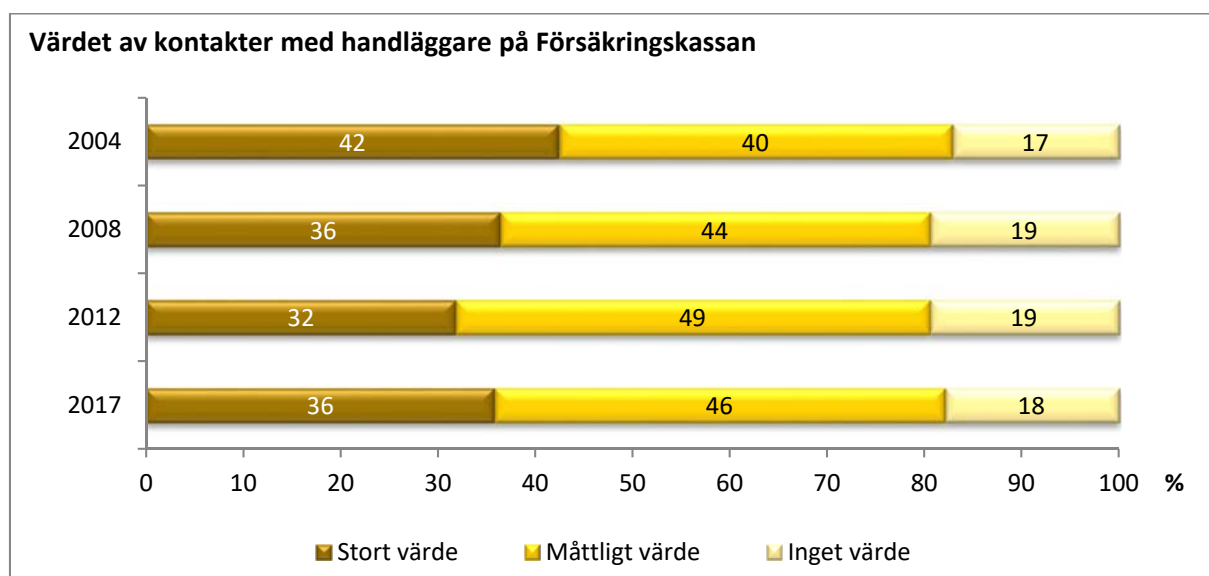
Figur 142. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om värdet av ett gemensamt verktyg/mall som stöd i arbetsförmågebedömningar var variationen liten mellan åren (Figur 143). Åren 2004 och 2008 svarade drygt 40 procent att detta skulle ha stort värde och 2012 och 2017 hade andelen ökat till 50 procent. Andelen som svarade att det inte hade något värde var mindre de två senare åren.



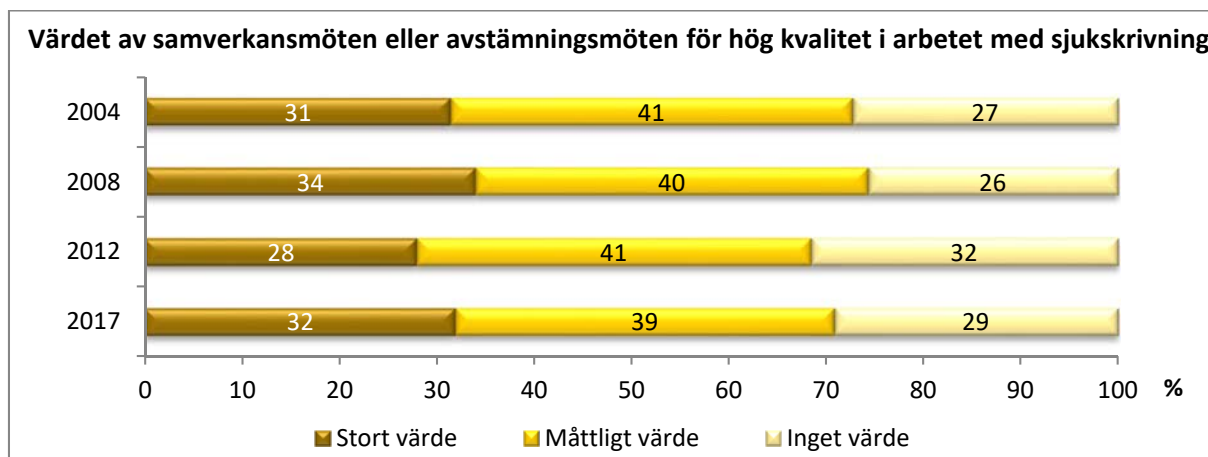
Figur 143. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Knappt 20 procent av läkarna svarade att kontakten med Försäkringskassans handläggare inte hade något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 144). De cirka 80 procent som svarade att sådana kontakter hade stort eller måttligt värde varierade något över åren. Andelen som svarade att kontakten hade stort värde minskade enkätåren 2004, 2008 och 2012 (42, 36, 32 %) men var åter större 2017: 36 procent, det vill säga lika stor andel som 2008.



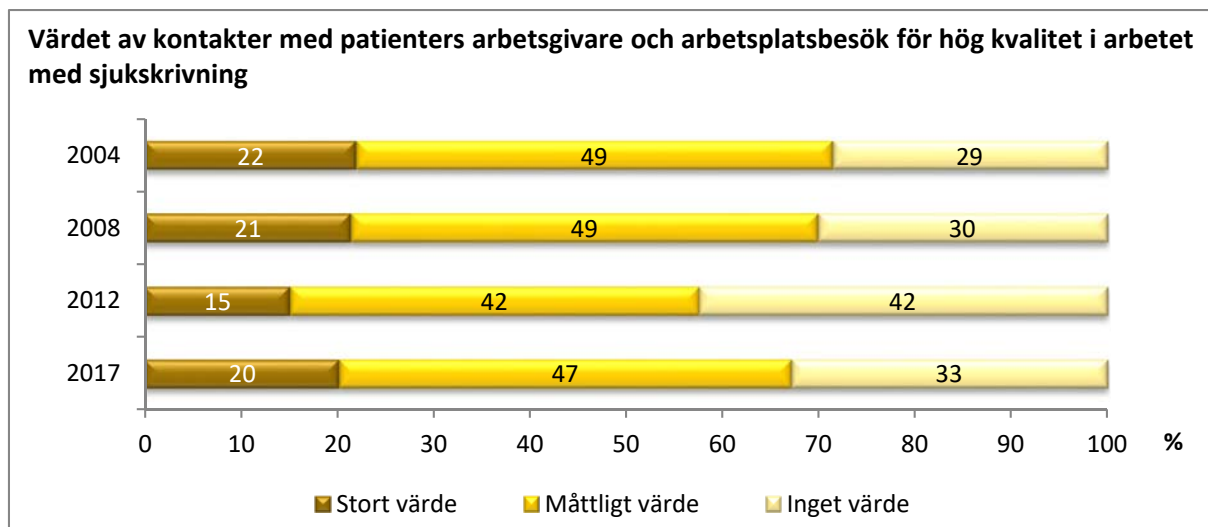
Figur 144. Andel (%) läkare som angav att kontakter med handläggare på Försäkringskassan har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Cirka en tredjedel svarade att samverkans-/avstämningsmöten hade stort värde och cirka en tredjedel att det inte hade något värde (Figur 145). Skillnaden mellan åren var liten.



