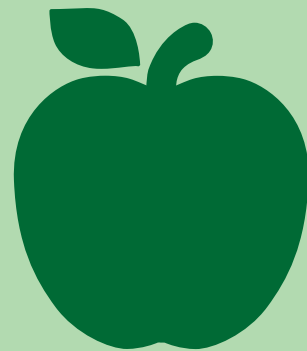


# Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan

– med fokus på förtroende



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Reviderad: oktober 2015

Upplysningar: Malin Junestav  
010-116 94 16  
malin.junestav@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

## Förord

År 2013 tilldelades professor Kristina Alexanderson vid Karolinska Institutet forskningsmedel för att göra en djupare analys av den enkätundersökning som genomfördes 2012 om hur läkare upplever kontakterna med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Syftet från Försäkringskassans sida med att analysera detta närmare är att vi ser läkarna och vården som viktiga partners i vårt arbete med att skapa tillit till sjukförsäkringen och förtroende för Försäkringskassan i detta avseende. Vi tror vidare att det är betydelsefullt med en samsyn mellan Försäkringskassan och de sjukskrivande läkarna då det skulle gynna den enskilde i mötet med oss. Läkarkåren är en viktig aktör i sjukskrivningsprocessen och ett gott samarbete oss emellan är en förutsättning för att uppfylla målet om låg och stabil sjukfrånvaro.

Resultaten visar att 70 procent av läkarna uppskattar de kontakter som de har med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Läkare med varaktig och kontinuerlig kontakt är mest nöjda. Det öppnar för en utveckling där Försäkringskassan kan förbättra just detta sätt att arbeta och lära av 'best practice'. Det ger förutsättningar för att överbrygga svårigheter att få kontakt och upplevelsen av "olika språk" som en del av läkarna ger uttryck för i denna undersökning. Det öppnar också för en bra diskussion om de roller som läkare å ena sidan och Försäkringskassan å andra sidan har i sjukskrivningsprocessen.

Rapporten är ett resultat av forskning finansierad av Försäkringskassan. Författarna står dock helt för resultaten och slutsatserna. Vi vill också tacka Anna-Karin Waenerlund (Umeå universitet) och Marit Gisselman (Analys och prognos, Försäkringskassan) som varit granskare av rapportmanuset och gett författarna synpunkter och kommentarer.

Laura Hartman  
Chef för avdelningen för analys och prognos, Försäkringskassan

## Författarnas förord

Detta är en rapport inom ramen för Analysramverket för förtroende vid Försäkringskassans avdelning för analys och prognos. Syftet har varit att få en bättre förståelse för hur Försäkringskassans partners, i detta fall sjukskrivande läkare, uppfattar samarbetet med myndigheten i sjukskrivningsprocessen och hur detta påverkar förtroendet för såväl systemet som för Försäkringskassan.

Karolinska Institutet har på uppdrag av Försäkringskassan tagit fram fördjupad kunskap om läkares upplevelser av sina kontakter med Försäkringskassan i syfte att få kunskap om läkares förtroende för Försäkringskassan. Studien baseras på en bred och omfattande enkät som skickades till i princip samtliga sjukskrivande läkare i Sverige år 2012, avseende deras arbete med sjukskrivning av patienter.

Projektledare för studien var professor Kristina Alexanderson. Dessutom har bland annat Rasmus Elrud och Elin Hinas, samtliga vid Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet, arbetat med studien. Försäkringskassan har medverkat i val av de enkätfrågor som inkluderats i analyserna och varit med i det bakomliggande projektets referensgrupp. I övrigt har Försäkringskassan inte varit involverad i studiens design och genomförande

Kristina Alexanderson, juni 2015  
Sektionen för försäkringsmedicin,  
Karolinska Institutet

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>9</b>
<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>Förkortningar och begrepp</b> .....	<b>13</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>14</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>21</b>
<b>Metod</b> .....	<b>22</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>30</b>
Bakgrundsfaktorer .....	31
Frekvens av sjukskrivningsärenden .....	32
Uppleva sjukskrivningsärenden som problematiska .....	35
Kontakter med Försäkringskassan .....	40
Betydelsen av kontakter med Försäkringskassan för arbetet med sjukskrivningar .....	56
Specifika svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan .....	59
Nio teman av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan .....	65
I. Bemötande från Försäkringskassan .....	68
III. Nåbarhet.....	77
IV. Kompetens.....	83
V. Förutsägbarhet.....	92
VI. Processrättvisa .....	100
VII. Rättssäkerhet.....	108
VIII. Oklarhet kring roller.....	112
IX. Elektroniska intyg.....	114
Andra dimensioner av öppna svar.....	116
<b>Diskussion</b> .....	<b>120</b>
Metodologiska aspekter .....	120
Övergripande om resultaten.....	122
Förändringar över tid i de studerade faktorerna.....	128
Slutsatser.....	129
Möjliga åtgärder för att höja läkares förtroende för Försäkringskassan.....	130
<b>Referenser</b> .....	<b>133</b>
<b>Bilaga</b> .....	<b>141</b>

## Figurförteckning

Figur 1	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för hela landet samt uppdelat på regioner.....	33
Figur 2	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik.....	34
Figur 3	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	35
Figur 4	Andel läkare uppdelat på hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika regionerna samt för hela landet.....	36
Figur 5	Andel läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik.....	37
Figur 6	Andel läkare uppdelat på hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	38
Figur 7	Andel läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggningen av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på de olika regionerna samt för hela landet.....	38
Figur 8	Andel läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggningen av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på typ av klinik.....	39
Figur 9	Andel (procent) läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggning av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	40
Figur 10	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.....	41
Figur 11	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik.....	42
Figur 12	Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	43
Figur 13	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner.....	44
Figur 14	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik.....	45
Figur 15	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på utbildningsnivå.....	46
Figur 16	Andel (procent) läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på regioner <sup>1</sup> .....	47
Figur 17	Andel läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik <sup>1</sup> .....	48
Figur 18	Andel läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på högsta utbildningsnivå <sup>1</sup> .....	49
Figur 19	Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner <sup>1</sup> .....	50
Figur 20	Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik <sup>1</sup> .....	51

Figur 21	Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på högsta utbildningsnivå <sup>1</sup> .....	52
Figur 22	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematisk de upplevde att handläggningen av patienters sjukskrivningar var .....	53
Figur 23	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematisk de upplevde bedömningen av patienters arbetsförmåga, för patienter med arbete .....	54
Figur 24	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematiskt de upplevde det vara att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter .....	55
Figur 25	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematiskt de upplevde det vara att skriva läkarintyg FK7263 respektive andra intyg och utlåtanden till Försäkringskassan .....	56
Figur 26	Andel (procent) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden .....	57
Figur 27	Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan (FK), uppdelat på hur de värderade fyra olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning .....	58
Figur 28	Andel (procent) läkare som uppgett en eller flera svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, uppdelat på frekvens av kontakterna .....	60
Figur 29	Andel (procent) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), listade efter hur vanligt förekommande respektive svårighet var (n=11839) .....	61
Figur 30	Andel (procent) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på högsta utbildningsnivå .....	64
Figur 31	Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan .....	69
Figur 32	Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till nåbarhet hos Försäkringskassan .....	78
Figur 33	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden .....	93
Figur 34	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden .....	101

## Tabellförteckning

Tabell 1	Svarsfrekvens (procent) uppdelat på kön respektive åldersgrupper .....	24
Tabell 2	De frågor som analyserats i studien, deras respektive svarsalternativ samt det interna bortfallet för respektive fråga .....	26
Tabell 3	Antal sjukskrivande läkare, andel (procent) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, uppdelat på typ av klinik .....	31
Tabell 4	Andel (procent) sjukskrivande läkare, vad avser kvinnor, tre åldersgrupper respektive specialistutbildade, för de fem regionerna .....	32
Tabell 5	Andel (procent) av dem som var mycket, ganska, knappast respektive inte alls nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan (FK) som ansåg att fyra olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar .....	59
Tabell 6	Andel (procent) läkare som upplevde listade olika typerna av svårigheter respektive inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på de olika regionerna .....	62
Tabell 7	Andel (procent) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 29) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av Klinik .....	63
Tabell 8	Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan; nio teman respektive kategorier inom respektive tema .....	66
Tabell 9	Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan, uppdelat på region .....	70
Tabell 10	Andel (procent) läkare som uppgav olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik .....	70
Tabell 11	Andel (procent) läkare som svarade att de upplever svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan bestående i att man tycks tala olika språk, uppdelat på typ av klinik .....	75
Tabell 12	Andel (procent) läkare som uppgav de fem svårigheterna relaterade till Försäkringskassans närbarhet, uppdelat på region .....	79
Tabell 13	Andel (procent) läkare som uppgav tre av svårigheterna relaterade till försäkringskassans närbarhet, uppdelat på typ av klinik .....	79
Tabell 14	Andel (procent) läkare som uppgav två av svårigheterna relaterade till försäkringskassans närbarhet, uppdelat på typ av klinik .....	80
Tabell 15	Andel (procent) läkare som svarade att de upplever brister i Försäkringskassans (FK) handläggares kompetens, uppdelat på regioner .....	83
Tabell 16	Andel (procent) läkare som svarade att de upplever brister i Försäkringskassans (FK) handläggares kompetens, uppdelat på typ av klinik .....	84
Tabell 17	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på region .....	94
Tabell 18	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik .....	94
Tabell 19	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik .....	95
Tabell 20	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden, uppdelat på region .....	101
Tabell 21	Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik .....	102



# Sammanfattning

Syftet med detta projekt var att få kunskap om läkares förtroende för Försäkringskassan genom analyser av vissa av läkares svar på en enkät som år 2012 skickades till 33 000 yrkesverksamma läkare. Svarefrekvensen var 58 procent och 12 820 av de svarande hade sjukskrivningsärenden minst någon gång per år. Resultaten i denna rapport är baserade på svar från dessa läkare, inklusive närmare 800 öppna svar om kontakter med Försäkringskassan.

Nästan tre fjärdedelar av läkarna hade kontakt med Försäkringskassan minst några gånger per år och 70 procent av dem var nöjda med kontakterna. En tredjedel svarade att olika typer av kontakter med Försäkringskassan har stort värde för god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar.

I enkäten listades 19 typer av möjliga svårigheter i kontakten med Försäkringskassan; flertalet av dessa kan ha inverkan på förtroendet för myndigheten. Två tredjedelar av läkarna hade upplevt minst en sådan svårighet. Dessa svårigheter, samt övriga som framkom i läkarnas öppna svar, kategoriserades i följande nio teman: bemötande, kommunikation, närbarhet, kompetens, förutsägbarhet, processrättvisa, rättssäkerhet, oklarheter kring roller samt elektroniska intyg.

Trettio procent av läkarna upplevde minst en av de svårigheter som kan kopplas till *bemötande* från Försäkringskassan; många upplevde sig ifrågasatta av handläggare (24 procent) respektive av försäkringsmedicinsk rådgivare (11 procent). Nio procent svarade att de möttes av en negativ attityd. I flera öppna svar beskrivs att läkaren blivit otrevligt och respektlöst bemött och att det även i den skriftliga kommunikationen finns en tydlig förbättringspotential.

Beträffande temat *kommunikation* upplevde 23 procent att det var en svårighet att man ”talar olika språk”. Andra aspekter här var brister i Försäkringskassans återkoppling till läkaren, till exempel om beslut och om planerade eller vidtagna åtgärder i ett ärende.

Det tema som flest läkare (57 procent) upplevde svårigheter med var *närbarhet*. Många problem rörde logistik, såsom svårigheter att komma fram per telefon (36 procent), öppettider (16 procent) eller att få reda på vem man ska ha kontakt med (24 procent). Var tredje ansåg att detta tar för mycket tid i anspråk. Fjorton procent svarade att Försäkringskassan inte kontaktade dem när man bett om det.

En dryg fjärdedel upplevde brister i handläggares *kompetens*. Exempel som ges i de öppna svaren rör bristande professionalitet vad gäller kunskap, färdigheter och attityder avseende till exempel basal kunskap om sjukdomar samt om lagar och regler, i kommunikationsfärdigheter och i att dra egna slutsatser. Stora variationer i handläggares kompetensnivå beskrevs också.

Hälften av läkarna upplevde svårigheter kopplade till bristande *förutsägbarhet* i samarbetet med Försäkringskassan. Den specifika svårighet som flest läkare (38 procent) upplevde var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg. Andra svårigheter var att handläggare ofta byts ut (21 procent), inte samordnar rehabiliteringsinsatser (10 procent) eller inte kontaktar patienten (5 procent).

27 procent upplevde problem kopplade till *processrättvisa*. Aspekter här var svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter, att det tar lång tid innan handläggare utses, problem kring tidig handläggning, kring sekretessfrågor samt rigiditet i handläggningen.

Kategorier inom temat *rättssäkerhet* var bland annat godtyckliga beslut, att handläggare använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd på ett sätt som det inte är avsett för, att beslut är beroende av användandet av specifika nyckelord i intyg, långa handläggningstider och retroaktiva beslut.

I flera av de öppna svaren framkom *oklarheter kring roller*. Några öppna svar handlade om det positiva med ökad tydlighet i Försäkringskassans respektive läkarens roller i sjukskrivningsärenden. I andra framkom att Försäkringskassan inte tog ansvaret för nekad sjukpenning utan inför patienten gav läkaren ansvaret. Det framkom även okunskap hos läkaren kring de olika parternas roller, inklusive om försäkringsmedicinska rådgivares roll.

När det gäller *elektronisk överföring av läkarintyg* fanns det öppna svar gällande både positiva och framförallt om problematiska aspekter. De senare gällde bland annat IT-relaterade aspekter och 'fråga-svar funktionen', som ibland ligger inom landstingens ansvar, ibland inom Försäkringskassans.

Svarsmönstren var likartade i de fem regionerna, medan det var stora skillnader mellan olika kliniska verksamheter. Svårigheter upplevdes framförallt av läkare inom vårdcentraler, psykiatri, reumatologi, ortopedi och neurologi. Större andel av specialisterna upplevde sådana svårigheter än de som ännu inte var specialister.

Två andra dimensioner i de öppna svaren var att de gav uttryck för starka känslor av frustration, kränkthet och hopplöshet i kontakten med Försäkringskassan samt att dessa kontakter kunde utgöra ett arbetsmiljöproblem.

*Sammanfattningsvis* framkom att majoriteten av sjukskrivande läkare som har kontakt med Försäkringskassan var nöjda med kontakten och att en tredjedel ansåg att kontakterna har stort värde för deras arbete med sjukskrivningar. Å andra sidan upplevde två tredjedelar av läkarna minst en typ av svårighet i kontakten med Försäkringskassan, vanligast var av logistisk natur, såsom nåbarhet. Andra svårigheter handlade om förutsägbarhet, bemötande, kommunikation, rättssäkerhet och oklarhet kring roller. Ett flertal av dessa torde ha stor betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassans kompetens, förmåga och vilja att hantera sitt uppdrag. Det föreligger förbättringspotential inom flera områden.

## Summary

The aim of this project was to gain knowledge about how physicians experience their contacts with the Swedish Social Insurance Agency (SIA), using answers to a questionnaire that was sent to 33 000 physicians in 2012. The response rate was 58 percent and of the responders 12 820 had consultations involving sickness certification at least once a year. The results in this report are based on answers about contacts with the SIA from these physicians, including the written open comment about this from almost 800 physicians.

Almost three quarters of the physicians had contact with the SIA at least a few times per year and 70 percent of them were satisfied with the contact. A third of the physicians stated that different types of contacts with the SIA were of great value for good quality in their work with sickness certifications.

In the questionnaire, 19 different types of possible difficulties in the contact with SIA were listed; most of them could affect confidence in the SIA. Two thirds of the physicians experienced at least one such difficulty. These difficulties and others stated in the physicians open answers were categorized in the following nine themes: encounters, communication, accessibility, competence, predictability, justice of process, legal certainty, unclear roles, and electronic submission of sickness certificates.

Thirty percent of the physicians experienced at least one of the difficulties related to the theme encounters from SIA; many had experienced being questioned by case officers (24 percent) or by medical advisors (11 percent) and 9 percent had been met with a negative attitude. Several open answers described negative or disrespectful encounters. There were equal problems regarding written communication, e.g., in letters from the SIA.

Regarding communication, 23 percent experienced that they and SIA “speak different languages”. Other aspects were lack of feedback from the SIA, i.e., regarding decisions or planned actions taken in specific cases.

The theme that most of the physicians (57 percent) stated they had difficulties with was accessibility. Many issues here concerned logistics as difficulties to get through by telephone (36 percent), the SIA’s opening hours (16 percent), to find out which case officer to contact (24 percent), or not being contacted by a case officer when having requested so (14 percent). One third stated contacts taking too much time.

A quarter stated case officer’s lack of competence as a difficulty. This included low professionalism in terms of knowledge, skills and attitudes, regarding e.g., basic knowledge about diseases, about rules and regulations, in communication skills, and to draw own conclusions. Great variation in the officers’ competence was another issue mentioned.

Half of the physicians experienced difficulties regarding lack of predictability in their cooperation with the SIA. The impediment that most of the physicians (38 percent) experienced was that the SIA demands unnecessary completions of sickness certificates. Other difficulties were lack of continuity in patient's case officers (21 percent).

A quarter experienced difficulties regarding different aspects of process justice. Aspect here were difficulties to communicate information through the forms from the SIA, that it takes too long before a SIA case officer is appointed, problems with secrecy issues, and rigidity in the process.

Categories within the theme legal certainty were among other things, arbitrary decisions, that the case officers used the national sick-leave guidelines as a 'law' rather than as recommendations, that decisions on benefits depends on using specific key words in the certificates, too long processing time in cases, and retroactive decisions. Other themes concerned professional roles; some appreciated that the SIA case officers more clearly took their role while other stated shortcomings. Regarding electronic submission of sickness certificates, there were statements of both positive and problematic aspects; the latter mainly concerned IT-related issues.

The patterns of the answers were similar in the five geographical regions while there were large differences between the different types of clinics. Difficulties in the SIA contacts were to a higher degree experienced by physicians working in primary health care, psychiatry, rheumatology, orthopedics, and neurology.

Many of the open comments revealed very strong emotions regarding the SIA. Also some experienced contacts with the SIA as a psychosocial work environment problem.

*In summary*, the majority of the physicians who had contacts with the SIA were satisfied with the contact and a third considered the SIA contacts to be of great value for good quality in their work with sick listing of patients. On the other hand, two thirds of the physicians experienced at least one type of difficulty in their contact with the SIA. The most common type of difficulty was related to logistic problems of getting in contact. Other difficulties were related to encounters, predictability, communication, legal processes, legal certainty, and professional roles. Most of these difficulties can have great impact on the physicians' confidence in the SIA's competence and capacity to manage its mission. Clear improvement potentials exist within several areas regarding SIA professionalism as well as processes.

## Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen 'Administration' som sammanfattande beteckning för 'att huvudsakligen arbeta inom Administration, forskning och/eller undervisning'
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
Beslutsstödet	Ibland användes detta ord för Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [1]
FK	Försäkringskassan
FMR	Försäkringsmedicinsk rådgivare
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen klinik/mottagning/verksamhet som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet 'klinik' för att beteckna alla dessa tre
Läkarintyg	Termen 'läkarintyg' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används för läkare, som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
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

Under de senare åren har förtroende för Försäkringskassan aktualiserats och diskuterats mycket [2-10]. Då har framförallt allmänhetens förtroende för Försäkringskassan varit i fokus och detta har studerats både i upprepade tidsserier och i specifika undersökningar. Ibland har dessa kompletterats med undersökningar av personer som faktiskt haft kontakt med Försäkringskassan, till exempel i samband med en längre sjukskrivning.

Allmänhetens förtroende har enligt dessa studier varit relativt låg och inte ansetts vara tillfredställande. Olika orsaker till det låga förtroendet har diskuterats och Försäkringskassan har vidtagit flera åtgärder för att höja allmänhetens förtroende för myndigheten [4, 8].

När det gäller förtroende för en myndighet kan olika aspekter vara i fokus, såsom förtroende för processerna inom organisationen, vad avser tillgänglighet, tydlighet, opartiskhet och rättssäkerhet i handlägningsprocesser och beslut samt bemötandet av andra [2-6]. Vanligen avses hur myndigheten fullföljer sin uppgift. Försäkringskassans uppdrag är att:

*Rättssäkert och effektivt administrera försäkrings- och bidragssystemen och ge god service och att därigenom verkställa statsmakternas mål om ekonomisk trygghet för enskilda och hushåll i olika livssituationer [4, sid 7].*

Förtroendet kan påverkas såväl av hur myndigheten utför dessa uppgifter som av hur övriga samhället uppfattar myndigheten, till exempel om hur det talas och skrivs om myndigheten i massmedia och inom andra organisationer [4, 10], till exempel inom hälso- och sjukvården.

I denna rapport ligger fokus på läkare och deras förtroende för Försäkringskassan. Läkare är en stor yrkesgrupp och läkare är naturligtvis som individer även en del av allmänheten och har som enskilda personer dessutom även kontakt med Försäkringskassan som försäkrade, för egna ärenden. Här är dock fokus på deras kontakter med Försäkringskassan i sin yrkesroll och närmare bestämt som behandlande läkare för patienter aktuella för sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning.

Läkare har i sin yrkesverksamhet vanligen omfattande kontakter med såväl patienter som kollegor och andra professioner inom hälso- och sjukvården. Det innebär att deras erfarenheter av, uppfattning om samt förtroende för Försäkringskassan även kan förmedlas till patienter, till andra läkare och till övriga yrkesgrupper av inom hälso- och sjukvården. För läkare inom till exempel Företagshälsovården kan syn på Försäkringskassan även förmedlas till arbetsgivare. Det innebär att läkare kan ha stor betydelse för även för Försäkringskassans allmänna rykte, något som anses ha betydelse för allmänhetens förtroende för myndigheten [4].

Läkare torde vara den yrkesgrupp utanför Försäkringskassan som handläggare inom Försäkringskassan har mest samverkan med. I ärenden som rör olika typer av sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning, vårdbidrag, handikappersättning, närståendepenning, arbetsskador, etcetera behöver Försäkringskassan bra beslutsunderlag från läkare. För att kunna ge god service och ha ett gott samarbete med den sjukskrivne behöver handläggaren också vanligen bra samverkan med behandlande läkare. Handläggares grad av professionalitet i samverkan med läkare har därmed en stor betydelse.

Grad av professionalitet och hur handläggningen av olika typer av ärenden sker vad avser processer, rättvisa etcetera torde ha stor betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassans förmåga att utföra sitt uppdrag och som samverkanspartner kring patienter.

### Läkares arbete med sjukskrivning

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [11, 12]:

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; ”bota, lindra eller trösta” och främja hälsa [13-15].
2. *Grindvakt* (‘gate keeper’), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [16-18]. Det kan gälla prioritering av undersökningar, behandlingar, laboratorietester, återbesökstider etcetera.
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående rollerna och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [19-23]. Det är främst i denna roll som behandlande läkare har kontakt med Försäkringskassan.
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling till ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet [24-27].

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 till sjukförsäkringen ligger huvudsakligen hos arbetsgivaren under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall och därefter hos Försäkringskassan. Flera tidigare studier visar att många läkare upplever det som problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden [11, 12].

Det ingår alltså i Försäkringskassans uppdrag, eller mer specifikt, i handläggarens uppdrag, att kontrollera om villkoren för rätt till sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning är uppfyllda. I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar alltså Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro [28].

Läkaren har i rollen som behandlande läkare att skapa en tillitsfull relation med patienten som bas för optimal utredning och behandling och att 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, göra en bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar aktivitet och arbetsförmågan samt prognosticera varaktighet av denna nedsättning.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar alltså Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro [28].

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen och som på grund av skada eller sjukdom har nedsatt arbetsförmåga, 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 arbetsförmåga till minst 25 procent [28].

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 arbetsgivaren och/eller Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar [11, 29, 30].

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuell har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt följande sju [1, 11, 12, 18, 25, 29, 31]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämsättllt 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 arbeten på arbetsmarknaden<sup>1</sup> [32].
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 arbetsplats, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer – till exempel Försäkringskassan – samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med sådana aktörer på ett adekvat sätt.

---

<sup>1</sup> För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.



6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om det finns behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet [30, 33-36]. Punkt 5 och 6 innebär kontakter med Försäkringskassan.

Läkare har dels uttryckt att det är problematiskt att de inte har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens [11, 12, 31, 37, 38], dels att man önskar sådan kompetensutveckling [12, 31, 37, 38].

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [12, 37, 38]. Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient [39-44]. 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 [45].

### Handläggare inom Försäkringskassan

Även handläggare inom Försäkringskassan har minst två roller i sin relation till personer har eller som ansökt om att få sjukpenning. Dels ska handläggaren stötta personen, informera om rättigheter och möjligheter samt utreda behov av ytterligare åtgärder och, om sådant behov föreligger, samordna dessa. Samtidigt ska handläggaren vara vad som i försäkringssammanhang kallas skadekontrollant och som i andra sammanhang kallas grindvakt (gatekeeper) i sjukförsäkringssystemet [11, 16, 18, 28, 46, 47]. I den senare rollen är det handläggarens uppgift att utreda den försäkrades rätt till ersättning enligt gällande regler och fatta beslut om detta, beslut som kan få stor betydelse för den försäkrades livssituation och ekonomi.

Många andra myndighetsutövare har motsvarande roller, till exempel socialsekreterare. För andra sådana yrkesgrupper finns vanligen en högskole- eller universitetsutbildning som är utformad för det yrket och som ger möjlighet att utveckla och träna ett professionellt förhållningssätt när det gäller hantering bland annat av dessa olika roller. En sådan riktad universitetsutbildning saknas för närvarande för handläggare inom Försäkringskassan. Således innebär detta särskilda utmaningar för Försäkringskassan, såväl vad det gäller att skola in nyanställda handläggare, kompetensutveckla redan anställda handläggare och att ge samtliga möjlighet att vidareutveckla, vidmakthålla och tillämpa ett professionellt förhållningssätt.

Försäkringskassan vidtar för närvarande olika åtgärder för att öka handläggarnas professionalitet [46, 48-50]. För att kunna ta ställning till lämplig inriktning och utformning av sådana åtgärder behövs olika typer av kunskap, till exempel om vad som saknas vad gäller olika aspekter av professionalitet och om vad som behöver utvecklas.

## Professionalitet

Professionalitet är ett komplext begrepp som det skrivits mycket om i olika sammanhang. Merparten av den litteraturen handlar om professionalitet i förhållande till en organisations eller myndighets klienter, kunder, patienter eller försäkrade – sällan om professionalitet i förhållande till andra yrkesgrupper inom den egna organisationen eller utanför. Mycket av innehållet i sådan litteratur om professionalitet har dock även bäring på kontakter mellan professionella, i samarbete kring till exempel sjukskrivna personer [51, 52].

Först under senare årtionden har professionalitet diskuterats på allvar i samband med handläggares arbete och Försäkringskassans verksamhet. Nedanstående citat från ett av Försäkringskassans dokument är ett exempel på att detta nu finns på agendan inom Försäkringskassan [49].

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

*Professionalitet är således fråga om en relation mellan de professionella, deras kunder och samhället” [49, sid 4].*

Läkare kan i detta sammanhang ses som en del av ”samhället” så som det nämns i citatet.

*”Det är yrkesskickligheten som är avgörande för om gruppen når erkännande som profession. De flesta forskare är dessutom eniga om att det professionella yrkesutövandet är baserat på vetenskaplig grund och på en gemensam teoretisk kunskap. Därtill gäller att det existerar gemensamma etiska principer för yrkeskåren och att den fyller en socialt viktig funktion.” [49, sid 4].*

I alla organisationer krävs kontinuerligt arbete för att upprätta det som beskrivs i ovanstående citat. Försäkringskassan hänvisar i flera av sina dokument om professionalitet till den modell för detta som Kenneth Forslund tagit fram och som ofta används för att beskriva olika aspekter av en professionaliseringsprocess [25, 49, 53, 54]. Försäkringskassan har gjort olika satsningar under de senare åren för att utvecklas till en mer professionell organisation. I detta ingår bland annat:

- Att den professionella har en god förståelse för uppdraget/ tydliga yrkesroller
- Att verksamheten har en klagjord etisk kod/ värdegrund
- Att det finns en koppling till forskning och beprövad erfarenhet
- Att man använder relevanta arbetsmetoder
- Att verksamheten kontinuerligt utvärderas och reflekteras [46, sid 1, 48, 49].

Ett sätt att göra sådan utvärdering och att få underlag för sådan reflektion är att undersöka samverkanspartners syn på handläggares kompetens, såsom i detta projekt.

### Förändringar de senaste decennierna när det gäller samverkan mellan läkare och Försäkringskassan

Under 1990-talet blev det allt vanligare att Försäkringskassans handläggare inte hann granska sjukskrivningsärenden och inte längre hann kontakta sjukskrivande läkare i de sjukskrivningsfall som blev längre än 90 dagar, såsom hittills varit praxis. Man höll inte heller på 12-månadersgränsen för hur länge ett sjukskrivningsfall skulle kunna pågå innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/sjukbidrag) gjordes. Om läkare kryssade i rutan på läkarintyget om att de önskade kontakt med en handläggare kunde det dröja mycket länge innan sådan kontakt togs, om det alls skedde. Läkare fick ytterst sällan feedback på innehållet i de sjukintyg de skrev, oberoende av deras kvalitet. I princip godkändes alla ansökningar om sjukpenning [55-58]. Detta innebar att det för många läkare tedde sig som att Försäkringskassan inte tog sin roll som skadekontrollant, utan att detta snarare hamnade i knät på läkaren. Många var missnöjda med detta och uppskattade att Försäkringskassan på 2000-talet åter började ta detta ansvar i större utsträckning. För andra har det varit en större omställning, och några läkare har uttryckt missnöje över att inte längre kunna bestämma själva [12]. Det fanns olika typer av problem när det gäller samverkan i sjukskrivningsärenden [31, 56, 59-61].

Senaste decenniet har flera förändringar skett, vilka kan ha betydelse för samverkan mellan läkare och Försäkringskassan och för läkares förtroende för Försäkringskassan. Många åtgärder har genomförts för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den, vid millenniumskiftet höga sjukfrånvaron. Flertalet av dem har direkt eller indirekt påverkat läkares samverkan med Försäkringskassan. Här listas ett antal av dessa:

- Riksdagen satte år 2003 upp ett mål om att *halvera sjuktalet* till år 2008, på förslag från regeringen [62].
- 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 [63].
- De tidigare 21 olika försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har slagits samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för öka enhetligheten i bedömningarna.
- Socialstyrelsen definierade sjukskrivning som en del av vård och behandling [39-41, 43, 44, 64].
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* [45, 65-70] för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning.
- År 2009 infördes ytterligare en liknande ”miljard”, den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, som innebär ekonomiska incitament för

landstingen att i större utsträckning erbjuda vissa behandlingar för att stödja personer med psykiska besvär eller smärta för att minska deras sjukfrånvaro [71].

- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd* infördes hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering. Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar. Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer [1, 72-75].
- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra, har ökat, och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare [76].
- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* när det gäller sjukfrånvaro infördes i socialförsäkringen den 1/7 2008 [77].
- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet [78].
- Utformningen av Försäkringskassans förtryckta blanketter har vid flera tillfällen ändrats.
- Antalet försäkringsmedicinska rådgivare har minskats, samtliga är nu anställda av Försäkringskassan och vissa har fått försäkringsmedicinsk utbildning.
- Försäkringskassan handläggare har i större utsträckning akademisk utbildning än tidigare och satsningar på kompetensutveckling görs.
- En allmän diskussion har fortsättningsvis förts i *massmedia* och i samhället om sjukförsäkringen och sjukfrånvaronivåer och om Försäkringskassan, ofta med mycket kritiska röster om Försäkringskassan [4, 10].
- 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.
- Landstingen och Försäkringskassan har på olika 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. Framförallt har man satsat på insatser för primärvården.

# Syfte

Syftet med detta projekt var att få kunskap om läkares syn på och uppfattning om samarbete med Försäkringskassan gällande patienter som är aktuella för sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning med fokus på sådant som kan ha samband med läkares förtroende för Försäkringskassan.

## Metod

I denna rapport presenteras resultat från en enkät som år 2012 riktades till drygt 33 000 läkare som var yrkesverksamma och bodde i Sverige [12]. Studiepopulationen baserades på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). Två något olika urval användes för enkäten:

- För Stockholms och Östergötlands län ingick samtliga yrkesverksamma läkare under 68 år, även de i verksamheter som inte har sjukskrivningsärenden så ofta. Detta för att kunna jämföra med resultaten från två tidigare enkäter 2004 respektive 2008 [37, 38].
- 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 [37, 38], sällan har sjukskrivningsärenden. Specialister verksamma inom följande kliniska verksamheter inkluderades inte: laborativ verksamhet, geriatriska kliniker, alla typer av barn- och ungdomsmedicinska kliniker/mottagningar inklusive skolhälsovård, ögonkliniker, öron-, näs- och halsmottagningar, rättsmedicin eller röntgen/mammografi.

### Frågeformulär

Frågeformuläret innehöll 163 frågor med fasta svarsalternativ samt möjlighet att på sista sidan skriva in egna kommentarer – i fortsättningen kallade 'öppna svar'. Formuläret baserades på det som skickats ut vid två tidigare tillfällen; ett år 2004 till läkarna i Stockholms och Östergötlands län [38] och ett år 2008 till samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige [37].

Frågorna i enkäterna baserades på intervjuer, tidigare studier [11, 12, 25, 29, 38, 59, 79-98] samt kontakter med kliniskt verksamma personer och projektets referensgrupper, med representanter från centrala organisationer och myndigheter, inklusive Försäkringskassan, Svenska Läkarförbundet; Svenska Läkaresällskapet, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Inspektionen för socialförsäkring samt Socialstyrelsen [12].

Några smärre ändringar av frågor och svarsalternativ gjordes jämfört med 2008 års enkät. Utgångspunkten i dessa modifieringar var dels resultat från andra studier som tillkommit efter enkätstudien 2008 [11], dels analyser av resultaten från 2008 års enkät, inklusive analyser av de omkring 5 000 öppna svaren. Ur denna studies synpunkt var det viktigaste tillägget en fråga om Försäkringskassans handläggares kompetens, då en stor del av öppna svaren visade att läkare var mycket kritiska till handläggares kompetensnivå. Dessutom lades några frågor till för att få kunskap om betydelsen av förändringar som skett efter 2008, till exempel införandet av möjligheten att elektroniskt överföra läkarintyg till Försäkringskassan och att via detta system kunna kommunicera med handläggare på Försäkringskassan, via en så kallad 'Fråga-svar funktion'. För att inte öka antalet frågor i enkäten togs i

stället några frågor från 2008 års enkät bort. Det totala antalet frågor blev 163.

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2012 års enkät:

- Bakgrundsfaktorer; utbildningsnivå, tid på nuvarande arbetsplats, klinik, landsting
- Frekvens av sjukskrivningsärenden och av olika situationer relaterade till sjukskrivning
- Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning; typ, frekvens och allvarlighetsgrad
- Orsaker till att sjukskriva längre än nödvändigt
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Samarbete och kontakter, internt och externt
- Kontakter och samverkan med Försäkringskassan; frekvens, svårigheter, elektronisk överföring av läkarintyg
- Försäkringsmedicinsk kompetens i arbetet med sjukskrivning (hur läkare fått sådan, vad de vill få ökad kompetens om, former för detta och vad de värdesätter för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning)
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar

### Datainsamling

För att kunna genomföra enkätstudien 2012 med största möjliga anonymitet fick Statistiska centralbyrån (SCB), liksom vid de två tidigare enkäterna 2004 och 2008, uppdraget att administrera datainsamlingen och inskanningen av svaren. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt av SCB, som 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, år för läkarexamen och för läkarlegitimation samt typ av specialistutbildning från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), som förvaltas av Cegedim Sweden AB. Viss information i HSAR baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad sjukvårdspersonal.

Frågeformulär skickades ut i oktober 2012 till läkarnas hemadresser, förutom för det fåtal personer där sådan inte fanns tillgänglig; i dessa fall användes arbetsplatsens adress. Hemadressen valdes dels för att underlätta individuellt svarande utan påverkan av kolleger, dels för att adressuppgifter till nuvarande arbetsplats inte alltid är uppdaterad i HSAR. Statistiska centralbyrån tog fram aktuella adressuppgifter och skickade även tre påminnelser till dem som ännu inte hade svarat. Personer som inte hade en adress i Sverige exkluderades, då ett inklusionskriterium var att bo i Sverige. Enkäten kunde besvaras i pappersform eller som en webbenkät. Datainsamlingen avslutades i mars 2013.

Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm har funnit att det inte föreligger några hinder mot att utföra projektet.

## Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 33 465 läkare i oktober 2012. Det framkom att 321 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 33 144 personer.

Svarsfrekvensen var 58 procent (Tabell 1). Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer.

**Tabell 1 Svarsfrekvens (procent) uppdelat på kön respektive åldersgrupper**

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens procent
Samtliga	33 144	19 107	57,6
Kvinnor	15 192	9 234	60,8
Män	17 952	9 873	55,0
20-39 år	9 966	5 676	57,0
40-54 år	11 921	6 293	52,8
55-67 år	11 257	7 138	63,4

Av de 19 107 deltagarna svarade några att de inte arbetat som läkare senaste året på grund av till exempel föräldraledighet, sjukdom eller annan sysselsättning (n=981) eller att de huvudsakligen arbetade som läkare i annat land (n=207). Av de 17 922 som var yrkesverksamma i Sverige svarade 12 933 (72 procent) att de åtminstone några gånger per år träffade patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De kallas i fortsättningen för sjukskrivande läkare och samtliga resultat i rapporten gäller dem. Dessutom exkluderades 113 specialister som huvudsakligen arbetar på kliniker som inte inkluderades, enligt ovan. Antalet sjukskrivande läkare som inkluderas i studierna i denna rapport är därmed 12 820.

## Dataanalys

För denna rapport har, i samråd med Försäkringskassan, svar för vissa av de 163 frågorna i enkäten valts ut. Urvalet av frågor baseras bland annat på resultat från den övergripande rapporten [12]. Följande frågor har inkluderats: frekvens av kontakter med Försäkringskassan, om man önskar mer kontakter än man har, om hur lätt det är att få dessa kontakter samt om olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan. I Tabell 2 redovisas de specifika frågorna, svarsalternativen för var och en av dem samt det interna bortfallet för varje fråga, det vill säga andel av deltagarna som inte svarat på just den frågan. Frågorna presenteras i den ordning de förekom i frågeformuläret.

Huvudsakligen redovisas resultaten för samtliga sjukskrivande läkare. Vissa resultat redovisas även uppdelat på regioner där läkaren har sin huvudsakliga arbetsplats, uppdelat på läkarens huvudsakliga typ av kliniska verksamhet eller uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.



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

*Nord:* Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten.

*Mitt:* Södermanland, Uppsala, Västmanland, Östergötland

*Stockholm:* Stockholm, Gotland

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

*Syd:* Skåne, Blekinge, Kronoberg, Jönköping, Kalmar

**Tabell 2 De frågor som analyserats i studien, deras respektive svarsalternativ samt det interna bortfallet för respektive fråga**

Fråga	Svarsalternativ	Bortfall procent
Vid vilken typ av klinik/mottagning/ verksamhet har Du ditt huvudsakliga arbete?	21 olika sådana, samt alternativen "Ingen" samt "Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna"	0
Vilken är Din högsta läkarutbildningsnivå?	Läkarexamen; Legitimerad läkare; Pågående ST-utbildning; Specialist	<0,0
I vilket landsting/region finns Din huvudsakliga arbetsplats?	21 olika landsting/regioner samt "Annat land"	0
Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?	Fler än 10 ggr/vecka; 6-10 ggr/vecka; 1-5 ggr/vecka; Någon gång/månad; Några gånger/år; Aldrig/i stort sett aldrig.	0
Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivnings-ärenden 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	1,9
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Mycket; Ganska; Lite; Inte alls.	
... handlägga patienters sjukskrivning?		2,7
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?		2,9
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?		3,3
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?		3,2
... skriva läkarintyg (sjukintyg FK7263) till FK?		4,2
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning)		3,4
Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Stort värde; Måttligt värde; Inget värde	
– Kontakter med handläggare och utredare på FK		4,4
- Kontakter med försäkrings-medicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK		4,7
– Samverkansmöten/avstämningsmöten		4,6
– Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten		4,3
I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan, vari består dessa?	19 olika svårigheter <sup>1</sup> samt "Upplever inga svårigheter" och "Andra problem (förtydliga gärna på sid 12)"	7,7 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> De 19 listas överst på nästa sida

<sup>2</sup> Uppgav varken att de inte upplever några svårigheter eller någon av de listade svårigheterna + "Andra problem"

Följande 19 typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan listades i frågeformuläret:

- Det tar för mycket tid i anspråk
- Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med
- Det är svårt att komma fram per telefon
- FK har stängt när Du har tid att ta kontakt, FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det
- FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser
- FK tar inte kontakt med patienten
- Du möts av en negativ attityd
- Ni tycks tala olika språk
- Oklarheter kring sekretessfrågor, Patientens handläggare byts ofta ut
- Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
- 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 handläggares kompetens
- Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK
- Andra problem

För kategorin ”Annan” ombads den svarande att skriva mer information på sista sidan i enkäten. Arton av de ovanstående olika svårigheterna har även delats in i sex mer övergripande teman och resultat redovisas delvis uppdelat på dessa teman. I indelning i teman togs ej svarsalternativet ’Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK’ med, då det ej ansågs vara primärt relaterad till läkarens förtroende till Försäkringskassan. Indelningen i teman var pragmatisk, och utgick delvis från vad frågorna initialt var avsedda att fånga samt på vad som framkom i de öppna svaren. För att undersöka om de svårigheter som kategoriserats till respektive tema verkade ha samband gjordes analyser för att undersöka om det var vanligare att uppleva flera svårigheter i samma tema om man redan uppgett en. Detta gjordes för de fyra teman där mer än en av ovanstående svårigheter ingick. De ’Andra problem’ som specificerats i de öppna svaren ingår i den kvalitativa analysen och analys av dessa innebar identifiering av ytterligare teman.

De fasta enkätsvaren har analyserats med deskriptiva statistiska analysmetoder. I ett datamaterial av den storlek detta projekt handlar om, blir flertalet skillnader mellan olika grupper ofta starkt statistiskt signifikanta, även om skillnaden ibland bara är på en halv procent. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera ’signifikans utan relevans’, och att det snarare är anmärkningsvärt när en skillnad inte är statistiskt signifikant. Vi har därför istället valt att i stor utsträckning presentera resultaten i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se skillnader med blotta ögat.

Med undantag av i tabell 1 presenteras andelar avrundade till heltal. Det innebär att skillnaden mellan två andelar kan vara en procentenhet mindre eller större än vad den ser ut att vara i tabellen eller figuren. Till exempel avrundas 15,73 till 16 och 24,47 till 24, skillnaden mellan 15,73 och 24,47 är 8,74 och avrundas till 9, men skillnaden mellan 16 och 24 är 8. I texten skrivs den faktiska skillnaden, vilket då inte alltid stämmer överens med hur det ser ut i tabellen eller figuren. Denna diskrepans förekommer på flera ställen i rapporten, och innebär alltså att ingendera siffra är felaktig.

I bearbetningen av några av frågorna har följande justeringar av svar behövts göras.

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 hon eller han huvudsakligen arbetade vid har kategoriserats till en typ av klinik baserat på sin specialistutbildning, alternativt på 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.

På frågan om läkaren upplevde svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ; 'Upplever inga svårigheter' före specifika svårigheter listades. De som kryssat 'Upplever inga svårigheter' och sedan även angett en eller flera specifika svårigheter, har i analyserna betraktats som att de upplevde svårigheter.

### Öppna svar

Det fanns även möjlighet att ge öppna svar och kommentarer i enkäten och ca 4000 av läkarna har gjort detta. Dessa öppna svar har transkriberats ordagrant, även vad gäller användandet av gemener, versaler och understrykningar. Kvalitativ innehållsanalys [99-101] har använts för analyserna, bland annat med hjälp av ett datorprogram för kvalitativ textanalys, NVivo, där forskarnas kodning av dimensioner, teman, kategorisering och subkategorier av det utskrivna materialet hanterats. En av fördelarna med detta program är kapaciteten att hantera stora datamängder, som i denna studie. Nästan 800 av deltagarna, sex procent av de sjukskrivande läkarna, hade i sina öppna svar nämnt Försäkringskassan och dessa svar har analyserats induktivt av två av forskarna, som för att öka validiteten kontinuerligt diskuterat kategoriseringar etcetera. I analysen av läkarnas öppna svar identifierades ett antal dimensioner, teman, kategorier och subkategorier, vilka kodades som topp- och undernoder i NVivo. Några av de öppna svaren innehöll aspekter som kunde hänföras till fler än en dimension, ett tema eller en kategori. De har då beaktats för var och en av dessa teman respektive kategorier.

Som framgår av ovanstående, har resultaten från analyserna av de öppna svaren kategoriserats i dimension, tema, kategori respektive subkategori, där en dimension kan ha ett eller flera teman och ett tema kan innehålla flera kategorier och subkategorier.

Öppna svar som stämde överens med de sex teman som de listade svårigheterna delades in i, redovisas i samband med dem. Därefter presenteras ytterligare teman om svårigheter som identifierades i analyserna av de öppna svaren, samt andra dimensioner som identifierades i de öppna svaren. Teman, kategorier och subkategorier exemplifieras med ordgranna citat. Efter varje citat anges den svarandes löpnummer inom parantes. /.../ innebär att text mellan den redovisade texten är borttagen. I de fall ortnamn ges har dessa ersatts med bokstäverna XX.

# Resultat

## Om upplägg av resultatpresentationen

I resultatdelen ges först bakgrundsinformation för de 12 820 deltagande läkarna, för alla samt vad avser typ av klinisk verksamhet respektive region, samt könsfördelning, åldersfördelning och andel specialister inom var och en av dessa två.

Därefter redovisas hur ofta sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden samt hur ofta och i vilken utsträckning sjukskrivningsärenden upplevdes som problematiska, för samtliga och fördelat på regioner, typ av klinisk verksamhet samt läkarens utbildningsnivå.

Sedan presenteras resultat kring läkarnas kontakter med Försäkringskassan, med hänseende till frekvens, hur lätt eller svårt det upplevdes att få sådan kontakt samt hur nöjd man var med kontakten med Försäkringskassan, även detta för samtliga och uppdelat på region, typ av klinik och utbildningsnivå. Vi redovisar även hur grad av nöjdhet med kontakterna samvarierar med i vilken utsträckning deltagarna upplevde vissa problem med sjukskrivningar samt kontakternas betydelse för att göra ett bra jobb med sjukskrivningar.

Därefter redovisas svaren för de olika typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som listades i enkäten. Dessa presenteras övergripande, för samtliga samt uppdelat på region, typ av klinik samt utbildningsnivå. Sedan presenteras de mer detaljerat för de olika teman som dessa svårigheter delats in i. Då redovisas även ytterligare kategorier och teman som identifierats i analyserna av de öppna svaren.

Avslutningsvis redovisas även andra dimensioner, än svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, som identifierades i analysen av de öppna svaren.

## Bakgrundsfaktorer

I Tabell 3 redovisas fördelningen av de deltagande läkarna generellt samt uppdelat på den typ av klinisk verksamhet de huvudsakligen arbetade inom. Nästan en tredjedel arbetade på en vårdcentral.

**Tabell 3**      **Antal sjukskrivande läkare, andel (procent) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialister, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Antal svar- ande	Andel (procent) kvinnor	Andel (procent) 24-39 år	Andel (procent) 40-54 år	Andel (procent) 55-67 år	Andel (procent) specialister
Företagshälsovård	333	47	1	22	77	98
Gynekologi	876	72	30	37	32	76
Hud	175	70	26	34	41	81
Infektion	320	50	42	32	26	71
Invärtesmedicin	1 749	46	41	35	23	66
Kirurgi	1 327	34	40	35	25	68
Neurologi	251	47	39	35	27	71
Onkologi	342	64	30	41	29	76
Ortopedi	863	22	34	35	31	74
Psykiatri	987	55	27	34	39	72
Rehabilitering <sup>1</sup>	195	52	17	37	46	84
Reumatologi	182	62	23	38	38	82
Vårdcentral	4 067	52	30	32	38	68
Annan klinik	1 004	49	34	31	35	69
Administration	66	52	15	27	58	83
Ingen	21	38	76	5	19	24
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet <sup>2</sup>	62	44	29	37	34	62
Samtliga läkare	12 820	49	32	34	34	71

<sup>1</sup> De som i enkäten svarat att de arbetar på smärtklinik redovisas i denna grupp

<sup>2</sup> De 62 individer som ej svarade på frågan om kliniktilhörighet redovisas här efter inte när resultat presenteras uppdelat på typ av klinik.

Störst andel av deltagarna (27 procent) arbetade huvudsakligen i region Väst och lägst andel (11 procent) i region Norr (Tabell 4). Andelen kvinnor var högst i region Stockholm och lägst i region Norr.

**Tabell 4**      **Andel (procent) sjukskrivande läkare, vad avser kvinnor, tre åldersgrupper respektive specialistutbildade, för de fem regionerna**

	Kvinnor	24-39 år	40-54 år	55-67 år	Specialist
Region Stockholm (n=3284)	54	32	35	33	69
Region Mitt (n=1762)	48	34	33	33	69
Region Väst (n=3510)	48	33	33	34	71
Region Syd (n=2753)	48	30	34	36	74
Region Norr (n=1473)	46	33	31	36	71
Ej svarat på frågan om landsting <sup>1</sup> (n=38)	42	26	26	37	68

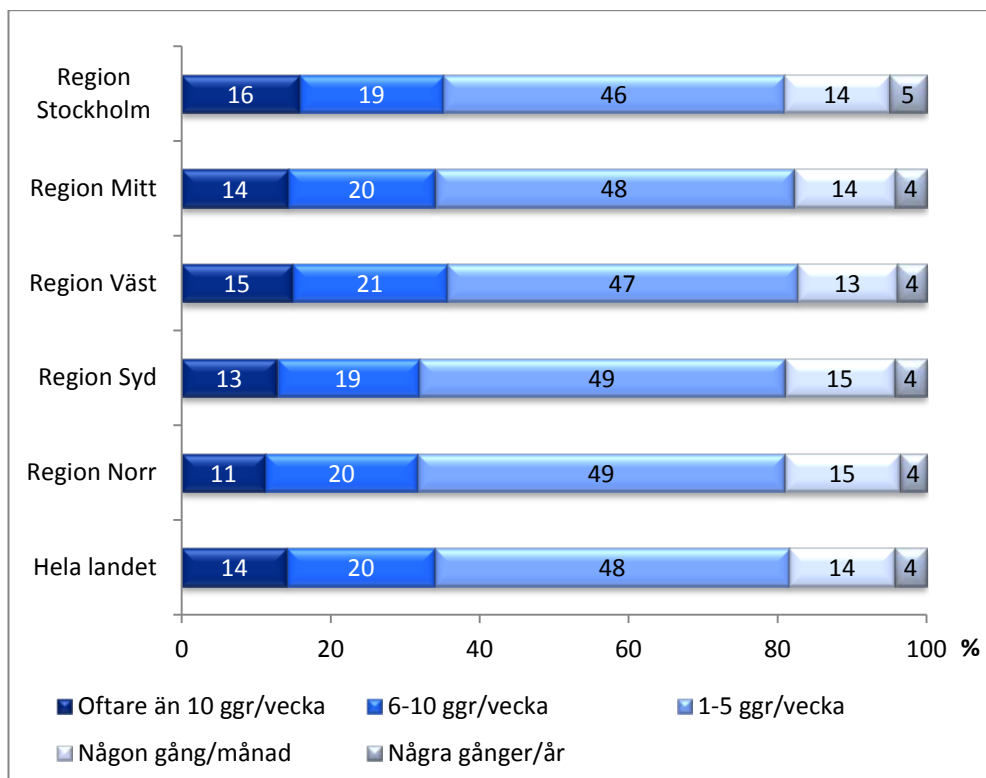
<sup>1</sup> De 38 individer som inte svarade på frågan om i vilket landsting deras huvudsakliga arbetsplats fanns redovisas härfter i rapporten inte när resultat presenteras uppdelat på region.

## Frekvens av sjukskrivningsärenden

Som framgår av Figur 1 svarade en stor majoritet, drygt 80 procent av de sjukskrivande läkarna, att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka. En tredjedel hade sådana ärenden oftare än fem gånger per vecka och 14 procent hade detta oftare än tio gånger per vecka. Det fanns inga större skillnader i detta svarsmonster mellan regionerna. Region Stockholm var den region där störst andel läkare (16 procent) hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka. Denna andel var lägst (11 procent) i Region Norr.

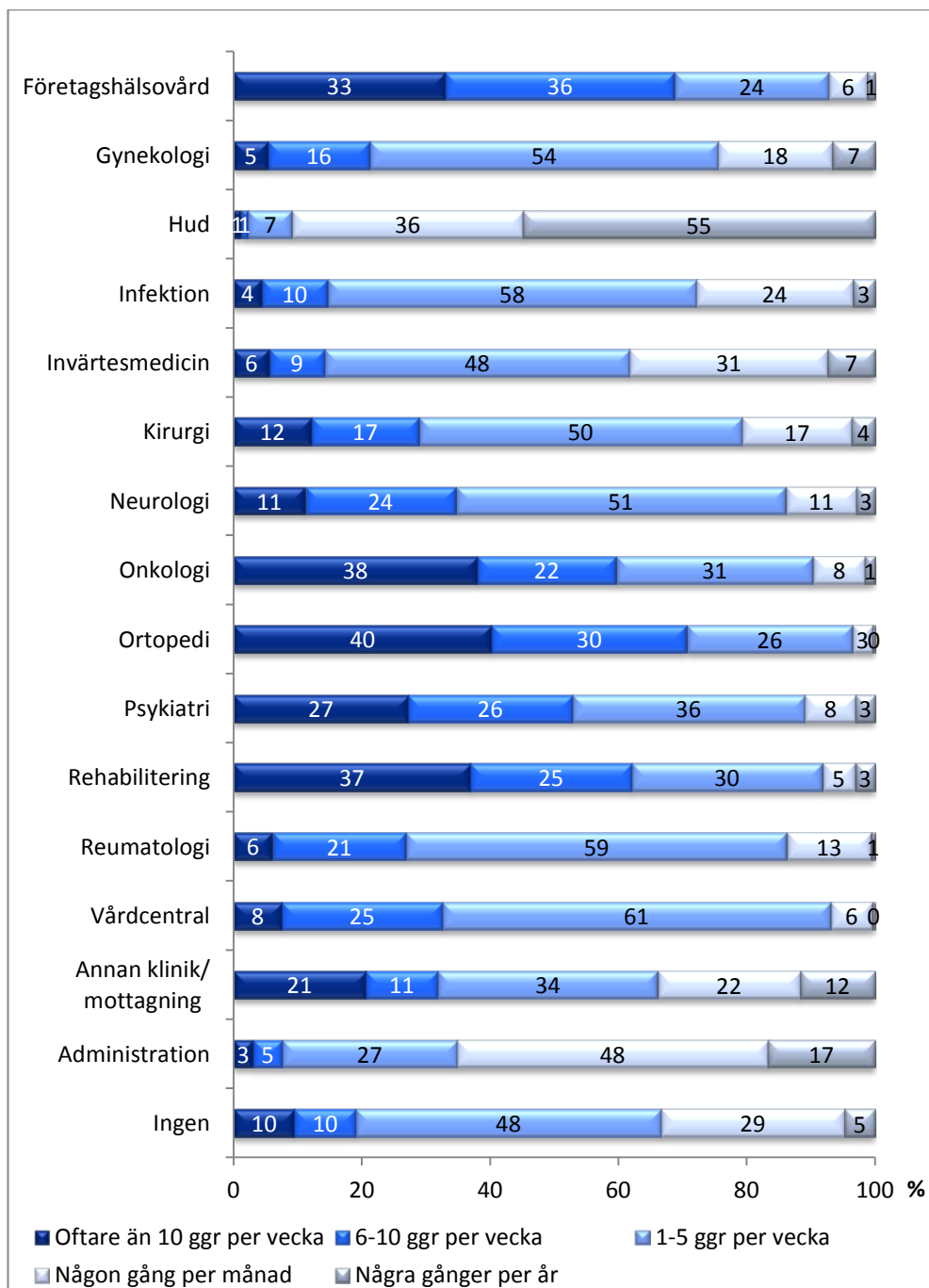


**Figur 1** Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för hela landet samt uppdelat på regioner



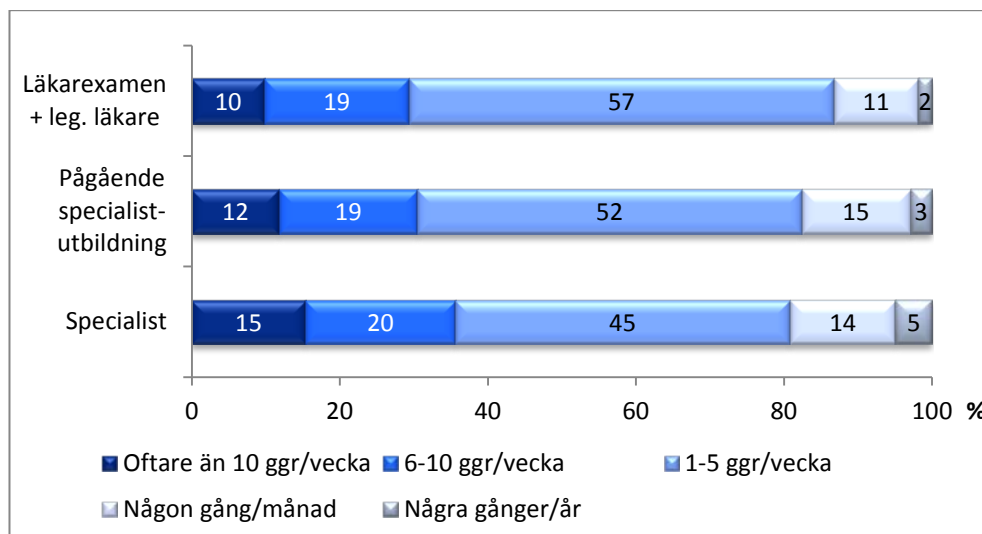
Stora skillnader kunde däremot ses i hur ofta läkare vid olika typer av kliniker hade sjukskrivningsärenden (Figur 2). Vid onkologiska och ortopediska kliniker samt inom rehabilitering hade cirka 40 procent av läkarna sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka. En stor andel inom företagshälsovården, vilka i princip bara har patienter i arbetsför ålder, hade också ofta sådana konsultationer. Av läkarna som huvudsakligen arbetade inom administration (inklusive forskning och undervisning) och därför endast hade kliniskt arbete på en mindre del av sin tid, svarade störst andel att de hade sjukskrivningsärenden någon gång per månad. I många typer av kliniska verksamheter hade de flesta läkare sjukskrivningsärenden mellan en och fem gånger per vecka.

**Figur 2** Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik



Fördelningen vad gäller hur ofta läkare möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning var relativt jämn mellan de olika utbildningsnivåerna (Figur 3). En något större andel av specialisterna hade sjukskrivningsärenden oftare än fem gånger per vecka, jämfört med dem som inte hade specialistexamen.

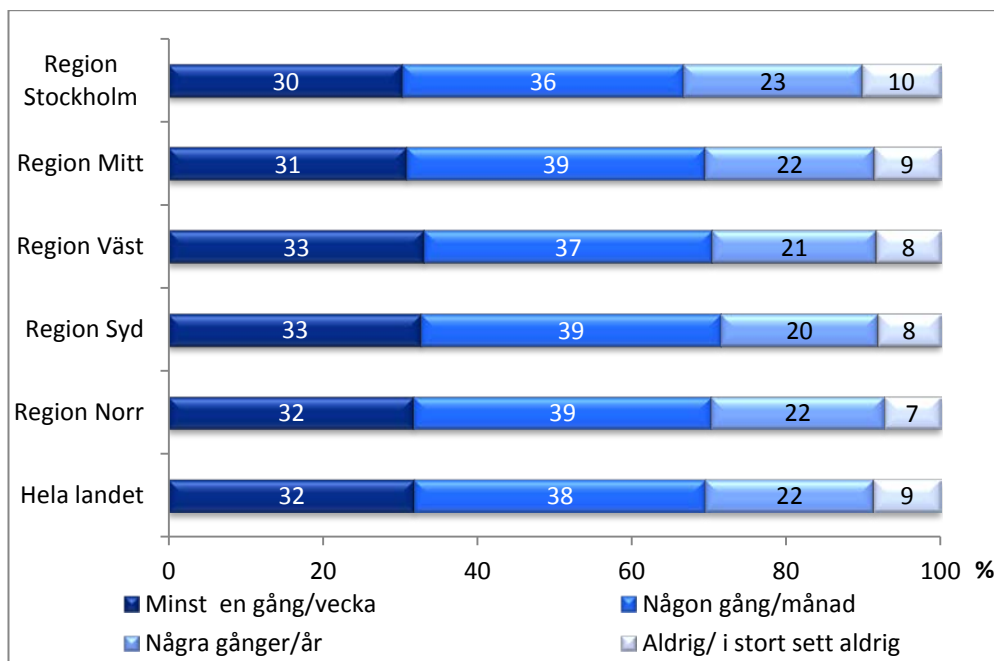
**Figur 3** Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå



### Uppleva sjukskrivningsärenden som problematiska

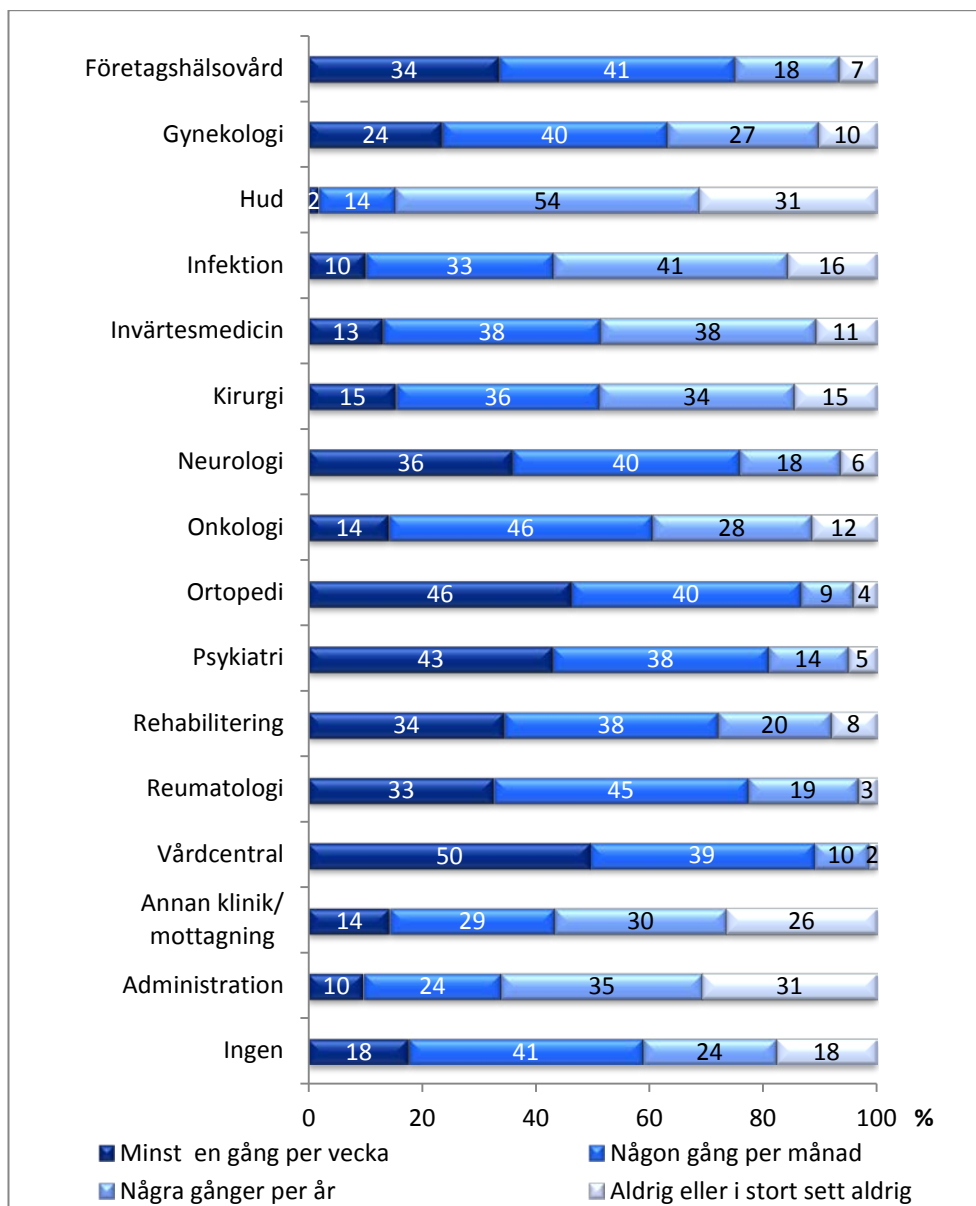
Vi frågade dels om frekvens och dels om allvarlighetsgrad när det gäller att uppleva arbetet med sjukskrivningar som problematiskt. En tredjedel (32 procent) av läkarna upplevde minst en gång per vecka att sjukskrivningsärenden är problematiska (Figur 4). Tre av fem (59 procent) svarade att de upplevde detta någon gång per månad eller några gånger per år, medan en tiondel (9 procent) i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska. Svarsmönstret var likartat i de olika regionerna.

**Figur 4** Andel läkare uppdelat på hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika regionerna samt för hela landet



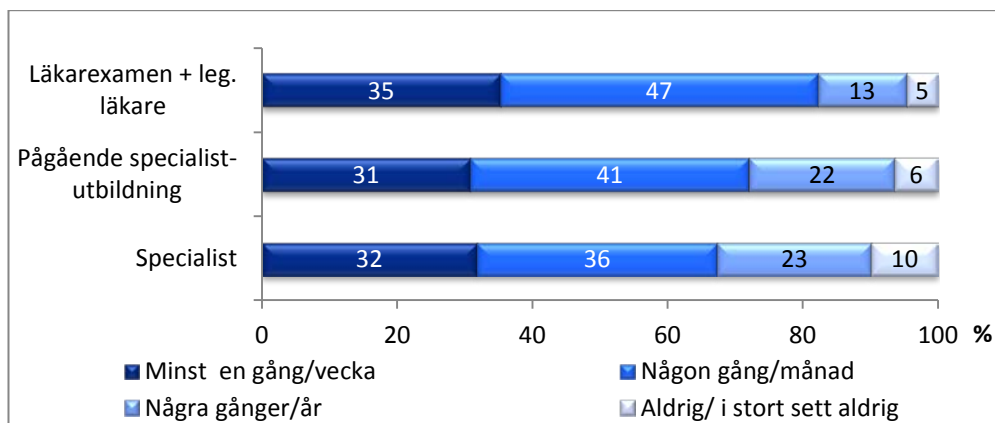
Det fanns en stor variation i svarsmönster mellan läkare vid olika typer av kliniker vad gäller hur ofta de upplevt sjukskrivningsärenden som problematiska (Figur 5). Störst andelar som upplevde detta minst en gång per vecka fanns vid vårdcentraler (50 procent), ortopediska (46 procent) samt psykiatriska (43 procent) kliniker. Minst andel (2 procent) fanns på hudkliniker.

**Figur 5** Andel läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik



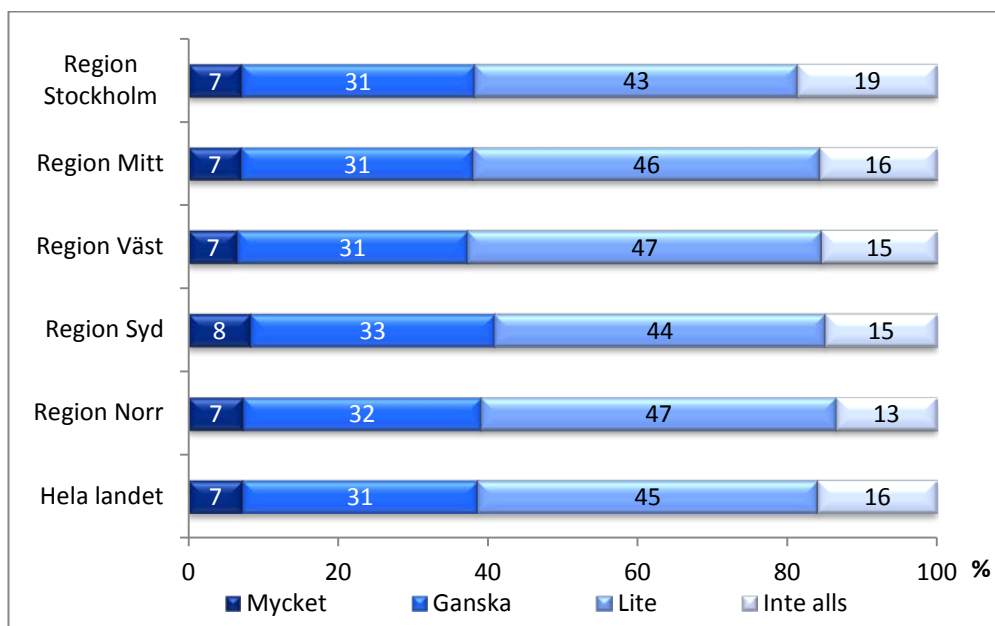
Andelen som minst någon gång per månad upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var störst bland läkare med läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå, fyra av fem (82 procent), svarade detta (Figur 6). Bland läkarna med en avklarad specialistutbildning var andelen lägst, två av tre (67 procent) upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per månad. Generellt var det ytterst få som aldrig upplevde dessa ärenden som problematiska.

**Figur 6** Andel läkare uppdelat på hur ofta de i sitt kliniska arbete upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på högsta utbildningsnivå



Inte heller svarsfördelningen på frågan *hur* problematisk handläggningen av sjukskrivningsärenden är skiljde sig mer än några procent mellan de olika regionerna (Figur 7). Ungefär två femtedelar upplevde denna som mycket eller ganska problematisk medan 16 procent inte alls upplevde den som problematiska.

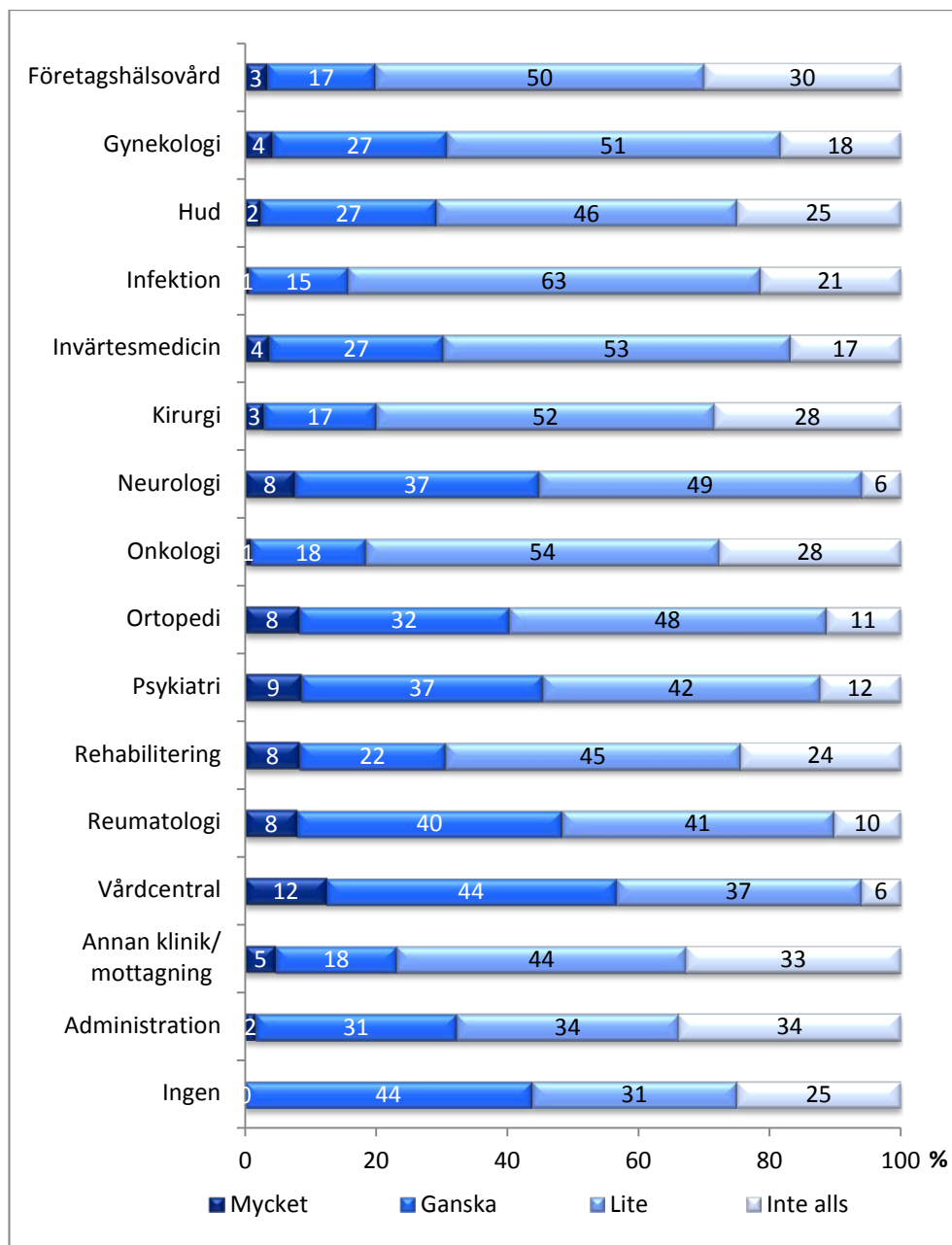
**Figur 7** Andel läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggningen av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på de olika regionerna samt för hela landet



Variationen i svarsfördelning på frågan *hur* problematisk handläggningen av sjukskrivningsärenden upplevs var stor mellan de olika typerna av kliniker (Figur 8). Andelen som svarade att handläggningen var mycket eller ganska problematisk var störst vid vårdcentraler, över hälften (57 procent) uppgav detta. Detsamma svarade närmare hälften av läkarna vid reumatologiska (48 procent), neurologiska (45 procent) samt psykiatriska (45 procent) kliniker. Andelen var minst, ungefär en femtedel, vid infektions-

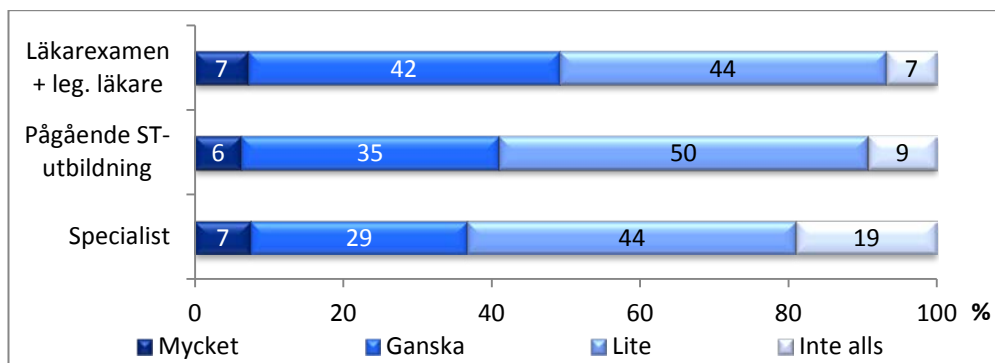
kliniker/mottagningar (16 procent), onkologiska (18 procent) och kirurgiska (20 procent) kliniker samt inom företagshälsovård (20 procent).

**Figur 8 Andel läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggningen av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på typ av klinik**



En skillnad i svarsfördelningen på frågan hur problematisk handläggningen av sjukskrivningar upplevs kan även ses mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 9). Bland de med läkarexamen eller läkarlegitimation svarade hälften (49 procent) att handläggningen är mycket eller ganska problematisk. Motsvarande andel för läkare med pågående specialistutbildning var 41 procent och för specialister 37 procent.

**Figur 9** Andel (procent) läkare i relation till hur problematisk de i allmänhet tyckte att handläggning av sjukskrivningsärenden är, uppdelat på högsta utbildningsnivå



## Kontakter med Försäkringskassan

I detta avsnitt redovisas läkarnas svar om kontakter med Försäkringskassan avseende tre frågor; frekvens, hur lätt eller svårt det är att få sådan kontakt respektive grad av nöjdhet med sådana kontakter.

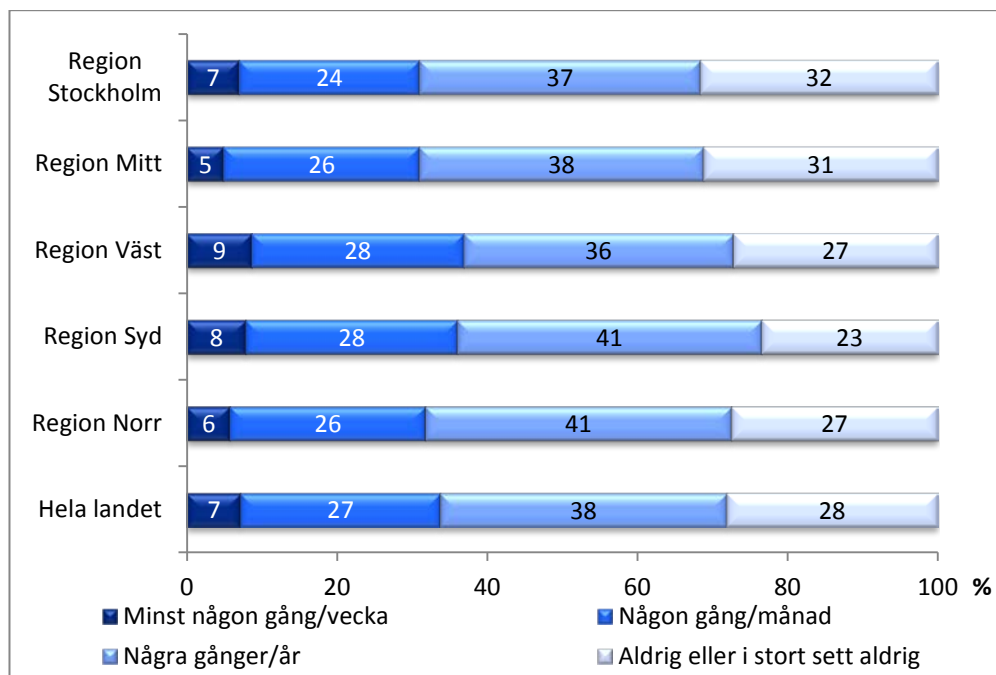
### Frekvens av kontakter med Försäkringskassan

Tjugoåtta procent av de sjukskrivande läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan sju procent hade kontakt minst någon gång per vecka och en tredjedel (34 procent) hade kontakt minst någon gång per månad (Figur 10).

Andelarna för de olika svarsalternativen var relativt lika i de fem regionerna. Andelen som svarade att de har kontakt minst någon gång per månad varierade något; från 31 procent i Region Stockholm och Region Mitt till 37 procent i Region Väst. Andelen som aldrig hade kontakt med Försäkringskassan varierade mellan 23 procent i Region Syd till 32 procent i Region Stockholm.



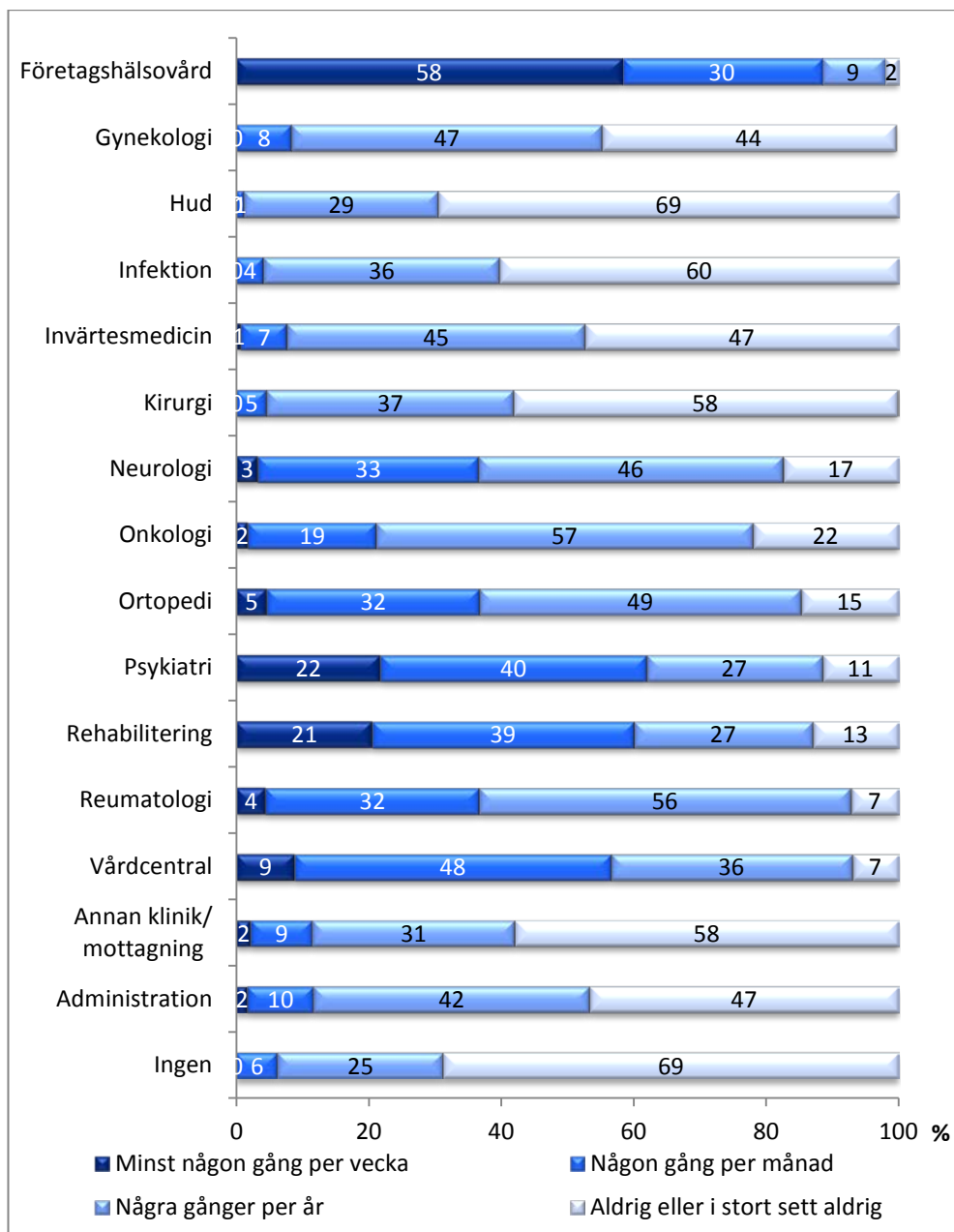
**Figur 10 Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden**



I Figur 11 visas hur läkare vid olika typer av kliniker svarat på frågan om hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan. En stor variation föreligger mellan andelarna för de olika typerna av kliniker.

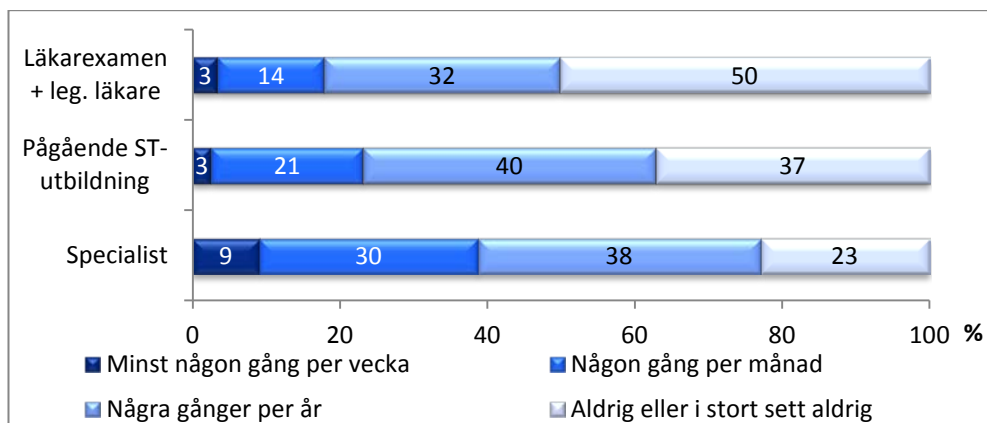
Drygt hälften av läkarna inom företagshälsovård och en femtedel av läkarna inom psykiatri och rehabilitering svarade att de hade kontakter med Försäkringskassan minst någon gång per vecka. För övriga typer av kliniker var denna andel betydligt lägre. Endast två procent av företagsläkarna hade aldrig kontakt med Försäkringskassan.