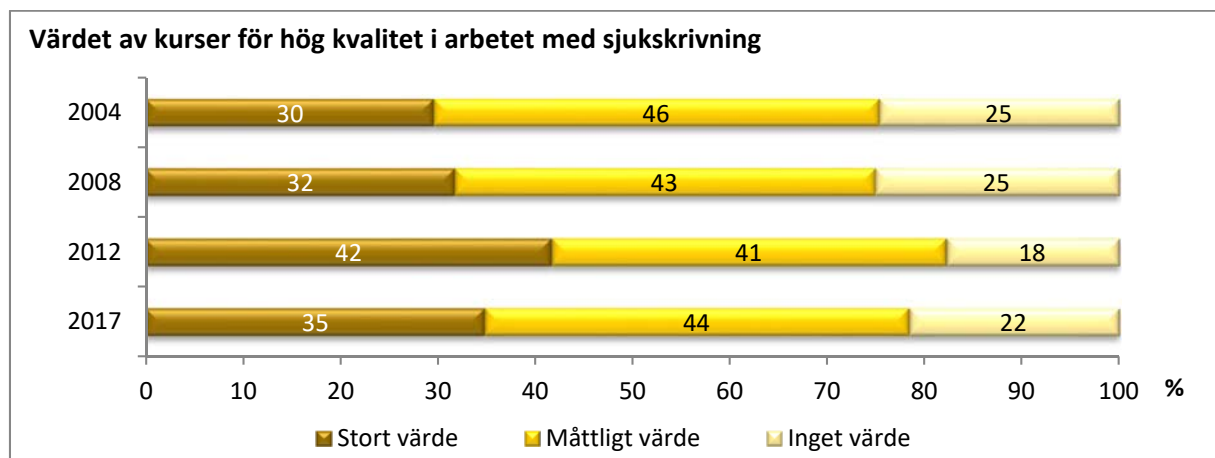
Figur 145. Andel (%) läkare som angav att samverkansmöten eller avstämningsmöten har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om värdet av kontakt med patientens arbetsgivare svarade cirka en femtedel av läkarna att det har stort värde och cirka en tredjedel att den kontakten inte har något värde (Figur 146). Svaren 2012 avvek med en mindre andel som svarade stort värde och större andel (42%) som svarade att det inte hade något värde.



Figur 146. Andel (%) läkare som angav att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Cirka en tredjedel ansåg att kurser i försäkringsmedicin har stort värde med måttligt ökande andelar av detta under åren (Figur 147). En fjärdedel ansåg att kurser inte har något värde. Som i ovanstående figur är andelen läkare som anser att angivna former för kompetensökning har stort värde något större år 2012.



Figur 147. Andel (%) läkare som angav att kurser har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

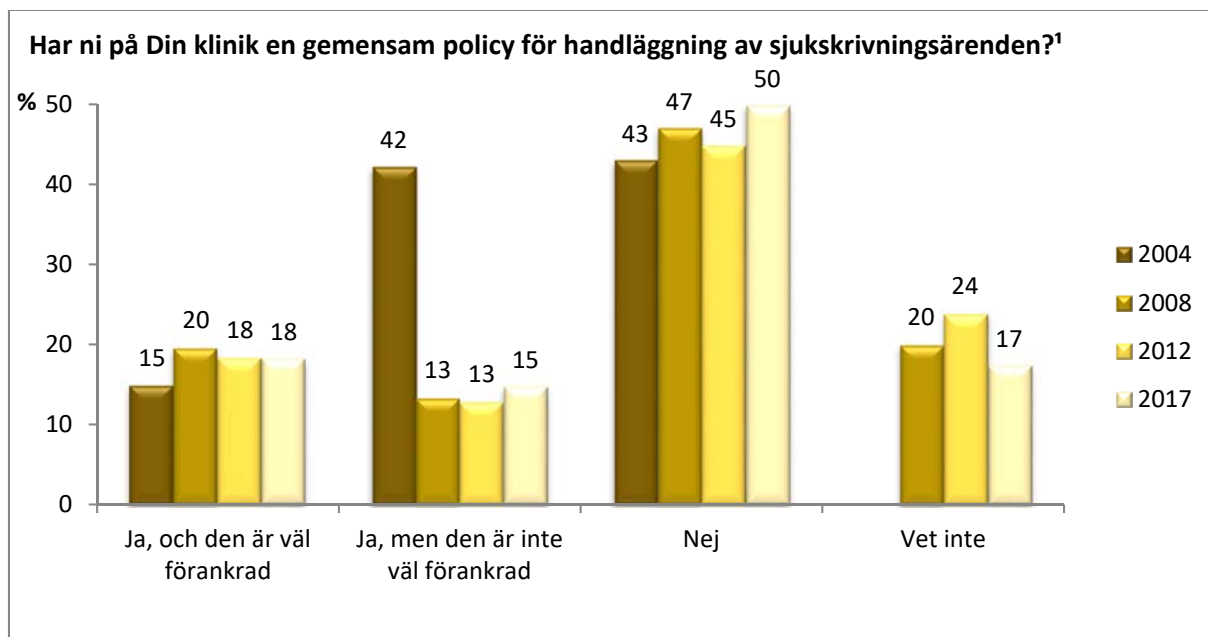
De två frågor som förekom i samtliga enkäter och som kan hänföras till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning är frågan om huruvida det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen och frågan om huruvida läkaren har stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

I frågan om det finns en policy för sjukskrivningsarbetet har fler svarsalternativ tillkommit efter 2004. Från och med 2008 lade vi till följande svarsalternativ "Vet ej" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet". Svarsalternativet "Vet ej" redovisas i figuren för de år svarsalternativet ingår (Figur 148). De läkare som svarade "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" (2 % 2008, 1 % 2012 och 1 % 2017) har här exkluderats i analyserna. En analys med detta svarsalternativ inkluderat gav samma svarsmönster som Figur 148 (visas ej).

År 2004 svarade 15 procent att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på deras enhet. Andelen ökade till 20 procent 2008 och låg på ungefär samma nivå 2012 och 2017 (18 %). Det fanns 2017 en liten ökning från de tidigare enkätåren i andelen som svarade att det inte finns någon policy, från omkring 45 till 50 procent.

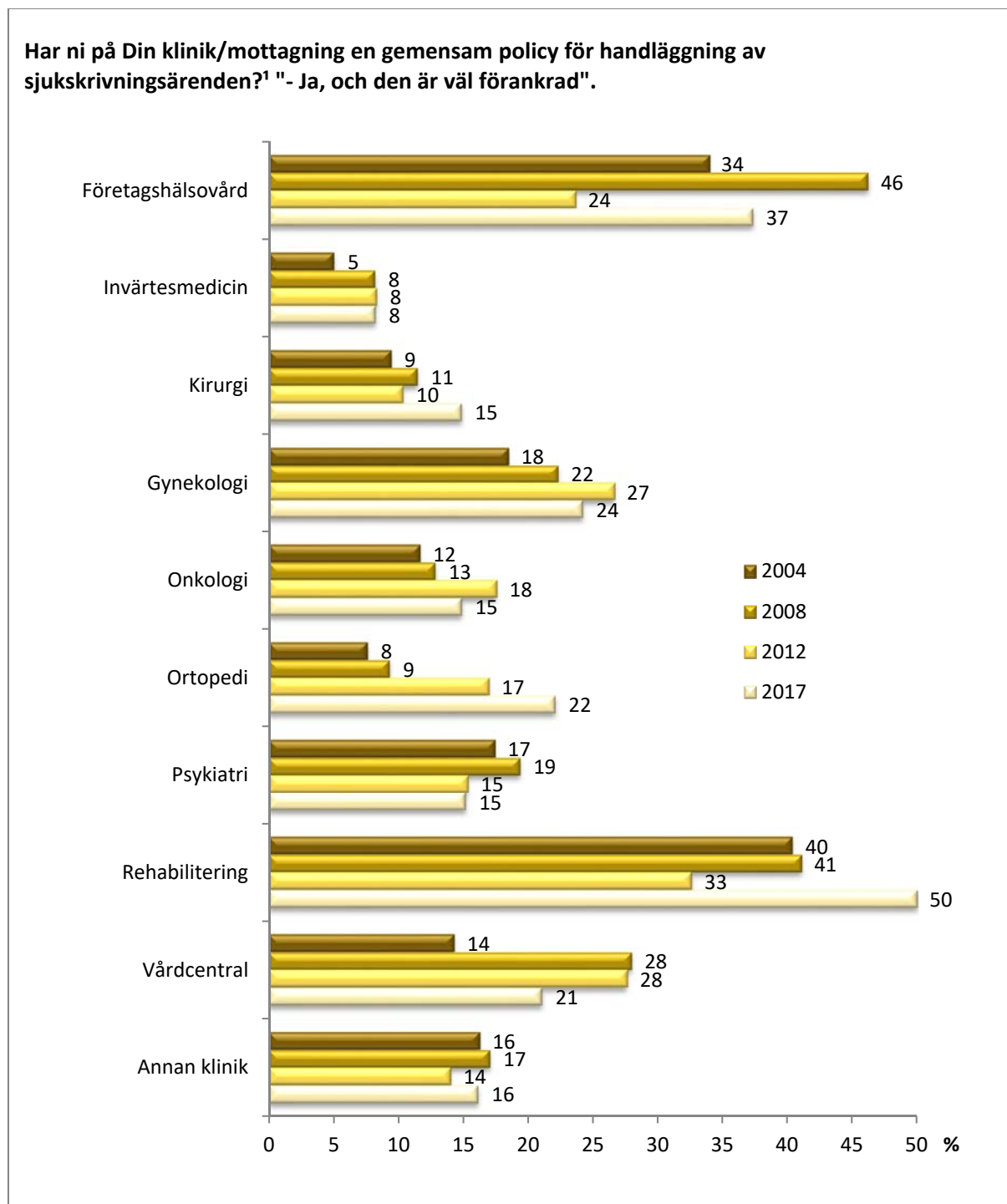
Andelar som svarat "Nej" eller "Vet inte" har legat på samma nivå (67-69 %) samtliga tre enkätår 2008, 2012 och 2017. Vi anser att det är troligt att många av dem som 2004 svarade att det fanns en policy som inte var väl förankrad hade svarat "vet inte" om det svarsalternativet funnits då.