**Figur 11 Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik**



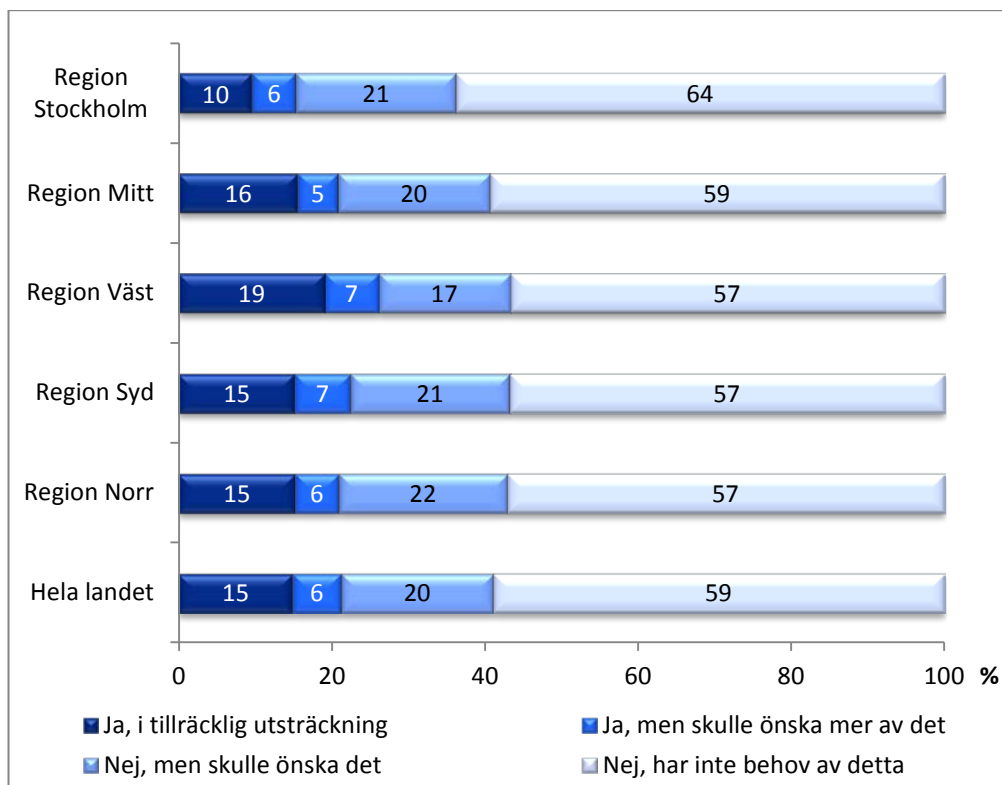
Skillnader i hur ofta läkare hade kontakt med Försäkringskassan förelåg även mellan läkare med olika högsta utbildningsnivå (Figur 12). Av de med läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå hade hälften aldrig kontakt med någon från Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Motsvarande andel för färdiga specialister var 23 procent. Samtidigt hade en större andel av specialisterna än icke-specialisterna kontakt minst någon gång per månad (39 jämfört med 18 procent).

**Figur 12** Andel (procent) läkare uppdelat på hur ofta de vanligtvis hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå



På frågan om man har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, till exempel avstämningsmöten, rehabmöten, eller att ha en handläggare från Försäkringskassan på sin mottagning, svarade *21 procent att de hade sådana kontakter och 26 procent att de önskar mer av dessa kontakter än vad de har för närvarande* (Figur 13). Andelen som hade regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan varierade mellan 15 procent i Region Stockholm till 26 procent i Region Väst. Andelen som önskade mer av denna typ av kontakter hade en mindre variation mellan de olika regionerna, fyra procentenheter skiljde mellan Region Väst där andelen var lägst (24 procent) och Region Syd och Region Norr där andelen var högst (28 procent).

**Figur 13** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner

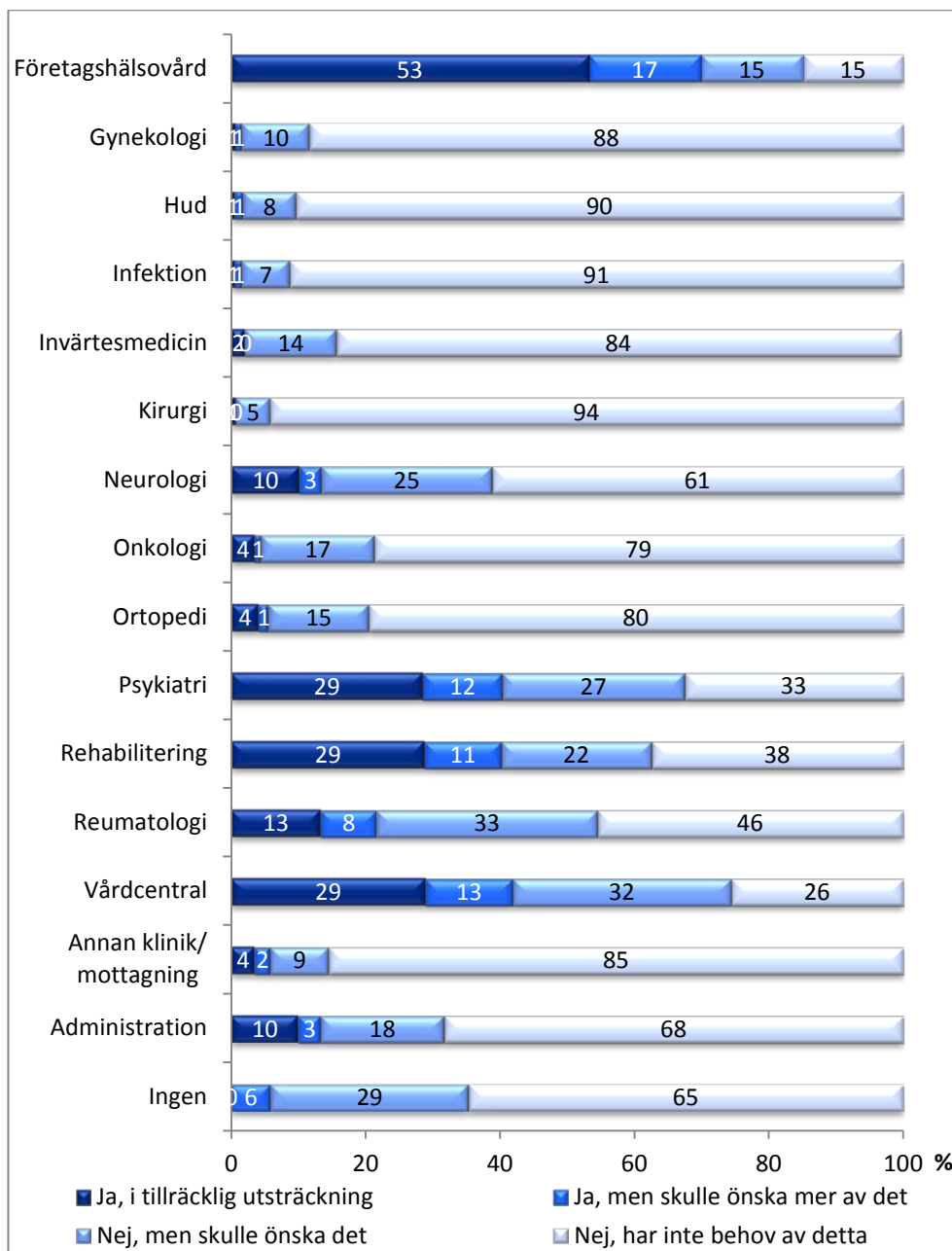


Av läkarna inom företagshälsovård hade 70 procent regelbundna, inplanerade kontakter med Försäkringskassan (Figur 14) – den höga andelen kan relateras till att samtliga deras patienter är i arbetsför ålder och har en anställning. Inom psykiatri, rehabilitering samt vid vårdcentraler hade ungefär två av fem sådana kontakter, inom reumatologi en av fem. Av läkarna vid övriga kliniker var det högst 13 procent som hade regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan.

Av läkarna vid vårdcentraler, reumatologiska kliniker samt inom psykiatrin önskade två av fem mer regelbundna inplanerade kontakter med Försäkringskassan än vad de hade. Denna andel var ungefär en tredjedel bland läkarna inom företagshälsovård, neurologi, rehabilitering samt bland dem som inte arbetade vid någon klinik eller mottagning. Bland läkarna vid övriga typer av kliniker önskade högst en av fem detta.

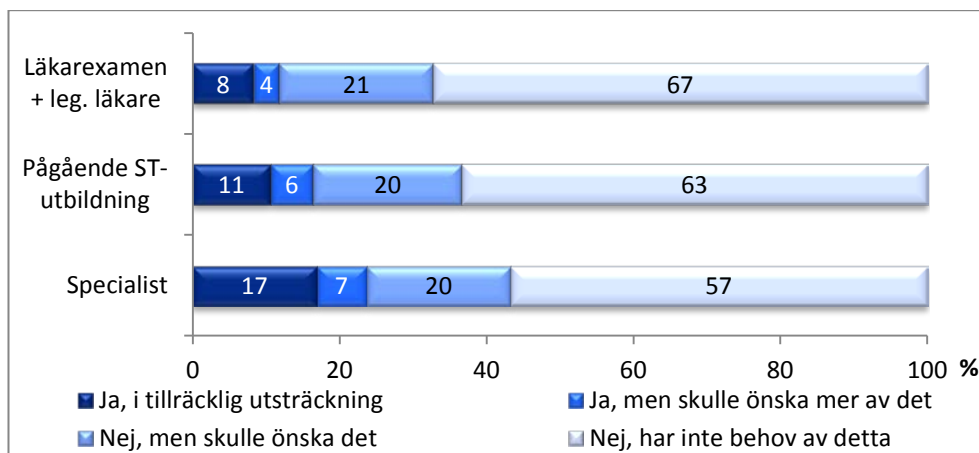
Ortopedläkarna hade alltså relativt ofta kontakt med Försäkringskassan (Figur 11), dock inte i form av inplanerade möten.

**Figur 14** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik



En större andel av de specialistutbildade läkarna hade regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, 24 procent jämfört med 16 procent av läkarna med en pågående specialistutbildning och tolv procent av läkarna med läkarexamen eller läkarlegitimation (Figur 15). Andelen som önskade mer av sådana inplanerade möten var en fjärdedel för var och en av de tre utbildningskategorierna, 24 procent för de med läkarexamen eller läkarlegitimation och 26 procent för de med pågående eller avslutad specialistutbildning.

**Figur 15** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på utbildningsnivå

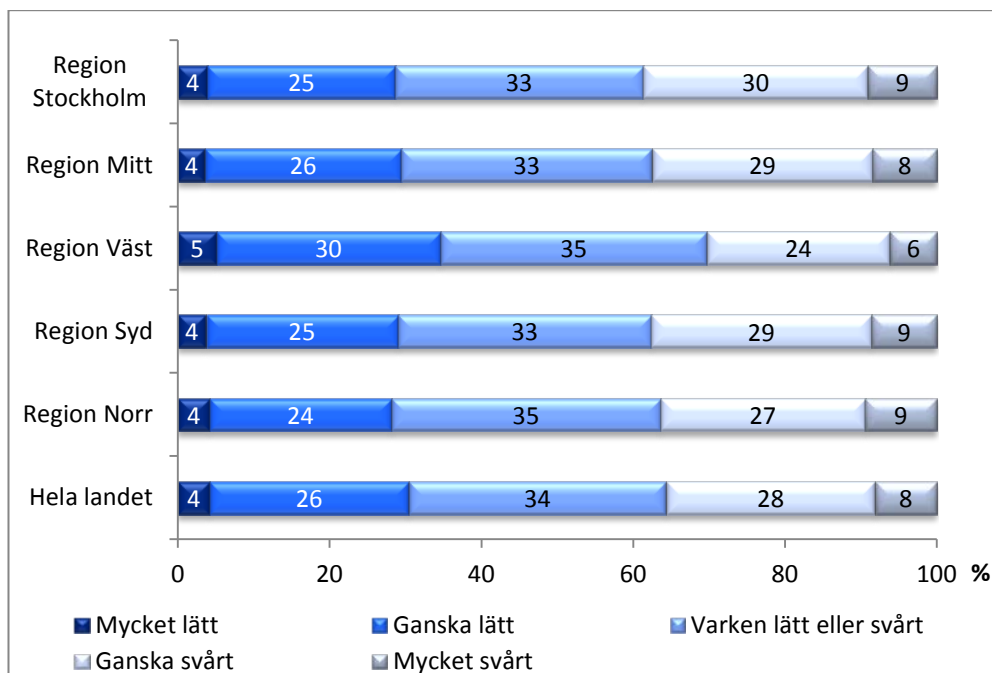


### Lätt eller svårt att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan

På frågan om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan svarade en fjärdedel (25 procent) av de sjukskrivande läkarna att det inte var aktuellt för dem med sådana kontakter. Denna andel varierade mellan en femtedel (20 procent) i Region Syd och en knapp tredjedel (30 procent) i Region Stockholm (Figur 16, not). Variationen var ännu större mellan de olika typerna av kliniker. Andelen var störst bland dem som huvudsakligen inte arbetade vid en klinik eller mottagning samt bland läkare vid kirurgiska kliniker (59 respektive 58 procent). Vid hud- och infektionskliniker samt bland läkare som svarat att de arbetar vid annan typ av klinik eller mottagning än de listade i enkäten var andelen ungefär hälften, vid gynekologiska kliniker, bland läkare verksamma vid kliniker för invärtesmedicin samt inom administration var den ungefär två av fem (Figur 17, not).

I Figur 16 visas svarsfördelningen på frågan om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med handläggare vid Försäkringskassan när de läkare som svarade "Ej aktuellt" exkluderats ur analysen. Svarsmönstret är liknande inom de fem regionerna. *Endast en mycket liten andel, oavsett region, ansåg att det är mycket lätt att få kontakt med Försäkringskassan.* Svårigheter med att få kontakt med Försäkringskassan preciserades i andra frågor i enkäten samt i läkarnas öppna svar och redovisas senare (sidan 77).

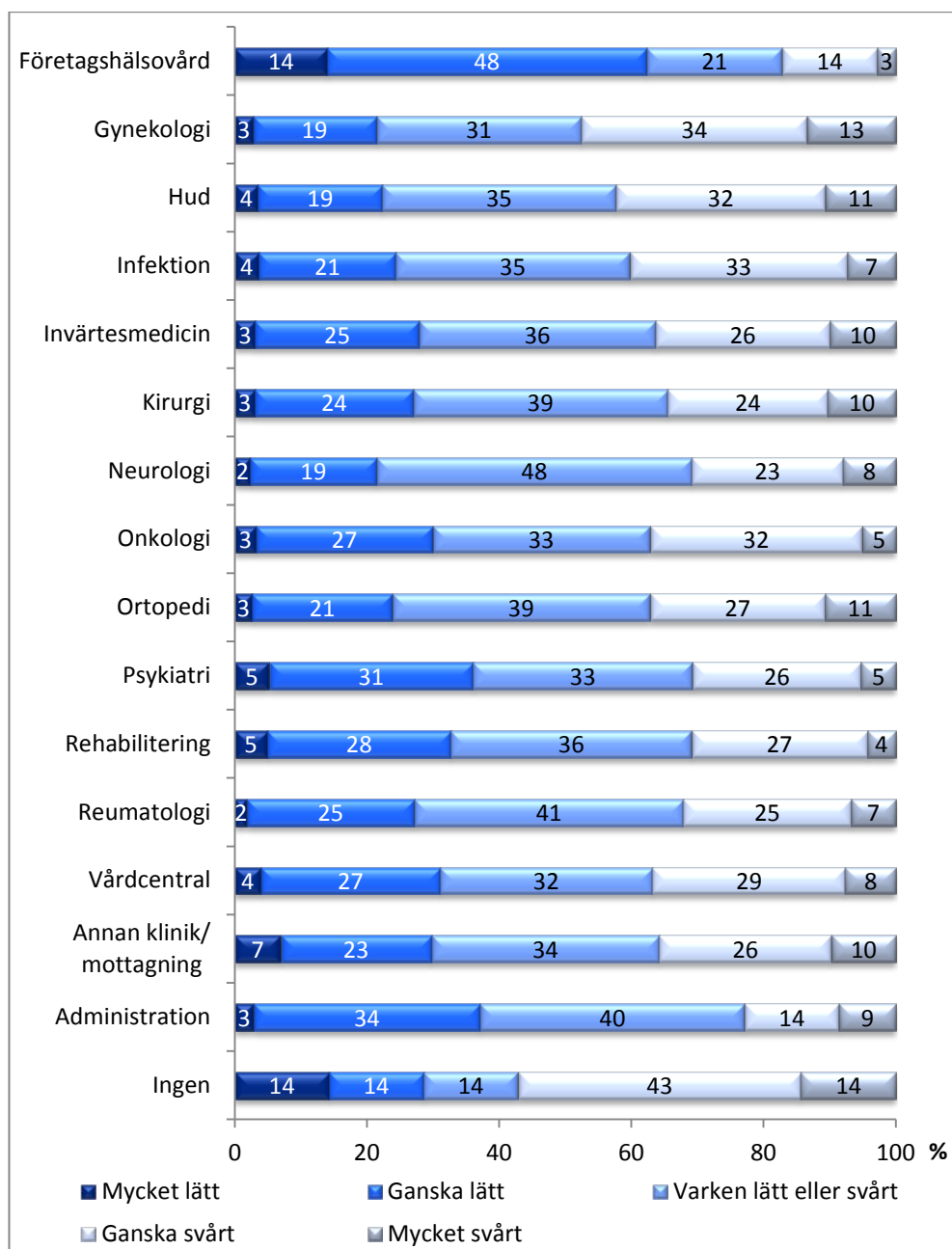
**Figur 16 Andel (procent) läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på regioner<sup>1</sup>**



<sup>1</sup>: De läkare som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i figuren; Region Stockholm 30 procent; Region Mitt 28 procent; Region Väst 24 procent; Region Syd 20 procent; Region Norr 24 procent; hela landet 25 procent. Antal i respektive region framgår av Tabell 4.

I Figur 17 ges motsvarande siffror uppdelat på typ av klinik. Läkare inom företagshälsovård skiljer sig från de övriga vad gäller andelen som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare, 62 procent har angett dessa svarsalternativ, vilket är den i särklass högsta andelen. Bland övriga kliniker varierade andelen mellan 21 procent vid gynekologiska och neurologiska kliniker till 37 procent för läkare inom administration. Andelen som svarat att det är mycket eller ganska svårt att få kontakt med Försäkringskassans handläggare varierade också, från 17 procent bland läkarna inom företagshälsovård till 57 procent bland de läkare som angett att de inte arbetade vid någon klinik eller mottagning.

**Figur 17** Andel läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik<sup>1</sup>

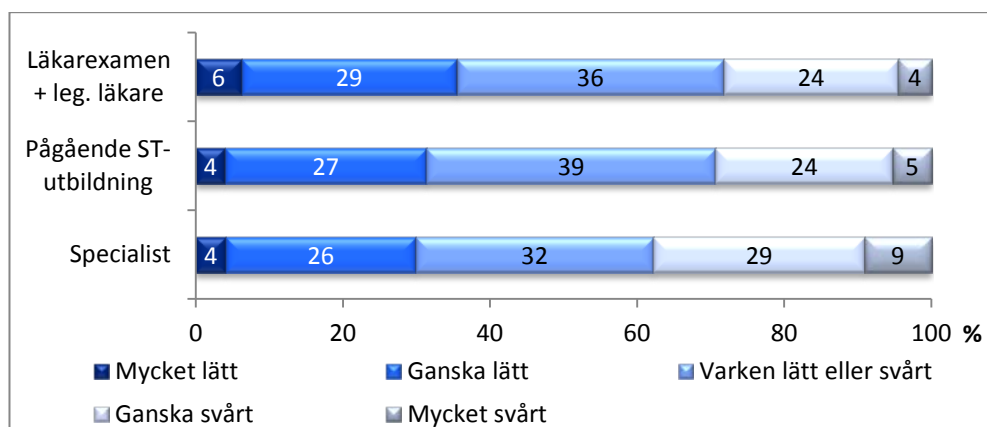


<sup>1</sup> De läkare som svarade att det inte är aktuellt med kontakt med Försäkringskassans handläggare är exkluderade i figuren; Företagshälsovård 2 procent; Gynekologi 41 procent; Hud 49 procent; Infektion 48 procent; Invärtesmedicin 39 procent; Kirurgi 58 procent; Neurologi 13 procent; Onkologi 17 procent; Ortopedi 16 procent; Psykiatri 10 procent; Rehabilitering 12 procent; Reumatologi 10 procent; Vårdcentral 6 procent; Annan Klinik 52 procent; Administration 42 procent; Ingen 59 procent. Antal i respektive typ av klinik framgår av Tabell 3.

I Figur 18 visas svarsfördelningen på frågan om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med handläggare uppdelat på läkarnas högsta utbildningsnivå, när de som svarat "Ej aktuellt" exkluderats. Den största skillnaden består i att en tio procentenheter större andel läkare med en avklarad specialistutbildning uppgav att det var mycket eller ganska svårt att få kontakt, jämfört med de med läkarexamen eller läkarlegitimation.



**Figur 18** Andel läkare i relation till hur lätt eller svårt de tyckte att det är att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan, uppdelat på högsta utbildningsnivå<sup>1</sup>

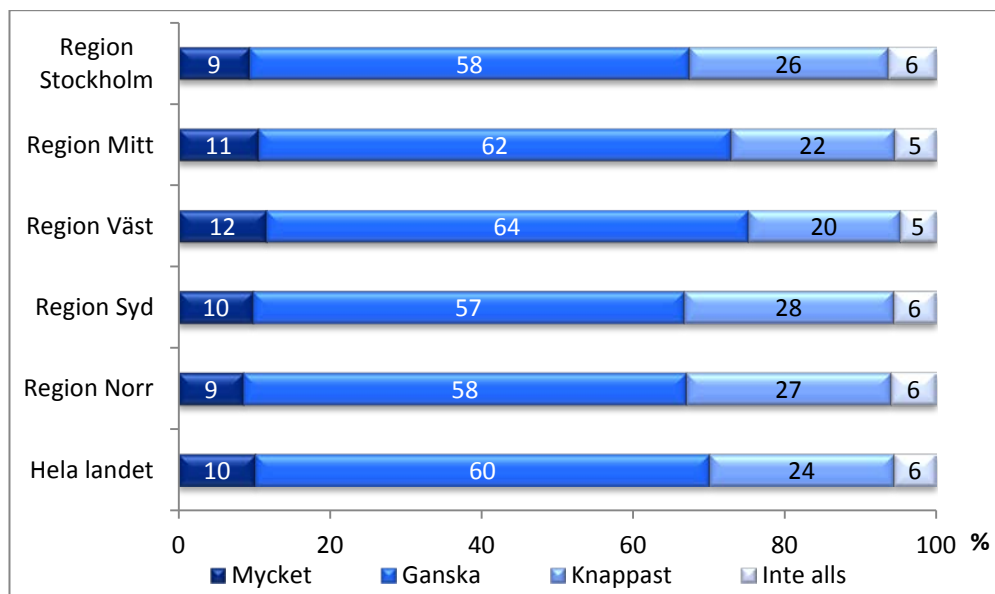


<sup>1</sup>: De läkare som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i figuren; Läkarexamen + leg. läkare 50 procent; Pågående ST-utbildning 34 procent; Specialist 20 procent.

### Grad av nöjdhet med kontakter med Försäkringskassan

På frågan om hur nöjda läkarna var med sina kontakter med Försäkringskassan svarade en femtedel (20 procent) att de inte har sådana kontakter (Figur 19, not). Denna andel varierade mellan 16 procent i Region Syd och 24 procent i Region Stockholm. *Av de läkare som hade kontakter med Försäkringskassan svarade en majoritet, 70 procent, att de var mycket eller ganska nöjda med dessa kontakter* (Figur 19). De flesta av dessa hade svarat att de var ganska nöjda, var tionde var mycket nöjd. Svarsmönstret för de olika regionerna var likartat. Andelen som var mycket eller ganska nöjd varierade från 67 procent i Region Stockholm, Region Syd och Region Norr till 75 procent i Region Väst.

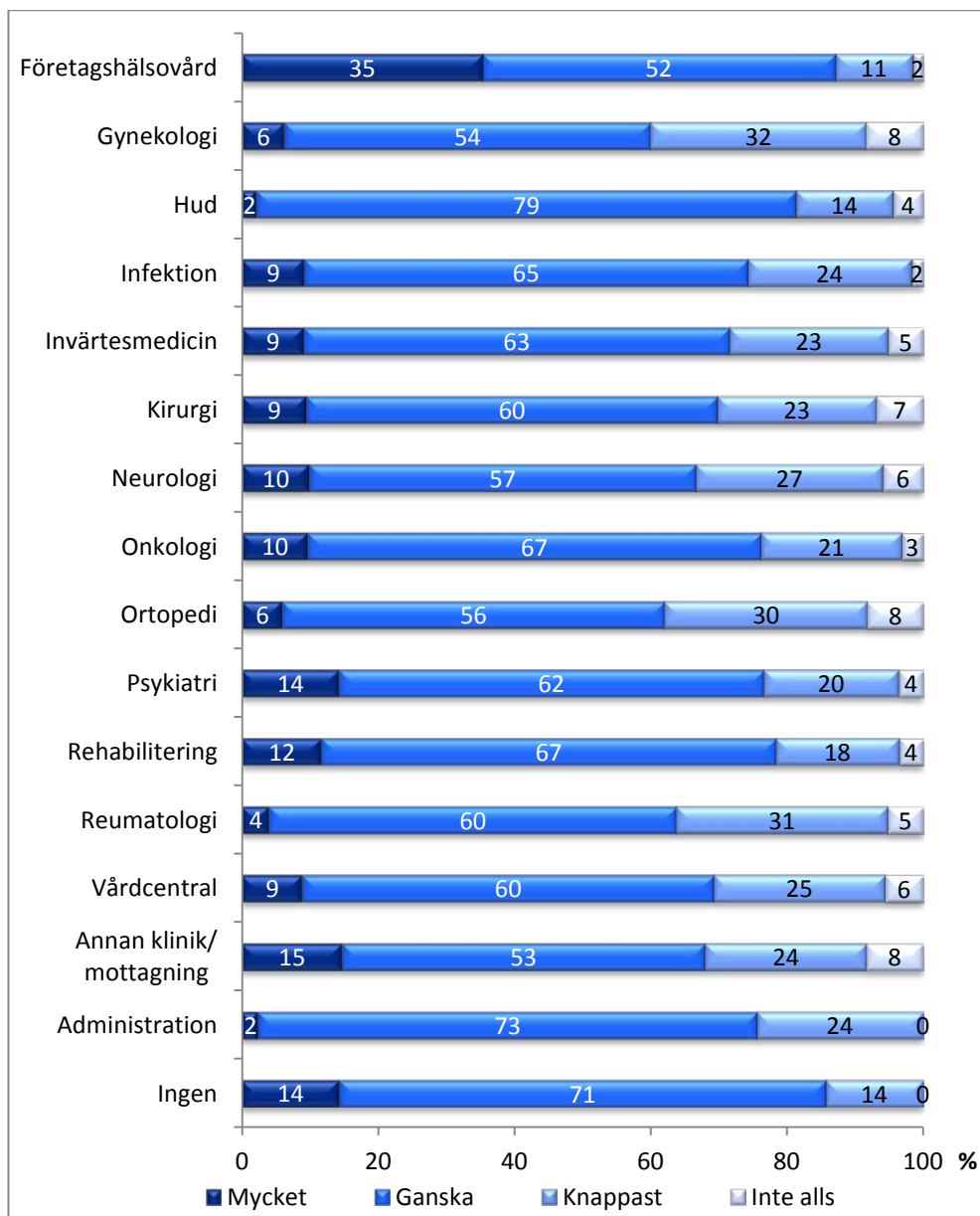
**Figur 19** Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på regioner<sup>1</sup>



<sup>1</sup>: De läkare som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" har exkluderats i figuren; Region Stockholm 24 procent; Region Mitt 22 procent; Region Väst 19 procent; Region Syd 16 procent; Region Norr 19 procent; hela landet 20 procent.

Andel läkare som inte hade kontakter med Försäkringskassan varierade mycket beroende på typ av klinik (Figur 20, not). Andelen läkare som var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan var störst inom företagshälsovården (87 procent) (Figur 20). Bland läkare vid gynekologiska och ortopediska kliniker var den minst (60 respektive 62 procent).

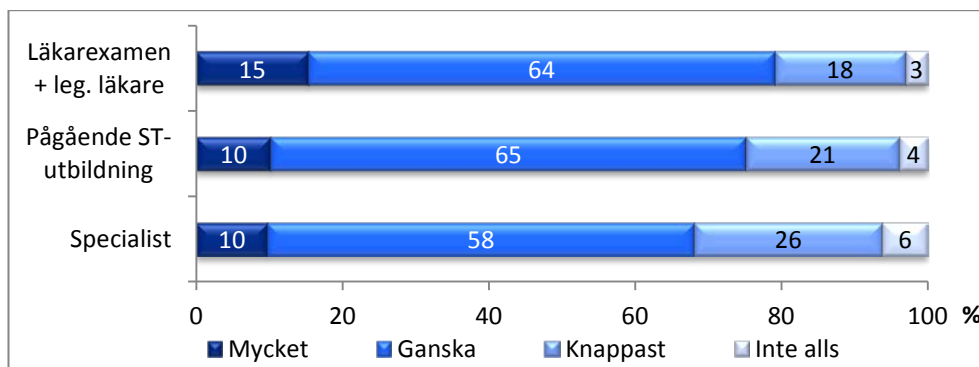
**Figur 20 Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> De läkare som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade i figuren; Företagshälsovård 1 procent; Gynekologi 31 procent; Hud 46 procent; Infektion 44 procent; Invärttesmedicin 33 procent; Kirurgi 42 procent; Neurologi 9 procent; Onkologi 13 procent; Ortopedi 8 procent; Psykiatri 8 procent; Rehabilitering 8 procent; Reumatologi 3 procent; Vårdcentral 4 procent; Annan klinik 46 procent; Administration 32 procent; Ingen 59 procent. Antal i respektive typ av klinik framgår av Tabell 3.

Två av fem (41 procent) av läkarna med läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta utbildningsnivå uppgav att de inte hade kontakter med Försäkringskassan. Motsvarande andel för läkare med en pågående specialistutbildning var en fjärdedel (27 procent) och för de med en avklarad specialistutbildning femton procent (Figur 21, not). Av Figur 21 framgår att av de läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var andelen som var nöjda med dessa kontakter högst bland de med lägst utbildning (79 procent) och lägst bland de specialistutbildade (68 procent).

**Figur 21** Andel (procent) läkare i relation till hur nöjda de i allmänhet var med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på högsta utbildningsnivå<sup>1</sup>

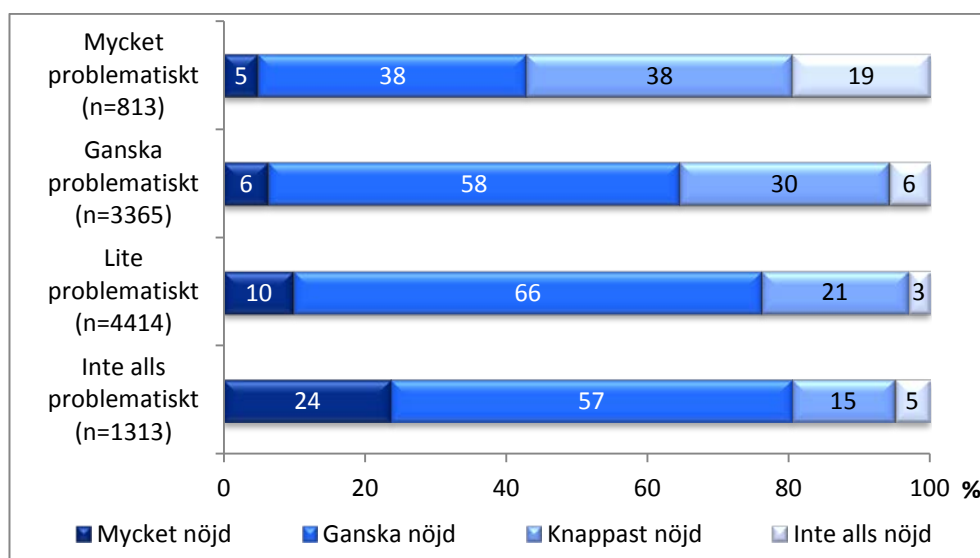


<sup>1</sup>; De läkare som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" har exkluderats i figuren; Läkaresexamen + leg. läkare 41 procent; Pågående ST-utbildning 27 procent; Specialist 15 procent.

Det fanns inga större könsskillnader i nöjdhet med kontakterna med Försäkringskassan. Skillnaden i andel som svarat att de inte har kontakt med Försäkringskassan var liten mellan kvinnor (21 procent) och män (18 procent). Bland kvinnor var andelen som var nöjda med sådana kontakter (73 procent) något större än bland män (67 procent), vilket kan återspegla den skillnad i utbildningsnivå som förelåg mellan kvinnor och män (ej i figur) [12].

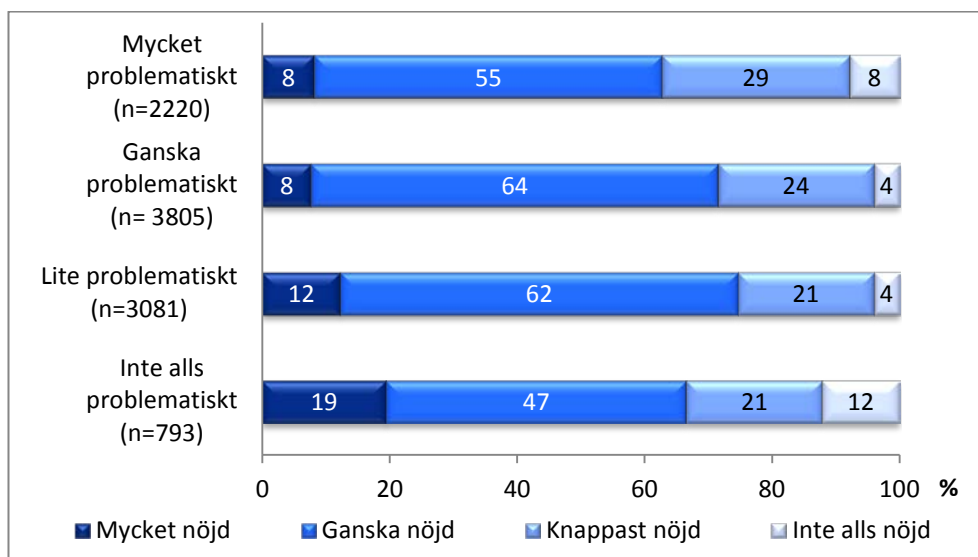
Av Figur 7 framgick att 38 procent av läkarna upplevde handläggningen av sjukskrivningsärenden som problematisk. I Figur 22 relateras sådana svar till hur nöjd läkaren var med kontakten med Försäkringskassan. I Figur 22 framkommer ett tydligt mönster av att ju mer problematisk handläggningen av patienters sjukskrivningar upplevdes, desto större andel svarade också att de knappast eller inte alls var nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan. Av de läkare som upplevde handläggning av sjukskrivningar som mycket problematiskt svarade mer än hälften (57 procent) att de knappast eller inte alls var nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan. Av de läkare som inte alls upplevde handläggningen som problematisk var motsvarande andel betydligt lägre; 19 procent.

**Figur 22** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematisk de upplevde att handläggningen av patienters sjukskrivningar var



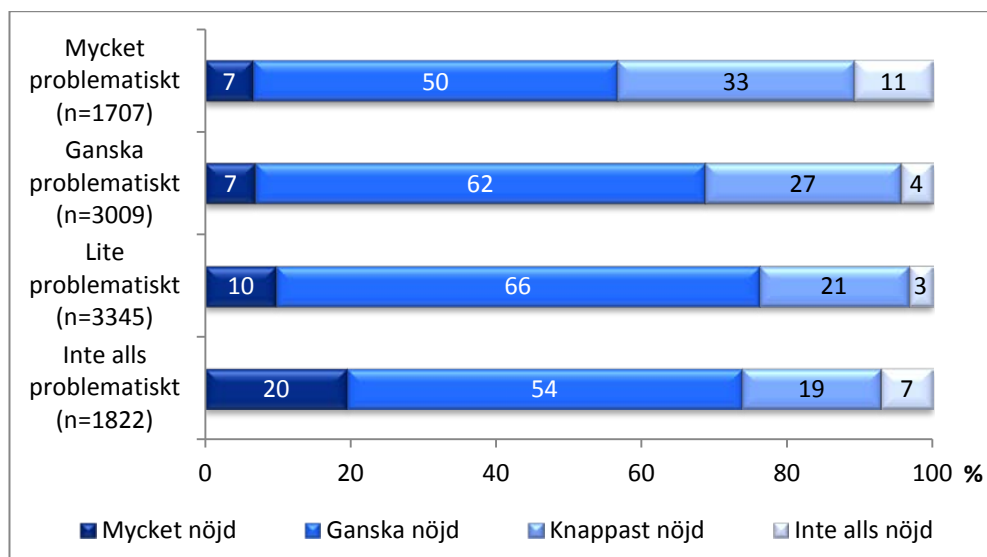
I tidigare analys av enkätsvaren framkom att den aspekt av arbetet med sjukskrivningar som störst andel läkare upplever som problematisk är att bedöma om en patients funktionsnedsättning även begränsar dennes arbetsförmåga i relation till sina arbetsuppgifter [12]. Särskilt gällde detta för arbetslösa patienter. Vi har därför även relaterat svaren om detta till svar på frågan om nöjdhet med kontakterna med Försäkringskassan. I Figur 23 framgår att ett mönster kan ses vad gäller hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan relaterat till bedömningen av patienters arbetsförmåga. De som tyckte detta var problematiskt var i något mindre utsträckning mycket nöjda med kontakterna med Försäkringskassan. Skillnaderna var dock små. Bland dem som inte alls upplevde detta som problematiskt var det en större spridning i andel nöjda – inte nöjda. Svarmönstret var nästan exakt detsamma när det gäller motsvande fråga för arbetslösa patienter (ej i figur).

**Figur 23** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematisk de upplevde bedömningen av patienters arbetsförmåga, för patienter med arbete



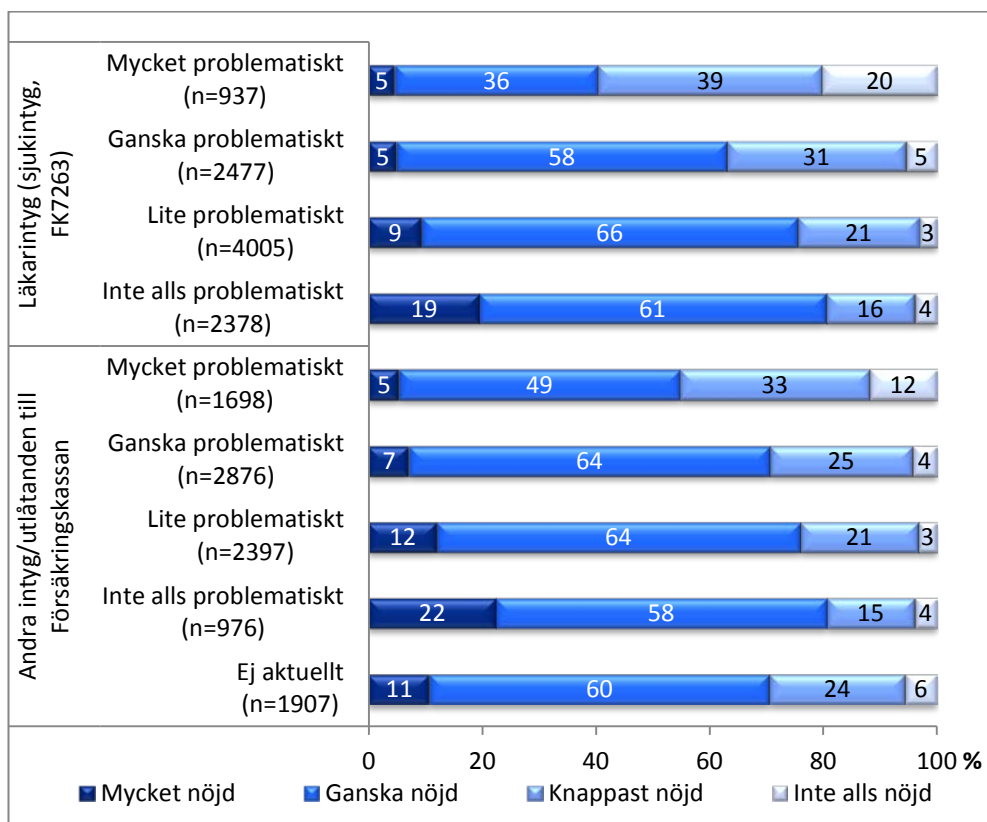
En annan aspekt som många läkare upplevde som problematiskt är att hantera de två rollerna dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter (på sidan 15) [12]. Av de sjukskrivande läkare som svarade att hanteringen av de två rollerna var mycket problematiskt var 43 procent knappast eller inte alls nöjda med kontakten med Försäkringskassan, jämfört med en fjärdedel (24 procent) av dem som svarade att detta var lite problematiskt (Figur 24). Återigen förelåg en större spridning i andel nöjda – inte nöjda bland dem som svarade att det inte alls var problematiskt att hantera de två rollerna.

**Figur 24** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematiskt de upplevde det vara att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter



Ett motsvarande mönster framgår av Figur 25, vad avser hur problematiskt det upplevs att skriva olika former av intyg, läkarintyg såsom sjukintyg FK7263 samt andra intyg och utlåtanden, till Försäkringskassan. En större andel av dem som upplevde detta som problematiskt var knappast eller inte alls nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, än bland dem som inte fann intygsskrivande problematiskt.

**Figur 25** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på hur problematiskt de upplevde det vara att skriva läkarintyg FK7263 respektive andra intyg och utlåtanden till Försäkringskassan



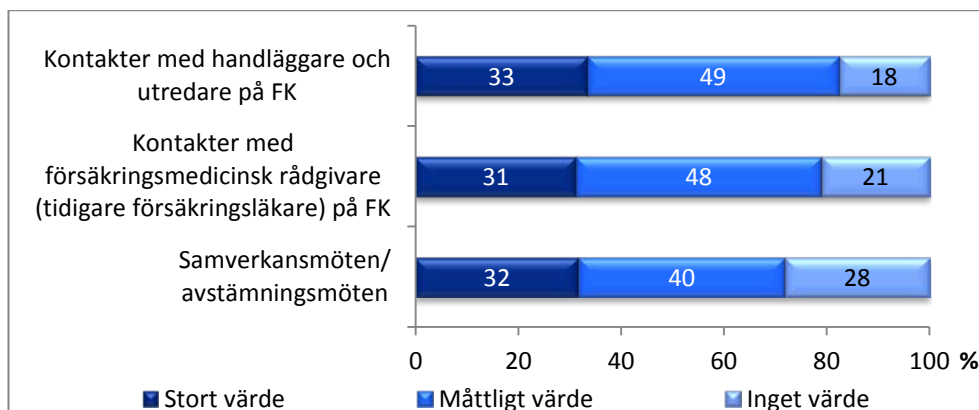
## Betydelsen av kontakter med Försäkringskassan för arbetet med sjukskrivningar

Ett av frågeområdena i enkäten handlade om läkarens försäkringsmedicinska kompetens för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden med frågor avseende tre aspekter; om hur man fått sådan kompetens, vad man ville ha mer kompetens inom samt hur man önskade få detta. I detta avsnitt presenteras svar på frågor som kan anses ha samband med läkarnas förtroende för Försäkringskassan.