Figur 148. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

När det gäller frågan om det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna arbetsplatsen, finns det en skillnad mellan typer av kliniker (Figur 149). Störst andel som hade en väl förankrad policy arbetar inom rehabilitering (33-50 %) och företagshälsovård (24-46 %) samtliga enkätår. Andelen vårdcentralsläkare som svarade att de har en väl förankrad policy varierade mellan åren (14 % 2004; 28 % 2008; 28 % 2012; 21 % 2017).

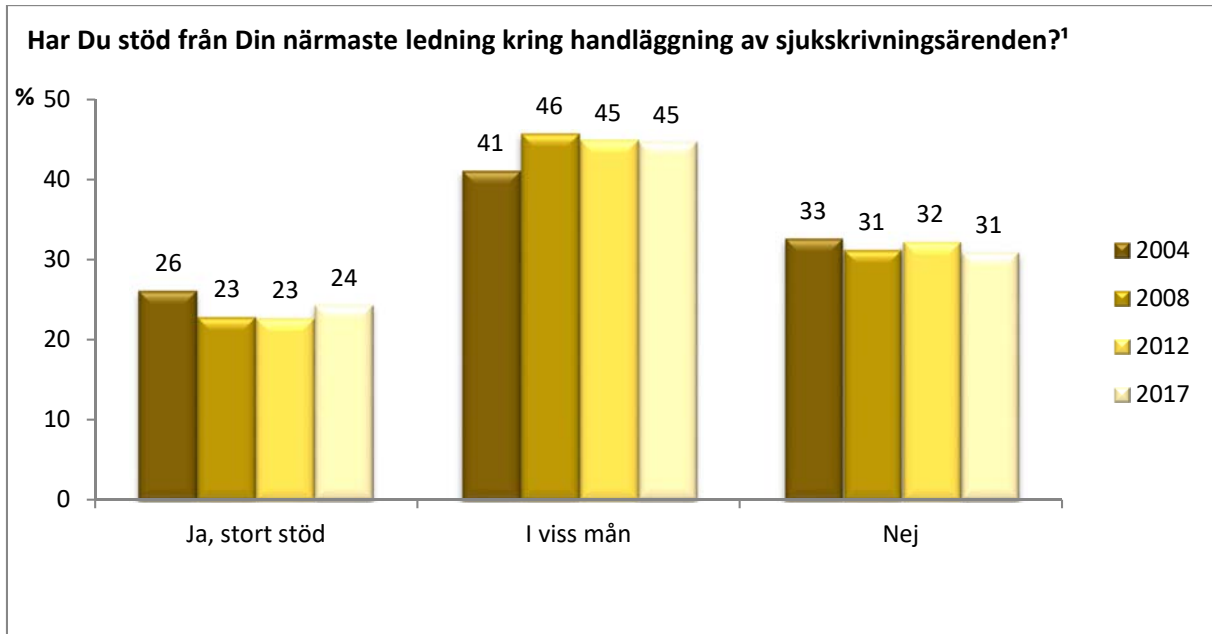


Figur 149. Andel (%) läkare som svarade att de har en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

Stöd från ledningen

En annan central aspekt när det gäller administrativt stöd är om läkaren har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsfrågor. I Figur 150 visas svaren på den frågan över de fyra enkätåren. Skillnaderna mellan enkätåren är små. En tredjedel svarade att de inte upplevde något stöd från sin närmaste ledning och omkring en fjärdedel att de kände stort stöd, störst andel 2004, det vill säga, innan sjukskrivningsmiljarden med sitt starka fokus på att stärka ledning och styrning inom hälso- och sjukvården när det gäller arbetet med sjukskrivning av patienter.



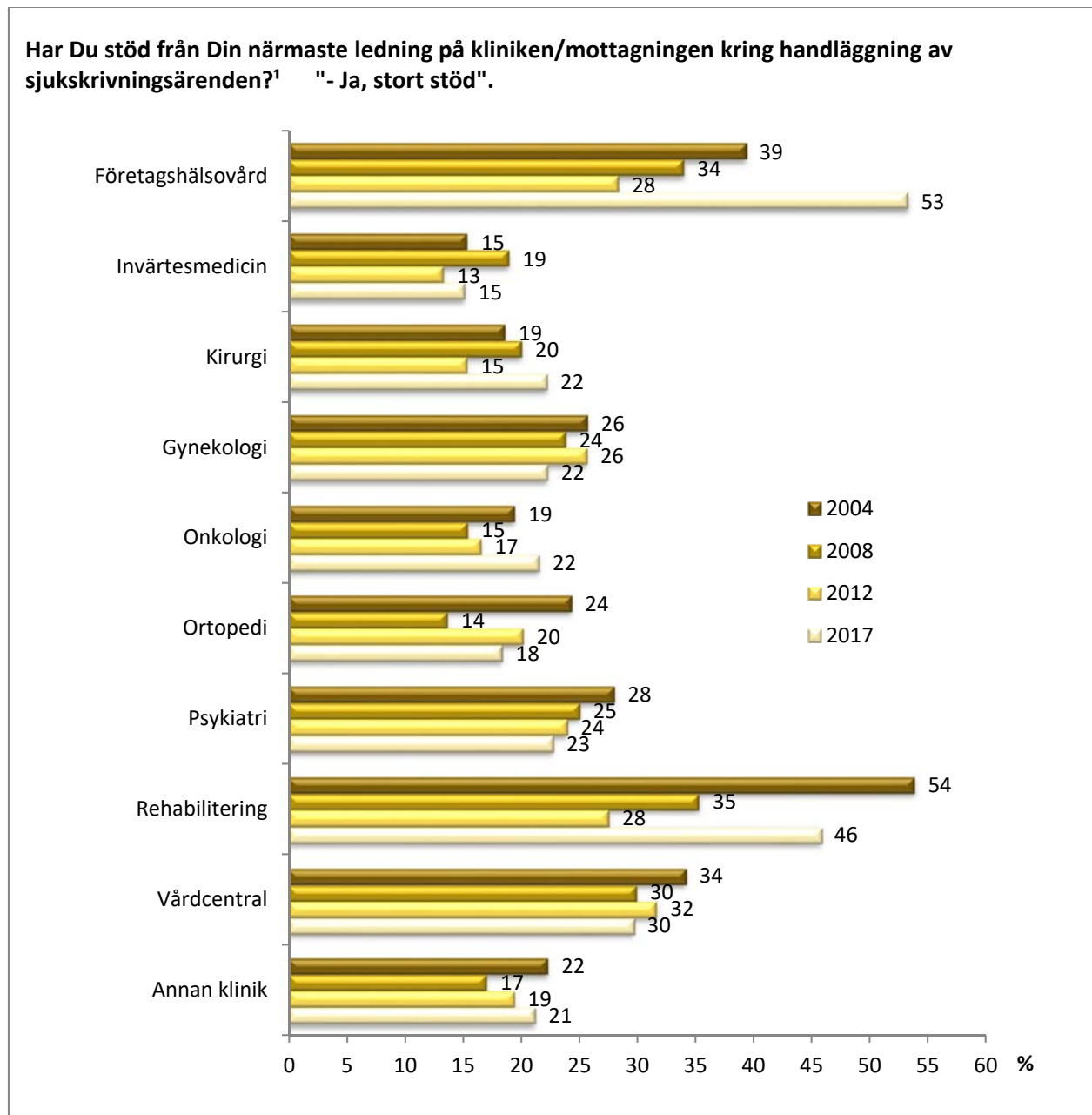
Figur 150. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats. I en analys med dessa svarsalternativ inkluderades förändrades inte resultatet mer än marginellt (visas ej).

I Figur 151 redovisas andel som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning, uppdelat på typ av klinik. Där framkommer en stor variation mellan olika typer av verksamheter både i andel som upplever stort stöd och i hur detta förändrats över tid. Framförallt är det stor variation mellan enkätåren inom företagshälsovård och rehabilitering, det vill säga, de två verksamheter som har minst antal deltagare varje enkätår.

Trots den stora variationen mellan enkätåren är detta också de två verksamheter där störst andel har svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning, under samtliga enkätår. Det är även de två verksamheter där störst andelar svarat att de har en väl förankrad policy (Figur 149).

Andel inom företagshälsovård respektive inom rehabilitering som svarat stort stöd var 39 respektive 54 procent år 2004, minskade därefter succesivt och var i båda verksamheter 28 procent år 2012. Enkätår 2017 var dessa procent 53 respektive 46 procent, dvs., betydligt större än i alla andra verksamheter, som varierade mellan 15 och 30 procent (för invärtesmedicin respektive vårdcentral).



Figur 151. Andel (%) läkare som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

Sammanfattning, jämförelsen 2017-2012-2008-2004 för Stockholm och Östergötland

I jämförelsen av svaren från enkäterna 2017, 2012, 2008 och 2004 ingår svar från de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms eller Östergötlands län och som då var yngre än 65 år. Det var sammanlagt 48 frågor som förekom i alla fyra enkäterna. För några av frågorna fanns det en trend av stegvis ökning alternativt minskning av andelar läkare som gett en viss typ av svar mellan enkätåren 2004-2008-2012 och att dessa trender bröts något år 2017.

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka minskade fram till 2012 och blev därefter större igen men inte lika stor som 2004. Särskilt tydligt var detta inom vårdcentraler och rehabilitering (för vårdcentral 62 % 2004; 39 % 2008; 28 % 2012; 44 % 2017). Det fanns inte några större skillnader över de tre första enkätåren i andelen läkare som svarade att sjukskrivningsärenden är problematiska minst en gång i veckan (33 % 2004 respektive 2008; 29 % 2012) medan andelen var större år 2017 (42 %).

Under alla fyra enkätåren angav mer än hälften av läkarna det som mycket eller ganska problematiskt att ”bedöma patienters arbetsförmåga” och andelen var störst år 2017 (53 % 2004; 55 % 2008; 56 % 2012; 60 % 2017). Avseende övriga potentiellt problematiska situationer fanns en betydande ökning – från cirka en tredjedel till hälften – över de fyra enkätåren av andelen läkare som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att ”bedöma patientens funktionsförmåga” (37 % 2004; 45 % 2008; 45 % 2012; 49 % 2017), att ”hantera sina två roller som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig” (39 % 2004; 43 % 2008; 44 % 2012; 51 % 2017) samt att ”skriva läkarintyg till Försäkringskassan” (34 % 2004; 35 % 2008; 32 % 2012; 41 % 2017). Bland övriga situationer som i större grad än andra uppfattades som mycket eller ganska problematiska återfinns att ”bedöma optimal sjukskrivningstid och grad”, ”handlägga förlängning av sjukskrivning som annan läkare initierat” och ”när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning”.

Hälften eller mer (48-69 %) sjukskrev aldrig eller nästan aldrig en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika behandlingar eller utredningar hos externa aktörer, och en tredjedel (29-38 %) aldrig på grund av väntetider till utredning eller behandling inom hälso- och sjukvården.

Upplevd oro eller hot i samband med sjukskrivningsärenden har i stort sett legat på samma nivå och majoriteten (drygt 80 procent) upplevde aldrig detta något av enkätåren.

Svaren på frågor om *kontakter med Försäkringskassan* följde samma mönster som många andra frågor, med störst ökning från 2012 till 2017. Andelen som hade kontakt med Försäkringskassan minst en gång/vecka minskade från 11 procent 2004 till 6 procent 2012 för att 2017 återgå till samma nivå som 2004. Andelen som aldrig/i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan minskade från 2004 till 2017. Andel läkare som svarade att kontakterna med Försäkringskassan har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet minskade från 42 till 32 procent enkätåren 2004-2012 och ökade något till 36 procent 2017.

Vad avser logistiska svårigheter i kontakten med Försäkringskassan upplevde en stor och ökande andel sådana. Bara för två typer av svårigheter ses en svag minskning i andel som upplevt dem, nämligen att ”det är svårt att få reda på vem du ska prata med” och att ”FK inte kontaktar Dig, trots att Du bett om det”. En logistisk svårighet som en något större andel upplevde 2017 (35 % 2004; 34 % 2008; 32 % 2012; 40 % 2017), är att ”det är svårt att komma fram per telefon”, en svårighet som det med dagens teknik torde vara enkelt att hantera.

Andra typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan rör mer upplevelse av bemötande. Andelen som upplevde en ”negativ attityd från Försäkringskassan” har successivt fyrdubblats (från 4 % 2004 till 16 % 2017), och andelen som upplevde en svårighet i ”ni tycks tala olika språk” ökade

Resultat

ännu mer (från 6 % 2004 till 31 % 2017). På liknande sätt upplevde en betydligt större andel 2017 att ”Du/Dina bedömningar ifrågasätts” jämfört med tidigare enkätår (från 9 % 2004 till 37 % 2017).

Den viktigaste faktorn för att ha hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet ansågs sammantaget över enkätåren vara ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (45 % 2004; 42 % 2008; 50 % 2012 samt 2017). Högt värderades även kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal (41 % 2004; 61 % 2008; 42 % 2012; 48 % 2017). En stor och ökande andel läkare angav att handledning i sjukfrånvarofrågor skulle ha stort värde för kvaliteten i arbetet (29 % 2004; 33 % 2008; 41 % 2012; 40 % 2017).

När det gäller organisatoriska förutsättningar för arbetet, i termer av policy/rutiner respektive stöd från närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, skedde inga större förändringar över de fyra enkätåren. Andelen läkare som hade en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/mottagning har varierat en aning mellan 15 – 20 procent mellan enkätåren. Runt en tredjedel svarade var och ett av de fyra enkätåren att de inte hade något stöd från närmaste ledningen i handläggning av sjukskrivningsärenden. En dryg femtedel hade stort sådant stöd under de fyra enkätåren, med något större andel 2004 (26 %) än senare enkätår (23-24 %).

Avslutande kommentarer

Övergripande resultat återfinns i sammanfattningen på sidan 6 samt i slutet av var och en av de tre kapitlen med jämförelser över tid. Här följer några övergripande kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

De fyra olika enkäterna är tvärsnittsstudier och kan användas för tidsserieanalyser. Då det endast delvis är samma personer som ingår i respektive enkät, kan resultaten jämföras över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika typer av kliniska verksamheter eller olika landsting. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar i de olika enkätåren, exempelvis i syftet att säga något om läkares utvecklingsmönster mellan enkätåren. Mellan 2004 och 2017 har det skett stora förändringar i läkarkårens sammansättning; flera av dem som var yrkesverksamma år 2004 är det inte längre 2017 medan många nya läkare har utbildats och börjat arbeta som läkare. Det innebär att även om vi hade kunnat jämföra svar på individnivå, hade den grupp som då studerats varit begränsad och inte särskilt representativ för läkarkåren som helhet.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 61 %) och därefter ytterligare något; från 58 % 2012 till 54 % 2017. Detta följer den allmänna trenden av att svarsfrekvenser minskar i enkätstudier (266, 267). Svarsfrekvensen får dock betraktas som god i denna studie, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu.

Som oftast i enkätstudier var svarsfrekvensen högre bland kvinnor och bland äldre personer. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att unga läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har nåtts av inbjudan att delta, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga. Möjligheten att delta via webbenkät användes av betydligt större andel år 2017 än år 2012, de två år då denna möjlighet funnits. Många av de läkare som kontaktade oss under datainsamlingen berättade att de samtidigt fick ett stort antal andra förfrågningar om att svara på enkäter. Att så många ändå valde att delta, tolkar vi som att ett stort antal läkare anser att detta är ett mycket angeläget område. Av Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) framgår det dock inte alltid vilken typ av verksamhet läkare arbetar inom, vilket innebär att ett för oss okänt antal läkare som inte skulle ha fått enkäten kan ha fått den. Det innebär till exempel att en del laboratorieläkare kan ha fått den, och avstått från att svara då de inte arbetar med sjukskrivningar, vilket i så fall påverkar svarsfrekvensen.