En tredjedel av läkarna ansåg dels att kontakter med handläggare respektive försäkringsmedicinska rådgivare dels att deltaga i avstämningsmöte har stort värde för god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar (Figur 26). Detta kan sägas indikera förtroende för Försäkringskassan.

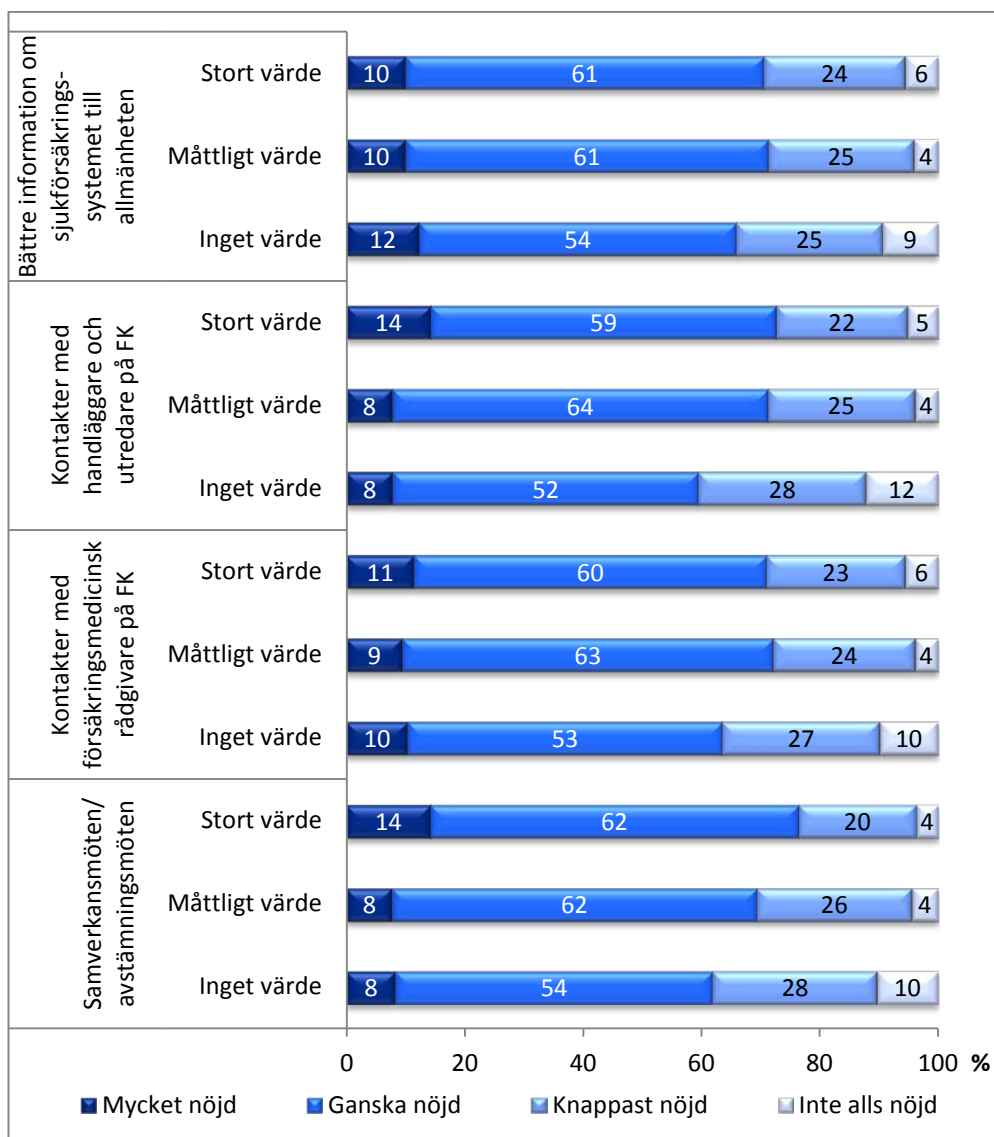


**Figur 26** Andel (procent) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden



Av dem som kryssat för ”stort” eller ’måttligt värde’ på kontakter med Försäkringskassan respektive på avstämningsmöten var en större andel nöjda med kontakterna med Försäkringskassan (Figur 27). Bland dem som svarade att kontakter med Försäkringskassans handläggare och utredare har ’stort värde’ var majoriteten (73 procent) mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan.

**Figur 27** Andel (procent) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan (FK), uppdelat på hur de värderade fyra olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning



Något större andelar av läkarna som var mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan jämfört med de som var ganska, knappast eller inte alls nöjda med dessa kontakter, uppgav att kontakter med handläggare, utredare och försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan samt samverkans- och avstämningsmöten har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar (Tabell 5). För ”bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten” fanns ingen sådan skillnad – hälften av läkarna ansåg att sådan information skulle ha stort värde oavsett hur nöjda de var med kontakterna med Försäkringskassan.

Här ges exempel på en öppen kommentar kring det senare:

*Tack för er kampanj för några år sedan! Har underlättat i kontakten med pat. (627653)*

**Tabell 5**      **Andel (procent) av dem som var mycket, ganska, knappast respektive inte alls nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan (FK) som ansåg att fyra olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar**

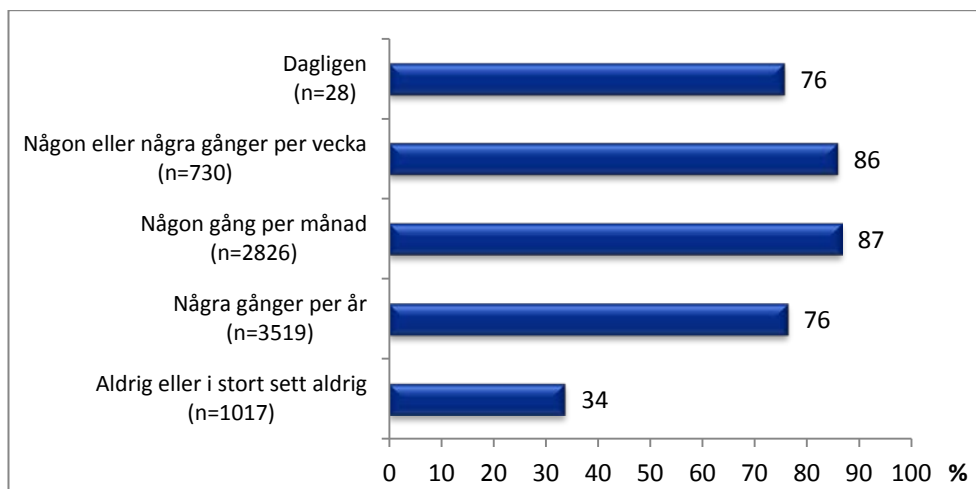
		Mycket nöjd	Ganska nöjd	Knappast nöjd	Inte alls nöjd
Bättre information om sjukförsäkringsystemet till allmänheten	Stort värde	50	52	50	52
	Måttligt värde	36	38	38	28
	Inget värde	14	11	12	20
Kontakter med handläggare och utredare på FK	Stort värde	53	37	35	36
	Måttligt värde	37	52	50	35
	Inget värde	10	11	15	29
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	Stort värde	38	34	33	34
	Måttligt värde	45	51	48	35
	Inget värde	18	15	19	31
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Stort värde	51	38	30	25
	Måttligt värde	31	42	44	33
	Inget värde	18	20	26	42

## Specifika svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan

I enkäten efterfrågades huruvida läkaren upplevde någon av 20 olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (Tabell 2, Figur 29). En av dessa var ospecifik; 'Andra problem' och de som kryssat i den ombads förtydliga vad de avsåg på sista sidan. Det första svarsalternativet var att inte uppleva några svårigheter alls i kontakten med Försäkringskassan; *en tredjedel (31 procent) av läkarna svarade att de inte upplevde några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan* (ej i figur). Av dem som svarat att de inte upplevde några svårigheter uppgav majoriteten, 55 procent, att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med någon från Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden medan 30 procent svarade att de hade kontakt några gånger per år.

I Figur 28 visas andelen läkare som upplevde en eller flera av de listade svårigheterna i kontakterna med Försäkringskassan, uppdelat på hur ofta de hade kontakt, för de läkare som svarat på båda dessa frågor (n=11 771). Det är inga stora skillnader relaterat till hur ofta man hade kontakt med Försäkringskassan; mellan 76 och 87 procent upplevde detta. Enda undantaget var att av dem som svarat att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakter hade en mindre andel (34 procent) upplevt minst en av de listade svårigheterna. Detta kan bero på att man åsytar tidigare kontakter eller att man försökt få kontakt med Försäkringskassan utan att lyckas eller att handläggaren inte hört av sig när läkare bett om kontakt – detta antagande stämmer med de svårigheter de angivit.

**Figur 28** Andel (procent) läkare som uppgett en eller flera svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, uppdelat på frekvens av kontakterna



Här redovisas först svar för samtliga svårigheter för att ge en generell bild. Därefter presenteras svar för respektive tema av svårigheter.

Av de 11 839 läkare som svarade på frågan om de upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan hade 69 procent upplevt minst en av de listade svårigheterna medan alltså 31 procent svarade att de inte upplevde några svårigheter. I Figur 29 visas andelen läkare som upplevt respektive listad typ av svårighet. Dessa presenteras därefter även uppdelat på olika teman av svårigheter.

**Figur 29** Andel (procent) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), listade efter hur vanligt förekommande respektive svårighet var (n=11839)



Det fanns inga stora skillnader mellan regioner i andel läkare som upplevde de olika typerna av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (Tabell 6). Andelen som svarade att de inte upplevde några svårigheter alls var störst i Region Stockholm och minst i Region Syd; 33 respektive 28 procent. De största skillnaderna mellan regionerna förelåg för följande tre enkätfrågor: 'FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg', 'Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med' och 'Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg'; för samtliga dessa hade Region Norr 7-11 procentenheter större andel som ansåg detta än i den

region som hade lägst andel. Den låga andelen i Region Stockholm som hade svårigheter relaterat till elektroniska intyg kan relateras till att många där ännu inte använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg [12, 102].

**Tabell 6**      **Andel (procent) läkare som upplevde listade olika typerna av svårigheter respektive inte upplevde några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på de olika regionerna**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
- Upplever inga svårigheter	33	32	31	28	29
- Det tar för mycket tid i anspråk	29	30	29	33	31
- Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	21	26	24	25	29
- Det är svårt att komma fram per telefon	36	36	35	40	37
- FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	15	16	15	18	15
- FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	15	12	14	16	15
- FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	12	8	9	10	11
- FK tar inte kontakt med patienten	5	3	5	5	5
- Du möts av en negativ attityd	10	8	9	10	8
- Ni tycks tala olika språk	21	22	23	27	25
- Oklarheter kring sekretessfrågor	6	5	5	6	4
- Patientens handläggare byts ofta ut	23	19	20	22	19
- Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	25	22	23	27	23
- Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare (f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	10	12	11	12	14
- Svårt att förmedla information via FKs blanketter	19	18	18	21	22
- FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	37	35	33	44	40
- Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg	4	6	6	10	11
- Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	9	9	8	10	10
- Du upplever brister i FK handläggares kompetens	28	24	27	29	27
- Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK	1	1	1	1	1
- Andra problem	3	3	3	3	5

Det fanns stora skillnader i andel läkare som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan mellan läkare vid olika typer av kliniker. I Tabell 7 redovisas de fyra typer av svårigheter som störst andel av samtliga läkare angav, det vill säga, de fyra listade överst i Figur 29, uppdelat på olika typer av kliniker. Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, vilket var den svårighet som störst andel (38 procent) av samtliga läkare upplevde, uppgavs av tolv procent av läkarna på hudkliniker, medan drygt hälften (55 procent) av ortopedläkare svarade detsamma. Att det är svårt att komma fram per telefon till Försäkringskassan uppgav 19 procent av läkarna vid kirurgkliniker och 48 procent av vårdcentralsläkarna. Att kontakterna tar för mycket tid uppgavs av andelar som varierade från nio procent av läkare i administrativ verksamhet till 41 procent av läkare vid

ortopediska kliniker. Medan en knapp tiondel av läkarna vid hudkliniker angav att de upplevde brister i Försäkringskassans handläggares kompetens, upplevdes detta av två av fem läkare vid både reumatologiska kliniker och rehabiliteringskliniker.

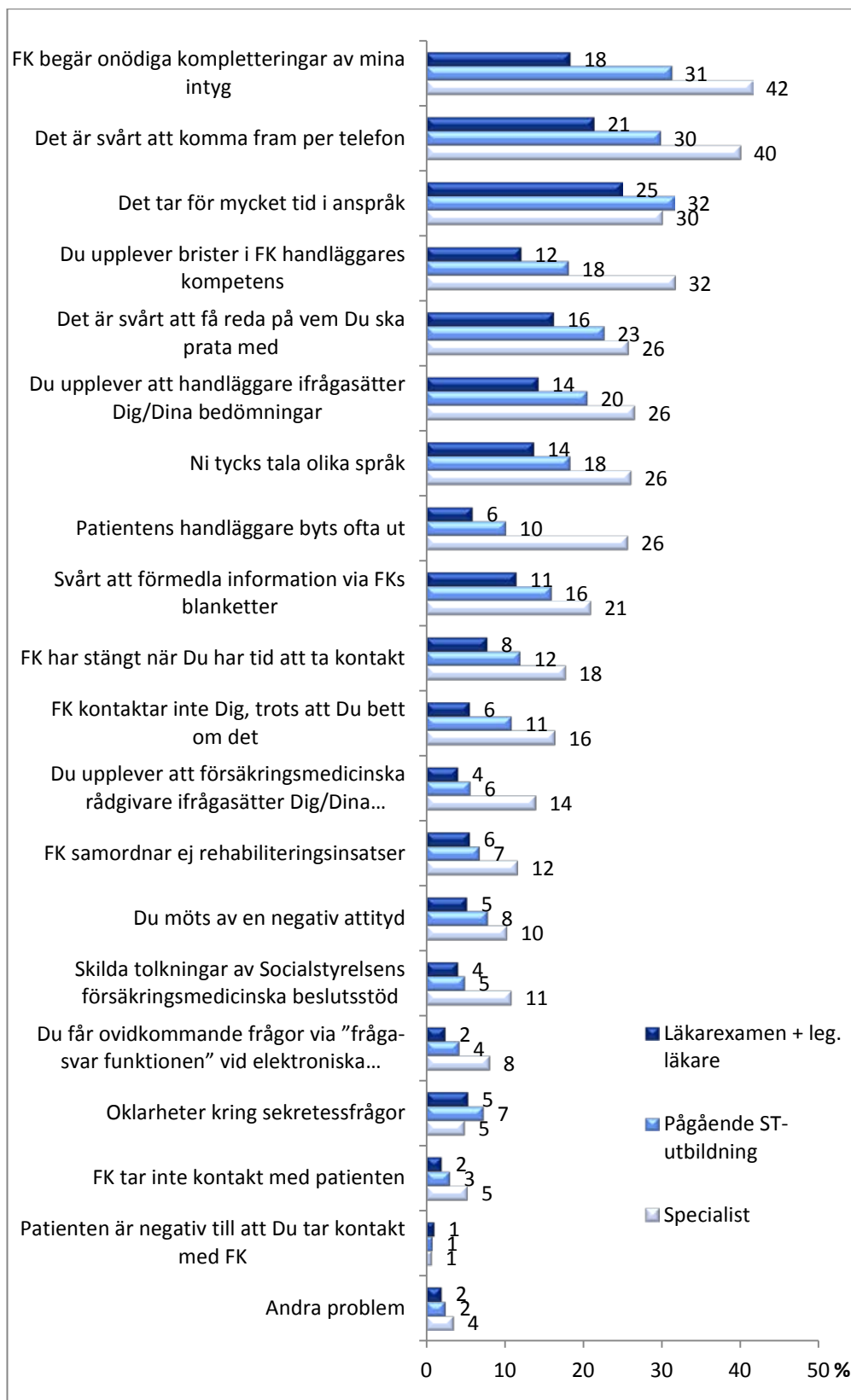
**Tabell 7 Andel (procent) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 29) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av Klinik**

Klinik	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Det är svårt att komma fram per telefon	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever brister i FK handläggares kompetens
Företagshälsovård	37	35	13	35
Gynekologi	37	32	30	26
Hud	12	22	14	8
Infektion	19	26	17	12
Invärtesmedicin	25	26	22	17
Kirurgi	24	19	21	15
Neurologi	47	35	40	36
Onkologi	33	38	25	29
Ortopedi	55	41	41	37
Psykiatri	42	45	32	36
Rehabilitering	28	42	26	40
Reumatologi	51	43	35	40
Vårdcentral	48	48	39	32
Annan klinik	22	24	19	19
Administration	15	20	9	18
Ingen	14	36	21	14

Det fanns inga större könsskillnader i andel som upplevde respektive svårighet (ej i tabell). En fem procentenheter större andel av männen än av kvinnorna upplevde inga svårigheter alls. I de fall det fanns könsskillnader i andel som upplevt respektive svårighet, var skillnaden som högst fem procentenheter och i de flesta fall hade en något större andel kvinnor än män angett respektive svårigheter.

I Figur 30 redovisas andel som upplevt olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan uppdelat på utbildningsnivå. Det genomgående mönstret är att ju högre utbildning läkaren hade ju större andel angav de olika typerna av svårigheter. De två undantagen från detta mönster gäller 'Det tar för mycket tid i anspråk' samt 'Oklarheter kring sekretessfrågor', där en något större andel av läkarna med pågående specialistutbildning svarade detta. Att andelarna är högre bland läkare med högre utbildningsnivå kan relateras till att frekvensen av kontakter med Försäkringskassan är högre i dessa grupper och att andelen som inte har kontakter är lägre. Samtidigt upplevde större andelar av de specialistutbildade läkarna jämfört med de med läkarexamen eller läkarlegitimation att det är svårt att få kontakt med handläggare och en mindre andel av specialisterna än övriga var nöjda med kontakterna. Störst är skillnaderna där det gäller att uppleva brister i handläggarnas kompetens och att patientens handläggare ofta byts ut.

**Figur 30 Andel (procent) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på högsta utbildningsnivå**





## Nio teman av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan

18<sup>2</sup> av de typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som listats i frågeformuläret (Figur 30) kategoriserades i sex övergripande teman, som går att knyta till förtroende för Försäkringskassan. Dessa sex teman har benämnts *bemötande*, *kommunikation*, *nåbarhet*, *kompetens*, *förutsägbarhet*, samt *processrättvisa*. Nedan presenteras ovanstående övergripande resultat mer ingående för vart och ett av dessa sex teman. I analysen av de öppna svaren identifierades dels dessa sex teman, dels ytterligare tre teman nämligen *rättssäkerhet*, *oklarheter kring roller* samt *elektroniska överföring av intyg*.

I Tabell 8 beskrivs dessa nio teman och de kategorier som identifierades inom vart och ett av dem. Några kategorier i respektive tema förekommer även i andra teman, till exempel förekommer kompetens som aspekter av vikt för till exempel förutsägbarhet, rättssäkerhet och processrättvisa. För några kategorier fanns även subkategorier. I samband med beskrivningen av svårigheter förekommer även beskrivningar av strategier för att hantera svårigheterna. Sådana beskrivs i samband med respektive kategori.

Utöver denna dimension av öppna svar, som alltså handlar om svårigheter i kontakter med Försäkringskassan, innehållande de nio temana, identifierade vi även tre andra dimensioner i de öppna svaren, nämligen: uttryck för emotioner; kontakter med Försäkringskassan som ett arbetsmiljöproblem, respektive diagnoser. De tre beskrivs sist i resultatdelen (sidan 116).

---

<sup>2</sup> De två svarsalternativen 'Andra problem' och 'Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK' togs ej med, den senare då den ej ansågs vara primärt relaterad till läkarens förtroende till Försäkringskassan. De 'Andra problem' som specificerats i de öppna svaren ingår i den kvalitativa analysen.

**Tabell 8 Svårigheter i kontakten med Försäkringskassan; nio teman respektive de olika kategorierna inom respektive tema**

I. Bemötande	II. Kommunikation	III. Närbart	IV. Kompetens	V. Förutsägbarhet	VI. Processrättvisa	VII. Rättssäkerhet	VIII. Oklarhet kring roller	IX. Elektroniska intyg
<i>Positivt bemötande</i>		<i>Lätt att få kontakt</i>	<i>God kompetens</i>			<i>Positivt med tydlighet</i>	<i>Positivt med tydliga roller</i>	<i>Positivt med elektroniska intyg</i>
Ifrågasättande	"Pratar olika språk"	Svårt nå handläggare per telefon	<i>Skillnader i kompetensnivå</i>	FK begär onödiga kompletteringar av intyg	Skilda tolkningar av beslutsstödet	<i>Godtyckliga beslut</i>	<i>Handläggare 'skyller' på läkare</i>	<i>Problem med elektroniska intyg</i>
Negativt bemötande (av läkaren)	<i>Bristande återkoppling</i>	Svårt få veta vem inom FK man ska ha kontakt med?	<i>Brister i basal medicinsk kunskap</i>	FK tar inte kontakt med/informerar patienten	Svårt förmedla information via FKs blanketter	<i>Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används som 'en lag'</i>	<i>Oklarhet kring FMR:s roll</i>	<i>För lite utrymme att skriva på</i>
<i>Negativt bemötande (av patienten)</i>		Öppettider, med mera	<i>Bristande kommunikationsfärdigheter</i>	Handläggare byts ofta ut	<i>Deltidssjukskrivning</i>	<i>Vissa nyckelord 'måste' användas</i>		
<i>Bemötandet via skriftlig information</i>		Handläggare tar inte kontakt med läkaren	<i>Bristande kunskap om lagar och regler</i>	FKs samordning av rehabiliteringsinsatser	Sekretessfrågor	<i>Långa handläggningstider</i>		
		Kontakterna tar för mycket tid	<i>Annan bristande kompetens</i>	<i>Långa handläggningstider</i>	<i>Tar lång tid innan handläggare utses</i>	<i>Retroaktiva beslut</i>		
			<i>Brister i FMR:s kompetens</i>		<i>Tidig handläggning av sjukskrivningsärenden</i>	<i>Brister i systemet för elektronisk kommunikation</i>		
			<i>Konsekvenser av bristande kompetens inom FK</i>		<i>FKs utredningsansvar</i>	<i>Handläggare kan inte regelverket</i>		
					<i>Rigiditet</i>	<i>Politiska motiv bakom besluten?</i>		

Kursiverade kategorier förekommer i läkarnas öppna svar medan icke-kursiverade kategorier förekommer såväl i enkätfrågor som i de öppna svaren.

Andelen läkare som angav att de upplevde en eller flera av de i enkätfrågan listade svårigheterna varierade stort mellan de olika temana (ej i tabell). Detta beror dels på att antal typer av svårigheter varierar mellan temana, dels på att olika stor andel hade upplevt de olika listade svårigheterna. Det tema i vilket störst andel läkare angav att de upplevde en eller flera svårigheter var nåbarhet; drygt hälften rapporterade detta. Näst störst var andelen för temat förutsägbarhet, där knappt hälften rapporterade en eller flera svårigheter. Denna andel var för temat bemötande, kompetens och processrättvisa en dryg fjärdedel (30, 27 respektive 27 procent) och inom temat kommunikation en fjärdedel (24 procent).

### Övergripande resultat från de öppna svaren

Vid en analys av vilka läkare som lämnat öppna svar framkom att en högre andel (45 procent) av de läkare som sade sig inte alls vara nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan jämfört med de som sade sig vara mycket (33 procent), ganska (28 procent) eller knappast (35 procent) nöjda lämnat ett sådant (Ej i figur). Vidare framkom att andelen som upplevde en eller flera svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan var högre bland de som lämnat ett öppet svar än bland de som inte gjort det (76 respektive 66 procent) (Ej i figur).

Det absoluta flertalet av de öppna svaren om Försäkringskassan innehåller uttalande om handläggare. Några rör försäkringsmedicinska rådgivare medan ett mindre antal rör Försäkringskassan som myndighet i stort eller Försäkringskassans ledning. Andra uttalanden rör regelverket kring sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt socialförsäkringen i stort. Ett exempel på det senare är:

*Absurditeten i 49 procent arbetsförmåga som föranleder 25 procent sjukskrivning. (732255)*

Det fanns ett femtiotal positiva uttalanden om Försäkringskassan, det innebär att ungefär sex procent av de som skrivit öppna kommentarer skrev något positivt. Nästan hälften av dessa gällde elektronisk överföring av sjukintyg. En stor del av de övriga gällde handläggares kompetens eller bemötande. Det absoluta flertalet öppna svar gav dock uttryck för negativa upplevelser i kontakten med Försäkringskassan eller för kritiska åsikter om Försäkringskassan.

### Förtroende

Endast i ett fåtal av de öppna svaren nämns förtroende för Försäkringskassan direkt, och då ofta i termer av brist på förtroende.

*Jag har inget förtroende alls för FK då de saknar helt medicinsk kompetens (765289)*

*Under mina år har jag haft ett sjukskrivningsärende som varade i flera år. Vid varje intygsförlängning kryssade jag i rutan "kontakt med försäkringskassan i detta ärende önskas". (Jag tror inte den finns längre.) Aldrig hörde någon från fk av sig. Förstår ni att mitt förtroende är lågt? (753202)*

*Pat som har varit svårt sjuka (stroke, hjärnblödn) har tvingats och stressats tillbaka till arbetet innan de har hunnit färdig-rehabiliterats. Detta undergräver förtroende för Fk och dess kunskap. (515718)*

*Försäkringsdomstolens beslut går ofta (20 procent?) emot FK, vilket är förödande för mitt förtroende för FK (718155)*

Uttalanden om gott förtroende utmärks av att de handlar om att ha mer utvecklade kontakter med handläggare.

*Har en privilegierad situation där jag känner de flesta försäkrings-handläggarna o vi har ett ömsesidigt förtroende för varandra o ett gott samarbete. (690750)*

*Mkt varierande kompetens o engagemang hos olika handläggare. Svårt att få tag på handläggare per telefon, stor omsättning av handläggare även för enskild pat. Pat vet ofta inte vem som är handläggare. Tidigare bra med att vi kände FK:s handläggare på plats, byggde upp ett ömsesidigt förtroende. (606913)*

*Handläggare på vårdcentralen fungerar bra. Lätt att fråga. Man utvecklar ömsesidigt förtroende. (684274)*

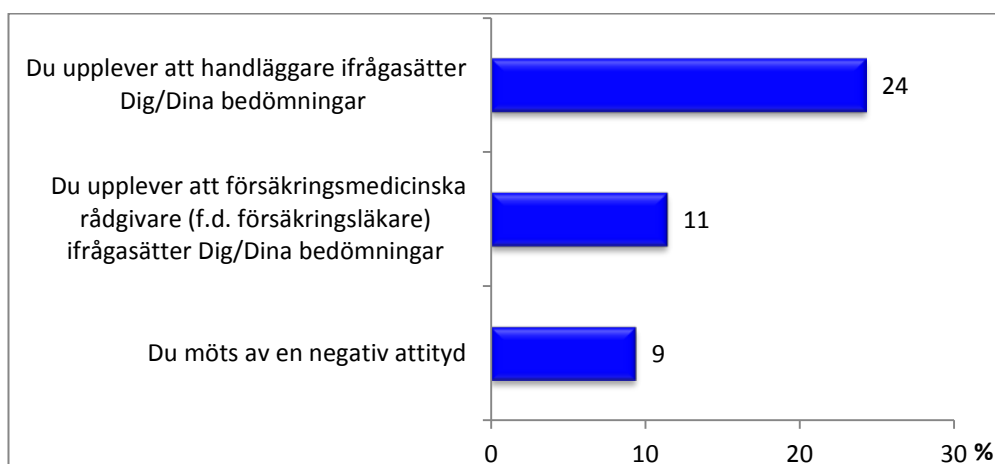
Nedan redovisas svar för de nio olika temana. i den ordning de listas i tabell Tabell 8.

## I. Bemötande från Försäkringskassan

Till temat bemötande har tre typer av de i enkäten listade svårigheterna hänförs; att man själv eller ens bedömningar ifrågasätts av antingen handläggare eller av försäkringsmedicinsk rådgivare samt att mötas av en negativ attityd från Försäkringskassan (Figur 31). En central del av en myndighets verksamhet är hur dess personal bemöter andra, här såväl försäkrade som samarbetspartners inklusive läkare.

Nästan var tredje läkare, 30 procent, upplevde någon form av svårighet relaterad till bemötande från Försäkringskassan och drygt var tionde (12 procent) upplevde fler än en av dem (ej i figur). Av svårigheterna relaterade till Försäkringskassans bemötande var det vanligast att uppleva sig eller sina bedömningar ifrågasatta av Försäkringskassans handläggare, var fjärde läkare (24 procent) upplevde detta (Figur 31).

**Figur 31 Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan**



Ungefär var tionde läkare upplevde sig eller sina bedömningar ifrågasatta av Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) (11 procent) respektive att de möttes av en negativ attityd (9 procent). Av de 1100 läkare som svarade att de möttes av en negativ attityd i kontakterna med Försäkringskassan uppgav tre fjärdedelar (75 procent) att de upplevde sig ifrågasatta av handläggare och knappt två av fem (37 procent) att de upplevde sig ifrågasatta av FMR. En knapp tiondel (8 procent) upplevde sig ifrågasatta av *både* handläggare och FMR medan tre procent upplevde sig ifrågasatta av FMR men inte av handläggare (ej i figur).

Andelen som upplevt någon av svårigheterna relaterade till bemötande var ungefär tre (2,9–3,3) gånger större bland dem som upplevt ytterligare någon av dessa svårigheter jämfört med andelen för samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell).

Det var 9,5 gånger vanligare att läkare, som upplevde sig eller sina bedömningar ifrågasatta av handläggare, även upplevde att de möts av en negativ attityd och 7,5 gånger vanligare att de även upplevde att de ifrågasatts av FMR, jämfört med de som inte upplevde sig ifrågasatta av Försäkringskassans handläggare. Det var omkring fyra (3,9–4,6) gånger vanligare att ha upplevt någon av de andra av dessa tre svårigheter om man upplevde att man möts av en negativ attityd eller att FMR ifrågasatte en eller ens bedömning, än om man inte upplever dessa två svårigheter (ej i tabell).

De tre typer av svårigheter som hänförs till temat bemötande från Försäkringskassan rapporterades av ungefär lika stora andel läkare i de olika regionerna (Tabell 9). Den största skillnaden mellan regionerna gällde att uppleva sig eller sina bedömningar ifrågasatta av Försäkringskassans handläggare; andelen som gjorde detta var lägst i Region Mitt och störst i Region Syd (22 respektive 27 procent). För de två övriga svårigheterna var skillnaderna mellan regionerna som högst fem procentenheter.

**Tabell 9**      **Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan, uppdelat på region**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	25	22	23	27	23
Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	10	12	11	12	14
Du möts av en negativ attityd	10	8	9	10	8

Svårigheter relaterade till Försäkringskassans bemötande upplevdes i olika omfattning av läkare inom olika typer av kliniker (Tabell 10). Att handläggare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar upplevdes av en stor andel läkare inom vårdcentral (33 procent), gynekologi (29 procent), psykiatri (29 procent), reumatologi (28 procent), rehabilitering (26 procent), företagshälsovård (26 procent) och ortopedi (25 procent). Andelen som upplevde detta inom övriga typer av kliniker var i de flesta fall betydligt mindre. Att Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar upplevdes av störst andelar av läkarna inom rehabilitering (20 procent), psykiatri (18 procent), vårdcentral (18 procent), företagshälsovård (15 procent) samt reumatologi (15 procent).

**Tabell 10**      **Andel (procent) läkare som uppgav olika svårigheterna relaterade till bemötande från Försäkringskassan, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar	Du möts av en negativ attityd
Företagshälsovård	26	15	10
Gynekologi	29	8	13
Hud	6	5	3
Infektion	9	3	5
Invärtesmedicin	15	6	6
Kirurgi	13	4	7
Neurologi	23	11	10
Onkologi	20	5	8
Ortopedi	25	8	9
Psykiatri	29	18	12
Rehabilitering	26	20	13
Reumatologi	28	15	11
Vårdcentral	33	18	11
Annan klinik	15	5	5
Administration	13	5	5
Ingen	14	0	14

## Öppna svar om bemötande

En tredjedel av de öppna svaren handlade om bemötande från Försäkringskassan. Här identifierades flera kategorier (Tabell 8), varav en var *positivt bemötande*. Flertalet av de öppna svaren inom temat bemötande från Försäkringskassan beskriver emellertid olika former av negativt bemötande samt att detta innebär problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. Kategorier här är *ifrågasättande* av läkaren och dennes kompetens, *negativt bemötande av läkaren* från handläggare respektive försäkringsmedicinska rådgivare samt beskrivningar av *negativt bemötande av patienten*. En ytterligare kategori handlar om *bemötandet i skriftlig information* från Försäkringskassan.

Dessa fem kategorier beskrivs nedan och vi börjar med den kategori som handlade om olika former av positiva bemötanden.

### Positivt bemötande

Flera läkare beskrev bemötande från Försäkringskassan i positiv betydelse, till exempel i termer av lyhördhet, ödmjukhet, samarbetsvilja och förståelse.

*Ingen skugga bör falla över FK el. AF's personal i stort. Alla gör så gott de kan & är trevliga samarbetspartners & kommer gärna på planeringsmöten! (702159)*

#### *Både positivt och negativt bemötande*

Andra pekar också på skillnader i bemötande mellan olika handläggare respektive mellan tidig bedömning och annan bedömning.

*Ibland träffar man rötägg men mina kontakter är oftast bra. (539890)*

*Uppenbart ointresse att diskutera utredning och åtgärder för att prestera på bästa möjliga nivå, men har också upplevt handläggare som visat stort intresse och hjälpt till att få patientens framtid inkl. arbetsinsats mycket bättre. (682047)*

### Ifrågasättande av läkaren

En kategori inom temat bemötande är att läkaren upplever sig ifrågasatt och misstrodd som person respektive i sin yrkesutövning av handläggaren samt att handläggare visar respektlöshet inför läkaren och dennes arbetssituation.

*Sjukskrivande doktors omdöme ifrågasätts lite för ofta. FK måste vara en "medspelare" när det gäller hälsa och sjukvård, inte en "motspelare". (804484)*

*Det obehagliga är att man tyvärr ej "litar" på ens kompetens. Vi blir ofta ifrågasatta trots i mitt fall kanske 37 års sjuv. produktion. Detta upplevs stundtals obehagligt. (509745)*

Av de läkare som beskriver hur de upplever sig ifrågasatta av handläggare så är det störst andel som uppger att det är deras kliniska bedömning avseende diagnos och nedsatt arbetsförmåga som blir ifrågasatt. Många läkare anser att detta blir problematiskt, då de är den aktör involverad i

sjukskrivningsärenden som träffar och undersöker patienterna samt har medicinsk kompetens och erfarenhet av att bedöma patientens hälsotillstånd. En aspekt av detta var att många läkare har en gedigen erfarenhet av arbete med patienter inom respektive sjukdomskategori, ibland sedan 30-40 år tillbaka, och har ofta även följt patienter över lång tid, även avseende deras arbetsförmåga. Denna kompetens upplevdes således inte tas till vara eller beaktas och kommentarerna uttrycker känslor av att vara kränkt och ifrågasatt i sin yrkeskompetens.

*Ett ärende har helt gått i stå pga en ung och oerfaren handläggare uppträtt så att pat känt sig kränkt och jag helt ifrågasatt. Han har begärt komplettering på komplettering och pat har varit utan pengar sedan sept. Hon har begärt att få byta handläggare, vilket ej har beviljats. Att använda så mycket tid till detta och ändå ofta känna sig så ifrågasatt, jagad och inkompetensförklarad. Något stöd eller samarbete är det sällan fråga om. SKÄRP ER!! (562348)*

*Hela systemet är märkligt: att den välutbildade läkargruppen som träffar den sjuka patienten ifrågasätts av medicinskt obildade personer som inte träffat den sjuke?! Som dessutom enbart går på riktlinjer som inte stämmer överens med verkligheten. (689729)*

Det gavs även beskrivningar av att detta kan få negativa konsekvenser för patientens hälsa.

Flertalet uttalanden rörande ifrågasättande av läkarnas bedömningar handlar också om att man upplever att ingen eller liten vikt läggs vid läkarens bedömning när det kommer till Försäkringskassans beslut om sjukskrivning.

*Försäkringskassan struntar ofta i mina bedömningar. Varför ens fråga mig? Det tar ju bara tid att fylla i intyg som de inte sedan bryr sig om. Jag har resignerat helt! (554832)*

### **Negativt bemötande från Försäkringskassan**

Flera andra aspekter av negativt bemötande nämndes, såsom en otrevlig attityd från handläggare i kommunikationen med läkare.

*FK är oförskämda i kontakter med läkarkåren som om vi var mindre vetande. (504167)*

*Vissa nya FK handläggare är otrevliga och har en mästrande attityd mot läkaren. Ej bra för samarbete. (592451)*

*FK handläggare främst som kan ifrågasätta på ett mycket nedlåtande och förnumstigt sätt! Vissa kommer med påståenden utifrån sin okunnighet och diskuterar på ett otrevligt och påstridigt sätt. (535864)*

*Alltför ofta negativa erfarenheter i kontakt med FK-handläggare ffa "tidig bedömning" där jag mötts av total avsaknad kompetens i kombination med arrogans och oförskämdhet. Detta sker så ofta att det är ett utslag av systemfel. (777037)*



Det förekom också uttalanden om hur en attityd präglad av *prestige och maktutövning* från handläggarnas sida påverkar kontakterna mellan läkarna och handläggarna.

*Man har intryck av att vissa på FK hämtats in direkt från gatan. De vet inget om sjukvård, samt kombinerar detta med en fanatisk maktutövning med att ständigt begära onödiga kompletteringar o ytterligare kompletteringar av kompletteringar som kan fortgå i otaliga led. Många gånger handlar det om ett rent maktspel som naturligtvis går ut över pat. (616557)*

*FK handläggare har ofta en prestigestyrd attityd i sina bedömningar – saknar ofta sunt förnuft. (681189)*

*Kort sagt: Inkompetenta, prestigedrivna och oförskämda! (783076)*

En annan subkategori bland uttalanden om negativt bemötande handlade om att *handläggare inte var pålästa eller insatta i aktuellt ärende*, vilket upplevdes som respektlöst.

*Jag anser det vara respektlöst mot både patient och läkare samt även FK som arbetsgivare, att handläggare kommer till avstämningmöte utan att vara påläst i detalj i det enskilda ärendet som ska diskuteras. Det blir en dålig kvalitet på mötet och det leder till en förlängsamning i processen → längre sjukskrivning. Handläggare som inte har med sig allt underlag kan inte heller uppfattas som seriösa i sittande möte. Detta är ett ofta återkommande problem när det gäller långtidssjukskrivningar. (597518)*

*Vid senaste kontakten med handläggare framkom klara bevis o telefonsamtal att tjänstemannen ej läst allt som skrivits i intyget, och jag ifrågasattes på ett sätt jag ej trodde kunde ske mellan 2 olika instanser som ska ha en objektiv bedömning av ärendena. (814178)*

*Bemötande från försäkringsmedicinska rådgivare*

Bemötande från försäkringsmedicinska rådgivare, via deras yttranden, nämns och då i negativa ordalag:

*DE FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA RÅDGIVARNA GER UNDERMÅLIGA, NONCHALANTA OCH SADISTISKA UTLÅTANDEN. (504027)*

### **Negativt bemötande från Försäkringskassan gentemot patienten**

Ovanstående kategorier om bemötande från Försäkringskassan handlar om bemötande av läkaren. En annan kategori av kommentarer var Försäkringskassans bemötande av patienten. Flera läkare upplever problem i arbetet kring sjukskrivningar orsakade av handläggares brist på empati respektive negativa bemötande av patienterna. Bland annat nämns negativ ton och oförskämtheter.

*Ofta är FK handläggaren nedlåtande och oempatisk i sina kontakter med patienten. FK innebär ofta ett direkt kontra-produktivt inslag i rehab-processen. (526905)*

*Många av mina patienter känner sig hotade av FK. Mycket tid och energi går åt till att lugna och trösta i stället för att som tidigare se positivt på framtiden och arbeta med annat stöd i rehabiliterings-processen. Det gör mitt arbete tråkigare. (691071)*

Relaterat till detta nämns hur handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare ibland förefaller ovilliga att arbeta utifrån individens behov och för bästa resultat i sjukskrivningsärenden.

### *Förändring i bemötande*

Några läkare nämner att även om de upplever Försäkringskassans *bemötande* som problematiskt, så har det *förbättrats* under den närmaste perioden innan man svarade på enkäten.

*Under mer än 25 år som specialist har FK kontaktpersoner i perioder besökt vårdcentralen. Ingen av dem har stannat så länge att någon kontinuitet har förelegat. Den svåraste perioden har varit de gångna 5 åren. Aldrig har patienten, ibland med läkares sällskap, varit så liten, utsatt och maktlös. Tydlig förbättring har skett det senaste halvåret, handläggare bemöter mej med större saklighet. (818492)*

Motsatsen nämndes också, det vill säga att bemötandet försämrats.

*Förr var FK medspelare i rehabiliteringsprocessen av ”vanskelig patient” – numera mkt. tuff och hårdhänt motspelare. (544650)*

### **Bemötande via skriftlig information**

En av kategorierna inom temat bemötande var innehållet i skriftlig information från Försäkringskassan – denna upplevdes som otrevlig och otydlig, ibland framgick inte ens avsändare eller kontaktinformation.

*Otroligt otrevligt formulerade standardbrev – Gör om! (580811)*

*Dessutom hör det till god ton att underteckna sina skrivelser, vilket FK inte gör. (783076)*

## **II. Kommunikation**

Kommunikation var ytterligare ett tema när det gäller läkares svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. I enkäten fanns det en fråga om detta; ’Ni tycks tala olika språk’, vilket en knapp fjärdedel (23 procent) instämde i (Figur 29). Skillnaden mellan regionerna i andel som uppgav svårigheter relaterade till att man tycks tala olika språk var liten, som störst fem procentenheter (Tabell 6).