En annan metodaspekt är vissa skillnader i urval mellan enkäterna när det gäller ålder, typer av kliniska verksamheter och vilka landsting som inkluderats. Enkäten år 2004 riktade sig endast till läkare i Stockholm och Östergötland. I jämförelsen där svar från alla fyra enkäter ingick, valde vi att endast ta med läkare som huvudsakligen arbetade i Östergötland och Stockholm även de kommande åren. En analys gjordes av svaren på 2008 års enkät, som gick ut till alla landsting, för att bedöma om svaren från Stockholm och Östergötland kunde generaliseras till att gälla även för övriga landet (3). Analyserna visade att resultaten från Stockholm och Östergötland kunde generaliseras till hela Sverige (3, sid. 17-18).

I 2004 års enkät, riktad till läkarna i Stockholm och Östergötland, satte vi en åldersgräns vid 65 år, både av ekonomiska skäl och då det var mindre vanligt då än idag att yrkesarbeta efter 65 års ålder. I 2008 års enkät inkluderades samtliga yrkesverksamma läkare som bodde i Sverige, delvis för att få kunskap om åldersspridningen och då det fanns hypoteser om att äldre läkare sjukskrev på ett annat sätt än yngre. En annan anledning till en totalundersökning var att resultaten i 2004 års enkät visade att läkare i betydligt fler verksamheter än väntat hade sjukskrivningsärenden. I de kommande två enkäterna (2012 och 2017) skickade vi inte enkäten till specialistutbildade läkare i verksamheter som enligt tidigare enkäter hade lågt antal och andel sjukskrivande läkare. Under 2012 och 2017 blev det två misstag i detta; 2012 kom inte specialistutbildade läkare inom ögon samt inom öron/näsa/hals som

var verksamma i landsting utanför Stockholm och Östergötland med. År 2017 kom inte alla specialistutbildade gynekologer som var verksamma utanför Stockholm med. Urvalet har alltså varierat mellan enkätåren för ett fåtal typer av kliniker/mottagningar. Detta är en viktig anledning till att vi fokuserat på att presentera andel och inte antal svarande för de olika frågorna.

År 2012 satte vi en övre åldersgräns på 68 år, år 2017 den blev något högre. De olika ålderskriterierna, som innebär att endast läkare under 65 år har inkluderats när svar från samtliga fyra enkätår har jämförts och de under 68 år när svar från enkätåren 2008, 2012 och 2017 har jämförts, innebär att underlagen till de olika jämförelserna skiljer sig åt något. I 2008 års enkät fanns ingen övre åldersgräns, det vill säga, alla inkluderades, oberoende av ålder. I en delstudie jämfördes svarsmönstret för dem som var 65 år eller äldre med svarsmönstret för dem som var under 65 år och det framkom då endast mindre skillnader mellan grupperna (234). Vi valde ändå att i de jämförande analyserna endast inkludera personer som hade motsvarande åldrar som de yngsta inkluderade.

Vi har fått avidentifierad information angående de som besvarat enkäten. Det innebär att vi inte haft möjlighet att kontakta de läkare som inte svarat för att ta fram ett underlag för bortfallsanalys av skillnader i svarsmönster mellan dem som inte svarade jämfört med dem som svarade. Vi vet alltså inte om de som inte svarade till exempel upplevde hantering av sjukskrivningsärenden som problematisk i större eller i mindre utsträckning än de som svarade. Dock kan det anses vara ett tillräckligt stort antal läkare som deltagit varje år för att ge underlag för åtgärder.

Varje år har ungefär hälften av de sjukskrivande läkarna varit kvinnor. I tidigare litteraturöversikter har det inte framkommit könsskillnader i hur läkare sjukskriver (8) och vi har inte analyserat data utifrån detta perspektiv i denna rapport. I den mån materialet ska användas för utvärdering av insatser respektive för planering av framtida insatser, torde fokus vara på specifika mottagningar eller kliniska verksamheter alternativt mot läkare på specifika utbildningsnivåer, till exempel AT eller ST, snarare än till de läkare som är kvinnor eller män. Av denna anledning är analyserna inte könsstratifierade.

I 2017 års enkät ingick för första gången frågor om typ av organisation (offentlig/privat organiserad respektive finansierad) som läkaren arbetade inom och huruvida läkaren huvudsakligen arbetade som så kallad *hyrläkare/stafettläkare*. Det senare definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Tidsgränsen på en månad diskuterades både inom referensgruppen och med andra. Valet av denna definition baserades på att det är den som Läkarförbundet använder. Många så kallade hyrläkare eller stafettläkare är kvar på samma klinik/mottagning betydligt längre, ibland flera år. Förhoppningsvis omfattas de då också av till exempel rutiner, policys samt stöd från närmaste ledning vad gäller hantering av patienters sjukskrivning. Här var syftet istället att få en bild av situationen för de hyrläkare/stafettläkare som ofta byter arbetsplats.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste betydelsen av att använda exakt samma *frågeformulering* och samma svarsalternativ i varje enkät vägas mot värdet av att försöka förbättra frågans utformning. Forskningen om läkares arbete med sjukskrivning är ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade frågeformulär att tillgå. I stället har kunskap genererats i analyserna av svar i de tidigare enkäterna, både i studier av de fasta svarsalternativen och av de öppna svaren (4, 215, 233, 246, 261). Baserat på dessa har vi modifierat några frågor vad avser formulering eller svarsalternativ. Detta innebär i vissa fall en begränsning när det gäller jämförelser mellan åren, och hur vi har hanterat detta beskrivs i metoddelen sid 28. Ibland baseras även ändringar av formuleringar på att språkbruket har förändrats. Ett exempel är att det som tidigare kallades policy, något som varje verksamhetschef ansvarar för att implementera för olika aspekter, numera ofta benämns rutiner.

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

Flera förklaringar kan finnas till de skillnader i resultat som redovisas mellan landstingen. Dels kan skillnader i befolkningsammansättning och arbetsmarknader ge olika frekvens och problembild i sjukskrivningsarbetet. Dels finns det en variation mellan landstingen vad avser vilka typer av klinisk verksamhet som finns i varje landsting, särskilt avseende vilka typer av specialistkliniska verksamheter som finns i respektive landsting. Separata analyser för varje landsting, liksom fördjupade jämförelser mellan landsting kan och bör göras.

Skillnaderna var ofta större mellan olika typer av kliniker än mellan landsting. Detta var förväntat, då det ofta finns avsevärda skillnader vad gäller patientkaraktäristika, diagnospanorama, nedsättning av funktion respektive nedsatt arbetsförmåga och patienters behov. Det innebär också skilda behov av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, av samarbeten och kontakter och särskilt av kontakter med Försäkringskassan. Ett tydligt exempel på detta är företagshälsovård, där samtliga patienter är i arbetsför ålder och har ett arbete. En stor del av patienterna vid många andra typer av kliniker är pensionärer sedan länge. Ingående analyser av skillnaderna mellan olika typer av kliniker/verksamheter bör göras, men ligger inte inom ramen för denna rapport.

För var och en av de tidigare enkäterna (2004-2008-2012) har andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka sjunkit. Detta är i överensstämmelse med den kraftiga nedgången av sjuktalen i Sverige sedan 2003 (31). År 2017 var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka något större vilket också är i linje med att sjuktalen ökat de senare åren. Andelen läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan blev också betydligt större 2017.

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

En annan fråga som behöver fördjupade analyser är frågan om sjukskrivningsarbetet som ett *arbetsmiljöproblem*. Resultatet visade en kraftig ökning av läkare som betraktade sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (16 % 2012; 31 % 2017). Det finns många faktorer som kan påverka om sjukskrivningsarbetet upplevs som ett arbetsmiljöproblem. För att förstå problemet behövs fördjupade analyser av såväl de slutna som de öppna svaren, generellt och för specifika typer av kliniska verksamheter.

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde *olika typer av problem* inte har minskat trots de stora satsningar som gjorts inom området. Många interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar har till exempel riktats till vårdcentralsläkare. Resultaten visar dock att vårdcentralsläkare fortfarande 2017 upplevde arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än vad läkare inom andra kliniska verksamheter gör. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan till exempel ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär.

En annan central del av sjukskrivningsmiljardssatsningarna har varit *försäkringsmedicinsk kompetensutveckling*. Resultaten visar tydligt att behovet av sådan kompetens är stort. Det är även troligt att när kompetensnivån tidigare varit låg och sedan utvecklats något, genom till exempel korta kurser i försäkringsmedicin eller möjlighet att rådfråga eller få handledning av någon med sådan kompetens, så blir de egna kunskapsluckorna tydligare. På motsvarande sätt kan förväntningarna på rutiner och policy kring hantering av sjukskrivningsärenden vid den egna mottagningen öka när läkaren får mer kunskap om vad sådana rutiner faktiskt skulle kunna innebära och innehålla.