Svårigheter orsakade av att läkare och Försäkringskassan tycks tala olika språk uppgavs av störst andel, en knapp tredjedel, bland läkare inom neurologi, reumatologi samt vid vårdcentraler (Tabell 11).

**Tabell 11 Andel (procent) läkare som svarade att de upplever svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan bestående i att man tycks tala olika språk, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Ni tycks tala olika språk
Företagshälsovård	15
Gynekologi	23
Hud	10
Infektion	14
Invärtesmedicin	18
Kirurgi	14
Neurologi	31
Onkologi	25
Ortopedi	26
Psykiatri	27
Rehabilitering	22
Reumatologi	29
Vårdcentral	30
Annan klinik	16
Administration	15
Ingen	21

### Öppna svar om kommunikation

Bland de öppna svaren inom temat kommunikation kunde två kategorier identifieras, en relaterad till att 'prata olika språk' och en om 'brist på återkoppling' från Försäkringskassan.

#### 'Pratar olika språk'

Det fanns många öppna svar inom kategorin att 'prata olika språk'. Ett antal av dem handlar om att Försäkringskassan och läkare delvis använder olika termer respektive att en term ibland har olika betydelse inom Försäkringskassan och för läkare. De olika språkbruken kan leda till felaktiga bedömningar. Flera öppna svar visade att läkare upplever att Försäkringskassan inte ser det som ett gemensamt problem att man har olika termer; handläggarnas attityd är att det är läkarna som ska ändra sig.

*FK använder ett språk som är omöjligt att förstå. Det har ingen verklighetsanknytning. Det tar väldigt lång tid att förstå vad de egentligen menar vid kontakt via frågelåda/brev. (601468)*

*FK och sjukvården pratar inte samma språk. Det går inte att få handläggare att förstå. Man skriver långa beskrivningar och bedömningar av pat och sedan får man konstiga frågor av FK som man inte förstår och dom har inte förstått oss. (592998)*

*FK har bytt både personal och språk, och vi kan inte längre kommunicera på samma sätt som tidigare. (624866)*

*FK kan/vill inte förstå vårt språk – vår kultur! (751719)*

Exempel på termer som ibland är problematiska att tolka och tillämpa är funktionsbegränsning, aktivitetsnedsättning och status.

*FK och jag pratar olika språk. T.ex. en takläggare har gipsat ett ben, då måste jag i detalj skriva att han inte kan gå i stege, böja sig ner osv. Vilken annan människa som helst begriper att man inte kan arbeta på ett tak med gipsat ben, detta gäller dock inte FK. (749630)*

*Försäkringskassan har tagit över läkarnas vokabulär, t ex status, som har en väl definierad betydelse. Sedan lägger FK en helt annan betydelse i ordet. Det är det största problemet. (785725)*

Problemet med att man talar olika språk relaterades även till upplevelsen av att Försäkringskassan efterfrågar vissa specifika formuleringar eller ord för att handläggarna ska förstå och godkänna intyg. Dessa ord och formuleringar var emellertid inte alltid självklara för läkarna. Denna kategori har även samband med en av kategorierna inom temat rättssäkerhet (sidan 110)

*De senaste åren är dialog och diskussion med förstadagsgranskare fullständigt löslöst. Man förefaller ej vilja förstå innehåll i intyg eller vad det innebär av funktionsbegränsningar. Det förefaller som om det måste vara vissa spec. "kodord" med i texten för att det skall komma till godkännande. (614487)*

*Jag har lärt mig de rätta "kod"-orden /.../ så mina intyg brukar gå igenom. Mer synd om de läkare som inte lärt sig "FK-språket". (539189)*

Ett antal läkare ansåg att de skillnader i kompetens och bakgrund som förelåg mellan läkarna och handläggarna var en orsak till kommunikationsproblem. Till exempel upplevdes att handläggarna inte förstod det medicinska språk som läkarna använder sig av. (Detta preciseras även i presentationen av de öppna svaren i avsnittet om kompetens, se sidan 84.)

*Bristande medicinsk kompetens hos FK's handläggare utgör ett stort bekymmer i sjukskrivningsärenden. Det är problematiskt att tvingas skriva bedömningar med lekmannaspråkbruk för att den som ska fatta det slutgiltiga beslutet om sjukskrivning ska förstå vad som avses. Att t ex en handläggare ringer för att fråga varför jag skriver "manodepressiv" i löpande text och "bipolär sjukdom" som diagnos upplever jag som mkt oroande. (525683)*

*En bättre medicinsk kompetens behövs på FK. Intygen måste nu skrivas så att en lekman och medicinskt helt utbildad förstår det. Trots detta står det "anamnes" och andra ord i rutorna. (611574)*

*Det verkligt stora problemet är att läkare o handläggare ej pratar samma språk. Handläggare hänvisar till Socialstyrelsens råd o rekommendationer men de förstår inte vad som sägs. Trots att jag som läkare följer rekommendationerna från Socialstyrelsen säger handläggaren på FK att det inte räcker. (816223)*

Flera läkare angav också att de inte heller förstod handläggarnas språkbruk, vilket upplevdes som byråkratiskt.

*FK har stora brister i hantering av SS, LUH /.../ de skriver svar på LUH som har en kanslisvenska, som vare sig patient eller läkare förstår. FK är fyrkantigt byråkratisk! (539007)*

### **Bristande återkoppling från Försäkringskassan**

Inom kategorin återkoppling framkom behovet av återkoppling från Försäkringskassan samt att det finns stora brister i sådan återkoppling. Exempel är återkoppling angående Försäkringskassans beslut och om vilka åtgärder som vidtagits i ärenden.

*Läkarkåren har stor kunskap och erfarenhet i sjukskrivnings- ärende, dock saknas en mera kontinuerlig kommunikation/ diskussion och feedback med FK! (548305)*

*Man får ingen återkoppling efter man har kompletterat ett ärende via fråga-svar funktion. (812545)*

Andra var mer specifika kring återkoppling beträffande Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Återkoppling är centralt även för läkares kompetensutveckling inom området. En annan undergrupp här är att återkoppling inte sker till läkaren utan går via patienten.

*Har också vid ett tillfälle fått en tjock lunta med frågor att fylla i efter att jag skrivit ett omfattande läkarutlåtande om hälsotillstånd. Fick "luntan" via patienten utan någon förklaring från FK. (782532)*

*Efter en tid får patienten besked att intyget inte innehåller adekvat information. Patienten kontaktar sedan mig, men jag vet inte vilken information som saknas! (785691)*

Ett annat problemområde gällde mer specifikt för så kallade stafettläkare eller hyrläkare, där det även fanns logistiska problem som behöver hanteras.

*Jobbar som stafettläkare på vårdcentral resp akutkliniker 1-3 v/år. Sjukskriver ibland. Funkar ok. Gillar Socialstyrelsens beslutsstöd. Men får aldrig feedback eftersom man inte jobbar så länge på samma plats. Man borde kunna få ev feedback från FK. (755025)*

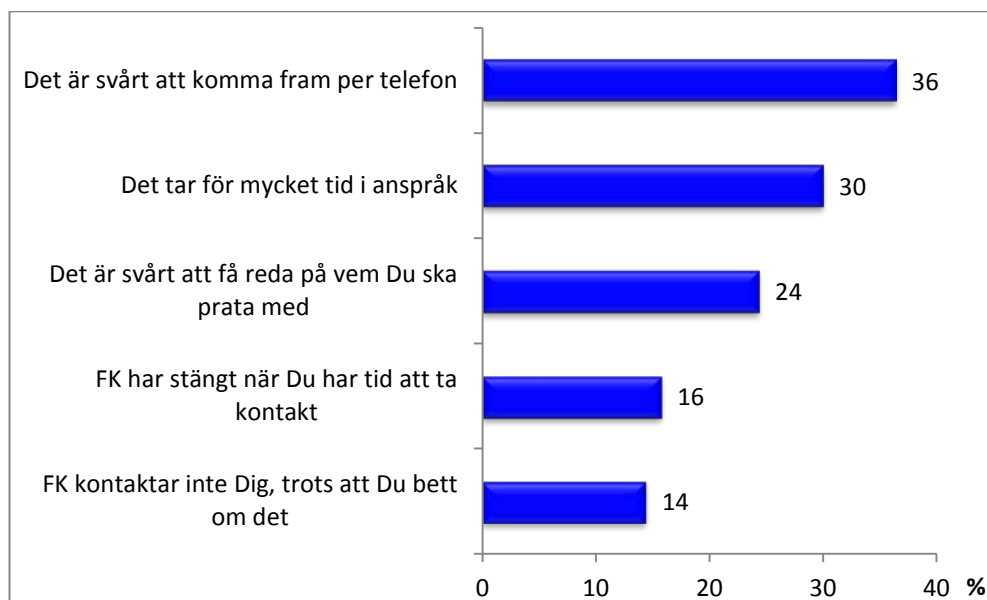
### **III. Nåbarhet**

*När jag skickar meddelanden till FK via "Fråga-svar-funktionen" så är det ingen som svarar. Gäller nytt meddelande från mig. Om jag ringer FK nationella nr så vet den som svarar ytterst lite, personen har då lovat meddela pats handläggare på FK, men sedan hör ingen av sig. (682880)*

Fem av de svårigheter som listats i enkäten har hänfört till temat *nåbarhet* (Figur 32). Drygt hälften av läkarna (57 procent) upplevde minst en form av svårigheter relaterade till *logistiken kring kontakterna med Försäkringskassan* och knappt två av fem (37 procent) upplevde mer än en sådan svårighet (ej i figur). Av dessa svårigheter hade flest (36 procent) svarat att det är svårt att komma fram per telefon (Figur 32). Nästan var tredje svarade

att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk medan var fjärde svarade att det är svårt att få reda på vem inom Försäkringskassan man ska prata med.

**Figur 32 Andel (procent) läkare som uppgav de olika svårigheterna relaterade till nåbarhet hos Försäkringskassan**



Bland dem som upplevde en av de fem svårigheterna relaterade till nåbarhet var det mellan en och en halv och två (1,5–2,0) gånger vanligare, att uppleva ytterligare en av dem, jämfört med genomsnittet för samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell).

Det var omkring två till tre (1,7–2,9) gånger vanligare att läkare som upplever någon av svårigheterna relaterade till nåbarhet, jämfört med läkare som inte upplever denna, även upplever de andra svårigheterna inom denna kategori (ej i tabell).

Svårigheterna relaterade till Försäkringskassans nåbarhet rapporterades av relativt lika stora andelar i de olika regionerna (Tabell 12). Den svårighet där störst skillnader mellan regionerna förelåg var att uppleva det svårt att få reda på vem inom Försäkringskassan man ska prata med, vilket angavs av lägst andel i Region Stockholm och störst andel i Region Norr, 21 respektive 29 procent. För de övriga svårigheterna översteg inte skillnaderna mellan regionerna fem procentenheter.

**Tabell 12 Andel (procent) läkare som uppgav de fem svårigheterna relaterade till Försäkringskassans närbarhet, uppdelat på region**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
- Det är svårt att komma fram per telefon	36	36	35	40	37
- Det tar för mycket tid i anspråk	29	30	29	33	31
- Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med	21	26	24	25	29
- FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	15	16	15	18	15
- FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det	15	12	14	16	15

Svårigheter relaterade till Försäkringskassans närbarhet upplevdes i olika omfattning av läkare vid olika typer av kliniker (Tabell 13). Nära hälften av vårdcentralsläkarna upplevde att det är svårt att komma fram till Försäkringskassan per telefon, liksom mer än 40 procent av läkarna inom psykiatri, reumatologi, rehabilitering och ortopedi. Minst andelar som uppgav denna svårighet fanns inom administration och kirurgi, där var femte svarade detta.

Att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk angavs av två femtedelar av läkarna inom ortopedi, neurologi respektive vårdcentraler. Att det är svårt att få reda på vem inom Försäkringskassan man ska prata med i ett ärende angavs av närmare en tredjedel av vårdcentralsläkarna.

**Tabell 13 Andel (procent) läkare som uppgav tre av svårigheterna relaterade till försäkringskassans närbarhet, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Det är svårt att komma fram per telefon	Det tar för mycket tid i anspråk	Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med
Företagshälsovård	35	13	20
Gynekologi	32	30	24
Hud	22	14	22
Infektion	26	17	20
Invärtesmedicin	26	22	22
Kirurgi	19	21	16
Neurologi	35	40	26
Onkologi	38	25	25
Ortopedi	41	41	21
Psykiatri	45	32	25
Rehabilitering	42	26	26
Reumatologi	43	35	24
Vårdcentral	48	39	31
Annan klinik	24	19	16
Administration	20	9	11
Ingen	36	21	21

Att Försäkringskassan har stängt när läkaren har tid att ta kontakt upplevdes av störst andel, drygt en fjärdedel, av läkarna inom reumatologi (Tabell 14). Att Försäkringskassan inte tar kontakt med läkaren trots att denne bett om det, uppgav en knapp fjärdedel av läkarna vid vårdcentraler och inom rehabilitering.

**Tabell 14 Andel (procent) läkare som uppgav två av svårigheterna relaterade till Försäkringskassans nåbarhet, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	FK har stängt när Du har tid att ta kontakt	FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det
Företagshälsovård	12	18
Gynekologi	12	9
Hud	8	11
Infektion	8	9
Invärtesmedicin	12	10
Kirurgi	9	5
Neurologi	20	11
Onkologi	21	11
Ortopedi	21	10
Psykatri	13	14
Rehabilitering	15	21
Reumatologi	28	15
Vårdcentral	21	23
Annan klinik	10	9
Administration	11	16
Ingen	0	0

### Öppna svar om nåbarhet

Ett hundratal öppna svar rörde Försäkringskassans nåbarhet. Några svar handlade om positiva och de flesta om negativa erfarenheter. Bland de negativa identifierades fem kategorier (Tabell 8). De sex kategorierna presenteras nedan.

#### Lätt att få kontakt

Ett mindre antal läkare skrev att de upplevde det som lätt alternativt lättare än tidigare att nå handläggare när de önskar kontakt med Försäkringskassan i ett sjukskrivningsärende.

*Mitt nuvarande arbete avseende sjukskrivna rör sig kring patienter jag opererat för tyreoida och paratyreoida sjukdomar. /.../ Vid något enstaka fall problem och då lätt att nå handläggare på försäkringskassan. (696658)*

*Försäkringskassan har också blivit betydligt mer professionella i sitt arbete och det är aldrig problem att få kontakt vid behov. Före 2006 var det i princip omöjligt. Försäkringskassan i vårt län har en direkttelefon till rådgivare, det är också bra. (769877)*



*I mina senaste ärenden har jag när jag via brev fått sjukintyg ifrågasatta fått telefonnummer och kunnat utreda frågan i telefon vilket underlättat. Det har gått hyfsat lätt att få tag i handläggaren. (536367)*

### **Svårt att nå handläggare per telefon**

Majoriteten av de öppna svaren inom temat nåbarhet handlar dock om svårigheter med att nå handläggare. På enkätfrågan om svårigheter svarade en dryg tredjedel (36 procent) att det är svårt att komma fram per telefon (Figur 32). Detta framkommer även i många av de öppna svaren rörande nåbarhet. Det beskrivs hur handläggare inte svarar, hur man hamnar i telefonkö eller kopplas runt inom Försäkringskassan och att detta tar för mycket tid.

*Helt omöjligt att nå handläggare på FK vare sig brevledes eller per telefon (uppriktigt sagt: jag har gett upp hoppet till kontakt). (539007)*

*Tyvärr har det vid de fåtal tillfällen då jag sökt kontakt med FK genom åren, varit omöjligt att få kontakt inom rimlig tid (typ veckor). Skärpning! (777458)*

*Det går nästan aldrig att få tag på handläggaren. Gått för dagen!; tjänsteärenden mm. (641381)*

### **Svårt få veta vem inom Försäkringskassan man ska ha kontakt med**

En fjärdedel (24 procent) av läkarna uppgav att de upplever det svårt att få reda på vem på Försäkringskassan de ska prata med (Figur 32). Flera läkare beskrev i sina öppna svar hur de upplever Försäkringskassans handläggare som anonyma och att man inte vet vem man ska kontakta när man behöver diskutera ett specifikt sjukskrivningsärende.

*Varken jag eller patienten känner till namn på FK:s handläggare. Telefonnumret vore också bra att ha. (804849)*

*Försäkringskassans handläggare ringer från en växel → det går inte att se vem som ringer. Det är ett stort problem som minskar möjligheter till snabb kontakt. (529669)*

Framförallt beskrevs bristen på adekvata kontaktuppgifter som ett hinder för att nå Försäkringskassan. Detta beskrevs även i fall då begäran om kontakt kommer från Försäkringskassan.

*Att få begäran att kontakta och inte få ett direktnummer är meningslöst. (696393)*

### **Öppettider, med mera**

Det nämns också hur Försäkringskassan ofta inte har öppet när läkare har tid för administrativt arbete såsom sjukskrivningsärenden, vilket ofta får hanteras utanför ”ordinarie” arbetstid, det vill säga, kvällstid, helger eller när möjlighet ges.

*FK har andra arbetstider än vi. När jag har möjlighet att ringa (8-9) eller efter 16:30 oftast svårt att få tag på någon. (799478)*

*Handläggare begär att bli uppringda på vissa tidpunkter t ex efter 15.00 den 3/4. Omöjligt med den stressade och pressade värld vi arbetar i utan tid för administration. (632745)*

*FK har telefonsvarare men lämnade meddelanden raderas inom 48 tim enl handläggare. Om jag lämnar meddelande fre em är det borta på mån. (612754)*

Även kontakt inom ”ordinarie” arbetstid kan vara svår, då denna ofta måste ske då möjlighet ges. Detta beskrivs ibland som att både läkare och handläggare i sitt arbete ofta är upptagna med andra arbetsuppgifter och att det är svårt att planera tiden man har till förfogande för kontakter så att de överensstämmer med handläggarnas. Detta kan leda till att man trots ömsesidiga försök har svårt att få kontakt eftersom man ”ringer om varandra”.

*Jag kan inte ta emot samtal till mig ”närsomhelst” eftersom jag då kan ha annan patient, operera etc etc och INTE ha pat's data/jrl tillgänglig. TÄNK EFTER!! (696393)*

*Om jag ringer upp och lämnar medd. att FK ska ringa tillbaka är det svårt för mig att prata när de ringer för jag har alltid patienter på rummet. (545574)*

*Svårigheter består i att handläggare ofta sitter i möte/dylikt när jag ringer. (601872)*

### **Handläggare tar inte kontakt med läkaren**

Ett frustrationsmoment hos flera läkare var att Försäkringskassans handläggare inte tar kontakt med läkaren när denne har bett om det. Fjorton procent av läkarna har varit med om detta (Figur 32) och ett flertal öppna svar handlade om detta, vari det tydligt framkom att det påverkade förtroende för Försäkringskassan. Detta gäller oberoende av hur läkaren sökt kontakt; via att kryssa i rutan på intyget om att kontakt med Försäkringskassan önskas, via direkta brev där kontakt efterfrågas och även när läkaren försökt få kontakt via ’fråga-svar funktionen’. Andra typer av problem med ’fråga-svar funktionen’ redovisas inom temat elektroniska intyg (sidan 114).

*Det stora, stora, stora problemet att jag många gånger kryssar i att kontakt önskas med Försäkringskassan men de har ALDRIG och jag menar ALDRIG tagit kontakt med mig trots att jag har bett om det ett flertal gånger. Riktigt uselt. (670265)*

*FK svarar inte när jag ställer frågor via fråga/svar-funktionen. Verkar inte som att de har ngt system för att läsa inkommande frågor. Uselt. Det har generellt blivit svårare att få kontakt med FK. (664581)*

### **Kontakterna tar för mycket tid**

Ett stort antal öppna svar (cirka 180) handlade om att kontakterna med Försäkringskassan tar (för) mycket tid; att jämföra med att 30 procent av

läkarna angav denna svårighet i enkäten (Figur 32). I de öppna svaren relaterade till nåbarhet nämns att kontakterna är tidskrävande i samband med flera av de angivna svårigheterna, vilket beskrivs ta tid från patientarbete, från andra arbetsuppgifter eller från läkarens fritid. Nedan ges tre exempel på tidskrävande svårigheter relaterade till nåbarhet.

*Största irritationsmomenten: Telefonkö (min professionella tid alltför dyrbar). (734798)*

*Saknar ofta namn på handläggare. Tidsödande att försöka ta reda på vem man söker. (755462)*

## IV. Kompetens

I 2004 och 2008 års enkäter hade vi inte med en fråga om handläggares kompetens. Vid en genomgång av de öppna svaren i 2008 års enkät framkom dock att ett stort antal öppna svar handlade om bristande kompetens hos Försäkringskassans handläggare. Därför inkluderades en fråga i enkäten 2012 om huruvida läkaren upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan relaterade till brister i handläggarens kompetens; en dryg fjärdedel (27 procent) av läkarna gjorde detta (Figur 29).

Även för denna fråga var skillnaderna mellan regionerna små, som högst fem procentenheter och då mellan Region Syd där störst andel (29 procent) och Region Mitt där minst andel (24 procent) uppgav denna svårighet (Tabell 15).

**Tabell 15**      **Andel (procent) läkare som svarade att de upplever brister i Försäkringskassans (FK) handläggares kompetens, uppdelat på regioner**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
Du upplever brister i FK handläggares kompetens	28	24	27	29	27

Andel läkare som upplevde brister i handläggarnas kompetens varierade mycket mellan olika typer av kliniker. Inom rehabilitering respektive inom reumatologi upplevde 40 procent av läkarna detta (Tabell 16).

**Tabell 16**      **Andel (procent) läkare som svarade att de upplever brister i Försäkringskassans (FK) handläggares kompetens, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Du upplever brister i FK handläggares kompetens
Företagshälsovård	35
Gynekologi	26
Hud	8
Infektion	12
Invärtesmedicin	17
Kirurgi	15
Neurologi	36
Onkologi	29
Ortopedi	37
Psykiatri	36
Rehabilitering	40
Reumatologi	40
Vårdcentral	32
Annan klinik	19
Administration	18
Ingen	14

### Öppna svar om kompetens inom Försäkringskassan

*Försäkringskassans personal är mycket dåliga/okunniga i handikapp, sjukdom och missbruk. Man kan inte läsa innantill och man ställer skamligt oinitierade frågor. Försäkringskassans bristande kompetens/utbildningsnivå utgör ett stort arbetsmiljöproblem. Till råga på allt begriper man sig inte på sitt eget regelsystem och sitt eget ansvarsområde. (756304)*

När det gäller temat kompetens inom Försäkringskassan var detta ett av dem där det fanns flest öppna svar, närmare 280 stycken. De handlade om professionell kompetens i termer av kunskap, färdigheter och attityder. Åtta kategorier identifierades: *God kompetens, Skillnader i kompetensnivåer, Bristande medicinsk kompetens, Bristande kommunikationsfärdigheter, Bristande kunskap om lagar och regler samt Annan bristande kompetens.* För några av dessa identifierades även subkategorier. Fleralet av kommentarerna gällde handläggare och några gällde även *försäkringsmedicinska rådgivares kompetens*, vilket är en egen kategori liksom *konsekvenser av bristande kompetens.*

### God kompetens

En mindre andel av de öppna svaren om kompetens beskriver god kompetens hos handläggare generellt respektive bland de handläggare som tidigare arbetat i vården. Kontakterna med handläggare beskrivs även som att de kan medföra ökad kompetens för läkaren.

*Sjukskrivningsärenden är ofta jobbiga och värre ju längre de är. Dock går det oftast att hitta en hygglig lösning som känns rätt för*

*FK, pat och doktor. Oftast kompetenta och samarbetsvilliga handläggare på FK. (507483)*

*Mina vardagliga kontakter med FK-handläggarna gör att jag utvecklas i min handläggning av sjukskrivningsärenden. Överlag god kompetens hos FK-handläggarna. (539890)*

### **Skillnader i kompetensnivå**

Andra beskriver de flesta handläggare som kompetenta och att det finns undantag; vad som ibland benämns som "rötägg". Flera nämner att de upplever stora skillnader i kompetensnivå mellan olika handläggare, vilket blir problematiskt då samarbete och kommunikation kan variera beroende på vem som handlägger ett ärende. Detta gäller olika typer av kompetens; om basala medicinska faktorer, om regler och lagar, i kommunikationsfärdigheter och förhållningsätt.

*Det finns många kloka handläggare som man kan diskutera konstruktivt i patientfall. Tyvärr stöter man på alltför många handläggare som är alltför "fyrkantiga" och förefaller också väldigt okunniga om sjukdomar mm. (545517)*

*Om FK: stor variation i handläggares kompetens. (708578)*

*Många FK handläggare är jättebra och vi kan föra en dialog – andra rigida, osäkra och saknar helhetssyn och kompetens. (538165)*

Ett antal öppna svar rör skillnader i kompetens mellan de handläggare som utförde tidig bedömning av sjukskrivningsärenden och de som tog över handläggningen i ett senare skede, där de senare vanligen beskrevs som mer kompetenta; de har kunskap, visar förståelse och kan ge stöd.

### **Brister i basal medicinsk kunskap**

Större delen av de öppna svaren rörande kompetensen hos Försäkringskassans personal handlar om att man upplever brister i medicinsk kunskap, även i basal sådan kunskap. Framförallt gäller det handläggarnas kunskaper om sjukdomar. Med tanke på deras arbetsuppgifter, det vill säga, att handlägga försäkringsmedicinska ärenden, ansågs det rimligt att de har åtminstone basal kunskap om medicinska aspekter och termer. Ett flertal problem beskrivs orsakade av att handläggare saknar denna kompetens; kommunikation försvåras och läkarna får lägga mycket tid på att ge omfattande förklaringar till handläggare och att hantera irrelevanta frågor. Ett ytterligare problem som nämns i detta sammanhang är att handläggare inte anlitar försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) i tillräcklig utsträckning alternativt att de saknar stöd från FMRare.

*Nästan samtliga problem kring sjukskrivning beror på två saker! 1) Stor tidsbrist, stress!! 2) Medicinskt okunniga, fyrkantiga ibland mkt rigida handläggare. (598326)*

*I samtliga kontakter med FK har jag förvånats av handläggarnas mycket låga medicinska kompetens, klart under nån slags genomsnittsnivå i samhället. (671156)*

*Det är ett stort problem att handläggare saknar medicinsk baskunskap. Det skulle i vart fall behövas mer utbildning i medicinsk terminologi. (715466)*

*Tycker att det största problemet är att tjänstemän på F-Kassan inte verkar förstå vad man skriver, även om det står på svenska. De skulle behöva mer medicinsk kunnighet. (817429)*

*FK:s personal har ingen medicinsk kompetens och försäkringsläkarna är för få och blir sällan konsulterade. (753715)*

Nedan presenteras fyra subkategorier inom denna kategori.

*Bristande kunskap om sjukdomar och behandling samt om konsekvenser av dessa*

Flest öppna svar om bristande medicinsk kompetens handlar om att handläggarna har för lite kunskap om sjukdomar, deras behandling samt om konsekvenser av sjukdom och behandling för funktion och arbetsförmåga. Flera läkare preciserar vad i deras arbete som de upplever att Försäkringskassan saknar kunskap om. Dels gäller detta somatiska sjukdomar. Ett brett spektrum av olika somatiska sjukdomar förekommer bland de öppna svaren, vanligast är olika cancersjukdomar, ortopediska sjukdomar och tillstånd samt hjärtsjukdomar. Dels gäller det psykiska sjukdomar och tillstånd, för vilka handläggare generellt uppges sakna kompetens.

*Vid cancer sjuk är det ofta svårt att få handläggare på FK att förstå att även om pat. är opererad och det gått "lång tid" så håller pat på med tung cellgiftsbehandling som är påfrestande och även kan ge biverkningar som ibland inte är övergående, t ex domningar, neuropatier eller liknande. Finns ofta ringa förståelse för detta, alltså inte kompetens för att förstå det hos handläggare. Krävs ofta LoH intyg på pat som har en långdragen ss pga cancer sjuk. Där all info finns på intygen, blir ett merarbete som är stort och tidsödande och patienten kan dessutom lida ekonomisk skada pga. FK:s ovilja att förstå att pågående cancerbehandling är oftast mkt påfrestande ffa. fysiskt men också psykiskt. (791509)*

*Den i särklass största kritiken mot FK handläggare är en total okunnighet inom kliniska symptom som leder till sjukskrivning ofta i kombination med en bra portion arrogans – vilket ofta leder till att kliniken undviker kontakt med FK. (629048)*

Nedanstående citat, från en läkare på en hjärtklinik visar att syn på Försäkringskassans okunskap även sprids via andra läkare.

*Det vanligaste problemet är okunskap hos försäkringskassans handläggare som ofta inte förstår hur dåliga o sjuka våra patienter är. Har fått höra att patienter som väntar på hjärtrtransplantation får sina sjukskrivningar underkända osv. Många av patienterna är kroniskt sjuka o blir aldrig bra. (583559)*

*Bristande kunskap om samsjuklighet*

En annan aspekt som beskrivs är att handläggare inte förstår hur samsjuklighet och multifaktoriella medicinska tillstånd kan påverka arbetsförmågan.

*Jag handlägger en grupp pat som i stor utsträckning står utanför arbetsmarknaden, saknar högre utbildning ev har okvalificerade arbeten och multipla medicinska och sociala problem – detta klarar FK's fyrkantiga byråkrati inte av att bedöma, handlägga. Patienten i kläm! Många människor har >1 sjukdom och i dessa sammanhang blir 1+1≥2 men det begriper inte FK. Kan inte ens skrivas på intygen. (753442)*

*Försäkringsmedicinskt beslutsstöd gäller enskilda avgränsade diagnoser. De flesta av mina patienter har mångfasetterad problembild och då har jag liten/ingen nytta av stödet. Dessvärre har FK's handläggare liten eller ingen kompetens när det gäller mer komplex sjukdom. (793083)*

*Bristande kunskap om att vissa diagnoser inte baseras på objektiva statusfynd*

Brist på medicinsk kompetens nämns även som en orsak till att handläggare ifrågasätter läkares bedömningar när det gäller diagnoser och tillstånd som inte ger "objektiva statusfynd". Läkarna menar i detta fall att det saknas kunskap hos handläggarna om att vissa diagnoser baseras på anamnes och självskattningsskalor.

*Ett genomgående systemfel är att FK:s handläggare och tyvärr även ibland FK:s rådgivande läkare inte förstår att vissa diagnoser enbart baseras på anamnes och inte på status. T.ex. förstår de flesta att migrän o. epilepsi baseras på anamnes men att det även gäller en majoritet av sjukskrivningarna för depression och ångest. (511006)*

*FK verkar inte förstå att en pat. med psykisk problematik kan ha ett ganska normalt "status" – vad ska vi skriva i statusrutan för att FK ska bli nöjda!? (528893)*

*Många sjuka har arbetsförmågebegränsning men det är ofta svårt att påvisa objektivt när det gäller psykisk och psykosomatisk sjukdom. Och går det inte att notera detta under rubriken undersökningsfynd så anser FK inte att pat är berättigad till sjukskrivning. Orättvist, tycker jag! Just dessa fall är ofta också testade i arbetsprövning av arbetsförmedlingen som också intygar arbetsoförmåga – på alla på arbetsmarknaden förekommande arbeten. Trots mitt och arbetsförmedlingens intyg så anser FK att patientens sjukdom och arbetsoförmåga ej vara styrkt. (813188)*

*Bristande kunskap gällande samband mellan diagnos, funktion och aktivitet*

I ett par öppna svar nämner läkare hur man upplever en bristande kompetens hos handläggarna gällande relationen mellan funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

*Jag anser att jag är duktig på att skriva intyg och att de är utförliga. Jag brukar försöka belysa hur funktionsnedsättningarna påverkar aktivitets- och arbetsförmågan. Många FK-handläggare har alltför dålig utbildning och förstår inte vad detta innebär. De ställer frågor som redan är besvarade i intyget. Ex behövs ett förtydligande om att man inte kan snickra när ena handen är förlamad. ”En hand håller i spiken och en i hammaren”. Det känns förnedrande att behöva ägna tid åt sådan korrespondens i stället för att träffa patienter. Jag sitter vid datorn alldeles för mycket!! (691071)*

Flera läkare såg även handläggares bristande medicinska kunskap som orsak till att handläggarna saknar förståelse för hur arbetsförmågan påverkas av olika diagnoser eller behandlingar. Andra gäller patienter med allvarlig cancersjukdom och pågående cytostatikabehandling.

*Försäkringskassan har totalt tappat kunskap vad vanliga diagnoser innebär i frågan om nedsatt arbetsförmåga. (625145)*

*Personal på FK saknar helt kunskap om psykiatriska sjukdomars inverkan på patienternas arbetsförmåga, ex psykossjukdomar. (655357)*

#### *Bristande kommunikationsfärdigheter*

En annan kompetens som det nämns brister inom är kommunikationsfärdigheter. Ett flertal brister avseende detta har redan beskrivits under temat bemötande (sidan 68) där exempel på oprofessionellt bemötande ges. Även inom temana kommunikation (sidan 74) och förutsägbarhet (sidan 92) förekommer sådana exempel. Ett exempel är att även om handläggare har kunskap om regler så kan dessa ibland presenteras vid tillfällen när detta får negativ effekt.

*Kontakten med FK är i allmänhet bra och man arbetar tillsammans för en god återgång i arbetet. I vissa fall, vissa handläggare, presenterar dock de regler som finns vid fel tillfällen, okänsligt vilket medför en negativ effekt på återrehabiliteringen till arbete och medför att rehabiliteringstiden ökas. (744433)*

#### *Bristande kunskap om lagar och regler*

Ett annat kompetensområde handlar om att handläggarna i vissa fall saknar kunskap rörande socialförsäkringslagen och de regler som styr arbetet med ärenden relaterade till denna. Bristande kunskap om sjukförsäkringen liksom om närståendepenning, havandeskapspenning och regeländringar nämns även. En del öppna svar beskriver att nedsättning av arbetsförmågan ifrågasätts även för inlagda, till och med tvångsomhändertagna, patienter; något som visar på bristande kunskap även om regelverket, och beskrivs ’dra ett löjets skimmer’ över Försäkringskassan.

*Havandeskapspenning är problematiskt och fullständigt godtyckligt handlagt. Kompetens saknas hos FK! (675694)*

*Försäkringskassans handläggare har ofta utomordentliga kompetensbrister – både när det gäller lagen om allm. försäkring*



*och dess förarbeten som om Riksdagens beslut. Vissa handläggare med lång erfarenhet förefaller förvirrade av flertal skrifter av policy genom åren – annars är erfarna handläggare (>10 års erfarenhet) av stor vikt. (676205)*

### **Annan bristande kompetens**

Flera andra aspekter av brister i kompetens nämns, två av dem som återkommer flera gånger gäller kunskap om arbetslivet samt kompetens att dra egna slutsatser.

#### *Bristande kunskap om arbetslivet*

I ett mindre antal öppna svar uttrycker läkare att kunskap om uppgifter och krav i arbetslivet saknas hos handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare. Nästa uttalande tyder möjligen på att handläggaren inte var tillräckligt tydlig med vilken del av det försäkringsmedicinska beslutsstödet som avsågs, det vill säga, det handlar eventuellt även om handläggares bristande kommunikationsfärdigheter.

*Nyligen blev jag elektroniskt tillfrågad om varför en patient, som för kort tid sedan fick sin dominanta arm amputerad på överarmsnivå, inte kan ta vanliga på arbetsmarknaden förekommande arbeten! Man hänvisade till beslutsstödet (där det inte står något). Skam! (607895)*

#### *Oförmåga att dra egna slutsatser och agera självständigt*

En åsikt som förekom i flera av läkarnas öppna svar och som relaterar till kompetens var att handläggarna saknar förmåga att dra egna slutsatser och agera utifrån dessa i det egna arbetet med sjukskrivningsärenden. Man efterlyser det man uttrycker som "eget tänkande" och "sunt förnuft" och menar att handläggarna i och med detta inte kan arbeta så självständigt som är nödvändigt i detta arbete.

*Största problemet är kommunikationen med FK. De är instruerade att inte kunna tänka, inte dra slutsatser, inte ha någon livserfarenhet. I varje intyg ska bevisföring ske från början. Ingen uppgift kan hämtas från tidigare intyg eller tidigare avstämningsmöten. Även det som beslutats vid avstämningsmöte ska bevisas i intyg även om det sker samma dag. Ibland upplever jag en Kafka liknande situation, en rundgång i bevisföring och krav på nya bevis. (618959)*

*Hittar ingen fråga om tidsåtgång och irritation pga handläggarnas ifrågasättande och inkompetens och bristande egen tankeverksamhet exvis: Vad man kan och inte kan om man saknar en arm; det bör en normal intelligent person själv kunna tänka ut men är jobbigt att formulera i ord. Eller varför kan man inte arbeta med 40<sup>0</sup> feber. Var och en borde med lite fantasi begripa det och man ska inte behöva ägna massor av tid åt att förklara det. Sunt förnuft och egen tankeverksamhet efterlyses hos handläggaren!! (630293)*

*Ibland har vissa handläggare en tendens att "se detaljer men inte helheten" när det gäller intyg. Ex: Jag sjukskrev en man med psykotisk depression som vårdades enl LPT och fick ECT inneliggande. FK's fråga var: funktionsnedsättning? (Jag hade glömt fylla i en ruta.) (729590)*

Andra aspekter som nämns är 'allmän inkompetens'.

*Personalen på FK:s bedömningsenhet i XX okunniga och kan många gånger inte läsa innantill i vad som skrivits i intyget. (647107)*

### **Brister i försäkringsmedicinska rådgivares kompetens**

Några öppna svar gällde bristande kompetens hos Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare, att den inte är adekvat eller inte uppdateras.

*Av alla olika samarbetspartners man har som läkare så finns det inte någon som är så osmidig och oflexibel som Försäkringskassan. Det är fullständigt häpnadsväckande att man har en sådan extremt låg medicinsk kompetens – det gäller både handläggare och s.k. sakkunniga vars medicinska kunskaper förvånansvärt ofta är påtagligt åldersstigna. (707836)*

Flera läkare nämner också hur de upplever att de försäkringsmedicinska rådgivarna har "fel" kompetens, då den inte motsvarar det område sjukskrivningsärendet gäller, till exempel är specialist inom ett helt annat område.

*Har träffat FK-handläggare som är bra (det vanliga), utmärkta att samarbeta med (10 procent) och urusla på alla sätt (≈ 2 procent). Även råkat ut för några få FMR-läkare, som bestämmer om saker, som de inte har specialistkompetens på – detta har orsakat stort lidande för patienter, mycket arbete för mig (omprövning vid FK har dock till sist gett mina intyg rätt). → Så varför granskas inte alla FMR-läkare? (570218)*

*Många bedömningar av psyk. & neurol. sjukdomar göres av försäkringsmedicinska rådgivare utan djupare kunskaper om det de uttalar sig om – inte minst kirurger och ortopedkirurger. (676205)*

*De försäkringsmedicinska rådgivarna är i allmänhet specialister som jobbat länge på sjukhus o där bara mött en selektion av patienter o problem. De saknar därför en bred allmänmedicinsk kompetens o imponerar inte i sina bedömningar. (681189)*

### **Konsekvenser av bristande kompetens inom Försäkringskassan**

I många öppna svar nämns även konsekvenser av det som läkarna beskriver som bristande kompetens hos Försäkringskassans personal. Sådana konsekvenser är att arbetet med sjukskrivningar tar mycket tid, vilket får ekonomiska konsekvenser för sjukvården och läkaren och leder till mindre tid för patienter. Andra konsekvenser rör patienten, dennes ekonomi, hälsa och sjuklighet. Bristande medicinsk kompetens gör att läkare tvingas skriva

intyg som är betydligt mer omfattande än vad de annars skulle behöva vara. Ofta handlar det om att med många ord skriva vad som upplevs som självklarheter, och olika exempel på detta ges. Ibland beskrivs handläggares frågor som ”korkade”, obegripliga, underliga eller att de saknar relevans. Detta tar tid att hantera, tid som får tas från tid med patienter, via övertid eller görs på den egna fritiden.

*Mycket anmärkningsvärt att man inte lägger något kompetenskrav alls på FK's handläggare! I vilket yrke går det idag? De kanske borde anställa sjuksköterskor? Många i vården självklara fakta ifrågasätts. Om man som jag arbetar med endokrinologi ifrågasätts ständigt vad tom folksjukdomar (dvs mycket vanliga) är och hur de påverkar kroppen. Man får skriva läroböcker om t ex giftstruma och tillväxthormonbrist på varje intyg, ändå krävs 2 – 3 intyg, gång på gång. (643544)*

*Stort problem att den medicinska kompetensen på de som bedömer intygen är så låg att man kan ifrågasätta att ex. den som har diagnosen djup depression är arbetsförmögen. Att vi ska lägga tid på att formulera långa utförliga intyg när tiden bör läggas på att få pat. att överleva till nästa dag. (703926)*

*Tar längre tid nu med intygen då man ska skriva intyg för FK's handläggare som om de inte förstod något medicinskt, varken status eller enkel terminologi. (814178)*

*Blanketten tar alldeles för lång tid att fylla i pga att den läses av medicinskt okunniga, vilket kräver onödiga utläggningar. Detta medför att man inte har tid att fylla i blanketten på mottagningen där man redan nu har för lite tid för patienter. I stället får detta ske på kvällstid (= gratis övertid) eller på administrativa dagar som skulle använts till annat. (607895)*

Ett antal läkare nämner också hur man i intygen är tvungen att använda ett särskilt språk, särskilda formuleringar eller ord för att handläggarna ska förstå vad som avses.

*Som läkare ska man inte behöva använda ett inexakt BÄBIS-SPRÅK för att FK inte VET NÅGOT om sjukdom. (783456)*

Flera läkare nämner att de upplevde sig behöva ta tid till att utbilda Försäkringskassans personal kring de medicinska aspekterna i sjukskrivningsärenden.

*Tveklöst saknas relevant kompetens hos många handläggare för det uppdrag de har idag. De förstår inte medicinska fakta/konsekvenser vilket gör kommunikationen svår och man upplever som läkare att man måste ”undervisa” handläggare och ibland argumentera för självklarheter. (645515)*

*Vi – läkarkåren - blev ålagda av politiker att behöva argumentera varje sjukdomsbild, sjukdomsprocess för medicinskt obildade personer på FK, men ingen såg till att vi har tid för det. /.../ vi får knappt tid att UTBILDA (och varför ska vi göra det?) kontorspersonal på FK. (630970)*

Det beskrivs att handläggarnas *bristande kompetens får konsekvenser vad gäller Försäkringskassans bedömningar och beslut*. Flera läkare nämnde hur de upplever det som problematiskt att handläggare med bristande (försäkrings)medicinsk kompetens ändå har makt att fatta beslut i komplicerade sjukskrivningsärenden.

*Många handläggare på FK förstår inte innebörden i medicinska termer. Verkar ibland heller inte förstå att man kan leva längre tid med en avancerad tumörsjukdom, men att man inte kan arbeta!! Bättre utbildning av handläggare krävs om de skall ha så stor makt som de har nu!! (568840)*

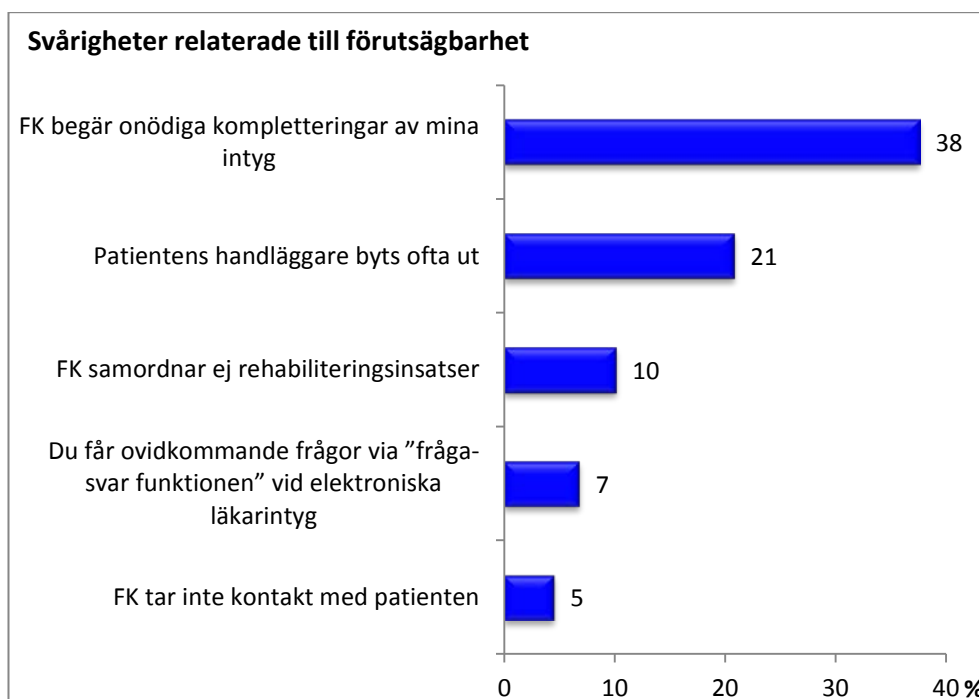
*Det stora problemet är: Utfärdande av dessa komplexa intyg som sen ska bedömas icke-medicinskt kunniga handläggare, som inte förstår vare sig språk, diagnos, beh eller prognos. Så problemet ligger vare sig hos läkare eller patient idag – utan FK:s oförmåga att handlägga ärenden. (511899)*

*FK måste ha ökad medicinsk kompetens när man nu påstår att medicinska underlagen är avgörande. Ovanstående styrks av att jag har hög frekvens av för försäkrad pos. utslag i förvaltningsdomstol. (650903)*

## V. Förutsägbarhet

Nästan hälften (48 procent) upplevde åtminstone en av de svårigheter som kan relateras till temat *förutsägbarhet*, i sina kontakter med Försäkringskassan. En femtedel (21 procent) upplevde minst två av dessa svårigheter (ej i figur). Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av läkarnas intyg var den svårighet relaterad till förutsägbarhet som störst andel, 38 procent, upplevde (Figur 33). En femtedel uppgav svårigheter på grund av att patienters handläggare ofta byts ut. Övriga svårigheter inom temat upplevdes av högst en tiondel av läkarna.

**Figur 33** Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden



Det var mellan en och en halv och tre (1,6-3,0) gånger vanligare att uppleva någon av svårigheterna relaterade till förutsägbarhet om man även svarat att man upplever någon av de andra av dessa svårigheter, jämfört med genomsnittet för samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell). Svårigheter orsakade av att Försäkringskassan inte tar kontakt med patienten respektive att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser var dock 5 gånger vanligare att uppges om man även uppgett den andra jämfört med samtliga sjukskrivande läkare.

För flera svårigheter relaterad till förutsägbarhet gällde att det var två till fyra (1,8–4,5) gånger vanligare att de läkare som upplevt denna, jämfört med de som inte gjort det, även upplevt de andra svårigheterna inom denna kategori (ej i tabell).

Skillnaderna mellan regionerna vad gäller andelarna som angav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet var störst (11 procentenheter) för svårigheter orsakade av att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg, vilket störst andel uppgav i Region Syd (44 procent) och minst andel i Region Väst (33 procent) (Tabell 17). För svårigheter orsakade av ovidkommande frågor via 'fråga-svar funktionen' var skillnaden åtta procentenheter, störst var andelen som angav detta i Region Norr (11 procent) och minst i Region Stockholm (4 procent). Skillnaderna mellan regionerna i andelar som uppgav övriga svårigheter kopplade till förutsägbarhet understeg fem procent-enheter.

**Tabell 17 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på region**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	37	35	33	44	40
Patientens handläggare byts ofta ut	23	19	20	22	19
FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser	12	8	9	10	11
Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen"	4	6	6	10	11
FK tar inte kontakt med patienten	5	3	5	5	5

Det var stora skillnader mellan läkare vid olika typer av kliniker gällande dessa svårigheter. Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg upplevdes av störst andel (55 procent) av läkarna inom ortopedi och minst andel (12 procent) av läkarna vid hudkliniker (Tabell 18). Störst andel som uppgav svårigheter orsakade av att patienters handläggare ofta byts ut fanns inom psykiatri (38 procent) samt rehabilitering (40 procent). Minst andel (4 procent) fanns inom kirurgi och gynekologi. Att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser uppgavs av störst andel (23 procent) av läkarna vid rehabiliteringskliniker, medan andelen var endast någon eller några få procent vid flera andra typer av kliniker.

**Tabell 18 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Patientens handläggare byts ofta ut	FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser
Företagshälsovård	37	25	12
Gynekologi	37	4	1
Hud	12	11	3
Infektion	19	7	3
Invärtesmedicin	25	10	5
Kirurgi	24	4	2
Neurologi	47	18	12
Onkologi	33	10	4
Ortopedi	55	8	9
Psykiatri	42	38	16
Rehabilitering	28	40	23
Reumatologi	51	30	18
Vårdcentral	48	35	16
Annan klinik	22	10	6
Administration	15	20	15
Ingen	14	7	0

Att få ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniskt intyg uppgavs av drygt en tiondel av läkarna inom ortopedi (12 procent) och

neurologi (11 procent) (Tabell 19). Tolv procent av läkarna inom rehabilitering svarade att Försäkringskassan inte tar kontakt med patienter.

**Tabell 19 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till förutsägbarhet i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Du får ovidkommande frågor via "fråga-svar funktionen" vid elektroniska läkarintyg	FK tar inte kontakt med patienten
Företagshälsovård	2	4
Gynekologi	5	2
Hud	1	3
Infektion	3	2
Invärtesmedicin	3	2
Kirurgi	4	2
Neurologi	11	7
Onkologi	5	3
Ortopedi	12	4
Psykiatri	8	7
Rehabilitering	7	12
Reumatologi	8	9
Vårdcentral	9	7
Annan klinik	4	3
Administration	2	0
Ingen	0	0

### Öppna svar om förutsägbarhet

I de öppna svaren identifierades fem kategorier inom temat förutsägbarhet (Tabell 8), dessa beskrivs nedan. Flera av dessa kategorier tangerar även andra teman.

### Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg

Att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg var den av enkätens listade svårigheter relaterade till förutsägbarhet i ett sjukskrivningsärende som flest läkare upplevde (38 procent) (Figur 29). Detta återspeglas i de öppna svaren där denna svårighet nämndes av många läkare.

*Kompletteringar tar väldigt mycket tid av verksamheten – dessutom ofta meningslösa kompletteringar. (641449)*

*Det kommer ofta begäran om onödiga kompletteringar av våra intyg. (537431)*

Vid en genomgång av dessa öppna svar framträder olika anledningar till varför man upplever att kompletteringar som Försäkringskassan efterfrågar är onödiga och inte är förutsedda. Den anledning som flest läkare angett är att de upplever att förfrågningarna begärs på grund av *en låg kunskapsnivå och oförmåga att dra egna slutsatser hos Försäkringskassans handläggare*; kategorier som finns inom temat kompetens (sidan 85). En kategori av öppna svar om onödiga kompletteringar handlar om att läkaren måste

förklara sådant som egentligen är självklarheter eller utbilda handläggarna avseende framförallt medicinska kunskaper.

*Tidsåtgången för handläggning av sjukskrivningsärenden är orimlig m.h.t. den stora brist på psykiatriker som råder. /.../ Efter att ha arbetat med psykiatri i 26 år tycker jag att det är helt oacceptabelt att jag ska behöva ägna tid åt basal utbildning av FK:s handläggare. Min tid behövs i direkt patientarbete för att diagnosticera och behandla patienter. Detta är mitt uppdrag!!! (495382)*

Ett flertal läkare uppgav hur de får onödiga förfrågningar om *komplettering specifikt av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning*. Ofta uttrycks att detta är onödigt eller att det är självklarheter som borde framgå av diagnos eller behandling. Inte sällan refererar man även här till handläggares bristande kunskaper om konsekvenser av sjukdomar.

En subkategori här är att *få irrelevanta eller ovidkommande frågor från handläggaren*. Detta hänvisas i flera fall till bristande kunskaper hos handläggare. Hur handläggares bristande kompetens leder till onödiga och inadekvata frågor till läkarna är även en aspekt av temat kompetens (sidan 83). Ovidkommande frågor via den elektroniska 'fråga-svar funktionen' nämns under temat elektroniska intyg (sidan 114).

*Vissa handläggare plågar oss med långa kompletteringskrav på våra intyg med till synes helt irrelevanta frågor (utlöser Kafka-känsla) för vad använder jag min arbetstid. (748442)*

En annan subkategori handlar om *begäran om komplettering på formalistisk grund*. Det handlar om att Försäkringskassan efterfrågar specifika formuleringar och ordval på blanketterna. Förfrågan om komplettering kommer när man inte använder sig av dessa eller om erforderlig information står i 'fel' ruta i blanketten. Detta är en aspekt som även återfinns under tematana kompetens (sidan 83) och processrättsvisa (sidan 100).

*I samtliga fall där FK efterfrågat "komplettering" har problemet varit av formalistisk karaktär. Man efterfrågar vissa "nyckelformuleringar" i stället för att läsa och försöka förstå innehållet. (671156)*

*I en för övrigt pressad arbetssituation som distriktsläkare tar själva intygsskrivandet orimligt mycket tid. Dessutom upplever man en slags hotkänsla från FK att om man inte hittar exakt rätt formuleringar kommer intyget tillbaka och man får lägga ändå mera tid. (684274)*

Förfrågningar om kompletteringar upplevdes ibland som onödiga och ej förväntade, när *den information förfrågningen gäller redan fanns tillgänglig för Försäkringskassan*. Framförallt gäller det att informationen som efterfrågas redan finns beskriven på det intyg som kompletteringsförfrågan avser.



*Handläggare på FK läser inte mina intyg ordentligt. Skickar frågor om kompletteringar på saker som redan finns med bland rubrikerna. (549634)*

Det kan också gälla att Försäkringskassan begär komplettering av intyg som gäller patienter med diagnoser av mer permanent karaktär där tillståndet inte förändras eller förbättras.

*Mina patienter har sjukdomar som inte går över utan snarast försämras med tiden. I intygen skriver jag att tillståndet kommer att vara så här i minst 5 år. Ändå får jag ta av obefintlig tid för att förlänga och komplettera redan tydliga intyg; ibland varje år, ibland vartannat. (691469)*

Ett flertal öppna svar gällande vad som uppfattas som onödiga förfrågningar om komplettering gäller intygens omfattning. Här upplever man att Försäkringskassan begär mer information än vad som är nödvändigt.

*Jag sjukskriver regelbundet patienter efter bukoperationer/andra op. Om jag skriver "komplicerad op med postop. komplikationer t ex hematom" är det mkt frustrerande att sjukskrivningstiden ifrågasätts. Jag är den medicinskt sakkunniga och har absolut INTE tid att skriva en uppsats om varje patient. Otroligt tråkigt att få tillbaka intyg där det hela går ut på att handläggaren förväntar sig fler ord ju längre sjukskrivningen är. Fler ord är inte lika med en bättre bedömning. Vi kan inte skriva uppsatser om varje pat vi opererar när vi skriver ut ca 8-10 st/dag. (579904)*

En ytterligare aspekt vid förfrågan om komplettering är att Försäkringskassan kräver snabbt svar från läkare, men själv tar god tid på sig i handläggningen av ärenden.

*FK har själva orimliga handläggningstider själva medan man kräver snabba svar av läkare. (753442)*

*Är det rimligt att FK's handläggare tar 1-2 månader på sig att bedöma ett intyg och sedan begär en komplettering av mig inom ca 10 dagar med hot om att annars får patienten ingen sjukpenning. DET ÄR INTE GOD SAMARBETE att jag måste hitta tiden (ofta blir det då övertid) att utföra vad "FÖRSKRÄKLINGSKASSAN" begär av mig, för att inte jag ska bli skyldig till att patienten står utan ekonomisk ersättning under sjukskrivningen. (775841)*

Ibland verkar handläggaren inte ens ha läst den information som redan skickats.

*Många "dumma" frågor, det har även hänt att frågorna avslöjat att handläggaren uppenbarligen inte läst intyget. (808048)*

### **Försäkringskassan tar inte kontakt med patienten**

Inga öppna kommentarer berörde kategorin att Försäkringskassan inte tar kontakt med patienten och som framgår av Figur 33 upplevde fem procent av läkarna detta som en svårighet, det vill säga, relativt få jämfört med vissa andra svårigheter.

### **Handläggare byts ofta ut**

En kategori inom temat förutsägbarhet är bristande förutsägbarhet på grund av att patientens handläggare ofta byts ut. Detta nämndes även i flera av de öppna svaren.

*Det är frustrerande att pat byter handläggare ofta. (690156)*

*Det är en otrolig omsättning på handläggare. (780486)*

Detta medför att kontinuiteten i handläggningen av sjukskrivningsärenden försämras, att variationen i denna ökar och att samarbete och förtroende mellan läkare och handläggare försvåras.

*Det förefaller som att ni satt i system att allt mer frekvent byta handläggare. Är det någon tanke bakom det. Det är i alla fall helt förödande för samarbete och kontinuitet. (562348)*

*De handläggare som sitter på vårdcentralen en dag varannan vecka har varit bra och angelägna om att hjälpa patienterna framåt i rehabiliteringsprocessen. Däremot har omorganisationer på "Kassan" lett till två byten av handläggare på lika många år. Av samma anledning har inga avstämningsmöten kommit till stånd på ½ år, även om jag bett om det på intygen. (681833)*

*Vid handläggärbyste på FK verkar det inte ske någon överrapportering. Särskilt kommunikation gm "fråga svar" funktionen verkar försvinna/tappas bort! (785659)*

*Stor omsättning av handläggare även för enskild pat. Pat vet ofta inte vem som är handläggare. Tidigare bra med att vi kände FK:s handläggare på plats, byggde upp ett ömsesidigt förtroende. (606913)*

En effekt av handläggärbysten som nämns är att kompetensnivån hos handläggarna försämras.

*FK:s representanter är ofta okunniga, har dålig organisation = byter handläggare /befordrar de få engagerade till sin inkompetensnivå (Peters princip). (708628)*

*De gånger jag har kontakt med FK är det slående, vilken omsättning på handläggare det är, patienterna har bytt flera ggr och hur låg kompetensen är om sjukdomar, vilket jag uppfattar som avsiktligt från FK. (546655)*

### **Försäkringskassans samordning av rehabiliteringsinsatser**

En annan kategori av uttalanden gäller Försäkringskassans samordning av rehabiliteringsinsatser. Ett mindre antal av dessa var positiva.

*Tycker att det har blivit mycket bättre/lättare att hantera dessa ärenden sedan ändrade regler för några år sedan. Nu är FK mer på hugget – oftast positivt! (564286)*

*På VC har vi KUGGhjulsmöten, samverkan mellan FK + AF + socialen 2 gånger i månaden, dessa kan vara till hjälp o bra för återkoppling. (549923)*

*Har haft några fall där FK gjort egen utredning med bl a arbets-  
terapeut, psykolog och oberoende läkare = jättebra underlag vid  
lång och svårhanterlig sjukskrivning. (727230)*

I flera öppna svar beskrivs problem med förutsägbarhet orsakade av brister i Försäkringskassans samordning av rehabiliteringsinsatser. Det gäller bristande aktivitet från Försäkringskassans sida vad gäller samordningen av bedömningar och utredningar avseende rehabiliteringsbehov.

*Komplexa fall där flera org FK, sjukv, AF skulle behöva ses  
parallellt – saknas en teamverksamhet som är  
”gräns”/myndighets” överskridande. (739136)*

*Stort behov av samordning runt patienten! Men den enda  
samordning jag varit med om sker på mitt initiativ. Alla försök till  
samordning skall ske fr. dr, vilket är absolut omöjligt med vår  
arbetssituation. (777953)*

*Upplever att FK och AF är mer ”uppgivna” nu, kanske pga många  
omorganisationer. Upplever att FK och AF tar mindre personligt  
ansvar för patienterna, byter ofta handläggare. (789081)*

Öppna svar om bristande samordning från Försäkringskassan gäller även insatser från andra aktörer som krävs för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete, kunna söka arbete, alternativt erhålla relevant ersättning via socialförsäkringen. Ibland påverkas förutsägbarheten från högre nivåer inom Försäkringskassan.

*Bra kontakt med FK:s handläggare men urusel kompetens och  
avsaknad av vilja till samarbete från FK:s ledning och chefer  
lokalt. Från ledningens sida avsaknad av vilja till samarbete o  
utveckling. FK:s utredare kunniga, positiva till lösningsfokuserat  
arbete osv. (650903)*

Särskilt många öppna svar rörande samordningen av insatser från andra aktörer gällde samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Flera läkare ansåg att detta fungerade dåligt, några uppgav även att samarbetet var svårt att förstå. Det beskrevs även hur individer ”faller mellan stolarna” eller bollas fram och tillbaka mellan myndigheterna när ingen tar ansvar för ärendet.

*Arbetsförmedling, FK, eller socialt stöd bollar ekonomin mellan  
varandra. Dåligt samarbete mellan FK och Arbetsförmedling.  
(814459)*

*Svårigheter att få till stånd avstämningsmöten*

En ytterligare aspekt relaterad till förutsägbarhet i samordningen av sjukskrivningsarbetet gäller svårigheter att få till stånd avstämningsmöten mellan läkare, handläggare och andra berörda aktörer.

*FK handläggare förhalar ofta mötestider eller bokar om – kan ta  
upp till ett år att få till möten. (587303)*

*Tar alltför lång tid att hitta datum för rehab möten pga FK-  
handläggaren upptagen (pat, dr, psykolog m.fl. kan). Kan ta 3-6*

*mån trots att handläggaren fått erbjudan om många alternativa datum. (785659)*

*Av mej föreslagna avstämmingsmöten blir sällan av. (614487)*

### **Långa handläggningstider**

Många öppna svar handlade om Försäkringskassans ibland mycket långa handläggningstider. Både patienten och involverade rehabiliteringsaktörer passiviseras i avvaktan på beslut. Detta är även en kategori under temat processrättsvisa (sidan 100).

*Långa handläggningstider från FK har ofta lett till utdragna ärenden, där det skulle behövts snabbare åtgärder. (674283)*

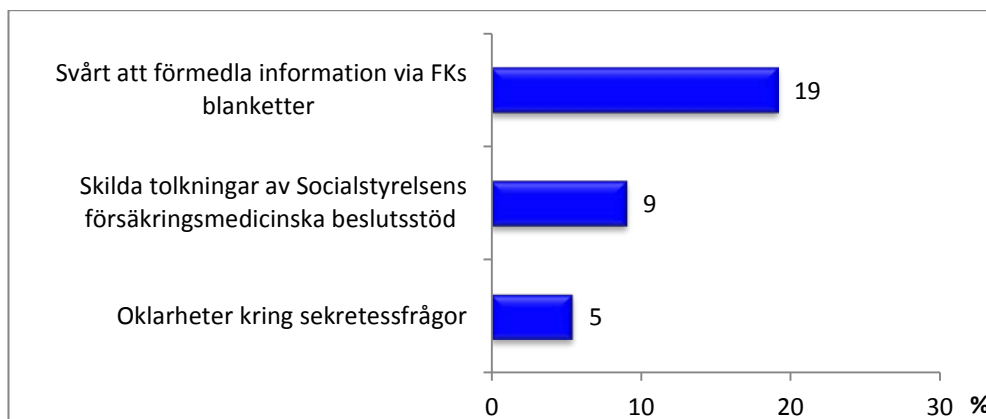
I flera fall beskrivs handläggningstiderna som orimligt långa när det gäller den tidiga bedömningen av sjukskrivningsärendet respektive av bedömning av sjukersättning och att detta får negativa konsekvenser bland annat för behandlingen av patienten, se även under Processrättvisa (sidan 107).

*Långa handläggningstider på FK inför beslut om sjuk/aktivitetsersättning är ett problem. Försätter patienten och hela rehabteamet och andra myndigheter (t.ex. AF) i "vänteläge". Passivitet från alla och mycket svårt att köra igång igen om patienten väntat att få sjukersättning. (740993)*

## **VI. Processrättvisa**

En dryg fjärdedel av läkarna (27 procent) upplevde någon eller flera av de tre svårigheter i kontakten med Försäkringskassan inom det tema som vi här har valt att kalla processrättvisa (Figur 34). En femtedel (19 procent) ansåg att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter. Fem procent angav oklarheter kring sekretessfrågor och var tionde (9 procent) svarade att skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd innebar en svårighet i kontakterna med Försäkringskassan. Andel som rapporterade svårigheter med detta kan jämföras med att 36 procent svarat att beslutstödet underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Sammanlagt upplevde sex procent fler än en av dessa tre svårigheter. De öppna svaren gav en bild av vad svårigheterna mer konkret handlar om.

**Figur 34 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden**



Det var ungefär två (2,1-2,4) gånger vanligare, att svara att man upplever någon av svårigheterna relaterade till processrättvisa om man svarat att man upplever en annan av dessa, jämfört med genomsnittet för samtliga sjukskrivande läkare (ej i tabell).

För varje svårighet relaterad till processrättvisa gällde att det var två till tre (2,2-3,3) gånger vanligare att de läkare som svarat att man upplever denna, jämfört med de som inte svarat detta, även svarat att man upplevde de andra svårigheterna inom denna kategori (ej i tabell).

Andelen som angav svårigheter relaterade till processrättvisa i kontakterna med Försäkringskassan var likvärdig i de olika regionerna (Tabell 20). Skillnaden var störst, fyra procentenheter, avseende svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter. Störst andel, 22 procent, upplevde detta i Region Norr och minst, 18 procent, i Region Mitt och Region Väst.

**Tabell 20 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden, uppdelat på region**

	Region Stockholm	Region Mitt	Region Väst	Region Syd	Region Norr
Oklarheter kring sekretessfrågor	6	5	5	6	4
Svårt att förmedla information via FKs blanketter	19	18	18	21	22
Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	9	9	8	10	10

Att det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter upplevdes av störst andel av läkarna vid vårdcentraler och vid reumatologiska kliniker (28 respektive 27 procent) (Tabell 21). Vid flera andra typer av kliniker var motsvarande andelar hälften så stora eller mindre. Att skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd orsakade

svårigheter uppgav störst andel, var femte, av läkarna inom företagshälsovården. Tolv procent av läkarna inom rehabilitering upplevde oklarheter kring sekretessfrågor i kontakterna med Försäkringskassan.

**Tabell 21 Andel (procent) läkare som för kontakterna med Försäkringskassan uppgav olika svårigheter relaterade till processrättvisa i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik**

Klinik	Svårt att förmedla information via FKs blanketter	Skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	Oklarheter kring sekretessfrågor
Företagshälsovård	18	20	4
Gynekologi	12	6	3
Hud	6	1	3
Infektion	10	3	6
Invärtesmedicin	15	3	5
Kirurgi	8	3	2
Neurologi	25	5	8
Onkologi	20	6	3
Ortopedi	13	14	3
Psykatri	24	11	9
Rehabilitering	21	12	12
Reumatologi	27	11	4
Vårdcentral	28	14	7
Annan klinik	12	4	4
Administration	13	5	4
Ingen	0	0	0

### Öppna svar om processrättvisa

Inom detta tema fanns åtta kategorier av öppna svar, vilka redovisas nedan.

#### Skilda tolkningar av försäkringsmedicinska beslutsstödet

Många av läkarnas öppna svar berörde svårigheter relaterade till att läkarna och Försäkringskassans handläggare hade skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Främst handlade dessa om att läkaren såg beslutsstödet som en rekommendation eller riktlinje medan handläggarna använde det som avgörande vid sina beslut i sjukskrivningsärenden, utan att ta hänsyn till den enskilde individen och dennes situation. Uttalanden om skilda tolkningar av beslutsstödet ligger inom ramen för detta tema, medan de om att beslutsstödet används som 'en lag' snarare än som rekommendationer ligger inom ramen för temat rättssäkerhet (sidan 108). Flera uttalanden handlade om bristande kompetens hos handläggare i att individualisera bedömningar, om stelbenthet, att man använder de diagnosspecifika rekommendationerna ordagrant – och att handläggarna möjligen inte använder de övergripande beslutsstöden, endast de diagnos-specifika [1].

*Socialstyrelsens rekommendationer för ss är i stort bra o  
väl skrivna. Men för vissa diagnoser/grupper alltför rigida och helt*

*enkelt för enkla. Dock finns ofta möjlighet till flexibel tolkning som dock FK:s handläggare inte klarar av. (789800)*

Flera läkare menade att Försäkringskassans tillämpning av beslutsstödet inte ser till den enskilda patientens behov.

*Ett problem är beslutsstödet som ju är ett stöd och inte "hugget i sten" som jag brukar info FK-handläggare om. De måste tänka på pat. som en individuell enhet och inte något man katalogiserar i ett fack. (810226)*

*Försäkringskassans personal läser Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska stöd och tror att de därmed vet hur den enskilda patienten skall handläggas. Det är inget stöd. Det var bättre när de visste att de inget kunde. Nu tror de att de har fattat något vilket inte stämmer. (753715)*

Ett antal läkare beskrev till exempel hur beslutsstödet användes allt för strikt för patienter med mer komplicerade sjukdomstillstånd eller med olika typer av samsjuklighet, något som inte beaktas i de diagnosspecifika rekommendationerna.

*Sjukskrivningsärenden har mer att göra med individens (patientens) kapacitet att hantera sin sjukdom/arbetsförmåga än den specifika diagnosen. Tycker att det blir mest problem i kontakten med FK-handläggare när denna inte förstår att en patient i grunden kan ha problem som gör att en aktuell sjukdom (som utgör grund för sjukskrivning) kräver längre sjukskrivning än SoS rekommenderar. Ex. patienter med ångest och/eller neuropsykiatrisk diagnos som får hjärtinfarkt. (716316)*

Några öppna svar gäller även hur man upplevt att handläggare tillämpar beslutsstödet även när detta inte är anpassat för den specifika situation sjukskrivningsärendet gäller.

*Det försäkringsmedicinska beslutsstödet innebär en rekommendation och ej absoluta värden men FK tolkar det ofta absolut och hänvisar till detta även för sjukdomar som ej finns med. (816348)*

*Jag hanterar till stor del patienter som ej omfattas av rekommendationerna då jag till övervägande del hanterar "högspecialiserad" vård. I de flesta fall konflikter kring sjukskrivning uppstår, beror dessa på att Försäkringskassans tjänstemän vill få även de ovanliga tillstånden att passa in i mallen och motsvara de rekommenderade, "vanliga" sjukskrivningarna. (719328)*

### **Svårt förmedla information via Försäkringskassans blanketter**

En annan kategori är svårigheter att förmedla information via Försäkringskassans blanketter, vilket många angav. Det fanns många olika synpunkter på blanketternas utformning, ofta uttryckta med starka känslor kring dem.

*Problemen är uteslutande att FK vill ha idiotiska svar via en idiotisk blankett. (771337)*

*SS blanketterna verkar inte ställa rätt frågor för det begärs så mycket kompletteringar. (792689)*

#### *Brist på utrymme i Försäkringskassans blanketter*

En subkategori här rör *brist på utrymme i blanketterna* för den information läkarna vill förmedla till Försäkringskassan, flest öppna svar inom denna kategori rör detta.

*Alltid problem med blanketter till FK: Man begär information men det finns för lite utrymme så man tvingas komprimera och utelämna viktig information. Det leder till frustration att känna att man vill lämna mer, viktig, information men det ryms inte! Det finns lite mer utrymme i systemet för elektroniska sjukintyg men även där är det för begränsat. (816348)*

*Läkarintyget i elektronisk form ger mig som dr 3 rader för att beskriva patientens totala situation. Det är ett hån o en cynism (eller inkompetens) utan dess like. (681189)*

En annan aspekt av detta är att det inte går att fylla i fullständig ICD-kod i sjukintyget. Kunskap om brister i systemet innebär också att förtroendet för Försäkringskassans statistik minskar.

Det framgår i ett par läkares öppna svar att en strategi för att hantera problemet med för lite utrymme att skriva på är att utnyttja ledigt utrymme i andra fält på blanketten för att fortsätta skriva information som de egentligen vill få med i ett fält som redan är fullt. Detta leder dock ibland till andra problem.

*När vi inte har textutrymme på sjukintyget trots att det är elektroniskt och skriver rätt information men delvis i fel ruta så kommer hela intyget tillbaka för komplettering. (792135)*

Ändringar av blanketternas utformning skapar problem för förmedling av information till Försäkringskassan.

*Nya blanketter vid minst 2 tillfällen under 2½ år ledde till att många förlängningar även av egna intyg ej kunde göras då ny blankett krävdes – mycket tidskrävande. (510230)*

#### *Komplicerade blanketter*

Andra problem avseende utformningen på Försäkringskassans blanketter som flertalet läkare nämner i sina öppna svar är att de upplever blanketterna som komplicerade och allt för omfattande – ibland som onödigt komplicerade, tidskrävande och svåra att fylla i.

*Sjukskrivning svårbegriplig svårt att förstå har fått ”instruktion” från FK på 7 sidor hur den ska fyllas i!!! (766451)*

*Största arbetet med sjukskrivning är INTE att prata med patient/informera/besluta utan att få den krångliga blanketten rätt ifyllt enligt alla rekommendationer. (744748)*



Ett flertal av de läkare som i sina öppna svar angav att blanketterna är komplicerade eller omfattande uppgav att de hade problem med DFA-kedjan och då framförallt med att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i förhållande till aktuell arbetsuppgift. Detta kan även visa på behov av kompetensutveckling hos läkare.

*Den nya blanketten är svårbegriplig. Jag förstår sällan skillnaden mellan funktionsnedsättning och aktivitetsnedsättning, eller vad man ska kryssa i, i rutorna längst ner sidan 1. (610295)*

*Intygets utformning mkt dålig – förstår ej rubrikerna – vad är skillnad mellan aktivitetsbegränsning och funktionsnedsättning egentligen. Vad är ”på individnivå”? (789768)*

Ett antal läkares öppna svar uttrycker att blanketterna för sjukskrivning inte är lämpade för alla typer av orsaker till nedsättning av arbetsförmågan. Exempel på detta gäller kvinnor som är gravida eller vid komplikationer i samband med förlossning. Andra exempel rör problem kring sjukskrivning av patienter med olika typer av dödlig cancersjukdom och patienter med olika typer av psykiska besvär eller allvarliga psykiska störningar.

*Jag arbetar framför allt med svårt cancersjuka patienter där sjukdomen i sig (med ofta kort förväntad överlevnad) omöjliggör arbete. Nuvarande sjukintyg är dåligt utformat för dessa patienter och känns inte alltid adekvat. Byråkratin borde kunna göra skillnad på den som är sjukskriven pga ischias och den som har en elakartad hjärntumör. (810606)*

Några läkare har nämnt att de upplever blanketterna vara mindre lämpade för kortare sjukskrivningsärenden. Flera beskriver att blanketterna inte är anpassade för rutiningrepp såsom vissa typer av operationer med förväntat post-operativt förlopp. Man saknar till exempel enklare intyg för patienter som genomgår standardoperationer. Problem med blanketten Läkarnotit om hälsotillstånd, FK3200, nämns också, särskilt för vissa sjukdomar såsom epilepsi.

### **Deltidssjukskrivning**

En kategori här var brist på flexibilitet i bedömningen av deltidssjukskrivningar, vilket var till patientens och behandlingens nackdel. Flera upplevde att möjligheten till individuell flexibilitet minskat, att deltidssjukskrivning nu 'måste' vara per dag även om en flexibilitet i detta skulle möjliggöra arbete för patienten. Nedan följer ett av många uttalande.

*Saknar tidigare möjlighet att sjukskriva 100 procent men att pat. kan arbeta efter ork o förmåga och då meddela FK detta. (678656)*

### **Sekretessfrågor**

Några öppna svar rör olika typer av sekretessfrågor. En sådan rör samverkan.

*Vi hade månatliga kontakter med FK, AF och Soc som fick avslutas av sekretesskäl! (758953)*

En annan aspekt är att man som patientens läkare inte vill lämna ut information som skulle kunna ha negativ inverkan för patienten till andra aktörer. Detta gäller framförallt patientens arbetsgivare.

*Finner svårt ibland att möta FK krav på utförlig info på intyget, med pat. integritet inför arbetsgivare. (658229)*

*Psykosocial problematik och avstämningsmöten – hur mycket får/bör jag säga? Vad gäller för sekretess när arbetsgivare, fackrepresentant etc sitter med vid samma bord? (701870)*

Ett exempel på att hur detta problem hanteras är att i intyget som arbetsgivaren ska ha skriva delvis felaktig information om diagnosen, för att skydda sina patienter gentemot arbetsgivare, till exempel när det gäller hiv/aids eller vissa psykiska diagnoser.

Ytterligare en kommentar som rör sekretessfrågor gäller Försäkringskassans hantering av känslig information.

*FK skriver ut personnummer i mail. (783902)*

En annan typ av problem är hur information till Försäkringskassan hanteras i förhållande till patienten. Ett exempel gäller information som kan ha negativ inverkan på patienten. Det kan handla om patienter som har sjukdomar med dålig prognos, eller att man inte vill kränka eller hamna i konflikt med patienten genom att skriva något denne inte själv har insikt om, ännu inte tagit till sig eller inte håller med om, till exempel vid olika psykiska diagnoser.

*Det motverkar behandlingens syfte att behöva ge en pessimistisk bild av framtiden. Sjukskriver bara cancerpatienter och prognosen är alltid oviss men man måste kunna förmedla hopp till patienten. Men det går inte för sig i sjukintyget. (793356)*

Några har nämnt strategier de använder för att hantera denna typ av situation. Detta kan innebära att formulera om det man vill säga på ett annat sätt så att det blir mindre tydligt, ibland i kombination med att ge den riktiga informationen till Försäkringskassan via andra kontakter.

*Jag hanterar väldigt många unga pat i arbetsför ålder med malign grundsjukdom. Den information som givits angående prognos av beh. läkare (som ofta är onkolog 50 mil bort) är av förståeliga skäl positiv. Det är mycket svårt för mig att i läkarintyget, som läses av pat, ange att prognosen är i många fall usel. Jag har ibland löst detta genom direktkontakt med FK där så att säga allt inte journalförs. (817692)*

*I Luh vill man t.ex. skriva ibland att pat. t.ex. har en personlighetsstörning som gör att det är svårare att rehabilitera pat. till arbete än vad medicinska stödet anger. Om patienten läser detta blir det ännu svårare varför det är viktigt att kunna kommunicera med FK ”mer informellt” för att ge hela bilden. (538165)*

Ett annat problem är att inte få relevant information från Försäkringskassan.

*FK har för hög sekretess gentemot mig (företagsläkare), vilket absolut försvårar handläggningen. (510651)*

*Oklarheter kring sekretessfrågor: När läkare skriver LoH får man ingen respons på beslutet. (755462)*

### **Tar lång tid innan handläggare utses**

En kategori inom temat processrättsvisa är att det kan ta lång tid innan en handläggare utses, vilket bland annat fördröjer åtgärder såsom avstämningsmöten.

*Tar ibland lång tid att få en handläggare, vilket kan fördröja avstämningsmötet eller också har vi rehab möte utan FK. (747113)*

### **Tidig handläggning av sjukskrivningsärenden**

Ett stort antal öppna svar rör olika aspekter av 'tidig handläggning' av ärenden; dessa beskrevs ta orimligt lång tid, ofta flera månader, att handläggarna som gör dem hade dålig kompetens och har bett om irrelevanta kompletteringar, att bedömningarna varierar mycket mellan olika handläggare, att det varit svårt eller omöjligt att få kontakt med handläggare. Dessa svårigheter leder även till mycket extraarbete för läkare. Nedan ges några exempel på sådana öppna svar, där även temana nåbarhet och kompetens är aktuella.

*Min kritik där gäller i stort sett uteslutande den sk "tidig bedömning" där jag ett antal gånger mötts av en förvånande kompetensbrist, fått svara på i mitt tycke helt irrelevanta frågor, handläggningstiden varit orimligt lång och hela rehabiliteringsprocessen onödigt försenats, inte sällan flera månader. (796078)*

*Mycket problematiskt att "första bedömningar" i XX gör märkliga o tveksamma bedömningar. Misstänker bristande kompetens och ett allmänt ifrågasättande av både läkarens och patientens trovärdighet utan någon grund för det. Detta är inte rättssäkert! Patienterna får som regel rätt när de går till domstol men då har de varit utan ekonomisk ersättning under lång tid och deras hälsa har försämrats. Det blir därmed totalt sett längre sjukskrivningstider och det är inte ett värdigt sätt att hantera människor med nedsatt funktion på grund av sjukdom. (806653)*

### **Försäkringskassans utredningsansvar**

En annan central aspekt i Försäkringskassans processer är Försäkringskassans utredningsansvar. Brister i fullföljandet av detta framkommer, nedan ges ett exempel på detta.

*Problemet för mig är att FK oftast har för dålig medicinsk kunskap och man alltför ofta har en cynisk inställning till svårt sjuka människor. Jag har t.ex. mött patienter med MS som blivit utförsäkrade och hänvisade till försörjningsstöd eftersom man från FK ej kunnat göra korrekta medicinska bedömningar. När pat. kommit till vår mottagning har vi i många självklara fall behövt komplettera utredningar och skriva nya intyg för patienter där*

*sjukskrivning borde varit självklart sedan lång tid tillbaka, men där FK avslagit intyg, utan att bidra med förslag till kompletterande utredning i de fall det skulle behövts! (531764)*

### **Rigiditet**

Många läkare upplevde att Försäkringskassan präglas av byråkrati, rigiditet och osmidighet i arbetet med sjukskrivningar; regelverket tillämpas alltför stelbent, utan hänsyn till patienternas individuella behov.

*Upplever sjukskrivning och kontakter med försäkringskassan som byråkratiska och avsaknad av förnuft! (689992)*

*Orimliga mallar och stelbenta tolkningar utan utrymme för verklighetens villkor gör sjukskrivningsprocessen till en energikrävande och frustrerande del av arbetet. (630640)*

Denna stelbenthet upplevdes styra handläggarnas bedömningar på ett negativt sätt.

*Vissa handläggare är alltför regelstyrda och ser inte möjligheten till individuell handläggning som kan förkorta rehab tider och medverkar således till ett negativt utfall. (744433)*

*Ett annat stort problem är trenden att basera alla beslut på s k "objektiva fynd". Alla inom sjukvården (men ej FK) vet att det finns många sjukdomstillstånd (spec inom den psykiatriska sfären) där verkligt objektiva fynd saknas. Ett exempel – Utmattningssyndrom – baseras bl a på skattningsskalor som patienten fyller i. Trots att specialister på området tillika Socialstyrelsen anser att dessa skalor ingår vid diagnossättande kan FK-handläggare helt "såga" dessa skattningsskalor med orden – "Vi använder inte skattningsskalor längre". Vilka vi säger jag – inget svar. (816223)*

Ibland verkar det även handla om *antal ord* i intyget. Ett exempel är nedanstående citat.

*Det största problemet som jag ser är FK's tolkning av våra intyg. Man upplever att det inte finns nog med ord för att beskriva patientens besvär. Många gånger får man höra att "man inte skrivit tillräckligt". Jag har >25 år i yrket och när inte det jag kan beskriva "tillräckligt" så känns det rättsosäkert för patienter som får träffa läkare som inte har svenska som modersmål. De kan inte hitta flera synonymer för smärta, svårigheter att klara arbetsuppgifter. För patienten blir det ett lotteri om intyget kan godkännas, beroende på läkarens språkfärdighet inte pga medicinska skäl. (782813)*

## **VII. Rättssäkerhet**

I analysen av läkarnas öppna svar identifierades, som nämnts ovan, ytterligare tre teman utöver de sex relaterade till enkätfrågorna. Ett av dessa är rättssäkerhet. Det temat omfattade mer än 200 öppna svar som kunde delas

in i nio olika kategorier; *positivt med tydlighet, godtyckliga beslut, hantering av beslutsstödet, vissa nyckelord måste finnas med, långa handläggningstider, retroaktiva beslut, ej information via 'fråga-svar funktionen', att handläggare inte kan reglerna samt att politiska motiv ligger bakom besluten.*

Flera av kategorierna inom detta tema är snarliga de inom föregående tema om processrättvisa. Här handlar det snarare om grad- än artskillnad i kategorierna.

### **Positivt med tydlighet**

En stor andel av läkarnas öppna svar rörde tillämpningen av de regelverk och riktlinjer som Försäkringskassan arbetar efter. Ett fåtal öppna svar om Försäkringskassans tillämpning av regelverk är positiva.

*Mycket positivt att försäkringskassan skärpt regler och kontroll för att komma åt det stora missbruk/fusk som förekommer i försäkringskassarenden. (579730)*

*Viss stelhet finns hos FK men i stort bra. Arbetsovilliga pat/pat utan annan försörjning kvarstår som stort problem men mindre nu än tidigare när FK stramats upp. (548016)*

### **Godtyckliga beslut**

Ett flertal öppna svar handlar om att det förekommer godtycklighet i Försäkringskassans beslut i sjukskrivningsärenden, vilket upplevs som rättsosäkert. En aspekt som nämns är att stor variation mellan handläggare i deras hantering av ärenden, till exempel i hantering av information från läkaren, i tolkning av arbetsförmåga och i fattade beslut.