Ett resultat i jämförelserna mellan åren är den ökande och stora andelen läkare som ansåg att det var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att ”Försäkringskassan begär onödiga

kompletteringar av mina intyg". Andelen som ansåg det ökade med 19 procentenheter mellan enkätåren 2012 och 2017, (från 37 till 56 %, det vill säga en ökning med 51 %). Andelen som 2017 ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att "svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg" var ännu större: 68 procent. Den frågan fanns inte med de tidigare enkätåren.

Försäkringskassan har, baserat på ett urval av 5070 av samtliga 1,5 miljoner sjukintyg gällande sjukpenning från hela landet under ett år (dvs, cirka tre promille av samtliga intyg), uppskattat att år 2011 begärde Försäkringskassan kompletteringar av 9,3 procent av läkarintygen, 2012 av 7,2 procent och år 2017 av 9,7 procent (268). Det innebär att jämfört med 2011 är det ingen ökning av andel intyg som Försäkringskassan begärt kompletteringar av, däremot en viss ökning jämfört med 2012. Då antalet sjukskrivningsfall ökat sedan 2011 innebär det dock att antalet läkarintyg som Försäkringskassan begär komplettering av har ökat med drygt 60 procent sedan dess.

Den modesta skillnaden mellan enkätåren, ibland med tendens till försämring snarare än förbättring, vad gäller svaren på frågorna om *organisatoriska förutsättningar* för arbete med sjukskrivningsärenden kan ha samband med flera faktorer, som behöver utvärderas med fördjupade analyser av dessa data liksom av andra data (40, 60, 143, 145, 269). Resultaten om detta kan ses som anmärkningsvärda, då förbättrad ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning har varit det främsta målet i sjukskrivningsmiljarderna, inklusive på verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

Angående andelen som inte har kontakt med arbetsgivare alternativt Arbetsförmedling: i många fall är detta inte aktuellt, på grund av diagnosens karaktär.

Det framkommer att två typer av interventioner under de senaste åren, införandet av *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* och av *elektronisk överföring av läkarintyg*, har varit positiva såtillvida att de i stor utsträckning används och upplevs som användbara. Införandet av yrkeskategorin *rehabkoordinatorer* upplevs som positivt av flertalet av de som har tillgång till dem, samtidigt som resursen inte är helt införd överallt och inte förefaller användas särskilt mycket (ännu). Till exempel anger en större andel läkare oftare samverkan med kuratorer/psykologer och fysioterapeuter/arbetsterapeuter som vara av större värde än tillgången till rehabkoordinator.

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

Stora delar av de enkäter som ligger till grund för denna rapport har även översatts till andra språk och använts i andra länder, såsom i Norge (258), i Schweiz (257) och i Finland (270), vilket innebär goda möjligheter att jämföra resultaten från detta projekt även med resultat från andra länder.

Figur- och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. En översiktsbild för illustration av de fem avsnitten i rapporten; röd, blå, grön, aprikos respektive gul.	37
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland de svarande som var yrkesverksamma i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.	45
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.	45
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.	46
Figur 5. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	48
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	51
Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	52
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	52
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	53
Figur 10. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.	55
Figur 11. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.	55
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.	56
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.	56
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.	57
Figur 15. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	59
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	60
Figur 17. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	60
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	61
Figur 19. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	65
Figur 20. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, samt regressionslinje för sambanden.	66

Figur- och tabellförteckning

Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	68
Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	69
Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter relaterade till sjukskrivning av patienter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	70
Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	71
Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.	72
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.	73
Figur 27. Andel (%) läkare som minst några gånger per år kände sig hotade eller oroliga, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	74
Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.	76
Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.	77
Figur 30. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.	80
Figur 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.	80
Figur 32. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	83
Figur 33. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tycker att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.	85
Figur 34. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.	85
Figur 35. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.	86
Figur 36. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	87
Figur 37. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	90
Figur 38. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	92
Figur 39. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.	92
Figur 40. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.	93
Figur 41. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	94

Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.	94
Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.	97
Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	99
Figur 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	99
Figur 46. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).	101
Figur 47. Andel (%) läkare som uppgav att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	104
Figur 48. Andel (%) läkare som uppgav att "Försäkringskassan efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen" som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	105
Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.	109
Figur 50. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	112
Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.	113
Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.	115
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.	118
Figur 54. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	118
Figur 55. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet.	121
Figur 56. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på landsting.	122
Figur 57. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.	123
Figur 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	124
Figur 59. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinatorers verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.	125
Figur 60. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinatorers verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på landsting.	126
Figur 61. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinatorers verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på typ av klinisk/mottagning.	127
Figur 62. Andel (%) läkare som minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator, för samtliga samt uppdelat på landsting.	128
Figur 63. Andel (%) läkare som minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.	129
Figur 64. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	130

Figur- och tabellförteckning

Figur 65. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	132
Figur 66. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	133
Figur 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.....	136
Figur 68. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.	141
Figur 69. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.....	142
Figur 70. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2012 respektive 2017.	142
Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	144
Figur 72. Andel (%) läkare som minst sex gånger per vecka mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.	145
Figur 73. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.	146
Figur 74. Andel (%) vårdcentralläkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.	147
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2012 respektive 2017.....	148
Figur 76. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för vart och ett av åren.....	149
Figur 77. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2012 respektive 2017.....	150
Figur 78. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på specialister och icke specialister, år 2012 respektive 2017.	150
Figur 79. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk alternativt ej aktuellt, år 2012 respektive 2017.....	151
Figur 80. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats, Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.....	156
Figur 81. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	156
Figur 82. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.	158
Figur 83. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.....	158
Figur 84. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.....	159
Figur 85. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2012 respektive 2017.....	160
Figur 86. Andel (%) läkare som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar, för samtliga läkare samt uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.....	162

Figur 87. Andel (%) läkare som upplevde att Försäkringskassan ifrågasätter dem/deras bedömningar, samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2012 respektive 2017.....	163
Figur 88. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.	166
Figur 89. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har nytta av den gemensamma policyn i deras kliniska arbete, år 2012 respektive 2017.....	166
Figur 90. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.	167
Figur 91. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2012 respektive 2017.....	168
Figur 92. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, år 2012 respektive 2017.	168
Figur 93. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, år 2012 respektive 2017.....	169
Figur 94. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt är integrerat med deras journalsystem, år 2012 respektive 2017.	169
Figur 95. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.....	170
Figur 96. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.....	175
Figur 97. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.....	176
Figur 98. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	176
Figur 99. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	178
Figur 100. Andel (%) läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, uppdelat på landsting, år 2008, 2012 respektive 2017.....	179
Figur 101. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017. .	180
Figur 102. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.....	181
Figur 103. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för vart och ett av åren.....	183
Figur 104. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.....	185
Figur 105. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	188
Figur 106. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	188
Figur 107. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.	189

Figur- och tabellförteckning

Figur 108. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	190
Figur 109. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	190
Figur 110. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	192
Figur 111. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	192
Figur 112. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), alternativt inte upplevde några svårigheter, år 2008, 2012 respektive 2017.	194
Figur 113. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	198
Figur 114. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	199
Figur 115. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.	200
Figur 116. Åldersfördelningen (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	206
Figur 117. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	206
Figur 118. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	207
Figur 119. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	208
Figur 120. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	209
Figur 121. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	209
Figur 122. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	210
Figur 123. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger/vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka, uppdelat för de läkare som huvudsakligen arbetade vid vårdcentral respektive inom onkologi, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	211
Figur 124. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017, samt regressionslinje för sambanden för respektive år.....	212
Figur 125. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om patientens funktionsnedsättning är nedsatt, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	215
Figur 126. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	215

Figur 127. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	216
Figur 128. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden, år 2004, 2012 respektive 2017.	216
Figur 129. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivningen, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	217
Figur 130. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	217
Figur 131. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	218
Figur 132. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	218
Figur 133. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	219
Figur 134. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	221
Figur 135. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de remitterade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	221
Figur 136. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	222
Figur 137. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	223
Figur 138. Andel (%) läkare som svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”det tar för mycket tid i anspråk”, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	224
Figur 139. Andel (%) läkare som upplevde att ”Du/Dina bedömningar ifrågasätts”, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	225
Figur 140. Andel (%) läkare som angav att handledning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	226
Figur 141. Andel (%) läkare som angav att skriftlig information har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	227
Figur 142. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	227
Figur 143. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	228
Figur 144. Andel (%) läkare som angav att kontakter med handläggare på Försäkringskassan har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	228
Figur 145. Andel (%) läkare som angav att samverkansmöten eller avstämningsmöten har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	229