*Handläggningen präglas av en stor nyckfullhet och variation trots liknande förutsättningar. Det kan inte finnas någon större rättssäkerhet i försäkringskassans processer men tyvärr verkar man inte ens förstå grundproblemet. (707836)*

*Inkonsekvensen i FK handläggarnas bedömning – stor variation mellan handläggare. FK's tombola ett begrepp i vården – det gäller att dra rätt lott. (770305)*

I några fall beskrivs hur Försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden och beslut kan bli varierande beroende på handläggarnas kompetens. Skillnader i handläggares kompetens beskrivs även under temat kompetens på sidan 85.

*Inom FK finns mycket kunnigt folk med lång erfarenhet av dessa frågor. Det finns också personer inom FK som inte vet något alls om kroppen, inget alls om livet och som inte kan hantera människor. (527606)*

*Stor variation i handläggarnas kompetens och bedömningar av likartade ärenden. (690537)*

Variation i Försäkringskassans bedömningar och skillnader mellan olika handläggarna medförde osäkerhet bland läkare om hur de skall agera i sjukskrivningsärenden.

*I viss utsträckning är FK:s bedömningar godtyckliga = I princip helt lika ärende behandlas totalt olika, vilket gör det mycket svårt att veta hur man skall handlägga. (804112)*

*Frustrerande att information vi får av personal från FK som kommer till kliniken för utbildning av oss inte överensstämmer med hur enskild handläggare sedan bedömer. Låter på informationen som att det är generösare med undantag vid fortsatt allvarlig sjukdom än vad det bedöms, att kriterier som skulle kunna ge förlängd sjukskrivning inte gör det i verkligheten. (678789)*

### **Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används som 'en lag'**

En ytterligare kategori är att handläggare ibland inte använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som en rekommendation utan som 'en lag' där de föreslagna sjukskrivningstiderna ska följas strikt. (Detta är en annorlunda aspekt än den kategorin under temat processrättvisa som kallats 'skilda tolkningar av beslutsstödet', sidan 102)

*De flesta FK-handläggare läser "Beslutsstödet" som lagbok – ej som det är tänkt – rekommendation – ej tillämbart på individplan. (777037)*

*Socialstyrelsens försäkringsmedicinska "beslutsstöd" är en olycka, så länge FK:s handläggare inte får bättre utbildning om detta. Man betraktar stödet som någon sorts "lag" och kan utan vidare ex.vis neka en sjukskriven individ ersättning för t.ex. 91 dagar om stödet säger 90 dgr (sic!). (573766)*

### **Vissa nyckelord 'måste' användas**

En kategori i området rättssäkerhet gällde att användandet av vissa kodord i intyget verkar vara avgörande för beviljande av sjukpenning, snarare än patientens behov eller rättighet. Kommentarer handlar bland annat om hur Försäkringskassans handläggare i sjukskrivningsärenden efterfrågar speciella förutbestämda nyckelord eller formuleringar. Dessa ord eller formuleringar beskrivs som viktigare än innebörden i det man skriver.

*Nyckelord mycket viktigare än innehåll i text som inte verkar läsas i övrigt (?) (813253)*

*Inget krav på att FK ska kunna/förstå vårt språk utan bara att vi ska lära oss rätt formulering. Upplevs som mycket fyrkantig; om inte "nyckelorden" finns med kvittar det vad och hur utförligt man än förklarar funktionsnedsättningen. Men om man skriver rätt nyckelord behöver pat inte vara särskilt sjuk för att få ersättning. (614248)*

*FK-handläggare vill ha särskilda "uttryck" skall ingå för att ss skall beviljas. Om man i klartext skriver precis samma sak men inte*

*enligt den mall FK-handläggaren är van vid kan ss nekas.  
(556035)*

*De som är duktiga på att uttrycka sig och ingående beskriva (gärna överdrivet) får igenom sjukskrivningar lättare. Allt beror på HUR man skriver även om innebörden är densamma. Sjukskrivningar kan gå igenom godtyckligt pga ovanstående. (620328)*

### **Långa handläggningstider**

En annan kategori är det som beskrivs som orimligt långa handläggningstider hos Försäkringskassan. Detta drabbar patienten och skapar även frustration och i vissa fall merarbete för läkaren. Detta är även en aspekt inom temat förutsägbarhet (se sidan 100)

*Jätteproblem är de långa handläggningstiderna, jag har patienter som försämras för att de inte har råd att köpa ut sina mediciner eftersom de inte får sina pengar från FK på flera månader.  
(619577)*

### **Retroaktiva beslut**

En konsekvens av långa handläggningstider som flera läkare nämnde är *retroaktiva beslut* från Försäkringskassan, vilka kunde upplevas som problematiska för såväl patient som läkare. Särskilt gällde detta personer som läkaren skrivit ett sjukintyg för och som trott sig ha rätt till sjukpenning, när Försäkringskassan inte givit något annat besked, och patienten, ibland flera månader senare, får besked om avslag av sin ansökan om sjukpenning.

*För lång handläggningstid på FK. Pat. kan gå "sjukskriven" 2 mån för att sedan få avslag. Då för sent att komplettera, katastrof! Kort ss med snabb rehab kräver snabb handläggningstid. (765099)*

*Det är ett stort problem att man långt i efterskott kan få veta att patienten ej bedöms ha rätt till sjukpenning, när vi redan planerat behandlingar utifrån att de får det. Många patienter är redan svaga och utsatta och när deras privatekonomi raseras blir de ännu sjukare. (489542)*

*En pat op. för höftledsartros, ortoped ss. 3 mån. När pat. börjat arbeta efter 3 mån får hon besked att sista mån. ss. ej godkänns. (555458)*

*Helt ORIMLIGT att pat. kan få avslag på sjukpenning i efterskott!!! Beslut om avslag måste komma så att pat. har möjlighet att arbeta trots att läkare avrått från detta. (793315)*

### **Brister i systemet för elektronisk kommunikation**

Även brister i systemet med elektronisk kommunikation med Försäkringskassan har betydelse för rättssäkerhet. Särskilt nämns att systemet inte informerar läkaren om att det kommit en fråga från Försäkringskassan via 'fråga-svar funktionen'.

*Vansinnigt att det inte finns något system som signalerar när det kommer frågor ang. komplettering från FK. Borde komma ett meddelande via mail eller liknande. Som det är nu finns inte ens någon aktiv påminnelse när man loggar in! Detta är patientosäkert och ger dålig rättssäkerhet (rätt pat kan bli utan pengar pga läkaren inte svarar på fråga som denne inte blivit uppmärksam på). (597526)*

Oklarheter kring rutiner för hur den elektroniska kommunikationen ska journalföras kan också påverka rättssäkerheten.

### **Handläggare kan inte regelverket**

I ett mindre antal öppna svar beskrevs rättssäkerheten påverkad av att handläggare inte kan regelverket, när det gäller olika aspekter av socialförsäkringen eller när det gäller förvaltningslagen [103, 104].

Vid något tillfälle har jag t.o.m. bett om att få tala med vederbörandes chef utan att få det (522649)

*Handläggare ofta dåligt pålästa. Kan inte alla regler. (692814)*

*Det är frustrerande att uppleva hur FK totalt negligerar ett LUH som jag lagt många timmar på plus mina 37 års erfarenhet inklusive research o god patientkännedom. Har t.o.m. upplevt hur fakta förvanskats till pat. nackdel. (681189)*

### **Politiska motiv bakom besluten?**

I ett antal öppna svar beskrevs upplevelser av att Försäkringskassan har som målsättning att neka sjukskrivningar, inte att arbeta för sjuka människors bästa. I flera fall beskrevs detta som styrt av politiska motiv för att förbättra sjukskrivningsstatistiken.

*Problematiken i sjukskrivningsärenden/process beror ju till stor del på statsmaktens intentioner/direktiv att minska sjuktalet och FK's sätt att hantera dessa krav. (654624)*

*FK är idag mitt största arbetsmiljöproblem. Förr i tiden var vi samarbetspartners. Idag uppfattar jag dem som en motpart. De läser mina intyg som "fan läser bibeln". Allt i syfte att "minska ohälsotalet" med vilket i klartext menas att betala mindre ersättning till lika sjuka människor. (794800)*

## **VIII. Oklarhet kring roller**

Ett ytterligare tema som identifierades i de öppna svaren gäller oklarheter kring de olika rollerna som läkare, Försäkringskassan respektive patienten



har i sjukskrivningsprocessen och i beslutsfattandet [12].<sup>3</sup> Till exempel tyder några öppna svar på en okunskap hos läkarna om läkarens roll som medicinskt sakkunnig och Försäkringskassans roll som beslutsfattare.

### **Positivt med tydliga roller**

Några öppna svar pekade på hur läkare uppskattar att Försäkringskassan nu är tydligare i sin roll som skadekontrollanter och beslutsfattare i sjukskrivningsärenden.

*Tack för er kampanj för några år sedan! Har underlättat i kontakten med pat – ni får bli ”bad cop”.(627653)*

### **Handläggare ’skyller’ på läkare**

Många öppna svar gällande läkares och Försäkringskassans olika roller i sjukskrivningsprocessen visade dock på oklarheter kring rollerna. En sådan kategori av oklarhet handlar om att Försäkringskassans handläggare inte tar ansvar för sina beslut inför patienten. Det kan handla om att handläggaren inte förklarar att ett avslag beror på att kriterierna för rätt till sjukpenning inte är uppfyllda utan istället till den försäkrade anger att orsaken är att läkaren skrivit dåligt intyg, det vill säga, ”skyller” sitt beslut på läkaren. Detta påverkar såväl läkarens förtroende för Försäkringskassan som patientens förtroende för läkaren och därmed läkarens framtida kontakt med patienten – en kontakt som ofta ska vara under mycket lång tid.

*Vissa handläggare ”skyller” på vad läkaren skrivit i intyget i stället för att stå för vad reglerna medger. Så att läkaren framstår som syndabock för att ex.vis sjukskrivningen bryts, när det egentligen är reglerna som sätter stopp. (747113)*

*FK kan underkänna begäran om sjukpenning, ofta med motiveringen till patienten ”ditt intyg styrker inte nedsättning av arbetsförmågan” och bollar tillbaka till läkaren. FK skulle istället meddela att ”din diagnos eller sjukdom är inte tillräcklig för sjukskrivning”./.../ FK måste ta sitt ansvar gentemot patienterna att det är FK som beslutar och att patienterna kan överklaga, ej hänvisa tillbaka till läkaren! (624874)*

Här handlar det också om den attityd Försäkringskassans handläggare förmedlar till den försäkrade om läkare och om hälso- och sjukvården.

*Patient som fått avslag på begäran om sjukpenning får av handläggare besked om att det beror på ”dåligt sjukintyg” och att*

---

<sup>3</sup> Se sidan 15. Läkarens två huvudsakliga roller är den som patientens behandlare och, i förhållande till Försäkringskassan, rollen som medicinskt sakkunnig som förmedlar saklig information. Handläggaren på Försäkringskassan ska stötta den försäkrade samt utreda dennes behov av ytterligare insatser som kan främja återgång i arbete. Om sådana behov föreligger ska handläggaren dessutom samordna insatserna, samt utreda den försäkrades rätt till ersättning inom ramen för gällande regelverk (det vill säga, vara skadekontrollant) och fatta beslut om rätt till ersättning eller åtgärder. Det är patienten som ansöker om sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning och det är till patienten Försäkringskassan lämnar besked om ansökan godkänts eller inte och hur beslutet kan överklagas.

*läkaren inte har kompetens och utbildning för att skriva ett bra intyg! (816355)*

### **Oklarhet kring försäkringsmedicinska rådgivares roll**

Oklarhet kring roller visade sig också i öppna svar där läkare beskrev frustration över att inte få kontakt med de försäkringsmedicinska rådgivarna, vilka har som uppgift att vara sakkunnigt stöd för handläggarna och därmed inte är tänkta att ha kontakt med sjukskrivande läkare.

*Obehaglig rättsosäkerhet när man som sjukskrivande läkare inte kan få veta vilken försäkringsmedicinsk rådgivare som varit involverad i ett ärende och följaktligen inte heller har möjlighet att kommunicera med vederbörande. (584417)*

*När jag vill prata med deras försäkringsmedicinska rådgivare (FK-läkare) nekas jag detta helt. Detta är helt enkelt skandal. (816223)*

## **IX. Elektroniska intyg**

Ungefär 280 av läkarna tog i sina öppna svar upp det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av intyg till Försäkringskassan. Bland dem identifierades följande tre kategorier av öppna svar; *positivt med elektronisk överföring*, *problem med den elektroniska överföringen* (här fanns tre subkategorier) samt att *utrymmet inte räcker till* för det som ska skrivas. Den sista kategorin ingår även i under temat processrättvisa och beskrivs bara där (sidan 104).

### **Positivt om elektroniska intyg**

En mindre andel av läkarnas öppna svar rörande systemet med elektronisk överföring av intyg innehöll övervägande positiva kommentarer. Dessa nämnde att systemet fungerar bra och uppskattas av såväl läkare som patienter. Den elektroniska överföringen beskrivs vara en förbättring jämfört med tidigare, underlätta läkarnas arbete med sjukskrivningar samt vara tidsbesparande och därigenom minska stressen som läkarna upplever är kopplat till detta. Vidare nämns att 'fråga-svar funktionen' är bra och hjälper läkare och handläggare att skapa samsyn kring patienter.

*Elektronisk sjukskrivning: underlättar att man kan kopiera förra intyget och bara ändra det som är relevant. (541805)*

*fråga/svar kan ge mer nyanserad bild av svårigheterna och ge bättre samsyn! (648758)*

### **Problem med elektroniska intyg**

En kategori berör modulen för överföring av elektroniskt intyg samt den tillhörande så kallade 'fråga-svar funktionen'. Majoriteten av öppna svar inom denna kategori beskrev problem av teknisk karaktär samt problem med datorprogram och gränssnitt. Då även landstingen är ansvariga för denna funktion relaterar inte alla dessa problem direkt till Försäkringskassan. Dock kan förtroendet för Försäkringskassan påverkas indirekt av problem som påverkar antingen kommunikationen mellan Försäkringskas-

san och läkaren eller som innebär ökad tidsåtgång generellt när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden. Exempel på sådana problem är att det inte går att skicka intyg, att det är svårt att se när meddelanden från Försäkringskassan kommer i systemet och att meddelanden från läkaren inte når Försäkringskassan. Ett stort antal olika problem rapporterades av vilka många var beroende av faktorer inom landstingen, till exempel vilket journalsystem man använder, andra är relaterade till Försäkringskassans IT-system. Nedan ges några exempel på detta. Andra exempel, relaterat till att kommunikationen inte fungerar, har nämnts under temat rättssäkerhet (sidan 111).

*E-sjukskrivningarna går inte alltid till FK trots att systemet indikerar att överföring skett. (503524)*

*Allvarligt: får inget meddelande när FK vill mig något, t.ex. en komplettering. Har missat frågor i månader pga detta. (619254)*

*Elektronisk blankett fungerar väl men är svår att hitta. Kompletteringsfunktionen har fungerat dåligt fått uppmaning att komplettera sådant som redan är angivet. (806497)*

Andra uttalanden är mer generella.

*Efter införing av elektronisk överföring av läkarintyg har mitt och mina kollegors arbete försvårats mycket! Det tar alltför lång tid. Ingen möjlighet att använda kollegas tidigare sjukintyg och förlänga. Svårt att förlänga ... måste skriva nytt. Tekniska "måsten" som gör att intyget inte skickas ... som är onödiga! (817676)*

En annan källa till irritation är att läkare inte var informerade om systemet när det togs i bruk av Försäkringskassan vilket försvårade kommunikationen mellan parterna samt arbetssituationen för läkarna och innebar fördröjning i några ärenden.

*Underlättar för Försäkringskassan men inte för läkaren*

Ett antal läkare skrev att elektronisk överföring av sjukintyg underlättar Försäkringskassans arbete, medan det inte underlättar för läkaren utan snarare försvårar dennes arbete. Förbättringen för Försäkringskassan kunde då upplevas vara på läkarens bekostnad.

*E-intyget är ett arbetsmiljöproblem för allmänläkare, vi har 9 system (IT-system) att jobba med; samt det här e-intyget till FK. Det tar tid från patientarbetet, men allt sparar tid för FK. (624015)*

*Tidigare system gick intyget i sin helhet in i vår journal. Nu förenklar vi för FK och får sämre i vårt journalsystem och arbetsmiljö! (751719)*

*Problem med 'fråga-svar funktionen'*

Under temat förutsägbarhet i kontakten med Försäkringskassan framkom att sju procent av läkarna fick ovidkommande frågor via 'fråga-svar funktionen' (Figur 33). Kommentarer om detta gäller att funktionen överutnyttjas av handläggarna, det kommer frågor om sådant som redan finns beskrivet i

intyget och man får mindre specifika frågor. Att frågor från handläggare är inadekvata beskrivs även i samband med begäran om onödiga kompletteringar av intyg (se sidan 96) samt relaterat till brist på medicinsk kompetens hos handläggarna (se sidan 84). Andra centrala problem är att informationen inte alltid går fram samt att läkare inte ser om det kommer en fråga via funktionen; det senare är även en rättssäkerhetsfråga (sidan 111).

*Fråga-svar funktionen fungerar dåligt. Överanvänds av FK-handläggare (?); "kommer bort" på vägen m.m. (603100)*

*Frågor/begäran om komplettering via "Fråga/Svar" är ofta svårlästa o svårbegripliga standardformuleringar. Önskar korta konkreta frågor! (632141)*

*Har upptäckt att FK handläggaren inte kan läsa i fråga/svar funktionen på mina sjukskrivningar dvs jag ser frågan från handläggaren o mitt svar. Ser att de skickats men FK-handläggaren o växeln/frågeställaren kan ej läsa mitt svar. (497487)*

### Strategier

I läkarnas öppna svar nämndes *olika strategier* för att hantera svårigheterna med elektronisk överföring av intyg och 'fråga-svar funktionen'. Det beskrevs hur elektronisk överföring undviks på grund av problem med den funktionen och att man istället kommunicerar med Försäkringskassan via brev eller ger intyg direkt till patienten. Ytterligare en strategi var att sjukskriva längre period för att slippa skriva ett nytt intyg.

*Fråga-svar funktionen har hittills inte fungerat varför FK ombeds skicka brev, vilket fördröjer ärenden. (613844)*

*Det fungerar att skicka det till FK, men kommer inte fram dit, trots många försök. Jag skickar nu alltid intygen hem till patienten istället. (626606)*

*Mycket otympligt att sjukskriva i datorn. Tidigare ofta bedside sjukskrivning eller i undersökningssituationen. Nu ska man någon annanstans och logga in och signera vilket fungerar växlande dåligt. Framför allt blir det stressande och tidskrävande. Ingen vill skriva sjukintyg även om det behövs för att blir försenad på mottagningen. I stället skriver man det senare och får "improvisera" där man missat att fråga patienten. Blir att man hellre skriver för lång sjukskrivning för att slippa in i Intygsmodulen igen. (704361)*

### För lite utrymme att skriva på

Denna kategori fanns även under temat processrättvisa, som en subkategori till kategorin 'svårt förmedla information via Försäkringskassans blanketter', och beskrivs där (sidan 103).

## Andra dimensioner av öppna svar

I analyserna av de öppna svaren blev, förutom dimensionen med de nio temana om *svårigheter*, tre andra dimensioner av svaren tydliga. Den ena är

att de öppna svaren utöver sakinnehållet även speglade olika emotioner. Den andra är att svårigheterna i kontakterna med Försäkringskassan ibland även beskrevs som ett arbetsmiljöproblem för läkarna. Den tredje är omnämnande av olika diagnoser i svaren.

### **Emotioner**

En dimension av läkarnas öppna svar är att en femtedel av dem signalerar mycket starka emotioner relaterade till Försäkringskassan. Dessa visar sig på olika sätt; många utropstecken, understrykningar, text skriven med versaler, etcetera. Ett annat sätt detta visar sig är genom användandet av olika typer av förstärkningsord eller att texten ger uttryck för emotioner av till exempel förtvivlan, kränkhet, ilska, uppgivenhet, upprördhet, irritation, hopplöshet, frustration. I princip samtliga öppna svar som kan härröras till denna dimension rör negativa erfarenheter av Försäkringskassan. Nedan ges några exempel.

*FK borde betala 1 tjänst minst till varje vårdcentral för att ersätta all den tid som går åt till att svara på alla idiotiska frågor som kommer från handläggare. Idiotiskt! (646539)*

*Förtroendet för FK har skadats i grunden. Skärp kompetenskraven!! (712232)*

*Jag upplever stor okunskap hos handläggarna och misstro mot min kliniska bedömning vilket känns tråkigt och lite kränkande när jag upplever mig som kompetent och har patientens bästa som min läkargärning. Jag har varit specialist i 27 år. (576934)*

Endast i ett par öppna svar framkom positiva emotioner.

*Det finns en ökad flexibilitet hos FK. Det är oerhört positivt. (618561)*

*Vi hade fk-handläggare på enheten tidigare. MYCKET BRA!!!! Tyvärr togs det ifrån oss. (620328)*

### **Kontakterna med Försäkringskassan som ett arbetsmiljöproblem för läkare**

I enkäten finns ett par generella frågor om hur ofta och i vilken utsträckning sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem. En tredjedel, 32 procent, upplevde detta som arbetsmiljöproblem i stor eller ganska stor utsträckning. Sexton procent upplevde att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka och 35 procent minst någon gång per månad. I ett flertal uttalanden beskrivs detta som att det handlar om kontakterna med Försäkringskassan.

*Språkförbistringen mellan FK och intygsskrivande dr i sjukskrivningsärenden har blivit ett gigantiskt arbetsmiljöproblem för läkaren i primärvården. (766451)*

*Med >30 år som allmänläkare är sjukskrivningen mer än tidigare ett arbetsmiljöproblem. Värre än stress i arbetet och svåra, krävande patienter. Att bli ifrågasatt av personal från FK med*

*låg/obefintlig medicinsk kompetens. Att t ex en lärare med djup depression, panikångest, gråtattacker etc inte kan klara sitt arbete! Att sätta diagnos och beskriva funktionsnedsättning är sällan ngt problem. (771691)*

*Sjukskrivning arbetsmiljöproblem: Tar opropotionerligt mycket tid. Formuleringar i intyget skall förstås av försäkringskassans handläggare som ej är med. skolade. De omfattande intygen innebär en orimlig del av vardagssjukvården i en hårt pressad allmänmed. vardag. (622597)*

*Jag upplever att just detta eviga käbbel med FK kring komplettering av intyg är det största arbetsproblemet för mig (jag älskar i övrigt mitt arbete!) (609974)*

Strategier för att hantera detta rör ibland egna val i yrkeslivet, till exempel att byta specialitet eller att gå i tidig pension för att slippa problematiken i kontakterna med Försäkringskassan.

*Arbetet med sjukskrivningsärenden är definitivt mitt största arbetsmiljöproblem och den enskilt viktigaste orsaken till att jag överväger att säga upp mig och ta ut pension redan vid 61 års ålder. Införandet av elektroniska sjukintyg har ytterligare kraftigt försämrat situationen. (750877)*

## Diagnoser

En ytterligare dimension som framträder i analysen av de öppna svaren är att flera av dem berör specifika diagnoser. Det ges ett stort antal specifika exempel av hur handläggare och ibland försäkringsmedicinska rådgivare hanterat personer med olika specifika sjukdomar på vad som beskrivs som ett icke förtroendegivande sätt. Vanligast förekommande är öppna svar om olika psykiska sjukdomar, särskilt allvarliga sådana. En annan patientgrupp är de med mångsjuklighet, det vill säga, patienter som har flera olika typer av sjukdomar och/eller skador. Även somatiska sjukdomar nämns, och då särskilt cancer och neurologiska sjukdomar som MS. Hjärtsjukdom är en annan diagnosgrupp som nämns av många. Dessutom nämns dålig hantering av och svårigheter inom Försäkringskassans att förstå eller hantera eller bemöta dels sjukdom med mycket begränsad överlevnad, dels konsekvenser för funktion och aktivitet av olika typer av behandling, såsom cytostatika-behandling.

*Det känns som att FK hanterar sjukpennings- & sjukersättningsärenden som om de vore ett privatägt/vinstdrivande försäkringsbolag. En strokedrabbad man med förlamad högerarm fick inte ens 25 procent sjukersättning! En neurologiskt sjuk man ombads att arbeta liggande då han inte klarade av att stå eller sitta!! En diabetiker med ett stort neuropatiskt fotsår läkte sitt sår efter 11 mån sjukskrivning och avlastning 2011. 2012 får han ett återfall med nytt sår och nekas nu helt sjukskrivning. (787911)*

*Arbetar nästan uteslutande med ALS. Sjukskrivning är i dessa fall en självklarhet. Snarast ett problem att få pat att acceptera sjukskrivning. FK skulle spara en hel del resurser genom att minska*

*frågor/korrespondens/kompletteringar vid denna alldeles uppenbara sjukskrivningsgrund. M.a.o.: Lagg energin på ngt vettigare. (560631)*

*Jag handlägger i stort sett uteslutande sjukskrivn. fall där förväntad överlevnad understiger 5 år. Trots detta blir intygen/patienterna ifrågasatta av FKs handläggare. Jag har i många fall blivit bemött av handläggare som uppenbart inte har någon medicinsk kunskap i dessa fall (handlar alltid om spridd cancer i buken), men som ändå förordar omskolning el dyl (av patienter med pågående cytostatikabehandling). Det synes heller inte finnas någon kunskap om de bieffekter/restsymptom som cellgifter kan ge. (522649)*

*Upplever att FK saknar kompetens kring vad många neurologiska sjukdomar innebär för patienter. Gäller ssk epilepsi och kognitiva problem. Här blir FK:s bedömning och slutsats ofta fyrkantig och det är omöjligt att få handläggare att inse hur komplex och handikappande situationen är för patienten. (536748)*

När Försäkringskassan hanterar dessa ärenden på ett oprofessionellt sätt påverkar det förtroendet för Försäkringskassan. Följande mening avslutar en längre beskrivning av vad som upplevdes som oprofessionellt bemötande av en patient:

*Tyvärr sänkte detta min grad av respekt för alla era handläggare. (622357)*

## Diskussion

Resultaten visar att majoriteten (70 procent) av de sjukskrivande läkare som hade kontakt med Försäkringskassan var nöjda med kontakten och att en tredjedel ansåg att olika former av sådana kontakter har stort värde för bra kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar. Samtidigt rapporterar två tredjedelar av sjukskrivande läkare minst en typ av svårighet i kontakten med Försäkringskassan. Vanligast var svårigheter av logistisk natur, såsom nåbarhet. Andra svårigheter handlade om bemötande från Försäkringskassan, kommunikation, kompetens inom Försäkringskassan, förutsägbarhet i kontakterna, processrättvisa, rättssäkerhet och oklarhet kring roller. Det fanns stora skillnader mellan olika typer av kliniker i upplevelse av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Högst andel läkare som upplevde olika typer av svårigheter fanns framförallt vid vårdcentraler och inom reumatologi, rehabilitering, psykiatri och neurologi. Ett flertal av svårigheterna torde ha stor betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassans förmåga att hantera sitt uppdrag. Särskilt gäller detta de relaterade till rättssäkerhet. Resultaten visar att en klar förbättringspotential föreligger, både avseende Försäkringskassans processer och professionalitet.

Resultaten kan dels ge indikationer om vad som kan förbättras, dels utgöra underlag, baslinjemätning, för att få kunskap om eventuella förändringar över tid.

### Metodologiska aspekter

Denna studie och den motsvarande som genomfördes år 2008 [12, 37] är de hittills, utan jämförelse absolut största om läkares arbete med sjukskrivning av patienter, även internationellt [11]. Att samtliga läkare vid kliniker som har sjukskrivningsärenden, och inte ett urval, inkluderades är också en styrka. Svarsfrekvensen år 2012 var 58 procent, vilket är något lägre än de 61 procent som svarade fyra år tidigare [37]. Detta följer den allmänna trenden att svarsfrekvensen minskar i enkätstudier [105]. Under datainsamlingsperioden kontaktades vi av många läkare som berättade att de hade fått ett stort antal andra enkäter att besvara under samma tidsperiod, vilket minskade deras beredvillighet att svara. Den ändå förhållandevis höga svarsfrekvensen, trots ett mycket omfattande frågeformulär med 163 frågor, kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett angeläget ämne.

Vi har ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmonstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmonstret för dem som svarade, till exempel vad gäller olika typer av svårigheter i kontakter med Försäkringskassan. Det kan vara så att de med många olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade i större eller i mindre omfattning än andra. Det får dock anses vara tillräckligt många läkare som inkluderats i denna studie (N=12 820) för att ge en bild av olika



svårigheter och problem som läkare har i kontakten med Försäkringskassan, liksom av andel som är nöjda med dessa kontakter. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att juniora läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har fått frågeformuläret, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

Svaren och kommentarerna i rapporten reflekterar läkarnas upplevelser och förståelse av situationer och svårigheter i kontakter med Försäkringskassan. Uppdraget i och syftet med denna studie har varit att belysa läkares upplevelser för att ge Försäkringskassan bättre förståelse av dessa som bas för eventuella åtgärder. De situationer som läkare givit svar om kan naturligtvis ha uppfattats annorlunda av personal vid Försäkringskassan.

Förtroende är ett komplext begrepp och svårt att operationalisera. I studier används oftast självskattningsfrågor av typen ”Hur stort förtroende har du för XX?”. Den här använda enkäten innehåller inte specifika frågor om förtroende för Försäkringskassan eller för andra organisationer och professioner. Här har istället gjorts ett urval av ett antal frågor i enkäten som kan anses belysa olika aspekter av läkares förtroende eller av vad som kan påverka deras förtroende för Försäkringskassan. I vilken mån just dessa frågor är ett uttryck för förtroende för Försäkringskassan kan naturligtvis diskuteras. Urvalet av frågor som inkluderats i analyserna har gjorts i samverkan med Försäkringskassan. I läkarnas fritt skrivna öppna svar om Försäkringskassan förekom även andra aspekter relaterade till förtroende, vilket framgår av resultatdelen. Materialet är mycket rikt och svaren hade även kunnat presenteras på andra sätt. Vi har dock, i samråd med Försäkringskassan, valt de här använda. Svaren har till exempel ej presenterats uppdelat på läkarnas ålder, då det finns en stark samvariation mellan ålder och utbildningsnivå. Det finns även en stor skillnad i andel kvinnor inom olika kliniska verksamheter varför svar i många fall framförallt presenterats uppdelat på typ av klinik och inte kön.

Sex procent av de sjukskrivande läkarna hade skrivit öppna svar om Försäkringskassan, vilket motsvarar 20 procent av det totala antalet öppna svar. De som var nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, alternativt de som har stort förtroende för Försäkringskassan, har skrivit öppna svar i något mindre utsträckning än de som var missnöjda eller upplever olika typer av svårigheter. Vi ser tre möjliga orsaker till detta. En är att de som var nöjda redan i svaren till frågorna, har angivit att de är nöjda och att de inte har svårigheter i kontakten med Försäkringskassan och kanske därför inte ansåg att det fanns anledning att skriva mer om detta. En andra orsak är att läkaren i frågeformuläret på flera ställen specifikt uppmanas att skriva öppna svar kring just svårigheter, till exempel om läkaren kryssat i att hon eller han upplever ’andra’ svårigheter än de redan listade. En tredje orsak är möjligen också att läkaren kan ha sett det som mer angeläget att lägga tid på att skriva om det som inte fungerar optimalt, med en förhoppning om att det kan leda till förbättringar. Som nämnts ovan har ett stort antal läkare, nästan 800 vilket motsvarar sex procent av de sjukskrivande läkarna, tagit sig tid att, förutom att besvara enkätfrågorna, även skriva om sina erfarenheter av kontakter med Försäkringskassan. Kommentarererna förtydligar och ger konkreta exempel på de listade typerna av

svårigheter vilket ger underlag till förståelse för läkares upplevelse av och syn på Försäkringskassan.

Det finns många olika sätt att kategorisera faktorer som kan påverka förtroende för en myndighet, liksom det finns olika begrepp för att benämna aspekter kring förtroende. De benämningar vi här använt för teman respektive kategorier har i första hand baserats på ordval i enkäten och i de öppna svaren. Några kategorier förekommer inom mer än ett tema, till exempel det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I ena fallet, i det tema som benämns processrättvisa, handlar det om tolkning av innehållet i beslutsstödet. I den andra kategorin, inom temat som benämns rättssäkerhet, handlar det om uttalanden om att handläggare använder beslutsstödet som en regel eller 'lag', snarare än som en rekommendation.

## Övergripande om resultaten

Som nämnts i rapportens bakgrundsavsnitt finns det flera studier om allmänhetens respektive sjukskrivna personers förtroende för Försäkringskassan [2-10], däremot har vi inte hittat några tidigare studier om läkares förtroende för myndigheten. Flera av de frågor som studerats här förekom även i två tidigare enkäter [37, 38] och förändring över tid för dessa dock diskuteras nedan.

Flertalet av de faktorer vi studerade och som kan antas ha betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassa återfinns dock i studier om vad som påverkar allmänhetens förtroende. Försäkringskassan beskriver i en rapport [4] att tre faktorer är av vikt för att skapa förtroende för myndigheten hos den enskilda individen, nämligen upplevelsen av att bli rättvist behandlad, en känsla av trygghet samt förutsebarhet i processen både på kort och på lång sikt. En fjärde faktor som beskrivs ha betydelser för förtroendet är Försäkringskassans rykte. I rapporten nämns även fem specifika komponenter i Försäkringskassans sätt att fungera som centrala, för att förklara hur allmänhetens förtroende skapas och förändras; institutionens förmåga att utföra sin uppgift (kompetens); integritet (uppgiften ska utföras opartiskt och rättvist, procedurer spelar roll, inte bara slutresultatet); empati; transparens; samt värdegemenskap. Flera av dessa faktorer framkom även i vår studie, även om vi delvis givit dem andra benämningar.

Tre fjärdedelar av de 12 820 sjukskrivande läkare som svarat på enkäten år 2012 hade kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden minst några gånger per år. En femtedel hade inplanerade kontakter med myndigheten och en fjärdedel önskade mer av sådana kontakter. Drygt två tredjedelar av dem som hade kontakter med Försäkringskassan minst några gånger per år uppgav sig vara nöjda med dessa. En tredjedel av läkarna upplevde inga svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan.

Större andelar av läkare som var mycket nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan, jämfört med dem som inte var så nöjda, svarade att kontakter med Försäkringskassan har stort värde i deras arbete med sjukskrivningar.

Vi fann alltså att merparten av läkarna var nöjda med kontakterna med Försäkringskassan. Detta stämmer inte med den bild som förmedlas i massmedia [4, 10]. I en annan studie av långtidssjukskrivnas upplevelse av bemötandet från Försäkringskassan [106, 107] framkom att majoriteten upplevde att de blivit positivt bemötta, vilket inte heller stämmer med bilden från massmedia. En av mass medias uppgifter är att fokusera på problem och sådant som inte fungerar optimalt i myndigheters arbete. Det innebär att det som lyfts i massmedia inte alltid speglar majoritetens erfarenheter, samtidigt som mass medias bild påverkar förtroendet på olika sätt [4]. Vi ser det som centralt att, som i denna studie, även få kunskap om flertalets eller ett stort antal personers (här läklares) erfarenheter för att få en förståelse för olika problems prevalens och omfattning. Olika typer av urvalsmetoder och datainsamlingsmetoder ger delvis olika resultat och kompletterar varandra.

I denna studie har vi frågat hur nöjda läkare är med kontakten med Försäkringskassan. Den frågan fanns inte med i våra enkäter från tidigare år varför en jämförelse över tid inte kunde göras. Hur nöjd en person är med ett bemötande eller en myndighet är delvis relaterat till de förväntningar personen har. Om läkarna har haft mycket låga förväntningar kan de rapportera högre grad av nöjdhet än om de haft mycket höga förväntningar.

Generellt var det endast små skillnader i svarsmönster mellan de fem geografiska regionerna, vilket kan ses som positivt ur Försäkringskassans synpunkt och mål om enhetlighet i handläggning [9].

Det var ofta stora skillnader i svarsmönster mellan olika typer av kliniker. När det gäller andra typer av frågor i enkäten, till exempel vad avser typ av problem eller behov av kompetensökning, var detta förväntat då det ofta finns avsevärda skillnader mellan verksamheter, till exempel mellan psykiatri och ortopedi, vad gäller patientsammansättning, diagnospanorama, hur olika typer av sjukdomar påverkar funktion och arbetsförmåga och patienters behov av stöd i detta. Det var dock inte självklart att denna typ av skillnader skulle föreligga när det gäller kontakter med Försäkringskassan, som ska verka för enhetlighet i bedömning även vad avser diagnoser. Svaren tyder på stort behov av ökad kunskap bland handläggare om vissa sjukdomar, om mångsjuklighet och om vad sjukdomar kan innebära för en persons funktion och aktivitetsförmåga.

En stor del av de faktorer som framkom att kan ha betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassan kan hänföras till professionalitet och kompetens, inklusive bemötande av läkare och patienter, framförallt hos Försäkringskassans handläggare. Andra faktorer rör Försäkringskassans verksamhet avseende olika rutiner inklusive de mer logistiska processerna. Nedan diskuteras dessa två var för sig och vi börjar med processer.

### Försäkringskassans rutiner

Försäkringskassan har definierat allmänhetens förtroende för myndighetens process som uppfattning om organisationens kompetens och rutiner samt hur dessa fungerar för individen [4]. Flera av de svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som ett mycket stort antal läkare beskrev handlar om rent logistiska aspekter och rutiner; att det är svårt komma i kontakt med

Försäkringskassan respektive med rätt person på Försäkringskassan. Att ett stort antal läkare upplevt denna typ av svårigheter framkom redan i de två tidigare enkäterna, från år 2004 och 2008 [37, 38]. Det framkom även olika typer av problem kring elektronisk överföring av sjukintyg.

I en rapport från Statskontoret år 2008 [8] uppmärksammas att det i interna direktiv inom Försäkringskassan sades att handläggares namn inte ska skrivas ut i kommuniseringsbrev och att handläggares namn och telefonnummer inte skulle lämnas till försäkrade som ringde till Försäkringskassans så kallade Kundcenter, trots att sådana uppgifter är offentliga och således enligt lag måste lämnas ut på begäran av enskilda. Svaren från läkare fyra år senare, år 2012, tyder på att detta fortfarande förekommer inom Försäkringskassan, vilket har betydelse för läkarnas upplevelse av och förtroende för myndigheten. En fjärdedel av läkarna uppgav att de upplever svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan orsakade av att det är svårt att få reda på vem man ska prata med. Det framkom även kritik mot bemötandet i den skriftliga informationen, både vad gäller ton, innehåll och att avsändare och kontaktuppgifter ej fanns i till exempel brev. Kritik om skriftlig information och kommunikation från Försäkringskassan har även framkommit i andra studier [107-110]. I de öppna svaren förekommer kommentarer om hur läkaren kopplas runt eller hamnar i telefonkö. Enligt ett serviceåtagande för Kundcenter som antogs år 2009 ska telefonsamtal normalt tas emot inom fem minuter [9]. För läkare, som har begränsat med tid per patient, får detta anses vara en alldeles för lång tid. Här finns alltså en stor förbättringspotential som borde vara relativt enkel att åtgärda med dagens tekniska möjligheter.

Ungefär en tredjedel av läkarna ansåg att kontakterna med Försäkringskassan tog för mycket tid i anspråk. Majoriteten av läkarna upplevde tidsbrist i sjukskrivningsarbetet, både vad gäller tid med patienten, tid för att skriva intyg och tid för att ha kontakter med andra aktörer och för kompetensutveckling [12]. Detta är delvis en organisatorisk fråga inom sjukvården och handlar om ledning och styrning av olika administrativa resurser, inklusive tid [45] och rör således inte Försäkringskassan direkt. Läkarna beskriver dock att Försäkringskassans processer spelar roll för detta då verksamheten var organiserad så att samverkan mellan läkare och Försäkringskassa var mer tidskrävande och omständig än den skulle behöva vara. Detta väcker frustration och inger inte förtroende för myndighetens förmåga att hantera verksamheten optimalt.

Var tionde läkare såg det som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att man hade skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, vilket hade betydelse för processrättvisa. Att Försäkringskassans handläggare ibland använde beslutsstödet som en ”lag” istället för som en rekommendation har mer samband med rättssäkerhet och detta har uppmärksammats som ett problem även av andra [111].

I Statskontorets slutrapport om Försäkringskassans förändringsarbete framkom att den dåvarande organisationen med tidig bedömning av sjukpenningrätt på nationella försäkringscenter lett till ökad professionalism samt resulterat i en uppstramad och mer enhetlig bedömning [9]. Detta står delvis i kontrast till den upplevelse läkare delger i sina öppna svar i vår

studie, där ett flertal kommentarer benämner kvalitén i tidig bedömning i negativa termer. Det gäller brist på kompetens hos handläggarna på de nationella försäkringscentren, svårigheter att nå dessa handläggare, irrelevanta förfrågningar om kompletteringar samt att bedömningar varierat mellan olika handläggare.

Ett område där det framkom bristande förtroende för handläggare, var handläggares hantering av känslig information om en försäkrad i kontakten med andra aktörer, såsom arbetsgivare. Om hantering av sekretessfrågor inte upplevs tas på samma allvar som inom hälso- och sjukvården påverkar detta förtroendet på olika sätt. Att leda eller medverka i möten där en del av den information man har inte ska delges alla som är närvarande kräver professionalitet och träning. För optimal hantering av sekretessfrågor behövs ofta möjlighet att återkomma till sådana frågor i sin arbetsgrupp och/eller i handledning.

Ett annat problem, som fortfarande förekom är att handläggare inte kontaktade läkaren när denne bett om det alternativt att det kunde ta mycket lång tid innan det skedde. Det fanns även öppna svar om att Försäkringskassans handläggare inte tagit sitt utredningsansvar enligt gällande lagstiftning. Detta torde även vara en kompetensfråga och ledningsfråga inom Försäkringskassan. Andra aspekter här är förekomst av retroaktiva beslut, långa handläggningstider – som kan leda till att såväl den sjukskrivne som rehabiliteringsaktörer passiviseras – samt att handläggare inte kan lagar och regler respektive att deras målsättning upplevdes vara att förbättra sjukskrivningsstatistiken snarare än att se till varje individs bästa.

Ett flertal av läkarnas kommentarer handlar om brister i enhetlighet i bedömningar, framförallt mellan olika handläggare. Även detta torde påverka läkares förtroende för Försäkringskassan på flera sätt.

### Professionalitet och kompetens

En stor del av de aspekter som det framkom att har betydelse för läkares förtroende för Försäkringskassan rör professionalitet och kompetens, framförallt hos handläggarna. Det framgår i läkarnas svar att deras förtroende för Försäkringskassan sjunker om de själva eller deras patient bemöts respektlöst eller negativt eller om hanteringen av ärendet inte är rättssäker.

Det finns omfattande litteratur om professionalitet i yrkesutövande inom organisationer som har makt och möjlighet att påverka personers liv och livssituation [16, 47, 49, 51, 112-118]. En central aspekt handlar då om att hantera den skeva maktsituationen som alltid förekommer, det vill säga att det finns en skillnad i makt mellan den professionelle och patienten/klienten/den försäkrade. Litteraturen är betydligt mer begränsad när det gäller professionalitet i samverkan med personer verksamma i andra myndigheter och organisationer.

När det gäller sjukskrivningsärenden har handläggare och läkare olika roller, befogenheter och möjligheter och de är verksamma inom organisationer med delvis olika mål. Handläggaren har rätt att fatta beslut om ytterligare utredningar, initiera åtgärder samt fatta beslut om rätt till ersättning. Läkaren

ska i sin roll som medicinskt sakkunnig bistå med information och läkaren och handläggaren förväntas samverka för patienten/den försäkrades bästa.

En annan aspekt av detta är att läkare är en av de yrkesgrupper i vårt samhälle som har längst utbildning, hög status och som sedan länge har en tydlig professionell identitet med allt vad det innebär [93]. Läkare har stor vana att utifrån sin speciella roll och kompetens samarbeta med andra professioner, framförallt inom hälso- och sjukvården. Vanligen då med personer som också har en tydlig professionell identitet, baserad i en högskole- eller universitetsutbildning, lång tradition för yrkesutövandet och med en strävan efter att i sin yrkesutövning vara kunskapsbaserad, det vill säga, basera åtgärder och bemötande på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Försäkringskassans handläggare har ännu inte utvecklat en lika tydlig professionell identitet, med det som vanligen avses med detta [93]. Som nämnts i bakgrunden, finns det (ännu) inte en särskild högskole- eller universitetsutbildning som förbereder handläggare för yrkesrollen och den vetenskapligt baserade kunskapen är synnerligen begränsad. Handläggarnas yrkesinnehåll och kompetenskrav har dessutom förändrats avsevärt de senaste 30 åren, i och med att Försäkringskassan i början på 1990-talet fick ett samordningsansvar i sjukskrivningsärenden. Detta skedde under en tid då en stor del av handläggarna endast hade grundskoleutbildning. Samtidigt finns det en osäkerhet i yrkesrollen, bland annat i samband med många omorganiseringar [9]. En omfattande process pågår nu inom Försäkringskassan för att definiera yrkesrollen och professionen och öka kompetensen [46, 49, 50].

Ovanstående kan på olika sätt ha betydelse för hur Försäkringskassans handläggare bemöter läkare liksom för hur läkare upplever bemötandet. Det fanns en stor spridning i läkares upplevelser av bemötande och samverkan. Mer kunskap om detta behövs, ur ett professionalitetsperspektiv.

Resultaten visar på behov av olika typer av kompetensutveckling inom Försäkringskassan och i viss mån även vad avser försäkringsmedicin inom läkarkåren. Det senare har uppmärksammats sedan decennier och många olika interventioner har vidtagits [12, 45]. I denna såväl som tidigare enkäter har läkare även tydligt uttryckt behov av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling; år 2012 önskade 91 procent detta [12]. Att så stor andel önskar detta skulle kunna relateras till en ökad medvetenhet om komplexiteten i arbetet med sjukskrivningsärenden. Att hela 41 procent av läkarna svarat att de önskar handledning i hantering av sjukskrivningsärenden kan till exempel tyda på detta, särskilt som denna andel ökat för varje enkät, från 29 procent år 2004 till 33 procent 2008, trots att andelen som har sjukskrivningsärenden sjunkit, i takt med att antalet sjukskrivningar sjunkit [12]. Av de öppna svaren framkom visst behov av ökad kunskap om begreppen funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, om hur dessa ska tillämpas och bedömas samt om olika aktörers roller, skyldigheter och befogenheter. Här skulle Försäkringskassan kunna bidra.

Utifrån de slutsatser som kan dras utifrån denna studies fokus framkommer dock framförallt ett behov av kompetensutveckling bland Försäkringskassans handläggare, till exempel avseende professionellt förhållningssätt,

kommunikationsfärdigheter, försäkringsmedicin och om regelverk, inklusive socialförsäkringen och förvaltningslagen.

I flera av läkarnas öppna svar förekom åsikten att handläggare saknar kompetens att dra egna slutsatser och agera utifrån dessa. Detta kan eventuellt relateras till resultatet av en kulturanalys bland Försäkringskassans medarbetare utförd av TSN Sifo år 2011 [4], som visade att många av myndighetens medarbetare kände en rädsla att fatta egna beslut på grund av en hierarkisk organisation. Dessutom upplevde handläggare en avsaknad av eget beslutsutrymme och ansvar tillsammans med hård kontroll orsakad av en produktionsorienterad organisationskultur, vilket hindrade dem ifrån att använda sin kompetens. Grunden till det som många läkarna upplever som ett problem i kontakterna med Försäkringskassan kan således även ligga i organisatoriska faktorer på olika strukturella nivåer inom Försäkringskassan. I en rapport från Statskontoret från år 2009 framgår att hög arbetsbelastning på de nationella försäkringscentren medfört att kompetensutveckling nedprioriterats [9]. Bristande kompetens bland handläggare inom ”tidig bedömning”, det vill säga vid de nationella försäkringscentren, framträdde specifikt i läkarnas öppna svar. I tidigare nämnda rapport från Statskontoret nämns att 86 procent av de handläggare som deltagit i en enkätundersökning år 2008 inte tyckte att de fick tillräckligt stöd i försäkringsfrågor [9].

Ett tydligt resultat av studien är att flera läkare får frågor av handläggare på en mycket basal nivå, rörande sjukdomar och deras konsekvenser för funktion, aktivitet och arbetsförmåga. Några uttryckte förvåning över att personer med så bristande (försäkrings)medicinsk kompetens som de upplevde att handläggare har, ändå självständigt ska bedöma kvalitén i komplexa medicinska underlag och har makt att fatta beslut om personers livssituation. Det framkom även en stor irritation hos läkare över att behöva använda tid till vad man kallade att ’utbilda’ Försäkringskassans handläggare i basala frågor eller att hantera ett stort antal förfrågningar om kompletteringar av intyg, där det efterfrågade ibland till och med redan stod i det första intyget. Som flera läkare gav uttryck för, verkar många handläggare inte använda sig av den resurs som Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare utgör för att få råd och kunskap om medicinska aspekter i de olika ärendena. Behovet av att handläggare använder sig av försäkringsmedicinska rådgivare mer lyfts även i en statlig utredning om försäkringsmedicinska utredningar; handläggare behöver utnyttja försäkringsmedicinska rådgivare i bedömning av i vilka fall som det behövs ytterligare utredningar och i så fall vilken typ av utredning som behövs [119].

Att uppleva sig ifrågasatt av handläggare var den svårighet relaterad till bemötande som störst andel läkare uppgav (24 procent). Nio procent hade även mötts av en negativ attityd från Försäkringskassan. I läkarnas öppna svar framkom också erfarenheter av olika former av negativt bemötande såsom respektlöshet, mot läkaren eller mot patienten. Här finns från Försäkringskassans sida en potential till ökat förtroende genom mer professionellt bemötande från handläggare.

Den svårighet i kontakten med Försäkringskassan som flest läkare angav var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av sjukintyg. Många läkare relaterade detta till bristande kompetens hos Försäkringskassan och

ibland även till negativ attityd hos handläggare. Självklart kan det även vara så att intygen inte haft tillräcklig kvalitet som underlag för att kunna fatta beslut och att läkarna inte insett detta, och därför upplevt att begäran om komplettering varit onödig. Om detta är fallet för ett så stort antal läkare finns det anledning att se över dels hur handläggare kontaktar läkare i dessa fall, dels information till och utbildning av läkare när det gäller försäkringsmedicinska aspekter.

På motsvarande sätt som det är rimligt att läkare förmedlar en respektfull attityd till patienter om Försäkringskassan är det rimligt att Försäkringskassan förmedlar en respektfull attityd om hälso- och sjukvården i sina kontakter med de försäkrade. Patienten är beroende av en god kontakt med båda. Flera av uttalandena visar dock att läkare upplever att handläggare, med patienten, talar om läkares kompetens på ett ifrågasättande och till och med nedsättande sätt. Detta torde inte främja förtroendet för Försäkringskassan.

## Förändringar över tid i de studerade faktorerna

I jämförelse med resultat från de två tidigare enkäterna, en till alla yrkesverksamma läkare i Sverige år 2008 [12] och en till de i Stockholms och Östergötlands län 2004 [38] framkommer att andel läkare som upplever några av de faktorer som här har antagits kan påverka förtroendet negativt har minskat. Dit hör framförallt följande fem faktorer: att inte bli kontaktad av Försäkringskassan när man bett om det, att Försäkringskassan inte samordnar rehabilitering, att Försäkringskassan inte kontaktar patienten, att patientens handläggare ofta byts ut, att uppleva ifrågasättande från försäkringsmedicinska rådgivare. För samtliga dessa faktorer har andelen som upplevt dem minskat sedan 2008 och för de flesta av dem även sedan år 2004 [12].

Detta är steg i positiv riktning och det finns anledning för Försäkringskassan att försöka identifiera vad som ligger bakom även positiva förändringar. Några av dessa kan troligen förklaras av regelförändringar, såsom införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan med tidsgränser för när vissa kontakter måste ha tagits med den sjukskrivne. Tidigare kunde det ta mycket lång tid innan Försäkringskassan tog sådana kontakter [107].

En annan positiv förändring är att andelen läkare som svarat att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan har sjunkit avsevärt sedan 2004 och 2008 [12].

Däremot har andelen läkare som upplever vissa andra svårigheter i kontakten med Försäkringskassan ökat. De tre som ökat mest sedan 2008 är andelen som svarat att man tycks tala olika språk, att uppleva sig eller ens bedömningar ifrågasatta av handläggaren samt att ha skilda tolkningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Sedan 2004 har dessutom andelen som svarat att man möts av en negativ attityd från Försäkringskassan fördubblats [12] (från 4 till 9 procent bland läkarna i Stockholm och Östergötland).



Förtroende för en myndighet, i detta fall Försäkringskassan, eller för professionella inom myndigheten kan bero på många olika aspekter. Även till synes enkla logistiska svårigheter i kontakten med hälso- och sjukvården kan påverka förtroendet, om de inte hanteras inom rimlig tid. I jämförelse med resultaten från de två tidigare enkäterna till läkare har nåbarhet inte förbättrats under de åtta studerade åren. Att Försäkringskassan inte hade vidtagit effektiva åtgärder, trots de mycket tydliga signalerna från läkarna i enkäterna om behov av detta, kan anses ha haft en negativ effekt på läkares förtroende för Försäkringskassan. Det är anmärkningsvärt att logistiska problem inte åtgärdats på ett effektivt sätt, så att andelen som upplever sådana problem har minskat, trots att sjukskrivningarna har minskat och andelen som upplever dem kunde förväntats ha minskat av bara den anledningen [12]. Här föreligger en stor förbättringspotential. Resultaten om detta i 2012 års enkät ledde, enligt muntlig information, till att Försäkringskassan år 2014 vidtog åtgärder för att underlätta nåbarheten. Kommande studier kan utvisa om läkare upplever att detta medfört att nåbarheten förbättrats.

Våra resultat visar även att andelen läkare som upplevde olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningar inte har minskat nämnvärt, trots färre sjukskrivningsfall [12, 120] och trots de stora satsningar som gjorts inom området [12, 45]. Detta kan bero på många olika faktorer. De insatser för att öka läkares försäkringsmedicinska kompetens som vidtagits kan ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär, och därmed även medvetenheten om problem med att hantera detta. De tydligare kraven på funktions- och arbetsförmågebedömningar från Försäkringskassan kan ha lett till andra typer av problem, vilket bland annat den större andelen som upplever vissa svårigheter i kontakten med Försäkringskassan kan tyda på.

Försäkringskassan har av tradition inte haft särskilt bra rykte bland läkare. Detta har dock förändrats en del över tid, möjligen i takt med att utbildningsnivå och kompetens har ökat bland Försäkringskassans handläggare och att samverkan mellan de två organisationerna förekommit i större utsträckning, på olika strukturella nivåer [12, 45]. Som framgår av resultaten fanns det dock flera undantag till detta.

## Slutsatser

Majoriteten av läkare som har kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden är nöjda med kontakten. Det framkommer dock ett antal problem och svårigheter i kontakten vilka kan påverka läkares förtroende för Försäkringskassans kompetens och verksamhet negativt. Olika åtgärder behöver vidtagas när det gäller dessa och effekten av åtgärderna behöver beforskas.

Försäkringskassan har listat tre möjliga källor till bristande förtroende för myndigheten [4, 10], den första har sitt ursprung inom Försäkringskassan; hur dess uppdrag utförs, vilket även diskuterats i mer detalj på sidan 122. De andra två källorna ligger utanför Försäkringskassan; de regler och lagar som Försäkringskassan har att tillämpa, relaterat till exempelvis politiska

förändringar i socialförsäkringen samt rapportering i massmedia och rykten om Försäkringskassan.

Baserat på resultaten av denna studie kan man dra slutsatsen att en stor del av de tecken som framkom avseende läkares bristande förtroende för Försäkringskassan torde handla om hur Försäkringskassan utför sitt uppdrag – det vill säga, hur man bemöter läkare och sjukskrivna, hur man talar om läkare med sjukskrivna patienter, bristande nåbarhet, att förvaltningslagen inte följs, bristande kompetens, brister i processerna såsom långa handläggningstider, retroaktiva beslut, felaktigt användande av försäkringsmedicinska beslutsstödet och bristande enhällighet i beslut.

Försäkringskassan drar i ett av sina projekt slutsatsen att ett förbättrat utförande av sin uppgift är nyckeln till ett högre förtroende från allmänheten [6]. Vi är benägna att dra samma slutsats när det gäller läkares förtroende för Försäkringskassan. De öppna svar där läkare givit positiva omdömen om Försäkringskassan, vilket kan antas indikera ett gott förtroende för Försäkringskassan, handlar om kompetenta och ansvarstagande handläggare som har ett professionellt förhållningssätt till såväl läkare som försäkrade samt om betydelsen av mer långvarig samverkan mellan läkaren och Försäkringskassan. I huvudsak rör detta sig om endogena faktorer, såsom hur Försäkringskassan utför sitt uppdrag och i mindre grad exogena faktorer såsom förändringar i socialförsäkringspolitiken.

Läkares förtroende för Försäkringskassan är mycket lite studerat och mer kunskap behövs inom området, som underlag för åtgärder och för att få kunskap om vilka åtgärder som har effekt.

## Möjliga åtgärder för att höja läkares förtroende för Försäkringskassan

Av läkarna som hade kontakt med Försäkringskassan var 60 procent ganska nöjda med kontakterna och tio procent var mycket nöjda. Detta kan ses som mycket positiva siffror, samtidigt som det vore önskvärt att en större andel vore mycket nöjda. Nedan listas förslag på åtgärder för att höja läkares förtroende för Försäkringskassan, baserat på resultaten i studien. Förslagen rör bland annat processer, kompetens och kunskapsbaserad.

En fjärdedel av läkarna önskade mer kontakt med Försäkringskassan än man hade, det vill säga, de *önskade fler regelbundet inplanerade kontakter med Försäkringskassan*, till exempel via avstämningsmöten, rehabmöten eller att handläggare finns på vårdcentralens eller klinikens mottagning. Försäkringskassan bör se över hur detta kan komma till stånd.

Nästan alla *läkare* (91 procent) *önskade* någon form av *försäkringsmedicinsk kompetensökning*. Här kan Försäkringskassan (fortsätta att) agera på två sätt; dels genom att aktivt *medverka i sådan kompetensutveckling* på olika sätt dels genom att *på olika strukturella nivåer främja att sådan kompetensutveckling sker*.

Se över möjlighet till *återkoppling till läkare* om fattade beslut och planerade (samordnings)åtgärder, särskilt i ärenden där detta får betydelse för hälso- och sjukvårdens handlingsplaner och åtgärder.

Minst en fjärdedel (27 procent) ansåg att det är svårt att få kontakt med handläggare. Här föreligger en klar förbättringspotential. *Logistiken kring hur läkare kan få kontakt med rätt person på Försäkringskassan behöver förbättras*. Dagens tekniska förutsättningar ger många olika möjligheter till detta, såsom direkttelefonnummer för läkare till en person som kan hjälpa till att snabbt hitta rätt handläggare, enklare sätt att snabbt få kontakt med handläggare då detta i flera fall inte verkat fungera, även när läkaren har handläggarens direkttelefonnummer, betydligt utvidgade 'öppettider', telefonsvarare som inte automatiskt raderar meddelanden efter en viss tid, förbättrad teknik och logistik kring elektronisk överföring av intyg samt 'fråga-svar funktionen', flexibelt utrymme i intygsblanketterna, etcetera. Här finns mycket att göra, en del handlar om tekniska lösningar och logistik, andra delar handlar om attityder.

Se över formuleringar i standardbrev och annan *skriftlig information*, vad gäller förhållningssätt/attityd, begriplighet samt att det framgår vem som är avsändare eller vem som kan kontaktas och kontaktuppgifter för denne.

*Korta handläggningstider* och när detta, av olika anledningar, inte kan ske, aktivt ta ansvar genom att informera inblandade aktörer om detta i god tid. Om till exempel handläggaren inte kan medverka vid ett avstämningsmöte inom en till två veckor, bör både läkare och patient informeras om detta så att åtgärder från sjukvården inte fördröjs.

Handläggares möjligheter att *snabbt kontakta läkare när denne ber om det bör stärkas*. Även om en lägre andel läkare nu, jämfört med tidigare år, svarat att Försäkringskassan inte kontaktat läkaren när denne bitt om det, är det fortfarande många som rapporterar detta (14 procent, det vill säga cirka 1700 av de läkare som svarade på enkäten vintern 2012-2013).

*Se över riktlinjer inom Försäkringskassan* till exempel när det gäller hur det *försäkringsmedicinska beslutsstödet* ska användas och *ge handläggare relevant stöd* i att använda det på ett rättssäkert sätt.

Av de många kritiska öppna svaren framgår att det ur en förtroendeaspekt föreligger ett behov av *ökad professionalitet och kompetens hos Försäkringskassans personal*. Olika åtgärder behövs för att höja kompetensen hos Försäkringskassans personal, vad gäller till exempel kunskaper om sjukdomar och hantering av beslutsstödet, om lagar och regler, samt vad gäller hur läkare och försäkrade bemöts. Kommunikationsfärdigheter är en central del i detta. En tredjedel av läkarna upplevde svårigheter i kontakterna relaterade till olika former av *oprofessionellt bemötande* från Försäkringskassan. Här föreligger en tydlig förbättringspotential som handlar om såväl attityder, färdigheter som kunskap.

Samtidigt är det viktigt att *organisatoriska förutsättningar ges för att handläggare ska kunna utveckla, vidmakthålla och tillämpa adekvat*

komptens. *Åtgärder behöver vara kunskapsbaserade och effekterna av dem utvärderas vetenskapligt.*

*Vidta åtgärder specifikt för att höja den försäkringsmedicinska kompetensen hos handläggare, hos försäkringsmedicinska rådgivare och hos chefer på olika nivåer inom Försäkringskassan.*

Uppmuntra handläggare att *använda* den (försäkrings)medicinska kompetens som finns inom organisationen, via *de försäkringsmedicinska rådgivarna*, snarare än att i första hand kontakta läkare inom hälso- och sjukvården när man är osäker. Möjligen innebär detta att fler försäkringsmedicinska rådgivare behövs.

Obligatorisk *kompetent handledning för handläggare* i deras arbete; se över incitamentsstrukturer för att ge och få handledning.

*Definiera* vad Försäkringskassan avser med *god kvalitet* i samverkan med hälso- och sjukvården, i försäkringsmedicinska bedömningar och beslut och i kontakt med patienter *samt hur detta kan följas upp och kvalitetssäkras.*

Se över hur Försäkringskassans handläggning, utredningar, bedömningar och beslut kan bli mer *kunskapsbaserade.*

En annan aspekt som också kan nämnas under denna rubrik är att den faktor som störst andel läkare, cirka hälften, ansåg skulle leda till god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar var *bättre information till allmänheten om sjukförsäkringssystemet.* Studier från andra länder visar att sådana kampanjer kan ha effekt även på professionellas beteende [63]. Möjligen är det dags för en sådan igen.

## Referenser

1. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Förtroende för Försäkringskassan: Försäkringskassan; 2012.
3. Hensing G, Holmgren K, Rohdén H. Sänkt förtroende för Försäkringskassan. In: Holmberg S, Weibull L, editors. Nordiskt ljus. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2010. p. 229-43.
4. Junestav M, Melén D, Norén Bretzer Y. Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
5. Lovén J, Junestav M, Nordenskar L. Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
6. Arnek M. Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än för Försäkringskassa och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka? Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
7. Den nya Försäkringskassan. Delrapport 3. Stockholm: Statskontoret; 2008.
8. Den nya Försäkringskassan. Delrapport 4. Stockholm: Statskontoret; 2008.
9. Den nya Försäkringskassan - i rätt riktning men långt kvar. Stockholm: Statskontoret; 2009.
10. Halling C, Johnson B. Mediebilderna av Försäkringskassan 2003-2012. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
11. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
12. 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.
13. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
14. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.

15. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
16. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
17. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
18. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
19. Härmed intygas att... En vägledning för läkares utfärdande av intyg. Sveriges läkarförbund; 2011. p. 1-16.
20. Vad ska ett läkarintyg innehålla?: Försäkringskassan; 2011.
21. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
22. Adler H. Medicinsk juridik, grundläggande handbok. Lund: Studentlitteratur; 2010.
23. Sjölenius B, Adler H. Intyg och utlåtande. Lund: Studentlitteratur; 2001.
24. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
25. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
26. 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.
27. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
28. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
29. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
30. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
31. 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.
32. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993: Försäkringskassan i Robertsfors; 1993.

33. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):152-5.
34. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
35. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. *Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen*. Stockholm: Liber; 1997.
36. Barrows H. *Problem-based learning: en approach to medical education*. New York: Springer; 1980.
37. 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.
38. 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.
39. *Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
40. *Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
41. *Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
42. *Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
43. *Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
44. *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
45. 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.
46. *LFC på väg mot en professionell organisation*: Försäkringskassan; 2010.
47. Lipsky M. *Bureaucratic Disentitlement in Social Welfare Programs*. *Social Services Review*. 1984;58:3-27.
48. Andersson B, Arvidsson U, Komulainen H, Nilsson Å, Grehorn C. *Utveckla arbetet inom Samordningsuppdraget. LFC-projekt 2011 i samverkan med Avdelningen för Försäkringsprocesser. Slutrapport - 2 januari 2012*. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.

49. Professionalisering inom Försäkringskassan: Försäkringskassan; 2005.
50. Ståhl C, Gustavsson M, Ekberg K, Böhm L. Implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
51. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: Natur och Kultur; 1995.
52. Holm U. Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken: Natur Kultur; 2009.
53. Forslund K. Professionell kompetens. Fyra essäer om inläring och utveckling för professionalitet. Tredje upplagan. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
54. Wilhelmsson M, Pelling S, Uhlin L, Owe Dahlgren L, Faresjo T, Forslund K. How to think about interprofessional competence: a metacognitive model. *Journal of interprofessional care*. 2012 Mar;26(2):85-91.
55. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
56. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
57. 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.
58. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv; 2004.
59. 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.
60. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
61. 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.
62. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35; 2002.
63. 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.: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.



64. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007: Socialstyrelsen; 2008.
65. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
66. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
67. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
68. Sjukskrivningsmiljarden 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
69. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
70. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
71. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgaranti. Kartläggning ur aktuella regelverk: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
72. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen; 2007.
73. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen; 2009.
74. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010: Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet; 2011.
75. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
76. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. Socialmedicinsk tidsskrift. 2009;6:518-28.
77. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan; 2013.
78. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat: Försäkringskassan; 2013.
79. 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.

80. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2006.
81. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2006.
82. 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. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
83. 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.
84. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
85. 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 Sep;17(3):398-408.
86. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
87. 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 Jan;37(1):57-63.
88. 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.
89. 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.
90. 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).
91. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
92. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(4):227-33.

93. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.

94. 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).

95. 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.

96. 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.

97. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.

98. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.

99. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.

100. Bruhn A. Datorprogram i kvalitativ analys In: Arvidsson J, Fahlgren S, editors. Kunskap utan väggar - perspektiv och metoder för fältstudier i grupp. Lund: Studentlitteratur; 2002.

101. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24:105-12.

102. Alexanderson K, Arrelöv B, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.

103. Förvaltningslag, Stat. 1986:223 (1986).

104. En ny förvaltningslag. Betänkande av Förvaltningslagsutredningen: SOU 2010:29; 2010.

105. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar: Statistiska centralbyrån; 2011.

106. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.

107. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården: Inspektionen för socialförsäkringen; 2014:7.

108. När sjukpenning nekas. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2013.

109. Den fria rörligheten inom EU och rätten till sjukpenning: Inspektionen för socialförsäkringen; 2013.

110. Nasdev T, Eklund B, Vesterlund Muz G, Ljungberg D, C. EA, Simonsson S, Aili K, Larsson M, Söder M. Försäkringskassans tillämpning av reglerna om sjukersättning: Inspektionen för Socialförsäkring; 2013.

111. Mannelqvist R. Arbetsförmåga i sjukförsäkringen - rätt och tillämpning. Uppsala: Iustus Förlag AB; 2012.

112. Holm U. Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården: Statens institutionsstyrelse (SiS); 2001.

113. Fossum B. Communication in the Health Service; Two Examples [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2003.

114. Fossum B. Kommunikation. Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007.

115. Hamberg K. Makten i patient-läkarrelationen. Månadsskrift for praktisk laegers efteruddanelse 2001;79:691-8.

116. Jenner H, Croona G. Om makt och jämlikhet i professionella relationer. Tidskrift for socialpaedagogik 2001(7):53-8.

117. Jonsson T. Handlingsstrategier och maktspel i mötet mellan handläggare och invandrarklienter. Studier av ett försäkringskassasektor. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, nr 61; 1997.

118. En mer jämlik vård är möjlig: Myndigheten för vårdanalys; 2014.

119. Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar (SOU 2014:43): Socialdepartementet; 2014.

120. Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden: OECD; 2010.

## Läkares arbete med sjukskrivning

Arbetet med sjukskrivning utgör en viktig del av arbetet för många läkare. Detta arbete har förändrats på olika sätt under de senare åren. Därför genomför vi nu en kartläggning av läkares erfarenheter och önskemål inom området. Undersökningens resultat kommer att användas som underlag för att utforma olika insatser som kan stötta läkare i arbetet med sjukskrivning.

**Du som i Ditt arbete inte möter patienter som är aktuella för sjukskrivning ombeds endast besvara några frågor i början av enkäten.**

Undersökningen administreras av Statistiska centralbyrån som ansvarar för utskick, insamling och registrering av inkomna svar. Adressuppgifterna är hämtade från Hälso- och sjukvårdens adressregister.

### Alla svar är viktiga

Enkäten skickas till läkare i hela Sverige. Din medverkan är frivillig, men Dina svar kan inte ersättas av någon annans. En hög svarsfrekvens bidrar till att resultaten blir tillförlitliga.

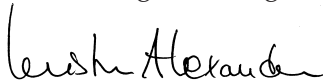
Du kan välja att besvara frågorna via Internet. Frågorna finner du på:  
[www.insamling.scb.se](http://www.insamling.scb.se)

Logga in med användar-id och lösenord.

Om Du väljer att använda pappersblanketten skickar Du in den i det portofria svarskuvertet.

Vi ber Dig svara på frågorna så snart som möjligt.  
*Stort tack på förhand för Din medverkan!*

Med vänliga hälsningar



Kristina Alexanderson

Professor, projektledare, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet

### Kontakta oss gärna

Vill Du ha mer information om undersökningen är Du välkommen att kontakta oss:

Kristina Alexanderson **Telefon:** 08-524 832 00 **E-post:** [kristina.alexanderson@ki.se](mailto:kristina.alexanderson@ki.se)

Richard Bränström **Telefon** 08-524 832 22 **E-post:** [richard.branstrom@ki.se](mailto:richard.branstrom@ki.se)

Therese Ljungquist **Telefon** 08-524 832 25 **E-post:** [therese.ljungquist@ki.se](mailto:therese.ljungquist@ki.se)

Om Du har frågor om insamlingen av frågeblanketten

Ulrika Stolth, produktionsansvarig

Statistiska centralbyrån

**Telefon:** 019-17 69 30

**Postadress:** 701 89 Örebro

[www.scb.se](http://www.scb.se)

**E-post:** [lakare@scb.se](mailto:lakare@scb.se)

## Dina svar är skyddade

Dina uppgifter skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Det innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt och att svaren på enkäterna endast presenteras på gruppnivå, utan möjligheter att identifiera enskilda individers svar. Numret högst upp på blanketten är till för att Statistiska centralbyrån (SCB) under insamlingen ska kunna se vilka som ska få en påminnelse. Efter avslutad bearbetning hos SCB avlägsnas alla identitetsuppgifter innan materialet överlämnas till Karolinska Institutet för fortsatt bearbetning.

För att inte belasta Dig med uppgifter som redan finns hos Hälso- och sjukvårdens adressregister kommer de svar Du lämnar att kompletteras med ålder, kön, eventuell specialitet och år för legitimation. Inga uppgifter om namn, personnummer och adresser kommer att lämnas ut från SCB till forskargruppen, som alltså får insamlade data i avidentifierad form.

**Kanske fick Du en liknande enkät för fyra år sedan.** Eftersom data avidentifierats kan vi inte jämföra Dina svar från då med de Du lämnar nu. Däremot kan vi på gruppnivå undersöka betydelsen av de många förändringar som genomförts inom sjukskrivningsområdet.

## Resultat

Resultaten från undersökningen kommer bl.a. att redovisas via en rapport i juli 2013. Rapporten kommer att finnas på Karolinska Institutets hemsida [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im).

### Instruktioner:

**Enkäten kommer att läsas maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför tänka på att:**

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna!
- Skriv tydliga siffror: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Markera dina svar med kryss, så här  och INTE så här:
- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan:
- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara/förtydliga något:
  - skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
  - skriv i stället på eventuell kommentarsida



**1. Vilken är Din högsta läkarutbildningsnivå?**

- Läkarexamen → *Gå till fråga 3*
- Legitimerad läkare
- Pågående ST-utbildning
- Specialist → *Gå till fråga 3*

**2. Vilken specialistutbildning går Du nu?**

- Ingen**
- Allmänmedicin
- Anestesi och intensivvård
- Barn- och ungdoms (-medicin, -kirurgi eller -psykiatri)
- Bild- och funktionsmedicinska specialiteter
- Företagshälsovård
- Geriatrik
- Hud- och könssjukdomar
- Infektionsmedicin
- Invärtesmedicin
- Kirurgi
- Laboratoriemedicinska specialiteter
- Neurospecialitet
- Obstetrik och gynekologi
- Onkologi
- Ortopedi
- Psykiatri/missbruksvård
- Rehabiliteringsmedicin
- Reumatologi
- Ögonsjukdomar
- Öron-, näs-, och halssjukdomar
- Annan

**3. Hur länge har Du varit på Din nuvarande arbetsplats?**

- <1 år
- 1-4 år
- 5-9 år
- 10 år eller längre





**4. Vid vilken typ av klinik/mottagning/verksamhet har Du Ditt huvudsakliga arbete?**

Markera endast ett alternativ

- Barn- och ungdoms (-medicin, -kirurgi eller -psykiatri)
- Företagshälsovård
- Försäkringskassa/försäkringsbolag
- Geriatrik
- Hud
- Infektion
- Invärtesmedicin, även t.ex. endokrinologi
- Kirurgi, även t.ex. urologi
- Neurologi
- Gynekologi/obstetrik/mödrahälsovård
- Onkologi
- Ortopedi
- Psykiatri/missbruksvård
- Rehabilitering
- Reumatologi
- Smärtmottagning
- Vårdcentral/husläkarmottagning
- Ögon
- Öron-, näs- och hals
- Annan klinik/mottagning
  - Administration, forskning eller undervisning
  - Ingen

Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna (t.ex. pga. föräldraledighet, sjukfrånvaro, sjukersättning, pension, arbetslöshet).

**Om Du inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna, är det här den sista frågan för Dig. *Stort tack för Din medverkan!***

**5. I vilket landsting/region finns Din huvudsakliga arbetsplats?**

- |                                    |                                     |                                       |                                          |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blekinge  | <input type="checkbox"/> Jönköping  | <input type="checkbox"/> Stockholm    | <input type="checkbox"/> Västernorrland  |
| <input type="checkbox"/> Dalarna   | <input type="checkbox"/> Kalmar     | <input type="checkbox"/> Sörmland     | <input type="checkbox"/> Västmanland     |
| <input type="checkbox"/> Gotland   | <input type="checkbox"/> Kronoberg  | <input type="checkbox"/> Uppsala      | <input type="checkbox"/> Västra Götaland |
| <input type="checkbox"/> Gävleborg | <input type="checkbox"/> Norrbotten | <input type="checkbox"/> Värmland     | <input type="checkbox"/> Örebro          |
| <input type="checkbox"/> Halland   | <input type="checkbox"/> Skåne      | <input type="checkbox"/> Västerbotten | <input type="checkbox"/> Östergötland    |
| <input type="checkbox"/> Jämtland  |                                     |                                       |                                          |

Annat land **Om Du svarat 'Annat land' är det här den sista frågan för Dig. *Stort tack för Din medverkan!***





+

+

6. Har ni på Din klinik/mottagning en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?

- Ja, och den är väl förankrad  
 Ja, men den är inte väl förankrad  
 Nej  
 Vet inte

} Har Du nytta av policyn i Ditt kliniska arbete?  Ja  Nej

Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet

7. Hur ofta i Ditt vardagliga kliniska arbete möter Du patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning?

Fler än 10 ggr/  
vecka

6-10 ggr/  
vecka

1-5 ggr/  
vecka

Någon gång/  
månad

Några gånger/  
år

Aldrig/ i stort sett  
aldrig

**Om Du svarat 'Aldrig/i stort sett aldrig',  
är detta den sista frågan för Dig. Stort tack för Din medverkan!**

8. Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...

	Dag- ligen	Någon gång/ vecka	Någon gång/ månad	Några ggr/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... tid med patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+



**9. Använder Du elektronisk överföring av läkarintyg (även kallat sjukintyg, FK7263) till Försäkringskassan (FK)?**

- Nej **→ gå vidare till fråga 10**  
 Ja

**Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med Ditt journalsystem?**

- Ja  Nej  Vet ej

**Hur väl fungerar den elektroniska modulen för överföring av intyg tillsammans med Ditt (kliniska) journalsystem?**

- Problemfritt  
 Problem med att starta upp programmet  
 Andra problem (*Precisera gärna på sid 12*)

<b>Jämfört med tidigare...</b>	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	I stort sett aldrig
... hur ofta använder Du elektronisk överföring av läkarintyg till FK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hur ofta använder Du "fråga-svar funktionen" i elektronisk kontakt med FK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket mer tid	Mer tid	Ingen skillnad	Mindre tid	Mycket mindre tid
Systemet med elektronisk överföring av läkarintyg tar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemet med "fråga-svar funktionen" innebär att kontakterna med FK tar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Underlättar mycket	Underlättar något	Varken eller	Försvårar något	Försvårar mycket
Elektronisk överföring av läkarintyg ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Fråga-svar funktionen" ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket bättre	Bättre	Ingen skillnad	Sämre	Mycket sämre
Elektronisk överföring av läkarintyg innebär <b>att kvaliteten</b> i intygen blir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

+

10. Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...	Fler än 10 ggr/ vecka	6-10 ggr/ vecka	1-5 ggr/ vecka	Någon gång/ månad	Några gångar/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sjukskriver Du en patient utan att träffa denne (t.ex. vid telefonkontakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... säger en patient att hon/han tänker byta läkare om Du inte sjukskriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, enskilt eller i grupp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samarbetar Du med/remitterar till sjukgymnast/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriver Du andra intyg t.ex. för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

<i>Forts:</i> <b>Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...</b>	Fler än 10 ggr/ vecka	6-10 ggr/ vecka	1-5 ggr/ vecka	Någon gång/ månad	Några gångar/ år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... saknar Du en person (t.ex. en s.k. coach, lots eller koordinator) som samordnar åtgärder för patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... upplever Du att Din försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig? ( <i>Precisera gärna på sidan 12</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av ...</b>	Dagligen	Någon gång/ vecka	Någon gång/ månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig	
... brist på återbesökstider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... väntetider till utredning inom sjukvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... väntetider till utredning hos FK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... väntetider till utredning hos arbetsförmedling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... väntetider till behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas? ( <i>Precisera gärna på sid 12</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... påverkan från andra i vårdteamet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... annan anledning ( <i>Precisera gärna på sidan 12</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

12. Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... handlägga patienters sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma i vilken <i>grad</i> funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma i vilken <i>grad</i> funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... i sjukskrivningsärenden tillsammans med patienten kartlägga möjliga förändringar av livsstil och livsvillkor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... i sjukskrivningsärenden diskutera annan psykosocial problematik med patienten och veta hur hantera sådan (t.ex. ekonomiska problem, misshandel, missbruk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... veta vad i sjukskrivningsärendet som ska dokumenteras i journalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriva andra intyg/utlåtanden till FK? (T.ex. vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning)	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hantera tidsbrist i arbetet med sjukskrivningsärenden	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga sjukskrivningar (15-90 dagar)?	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga längre sjukskrivningar (91-180 dagar)?	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handlägga mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)?	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+



**13. I hur stor utsträckning innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?**

- Stor                      Ganska stor                      Liten                      Ingen
- 

**14. Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?**

- Mycket  
 Ganska  
 Knappast  
 Inte alls
- Har inga kontakter med FK

**Hur ofta har Du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden?**

*Avser ej när Du skriver intyg*

- Dagligen  
 Någon eller några gånger per vecka  
 Någon gång per månad  
 Några gånger per år  
 Aldrig eller i stort sett aldrig

**Har Du regelbundet inplanerade kontakter med FK?**

*(T.ex. avstämningsmöten, rehabmöte, FK:s handläggare finns på Din mottagning)*

- Ja, i tillräcklig utsträckning  
 Ja, men skulle önska mer av detta  
 Nej, men skulle önska det  
 Nej, har inte behov av detta

**Hur lätt/svårt tycker Du det är att få kontakt med handläggare på FK?**

- Ej aktuellt
- Mycket lätt  
 Ganska lätt  
 Varken lätt eller svårt  
 Ganska svårt  
 Mycket svårt





**15. I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?**

Ange ett eller flera alternativ

- Upplever inga svårigheter
- Det tar för mycket tid i anspråk
- Det är svårt att få reda på vem Du ska prata med
- Det är svårt att komma fram per telefon
- FK har stängt när Du har tid att ta kontakt
- FK kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det
- FK samordnar ej rehabiliteringsinsatser
- FK tar inte kontakt med patienten
- Du möts av en negativ attityd
- Ni tycks tala olika språk
- Oklarheter kring sekretessfrågor
- Patientens handläggare byts ofta ut
- Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
- Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare (f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
- 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
- Patienten är negativ till att Du tar kontakt med FK
- Andra problem (förtydliga gärna på sid 12)

**16. Underlättar Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd Dina kontakter med ...**

	Ja	Nej
... patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hälso- och sjukvårdspersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... patientens arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Arbetsförmedlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. I vilken utsträckning har följande utbildningar hjälpt Dig att utveckla Din kompetens i handläggning av sjukskrivningsärenden?**

	Mycket	Ganska mycket	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
Grundutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AT-utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST-utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbildning i FK:s regi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vidareutbildning i landstingets regi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra utbildningar än ovanstående (Precisera gärna på sid 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





<b>17. Hur stort behov har Du av att fördjupa Din kompetens inom följande områden?</b>				
	Mycket stort	Ganska stort	Litet	Inget
Bedöma patienters funktionsförmåga/-nedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedöma patienters arbetsförmåga/aktivitetsbegränsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka krav som ställs i olika yrken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedöma optimal längd och grad av sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera konflikter med patienter kring behov av sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriva läkarintyg (sjukintyg, medicinskt underlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utforma optimala handlingsplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta ställning till när behov av kontakt med FK föreligger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelsystemet kring sjukförsäkringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra ersättningsformer inom socialförsäkrings-systemet (t.ex. rehabiliteringspenning, handikapp-, sjuk- eller aktivitetsersättning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privata försäkringar och tilläggsförsäkringar som patienter ofta har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dina möjligheter och skyldigheter som läkare i samband med sjukskrivningsärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FK:s möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsgivares möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka olika möjligheter som finns i samhället att ta hand om psykosocial problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





+

+

<b>19. Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?</b>	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information via Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurser i försäkringsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurser i konflikthantering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konferenser, seminarier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett forum för att reflektera över Ditt eget arbete i sjukskrivningsärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter med handläggare och utredare på FK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare försäkringsläkare) på FK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samverkansmöten/avstämningsmöten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att annan/andra läkare bedömer samma patient ("2nd opinion")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av:			
- annan läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sjukgymnast/arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kurator/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Har Du stöd från Din närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, stort stöd			
<input type="checkbox"/> I viss mån			
<input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Ej aktuellt, har ingen chef			
<input type="checkbox"/> Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet			
<b>21. I vilken utsträckning förekommer systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) på Din enhet, när det gäller hantering av patienters sjukskrivning?</b>			
<input type="checkbox"/> I stor utsträckning			
<input type="checkbox"/> I viss mån			
<input type="checkbox"/> Inte alls			
<input type="checkbox"/> Vet inte			

+

+

+

+

Plats för Dina ev. kommentarer:

**Stort tack för Din medverkan!**

+

+

+

+

+

+





**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2015:**

- 2015:1 Sjukskrivningar 60 dagar eller längre. En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama
- 2015:2 Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet.
- 2015:3 Jämställdhet och sjukfrånvaro. Förstagångsföräldrar och risken för sjukfrånvaro vid olika jämställdhetssituationer och effekter på sjukfrånvaron av reformer inom föräldraförsäkringen
- 2015:4 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2015
- 2015:5 Förutsättningar för implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan. Slutrapport
- 2015:6 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, 2015
- 2015:7 Studier om könsskillnader. Skillnader mellan kvinnor och män i diagnosspecifik sjukfrånvaro, könsskillnader inom assistansersättningen, samt en kunskapsöversikt av tidigare studier
- 2015:8 Förtroendet för Försäkringskassan 1999–2010
- 2015:9 Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan – med fokus på förtroende