Figur 146. Andel (%) läkare som angav att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	229
Figur 147. Andel (%) läkare som angav att kurser har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	230
Figur 148. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	231
Figur 149. Andel (%) läkare som svarade att de har en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	232
Figur 150. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	233
Figur 151. Andel (%) läkare som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	234

Lista över tabeller

Tabell 1. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	21
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper.	24
Tabell 3. Svarsfrekvens (%) uppdelat på län efter läkares bostadsort.	24
Tabell 4. Antal svarande läkare, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.	27
Tabell 5. Antal svarande läkare i Stockholm och Östergötlands läns landsting, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.....	27
Tabell 6. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.....	43
Tabell 7. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	44
Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.	46
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	47
Tabell 10. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.	53
Tabell 11. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	54
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.	58
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	58
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på landsting.	61
Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	62
Tabell 16. Andel (%) läkares organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	62

Tabell 17. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	63
Tabell 18. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på landsting.	63
Tabell 19. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	64
Tabell 20. Avstånd i procentenheter från andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning.	67
Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel av dem som kände till dem, som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på landsting.	78
Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	79
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting. ...	81
Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	82
Tabell 25. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.	83
Tabell 26. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	84
Tabell 27. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på landsting.	88
Tabell 28. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	89
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.	91
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på landsting.	95
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	96
Tabell 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	97
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	98
Tabell 34. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.	102
Tabell 35. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.	103
Tabell 36. Andel (%) läkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.	106

Tabell 37. Andel (%) vårdcentralsläkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.	106
Tabell 38. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting.	107
Tabell 39. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	108
Tabell 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på landsting.	110
Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	111
Tabell 42. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på landsting.	114
Tabell 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	115
Tabell 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	116
Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	117
Tabell 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.	117
Tabell 47. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	119
Tabell 48. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på typ av klinik/mottagning.	120
Tabell 49. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	124
Tabell 50. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på landsting.	131
Tabell 51. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	131
Tabell 52. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på landsting.	132
Tabell 53. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik.	133
Tabell 54. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på landsting.	134
Tabell 55. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	135
Tabell 56. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på landsting.	136
Tabell 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	137

Tabell 58. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.	141
Tabell 59. Antal sjukskrivande läkare per landsting som de huvudsakligen arbetade i, samt andel (%) av samtliga, år 2012 respektive 2017.	143
Tabell 60. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2012 respektive 2017.....	143
Tabell 61. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.....	148
Tabell 62. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2012 respektive 2017.	152
Tabell 63. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2012 respektive 2017.	152
Tabell 64. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska alternativt ej aktuellt, år 2012 respektive 2017.	153
Tabell 65. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2012 respektive 2017.....	153
Tabell 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2012 respektive 2017.	154
Tabell 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, 2012 respektive 2017.	154
Tabell 68. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2012 respektive 2017.	155
Tabell 69. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2012 respektive 2017.	155
Tabell 70. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2012 respektive 2017.....	157
Tabell 71. Andel (%) läkare som upplevde nedan angivna typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting, år 2012 respektive 2017.	161
Tabell 72. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	164
Tabell 73. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	164
Tabell 74. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	165
Tabell 75. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	165
Tabell 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.....	167
Tabell 77. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.	175
Tabell 78. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per landsting som de huvudsakligen arbetade i, år 2008, 2012 respektive 2017.....	177
Tabell 79. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008, 2012 respektive 2017.....	178
Tabell 80. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	181

Figur- och tabellförteckning

Tabell 81. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot, oro och konflikter i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	182
Tabell 82. Avstånd i procentenheter från andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	184
Tabell 83. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	185
Tabell 84. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna patientrelaterade situationer i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.....	186
Tabell 85. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	186
Tabell 86. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.....	187
Tabell 87. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.....	187
Tabell 88. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.....	191
Tabell 89. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting, år 2008, 2012, respektive 2017.....	195
Tabell 90. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	196
Tabell 91. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	196
Tabell 92. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	197
Tabell 93. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	197
Tabell 94. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	199
Tabell 95. Antal sjukskrivande läkare från Stockholm och Östergötland för respektive enkätår som ingår i analyserna, samt andel av dem från Östergötlands län.	205
Tabell 96. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.	205
Tabell 97. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar i Stockholm och Östergötland, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	207
Tabell 98. Avstånd i procentenheter från den andel läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka till det estimerade värdet (regressionslinjen), uppdelat på typ av klinik/mottagning år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	213
Tabell 99. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	214
Tabell 100. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot, oro eller konflikter i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	219
Tabell 101. Andel (%) läkare i relation hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	220

Tabell 102. Andel (%) läkare som svarade att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	226
---	-----

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2017.
2. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
3. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, Skånér Y, Söderberg E, Södersten E. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
4. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsen H, Söderberg E. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
5. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. In: Socialdepartementet, editor.: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
7. Elrud R, Alexanderson K. Utvärdering av ett ettårigt projekt (2014-2015) med rehabkoordinatorer vid Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015. Contract No.: ISBN 978-91-7549-356-5.
8. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
9. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
10. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2010;28:67-75.
11. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
12. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *The Cochrane Library*. 2017.
13. Barth J, de Boer E, Busse J, Hoving J, Kedzia S, Couban R, Fischer K, von Allmen D, Spanjer J, Kunz R. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *Bmj*. 2017;356:14.
14. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *The European journal of general practice*. 2012;18(4):219-28.
15. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008. Report No.: 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
16. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradshälsöbygdens tryckeri; 2002.
17. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
18. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen; 2005.
19. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
20. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.

21. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
22. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
23. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. *Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
24. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
25. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
26. *Rehabilitation and return to work: Europe's systems and policies*. European Agency for Safety and Health at Work.
27. *Folkhälsorapport 2009*: Socialstyrelsen; 2009.
28. Black C. *Working for a healthier tomorrow*. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London: The Stationary Office; 2008.
29. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
30. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
31. *Socialförsäkringen i siffror 2017*. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
32. Järvholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
33. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
34. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. Litteraturöversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudierapport SRS. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
35. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
36. Alexanderson K. *Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]*. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
37. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Fritzes; 2009.
38. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41:115-21.
39. *Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst*. Stockholm: Socialdepartementet; SOU; 2000. Report No.: SOU 2000:5.
40. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2005.
41. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II*. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5; 2002. Report No.: SOU 2002:5.
42. *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66; 2008. Report No.: SOU 2008:66.
43. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
44. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
45. *Analys av sjukförsäkringens utveckling 2013*. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
46. *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1*. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.

Referenser

47. Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk målluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
48. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
49. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
50. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC public health. 2010;10(752).
51. Starzmann K. The physician and the sickness certification [Doctoral]. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
52. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
53. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Report No.: Artikelnummer 2005-109-2.
54. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
55. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
56. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
57. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
58. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
59. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
60. 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.
61. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
62. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
63. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
64. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
65. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [
66. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. Occupational medicine. 2010;60(2):152-5.
67. Friberg E, Alexanderson K. Forskning om försäkringsmedicinska utredningar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
68. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity-- a qualitative study. BMC public health. 2012;12:702.
69. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
70. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
71. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos; 2010.

72. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
73. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
74. Waddell G, Burton K. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO; 2006. 1-246 p.
75. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
76. *Metoder för behandling av långvarig smärta* Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
77. *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. Report No.: 166/1.
78. *Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
79. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occupational medicine*. 2010;60(2):121-6.
80. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*. 2008(44):3129-32.
81. Nilsing E, Soderberg E, Normelli H, Oberg B. Description of functioning in sickness certificates. *Scand J Public Health*. 2011;39(5):508-16.
82. *Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram*. Försäkringskassan; 2010.
83. *Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT*. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
84. *Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation*. Försäkringskassan; 2012.
85. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
86. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
87. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
88. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
89. *Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin*. Stockholms läns landsting; 2012.
90. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;6:518-28.
91. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
92. *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
93. *Sjukskrivningsmiljarden: "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015"*. Stockholm: Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
94. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
95. *Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
96. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
97. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
98. Grape O. *Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform*. Umeå: Umeå Universitet; 2001.

99. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund; 2006.
100. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
101. Becher T. Professional education in a comparative context. In: Torstendahl R, Burrage M, editors. The formation of professions. London: Sage Publications; 1990. p. 134-50.
102. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
103. Wheat HC, Barnes RK, Byng R. Practices used for recommending sickness certification by general practitioners: A conversation analytic study of UK primary care consultations. *Social science & medicine*. 2015;126:48-58.
104. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturoversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
105. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
106. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
107. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
108. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33:314-20.
109. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1998;317:28-32.
110. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
111. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scandinavian journal of primary health care*. 2006;24(2):104-9.
112. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *European journal of public health*. 2005;15(5):470-4.
113. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? ; 2008.
114. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudéau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7.
115. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006;23(2):246-52.
116. Löfvander M, Engström A. An observer - participant study in primary care of assessments of inability to work in immigrant patients with ongoing sick leave. *Scandinavian Journal Prim Health Care*. 2003(21):1 - 6.
117. Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
118. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Fromm P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine*. 2006;56(1):46-50.
119. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
120. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahrnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2002.
121. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum; 2003.

122. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004. Report No.: 2.
123. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
124. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
125. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg; 1996.
126. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
127. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(1):125-30.
128. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *Journal of occupational rehabilitation*. 2003;13(1):45-61.
129. 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.
130. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
131. 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.
132. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.
133. 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.
134. 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.
135. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
136. 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.
137. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Soc Work Health Care*. 2008;46(2):71-87.
138. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008.
139. Lynöe N, Wessel M, Juth N, Alexanderson K, Helgesson G. Wrongful encounters and return to work - empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. Manuscript. 2011.
140. 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;1(2):e000246.
141. 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.

Referenser

142. 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.
143. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014. Report No.: 9.
144. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
145. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention; 2007.
146. 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 (Management of how healthcare handle sickness certification of patients)(In Swedish). Division of Insurance medicine, Institutet K; 2013.
147. von Knorring M, de Rijk A, Alexanderson K. Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC health services research*. 2010;20(271).
148. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. Healthcare managers' construction of the manager role. The manager role in relation to the medical profession. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
149. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(1):22-8.
150. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004;328(7431):88.
151. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
152. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(1):20-6.
153. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002;122(19):1874-9.
154. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007;29(4):497-514.
155. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007;11(1):21-9.
156. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007;137(23-24):341-6.
157. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
158. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
159. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and rehabilitation*. 2002;24(16):867-74.
160. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *Bmj*. 2004;328(feb):461-2.
161. Aylward M, Waddell G, editors. Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.

162. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2009;10:31.
163. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health.* 2010;38(2):192-9.
164. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zimbrunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one.* 2012;7(11):e49760.
165. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen.* 2000;97(46):5324-7.
166. de Boer W, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment; 2004.
167. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden.* OECD; 2010.
168. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers.* OECD; 2010.
169. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen.* 2005 november, 2005:3666-74.
170. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
171. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
172. Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2015.
173. Lidwall U. Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2011.
174. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
175. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen; 2008.
176. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
177. Rehabiliteringsgarantin 2014. Vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
178. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta. Sveriges kommuner och landsting; 2008.
179. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
180. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund; 2011.
181. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
182. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
183. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
184. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
185. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner. Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
186. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Referenser

187. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Försäkringskassan; 2013.
188. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Försäkringskassan; 2013.
189. En utvärdering av AFU - Handläggare och läkares upplevelser av att arbeta med AFU. En rapport baserad på djupintervjuer med handläggare och läkare. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
190. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2015.
191. Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras - ett genusperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
192. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
193. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
194. Ljungquist T. Utvärdering av utvidgad sjukgymnastisk undersökning inom aktivitetsförmågeutredning (AFU). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
195. Jonsson J, Westin M, Alexanderson K. Psykologers och läkares arbete med psykologutredningen vid aktivitetsförmågeutredning (AFU) - svårigheter och utmaningar. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
196. Alexanderson K, Hinas E, Nilsson K. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie år 2016.: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2016.
197. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
198. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
199. Försäkringsmedicinskt beslutstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen; 2007.
200. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008. Socialstyrelsen; 2009.
201. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010. Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet; 2011.
202. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
203. Försäkringsmedicinskt beslutstöd, diagnosspecifikt.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen.
204. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan; 2013.
205. Rahman S. Disability pension due to common mental disorders - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
206. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
207. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*. 2005;37:291-9.
208. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(3):233-9.
209. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013. Report No.: S2010:04.

210. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
211. Intygstjänster 2017. Delrapport 2. Inera; 2017.
212. Rapporter i Statistiktjänsten. Inera; 2016.
213. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
214. Skånér Y, Södersten E, Ekmer A, Arrelöv B, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm, år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
215. Söderberg E, Södersten E, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008. Karolinska Institutet & Linköpings universitet; 2009.
216. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
217. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
218. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
219. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
220. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
221. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
222. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
223. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
224. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm; 1999.
225. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
226. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
227. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013
[http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:]
228. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.
229. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
230. Frågor och svar. Villkor 5 - Stöd för rätt sjukskrivning 2017-2017. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2016.
231. Stöd för rätt sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan, SKL; 2016 2016-10-04. Report No.: Version 1.0 Contract No.: Dnr SKL: 14/3621.
232. Alexanderson K, Ekmer A, Hinas E, Lindholm C, Löfgren A. AT- och ST-läkares önskemål om kompetens och kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivningar. Rapport avseende Stockholms län.; 2010.

Referenser

233. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. Karolinska Institutet & Linköpings universitet; 2013.
234. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
235. Alexanderson K, Ekmer A, Lindholm C, Södersten E. Läkares arbete med sjukskrivning; Resultat för Dalarna. 2009.
236. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(3):178-85.
237. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
238. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
239. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(3):398-408.
240. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
241. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson Kr, editor. Bilaga till rapporten "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Stockholm Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005. p. 95-109.
242. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC public health*. 2010;10:61.
243. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
244. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
245. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC public health*. 2007;7(147):273.
246. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlns läns landsting/ Försäkringskassan; 2006. Report No.: 49.
247. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005. Report No.: 47.
248. Gustavsson C, Kjeldgård L, Bränström R, Lindholm C, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Problems experienced by gynecologist/obstetricians in sickness certification consultations. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. 2013.
249. Lindholm C, von Knorring M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two survey to physicians. *BMC Research Notes*. 2013;6(207).
250. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(4):227-33.

251. Skånér Y, Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Löfgren A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ open*. 2011;Dec 20;1(2):e000303.
252. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ open*. 2012;2(2):e000704.
253. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational medicine*. 2012;63:23-9.
254. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC public health*. 2013;13(478).
255. Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Ljungquist T, Kjeldgård L, Alexanderson K. Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC health services research*. 2012;12.
256. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2013.
257. Kedzia S, Kunz R, Zeller A, Rosemann T, Frey P, Sommer J, Herzig L, Alexanderson K, de Boer W. Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss medical weekly*. 2015;145:w14201.
258. Winde L, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Löfgren Wilteus A, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*. 2012;13:10 doi:10.1186/1471-2296-13-1.
259. Snörljung SK, J, Hinas E, Alexanderson K. Neurologists dealing with sickness certification: experiences of problems and need of competence. *Brain and Behavior*. 2017;Accepted.
260. Gustavsson C, Hinas E, Ljungquist T, Alexanderson K. Obstetricians/Gynecologists' Problems in Sickness Certification Consultations: Two Nationwide Surveys. *Obstetrics and Gynecology International*. 2016.
261. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. *Försäkringskassan*; 2015.
262. Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator. *Stockholms Läns Landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*; 2016.
263. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. *Sveriges Kommuner och Landsting*; 2015.
264. Norén A-M, Hytter-Landahl Å. Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. *Organisation och koordinering*. *Stockholms läns landsting*; 2014.
265. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast2011.
266. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. *Statistiska centralbyrån*; 2011.
267. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. *SOM-institutet, Göteborgs universitet*; 2017.
268. Svar på regeringsuppdrag Rapport - Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. *Stockholm: Försäkringskassan*; 2017 2017-12-12. Report No.: Version 1.0 Contract No.: 041508-2017.
269. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. *Stockholm: Försäkringskassan*; 2014.
270. Hinkka K, editor. Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *European Public Health Conference*; 2017; *Stockholm: European Journal of Public Health*



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

ISBN 978-91-7676-053-6